维普资讯 http://www.cqvip.com

在病人入院后，由于环境的改变，可能休息不好，加之病人急于手术、忧虑、紧张等情绪有关，使病情加重，出现顿发早搏，经过11天的住院治疗及病人情绪逐渐稳定，才使早搏消失。

随着现代医疗设备的更新，人工测试血压、脉搏等逐步被电子自动生命体征监护仪所取代，生命体征监护仪虽然省时省力，但对早搏病人不能报警显示，所以在麻醉前后及术中，在无心电监护的情况下，既是病人术前心电图正常，也应当经常用手测试病人的脉搏，以便及时发现及时处理，以防不测。

（收稿：1998－07－02）

掌骨致密性骨瘤一例报告

张岩峰* 石东文**

一、临床资料：男性，20岁，因右手背无痛性包块一年收住院。患者于一年前无意中发现右手背侧有一“杏仁”大小的包块，局部皮肤无红肿及不适感，当时未引起足够的重视，此后包块逐渐增大，自感酸胀不适，随来我院就诊，经门诊以“右手掌骨瘤性质待定”收入院。入院查体：一般状况良好，心、肺、腹无异常，右手第Ⅱ掌骨背侧有一个1.5cm×2.0cm大小的骨性突起，质硬、表面光滑，边界清楚，轻度压痛，无移动度，右手指活动自如，无麻木感，末梢小循环良好。治疗经过：入院后经积极的术前准备，在臂丛麻醉下行右手掌骨骨瘤切除术，术中见第Ⅱ掌骨背侧隆起约1.0cm×1.5cm，骨结构完整，沿包块基底部切除，骨蜡止血，关闭伤口，术后抗炎治疗，十二天拆线，切口一期愈合出院。病理学检查：切片高倍镜下见为较致密的骨组织和纤维组织，骨小梁大小不匀，细胞排列较紊乱，部分纤维细胞增生较活跃，但无明显的异型细胞，病理学确诊为：掌骨致密性骨瘤。

术后两月，发现掌骨背侧又出现突起，渐进性增大，约五个月后，增至1.0cm×1.5cm大小，伴局部酸胀不适，故再次收住入院，经研究分析，再次行骨瘤部分切除，敞露伤口，于切除面辅以同位素激光辐照30—60分钟/日，七天后关闭伤口，十二天拆线，切口甲级愈合，术后随访一年未见复发。

二、结果和讨论：致密性骨瘤是瘤细胞侵犯致密的骨组织所引起的良性肿瘤，虽然其好发部位较多，但发生在掌骨的致密性骨瘤较少见，因侵犯的是致密性骨组织尤其是掌骨等细小的管状骨，给手术带来很大的局限性，完全切除损伤较大，易造成骨缺损、骨不连，甚至人为的病理性骨折。鉴于此因，故切除的不彻底性是造成本例术后复发的主要原因。术后复发快是因为骨瘤切除不彻底，造成骨瘤部分创面新鲜，刺激细胞增生活跃，异常增生。二次术后，采用骨瘤部分切除，同位素激光创面辐照，有效地防止了因手术不能完全切除可能导致的复发，疗效较好。因本种病例临床较少见，其临床诊断及治疗还需进一步探讨。

（收稿：1998－05－06）

* 作者单位：831200 新疆呼图壁解放军第十五中心医院骨科

** 兰州医学高等专科学校呼图壁分校形态学教研室

食管胃双原发癌三例

金家宝* 钱才友*

食管和胃同时原发癌少见，术前诊断较困难，我院在过去对食管、胃肿瘤诊断中曾遇到三例，现报告如下。

一、临床资料：例一，患者男，76岁。进食梗阻感两

* 作者单位：244000 安徽省铜陵市有色金属公司职工总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

