维普资讯 http://www.cqvip.com

第20卷 第4期　　重庆医科大学学报　　Vol.20 No.4

1995　　ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING　　1995

265－268

鼻腔鼻窦纤维组织细胞瘤临床与病理的特征

第一医院耳鼻喉科　吕孟新

病理教研室　苗德林

提　要　对18例鼻腔鼻窦纤维组织细胞瘤临床与病理特征的分析，发现其临床表现类似于该部位其他局部侵犯的软组织肿瘤。由于病理组织学诊断难以完全鉴别其良恶性，因此治疗宜采取广泛手术切除。对疑为恶性或多灶性型患者，应考虑手术、放疗或化疗综合治疗。

关键词　纤维组织细胞瘤；鼻腔鼻窦

中图分类号　R739.62.0－2

纤维组织细胞瘤虽系发生于软组织的常见疾病，但在鼻腔鼻窦并不多见，1973年Townsed等[1]才首次报道2例，国内迄今尚未见到类似资料发表。该病的临床特征是容易局部侵袭及复发、破坏骨组织，造成患者面部损害；且仅凭病理组织学诊断不易完全鉴别其良恶性，一旦转移，易扩散到全身，导致死亡。本文收集我院及国外文献共18例，对其临床表现、病理学特征及诊断治疗作一总结和分析，以便为今后诊断及治疗提供参考。

1　材料与方法

作者收集我院1974－1993年诊治病人2例，国外文献资料16例，共18例(表1)

男8例，女10例，女性略高于男性。年龄从新生儿到82岁，其中19岁以下4人，20～30岁4人，40岁以上10人，说明该病以中老年较多见。病程从4个月到2年不等，病变分别原发于上颌窦3例，鼻腔2例，筛窦2例；另外病变发生于鼻腔以及上颌窦、额窦、筛窦、鼻咽部等共11例。

表1　材料来源，临床表现及病理学特征的概况

一般资料	手术发现	病理学特征	治疗结果	材料来源
病例1 41岁 男 右鼻腔阻塞1年 伴鼻出血	肿瘤侵犯双鼻腔底、中隔、左下鼻甲。10年后右咽侧肿瘤1×1cm。19年后右侧鼻咽隐窝1×1cm及软腭鼻腔面3×3cm肿瘤	泡沫细胞，散在多核巨细胞，无病理分裂像。纤维细胞呈车辐状，伴嗜中性白细胞和淋巴细胞（多灶性纤维组织细胞瘤）	鼻侧切开术鼻腔肿瘤切除。10年后经口咽部肿瘤切除。19年后经腭切口鼻咽及软腭肿瘤切除。术后放疗6488cGy。随访18月无复发。	我院病例
病例2 40岁 男 右鼻腔阻塞伴鼻出血4月。摄片：右侧筛窦有骨质吸收	肿瘤侵犯鼻中隔右侧上部、筛窦、上颌窦的内侧壁	多量组织细胞，其中部分泡沫细胞。散在多核巨细胞，个别细胞显示病理性核分裂像，伴嗜中性白细胞及淋巴细胞	鼻侧切开术鼻腔肿瘤切除。 失访	我院病例

