DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.04.033

在 28 岁以上，下颌阻生智齿长期无冠周炎症，无严重龋坏，无松动，无牙周病，无根尖周病变。以下情况可考虑拔除阻生智齿：(1)时有冠周炎发生；(2)严重龋坏；(3)严重牙周病；(4)根尖囊肿；(5)下颌第二磨牙远中修复后仍始终食物嵌塞；(6)无对殆且有食物嵌塞。根据笔者临床所见，大多数 28 岁以上患者下颌阻生智齿是可以保留的，仅少数可考虑拔除。

现代观点是尽量保存患牙，我们应当尽可能保留 28 岁以上患者的下颌阻生智齿，不轻易拔除，非拔不可时，应考虑到手术的复杂性以及可能出现的严重并发症，术中尽量减少创伤，术后严密观察，防止意外。

关键词： 磨牙；牙修复

参考文献

1. 上海第二医学院主编。口腔颌面外科学。第 11 版，北京：人民卫生出版社，1984：22
2. 赵洪礼。邻面颈部深龋的修复。口腔医学，1984；4(3)：143
3. 宋培智。1300 例拔牙并发症的统计分析。中华口腔科杂志，1965；11(2)：102
4. Beirne OR. The effect of methlyprednisolone on pain, trismus and swelling after removal of third molars. Oral Surg，1986；6(2)：134

(收稿：1992-12-29；修回：1993-03-25)

小肠恶性淋巴瘤 15 例 X 线分析

陈留斌 周成刚 陈南平* (第三军医大学大坪医院放射科) 630042

小肠恶性淋巴瘤是一种比较少见的小肠恶性肿瘤，其发病率约占小肠恶性肿瘤的 15%～40%[1,2]。我科自 1960 年以来，陆续发现 15 例，均经手术、病理证实。报告如下：

1 临床资料

男 10 例，女 5 例。年龄 6～71 岁，平均 35.5 岁。发病至就诊时间 2～12 月。腹痛为最常见症状，约占 91%；其次为体重减轻，约占 75%；再其次为腹块，约占 61%。15 例中病变单独发生于回肠的 13 例，发生于十二指肠 1 例，同时侵犯空回肠的 1 例。15 例均作了化疗和手术切除肿瘤。

2 X 线表现和分型

小肠淋巴瘤的 X 线分型，众说纷纭，本文参考各家意见[2,3,4]结合自己病例，将其分成四型。

2.1 扩张型(5 例，占 33.3%)

表现为病变肠管不同程度的扩张。有的呈梭形扩张，中间宽，两头窄，或呈不规则扩张。本组 1 例 6 岁小儿，最宽径达 6cm 有肠壁僵直和粘膜纹破坏，蠕动波消失(图 1)。也有的病例在肠管扩张的基础上可见肠腔内有单发或多发的充盈缺损区或肠轮廓的半月形凹陷。病变肠曲钡剂通过缓慢，病变肠管与正常肠管截然分界。



图 1 回肠末段伯杰特氏淋巴瘤

回肠末段肠管呈环状，病变长约 10cm，肠管增宽约 6cm，扩张肠管积气及钡剂储留，蠕动波消失。

2.2 溃疡型(3 例，占 20%)

X 线表现为大而不规则的扁平龛影，与肠管的走行相一致，周围指压迹清楚，邻近粘膜

* 进修医师，四川省蓬安县人民医院放射科

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

皱襞消失，病变段肠管壁僵硬，边缘不完整，钡剂通过缓慢（图 2）。



图 2 回肠末段何杰金氏病

回肠末段长约 6～8cm 肠壁变硬，蠕动消失，边缘不规则，粘膜纹消失，管腔变窄，并一扁平龛影，大小约 4.5cm×1.5cm。

2.3 狭窄型（4 例，占 26.7%）

主要 X 线表现为肠管变细，呈环形狭窄，边缘光滑或不规则僵直，为粘膜中断和蠕动波消失。病变多较广泛，本组肠管最窄为 1cm 以下，病变范围 10～21cm 之间（图 3）。



图 3 回肠恶性淋巴瘤

回肠下段一横行充盈缺损区，呈长片状，边缘数个弧形指压迹，病变肠管长约 13cm，最宽约 6cm，最窄约 1.7cm。

2.4 增生型（3 例，占 20%）

X 线表现为肠管内单个或多个充盈缺损区，病变段肠管粘膜皱襞消失，由于肠腔内肿物占位，所以病变段肠管较正常段肠管增宽，钡剂通过迟缓（图 4）。本组中并发肠套叠 2 例，均属此型。



