

口腔医学论文汇编

1984



北京医学院

口腔医学系

口腔研究所

口腔医院

目 录

口 腔 外 科

关节下腔注射醋酸强地松龙治疗颞颌关节紊乱症器质性破坏的初步报告

.....	张熙恩 张震康 (1)
延石×线检查与体会.....	朱宣鹏 (5)
颞颌关节的X线检查.....	孙广熙 (9)
腮腺癌(综述).....	俞光岩, 马大权 (12)
影响下颌牙龈鳞癌预后因素的分析.....	俞光岩、马大权、吴奇光 (19)
放射治疗病人的牙齿处理(综述).....	俞光岩、马大权 (24)
口腔癌的放射治疗(综述).....	俞光岩、马大权 (28)
下颌牙龈癌的颌骨侵犯(综述).....	俞光岩、马大权 (33)
癌瘤转移的生物学(综述).....	俞光岩、马大权 (38)
下颌牙龈癌侵犯颌骨方式的初步探讨.....	俞光岩、马大权 (45)
下颌牙龈癌颌骨侵犯的X线研究.....	俞光岩、马大权 (49)
小涎腺肿瘤(综述).....	俞光岩、马大权 (54)
腮腺区肿大的鉴别诊断及处理.....	俞光岩 (61)
粘液表皮样肿瘤(综述).....	俞光岩 (66)
用血卟啉激光法治疗唇癌.....	赵福运 (71)
正常成人颞颌关节上腔造影研究.....	马绪臣、邹兆菊、张震康 (75)
小涎腺肿瘤184例临床病理分析.....	马大权、俞光岩 (79)

口 腔 内 科

窝沟早期龋的观察.....	李宏毅 (83)
双葡萄糖洗必肽对牙菌斑形成的抑制作用.....	罗桂云、李宏毅 (86)
5-氟尿嘧啶局部治疗白斑的效果及组织变化.....	胡碧琼、吴奇光 (88)
维生素甲酸局部治疗白斑及扁平苔藓的疗效观察.....	胡碧琼、沙月琴 (89)

口 腔 矫 形 科

对总义齿前伸殆平衡与前伸髁导斜度关系的研究.....	洪流、孙 康 (91)
髁道(导)斜度的研究(综述).....	洪流、孙 康 (95)

口 腔 正 畸 科

第三磨牙的综述(译文).....	陶宏惠 (100)
------------------	-------------

唇腭裂术后恒牙期错殆症状分析.....	陶宏惠、黄金芳 (104)
前牙开殆形成机制的单因素分析与多因素分析.....	林久祥、黄金芳 (110)
电子计算机在X线头颅测量上的应用.....	陶宏惠、黄金芳 (117)

□ 腔 化 验 室

□ 腔 材 料

牙科复合树脂的磨损及测试方法的研究.....	徐恒冒、王 同、奚廷斐 (127)
------------------------	-------------------

关节下腔注射醋酸强的松龙治疗颞颌 关节紊乱征器质性破坏的初步报告

北京医学院附属口腔医院口腔颌面外科 张熙恩 张震康

对以疼痛, 关节杂音和开口障碍为主要症状的颞颌关节紊乱征的命名和分类, 意见尚未统一。本文采用口腔颌面外科学一书中的分类。治疗对象均属器质性破坏期, 有髁突骨质改变 2 例伴有关节盘穿孔。

国外, HOrton (1653年) 首先报告关节腔内连续注射氢化可的松治疗颞颌关节疼痛⁽²⁾, 以后不断有用各种皮质激素关节内注射, 缓解颞颌关节紊乱症疼痛的报告。国内尚未见这方面的报导。现将我们关节下腔注射醋酸强的松龙, 治疗颞颌关节紊乱器质性破坏, 病例记载较完整的 20 例, 作一初步分析。

材料与方法

20 例患者中男 5 例、女 15 例。男: 女为 1: 3。

年龄分布 20 岁以下 4 例, 20~30 岁 6 例, 30~40 岁 2 人, 40 岁以上 8 人。有 2 例患者做了两侧下腔注射, 按两侧计算, 共 22 侧。

操作方法: 患者半张口, 2% 普鲁卡因 1 ml 注入髁后疏松组织内, 麻醉耳颞神经的分支, 使下腔注射无痛。患者半张口, 在耳屏前稍下方相当于髁颈的部位, 将 5 号粘膜针头向上前刺入抵髁突, 因髁突的横嵴斜向后内, 此时针头触及髁突的后外面。请患者张闭口数次, 见针头随髁突运动。关节腔内侧大于外侧, 针头沿髁突表面向上内滑行, 推药无阻力, 并可回吸药液, 即进入关节下腔。注入醋酸强的松龙悬浮液 0.5 ml (12.5 mg) 与 2% 普鲁卡因 0.5 ml 的混合液。关节下腔较上腔小而紧, 注入药液将近 1 ml 时, 患者常觉到有阻力, 若不加压力, 药液常可自行返回注射器内。我们曾用上述方法进行关节下腔造影, 证实造影剂在下腔内。

