维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)04-0491-01

脑原发性恶性淋巴瘤2例报告及文献复习

戴晓波（重庆医科大学临床学院放疗科，重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R739.41 【文献标识码】B 【收稿日期】2001-09-06

脑原发性恶性淋巴瘤极少见，我科于1994年至1998年期间共收治该病2例，现报告如下，并结合文献讨论。

1 临床资料与结果

例1，女性，24岁，于1998年12月7日入院。3月前因头痛，癫痫发作，CT发现左额叶占位性病变，在我院神经外科手术切除，病理诊断左额叶浆细胞性肉芽肿，未予其他治疗。术后1月症状复发，MRI示原术区，小脑蚓部及顶、枕部多处信号增强的病灶，收住神经内科予大剂量激素治疗病灶消退出院。出院约1周因头痛、呕吐、癫痫发作急诊入院，全身检查无异常发现。头颅MRI示：右额叶及小脑、左右颞叶分布多个病灶，右侧脑室前角受压，中线左偏。手术切除右额叶肿瘤，术后病理诊断为脑恶性淋巴瘤，并复习3月前首次病理切片，最后修正诊断为脑原发性恶性淋巴瘤。术后10天入我科开始全脑、全脊髓放疗。放疗两周时出现颈部肿块，发热38～39℃。全身检查，胸片，腹B超，骨穿，肝、肾功能等均未见异常。予以"CHOP"方案化疗两周期，并配合局部放疗，颈块消退不明显，病情逐渐恶化，于1999年4月22日死亡，全部病程7个月。

例2，男性，34岁，于1994年10月7日因头痛、恶心9天入院。头部CT示右额叶占位性病变，全身检查无阳性发现。手术切除肿瘤，术后病理示：脑恶性淋巴瘤。术后经颈动脉灌注ACNU125mg+生理盐水80ml 1次，全脑放疗40Gy/25F/46d，局部加量4Gy/2F/2d，全脊髓34Gy/21F/42d。半年后左额部肿瘤复发，经鞘内MTX10mg+地塞米松10mg注射，每周一次，共4次后再次行放疗，全脑照射20Gy/10F/14d，中断治疗，于1997年3月20日死亡，生存2年5个月。

2 讨 论

脑原发性恶性淋巴瘤是一种罕见的疾病，以往文献报道该肿瘤占颅内肿瘤的0.3%～1%[1]，占非何杰金氏淋巴瘤的1%，结外淋巴瘤的1.5%～2%[1,2]。细胞免疫功能损害是本病发生的主要原因。近年来，随着获得性免疫缺陷症流行，其发病率迅速上升，据估计2%～6%的艾滋病病人发生中枢神经系统淋巴瘤[2,3]。脑原发性恶性淋巴瘤的诊断标准为：(1)原发于脑并经病理证实。(2)诊断时无全身其他部位的病灶。(3)无AIDS或与AIDS有关的症状[2,4,5]。本文两例均符合该诊断标准。文献报道本病可发生在脑的各部，以幕上多见，尤以额叶为最常见部位，表现为单发或多发病灶[4]。临床诊断本病有一定难度，须经病理检验证实，其病理类型常为弥漫型，尚未见结节性淋巴瘤的报道。大多数为B细胞来源，T细胞来源罕见，按工作分类法约80%为高度恶性，20%为低度恶性[4-6]。而弥漫型高度恶性淋巴瘤病情进展迅速，预后极差。本病约10%以下的病人可发生中枢神经系统以外部位转移[1,4]，例1治疗中出现颈部肿块，考虑系颅外转移所致。

文献报道脑原发性淋巴瘤对糖皮质激素敏感，约40%～80%的病例表现为肿瘤明显缩小，CT检查常发现肿瘤完全消失，但多数患者激素作用短暂[5,6]。例1与此相符。放射治疗是公认的治疗措施。本病自然生存期1.5月，放疗可使之延长到1.5～2年，主张全脑照射，但照射剂量各家看法不一。多数文献资料证实全脑照射剂量40Gy以上的病人生存时间较长，故主张全脑至少40Gy，再缩野至病灶区加量到50～60Gy[1,6,7]。关于是否需要常规作脊髓预防照射的问题仍有争论。目前认为辅助化疗能提高单纯放疗的疗效，化疗方案以较强烈能透过血脑屏障的药物为宜[8-10]。故初次治疗计划并按剂量给药十分重要，否则，由于未能杀灭肿瘤细胞到最低程度，必然会因耐药的产生而复发，导致治疗失败。

虽然脑原发性恶性淋巴瘤是一致命性疾病，影响预后的因素主要有KPS评分，年龄，单发（多发）病灶，有（无）免疫缺陷，病理类型等，而提高对本病的认识，及时准确诊断，早期合理的综合治疗是提高其生存率的基本保证。

参 考 文 献

[1] 肖建平，余子豪. 原发性中枢神经系统淋巴瘤[J]. 中华放射肿瘤学，1989;3(3):192-193.

[2] Schultz C, Scott C, Sherman W, et al. Preirradiation chemotherapy with cyclophosphamide,doxorubicin,vincristine, and dexamethasone for primary CNS lymphomas: Initial report of radiation therapy oncology group protocol 88-06[J].J Clin Oncol,1996;14(2):556-564.

[3] Cote TR, Manns A, Hardy CR, et al. Epidemiology of brain lymphoma among people with or without acquired immunodeficiency syndrome[J].J Natl Cancer,1996;88(10):675-680.

