DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.034

讨 论

优降糖所致严重低血糖国外有不少文献报道，国内报道较少。解放军总院1987年曾报道5例，均系老年病程较久之糖尿病人，服优降糖量为5 mg～15mg/日后引起，经治疗后4例痊愈，1例血糖恢复正常，但意识未恢复。优降糖引起非糖尿病人严重低血糖均由于误诊所致，国内尚未见正式报告；由消渴丸引致者更未见诸文献记载。

本例为一老年，正值酷暑，每日持续工作时间长，出现头昏、乏力、口渴等症状，可能为轻度中暑及脱水表现；且血糖正常，糖尿病诊断不能成立。但门诊医生以尿糖（+）而误诊为糖尿病，对血糖不高又迷惑不解，乃以中药“消渴丸”治之，认为该药无降糖之虑，又可有“消渴”之效。但消渴丸并非单纯中药，其中主药为优降糖，故本例实际服优降糖为7.5mg/日。一血糖正常的非糖尿病人，服如此剂量之优降糖，必然导致严重低血糖。更为遗憾的是发生低血糖后，未及时停药，致低血糖程度愈趋严重最后进入昏迷。低血糖持续时间过久，钠、钾离子进入脑细胞，引起脑细胞水肿、颅内压升高；晚期更由于神经细胞坏死，脑组织软化，病变不能逆转，虽经抢救，血糖维持正常而神经系统病变已不能逆转。本例深昏迷、阵发痉挛，实际为一去大脑强直，后果严重。故临床医生在使用任何一种新药时，均需了解该药所含主要成分、主要作用及副反应，切忌盲目用药。

造成本例误治原因，还在于消渴丸由中药厂生产、冠以中药之名，且由中药房出售，易误为该药纯系中药，在基层单位更易扩大使用范围而造成不良后果。建议对该种含有强效西药之“中成药”，应有醒目说明，在出售药物时强调可能产生之严重反应，以减少甚至杜绝类似病例的发生。

（收稿：1990.03.09；修回：1990.07.17）

急性白血病并脊髓损害1例报道

梁志坚 郑彩梅（西南医院 神经科）

病例，女，21岁。于1988年8月24日入院。

患者于8月17日晚无明显诱因感上腹不适、呕吐，并出现双下肢麻木、疼痛、无力，不能抬离床面，18日中午症状即完全消失。19日月经来潮，又觉腰腹胀痛，双下肢麻木无力，20日症状加重，经一般处理再度缓解。21日晨症状复现，22日大小便潴留。既往史无特殊。

检查：生命征正常，全身皮肤无瘀斑瘀点，浅表淋巴结不肿大，齿龈无出血，心肺正常。双下肢肌力Ⅰ级，T_{10}以下深浅感觉消失，双侧锥体束征（+），颈抵抗3指，克匿格氏征（±），大小便潴留，以“脊髓病变”收入本科。

25日奎肯氏试验提示椎管阻塞，脑脊液蛋白质3.08g/L，血常规正常，血沉75mm/h，CT示胸8左侧高密度影。经过甘露醇、氢考等治疗，病人大小便、感觉及运动功能相继恢复，颈抵抗消失。10月16日再次出现腰腹痛，呈束带感，遂以“脊髓占位”转入脑外科。

10月27日脊髓造影提示胸$_{12}$梗阻，29日发热，查血常规幼稚细胞占54%，骨髓穿刺涂片，幼淋及原淋占90%，确诊为急性淋巴型白血病（L_1），11月10日转入血液科。经3个疗程PVD治疗，氨甲喋呤、地塞米松鞘内注射，并给予胸腺包埋术、输血、抗感染等治疗，于1989年3月7日以完全缓解出院。

其它检查：（1）11次腰穿、3次奎肯氏试验发现椎管时阻时通，脑脊液蛋白质仅在梗阻时显著增高，白细胞数不高，未见幼稚细胞。（2）3次CT复查发现病灶边界逐渐模糊，范围缩小至消失。（3）诱发电位（9月10日）：ABR正常，左侧VEP延长，左侧SEP各波消失。（4）脑脊液：11月16日β_2-微球蛋白0.61mg/L，11月14日铁蛋白0.41μg/L，11月23日溶菌酶20.26mg/L。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

