DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.05.033

目性大。残留结石率平均约40%[4]，是胆道再次手术的主要原因。术中B超能多次扫查、反复取石对减少残留结石很有价值。本组术中B超提示结石取尽者，术后经T形管造影均未见残留结石。术中B超显示结石残留者，术后T形管造影大多数有残留结石。肝内广泛的3级胆管以上的结石，术中B超虽能显示，完全取尽尚有困难。因此应用术中B超仍难以避免术后残留结石。

关键词 超声学/诊断应用；胆总管结石/外科手术

参考文献

1. 胡宗泽 张清泉 贾淑娴，等。术中应用B型超声检查肝内胆管结石。中华医学杂志，1989；69(9)：529
2. 沈立荣 李瑞珍。肝胆管结石影像学诊断。实用外科杂志，1985；4(4)：172
3. 胡宗泽 张清泉 刘瑞明，等。术中B型超声检查在胆石诊断中的应用。中华实验外科杂志，1987；493)：170
4. 刘永雄。做好肝胆管结石症的外科治疗。实用外科杂志，1985；4(4)：170

(收稿：1993-04-12；修回：1993-07-21)

阻生牙矫正术的初步探索

刘自长* 汪志德 周正贵 林景春 (第三军医大学新桥医院口腔科) 630037

凡因位置不够，或因周围存在阻力，不能萌出至正常位置的牙称为阻生牙。临床上以下颌第三磨阻生最为常见，而且常常引起冠周炎，严重者导致颌周间隙感染，因此传统的口腔外科学均将其列为拔牙指征。实践中发现，在阻生牙拔牙术中，已挺松略有移位的情况下，因某些原因而中断手术，结果经抗感染消肿后，阻生牙竟成为正常位置，并且无冠周炎复发。因此考虑到阻生牙发育迟，未成熟，成活力高，正如年青人前牙手术正畸及意外挫伤后均有较高的成活率。于是探索了阻生牙的手术矫正。初步结果汇报如下：

1 适应征

临床上，下颌第三磨牙阻生情况往往是多种多样的，每个阻生牙不仅有阻生方向的不同，还有程度，位置和周围组织解剖及病理差异。因此对具体病例选择矫正术还是拔牙术应综合考虑，因本法处于初步尝试阶段，较保守的指征为：

1.1 垂直阻生，单纯瓣切除术失败者；

1.2 垂直中低位阻生，有骨阻力者；

1.3 近中高位及中位阻生；

1.4 轻度的颊向或舌向高位阻生。

2 方法

2.1 术前准备

同阻生牙拔除术，应控制炎症；

2.2 术中要点

2.2.1 切口，翻瓣均同阻生牙拔除术，切忌撕裂；

2.2.2 去骨阻力：对有骨阻力者作少量的凿骨去骨。宽约2mm，能挺松移动即可，亦可用牙钻作缝状去骨；

2.2.3 矫正阻生牙：先用挺子将牙挺松，向正上方移位，如果移位不够，可用牙钳轻摇拔高使之与正常牙例平齐；

2.2.4 固定：移位较大或松动明显者，可用粘固粉固定，维持2～4周；

2.3 术后护理

术后2周患牙禁咬，常规用消炎止痛药含漱剂，控制炎症以保证术牙成活。

* 进修医生，重庆汽车发动机厂医院(630031)

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

3 病例介绍(见附表)

附表 病例介绍

序号	性别	年龄	类 型	手术时间	结 果
1	男	36岁	近中高位阻生	88年 6月	术牙正位成活
2	女	31岁	垂直阻生龈、瓣切失败	88年10月	术牙正位成活
3	男	32岁	近中位中度阻生	88年12月	术牙正位死髓变色
4	男	28岁	近中高位阻生	89年 2月	术牙正位死髓变色
5	男	27岁	近中高位阻生	90年 4月	术牙正位成活
6	女	25岁	近中中度阻生	90年 5月	术牙正位成活
7	男	36岁	垂直中位阻生龈瓣切除失败	90年10月	术牙正位死髓变色

4 体会

4.1 矫正术与拔牙术之比较

本矫正术针对阻生牙的成因,去除阻生力,矫正萌出方向,让其正向生长,变害为利。这是对"阻生牙必须拔除"的观点的挑战与进步。由于阻生牙种类繁多特点各异,不能以一种方法统而治之,因此矫正术有可能成为拔牙术的一种并列方法。当然,目前拔牙术仍有较多的适应征。

4.2 矫正术比瓣切除术适应征更广,效果更确定,是后者失败后的最佳选择。

4.3 阻生牙矫正术后若出现根尖炎可作口内科治疗,失败者因松动而拔牙,则拔牙难度与损伤程度均较小。

参考文献

1. 上海第二医科大学主编。口腔颌面外科学。北京:人民卫生出版社,1980:158
2. 龙文喜。下颌阻生智齿保留意义及方法。口腔医学,1985;5(3):4
3. 杜 仁 王永黉 杜 荔,等。下颌智齿形态学的观察。口腔医学,1986;6(3):149
4.《口腔医学》编辑部(综述)。牙外科正畸术。口腔医学,1987;7(1):17

(收稿:1992-12-20;1993-06-12)

恶性肉芽肿8例误诊分析

朱 瑾 周建明 范文汉 (第三军医大学西南医院耳鼻喉科) 630038

恶性肉芽肿(Malignant Granuloma)是一种进行性肉芽增殖性溃疡性病变。其命名较混乱,我国和英、法国等曾习惯谓恶性肉芽肿;而美国常用致死性中线肉芽肿(Lethal Midline Granuloma LMG);德国文献中则习惯谓坏疽性肉芽肿(Granuloma Gangraenescens);还有其他命名,如恶性网织细胞增生症、面特发性肉芽肿、Stewart 综合征等。由于本病较少见,临床症状不典型,在命名、病变性质和诊断等问题上相当混乱[1]。因此,诊断常较困难,易导致误诊。我科从1976年以来共收治了8例恶性肉芽肿患者,均有不同程度误诊。本文就这8例误诊病例报道如下。

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