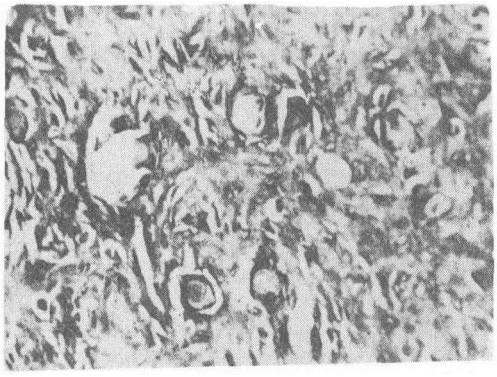
DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.02.031



附图 高倍示砂粒体纤维母细胞及少量的脑膜细胞。HE×210

色较厚之脆性组织。切开此组织，其中为一7×5 cm²椭圆形腔洞。周壁之脆性组织0.7cm厚。腔洞内吸出大量之粘液性分泌物。额窦之内、后、下壁缺如。肿瘤位于硬脑膜外，占据整个右额窦、筛窦及部分鼻腔。将脆性组织全部刮尽，见硬脑膜光滑，有弹性。妥善止血后，置一橡皮管于额窦底部至前鼻孔引流。病理报告为右额窦及筛窦脑膜瘤，砂粒型，见附图。术后两周痊愈出院，随访已4年余无复发。

2 讨论

2.1 肿瘤之起源

本病原发或由颅内侵犯至鼻窦者罕见。Wolman统计375例脑膜瘤中仅2例。1970年Majoros[1]报文告献记载仅8例。1981年王风中[2]报告国内外统计共17例。本例虽大片脑膜暴露，但刮尽肿瘤组织后，脑膜显示光滑，有弹性。因之考虑原发于鼻窦。至于脑膜瘤发生于颅外之原因，大多认为于胚胎时期异位残留的蛛网膜组织。另有认为原发于神经外胚叶的神经鞘膜雪旺氏细胞。

2.2 诊断

本病多见于青少年，但可发生于任何年龄。一般认为男女无明显差异。但近年来国内文献报道多为女性[2][3][4][5]。肿瘤发展缓慢，主要为压迫症状、面部畸形、眼球移位、鼻塞、视力障碍等，容易误诊，本例曾误诊为囊肿、息肉、骨化纤维瘤。确诊必须依靠病理检查。

2.3 治疗

主要手术彻底切除。文献报告有恶变者，应注意随访观察。

参 考 文 献

1. Majoros M. Laryngoscope 1970; 80(4):640
2. 王风中。原发鼻窦脑膜瘤一例报告。耳鼻咽喉经纬 1981; 1(3):191
3. 霍仲田。鼻窦脑膜瘤一例。中华耳鼻咽喉科杂志 1979; 14(3):192
4. 金康业，等。脑膜瘤侵犯额窦并发眼球突出一例。中华耳鼻咽喉科杂志 1983; 18(3):180
5. 张学斌。异位脑膜瘤。中华肿瘤杂志 1979; 1(3):219

（收稿：1988.02.29；修回：1988.12.03）

急性心肌梗塞胸痛向双下肢放射1例

何作云（新桥医院 心内科）

急性心肌梗塞（AMI）的胸痛放射到脐以下，尤其是腿实属罕见。我院近来收治1例AMI胸痛除向躯干和双上肢放射外，还向双下肢放射，特报道如下。

1 病例

患者，男，65岁。1987年8月5日8:30/AM接收按摩治疗时突感心前区压榨性疼痛，但无放射，历时10min左右，终止按摩和休息后缓解。当日中午饮白酒约30ml，1:30/PM心前区呈撕裂性疼痛，同时向躯干和双上肢及膝关节以上的双侧股部放射，疼时伴恶心、呕吐、面色苍白和大汗，但无四肢感觉和运动障碍，约1h后疼痛减轻呈闷胀感，其部位仅限于心前区。院外口服消心痛和去痛片（剂量不详）无效而收入我院。住院期间经罂粟碱30mg肌注，极化液和消心痛40mg/天等治疗7天，胸痛获愈。患者否认高血压、

