

- [3] 李乃芳,王刚生,邓洁华. 真菌性角膜炎常见致病菌株—镰刀菌的 AFLP 指纹图谱分析[J]. 中外医疗, 2008, 27(25): 171-172.
- [4] Chowdhary A, Singh K. Spectrum of fungal keratitis in North India[J]. Cornea, 2005, 24(1): 8-15.
- [5] Sharma S, Kunimoto DY, Gopinathan U, et al. Evaluation of corneal scraping smear examination methods in the diagnosis of bacterial and fungal keratitis: a survey of eight years of laboratory experience[J]. Cornea, 2002, 21(7): 643-647.
- [6] 王美芳,赵俊英,高立新. 镰刀菌致急性真菌性角膜炎[J]. 临床皮肤科杂志, 2008, 37(6): 372-373.
- (收稿日期: 2013-02-22 修回日期: 2013-04-12)

牙槽嵴低平患者的修复治疗

李梓镛¹, 余 昕² (1. 重庆市九龙坡区中医院 400080; 2. 重庆渝中区牙科医院 400010)

【关键词】 牙列缺失; 下颌牙槽嵴低平; 固位
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 19. 085 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2639-02

牙列缺失是临床的一种常见病、多发病, 多见于老年人。对于没有条件进行牙槽骨增高术或是种植义齿修复的患者, 如何提高全口义齿的固位及稳定, 从而达到患者满意的修复效果, 始终是修复方面的难题。作者对此类患者进行了修复和随访, 积累了一些经验和体会, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1999~2011 年共接诊 11 例下颌牙槽嵴低平的患者, 其中女 2 例、男 9 例, 年龄 60~75 岁, 均表现为下颌牙槽嵴低平。

1.2 设计与制作方法

1.2.1 术前沟通 术前充分的沟通, 可使患者了解自己的病情, 纠正患者在修复前过高的心理期望, 有效提高病患的配合度, 避免戴入后出现医患间的分歧。沟通时态度须和蔼, 语言须通俗, 重点须明确, 层次须分明。牙槽嵴低平的患者主要问题在于固位, 应在此方面重点沟通, 了解患者的主要诉求, 若患者曾进行过义齿修复, 主要了解他对旧义齿满意和不满意的方面, 以便在重新修复中保留或发挥患者满意的方面。

1.2.2 取模 取印模必须采用二次印模法。常规取初印模, 用自凝树脂制作个别托盘, 使用热水软化印模膏, 并置于托盘边缘, 量不宜多, 在口内分区反复进行肌功能修整。反复嚼唇与舌尖轻舔上唇红, 分别逐段进行肌功能修整, 使印模边缘均为 2 mm。修整的过程中一定要注意固定个别托盘, 不要移动, 以免影响其准确性。然后用修整好的上下个别托盘取终印模, 准确的印模是任何口腔修复体的重要基础。

1.2.3 灌模 用硬石膏灌模, 边缘全部包绕(此法能精确反映边缘封闭区)。

1.2.4 求殆关系 用常规方法, 特别强调用自凝塑脂制作个别托盘, 与口腔黏膜密合度高, 能增加其在口内的稳定性, 才能取得较为精确的颌位关系。

1.2.5 上颌架 技工单上必须强调将殆平面稍稍下移。

1.2.6 排牙 前牙排成“小开殆”, 正中殆时前牙不接触, 前伸及侧向运动时至少有 1 mm 的范围, 后牙选择牙尖低的半解剖牙或无尖牙, 并减小颊舌径。一般情况下, 殆平面应基本平分颌间距离, 即殆平面至上、下牙槽嵴顶的距离大致相等。因为殆平面距牙槽嵴顶越远, 力臂越长, 则义齿固位越差。但当上颌骨条件较好, 下颌牙槽嵴吸收低平, 固位条件差时, 可有意识地将殆平面定得靠近下颌一些, 降低下半口义齿的高度, 减小

下颌不利的杠杆作用。同时舌唇颊部肌肉组织运送食物至义齿殆面的距离缩短, 受肌运动脱位的影响小, 且可利用舌唇颊肌对义齿殆面、基托磨光面的肌张力增加义齿的稳定性。要避免殆平面出现明显的前高后低、前低后高或左右倾斜, 以免咬抬时产生推动义齿水平移动的力量。舌侧翼缘区尽量伸展, 有利于固位。老年人口周肌肉较松弛, 可将基托边缘向唇颊舌侧适度伸展, 以取得良好的固位。颊侧翼缘区当牙槽嵴吸收严重时, 此区较为平坦, 可承受较大的殆力, 起支持作用, 并有稳定义齿的作用。

