

牙,含牙率为 28.3%(表 4)。有的学者^[6]认为已有造釉能力的上皮不会发生角化,X线表现为角化囊肿含牙为错觉。也有的学者认为,含牙是增长过程中包绕另一个埋伏牙形成的,并不是真正的含牙^[5]。本文有 1 例下颌骨多房性角化囊肿,5 个恒牙被包绕在囊内,2 个恒牙根弯曲畸形(图 6),我们认为并不是真正的含牙。Brannon^[1]报道经病理证实 4 例中 2 例牙颈部确有角化上皮附着,认为角化囊肿可以含牙。真正的含牙,牙颈部应有角化上皮附着。通常囊肿连于牙冠与牙根交界处,牙齿长轴指向囊肿中心^[2]。本文 X 线影像资料有 5 例,牙齿位于囊肿中,但因手术资料不明,还不能肯定是否真正的含牙。角化囊肿应与其它颌骨囊性病变相鉴别,如颌骨囊肿、成釉细胞瘤等。单房型颌骨囊肿 X 线表现为卵圆形或圆形,边缘无切迹或分叶状改变,单房型角化囊肿边缘可有切迹或分叶状改变;多房型角化囊肿,分房大小相近,牙根为斜面状吸收。成釉细胞瘤分房差异大,牙根为锯齿状吸收。有的 X 线影像难于鉴别,只能依靠病理检查。有些学者^[8]提出测定角蛋白的含量、囊液内可溶性蛋白、免疫球蛋白、糖氨多糖的含量和增殖细胞核抗原等作为与其它牙源性囊肿区别的标志。牙源性角化囊肿有相当一部分病例的囊壁中伴有炎症反应,高岩、Rodu^[8]分别报道为 75.7% 和 76%,本组病理证实 78% 有继发感染。有学者^[9]认为郎格罕细胞(LC)在伴有炎症的角化囊肿的病理发生

上可能起重要作用,有炎症时上皮中有 LC 出现,无炎症时无 LC 出现,说明细胞免疫反应和体液可能在角化囊肿发生发展上起一定作用。

参考文献

- 1 Brannon RB, Colone L. A clinicopathologic study of 312 cases (Part 1): clinical features[J]. J of Oral Surg, 1976, 42(1): 54.
- 2 李金荣, 汪传铎. 30 例牙源性角化囊肿临床分析[J]. 中华口腔科杂志, 1981, 16(3): 134.
- 3 耿温琦, 吴运堂, 于世风. 牙源性角化囊肿(附 120 例)[J]. 中华口腔科杂志, 1983, 18(2): 90.
- 4 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 107.
- 5 Rud J. Odontogenic keratocysts[J]. Oral Surg, 1969, 27(2): 323.
- 6 Panye TF. An analysis of clinical and histopathologic parameters of odontogenic keratocysts[J]. Oral Surg, 1974, 33(4): 538.
- 7 孙明磊, 廖小宜, 王炼. 牙源性囊肿上增殖活性的研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2001, 19(3): 144-145, 157.
- 8 韩新光. 牙源性角化囊肿标志物成分研究进展[J]. 国外医学: 口腔医学分册, 1997, 24(1): 42.
- 9 高岩. 牙源性角化囊肿中的郎格罕细胞[J]. 现代口腔医学杂志, 1991, 5(1): 15.

(2001-08-09 收稿 2001-11-27 修回)

胸骨发育不全一例

郭在平 周以钦

· 病例报道 ·

【中图分类号】R681.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)04-0337-01

病例资料 患者,男,15 岁。发现下胸部逐渐向前隆起一年余。体检:头颅发育正常,四肢正常,胸廓畸形,双侧第 1~5 肋骨发育、走行均正常;双侧第 6 前肋以下均明显向前鼓起,并较正常更向前下倾斜,似鸡胸。X 线检查:胸骨侧位片见胸骨体 1~3 节形态、大小均正常,第 4 节发育萎小,第 3 节长约 22.5mm,剑突发育滞后,其厚度只有第 3 节的 1/3,长约 14mm,第 3 节与剑突间距约 14mm,其间未见骨化影(图 1)。双侧肋骨骨质结构正常。心肺正常。X 线诊断:胸骨发育不全。

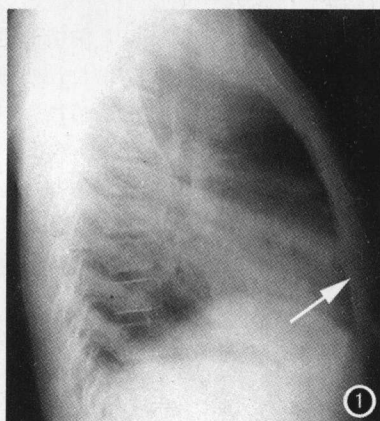


图 1 胸骨体第 4 节缺如,长约 14mm。

讨论 胸骨发育不全是一次骨化中心骨化障碍所致。胸骨柄及胸骨体 4 节骨化中心于出生前即已出现^[1,2]。胸骨体

第 4 节化骨中心于生后 1 岁出现^[3]。此患者已 15 岁还未发现第 4 节胸骨,应视为发育不全。胸骨体各节骨化中心之联合由

下而上进行,第 3、4 两节于 4~8 岁就已开始愈合^[2]。双侧肋软骨与胸骨侧缘相连,第 6、7 肋软骨连与胸骨第 4 节,第 8、9、10 前肋软骨依次相连附着于第 7 前肋软骨下缘,构成肋弓。由于第 4 节胸骨缺如,造成第 6、7 肋骨与胸骨连结不稳,幼儿时期胸廓形态未发生改变,随着肋骨生长发育,前肋端无稳固附着点,就逐渐向前生长突出,肋弓也随之向前突出,形成鸡肋状,导致胸廓畸形。

参考文献

- 1 张玉阁. X 线诊断学[M]. 石家庄:河北教育出版社,1993. 252.
- 2 张维新. X 线临床问答[M]. 济南:山东科学技术出版社,1982. 499.
- 3 李景学,孙鼎元. 骨关节 X 线诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999. 20.

(2001-11-19 收稿 2002-01-18 修回)

作者单位:350307 福建,福清市渔溪中心卫生院放射科(郭在平);福建省福清市医院放射科(周以钦)
作者简介:郭在平(1966~),男,福建福清人,医师,主要从事放射诊断工作。