个月，食管钡餐发现食管下段有6cm长管壁充盈、缺损、边缘不整，胃前壁大弯侧部见到3cm×4cm大小软组织影。行胃镜检查发现：食管中下段（距门齿30cm～35cm）右侧壁见食管粘膜不规则隆起，表面糜烂，质中硬、触之易出血。贲门粘膜糜烂，胃窦粘膜薄，前壁大弯侧见结节样肿物。食管和胃活检病理报告分别为：食管鳞状细胞癌，胃低分化腺癌。例二，患者男，56岁。吞咽困难3.5月，伴胸骨后疼痛。体检：中度贫血貌，体弱，上腹部有轻压痛。钡餐检查发现：食管下段有5cm长病灶，病变部位食管中度狭窄，粘膜皱壁中断、消失，蠕动差，管壁变厚，钡剂通过不畅。考虑食管下段癌。行胃镜检查：发现距门齿34～38cm处食管右侧壁有菜花状肿物，表面糜烂，脆弱，触易出血，管腔狭窄，胃镜不能通过，活检病理报告为鳞状细胞癌。手术所见：食管下段有5cm×3cm大小肿块，行食管胃吻合术时发现胃底有一4cm×4cm肿块，术中快速诊断：胃低分化腺癌且腹腔广泛转移，未行手术切除，术后3个月死亡。例三，患者男，44岁。因胸骨后疼痛伴进行性吞咽困难2个月，查体：消瘦、贫血貌，浅表淋巴结无肿大，上腹部有明显压痛，但未触及包块。上消化道钡餐提示食管中下段狭窄，钡剂通过不畅，粘膜僵硬，胃及十二指肠未见异常，建议行纤维胃镜检查。胃镜发现：距门齿32cm～35cm处，见食管粘膜有隆起，表面糜烂，触之出血。在胃窦小弯侧发现胃粘膜轻度隆起，表面粘膜糜烂，在食管隆起和胃窦处分别活检病理报告分别为食管高分化鳞状细胞癌，胃粘液细胞癌。

二、讨论：食管胃双原发癌临床上较少见，而且检查易漏诊。病人通常以食管吞咽困难为主要症状就诊，临床医生通常因考虑食管疾病只申请食管钡餐，放射科医生摄片也只对食管检查，而忽视对胃的检查，这样很易漏诊。因此，我们认为对考虑食管癌病人在做食管吞钡检查时，也要做胃造影，以便对食管及胃全面了解。这样既可以避免漏诊，也为医生选择手术方式有很大指导意义。本文例一就是通过钡餐发现食管和胃肿瘤，但有时钡餐对胃癌呈阴性，如本文例三。因此，只要病人条件许可，在做钡餐检查后，都应做胃镜检查。在做胃镜检查时，取材尽量多取、深取，以提高阳性率。对食管很狭窄而胃镜又不能通过的病人，在行食管癌切除时应对胃全面细致检查，对胃出现肿块，术中应做快速切片，以明确诊断，再行手术。对食管、胃重复癌的治疗，最理想的手术术式是两处病灶同时进行根治性切除，手术尽量采用食管残胃吻合术，对无胃代食管条件的病人，应做肠管代食管术。因此食管癌病人术前应常规做肠道准备，以便必要时行肠管代食管术。

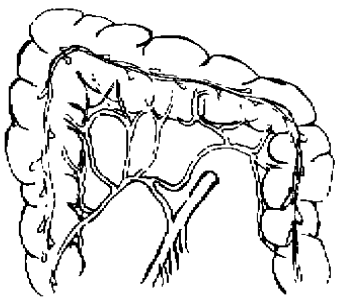
（收稿：1998－09－02）

罕见的结肠中动脉变异一例报告

刘黎明*

正常的结肠中动脉位于胰头下方或胰颈下缘，起自肠系膜上动脉，发出后即进入横结肠系膜，偏系膜右侧走向结肠右曲并分为左右两支进入横结肠肠壁。我们在做解剖操作时，发现一罕见的结肠中动脉变异，现报告如下。

成年男尸，发育正常，腹部无手术切口疤痕。解剖腹腔时发现在胰头附近距肠系膜上动脉起始部约5cm向右发出一结肠中动脉主干，主干向上方行走3cm后急转向右下方，形成一比较粗大的动脉弓。该弓延续至结肠右曲下方8cm处其终末支和右结肠动脉的分支吻合。从右至左动脉弓上依次发出四条分支，分别进入横结肠各段肠壁，我们称之为第1，2，3，4结肠中动脉（见附图），该弓最左侧的一分支在结肠左曲附近和左结肠动脉的分支吻合。



附图 结肠中动脉变异

* 作者单位：200070 上海铁道大学基础医学院解剖教研室