1.2.7 基托外形的处理 唇、颊侧基托磨光面做成有利于肌肉扶持固位的凹面外形, 上颌基托颊侧呈向下外的凹面, 下颌基托颊侧呈向上外的凹面。舌侧磨光面外形做成凹弧形, 尽可能恢复基托的解剖形态。下颌后界可延伸到磨牙后垫区末端, 下颌舌侧基托尽量向下颌骨舌侧延伸。

1.2.8 初戴 初戴调改, 定期随访, 并详告初戴注意事项。即使是有过义齿修复史的也有一定的适应期, 习惯新义齿前应停止使用旧义齿。定期复查, 缓冲硬区, 选磨调殆。

2 结 果

11 例患者中, 6 例患者在义齿初戴时即感满意(其中有 3 例为再次修复者); 3 例感觉下颌义齿固位不良, 咀嚼时易脱落, 并有部分压痛, 经 1~5 次修改后得到改善, 3 个月后无明显压痛, 基本可以进食一般食物; 2 例下牙槽嵴极其低平并伴有咬合不稳定的患者经调改, 咀嚼功能得到改善及咬合稳定后, 下颌重新修复, 半年后也较满意。1 年后随访, 11 例患者均感义齿固位良好, 可以进食一般食物, 无明显不适及松脱现象。

3 讨 论

全口义齿修复的患者多为老年人, 这类患者由于年龄和缺牙时间较长的原因, 牙槽嵴变窄或者低平, 尤其是有多次修复史的患者, 牙槽嵴更加低平, 这就更增加了修复难度, 达不到满意的修复效果, 有些患者甚至丧失了信心。临床医生应充分了解老年人的心理特点, 进行耐心的沟通, 告知现有的口腔条件, 对修复达到的效果有充分的心理准备和客观的认识, 避免戴入后出现医患间的分歧。全口义齿的修复, 需要患者的主动配合才能成功。对于下牙槽嵴低平的患者, 作者在制作过程中两次用到自凝树脂, 操作过程虽复杂, 但能充分取得准确的印模及殆关系。正确地排牙, 所恢复咬合力的大小、方向和作用点, 对稳定义齿非常重要。在排牙时应做到, 前牙可排成小开殆, 后

牙尽可能排列在天然牙存在时所处的位置,即“中性区”,适当地调整殆平面,使其靠近吸收较多的下颌一侧。上下颌作正中咬合时,殆面应均匀广泛地接触,前伸、侧后运动时应达到平衡殆。对于牙槽嵴低平的患者,磨光面的正确塑造尤为重要。合理的基托磨光面外形及边缘伸展的适度伸展,对义齿固位起着非常重要的作用,可充分利用唇颊及舌的肌肉对抗作用,增强义齿的固位。总之,下颌牙槽嵴低平的患者口腔条件较为复杂,需要医生和技工的协作与患者的积极配合,尽可能取得满意的修复效果。

参考文献

[1] 徐君伍. 口腔修复学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,

2000.

- [2] 徐普. 可摘局部义齿和全口义齿修复设计原理与应用[M]. 北京:北京医科大学出版社 2000:4.
- [3] 马轩祥. 口腔修复学[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社, 1999:7.
- [4] 赵依民. 口腔修复学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2012:8.

(收稿日期:2013-02-21 修回日期:2013-05-27)

2 例罕见的原发性胰腺淋巴瘤

李庆东,余维倩,邓和军,张杰峰(重庆市肿瘤研究所肝胆科 400030)

【关键词】 原发性胰腺淋巴瘤; 胰腺癌; 病理检查
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.086 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)19-2640-01

原发性胰腺淋巴瘤发病率极低,文献仅见散在报道,临床诊断不易与胰腺癌区分,而治疗和预后有很大的不同。本院近期收治 2 例,术前诊断为胰腺癌,经手术及病理确诊为原发性胰腺淋巴瘤,现报道如下,并结合国内外文献进行分析。

