术中见肿瘤内侧面与脑干粘连紧密，边界不清，瘤内有陈旧性出血及坏死。术后病理切片HE染色镜下不仅见异形核，而且有核分裂象。同时该患者全身检查未发现其他原发病灶等，其"原发性恶性听神经瘤"的诊断是确立的。

随着现代显微神经外科技术的不断进步，听神经瘤的手术全切除率已可达80%～90%以上，若术中完全忽略了恶性听神经瘤的可能性，一味盲目追求肿瘤的全切除，可能会影响脑干功能而导致灾难性后果。我们建议若术中发现听神经瘤与脑干之间的正常蛛网膜层次、界限不清、有弓浸润性生长的趋势、有突破与脑干之间的正常蛛网膜甚至脑干软脑膜的趋势时，要考虑到恶性听神经瘤的可能性，及时中止继续切除肿瘤，术中残留之少部分肿瘤术后还可进行伽玛刀治疗。

关键词：恶性；听神经瘤
中图法分类号：R739.43 文献标识码：B

参考文献：

[1] BARLAM F, FORSTER D M, KEMENY A A, *et al*. Malignancy in a vestibular schwannoma. Report of a case with central neurofibromatosis, treated by both stereotactic radiosurgery and surgical excision, with a review of the literature[J]. Br J Neurosurg, 2002, 16(3): 284-289.
[2] 臧振光，陈若冰，刘建民，等. 原发性恶性听神经鞘1例[J]. 中华肿瘤杂志，1989, 11(1): 66.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2006)05-0489-01

个案与短篇

反𬌗前牙残根的正畸与修复联合治疗

裘松波，汪志德，张 萍 （第三军医大学新桥医院口腔科，重庆 400037）

反𬌗 前牙残根并不多见，且临床中往往作拔除残根后的固定义齿修复处理。作者在近6年中采用正畸与修复联合治疗方法，保存此类残根作桩核冠修复，取得了良好疗效。

1 材料与方法

9例患者，9颗反𬌗前牙残根，其中上颌中切牙3颗，上颌侧切牙6颗。年龄最小为13岁，最大为25岁。选择标准为：上颌反𬌗前牙残根，经完善的根管治疗后无叩痛，无明显的松动，根面至少与牙龈平齐，牙弓内能获得足够容纳牙残根的间隙。

治疗方法：首先通过残根根管粘结一个弯制的"?"形临时短桩钉，以备正畸牵引之用。安装方丝弓托槽固定节段矫治器，弓丝宜用钛镍丝或钛镍丝加不锈钢丝双弓丝，若间隙不足，可用正畸减径砂条分次减径处理前牙，以获得足够容纳牙残根的间隙。通过钛镍丝和"?"形钉将反𬌗残根牵引入正常牙弓内。最后拔出临时短桩钉，以常规铸造桩核和烤瓷牙冠修复残根。

2 结果

9例患者9颗反𬌗前牙残根经正畸与修复联合治疗后，达到了恢复前牙美观和功能要求。6例6颗患牙，经2个月至4年的随访（另3例失访）：前牙排列正常，烤瓷冠和残根均无松动，无崩瓷，牙龈无明显炎症，与邻牙邻接关系正常，患者满意。

3 讨论

残根、残冠的保存治疗为患者保留了大量的过去被认为该拔除的患牙，已经取得重大成功[1]。但反𬌗牙残根由于其位置异常，目前临床中常常被拔除，其缺牙间隙用固定桥修复。我们用正畸的方法将错位的残根牵引至正常的牙弓内，再行桩核和烤瓷牙冠修复，保留牙根，避免了拔牙，同时避免了固定桥修复时磨切邻牙等缺点。正畸与修复联合治疗为反𬌗前牙残根的保存治疗提出了一种新的方法，对邻牙伴有轻度不齐的，也可通过节段弓矫治器，同时加以矫正排齐。我们的治疗体会是：①桩钉的口腔段不宜过长，尽量避免与对颌牙形成反覆牙合，因为过大的反覆𬌗会在治疗过程中引起残根的创伤。本组病例中有4例患者因较深的反覆𬌗 而戴过渡性𬌗垫，以帮助解除反𬌗，减少创伤。②粘结托槽位置稍偏向牙颈部，避免过大的𬌗向牵引分力将残根过渡拔出，导致残根松动。③当残根排齐后，尚需保持3～6个月，方可进行修复治疗。保持方法可采用原节段弓矫治器保持，也可另做活动保持器保持。若治疗前，同时存在其他前牙轻度不齐的，则在残根修复后，还应继续用活动保持器保持。④由于经修复后的反𬌗残根有腭向移动复发的倾向，所以最好将烤瓷冠做成金属舌面背，防止发生舌侧崩瓷现象。

关键词：反𬌗；残根；正畸；修复
中图法分类号：R783 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 施生根，牛忠英. 残冠残根的保存治疗与修复Ⅳ. 残冠残根的修复与利用[J]. 中华口腔医学杂志，2005，40(4)：343－345.

（编辑 龙 亮）

作者简介：裘松波（1962－），男，浙江省宁波市人，硕士，副主任医师，副教授，主要从事口腔修复学方面的研究。电话：(023)68774645

收稿日期：2005-10-12；修回日期：2006-01-23