维普资讯 http://www.cqvip.com

一般资料	手术发现	病理学特征	治疗结果	材料来源
病例3 3岁 男 左鼻腔肿块4月伴鼻阻塞	肿瘤侵犯左侧鼻腔、筛窦、筛板并累及眼眶、眶底、蝶窦前壁，3.5×3×3cm	拉长的组织细胞与车辐状型、低有丝分裂	术前放疗4950cGy、放疗6周后左鼻侧切开肿瘤切除。随访4月无复发	Townsend et al[1]
病例4 新生儿 男 呼吸困难、鼻阻塞	肿瘤侵犯左鼻腔、中鼻甲、筛板和后组筛窦	梭形细胞、浆细胞和淋巴细胞	8个月后，鼻侧切开术切除肿瘤。失访	Shearer,et al[2]
病例5 23岁 女 颈部包块4月、鼻漏、气道阻塞	肿瘤侵犯鼻咽部，右侧鼻腔并延及上颌窦；下颌下三角4×3cm肿块；耳后2×2cm肿块	泡沫细胞，Touton巨细胞成纤维细胞和淋巴细胞（多灶性纤维组织细胞瘤）颈淋巴结转移	鼻腔上颌窦肿瘤切除，化疗；6个月后颈淋巴结化疗。随访5月鼻腔无复发	Rice et al[3]
病例6、7(略)				
病例8 38岁 男 右侧眼眶包块逐渐长大	肿瘤侵犯右侧筛窦	异型的组织细胞、成纤维细胞、偶见巨细胞、泡沫细胞和淋巴细胞。偶见丝状分裂像	局部肿瘤切除。术后9年鼻腔、筛窦肿瘤复发行鼻腔肿瘤及筛窦切除术。随访10月无复发	Lesica,et al[4]
病例9 17岁 女 右鼻阻塞15月	肿瘤侵犯右侧鼻腔、上颌窦、筛窦	组织细胞，巨细胞、浆细胞和淋巴细胞	右上颌骨全切术。随访18月无复发	Fernado,et al[5]
病例10～17(略)				
病例18 32岁 女 右上颌隆起。摄片：上颌窦内肿块影伴骨质破坏	肿瘤侵犯右上颌窦、侵蚀骨质并突出于鼻腔	车辐状和束状型；多核良性和异型巨细胞	上颌窦根治术。有多个骨转移病变。化疗	Perzin et al[6]

2 病理学特征及组织发生分型

纤维组织细胞瘤的组织发生从电镜观察证实为原始间充质干细胞向成纤维细胞或组织细胞两方面分化而成[6]。因此病理诊断的依据有以下两点，即(一)、仅有长梭形核纤维细胞或成纤维细胞排列呈车辐状或旋涡状，有的部位出现许多纤维束，类似于纤维组织的肿瘤如纤维瘤或纤维肉瘤等；(二)为组织细胞型，多为圆形细胞弥漫分布、胞浆内常有微细空泡，有的形成泡沫样细胞及多核巨细胞，且胞浆透亮，又称“Touton”氏巨细胞。

成纤维细胞与组织细胞两种成分的比例在不同病例，不同病变区有很大差异。大部分病例中上述两种病变同时存在，亦有个别病例仅有一种病变类型。本文18例病人中，前述两种类型同时存在的计14例，占77.8%，仅为第(一)类型的2例，占11.1%，仅为第(二)类型的2例，占11.1%。见表2。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2　18 个病例的组织发生分型

类　型	主要特征	例数	比例(%)
Ⅰ	长梭形核纤维细胞与成纤维细胞排列成车辐状或旋涡状	2	11.1(2/18)
Ⅱ	组织细胞型　胞浆内有微细空泡、有的形成泡沫样细胞。常见多核巨细胞、Touton 氏巨细胞	2	11.1(2/18)
Ⅲ	兼有上述二种类型的特征	14	77.8(14/18)

3 讨论

3.1　临床表现　根据我院和收集文献的病例，侵犯鼻腔鼻窦及鼻咽部的纤维组织细胞瘤的临床表现类似于该部位其他局部侵犯的软组织肿瘤。病变发生于鼻腔或鼻咽部可出现鼻阻塞、鼻出血。当肿瘤侵犯上颌窦时则引起面颊部不对称性隆起及肿块，或牙齿松动；侵犯筛窦、额窦时出现眼眶包块，如局部发生疼痛则提示肿瘤生长较快，且破坏骨质。放射学常显示鼻窦模糊影、肿块或骨质破坏。

3.2　病理诊断　纤维组织细胞瘤无独特的临床表现，诊断主要依靠病理学方法，因此术前活检是必要的。但仅仅依据病理组织学的变化区分其良性与恶性亦有一定困难。如非典型皮肤纤维黄色瘤，病理组织学显示许多分裂像及细胞的异型性，但很少有转移；隆突性皮纤维肉瘤甚至于瘤区有大量分裂像类似纤维肉瘤，亦很少转移。文献记载[6]，易发生转移的纤维组织细胞瘤多生长于深部软组织、瘤体大，并有细胞异型性及分裂像增多，然而也有生长于深部软组织的纤维组织细胞瘤，虽无异型性及分裂像增多，亦可发生转移。发生于上呼吸道的纤维组织细胞瘤其生物学行为类似于这个部位的纤维组织来源的肿瘤，虽然大多数为局部侵犯或局部复发，但少数有转移。从表 1 可见 18 例病人中 2 例(病例 5,18)有颈淋巴结转移或骨转移。当然恶性纤维组织细胞瘤发生淋巴结转移更为常见。

