DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.18.028

治疗非小细胞肺癌有疗效较好,毒副反应较轻,患者耐受性较好,值得进一步在临床上推广应用。

参考文献:

[1] Yokoyama A. Current status and future directions of gemcitabine in the treatment of non small cell lung cancer and pancreatic cancer[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2000, 27(8): 1294-1300.
[2] Barton B M. Gemcitabine: a pharmacologic and clinical overview[J]. Cancer, 1999, 22(2): 176.
[3] Ardizzoni A, Addamo G F, Baldini E, *et al*. Mitomycin-ifosfamide-cisplatinum(MIP) vs NIP-interferon vs cisplatinum-carboplatinum In metastatic non-small-cell lung cancer: afonicap randomized phase II study[J]. Br J Cancer, 1995, 71(1): 115.
[4] Frances A. Chemotherapy for non small cell lung cancer: have we reached a new plateau[J]. Semin Oncol, 1999, 26(1): 3-11.
[5] Paul A, Bunn J. Triplet chemotherapy with gemcitabine, a platinum, and a third agent in the treatment of advanced non small cell lung cancer[J]. Semin Oncol, 1999, 26(1): 25-30.
[6] Gebbia V, Galetta D, Caruso M, *et al*. Gemcitabine and cisplatin versus vinorelbine and cisplatin versus ifosfamide+gemcitabine followed by vinorelbine and cisplatin versus vinorelbine and cisplatin followed by ifosfamide and gemcitabine in stage IIIB-IV non small cell lung carcinoma: a prospective randomized phase III trial of the Gruppo Oncologico Italia Meridionale[J]. Lung Cancer, 2003, 39(2): 179-189.
[7] Rossi D, Graziano F, Catalano V, *et al*. A new cisplatin/gemcitabine schedule in locally advanced (IIIB) and metastatic (IV) non-small cell lung cancer: relationship between dose-intensity and efficacy. A phase II study[J]. Anticancer Res, 2002, 22(5): 3087-3092.
[8] Bretti S, Manzin E, Loddo C, *et al*. Gemcitabine plus cisplatin in the treatment of patients with advanced non-small cell lung cancer: a phase II study[J]. Anticancer Res, 2002, 22(5): 3039-3043.

(编辑 薛国文)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)18-1658-02

正畸治疗中年龄对支抗牙根吸收影响的临床研究

Effect of age factor on the root absorption of anchorage teeth

李春雷[1],李长霞[2],朱双林[3],王大为[3] ([1]广东省人民医院口腔科;[2]广州军区直属第一门诊部口腔正畸科;[3]中山医科大学光华口腔医学院正畸科,广州 510080)

正畸治疗中引起的牙根吸收被认为是正畸治疗的一个不良后果,特别是支抗牙的牙根吸收是一个很严重的问题。国内开展正畸以来,人们不但对正畸目标的追求越来越高,有很多时候成年人的正畸治疗比例越来越大。这个群体不但医疗法律意识强,而且对正畸目标的追求也越来越高,使得对正畸治疗中牙根吸收的研究,特别是年龄因素产生的影响,就变得更加必要。其实正畸治疗中所出现的牙根吸收现象是一个很复杂的生理过程,它和很多因素相关。而关于正畸治疗年龄与牙根吸收之间的关系目前仍存在争议。

1 材料和方法

1.1 病例选择

从近几年来所矫治的病例中,选取经固定矫治器矫治的正畸病例120例,所有病例必须符合要求如:完整病例记录资料。包括病史、临床检查、治疗前后头颅侧位定位片、记存模型等,每份治疗前后头颅侧位定位片必须清晰可辨,所有X线片为一部机器所拍摄,病人接受方丝弓矫治器正畸治疗,按错、类型、拔牙与否、所用矫治器类型、性别等进行配对分组。成年组60例,平均年龄(28.3±0.9)岁;青年组60例,平均年龄(16.2±0.8)岁等。

