DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.05.044

化疗10例。其余因全身衰竭或自动出院而仅给予对症治疗。

3.2 预后

近期疗效好转23例。包括手术切除癌肿,肿块缩小或症状缓解。住院中死亡5例。3例弥漫型BAC均死于急性呼吸衰竭。随访15例,多数在确诊后1年左右病情恶化。存活时间超过3年者4例,最长4年。

4 讨论

本组BAC占本科同期收治肺癌的3.1%,与钟殿胜等[1]报道相符。孤立型BAC与一般肺癌在临床上难以区别,弥漫型BAC易误诊为血行播散型肺结核、肺部感染、间质性肺疾病等。胸部X线可作出初步诊断。孙忠亮等[2]发现,37例BAC病检标本中21例病灶内有纤维瘢痕,所谓尾巴征就是肿瘤引向胸膜的长纤维条索,而兔耳征则是贴近胸膜的肿瘤由于胸膜增厚皱缩凹陷所形成的。因此,尾巴征和兔耳征可作为孤立型BAC的诊断线索。支气管周围的癌肿融合实变、畅通的支气管更突出而表现为X线上的支气管气相。若癌细胞沿肺泡及细支气管壁生长,使肺泡隔不规则增厚便构成X线上的空泡征。此二种征象主要见于弥漫型BAC[3],结合病史有重要的诊断价值。胸部CT比同期X线多发现77.1%的异常征象[4],且能了解纵隔淋巴结有无转移,以及肿块与大血管的关系,为手术提供参考。

本组BAC除2例是死亡后肺穿刺确诊外,其余均在生前获得细胞学和/或病理学诊断(94.3%)。由于BAC发生于细支气管及肺泡,纤支镜不易发现病变,但对可疑部位刷检及活检能对半数患者作出确诊。痰脱落细胞检查简单易行,在弥漫型BAC中阳性率较高。有胸腔积液者胸水离心沉淀常可查到癌细胞。因此,上述三种检查应列为常规。本组经皮肺穿刺活检8例均获确诊,故对周围型BAC应尽可能行此检查。血清CEA在BAC患者中大多有明显升高,可作为确诊前的诊断线索。

BAC的细胞学分类为腺癌,因而临床上具有腺癌的早期转移、病情进展快的特点。弥漫型BAC由于癌细胞广泛侵犯肺泡及沿毛细血管转移,肺泡隔增厚使氧弥散障碍,血管受损使通气血流比失调,导致进行性缺氧、呼吸困难,最终发生呼吸衰竭。所以,孤立型BAC应尽早手术,弥漫型BAC一旦确诊,在全身情况允许时应及时化疗。

关键词 肺泡细胞癌;X征象;脱落细胞;活检

中图法分类号 R734.2

参考文献

1 钟殿胜,朱元钰. 43例细支气管肺泡癌的特点.中国实用内科杂志,1995,7(15):422

2 孙忠亮,李锡莹,贾友明等.细支气管肺泡癌37例的临床、X线、病理分析.中华结核和呼吸杂志,1981,6(4):361

3 龙晚生,李志健.弥漫性细支气管肺泡癌的发展规律及影像学诊断.临床放射学杂志,1995,2(14):93

4 孙振卿. 50例肺泡癌的胸部X线和CT分析,北京医学,1993,3(15):131

(收稿:1997-03-20;修回:1997-07-26)

(编辑 汪勤俭)

前牙缺损的多榫槽式固位修复

Slotted Multitenon fixation for the repairment of incisor defect

周正贵* 林景春 汪志德 (第三军医大学附属新桥医院口腔科)重庆,400037

提 要 目的:探索新的固位途径,解决前牙各类缺损修复难的问题。方法:用高速涡轮手机,制备多榫槽固位沟,经一般牙面清洁处理后即可用光固化材料充填修复缺损部位。结果:经临床120例,136颗牙修复后随访观察1~2年,固位良好,无1例修复体自行脱落,无牙髓并发症。结论:多榫槽固位沟修复前牙各类缺损,不需酸蚀处理,固位强度高,突破了传统支架式的修复方法。