[4] Tomlinson FH, Kurtin PJ, Suman V, et al. Primary intracerebral malignant lymphoma: a clinicopathological study of 89 patients[J]. J Neurosury, 1995;82(4):558-566.

[5] 王奇璐. 恶性淋巴瘤的诊断与治疗[M]. 第1版，北京：北京医科大学协和医科大学联合出版社，1996;346-354.

（下转第492页）

作者介绍：戴晓波（1962- ），女，主治医师。
主要研究方向：肿瘤放射治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)04-0492-01

以晕厥为主要表现的冠心病1例

刘 剑，覃 数，马康华（重庆医科大学临床学院心内科，重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R541.4 【文献标识码】B 【收稿日期】2002-01-16

1 临床资料

张某，男性，68岁，住院号377041，有高血压病史3年，近4月来反复晕厥发作4次，发作时间均为凌晨3～6时，每次持续3～5min。苏醒后偶伴有胸部不适感，几分钟后逐渐消失。到我院就诊，欲安置人工心脏起搏器。入院检查，心肌酶谱正常，肌钙蛋白阴性。静息心电图为窦性心律，无ST-T改变，无房室传导阻滞。Holter监测时，发作一次头晕乏力、黑矇、背部疼痛，但未晕厥；结果提示二度二型房室传导阻滞伴ST段抬高，持续几分钟后房室传导阻滞消失，ST段恢复正常。根据患者发作性ST段抬高，考虑为变异性心绞痛。冠状动脉造影时，患者发生窦性心动过缓，心率下降至50次/min，并出现背部疼痛、头晕。心电图显示II、III、AVF导联ST段抬高0.2～0.4 mv，表明下壁心肌缺血损伤。予阿托品0.5 mg静脉推注，硝酸甘油0.5 mg 舌下含化，约2min后症状缓解，ST段恢复正常。随后置入临时起搏电极，在临时起搏器的保护下行选择性冠状动脉造影。结果显示，左冠状动脉左主干及左前降支各有一轻度狭窄病变，长度均小于10 mm；右冠状动脉近段有一严重的狭窄病变，狭窄程度约为99%，病变长度约为7 mm，为“罪犯”血管。用球囊扩张满意后，置入4mm×8 mm Express 支架一枚。手术后狭窄消失，远端血流为TIMI 3 级，未再发作晕厥及胸闷症状。

2 讨 论

冠心病心绞痛临床上多表现为发作性胸闷、胸痛、胸骨后压榨感，持续3～5min后好转，而以晕厥为主要表现则很少见。分析其机制，由于窦房结动脉、房室结动脉多起源于右冠状动脉，而本例患者右冠状动脉近段有一严重狭窄病变，几乎完全闭塞，影响了窦房结、房室结血供。当右冠状动脉在固定狭窄病变的基础上发生痉挛时，引起窦房结、房室结血供突然中断，导致窦性心动过缓和房室传导阻滞。此外，下壁心肌损伤缺血时，丰富的化学感受器受到刺激，Bezold-Juris反射及迷走神经张力增高对心动过缓的发生也起一定的作用。心动过缓引起脑组织血供骤减，因而发生晕厥。右冠状动脉痉挛缓解后，随着心肌缺血的减轻，心率恢复正常，脑组织血供改善，晕厥症状随之消失。

临床上对于病态窦房结综合征、房室传导阻滞等严重缓慢性心律失常引起的晕厥的处理，多为安置永久性心脏起搏器。而本例患者晕厥发作时伴有下壁导联ST段改变的特点，如果仅行起搏器安置术，可能难以防止急性心肌梗死甚至猝死的发生。因此给患者安置了临时心脏起搏器，在此基础上进行了右冠状动脉血运重建。手术改善了右冠状动脉血流，既防止了晕厥的再次发作，又减少了发生急性心肌梗死和猝死的可能性。对于发作性缓慢性心律失常所致的晕厥患者，特别是有冠心病易患因素者，应警惕冠状动脉病变，并在充分了解患者冠状动脉病变的基础上针对性地采用药物治疗、起搏器置入术或者介入疗法。

作者介绍：刘 剑（1966- ），女，主治医师，
主要研究方向：心血管疾病诊治。

参 考 文 献

[1] 祁 哲，王 芮，刘 丽，等. 变异性心绞痛心律失常特点的临床分析[J]. 中华心律失常学杂志，2001;5(4):205-207.

[2] 姚朱华，李文煜，万 征，等. 伴严重心律失常的变异性心绞痛[J]. 天津医药，2000;28(5):276-278.

（上接第491页）

[6] 于洪升，王希光. 脑原发性恶性淋巴瘤2例报告及文献复习[J].中国癌症杂志，1999;9(1):69.

[7] Legros L, Benezery K, Lagrange JL, et al. Radiotherapy in primary cerebral lymphoma [J]. Cancer Radiother, 1999;3(2):149-153.

[8] bessell EM, Graus F, Punt AC, et al. Primary Non-Hodykin's lymphoma of the CNS treated with BVAM or CHOD/BVAM chemotherapy before radiotherapy[J]. J Clin Oncol ,1996;14(3):945-954.

[9] Blay JY, Conroy T, Chevreau C, et al. High-dose methotrexate for the treatment of primary cerebral lymphoma analysis of survival and late neurlogic toxicity in a retrospective series[J]. J Clin Oncol , 1998;16(3):864-871.

[10] 章 真，林少俊，何少琴，等. 原发性中枢神经系统非霍奇金恶性淋巴瘤手术后的放疗与化疗[J]. 中国癌症杂志，1999;9(2):115-117.