

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)

(上接第 2637 页)

好的品质、慎独精神,在护理工作中严格执行操作规程,增强责任感和自我约束能力,保障患者的生命安全。以“和”为贵作为管理文化,强调以“和”的原则处理人与人、人与社会的关系,使护士与护士之间、护士与患者之间的关系形成一种稳定和谐的秩序,护士与患者共同面对疾病,护士帮助患者战胜疾病,避免医疗纠纷的发生。以“礼”待人作为制度规范,在护理过程中,要真诚友善,谦虚随和。以相互尊重为前提,要尊重患者,不损害患者的利益;同时又要保持自尊。在与患者交流与沟通中一定要把握适度性,不同场合、不同对象,把握好分寸。如果人人都重视自我修养和自我行为的约束,注重培养仁义道德,以身作则,管理将达到“无为而治”的境界。

3 “无为而治”

“无为”不是什么都不做,而是要自然去行事,不强求、不肆意妄为^[3]。“无为而治”是一种效率最大化的管理方法,对现代管理有启示意义。其一,管理工作应从实际出发,尊重客观态势,实事求是制定管理方法和策略;其二,管理者要以冷静、持重的态度做事,顺应自然之道,发挥下属的能动性,让下属自我管理,适时采取行动并坚定不移地实施。因此,在实际护理工作中,护理部及护士长要学会科学管理,按照客观规律办事。在各科室内,注重专科化护理队伍的培养,使本科护士用所学的理论和本领域里能够解释对患者的察观所见,并能够

(上接第 2640 页)

者肿块直径大于 6 cm,40%的原发性胰腺淋巴瘤患者肿块直径大于 10 cm。而 60%的胰腺癌肿块直径小于 6 cm,很少有超过 10 cm。

另外胰腺癌为少血管癌,增强扫描肿块强化不明显而呈低密度,并容易包绕和侵犯周围血管结构,造成狭窄和闭塞,多出现胆总管和胰管梗阻性扩张。而原发性胰腺淋巴瘤增强扫描肿块明显强化,即使存在胰管浸润,也没有胰管的明显扩张。本文 2 例均无胰管、胆管的扩张。有报道 50%的胰腺淋巴瘤出现腹膜后淋巴结肿大,而 6.7%的胰腺癌有此表现^[5]。确诊需依靠病理诊断,可通过 CT 或 B 超定位穿刺获取病变组织,但有胰漏风险。近年采用超声内镜下细针穿刺可提高活检阳性率,但可能取材过少或错误,无法进行免疫分型或引起误诊。作者认为,剖腹探查术仍是基层医院主要的确诊方式。

胰腺淋巴瘤的治疗方法是化疗为主的综合性治疗方案,最常用的是第一代 CHOP 方案或不伴放疗。手术在原发性胰腺淋巴瘤治疗中的作用还存在争议,但单纯化疗效果有时并不令人满意。Behrns 等^[6]报道 10 例原发性胰腺淋巴瘤经放疗化疗只有 1 例存活超过 5 年。作者认为对于可切除的胰腺 I 期或 II 期淋巴瘤,手术切除可使多数患者治愈;对于晚期原发性胰腺淋巴瘤或胰腺切除风险较大者,以放疗化疗为宜,手术仅限于活检或解除梗阻性黄疸。

总之,原发性胰腺淋巴瘤发病率低,临床表现无特异性,常被误诊为胰腺癌。若 CT 上见胰腺较大肿块(>6 cm),增强扫描肿块明显强化,和周围大血管关系紧密,邻近血管结构被推

在护理活动中准确实施。发挥每个护士的长处,充分调动护士的主观能动性,用自己的言行影响着患者,全身心的投入到护理工作中,承担起护理职责。对满足患者的需要提供帮助,即尽可能地保证患者的身心舒适。

为了达到“无为而治”,科室要制订自己的目标,科室所有人员都自觉地按照目标管好自己,做好自己的事情,护士长把职权部分授予护士,让其负责管理。护理部和护士长在护理工作中抓大放小,抓两头放中间,做自己该做和善做的事,理所当然也就“无为”而“无所不为”了,护理部和护士长只有从日常管理中摆脱出来,才能专心考虑科室的建设和发展,才能“无所不为”。

参考文献

- [1] 何建玲. 儒家思想在护理管理中的体现[J]. 实用中医内科杂志 2004,4:379
- [2] 邱州鹏. 中国传统文化及其对中国现代企业管理的启示[J]. 湖北经济学院学报:人文社会科学版,2011,8(1):54-55.
- [3] 全晰纲. 诸子百家名句赏析[M]. 武汉:湖北辞书出版社,2007:12-14.

(收稿日期:2013-05-27)

移,但无浸润、包绕现象,胰管不扩张,应高度怀疑胰腺淋巴瘤的可能。可行 CT 或 B 超定位下穿刺明确诊断,必要时剖腹探查活检。对于可切除的患者,应争取手术治疗,再配合化疗。对于晚期原发性胰腺淋巴瘤或胰腺切除风险较大者,以放疗化疗为宜。

参考文献

- [1] Stewart SL, King JB, Thompson TD, et al. Cancer mortality surveillance—United States, 1990-2000 [J]. MMWR Surveill Summ, 2004, 53(3): 1-108.
- [2] 胡亚, 杜潇, 廖泉, 等. 原发性胰腺淋巴瘤的诊疗分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(4): 285-286.
- [3] Salvatore JR, Cooper B, Shah I, et al. Primary pancreatic lymphoma: a case report, literature review, and proposal for nomenclature[J]. Med Oncol, 2000, 17(3): 237-247.
- [4] Tucheck JM, De Jong SA, Pickleman J. Diagnosis, surgical intervention, and prognosis of primary pancreatic lymphoma[J]. Am Surg, 1993, 59(8): 513-518.
- [5] 白新华, 李泉水, 杨雪冰, 等. 超声检查在胰腺淋巴瘤和胰腺癌鉴别诊断中的价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(5): 3-5.
- [6] Behrns KE, Sarr MG, Strickler JG. Pancreatic lymphoma: is it a surgical disease[J]. Pancreas, 1994, 9(5): 662-667.

(收稿日期:2013-02-19 修回日期:2013-04-12)