注射前证实关节盘穿孔的患者, 可将药液注入关节上腔内, 使其自行流入下腔, 药物剂量可适当增加至 0.75 ml~1 ml。

大部分病例下腔注射药物 1~3 次注射 1 次者 10 侧, 2 次者 10 侧, 少数 (2 侧) 注射 3 次。注射 1 次以上者间隔时间最短为 1 周, 最长为 3 个月。本组病人有些配合理疗, 中药外敷, 调颌, 拔除错位牙, 义齿修复等治疗。

结 果

临床效果: 注射后一般都有反应性疼痛加重, 3~4 天后消退现, 出治疗效果随访时间最短为 1 个月, 最长 23 个月, 平均 7.84 月, 症状缓解无需进一步治疗者 9 侧, 症状改进者 10

侧，无变化者1，症状加重者1侧，注射后症状进步但以后复发者1侧。文献上曾报导35岁以上的患者比年轻患者治疗反应好^[3]，本组病例看不出这种差异。（表I）

表 I 下腔注射后临床效果

随 访 时 间	临 床 效 果				
	好	进 步	无 变 化	加 重	复 发
1 月		1			
2 月	1 例	2		1	
3 月	1	2			1
4~6月	1	2			
7~12月	4	1	1		
13~24月	2	2			

X线变化：最早出现修复现象者在下腔注射药物后2个月。X片随访时间短为1个月，最长为23个月，平均为7.42月。注射药物后髁突有修复者12侧，无变化者6侧，破坏加重者2侧，未作X片复查2侧。有的患下腔注射药物后，开始X片显示破坏加重，以后有修复现象。有1例虽然X线片显示髁突破坏加重，形态异常，但是症状长期缓解，稳定，此点与Toller的观察一致^[3]。（表II）

表 II 下腔注射后X片变化

随 访 时 间	X 线 变 化			
	髁突骨质修复	无 变 化	髁突破坏加重	无X片随访
1 月				
2 月	2 例	2		
3 月	2			
4~6月	3			
7~12月	3	1	1	
13~24月	2	3		2

病例1. 谷×，女，56岁。5620。患者78年3月就诊。左侧颞颌关节疼痛二年，近一个多月右侧颞颌关节疼痛，开口受限仅一指半。无其它关节疼痛史。X片见左髁突顶骨质破坏缺损。曾理疗及翼外肌封闭，效果不明显。78年9月1日左颞颌关节下腔内注射醋强的松龙0.5ml+2%利多卡因0.5ml（患者对普鲁卡因过敏）。一周后疼痛显著减轻。二个月后复查疼痛基本缓解，开口二指，功能明显改善。3个月后X片复查见左髁突顶骨质修复，外形基本正常（图1 a、b）。

病例2，胡×，女15岁，6951。78年4月就诊。右颞颌关节疼痛一个多月，开口自如“↓”，左侧闭口未单声弹响。右侧磨擦音。 $\frac{3+3}{3+3}$ 深复殆，深复盖， $\frac{43}{54}$ 锁颌， $\frac{6}{1}$ 银汞充填高点。血沉、抗链“O”、类风湿因子试验、且白电泳均在正常范围内。X片示右髁突骨质破

坏。12月5日右下腔注射醋酸强的松龙0.5ml+2%Nov.0.5ml, 9天后疼痛减轻,调骀。23个月复查右颞颌关节不痛。X片显示右髁突骨质修复(图2、a、b)。左颞颌关节有时痛,无骨质破坏给予髁后封闭。

讨 论

1. 治疗机制: Poswillo等(1970)通过动物实验证明皮质类固醇在关节腔内的作用,可使髁突软骨的纤维面丧失,并且延缓髁突纤维软骨的修复^[2]。Priest等(1975)用放射性同位素研究鼠髁突软骨的生长,证明氧化考的松抑制软骨的生长,是由于干扰其细胞增殖,细胞分化,胶原聚集和细胞间质形成^[4]。结果使髁突的长、宽、高径均减小^[2]。

众所公认,人类一生中髁突不断改建,但是髁突器质性病变的改建常为进行性及线状改建,结果髁突变平,关节接触面变大,使患者症状持续。而皮质类固醇造成的吸收表现为:早期软骨边缘广泛破坏,以后修复。在受压力的部位纤维软骨恢复,形成一个与原来外形相似面较小的髁突。其效果与高位髁突切除相似,故称为药物性髁突成型。因而患者症状缓解。

2. 药物的选择: OKa(1958)第一次提出关节内注射皮质类固醇很快吸收进入血液,只有少部分留在关节腔内。他在关节腔内注射不同类型的皮质类固醇后,检查血浆中17-羟皮质类固醇,结果有不同程度的升高,证实不同类型的类固醇药物在关节内停留的时间及浓度不同^[5]。一般认为醋酸强的松龙在关节内停留时间长,⁽⁵⁾问题β效果好,因而我们选用醋酸强的松龙作颞颌关节下腔注射。

