发现右下第三磨牙区多生牙一例

谢 蓉

贵州省安顺市西秀区人民医院 贵州安顺

【摘要】**目的** 探讨右下第三磨牙（智齿）区埋伏多生牙的临床特点、诊断方法及治疗方案。**方法** 回顾性分析 2025 年 12 月收治的 1 例右下第三磨牙区多生牙患者的临床资料，包括病史、影像学检查（曲面断层片及锥形束 CT）及手术过程，总结其诊断与治疗要点。**结果** 通过临床及影像学检查明确诊断为“48 牙远中埋伏多生牙”，在锥形束 CT 三维重建引导下，行“48 牙拔除术+多生牙摘除术”，手术顺利，术后恢复良好，下唇轻度麻木感、无邻牙损伤等并发症。**结论** 对于第三磨牙区埋伏多生牙，完善的影像学评估[尤其是锥形束 CT（CBCT）]是明确诊断、评估风险及规划手术路径的关键。精准的微创外科手术可有效移除病变，保护重要解剖结构，临床效果满意。

【关键词】多生牙；第三磨牙；埋伏牙；锥形束 CT；外科手术

【收稿日期】2026 年 5 月 15 日 【出刊日期】2026 年 6 月 25 日 【DOI】10.12208/j.iosr.20260004

Discovery of an extra tooth in the right lower third molar area

Rong Xie

Xixiu District People's Hospital of Anshun City, Guizhou Province, Anshun, Guizhou

【**Abstract**】**Objective** To explore the clinical characteristics, diagnostic methods, and treatment plans for impacted supernumerary teeth in the right lower third molar region. **Methods** The clinical data of a patient with supernumerary teeth in the right lower third molar region admitted in December 2025 were retrospectively analyzed, including medical history, imaging examinations (occlusal tomography and cone-beam CT), and surgical process. The key points of diagnosis and treatment were summarized. **Results** Through clinical and imaging examinations, it was confirmed as “an impacted distal supernumerary tooth of the 48th tooth”. Under the guidance of cone-beam CT three-dimensional reconstruction, “the 48th tooth extraction + supernumerary tooth removal” was performed. The surgery went smoothly, and the patient recovered well post-operation. There were mild numbness sensations in the lower lip and no complications such as damage to adjacent teeth. **Conclusion** For impacted supernumerary teeth in the third molar region, comprehensive imaging assessment [especially Cone-Beam Computed Tomography (CBCT)] is crucial for a clear diagnosis, risk assessment, and planning of the surgical path. Precise minimally invasive surgical procedures can effectively remove the lesion and protect important anatomical structures, with satisfactory clinical outcomes.

【**Keywords**】Supernumerary tooth; Third molar; Impacted tooth; Cone-beam CT; Surgery

前言

多生牙是牙数多于正常的发育异常，好发于上颌前牙区，下颌第三磨牙区少见[1]。其位置深、常埋伏，邻近下颌神经管，多在因智齿炎症或常规检查时偶然发现[2]。该牙会损害邻牙或感染，通常需要手术摘除。因其解剖复杂，手术风险高，需要精准评估。传统二维 X 线片评估三维关系有局限，锥形束 CT 三维影像已成为关键诊断工具[3]。本研究报道 1 例右下第三磨牙区埋伏多生牙，探讨其诊疗策略。

1 病例介绍

患者，文某，男性，19 岁。因“右下后牙区反复肿痛 1 月余”于 2025 年 12 月 10 日就诊。患者 1 月前无明显诱因出现右下颌角区肿胀、疼痛，伴张口轻度受限，自行口服“甲硝唑、阿莫西林”后症状缓解，但近期症状反复。既往体健，否认系统性疾病史及药物过敏史。口腔检查：颌面部对称，张口度三指，48

牙（右下第三磨牙）部分萌出，远中龈瓣覆盖，探诊易出血，挤压有少量脓性分泌物溢出，叩诊（-），无松动。47 牙（右下第二磨牙）未见明显龋坏及松动。

影像学检查：1.曲面断层片：显示 48 牙牙冠已部分萌出，牙根尚未完全形成，其远中、下颌升支前缘可见一高密度阻射影，形态不规则，似一锥形牙体组织，与 48 牙牙根关系密切，部分影像与下颌神经管影像重叠，关系不明确。2.锥形束 CT：为明确多生牙的确切位置、形态及其与下颌神经管、48 牙牙根的三维关系，建议患者行 CBCT 检查。CBCT 三维重建及多平面重建图像清晰显示：48 牙牙根向远中轻度弯曲，其远中、下颌神经管上方见一倒置锥形埋伏多生牙，牙冠朝向下方，牙根朝向颏部。多生牙长轴与下颌神经管走向平行，两者间有清晰的骨皮质间隔，但距离很近，最近处约 1.2mm。多生牙与 48 牙牙根无直接接触，但 48 牙远中牙槽骨有轻度吸收。

