

· 短篇及病例报道 ·

重症急性胰腺炎并发假性囊肿自发破裂 1 例

张小娟, 汤绍辉[△], 冯淑芬

(暨南大学附属第一医院消化内科, 广州 510630)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.22.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)22-2341-02

1 病例资料

患者,男,53岁,教师。因“上腹痛1h”于2011年9月1日入院。患者1h前无明显诱因出现上腹部疼痛,为剑突下持续性锐痛,无放射痛,伴恶心、大汗、频繁呕吐,呕吐物为内容物,呕吐后腹痛不缓解。无发热。起病以来,患者未解大便。既往有糖尿病病史3年余,2006年12月及2008年7月先后2次患重症急性胰腺炎,住院治疗好转后出院。2008年9月诊断为“胰腺巨大假性囊肿”保守治疗无效而行手术切除。体格检查:T 36.5℃,P 110次/分,R 20次/分,BP 150/82 mm Hg;发育正常,神志清晰,急性病容;全身皮肤黏膜无黄染及出血点,浅表淋巴结未及肿大;心肺检查未发现异常;腹稍膨隆,左上腹可见一长约13 cm陈旧性手术疤痕,脐周及两侧腰部皮肤可见蓝紫色瘀斑,中上腹腹肌紧张,剑突下明显压痛,反跳痛(+),Murphy征(-),肝区叩痛(-),移动性浊音(-),肠鸣音1次/分;双下肢不肿。实验室检查:血常规白细胞 $24.03 \times 10^9/L$,嗜中性粒细胞比84.6%,红细胞 $5.95 \times 10^{12}/L$,血红蛋白167 g/L;尿常规:蛋白质0.3 g/L,葡萄糖110 mmol/L;血生化 Na^+ 139.9 mmol/L, K^+ 3.17 mmol/L,血钙1.58 mmol/L,二氧化碳结合力18.3 mmol/L,葡萄糖18.41 mmol/L,淀粉酶1346 U/L,肌酐 $586 \mu\text{mol}/L$,尿素氮23.50 mmol/L,AST 215 U/L,ALT 59 U/L。入院诊断:重症急性胰腺炎?



图1 上腹部螺旋CT表现

入院后给予抗感染、抑制胰酶活性、补液、禁食、营养支持、对症等治疗。进一步行上腹部螺旋CT平扫+增强扫描:肝胆管、胆总管及肝总管结石;胰腺体积增大,密度不均,胰周较多积液,大量腹腔积液。综合患者病史、临床表现、实验室及影像学检查结果,诊断为重症急性胰腺炎,除继续给予常规治疗外,加行血液净化治疗。入院后第20天,复查上腹部螺旋CT,显示胰腺体部巨大囊性低密度影(12 cm×11 cm),边界清,考虑为胰腺假性囊肿(图1),暂行保守治疗。入院后第38天,患者突然出现上腹剧痛,并迅速蔓延至全腹,伴大汗、畏寒。体检血压下降,腹膜刺激征(+),移动性浊音(+).腹部B超检查胰腺假性囊肿(9 cm×6.1 cm)较前缩小,大量腹腔积液。考虑

诊断:(1)胰腺假性囊肿自发破裂;(2)急性弥漫性腹膜炎。急行剖腹手术探查,术中见腹腔内有较黏稠褐色液体约2 000 mL,大网膜包绕胰腺体部形成一巨大囊肿(12 cm×9 cm×8 cm),在横结肠下缘有一破裂口,可见褐色液体流出。术后诊断胰腺假性囊肿自发破裂。

2 讨论

胰腺假性囊肿(pancreatic pseudocyst, PPC)是最为常见的胰腺囊性病变,多继发于急慢性胰腺炎、胰腺外伤,是胰液积聚而形成的局部包裹性囊肿,囊壁上皮细胞,主要由肉芽组织、纤维结缔组织和血管等结构组成。PPC多发生在体尾部,少数位于头部,多为圆形或椭圆形,直径2~40 cm,囊液容量10~6 000 mL^[1]。PPC的诊断主要依赖于影像学检查,包括腹部B超、CT等。B超检查经济、方便、无创,特异性及敏感性均大于90%,但其阴性预测价值不高(约为9%),尤其是对于直径小于2 cm的病变;CT检查对于PPC诊断的重要性毋庸置疑,其特异性、敏感性及准确率均超过90%,且还可明确PPC与周围血管的关系^[2-3]。