3.3　鉴别诊断　发生于鼻腔鼻窦的纤维组织细胞瘤既可来源于骨组织、亦可发生于纤维组织，因生长于上呼吸道应与下列肿瘤鉴别。

3.3.1　纤维肉瘤：纤维肉瘤一般瘤体较大，瘤细胞呈束状排列而无车辐状排列。

3.3.2　骨巨细胞瘤：有较多的多核骨巨细胞散布于病变各处，胞核亦多，体积小，染色深，而无异型性，间质亦无车辐状排列纤维，无"Touton"氏巨细胞。而纤维组织细胞瘤除间质多有车辐状排列纤维外，多核巨细胞有异型性，核数量少，仅 10 个以内，且呈空泡状，胞浆伴异型性。

3.4　治疗　根据上述分析，若病理变化呈现瘤细胞异型性与较多分裂像，并发现微小侵袭趋势，提示有侵袭性，需作广泛的局部切除。纤维组织细胞瘤无明显包膜，周围组织易受侵犯，手术不易彻底，治疗时应视为潜在的恶性肿瘤，手术范围宜广。除局限于鼻腔小范围的病变行鼻腔内局部切除外，肿瘤侵犯鼻窦应行鼻侧切开术，上颌骨部分切除或全切术，可减少复发(见表 1)。术后需密切随访，对复发者或转移灶患者术后应加以放疗或化疗。多灶性患者(表 1 中病例 1)，作者采

维普资讯 http://www.cqvip.com

四氧嘧啶致糖尿病兔早期心功能研究

第一医院内科 王 毅* 龚联舫 舒昌达
生理教研室 陆 杰

提 要 本文就四氧嘧啶诱导糖尿病兔于早期(4周)与正常兔左心功能进行比较，发现糖尿病兔左室内压最大值(peak)、舒张末期内压(EDP)、等容收缩压(IP)、室内压波下降段最大速率(-Smax)，心力环(Area)均显著小于正常对照组(IP、-Smax、$P<0.05$，Area、$P<0.005$，peak，$P<0.002$，EDP，$P<0.001$)。本文结果显示糖尿病兔早期左室舒张及收缩功能均减退，可能与糖尿病代谢异常以及由此造成的心肌病变有关。

关键词 四氧嘧啶；糖尿病兔；心功能
中图分类号 R.977.15；R587.1

大量临床、实验性研究都支持与糖尿病有关的特异性心肌病的存在[1-3]。在明显心

取广泛切除后局部放射治疗，随访18月无局部复发及新的病灶出现。虽然放疗或化疗对本病的良性类型无明显治疗效果，但对怀疑为恶性型或多灶性型者，仍应作为综合治疗措施而积极使用。

参 考 文 献

1. Townsend, G.L. et al. Arch Otolaryn gol., 1973;98;51
2. Shearer, W.T. et al. Am.J.Dis.Child., 1973;126;238
3. Rice, D.H., et al. Arch Otolaryngol., 1974;100;389
4. Lesica, A., et al. Arch Otolaryngol., 1975;101;506
5. Del-Rer E, Fernando E. Laryngocope., 1980;90;1686
6. Perzin, K.H. and Fu, Y. Cancer., 1980;45;2616

(收稿日期 1995-03-23)

CLINICAL AND PATHOLOGIC APPEARANCE OF FIBROUS HISTIOCYTOMA ORIGINING FROM THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Lu Mengxin, et al.
Dept. of Otolaryngology, the First Hospital

Fibrous histiocytoma is one of the most common neoplasms in the skin and soft tissues. It seldom appears in the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharyx. Difficulty may be encountered in classifying fibrous histiocytomas as benign or malignant based only on their histologic features. Treatment has included wide local excision, lateral rhinotomy, partial maxillectomy, or radical maxillectomy, depending on the location, size and extent of the tumor. The multifocal fibrous histiocytoma must be focally resected and then to be irradia ted so as to prevent the tumor recurrence. When the metastatic lesions are found the chemotherapy is advisable

KEY WORDS Fibrous histiocytoma; Nasal cavity; Paranasal sinuses