1.2 牙根长度测量方法

在头颅定位侧位片上,每个病例选取上下颌中切牙(前牙支抗),下颌第一磨牙近中根、远中根(后牙支抗)四组牙根,描出所选定的牙齿的形态,定出釉牙骨质交界点(CEJ)、根尖点(A)、切缘点(B)或牙尖点(D)的位置。由CEJ点向牙长轴(AB线或AD线)做垂线,垂线与牙长轴的交接点至根尖点的直线距离即为所得的牙根长度。配对测量治疗前、后两个时间点的牙根长度。用治疗前后牙根长度的减少量(治疗前-治疗后)作为牙根尖吸收量,从而可以定量表示牙根尖吸收。测量使用电子记数游标卡尺(读到小数点后两位,精确度为0.02 mm,单位为mm)。

1.3 统计学分析

结果用$\bar{x}\pm s$表示。使用统计软件包SPSS10.0 for Windows进行统计分析。牙根长度值做配对t检验,治疗前后的差值做组间t检验。

2 结果

两组治疗前、后牙根长度比较见表1。

(下转1661页)

作者简介:李春雷(1965-),男,黑龙江省哈尔滨市人,硕士研究生,主治医师,主要从事正畸治疗牙根吸收方面的研究。电话:(020)61678642
收稿日期:2002-12-20;修回日期:2003-04-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

生理现象。在肿瘤细胞中, 细胞增殖增高, 细胞凋亡明显减少, 导致肿瘤呈恶性生长趋势[2]。多数文献报道化疗药物如 5-Fu, EPI, CDDP, ADR 等可以诱导肿瘤细胞凋亡[3, 4], 从而达到其治疗目的。细胞凋亡也可作为检验化疗药物疗效的指标之一[5, 6], 本作者观察到术后组的凋亡指数明显高于术前组, 提示术前介入化疗对肿瘤细胞有显著的治疗作用。②促使肿瘤坏死。本研究显示介入化疗术后肿瘤细胞坏死明显较化疗前严重, 尤其在小血管周围出现明显灶性坏死, 甚至出现片状坏死。1 病例于介入化疗后肿瘤组织大片坏死, 甚至找不到肿瘤细胞。而术前组坏死程度较轻, 坏死灶少, 与血管无明显关系。因此, 术后组的肿瘤细胞坏死显然与化疗有关。文献[1] 报道大剂量、高浓度的化疗药可引起肿瘤区域小动脉炎症, 血管内膜水肿, 血栓形成, 引起肿瘤缺血坏死。术前肿瘤组织坏死与术后化疗引起坏死的机制显然不一样, 其坏死灶远离血管, 是由于肿瘤生长过快, 肿瘤相对供血不足引起的组织坏死。

介入治疗创伤小, 只要病人无严重的器官功能障碍, 均可以接受, 化疗药对肿瘤组织进行一次高浓度冲击化疗后, 药物进入全身血液循环, 药浓度明显降低, 对机体无明显影响, 不影响手术伤口愈合, 也不会延误手术时机[5]。本组所有患者均在介入治疗后一周进行手术, 术后病人均恢复良好, 无吻合口漏发生, 也没发生因为化疗后免疫力下降而发生严重感染并发症。化疗后的主要反应为轻度的胃肠道反应。本组病人术后无明显骨髓抑制现象, 血象正常, 或轻度下降, 给予升白细胞药物后好转。

术前介入化疗作为一种有效的辅助手段, 可以提高手术切除率, 结合术后辅助化疗可以提高病人生存率, 刘福坤等[1] 报道患者 1 年生存率为 92%, 3 年生存率为 57.1%, 5 年为 42.8%。总之, 术前胃癌介入化疗可以提高生存率。

参考文献:

[1] 刘福坤, 李国立, 陈忠豪, 等. 胃癌术前介入化疗的临床和病理观察[J]. 南京大学学报(自然科学), 1998, 34(2): 167－171.

[2] 万榕, 高美钦, 江淑萍, 等. 胃癌及癌前病变细胞的凋亡与增殖[J]. 福建医科大学学报, 2001, 35(3): 224－226.