讨 论

白血病脊髓损害多在胸段，起病急，进展快，常见于青年男性。本病例具有如下特征：（1）急淋的神经损害多见于后期，本病例却为首发症状[1]。（2）有两次一过性截瘫[2]，并有一过性脑膜刺激征，临床少见。（3）腰穿发现椎管时阻时通，脑脊液蛋白含量在阻塞时明显增高，而常规及压力正常[3]，溶菌酶增高、β_2-微球蛋白及铁蛋白不高。（4）CT证实经治疗病灶可变小直至消除。（5）CT发现病灶在胸$_8$，而造影发现梗阻部位在胸$_{12}$，有可能提示存在多处病灶或脊髓下段受累水肿。（6）左侧SEP各波消失，与CT发现左侧病灶相符，而VEP异常说明病变不局限于脊髓。可见诱发电位在诊断上有一定意义。（7）激素治疗症状亦可缓解，且以植物神经功能先恢复，与症状出现顺序相反。抗白血病治疗可达到完全缓解。

我们认为，在脊髓病变定性困难的病例，应考虑到白血病的可能，并注意有无神经系统的其他表现。确诊有赖于反复检查血及脊髓象。

参 考 文 献

1. 陈萱萱，等。以神经系统损害为首发症状的急性白血病5例报告。中华血液学杂志 1987；8:498
2. 张锦铃。急性白血病并发截瘫。新医学（神经精神疾病副刊）1972；2:106
3. 常义。白血病并发脊髓压迫症3例报告。神经精神疾病杂志 1980；6:113

（收稿：1989.11.16；修回：1990.07.04）

食管粘膜下海绵状血管瘤1例报告

向明章 钟伯龙 路作新 齐悦国（新桥医院 胸外科）

谢 青（新桥医院 病理科）

我院收治1例食管粘膜下海绵状血管瘤，现报告如下。

1 病 例 摘 要

男性，28岁，因上腹间歇性隐痛、反复呕血、解黑便3个月，于1988年5月26日入院。

始于1988年2月剑突下隐痛不适，呕鲜血3口，解黑便，当地医院考虑“上消化道出血”而转入我院。入院检查：面色苍白，贫血貌，大便隐血试验强阳性。食管吞钡摄片见：食管下段部分狭窄，长约8 cm，管壁充盈缺损，未见粘膜破坏，上段食管扩张；考虑食管下段癌或癌肉瘤。胃镜见：距门齿30cm始可见食管小弯侧前有一条状物突入腔内，并有片状糜烂和出血点，粘膜质脆、易出血，食管腔狭窄；诊断：食管中下段癌。于1988年7月1日施行开胸探查，行食管部分切除、食管胃吻合术。巨检：食管标本粘膜面有一卵圆形肿物突入腔内，大小约7.2cm×3.6cm×2.5cm，切面呈海绵状，质软，有血性分泌物溢出；镜检：瘤组织表面被以食管粘膜上皮，上皮以下为疏松纤维组织，其间见大量扩张的腔隙状结构及一些薄壁小血管，内表面衬以单层扁平上皮，管腔内充满红细胞，纤维间质内散在小淋巴细胞及含铁血黄素沉积。病理诊断：食管粘膜下海绵状血管瘤。术后随访1年8个月，效果良好。

2 讨 论

食管血管瘤在临床上发病率极低，Plachta总结432例食管良性肿瘤时，食管血管瘤只有9例(2.1%)[1]。食管粘膜下海绵状血管瘤更属罕见，国内未见报道。

海绵状血管瘤临床症状很不典型，瘤体小者多无症状，有的可有咽喉部异物感；肿瘤较大时，可有吞咽困难，但很少影响正常饮食，病程一般较长；食物积滞引起食管炎时，可有上腹痛或胸骨后灼痛；病变累及粘膜层时，可有出血，如呕血、便血，有的相当严重[2][3]。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net