诊断：1.48 牙慢性冠周炎；2.48 牙远中埋伏多生牙。

2 治疗与护理

2.1 术前准备

（1）炎症控制：术前予 1.5%过氧化氢溶液及 0.12%氯己定含漱液行冠周冲洗，口服抗生素 3 天，控制急性炎症。（2）手术方案设计：组织科室病例讨论。基于 CBCT 影像，明确手术方案为“微创拔除 48 牙同期摘除埋伏多生牙”。手术关键点在于：①设计合理的黏骨膜瓣，充分暴露术野；②去除 48 牙远中及外侧适量骨组织，先行拔除 48 牙；③以 48 牙拔牙窝为入路，小心分离并摘除其远中的多生牙[4]，全程注意保护下颌神经管。（3）知情同意：向患者及家属详细解释病情、手术必要性、方案、潜在风险及替代方案，签署知情同意书。（4）心理护理：患者得知需手术，且邻近神经管后表现焦虑。护理人员耐心沟通，解释 CBCT 引导下手术的安全性，分享成功案例，减轻其恐惧，树立信心。

2.2 手术过程

患者取仰卧位，常规消毒铺巾。采用右侧下牙槽神经、舌神经及颊神经阻滞麻醉，麻醉效果满意[5]。自 47 牙远中颊侧约 1cm 处，沿龈缘向后至 48 牙远中，作角形切口，全层切开黏骨膜，用骨膜剥离器仔细翻起黏骨膜瓣，暴露 48 牙区及部分下颌升支外侧骨板。用高速涡轮手机配合外科专用长钻针，在喷水冷却下，于 48 牙颊侧及远中去骨，开窗显露牙冠最大周径。用微创牙挺插入牙周间隙，轻柔挺松 48 牙，后使用牙钳完整拔除。搔刮拔牙窝，清除肉芽组织。清理 48 牙拔牙窝后，在其远中方向，根据 CBCT 定位，仔细去除覆盖多生牙表面的薄层骨板，暴露多生牙牙冠。使用骨凿及牙挺，沿多生牙与骨壁间隙小心插入，以旋转力为主，将其缓慢挺出。术中可见多生牙和下颌神经管骨壁完整，无破损。检查术腔，彻底冲洗，清除骨屑及碎片，确认无活动性出血及异物。将黏骨膜瓣复位，对位缝合，放置明胶海绵于拔牙窝内以利止血和血凝块形成。术区轻压棉卷嘱患者咬紧。

2.3 术后护理

常规护理与观察：①术后立即给予冰袋术区间断冷敷 24 小时，以减轻肿胀。对生命体征及术区敷料渗血状况进行密切观察。患者无活跃出血。②疼痛与用药管理：术后给予非甾体抗炎药口服镇痛[6]。遵医嘱继续口服抗生素，以预防感染。指导患者使用漱口水，保持口腔卫生。③饮食与健康教育：指导患者术后 2 小时可进温凉流食，随后过渡至半流食、软食，避免用患侧咀嚼，勿吮吸伤口，勿剧烈运动。④并发症监测：重点对下唇及颏部皮肤感觉进行观察，患者术后诉下唇有轻度麻木感，但触痛觉存在，考虑为麻醉后反应或术中牵拉所致。每天评估，麻木感于术后第 3 天开始减轻，一周后会基本消失。术后第 1、3、7 天复查，伤口愈合良好，无感染、干槽症等并发症。⑤随访：嘱患者术后 1 个月、3 个月复诊。1 个月后复查曲面断层片显示术区骨愈合良好，下颌神经管影像连续、清晰。

表 1 病例核心诊疗要点

关键环节	核心内容与措施	本例结果
诊断关键	曲面断层片筛查→CBCT 三维确诊	明确多生牙倒置埋伏，距神经管 1.2mm
手术策略	微创拔除 48 牙后，经其拔牙窝入路摘除多生牙	多生牙完整摘除，神经管完好
主要风险	下颌神经损伤	术后短暂麻木，3 天后缓解
护理重点	神经功能监测、疼痛与感染预防	无感染，伤口一期愈合
随访	术后 1 月影像学复查	骨愈合良好，神经管连续