由胰腺炎继发的PPC通常在病程的3~4周形成。直径<6 cm的小囊肿中,约20%~40%患者在6周内可能自行吸收,而6周后仍存在的PPC则难以自动吸收,常需外科手术干预^[4]。PPC形成后可发生感染、出血、破裂及区域性门静脉高压等并发症,在早期(<6周)其并发症约20%,7~12周囊肿的并发症明显增高,达46%^[5]。PPC自发性破裂较为少见,但其后果严重,多并发休克、弥漫性腹膜炎、脓毒症等严重并发症,甚至危及生命。

本病例有如下特征:(1)患者前后5年发生3次急性重症胰腺炎,疾病发生频率较高,可能与长期患胆石症有关;(2)2次并发巨大PPC,且前1次保守治疗无效而行手术切除,本次PPC在较短的观察期间突然自行破裂。

对于反复发生胰腺炎的患者,如多次并发巨大PPC,应密切观察病情变化,如果条件许可尽早采取手术治疗,以避免出现破裂等严重并发症,增加患者痛苦及不必要的经济负担。

参考文献:

- [1] Usatoff V, Braneatisano R, Williamxon RC. Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis[J]. Br J Surg, 2000, 87(11):1494-1498.
- [2] Aghdassi A, Mayerle J, Kraft M, et al. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis[J]. Pancreas, 2008, 36(2):105-112.
- [3] Polakow J, Ladny JR, Serwatka W, et al. Percutaneous fine-needle pancreatic pseudocyst puncture guided by three-dimensional sonography[J]. Hepatogastroenterology, 2001, 48(41):1308-1311.
- [4] Avram M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts

[J]. Surg Clin Noah Am, 2002, 81(2): 411-417.

[5] 唐承薇. 重症急性胰腺炎合并胰腺假性囊肿的内镜治疗

[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(5): 341-342.

(收稿日期: 2011-11-03 修回日期: 2012-02-16)

• 短篇及病例报道 •

前牙区附加侧切牙 2 例报道

邹林洪¹, 单春城^{1△}, 张琳林¹, 王豫蓉², 明志强²

(1. 重庆医科大学附属永川医院口腔科, 重庆永川 402160; 2. 重庆医科大学附属口腔医院正畸科, 重庆 400015)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.22.051

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)22-2342-02

附加牙(supplemental teeth)是指形态上似正常牙的多生牙。多生牙发生率占恒牙列人群的 0.15%~3.9%^[1-2]。多生牙最常见于上颌前牙区,多为单生,牙冠多为圆锥形,牙根短小或发育不全,形态与正常牙相似者较少见。作者于近期发现 C、B 区附加侧切牙各 1 例,现报道如下。

1 临床资料

病例 1: 患者,女,11 岁。口内检查见:C 区 2 颗形态非常相似侧切牙;全口曲面断层片示:两个 42 牙根均为单根,形态无异常。诊断:42 附加牙(封 3 图 1)。病例 2: 患者,男,17 岁。口内检查见:B 区 2 颗形态相似侧切牙。全口曲面断层片示:两个 22 牙根均为单根,形态无异常。诊断:22 附加牙(封 3 图 2)。

2 讨论

2.1 多生牙的病因 通常认为多生牙是由牙板过长、恒牙胚分裂或者牙板断裂残余上皮而产生^[3]。孟宪安^[4]认为是基因对远古动物牙齿的回忆,或是对哺乳动物门齿的数量返祖。

2.2 多生牙造成的不良影响 多生牙的发生加大了牙量骨量的不调,导致错殆畸形的发生。上颌前牙区的多生牙最容易影响美观,发生在磨牙区则对咬合功能影响较大。多生牙引起的错殆主要表现为个别牙齿唇颊舌腭向错位、拥挤、扭转、恒牙萌出迟缓或阻生、恒牙根弯曲、吸收、邻牙松动等。多生牙所致错殆还可使局部清洁度差、与邻牙接触关系不良,导致食物嵌塞,继发牙龈炎、牙周炎、龋病。完全骨埋伏多生牙还可能形成含牙囊肿。

2.3 多生牙的检查及诊断 对已萌多生牙,由于其数目及形态异常,故不难判断。埋伏阻生的多生牙位置较浅时,可引起局部组织膨隆;而深度骨埋伏多生牙仅靠望诊、触诊无法明确其具体位置,可根据情况选用不同类型 X 线片进行检查。目前,常用的方法有普通牙片、偏心投照牙片、全景片、螺旋 CT 等。此外,还应检查多生牙区域内恒牙情况,如恒牙的萌出方向、移位或倾斜情况、松动度及有无叩痛等。

2.3.1 X 线片检查 普通牙片用于比较简单的埋伏多生牙的定位、多生牙的数目与相邻牙齿的关系等。根尖定位片可以比较清楚地显示埋伏多生牙与邻牙的唇腭侧关系^[5]。

2.3.2 曲面断层片 可以了解多生牙的数目、在颌骨中的深浅、与邻近组织的关系。但是,多生牙在全景片上常有失真现象,颊向错位的牙将被放大,而唇向错位的牙被缩小^[6-7]。

2.3.3 螺旋 CT 对于较难定位的病例选择螺旋 CT 成像可获得满意效果^[8]。螺旋 CT 三维重建技术,可以建立牙齿立体形态图像,重建后可选择各种观察角度,可以进行三维图像的切割,改变光线的投照角度,使三维图像进行最佳显示^[9]。

2.4 多生牙的治疗处理方法

2.4.1 萌出的多生牙 及时治疗多生牙是预防治疗错殆畸形

的有效措施之一。常采取的方法是拔除多生牙,这样可使相邻未萌的恒牙萌出到正常位置,避免错殆的发生,也可使已错位的牙齿能自行调整,从而减轻牙齿错位的程度。对成人牙殆中的多生牙,无明显错殆,可考虑牙体改形修复。多生牙的形态、大小与相邻恒牙的形态、大小相同时,可将咬合关系不良、不易矫正者或牙根过短者拔除。

2.4.2 埋伏的多生牙 如果多生牙已造成恒牙根吸收或明显松动时,多生牙本身情况比较好,牙根长度足够,则可以拔除正常牙,将多生牙矫治到正常位置后进行修复治疗。如埋伏多生牙位置较浅,距正常恒牙根距离较近,或恒牙根有吸收倾向,或有自觉症状者,应及早拔除。如埋伏多生牙位置较深,无病理性损害,对恒牙无影响,无自觉症状者也可先考虑临床观察暂时保留,但应定期拍 X 线片检查,如发生异常变化应及时处理。对于即将萌出,且对邻近恒牙无明显影响者,则可待其萌出后再拔除。

2.4.3 正畸治疗 对于牙列中有缺牙患者,且多生牙冠根发育良好,离缺牙距离较近,可以考虑进行正畸治疗,牵引多生牙至缺牙间隙,然后进行修复治疗改成正常牙的形态。

2.4.4 自体牙移植 对于牙列中本身有缺牙患者,该牙缺失对咬合关系或美观有较大影响,且埋伏牙冠根发育良好,冠根比例合适,距离缺牙间隙较远,不适合做正畸治疗患者,可以将多生牙进行自体移植。

总之,及时诊断治疗多生牙是十分必要的。多生牙的处理原则为阻断已有畸形及并发症,预防新的畸形及损伤。

参考文献:

- [1] 于世凤. 口腔组织病理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:120.
- [2] Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens——diagnosis and management of a common supernumerary tooth[J]. J Can Dent Assoc, 2003, 69(6): 362-366.
- [3] 石四箴. 儿童口腔病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:48-51.
- [4] 孟宪安. 返祖牙解析[J]. 黑龙江医药, 2007, 20(6): 608-609.
- [5] 汪隼, 樊林峰. 颌骨牙列曲面体层技术和根尖定位片在埋伏阻生牙定位中的应用评价[J]. 上海口腔医学, 2005, 14(2): 134-136.
- [6] 潘晓岗, 钱玉芬, 沈刚, 等. 埋伏阻生牙不同平片诊断方案的探讨[J]. 实用口腔医学杂志, 2004, 20(4): 393-396.
- [7] Jacobs SG. Radiographic localization of unerupted maxillary anterior teeth using the vertical tube shift technique;