3. 注射次数: 对关节腔内注射皮质类固醇的次数有不同的看法,如Toller(1973)主张仅注射一次。Hollander(1953)亦主张注射一次,特殊情况可再注射一次,但间隔时间不少于10周。Poswillo等(1970)则主张症状缓解前可连续关节内注射。1978,79年Silbermann等用年轻的狒狒进行动物实验,证明长期大剂量,关节内注射皮质类固醇,可造成类似甲状腺机能亢进的结果,出现电解质代谢紊乱等现象,用药后可持续两年之久。并可造成髁突不可逆的损害:髁突表面失去正常的纤维软骨复盖,代以大量致密未分化的胶原组织缺乏正常的骨质,而代以胶原纤维团块^[9]。但该作者1980年又发表论文认为皮质类固醇所致的颞颌关节髁突损害是可以恢复的。他用未成熟的小鼠实验,连续系统给皮质类固醇7周,每次间隔4天,给药8次后即开始见到髁突软骨损害,用药7周后全部动物均可见髁突破坏,停药后7周髁突修复^[7]。

关节腔内注射皮质类固醇,对髁突软骨修复作用的影响,与注射的剂量及次数有关^[8],我们主张注射次数不超过2~3次,间隔1周以上。观察数月,如症状无改进,疼痛严重,应考虑手术治疗。这点与Hollander意见一致。因为高位髁突切除术后,髁突可以修复,形成一个与正常髁突相似、体积较小,而正常纤维软骨复盖的髁突远期临床效果好。

主要参考文献:

- [1] 上海第二医学院主编: 口腔颌面外科学, 第1版, 第536页, 人民卫生出版社, 北京1980
- [2] PoWillo et al; Experimental investigation of the effects of intra-articular hydrocortisone and high condylectomy on the mandibular condyle.

J oral surg, oral med, oral pathol, vol 30, 191-73, 1970

- [3] Taller PA; Use and misuse of intra-articular corticosteroids in treatment of TMJ pain. Royal Society of Medicine Proceedings vol 70, 491-93, 1977
- [4] Priest ND; The effects of Hydrocortisone on the mandibular condyle cartilage of the rat. Royal Society of Medicine Proceedings vol. 98 (2) , 128-30, 1975
- [5] OKa M; Absorption of Acetates of Hydrocortisone, Δ -Hydro cortisone and cortisone from the joint cavity into the circulation. Jof clinical Endocrinology and Metabolism, vol. 18, 755-93, 1958.
- [6] Silbermann M; Late effects of corticosteroid on condylar regeneration in the monkey. J Oral Surg. vol 37, 83-87, 1979.
- [7] Silbermann M; Reversibility of sytemic corticosteroid-induced mandibular osteoarthritis; an experimental study in A/Jmice. J oral Surg vol. 38, 1980
- [8] Silbemann M; mechanisms involved in mandibular condylepathy secondary to intraarticular injection of glucocorticoids. J oral surg, vol 36, 112~17, 1978

涎石X线检查与体会

北京医学院附属口腔医院放射科 朱宝鹏

涎石病是涎腺疾患中比较常见的疾病之一，涎腺结石最常发生于颌下腺，其次是腮腺，发生于舌下腺则罕见。结石发生的部位可在腺体或导管内，以导管内多见而腺体内少见。

涎石病的临床检查方法有双手触诊法，探针检查法和X线检查法，前两种检查方法仅能查到导管前段存在的结石，而导管后段和腺体内有无结石不易检查到。双手触诊法和探针检查法操作不注意时，往往容易将导管内的结石推向后方，而且对于导管内结石的大小、形状数目和存在的部位均不能做出正确的诊断。用X线检查法，如果能选择良好的位置和适当曝光条件进行投照，不仅在照片上能显示出导管和腺体内有无结石存在，而且对结石的大小、形状、数目可以做出比较正确的诊断，同时还可以利用牙齿和颌骨解剖的标志定出结石所在的部位，这对于手术有很大的参考价值。软的或尚无钙质沉着的结石，在X线照片上不显示，遇有此种情况，如果临床结石症状明显可考虑做涎腺造影术检查，以显示出有无结石及结石所在的部位。如图1，同时：涎腺造影还可以对涎石引起的合并症以较明确的诊断，因此涎腺造影术在诊断涎石病中也是不可缺少的方法之一。应该指出，涎石在平片上可以示出时，不宜先行造影术法检查，因为在进行造影时造影剂的注入易将涎石推向深处，增加手术时的困难，故需检查涎石合并症时，最好在涎石摘除后再采用之。

颌下腺结石检查法

颌下腺结石的X线检查方法，多见用下颌横断骀片位和下颌骨侧位投照法。用下颌骨侧位检查颌下腺和导管结石时，由于X线投照角度的关系，颌下腺导管和腺体的大部份与同侧下颌骨相重叠，小的或密度较低的结石不能显示，即使是较大或密度较高的结石，由于与颌骨和牙齿相重叠，而不易与颌骨内之骨岛和额外埋伏牙鉴别。如结石重叠在牙根部，则与钙化期的牙骨质瘤难以鉴别，有时还易造成诊断上的错误，如图2、3、4、因此下颌骨侧位投照法不是检查颌下腺和导管结石的理想方法。根据颌下腺和导管解剖特点以及所处的位置与周围组织的关系，采用下列三种位置检查：即下颌横断骀片位、颌下腺侧位和后前斜位。三种位置的选择可根据临床上检查估计结石所在大概的部位来决定。