3 小结

多生牙是一种数目增多现象，由牙胚发育异常导致，最常见于上颌前牙区，发生于下颌第三磨牙（智齿）区者较为罕见。该区域的埋伏多生牙位置深在、紧邻下颌神经等重要解剖结构，因此临床诊疗难度大。患者多因智齿冠周炎或常规影像学检查偶然发现，其存在不但会引发感染、导致邻牙牙根吸收，更因手术风险高而需审慎处理[7]。因此，建立一套系统护理的规范化流程，对于安全有效地处理此类特殊病例具有重要的临床意义。

本病例展示了下颌第三磨牙区罕见埋伏多生牙的精准诊疗全过程。诊断核心在于影像学的阶梯式应用：初始曲面断层片提示异常，但明确诊断与手术规划完全依赖锥形束 CT 的三维精确导航。CBCT 清晰揭示了多生牙呈倒置锥形、与下颌神经管最近距离仅约 1.2 毫米，以及其与 48 牙的相对位置，从而将传统二维影像的模糊风险降低，为规避神经损伤提供了决定性依据。

治疗成功的关键是基于三维影像的针对性微创外科策略[8]。手术方案创造性利用“拔除病灶牙创造入路”的序贯思路：先行微创拔除伴发冠周炎的 48 智齿，然后以其拔牙窝作为天然手术通道，精准定位，并将远中埋伏多生牙摘除。该策略最大限度避免了广泛去骨，将手术创伤范围显著缩小。术中在 CBCT 引导下进行靶向去骨，并轻柔操作，最终将多生牙完整摘除，确保了下颌神经管骨壁的完整性，体现了精准外科的核心理念。

围手术期的系统化护理与管理是疗效的重要保障。术前通过炎症控制和心理疏导优化手术条件；术后重点加强神经功能监测，对出现的短暂性下唇麻木进行密切观察，并进行合理解释，消除了患者焦虑，并证实了神经的可逆性刺激。配合规范的疼痛管理、感染预防、饮食指导及定期影像学随访，从而促进了患者的顺利康复，实现了骨修复良好且无永久性并发症的结果。此案例充分证明，对于复杂解剖区域的埋伏牙，整合 CBCT 精准评估、微创外科技术与系统化围术期护理的综合诊疗模式，是实现安全、高效治疗的最佳路径。

本研究作为单例病例报告，虽详细阐述了诊疗流程，但其结论的普适性有限。报告基于单一个体，无法全面反映该区域多生牙可能存在的全部变异。回顾性研究设计也限制了数据收集的深度。未来需通过前瞻性、多中心研究，积累更大样本量，对不同分型、不同手术入路进行长期疗效和并发症的对比分析，以建立更精确的标准化诊疗指南，从而为临床决策提供更高级别的循证医学依据。

参考文献

[1] 王文茹, 赵霞, 张倩, 等. 儿童上颌前牙区多生牙CBCT影像学特征及其对邻近恒牙的影响[J]. 口腔医学研究, 2025, 41 (11): 970-976.

[2] 侯玉娇. 非综合征患者 13 颗阻生多生牙 1 例[J]. 口腔医学研究, 2025, 41 (9): 821-823.

[3] 韩冰, 王培欢. 基于锥形束 CT 检查的 105 例多生牙影像学特征分析[J]. 影像研究与医学应用, 2025, 9 (22): 129-131.

[4] 张天禹, 庄海, 张继生, 等. 个性化导板辅助小切口在上颌腭侧埋伏多生牙拔除中的应用[J]. 北京口腔医学, 2025, 33 (5): 359-363.

[5] 任宇轩，李晨，廖小毓，等. 国产复方盐酸阿替卡因注射液在下颌阻生磨牙拔除术中的应用效果研究 [J]. 中国实用医药，2022,15 (6):658-661.

[6] 谢龙. 依托考昔超前镇痛对阻生牙拔除术后疼痛的影响 [J]. 中华口腔医学杂志，2021,56 (6):412-416.

[7] 元旭日, 石宏, 吕炳建, 等. 多学科治疗上颌切牙唇侧畸形尖伴埋伏多生牙 1 例[J]. 现代口腔医学杂志, 2025, 39 (5): 421-424.

[8] 郭美玲, 徐微, 王予江. 超声骨刀“掀盖法”拔除左下后牙区埋伏多生牙伴囊肿 1 例[J]. 口腔医学研究, 2025, 41 (8): 723-726.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS