

C₃b 受体活性降低而免疫复合物增高, 经统计学分析, 两组人

员差异有显著性($P < 0.05$)

2.6 介入放射工龄与辐射效应的关系、调查结果见表 4。

表 4 不同介入放射工龄与辐射效应关系($\bar{x} \pm s$)

工 龄 (a)	染色体型 畸变率(%)	淋 巴 细 胞 微 核 率(%)		白 细 胞 总 数 (1×10 ⁹ /L)	免 疫 功 能		
		CB 法	培 养 法		T 细 胞 亚 群 花 环 率(%)		
					CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺	RBC—C ₃ b 受 体	RBC— IC
< 5	0.32±0.085	15.46±0.78	2.32±0.25	5.52±1.78	1.64±0.17	16.17±1.23	7.16±1.14
5~10	0.55±0.12	16.47±1.13	3.13±0.22	5.49±1.38	1.59±0.15	15.82±1.77	7.49±1.62
11~15	0.57±0.13	16.81±0.95	3.33±0.27	5.41±1.28	1.58±0.19	15.48±1.22	7.78±1.05
对 照 组	0.14	8.70±3.70	1.2	6.12±1.30	1.67±0.13	19.00±1.29	5.61±0.72

从表 4 可知, 介入放射人员各工龄组各项生物学指标异常值均明显高于正常对照组, 且有随着介入放射工龄的增加有上升趋势。10 a 以上介入放射工龄组各项指标的变化明显高于不足 5 a 工龄组。差异有非常显著性($P < 0.01$)。

3 讨论与小结

通过对 180 例介入放射学工作者受照剂量健康状况以及血象、细胞遗传学、免疫功能等项指标的调查分析表明, 在目前卫生防护条件下, 工作人员一般不会超过国家规定的剂量限制, 工作是安全的。但也有部分操作人员接受剂量较高。所查的临床症状各项生物学指标, 异常值明显高于正常对照组。主要表现神经衰弱症候群及皮肤的变化以及实验室检查各项指标, 主要是白细胞总数异常($< 4 \times 10^9/L$, $> 10 \times 10^9/L$) 检出率的增高; 染色体的畸变, 微核细胞率的显著增高(染色体畸变主要表现为以无着丝点断片、双着丝点、占总畸变率的 63%); T 淋巴细胞亚群 CD₃⁺CD₄⁺ 数量的减少, CD₄⁺/CD₈⁺ 比值降低; 红细胞免疫功能主要是 RBC-C₃b 受体活性的花环形成率减少, RBC-IC 花环率的增加。介入放射各工龄组异常检出率随着介入放射工龄的增加有上升趋势。但只有不足 5 a 工龄组与

10 a 以上工龄组间有明显的统计学意义($P < 0.05$), 其他工龄组差异无显著性($P > 0.05$), 与有关报道基本一致^[3,4]。

综上所述, 介入放射学工作者已表现出不同程度的辐射损伤效应。提示这部分人员应进一步提高防护意识加强防护措施, 熟练操作技能, 缩短曝光时间, 减少不必要的照射。同时放射防护卫生监督部门应进一步加强对介入放射学职业者的管理, 从而有效地保护他们的健康与安全。

参考文献:

[1] 郭峰. 红细胞免疫功能初步研究[J]. 中华放射医学与防护杂志, 1999, 19(3): 216.
[2] 侯金鹏, 邓太平, 朱建国, 等. 介入放射学工作者剂量水平与评价[J]. 中国辐射卫生, 1997, 6(4): 216~217.
[3] 商希梅, 李洁清, 侯殿俊, 等. 介入放射学诊疗医生染色体与微核率观察[J]. 中国辐射卫生, 1999, 8(2): 107~108.
[4] 于夕荣, 何顺升, 杨珂, 等. 82 例介入放射学工作者剂量与效应分析[J]. 中华放射医学与防护杂志, 1999, 19(3): 216.

收稿日期: 2000-01-07

修回日期: 2000-05-15

牙源性粘液瘤的 X 射线表现与病理对照

周德刚 刘振高 孙 武

(山东省济南市口腔医院, 济南 250001)

牙源性粘液瘤(odontogenic myxoma, OM)是临床上较少见的肿瘤, 颌骨 OM 在 X 射线上表现为多发性常常误诊。根据临床病例术后病理诊断为 OM, 为此我们进行了 X 射线分型和病理对照分析。

1 病例分类 本组 20 例, 其中男性 13 例, 占 87%, 女性 7 例, 占 13%, 发病年龄 12~60 岁, 多发年龄 13~40 岁, 平均病程 2 a, 12 例发生于下颌骨, 8 例发生于上颌骨。

X 射线表现根据不同的影像学特征, 本组 20 例分为以下几类: ①牙槽骨破坏型(I 型)3 例, 病变局限在牙槽骨, 范围小不超过 2 cm, 边缘不规则, 边界较清楚, 病变区内有细小分隔, 破坏的牙槽骨突出呈小山峰样改变, 牙齿明显推压移位。②单房型(II 型)2 例, 病变有明确边界边缘光滑, 病变突入牙槽间隔, 牙齿移位。病变区密度不均匀, 可见细小分隔, 牙根无吸收。③多房型或称“火焰状”改变型(III 型)9 例, 病变呈低密度改变, 有较多的致密分隔条纹穿过, 分隔可呈直线状, 弯曲状或不规则形条纹粗细不均, 使病变区表现为多房状房室呈三角形, 三角形骨质改变形似向上燃烧的火苗称“火焰状”改变, 常有牙缺失。④骨质破坏环(VII 型)有 7 例, X 射线表现为病变区

完全性溶骨性破性, 牙缺失, 病变范围大, 边界较清楚, 边缘不规则呈“虫蚀样”, 无分隔存在, 类似牙龈瘤的 X 射线表现。另一种表现为边界清楚, 病变呈团块状或絮状的增生, 密度不均匀, 类似骨纤维异常增生症或纤维骨瘤。非局限性表现为肿瘤突出软组织, 牙推移位, 颌骨变形呈“日光放射状”改变, 与成骨肉瘤 X 射线表现相似。

2 病理表现 光镜下 OM 中星形和梭形, 细胞散布在大量的粘液纤维基质中, 细胞浆成分和纤维成分含量不同。3 例肿瘤细胞有一定的异型性, 但未见核分裂。有 5 例首次发现一种类似“浆细胞”的细胞, 其胞体呈圆形或不规则型, 大小不一, 细胞浆丰富, 嗜酸性, 核圆, 浓染。“火焰状”改变是 OM 典型的 X 射线特征。牙槽骨破坏型在病变区内出现细小的房隔, 牙根推压移位明显, 但无牙根吸收。

单房性改变则易与成釉细胞瘤的单房病变混淆, 但其内有细小纤维骨隔。骨质破坏型易造成误诊, 当病变表现为溶骨性改变与颌骨恶性肿瘤难区别; 当病变呈增生性改变, 病变呈絮状密度增高影象, 易误诊为骨纤维异常增殖症或纤维骨瘤, 当出现骨膜反应, 表现为“日光放射状”改变时, 常误诊为骨肉瘤。日光放射状改变并不是成骨肉瘤的 X 射线特征。

作者简介: 周德刚(1957~), 男, 山东济南市人, 医师, 主要从事口腔影像学专业。

收稿日期: 2000-06-09