一、下颌横断骀片位：

下颌横断骀片位主要是检查颌下腺导管的前段结石，此位置可将该段导管内的结石清楚的显示在照片上，不与任何骨组织重叠。

投照技术

胶片位置：用6×8厘米胶片，以硬纸板和黑纸做成暗夹包装，胶片长轴与头的矢状面平行放入口腔内，为了使胶片尽量向口内后方放置，病人开口不必过大，因开口过大，下颌

升枝也随之向前移位,阻碍胶片向后方向推进,为防止此种情况的产生,当胶片放入口内以后嘱病人闭口,在闭口的同时,术者立即将胶片向口内后方向推进,使胶片后缘能紧接触在下颌升枝前缘,嘱病人咬住胶片固定之。

病人位置:病人坐在治疗椅上,调节头托使头的矢状面与地面垂直,头向后仰起。如果用普通X线机投照,病人仰卧于摄影台上,在背的上部垫一枕垫,头的矢状面与台面垂直,颞部尽量抬起。

X线中心线:根据病人头后仰角度的大小,调节X线管的角度,一般应使X线垂直于胶片投照,但有以下颌前突和后缩的病人,X线管的角度则应根据下颌骨颞部所倾斜的角度而增减,目的是使X线与下颌骨颞部平行。否则在导管开口段的结石将因投照角度不当而与下颌骨颞部重叠。中心射线由舌骨上方相当于下颌两侧第一磨牙之间射入。

此位置应用较低电压,小毫安秒,否则小的或密度较低的结石,将因电压过高和曝光过度而不显示。理想的曝光条件是将舌部同时在照片上显示。曝光时除头部不能移动外舌头也应停止移动,更不能做吞嚥动作,以防止肌群牵引导管移动,使结石显示模糊不清。

照片所见:下颌骨呈弓形,颌下腺导管开口约在下颌颊棘稍向后方,导管在下颌骨的舌侧方向与颌骨平行并向后方沿行,导管的前段有结石时,可以清楚的单独显示在该部位。如果X线管倾斜角度过小,在导管开口处的结石将与下颌骨颞部相重叠而不能显示如图5,甲、乙。如部份重叠,结石似颊棘,如图6、甲、乙。反之如果X线管倾斜角度过大时,导管开口处的结石将与切牙相重叠而不能显示。

二、颌下腺侧位:

因口腔解剖关系,下颌横断骀片位,胶片向口腔后方放入时有下颌升枝阻挡,因此颌下腺导管的后段和腺体不能全部包括在横断骀片位上。颌下腺侧位主要是检查颌下腺导管后段和腺体的结石。

投照技术:

胶片位置:用 12.5×17.5 厘米(5×7寸)胶片,带增感屏,胶片长轴与地面平行放于置片架上、可用立位滤线器。

病人位置:病人将取坐位或立位,体位转向被检查侧,使颌骨靠向胶片,头的矢状面与胶片平行,下颌骨颞部向上前伸出,使下颌骨长轴与胶片长轴平行。臂下垂与身体平行。

X线中心线:X线垂直于胶片,中心线由对侧下颌骨相当于第二磨牙根部射入。

该位置可采用直径较小的遮线筒,曝光时不能做吞嚥动作。

照片所见:两侧下颌骨重叠,颌下腺导管后段位置在下颌骨下缘相当于第二磨牙区下方,即下颌角前切迹处。亦有少数病例,后段导管位于下颌角下方。颌下腺腺体位于该区下方,颈椎的前方。导管后段和腺体交界处也是结石存在最常见的部位。如图7、甲。用该位置检查时,头的矢状面一定要与胶片平行,使两侧下颌骨完全重叠,否则将因两侧下颌骨重叠不齐,一侧下颌骨将会与结石相重叠,如图8。应当指出,发生在导管前段的结石,颌下腺侧位检查法不能显示或显示不清。如图9,甲。如选用下颌横断骀片位结石将会清楚显示。如图9,乙。如果结石较大且密度较高,在颌下腺侧位片中可以显示出来,但此部位又难以与颌骨内的骨岛和颌外埋伏牙鉴别,增加诊断上的困难。如图10,甲。若采用下颌横断骀片位结石将会清楚的显示。如图10,乙。

三、后前斜位:

临床多数病例颌下腺主导管从腺体分出在第三磨牙区下向(下颌骨角前切迹处)沿该侧颌骨体向前上方至舌下肉阜处开口。但也有少数病例主导管是自下颌角处沿该侧颌骨体向前上方至舌下肉阜处开口。后者若用下颌横断骹片检查法不能将颌下腺导管全部包括在内,即使用颌下腺侧位检查法导管后段如有结石,也会与两侧下颌骨重叠而显示不清,因此可采用后前斜位检查法,结石可清楚的显示在照片上。