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

冠心病和高脂血症的病史，也无嗜酒史，吸烟10年余，每日20支。查体：体温36.8℃，脉搏84次/min，呼吸20次/min，血压17.29/7.98 kPa（130/60mmHg）。肥胖体型，神志清楚，呼吸平稳，自动体位，颈静脉无怒张。心界不大，心率84次/min，心律齐，第一心音减弱，心尖部Ⅰ/Ⅵ级收缩早、中期杂音，$A_2>P_2$。双肺及肝、脾无异常体征，双侧股动脉和足背动脉搏动正常。

实验室检查

CPK125IU/L，GOT69u，LDH745u〔我院正常值：CPK（男）62.3±28.2IU/L；GOT<40u；$LDH_{225\sim540u}$〕。胸片正常。ECG：窦性心律；$V_1\rightarrow_3$导联呈rS型，其ST段呈弓背型抬高0.2～0.5mV，发病后10天ST段降至等电位线，同时T波倒置并进行性加深。

2 讨论

根据胸痛发作时的特点、心电图的特征（尤其演变过程）和心肌酶谱的增高，AMI(前间壁无Q波型)诊断成立。

该患第2次胸痛发作的同时向躯干、双上肢和膝关节以上的双股部前、后侧放射，而双侧股动脉和足背动脉搏动正常，因此符合最近国外报告的心源性疼痛向股部放射的标准（Kolettis MT, et al. Br Heart J 1986; 55:211）。因为心脏感觉神经加入第7、8颈部和胸部头4或5交感神经节，所以，缺血性胸痛（心绞痛或AMI）通常放射到胸部、躯干上部，尤其是上肢和前臂、颈、颌和肩胛内侧。放射到股前部可能与腰交感神经节中含有心脏感觉神经有关，但本文的病例尚放射到股后侧其机理有待研究. 因为股后部由骶交感神经支配，然而心脏感觉神经纤维不分布于骶交感神经节。

（收稿：1988.09.07；修回：1989.11.21.）

多源性原发恶性肿瘤6例报告

马惟力（西南医院 耳鼻喉科）

李慧增（西南医院 口腔科）

在同一个体上，同时或先后发生2个以上的原发性恶性肿瘤，称多原发癌瘤。按照Warren等的诊断标准[1]，将我科所遇的6个病例报告如下。

例1、男，56岁，住院号27511。因呼吸困难于1979年11月入院。患者于1964年因甲状腺腺样癌伴颈淋巴结转移行肿瘤切除及颈淋巴清扫术。术后行放射治疗。1979年开始出现呼吸困难，逐渐加重。经气管切开术，呼吸困难解除。术后检查喉部，发现左侧声带固定，但声带及披裂均光滑。于气管切开术后半月，患者突然大咳血而死亡。尸检：见气管瘘口左侧气管壁有一$2\times4\ cm^2$大小的坏死囊腔，与颈动脉接触之左侧气管壁已破坏，致动脉壁破裂。声门下狭窄，粘膜呈节结状，采该处组织作病检，为声门下区鳞状上皮细胞癌。

例2、男，63岁，院住号36164。患者于1976年因左侧硬腭溃疡，经活检，病理诊断为鳞状上皮细胞癌而行左上颌骨半切除术。术后行化学治疗。1980年因咳嗽吐泡沫痰，经胸部X光照片，发现右肺下叶有一$4\times4\ cm^2$大小阴影。行3次痰内找癌细胞，结果为腺细胞癌。患者拒绝治疗而出院。

例3、男，54岁，住院号80173。因左鼻进行性阻塞3个月，于1981年12月入院。查体：左鼻腔内充满表面粗糙之新生物，右侧颈淋巴结肿大。副鼻窦照片，见左侧筛窦混浊。鼻腔新生物活检，病理诊断鳞状上皮细胞癌。行左侧筛窦及鼻腔肿瘤切除及右侧颈淋巴清扫术。颈淋巴病检，诊断为何杰金氏病。术后行化疗。

例4、男，72岁，住院号40450。1982年9月因右下腹包块入外科。患者于1966年因左颊部包块行切除术，包块病检，诊断为右颊部恶性淋巴瘤，术后行放射治疗。1981年开始左下腹痛，大便带血，1982年发现左下腹包块而入院。查体：左下腹可触及一$5\times3\ cm^2$大小包块，质硬。行包块切除术，病理诊断为乙状结肠腺癌。术后行化学治疗。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net