1 临床资料

病例 1,男,42 岁。因左上腹隐痛 4 d 于 2011 年 8 月 23 日入院。院外 CT 示胰腺颈部与体部交界区上方占位性病变,大小约 7 cm×4.5 cm×4cm,提示胰腺癌。病程中无畏寒、发热、恶心、呕吐、腹泻、黑便,体质量下降约 3 kg。平素体健,无肝炎及结核病史。查体:无皮肤巩膜黄染,全身浅表淋巴结未及肿大,腹部未扪及肿块,左上腹深压痛,肝脾肋下未扪及,移动性浊音阴性。实验室检查:白细胞 5.44×10⁹/L,中性淋巴细胞 63.4%,淋巴细胞 25.2%。大便隐血阴性。血生化正常。肝功能:总胆红素 8.20 μmol/L,直接胆红素 4.51 μmol/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT) 46.00 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)31.30 U/L,总蛋白 76.92 g/L,清蛋白 34.44 g/L。癌胚抗原(CEA) 2.38 ng/mL,糖链抗原(CA)19~96.98 U/mL。行剖腹探查术,术中见无腹水,肝脾无异常,胰头质地正常,胰体尾部 6 cm×8 cm 肿块,质硬,侵及胃后壁,腹主动脉及肠系膜可及多个肿大淋巴结。遂行胰体尾切除术。巨检:灰褐色兼淡黄色不规则组织一块,切面呈灰白色,质硬。免疫组化:LCA(+),CK(-),Ki-67(+),60%~80%,CD20(+),CD45RO(-),CD3(-),CD79a(+),Mum-1(+),Bcl-6(+). 病理诊断:淋巴结外边缘区 B 细胞淋巴瘤,伴弥漫大 B 细胞淋巴瘤转化。术后行 CHOP 方案化疗,好转出院。

病例 2,男,59 岁。因上腹痛 10 d 于 2011 年 9 月 28 日入院。CT 示胰头部见巨大软组织块影,约 9.5 cm×6.4 cm,其左前方也见软组织块影,约 5.0 cm×7.4 cm,病灶中间可见斑状低密度影。平扫病灶 CT 值约 49 Hu,边缘不清,注射造影剂后肿块明显强化,CT 值约 70Hu,考虑胰头癌病灶包绕肠系膜血管及门静脉,伴肠系膜转移。病程中无畏寒、发热、恶心、呕吐、腹泻、黑便、黄疸,体质量无下降。平素体健,无肝炎及结

核病史。查体:无皮肤巩膜黄染,全身浅表淋巴结未及肿大,中上腹部扪及边界不清肿块,有压痛,无肌紧、反跳痛,肝脾肋下未扪及,移动性浊音阴性。实验室检查:白细胞 4.09×10⁹/L,中性淋巴细胞 77.9%,淋巴细胞 17.8%。大便隐血阴性。血生化正常。肝功能:总胆红素 9.40 μmol/L,直接胆红素 3.36 μmol/L,ALT 33.00 U/L,AST 33.30 U/L,总蛋白 77.54 g/L,清蛋白 42.51 g/L。CEA 1.19 ng/mL,CA 19-9 18.50 U/mL,CA125 322.1 U/mL。行剖腹探查术,术中见腹腔大量乳糜样腹水,肝脾无异常,胰头约 10 cm×8 cm 肿块,质硬、固定,胃大弯侧体部有约 6 cm×6 cm 质硬肿块,腹主动脉及肠系膜可及多个肿大淋巴结。遂行活检术。免疫组化:CK(-),Nes-tin 局灶(+),CD99(+),LCA(+),Ki-67(+),40%,CD20(+),CD3 散在(+),CD5(+),Bcl-2(+),CD43(+),PAX-5(+),CD21(+). 病理诊断:非霍奇金淋巴瘤,符合 B 小淋巴细胞淋巴瘤。术后行 CHOP 方案化疗,好转出院。

2 讨论

原发性胰腺淋巴瘤发病率男性高于女性,平均年龄 60 岁。临床表现与胰腺癌相似,容易造成误诊^[1-2]。Salvatore 等^[3]对原发性胰腺淋巴瘤的调查显示,表现为腹痛占 75%,腹部扪及肿块占 54%,50%有不明原因的消瘦,出现黄疸为 42%,发热占 20%,盗汗占 20%。实验室检查可见血清转氨酶、碱性磷酸酶、胆红素及淀粉酶升高,46.2%的患者 CA 19-9 升高,7.7%的患者 CEA 升高。本文报道的 2 例均为男性,有腹痛,病例 2 能扪及腹部肿块,病例 1 体质量减轻,都无黄疸、发热、盗汗;CA 19-9、CEA 检查为正常值,但病例 2 CA125 升高明显,值得进一步关注。本文 2 例无 CA 19-9 升高,而胰腺癌患者 CA 19-9 升高较常见。也有报道部分原发性胰腺淋巴瘤术前 LDH 升高,术后降至正常,对术前鉴别和随访有重要意义。

CT 对诊断有一定帮助,但作用局限于发现胰腺占位及对胰周淋巴结状况的判断。从肿块大小来看,报道的 2 例最大径超过 6 cm;Tuchek 等^[4]也发现 70%的原发性胰腺淋巴瘤患者,在患者面前护士是管理者,作为管理者要有良(下转封 3)