投照技术

胶片位置:用 6×8 厘米胶片,可用增感屏,胶片长轴与头的矢状面平行放入口腔内,并移向被检查侧,胶片尽量向后方推入,嘱病人咬住胶片固定。

病人位置:病人取俯卧位,两臂屈肘,手按台面,头向被检查侧旋转,颞部和颈部靠向台面,使口内胶片与台面垂直,头矢状面与台面成 75° 度角,或根据病人面型决定头矢状面与台面所成的角度,主要目的是使被检查侧后磨牙区颌骨与台面垂直。

X线中心线:X线管向头侧倾斜 35° 角,中心线由被检查侧下颌角内侧射入。

照片所见:被检查侧下颌骨是一狭窄条状影像,如导管后段有结石时,则结石可清楚的显示于磨牙区颌骨的舌侧区域。如图11,甲、此病例开始先用下颌横断骹片位检查,在照片上未见结石影像,如图11,乙。但由于病人临床结石症状明显,又采用颌下腺侧位检查法,亦未见结石影像,但在两侧下颌角区有一圆形致密影像,不能确定为结石,如图11,丙。最后用后前斜位检查,发现一结石影像。该位置因头部和X线管倾斜角度的关系,仅能查看颌下腺导管后段是否有结石存在,但不能定出结石所在的准确位置。

腮腺结石检查法

腮腺结石X线检查可采取两种位置,发生在导管前段结石用口内位检查法,发生在主导管后段和腺体内之结石用口外切线位检查法。

一、口内位

投照技术:

胶片位置:用 8×4 厘米牙片或 5×5 厘米胶片裁剪成似三角形(角钝圆)用黑纸包装。一角向口腔后方插入口内被检查侧,胶片位于颊侧使其与颊部软组织贴靠,病人用对侧拇指按压胶片固定。

病人位置:病人坐位或立位,被检查侧对向X线管。头的矢状面与地面垂直,鼻翼至外耳孔连线与地面平行。

X线中心线:X线与头的矢状面垂直,中心对向颞骨下方射入。

照片所见:除在照片上部有时可见到局部颞骨下缘影像外,无其他骨组织影像,面颊部软组织亦显示清晰,导管前段如有结石,可清楚的显示。

二、切线位

投照技术

胶片位置：12.5×17.5厘米（5×7寸）1/2胶片，胶片长轴与台面长轴平行，置于台面中线。

病人位置：病人取俯卧位，两臂屈肘，手按肤台面，鼻额部靠台面，头向被检查侧旋转，使头的矢状面与胶片80度角，也可根据病人面型而定。主要使被检查侧下颌骨磨牙区与胶片垂直。在暴光前嘱病人使被检查侧口内鼓气不动，再开始暴光。其目的可将导管系统移向下颌升枝外侧。另外由于颊部充气在照片上可形成很好的对比度。

X线中心线：X线与下颌升枝平行与胶片垂直，中心线对向下颌升枝中部外侧射入。

照片所见：下颌升枝呈一狭窄条状影像，颞突颈部与颞骨重叠，面颊部软组织显示清晰，如有结石存在可清楚的显示在下颌升枝外侧颞骨的下方，如图12，甲。该位置暴光时如果鼓气流动，结石将显示不清楚，如图12、乙。

舌下腺结石可采用下颌横断骀片位检查法如有结石存在则在被检查侧的下颌骨颞部后方磨牙颌骨段的舌侧区域显示。

颞颌关节的X线检查

北京医学院附属口腔医院放射科 孙广熙

颞颌关节的X线检查方法较多，根据检查目的不同，应选择不同的方法。现根据口腔专业的一些特点，介绍一下最常用的几种X线检查方法：

一、薛氏位 (Schullers position film) 是颞颌关节X线检查最常应用的位置，要求两侧关节投照位置完全一致，而且可以在同一位置重复投照，才有分析比较的价值，除一般检查目的外，口腔科有其特点：

1. 观察关节间隙的改变。
2. 治疗前后的对比——间隙改变，髁状突骨质改变 (后斜面，前斜面)。
3. 髁理论机制的研究，髁道斜度的研究，故须定位装置。

我们根据医疗，科研的要求制作了这个定位器，除解决上述治疗，科研问题外，尚有明显经济效益，常规薛氏位两侧开闭口四个位置同摄于一张 5×7 寸胶片上，比常规用片节约一半。

至今，国内尚未生产颞颌关节定位器，我们根据临床，科研的要求自制出这个定位器，多年用于临床，效果满意，

定位器构造：

颞颌关节定位器的主体，近似方形木料底座，内装遮盖暗盒的铅板和滤线器，以及暗盒托盘，耳杆，耳塞，耳杆可以上下滑动，其移动距离可以随意调节而固定，使其适合于不同宽度的头颅。还有两个带柄的头夹，可以水平滑动，随意调节而固定，