[3] Kimura H, Konishi K, Kaji M, *et al*. Apoptosis, cell proliferation and expression of oncogenes in gastric carcinomas induced by preoperative administration of 5-fluorouracil[J]. Oncol Rep, 2000, 7(5): 971－976.

[4] Satomi D, Takiguchi N, Koda K, *et al*. Apoptosis and apoptosis－associated gene products related to the response to neoadjuvant chemotherapy for gastric cancer[J]. Int J Oncol, 2002, 20(6): 1167－1171.

[5] Tao H Q, Zou S C. Effect of preoperative regional artery chemotherapy on proliferation and apoptosis of gastric carcinoma cells[J]. World J Gastroenterol, 2002, 8(3): 451－454.

[6] Hen X B, Zhao X M, Hu J G, *et al*. Significance of cell apoptosis and proliferation in gastric cancer[J]. World Chin J Digestion, 2000, 8(9): 1050－1052.

（编辑　薛国文）

（上接 1658 页）

表 1　正畸治疗前、后两组牙根长度比较(mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	MX1	MD1	$MD6_{mesi}$	$MD6_{dist}$
治疗前				
青年病人	14.49±1.48	14.38±1.61	15.98±1.85	15.04±1.81
成年病人	15.61±1.99 *	14.88±1.38 *	15.75±1.98 *	14.52±2.20 *
治疗后				
青年病人	1.13±0.97	1.44±1.09	1.05±0.60	0.99±0.55
成年病人	1.99±0.98 *	1.99±1.18 *	1.55±0.87 *	1.41±0.86 *

*: $P < 0.01$ 与青年病人组比较

3　讨论

在正畸治疗中, 牙根吸收与年龄之间的关系尚在调查中。有一些研究表明在正畸治疗中牙根尖吸收与年龄无关。有学者认为即使不做正畸治疗, 牙根吸收的发生率也会随着年龄的增加而增加。也有一些不同的报道, 认为在成人正畸中牙根吸收较普遍存在, 在牙根吸收过程中所有参与的组织都会随着年龄而改变。

本研究结果显示, 青少年组和成年组在正畸治疗之前牙根长度值的组间差异进行比较, 结果是两组之间差异没有显著性意义($P > 0.05$), 表明在正畸治疗前牙根吸收的发生率虽然会随着年龄的增加而增加, 但是这种差异是没有统计学上的意义。然而随着正畸治疗的结束, 在正畸治疗中出现的青少年组和成年组的牙根吸收现象有明显的不同。成年组有比较强的趋势, 而且不同牙位表现不同, 上前牙吸收明显, 这与国外的研究报道相符[1]。有研究认为牙齿移动的距离及矫治力是牙根吸收的主要原因, 这就解释了上前牙等易出现牙根吸收的原因[2]。同时有研究表明牙周膜的血管变少, 牙周膜变窄, 再生出现障碍; 骨密度增加, 血管减少, 再生出现障碍; 牙骨质变宽。这些变化在成人牙根吸收中具有较高的敏感性。有专家镜下可见成年人牙根有很多的吸收孔和很少的吸收修复区。这是由于对牙根吸收的易感性增加, 而吸收和再生之间的周期增长的原因。

综上所述, 年龄因素对支抗牙根吸收有影响而且有牙位性, 这就为成人正畸治疗提供了良好的参考指标。

关键词: 牙根吸收; 牙根长度; 头颅侧位定位片; 正畸治疗
中图法分类号: R783.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] McNab S, Battistutta D, Taverne A, *et al*. External apical root resorption of posterior teeth in asthmatics after orthodontic treatment[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1999, 116(5): 545－551.

[2] Janson G R, De-Lucar-Canto G, Martins D R, *et al*. A radiographic comparision of apical root resorption after orthodontic treatment with 3 different fixed appliance techniques[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2000, 118(3): 262－273.

（编辑　薛国文）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net