图 4 回肠恶性淋巴瘤

回肠末端肠腔内呈“菜花样”充盈缺损，大小 3.5cm×2.5cm，粘膜破坏，环状皱襞消失。

当淋巴瘤侵犯肠系膜和肠系膜淋巴结时，除病变部位的肠管改变外，邻近肠管可出现受压改变，误以为病变。本组有 3 例伴有肠系膜淋巴结显著增大，直径达 10cm 以上，其中 1 例回肠末端恶性淋巴瘤伴肠套叠，十二指肠水平段弧形受压，术前误为病变，手术证实为巨大淋巴结压迫所致。

3 讨论

小肠淋巴瘤的局部症状较少，不象小肠癌那样，容易引起肠梗阻，因此早期发现比较困难。诊断小肠淋巴瘤的最有效方法仍然是全消化道钡餐检查或小肠灌肠，其 X 线表现有一定特殊性。根据本文 15 例的粗浅体会，我们认为以下几点值得注意：

（1）病变部位：小肠淋巴瘤为起源于小肠粘膜下淋巴组织的肿瘤，其发生部位与小肠

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

淋巴组织的分布是一致的。由于回肠远端有更丰富的淋巴组织，故愈近回肠的末端，其发病率愈高。其次是空肠，十二指肠罕见。本文 15 例中 13 例侵犯回肠(占 86.58%)，是值得重视的。

(2)病变长度：小肠淋巴瘤早期在粘膜下匍匐生长，沿小肠纵轴发展，故早期症状轻微。待肿瘤突入肠腔或向深部浸润而产生临床症状时，病变已较广泛。文献报道 X 线发现的小肠淋巴瘤的长度多为 5～15cm[2]。本文 15 例中，除局限性增生外，病变长度多超过 5cm，最长一例达 21cm，这与小肠癌的局限性浸润显然不同。

(3)小肠淋巴瘤与肠梗阻：侵犯小肠的淋巴瘤，病理上分为何杰金氏淋巴瘤和非何杰金氏淋巴瘤，前者激发纤维组织增生引起肠腔狭窄而发生肠梗阻，本文有 4 例肠腔显著狭窄，均发生不同程度的肠梗阻。后者不激发纤维组织增生[2]，很少引起肠腔的显著狭窄而发生肠梗阻。

(4)肠套叠：文献报道小肠淋巴瘤易并发肠套叠。本文 15 例中有 2 例占 13.2%。小肠淋巴瘤并发肠套叠多见于增生型肿瘤。此型肿瘤主要突入肠腔，肠壁浸润较轻。由于肠腔的部份梗阻，促使肠蠕动增加，肿瘤被推挤向前，形成假蒂而发生肠套叠。一旦发生肠套叠后，肿瘤的真面目被掩盖，导致诊断上的困难。由于肠套叠在小肠淋巴瘤中发生率高，故对不明原因的成人肠套叠，应首先考虑淋巴瘤的诊断。

(5)小肠局部的“动脉瘤样扩张”是小肠淋巴瘤的特征性改变，过去认为这主要是由肿瘤向深部浸润，破坏了肠壁肌丛神经的后果。近年来，文献上提到当肿瘤向小肠腔内外生长形成巨大空洞时，亦可出现此种征象[3]。

(6)小肠淋巴瘤可为小肠的原发性肿瘤，也可以是全身性广泛病变的一个组成部分。邹氏报告 14 例中，3 例曾有肠外恶性淋巴瘤，其中 2 例为扁桃体网状细胞肉瘤，1 例为舌淋巴肉瘤[4]。本组病例中无肠外恶性淋巴瘤。

(7)淋巴瘤的愈后决定于小肠受累的范围程度，以及肠外肿瘤的有否存在。原发性、局限性小肠淋巴瘤愈后较好，手术切除后 5 年生存率为 50%～70%。手术切除的肠淋巴瘤约 20%可获得痊愈。肠外已有累及的原发性小肠淋巴瘤，其 5 年生存率仅为 10%～30%。CT 在确定小肠淋巴瘤的范围和肠系膜淋巴结是否受侵等方面有特殊价值，可根据情况选用[5]。

关键词 肠肿瘤；淋巴瘤/放射造影术

参考文献

1. 江绍基，主编。临床胃肠病学。上海：上海科学技术出版社，1983：420
2. Marshak RH. Lymphoreticular disorders of the gastrointest. Radiol，1979；4：103
3. 郭俊渊，主编。消化系 X 线诊断学基础。第 2 版，北京：人民卫生出版社，1983：155
4. 邹寿南 林瑞忠。小肠淋巴瘤的 X 线诊断。中华放射学杂志，1986；5：289
5. Megibow AJ. Cornplated tomoy revphy of gastro-intestinal lymphoma. AJR，1983；141：541

(收稿：1992-08-27；修回：1993-04-14)

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