投照技术

此位置常规是两侧开，闭口摄影，共四张同摄于一张胶片上，以便两侧对比读片。把暗盒放进暗盒托盘内，可以前后上下推移。每曝光一次，依一定顺序露出暗盒的 $1/4$ 。

胶片： 12.5×17.5 厘米 (5×7 寸)。横放于暗盒托盘内。

病人位置：将定位器放于摄影台上，使定位器中线置于摄影台中线上，病人俯卧于摄影台上，头侧转，对侧前胸稍抬高，用对侧手支撑台面，病人较为舒适。将定位器台面之耳塞放进被检查侧的外耳道口。再将定位器台面上方的耳杆下端的耳塞放于对侧的外耳道口，此时，头矢状面与暗盒平行，并使外耳道口上缘与眶下缘联线与定位器短轴平行。

X线中心线：向足侧倾斜 25° 角，对准对侧的外耳道上方 5 厘米射入。

距离：75 厘米。

用遮线筒，滤线器。

二、体层摄影：为了免除其他组织影像的干扰，更清楚地显示关节间隙的改变，以及对两侧关节形态等，体层摄影更有价值。图 2 A。为了保证两侧关节在体位一致的情况下，显示同样深度组织平面的影像，亦应采用定位装置。

定位架构造：

体层摄影定位架的主体为一块长方形的五合板，中心有一个耳塞，在五合板的长轴上有两根立柱，在立柱上各有一个上下滑动的横位耳塞。还有一个上下滑动的水平耳杆，耳杆下端有一个与耳杆垂直的耳塞。

1. 颞颌关节侧位体层摄影，

投照技术

胶片：12.5×17.5厘米(5×7寸)的1/2，置于(5×7)寸暗盒长轴的上半部或下半部，用体层摄影定位架。可在此一张胶片上拍摄出两侧颞颌关节闭口侧位体层相。将暗盒横放在活动滤线器内固定，以铅板遮盖其1/2。投照一侧完毕后，应将铅板遮盖已曝光的一侧，再进行另一侧投照。

病人位置：将定位架放于摄影台上，其中线与台面中线重合。病人俯卧摄影台上，头侧转，将定位架台面的耳塞放进被检测的外耳道口内，再将定位架立柱上的水平耳杆末端的耳塞放进对侧的外耳道口内，此时，头矢状面与台面平行，并使听鼻线与台面短轴平行。

×线中心线：对准对侧外耳道口前一厘米处

体层方式：直线50度角。

层面选择：选择髁状突内外径的中间层，成人约距台面2厘米（应再加定架底板厚度），体表位置在被检测的外眼角。

2. 颞颌关节后前位体层摄影

投照技术

胶片：12.5×17.5厘米(5×7寸)的1/2，置于5×7寸暗盒长轴的上半部或下半部。将暗盒横放在活动滤线器内固定。

病人位置：定位架的安放方法与侧位体层摄影相同。病人俯卧，鼻额靠台面，使听眶线与台面垂直，将定位架的横位耳塞放进两侧外耳道口内，此时，头矢状面与台面垂直。

X线中心线：对准两侧外耳道连线中点。体层方式：直线50度角。

层面选择：首先量取外耳道至台面的距离，以外耳道向下1厘米为髁状突前后经的中心层。

三、造影检查

颞颌关节造影检查（上腔或下腔），主要显示关节盘及其他软组织的改变，一般常规摄影如下：

1、薛氏位：主要显示关节盘外侧，内侧，旋转移位及前后附着改变。

2、侧位体层：显示关节盘穿孔及关节盘前移位最好，开、闭口片可观察盘前移位是可复性的或不可复性的。

3、后前位体层：主要观察盘内外移位，囊内侧扩张。

我们使用了定位装置，用5×7寸胶片，可摄取四个不同体位的照片。

四、经咽投照法

1969年Toller提出经咽投照法(Transpharyngeal projection)此法可以避免颅骨和其他组织影像重叠，清晰显示关节髁突的外侧骨质情况，对髁突骨质改变有较大的诊断价值，见图4A。

此法常规摄影是两侧同摄于一张胶片上，以利两侧对比看片。

投照技术

胶片： 12.5×17.5 厘米（ 5×7 寸）的 $1/2$ ，置于暗盒的一端，用铅板遮盖胶片的 $1/2$ ，投照一侧完毕，将铅板遮盖已曝光的部分。再进行另一侧投照。暗盒放于摄影架上，长轴与地面垂直。

病人位置：病人坐于椅上，转成侧位，使髁突置于胶片的中心向下向后各1.5厘米处。头矢状面与暗盒平行，使听鼻线与地面平行。嘱病人半张口。

X线中心线：向头侧倾斜10度角，再向枕侧倾斜12度角，由对侧外耳道口向前3厘米，再向下2厘米（即乙状切迹处）射入，经患侧髁突穿出。

距离：用口腔专用X线机，把遮线筒取下采用近距离投照，X线球管窗口贴于对侧乙状切迹处。

腮腺癌

(综述)

北京医学院附属口腔医院

俞光岩 综述 马大权 校阅

腮腺癌是头颈部常见的恶性肿瘤之一,因其病理类型较多,临床表现及预后各不相同,处理方法也不尽一致。现就各类腮腺癌的生物学特点及其治疗问题作一简述。

一、病理类型及其生物学特点^[1-4]