* 周正贵,男,40岁,主管技师

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

前牙缺损,以切角,切缘居多,修复难度大,要求高,但效果均不理想。自 1993年以来,我们研究设计出了一种多榫槽固位修复的新方法。经 120例临床观察结果,效果比较满意。

1 材料和方法

1.1 一般资料

120例, 136颗牙。男 83例、女 37例。年龄 14~ 50岁。缺损牙位和缺损部位见表 1。

表 1 缺损牙位和缺损部位分布

	缺损牙位			缺损部位		
	中切牙	侧切牙	尖牙	切角	切缘	牙釉质发育不全
上颌	43	36	12	43	26	20
下颌	21	16	8	21	20	6
合计	64	52	20	64	46	26

136颗牙中,活髓牙 118颗、死髓牙 18颗(已作根管术)。单独采用多榫槽固位修复 122颗牙,多榫槽附加自攻自断螺纹钉修复 14颗牙。

1.2 方法

用高速涡轮手机置最小号倒锥钻,从患牙缺损面起向唇、舌、近远中面预备榫槽固位沟 4~ 6条。沟深约 0.5~ 1 mm,长度视牙冠缺损程度的多少定,但至少不短于 2 mm,见图 1。

牙体组织缺损较多或做过根管治疗者,除预备榫槽外,需另加自攻自断螺纹钉不少于 2根,以增强修复材料抗折性能。

牙釉质发育不全患牙的预备方法,沿病灶中心向周围呈放射状预备榫槽不少于 6条,病灶若有多处时,可相互连通,沟深和长度同上,见图 2。



图 1 切角(缘)榫槽示意图

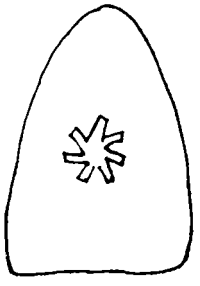


图 2 釉质发育不全示意图

榫槽预备完毕后,先用 0.9%的生理盐水充分冲洗,后用 75%的酒精消毒,吹干隔湿。然后涂釉质粘结剂,选择合适的光固化材料充填榫槽及恢复缺损部分。对牙釉质发育不全的患牙修复,可根据全部门牙的色泽情况作部分或覆盖整个牙面修复。光固化灯照射各充填面 10~ 20 s,较厚部位应分层固化,最后精修磨光,调 即可。

2 结果

120例、136颗牙随访 1~ 2年,修复体稳固、形态、色泽正常,无 1例自行脱落,无牙髓并发症发生。患者对修复后的颜色、形态、功能均比较满意。

3 讨论

多榫槽固位修复前牙缺损的效果,无论是否采用固位钉均不需酸蚀处理,因榫槽沟所组成的固位面积要远比酸蚀后牙体组织表面形成微细孔的面积超出上千倍以上。所以,修复材料粘结在牙体缺损的周围则呈“树根状”结构,可牢固地抓住牙体组织,使修复体较长时间紧密地附着在牙齿之上。对牙冠切 1/3处的边缘切角或切缘的缺损者,采用此方法进行修复,其效果最为理想。因此类患者的牙体组织缺损较少,无法采用支架或螺纹钉的固位方式进行修复,如果仅用酸蚀处理后直接粘结修复时,因粘结面小,固位力差,所以,修复体很容易脱落。

注意事项:① 严格控制榫槽沟的深度,以防止意外穿髓,死髓牙齿可适当加深。② 避免往返切割榫槽,以免破坏榫槽沟的倒凹部分。

关键词 前牙;缺损;多榫槽

中图法分类号 R783.05

参考文献

1 四川医学院主编.口腔内科学.北京:人民卫生出版社,1980.75~ 86

2 洪法廉.牙折的美容修复.见:孙少宣 主编.口腔医学美学.合肥:安徽科学技术出版社,1994.209~ 210

(收稿:1996-06-11;修回:1997-03-18)

(编辑 汪勤俭)

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