腮腺癌的病理分类各家不同,病理诊断标准也不完全一致。一般可分为粘液表皮样癌、腺样囊性癌、腺癌、乳头状囊腺癌、腺泡细胞癌、恶性混合瘤、鳞状细胞癌及未分化癌。其中以粘液表皮样癌、恶性混合瘤、腺样囊性癌及腺癌较为常见。

粘液表皮样癌:最常见。Spiro等^[5]分析288例腮腺癌,其中145例为粘液表皮样癌,占50%。根据瘤细胞的分化程度及浸润性可分为高度恶性(低分化型)和低度恶性(高分化型)两种,其比例约为1:3。也有人将粘液表皮样癌分为I~III级,一般I、II级属高分化型,III级属低分化型。高分化型在临床上与多形性腺瘤相似,一般为逐步增大的无痛性肿块,病史较长,可有不完全的包膜,容易局部浸润和复发,但区域淋巴结转移较少。低分化型发展较快,并早期发生疼痛,可发生局部淋巴结转移,并可转移到肺、骨、脑等处。

恶性混合瘤:或称多形性腺瘤中的癌(carcinoma in pleomorphic adenoma)。是原发,还是由良性混合瘤恶变而来,目前仍有不同看法。较早文献中所谓的恶性混合瘤,实际上大多系腺样囊性癌。^[2]Batsakis^[2]认为,真正的恶性混合瘤较少见,它包括两种组织病理类型:一种表现为良性混合瘤而发生难以解释的转移,其组织学特点无明显改变。另一种是上皮及间质成分均为恶性并发生转移,此型实际上应称为癌肉瘤。按照WHO分类,在多形性腺瘤中发现癌的成分则称为恶性混合瘤。我国多数病理工作者及临床医生主张称这类病变为混合瘤恶变(癌变或肉瘤变)。其临床特点是以良性混合瘤形式缓慢生长几年甚至几十年而在就诊前数月生长加快,并出现疼痛及面瘫等症状,肿物变硬而不活动,可出现颈淋巴结转移。

值得注意的是,混合瘤恶变部分可以是局部性的,需作多次切片才能找到。Batsakis^[2]建议,镜下见有下列现象者需重作切片进一步观察:(1)微小的坏死灶及出血灶;(2)混合瘤中有过量的玻璃样变;(3)间质有营养不良性钙化及骨化;(4)较多的结节;(5)肿瘤周围呈浸润破坏性生长。确认混合瘤恶变是有临床意义的,因其复发率和转移率较高,需要采取与混合瘤不同的治疗方法。

腺样囊性癌:是最常见于小涎腺和粘液腺的恶性肿瘤,发生于腮腺者仅占7%左右^[6]。此瘤生长缓慢,但无被膜,侵袭性强,浸润的范围往往超出手术时肉眼见到的肿瘤范围,因此术后易复发。其显著特点是具有沿着神经周围生长的倾向,因此常引起感觉异常、疼痛、

麻木及面神经瘫痪等神经症状。手术治疗后的病人若有这方面的症状，虽临床未触及肿块，亦应考虑复发。瘤细胞也可侵入血管，血行转移很常见，多转移到肺和肝，而淋巴道转移极少见。肿瘤还可沿着血管，神经扩散到邻近的腺组织和骨组织，因其通过骨髓腔扩散，并非一开始就破坏骨小梁，因而即使骨组织广泛受累，在x线片上可无明显骨质破坏的征象。

腺癌：根据其组织学特点可分为实性未分化癌、小梁状腺癌和粘液细胞癌等。腺癌恶性度较高，生长较快，常侵入邻近组织，多有神经受累症状如面神经麻痹、疼痛等。易于复发常发生区域淋巴结和远处转移。

乳头状囊腺癌：国外报告较少，但我国并非少见，约占腮腺癌的9%左右^[8]。有的肿瘤生长速度较快，可侵犯神经而出现疼痛、麻木等症状。常出现淋巴结转移，并可发生血行转移。

腺泡细胞癌：癌细胞类似于腮腺的浆液细胞，故又称浆液细胞腺癌（serous cell adenocarcinoma）。五十年代以前，腺泡细胞癌被认为是腺瘤的一种，称为腺泡细胞腺瘤。1953年，Buxton等首先提到这种肿瘤具有复发和转移的恶性性质。此后，多数人认为是一种恶性肿瘤而称为腺泡细胞癌。世界卫生组织则称其为腺泡细胞肿瘤（acinar cell tumor）。此瘤多见于中年及老年人，女性较男性多2~3倍。一般生长缓慢，病史较长。肿瘤常有被膜，但被膜内常有瘤细胞浸润，有时甚至浸润到被膜以外，因此手术不彻底时常可致复发。偶尔可发生区域淋巴结及远处转移。

腮腺的鳞状细胞癌少见，多发生于60~70岁的高龄患者，恶性度高。肿瘤发展迅速，早期累及皮肤造成溃疡、出血、面神经麻痹，疼痛可很显著。肿瘤呈浸润性生长，复发快，早期出现区域淋巴结转移，而远处转移不多见。

腮腺偶尔可见未分化癌，患者年龄多较轻。肿瘤生长迅速，邻近组织如耳道、副鼻窦和下颌骨的浸润较常见，并常有局部及远处转移。

二、临床分期

目前无统一标准，国际抗癌协会也未对腮腺肿瘤进行TNM分类。1975年，Spiro等^[5]提出了腮腺癌的临床分期法。T₁为肿瘤小于3厘米，单个，活动，无面神经功能障碍。T₂为肿瘤3.1~6厘米，单个，无溃疡或深部固定，面神经功能正常。有下列各项指标之一者列为T₃：肿瘤超过6厘米，多个结节，溃疡或深部固定（“固定”是指肿瘤完全不能移动，而不包括活动度减小），面神经瘫痪，根据临床检查颈淋巴结阳性与否，分为N₁和N₀，然后进行临床分期：T₁N₀为I期，T₂N₀为II期，T₃N₀或任何T、但为N₁者属III期。

Fu等^[10]（1977）在Spiro等的基础上作了一些改进。两者的T分类相同，N分类为：N₀：未扪及区域淋巴结。N₁：同侧活动的淋巴结，考虑有转移。N₂：对侧或双侧可活动的淋巴结，考虑有转移。N₃：固定的淋巴结。根据有无远处转移分为M₁和M₀。临床分期为：I期：T₁N₀M₀；II期：T₂N₀M₀；III期：T₃N₀M₀；任何T、N₁；IV期：任何T、N₂或N₃、M₀；任何T、任何N、M₁。

三、关于放射治疗

以往认为，腮腺的各型恶性肿瘤对放射治疗多不敏感，故以外科手术为主。但近年来文献报告，放射治疗在腮腺癌的治疗中仍起着重要作用。Kagan等^[7]提议，为了减少术后复

发,对腮腺癌患者常规使用术后放疗。剂量为6周内给予6500rad,应对整个术区进行照射,当具有复发的高度危险时,应给予更大剂量。如果颈淋巴结阴性,治疗范围包括足够的正常组织周界。如果颈淋巴结阳性,则应包括原发灶及同侧颈部。Fletcher等^[8]认为,对于低度恶性肿瘤(高分化型粘液表皮样癌和腺癌、腺泡细胞癌)一般不必进行术后放疗。但当手术切除不彻底、有肿瘤组织残存时,则可采用放疗,照射的部位仅需包括瘤床。对于高度恶性肿瘤,应采用术后放疗,而且照射的范围不仅限于瘤床,应包括颌骨、颅底和颈部。如无肉眼可见的肿瘤残存,应在全部瘤床照野5000rad。如怀疑或确定有残存肿瘤,剂量应增至6000rad。根据Anderson医院的资料^[2],高度恶性肿瘤进行术后放疗后,局部复发率自36%降至11%。Rafila报告,单纯手术治疗的73例患者,五年生存率为35%,手术加放疗的295例患者,五年生存率为50%,后者明显高于前者。此外,尚有很多报告指出,腺样囊性癌进行术后放疗,大大提高了生存率。^[18]Chang^[10]列出了涎腺肿瘤放疗的适应症和禁忌症(表1),可供临床参考。

表1 涎腺肿瘤放疗的适应症和禁忌症

适 应 症	禁 忌 症
1. 术后残存的恶性肿瘤; 2. 切除边缘有显微镜下所见的恶性肿瘤; 3. 不能切除的原发癌; 4. 不能切除的复发癌; 5. 恶性淋巴瘤; 6. 腮腺转移癌。	1. 能手术治疗的良性肿瘤; 2. 很晚期的涎腺恶性肿瘤; 3. 患者本身的因素(内科禁忌症)。

四、颈淋巴结的处理

腮腺癌患者临床证实颈淋巴结转移时,行治疗性颈淋巴清除术已无异议。但临床未扪及肿大的颈淋巴结时,是否行选择性颈淋巴清除术,尚无一致意见。Eneroth等^[11]提议,除良性肿瘤和高分化粘液表皮样癌以外,即使没有扪及肿大的颈淋巴结,也应采用颈淋巴清除术。反之,Birendra^[12]认为,除未分化癌以外,颈淋巴清除术仅适用于临床上区域淋巴结阳性者。

Spiro等^[5]分析一组腮腺癌的颈淋巴结转移率为26%,不同病理类型的转移率分别为:鳞癌70%,Ⅱ级或Ⅲ级粘液表皮样癌为44%,腺癌为36%,恶性混合癌为21%,腺泡细胞癌为18%,腺样囊性癌为10%,56例Ⅰ级粘液表皮样癌均未见颈淋巴转移。因而认为,肿瘤的病理类型可作为确定选择性颈清除术的重要依据。

Perzik等^[13]建议根据肿瘤的侵袭性及病变范围来决定是否进行选择性颈淋巴清除术,肉眼见肿瘤呈浸润性生长,境界不清,或者肿瘤范围波及上颈部,则应考虑作选择性颈淋巴清除术。如果肿瘤与正常组织境界清楚,并且未侵及上颈部者,则不必作选择性颈淋巴清除术。

Batsakis^[2]认为,在确定是否进行颈淋巴清除术时应考虑下列几点:(1)临床上是否