DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.037

均符合颅眶沟通性肿瘤改变，与颅眶沟通性脑膜瘤类似。CT扫描有助于正确诊断。视神经鞘膜瘤起源于视神经膜细胞对视神经是一种机械压迫，故视力障碍出现较晚。但后者除视神经孔扩大外，常伴有局部骨质增生或破坏。本例患儿眼球突出2年后才出现视力下降。而视神经胶质瘤视力障碍则出现早。蔡氏报告2例颅眶沟通型视神经胶质瘤早期表现视力下降[2]。手术全切除是根治视神经鞘膜瘤的最好办法。先切除颅内段肿瘤。术中应尽量保护视交叉以免健侧视力受损。再在硬膜外凿开眶顶及视神经管直视下切除神经管及眶内肿瘤。尽量减少眶内组织损伤，视力完全丧失者，可切除视神经。本例全切除术后随访4年情况良好。

参 考 文 献

1. 王忠诚。神经外科学。第1版，1979；433
2. 蔡用武。颅眶沟通型视神经胶质瘤二例报告。中华神经外科杂志：1986；3:170

（收稿：1989.11.16；修回：1990.03.08）

变应性亚败血症（附8例报告）

刘 平 沈寒放 汪 瑜（西南医院 呼吸科）

变应性亚败血症（Subsepsis allergica）是病因不明、以长期反复发作的弛张热、一过性皮疹、短暂的关节肿痛及白细胞升高、血沉快、血培养阴性等为特征的一种综合征。我院从1978年～1988年诊治本症8例，现将临床资料及部分随访结果报道如下。

1 病 例 资 料

1.1 临床表现

本文8例均为住院病人，8岁以下5例，18岁～51岁3例，男5例，女3例。

1.1.1 发热：是最常见的症状，本组除1例低度～中度热外，均为弛张高热，一天中最高达40℃以上，部分患者数小时后可降至正常。2例发热前有寒战，热退时出大汗，酷似疟疾，但发热时查血未见疟原虫。高热时神志清楚，一般状态较好，热退后活动如常。

1.1.2 皮疹：8例均有皮疹，以躯干四肢为主，可累及全身，疹形不定，有点状红色丘疹、斑丘疹、麻疹样荨麻疹、多形性充血性红斑，可持续数天，部分患者热退疹退。

1.1.3 关节症状：本组除1例6月*婴儿不能诉说外，其余患者均有关节症状，以肩肘膝踝等大关节为主，4例表现为红肿痛，3例为酸痛，局部皮肤无明显发热，热退后关节肿痛消失，无功能障碍。

1.1.4 其他：肌肉酸痛2例，浅表淋巴结肿大6例，肺部有细湿罗音2例，肝脾肿大2例，1例在治疗过程中出现双侧胸腔少量积液。

1.2 实验室检查

血常规白细胞*≤20×10^9/L 3例，>20×10^9/L 5例，最高达34×10^9/L，中性粒细胞占60%～90%，急性期血沉均增快，最高达134mm/h，蛋白电泳以γ及α_2球蛋白增加为主，抗链"O"正常，RF、ANA、LEC均（-），血培养及骨髓培养（-），骨髓象4例正常，3例感染性骨髓象，1例反应性网织细胞增生。

2 讨 论

2.1 年龄

本症分为儿童型及成人型，国外资料主要为儿童型[1]，国内闵氏[2]报告60例，儿童型占35%，本文儿童型占62.5%。

*入院第一次外周血

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

2.2 病因

本症病因未明，多数学者认为与感染、变态反应及类风湿性关节炎有关[3]，本组8例中，1例2年前有风湿热史，1例以颈淋巴结肿大起病，经抗生素治疗淋巴结缩小，后出现反复高热、皮疹、关节痛，2例有慢性胆囊炎及上颌窦炎，实验室检查为白细胞增加，血沉快、γ及α_2球蛋白增加，似与感染引起的变态反应有关。

2.3 诊断

本症无特异性诊断方法，主要根据临床表现及在排除其他疾病的基础上诊断。多数学者认为以下几点有利于本症的诊断：①长期不规则发热、弛张热或稽留热，高热持续数小时可自行缓解而一般状态较好；②反复出现的一过性多形性皮疹及关节肿痛；③周围血白细胞及中性粒细胞明显增高、血沉快、反复血及骨髓培养（-）；④抗生素治疗无效而皮质激素和其他免疫抑制剂能缓解症状；⑤排除其他引起发热的疾病。本组患者基本上符合上述标准，因入院时高热、皮疹、关节肿痛。白细胞及中性粒细胞显著增高、血沉快，多初诊为败血症或风湿热，但多次血及骨髓培养（-），多种抗生素治疗无效，结合临床诊断为变亚败给予糖皮质激素治疗，症状迅速缓解。据有关资料[4]，本症血培养（-）对诊断甚为重要，应强调在高热时反复作血培养。

2.4 治疗

本症早期诊断不明，应用抗生素是必要的，在抗生素治疗无效而符合本症诊断时，多主张用糖皮质激素强的松30mg～60mg/日，病情控制后渐减到开始剂量1/4～1/6为维持量，此时加消炎痛1.5mg～2.5mg/kg·日$^{-1}$或氯喹4 mg～5 mg/kg·日$^{-1}$替代激素，连用8月～6月。亦有报道用环磷酰胺、硫唑嘌呤治疗有效[3]。本组1例患者应用强的松30mg/日，体温、血象、血沉等完全恢复正常，减到5mg/日维持量时，症状复发，但加大激素剂量后，又得以控制，可能与减量太快有关。

本症一般预后较好，但亦有可能发展为类风湿性关节炎。本组3例患者第1次发病后观察2年～11年，未出现关节改变，是否向类风湿关节炎发展，有待进一步观察。

参 考 文 献

1. Bardare M, et al. Cohtribution clinique a letude et a la definition de la forme infantide aigue de la maladie rheumtoide. Pediatrics 1969; 24:787
2. 闵 贤，等。成人Still病诊断和治疗验验。中华内科杂志 1987；26:77
3. 上海第二医学院附属新华医院儿内科。中华医学杂志 1974；8:493
4. 王昌泰，等。变应性败血症（两例综合报告）。中华儿科杂志，1964；13:58

（收稿：1989.11.22；修回：1990.07.08）

回肠膀胱内移行上皮细胞癌（附1例报告）

靳凤烁 宁天枢 方玉华 杨唐俊 姚志明 宋勤英 （大坪医院 泌尿科）

回肠膀胱内移行上皮细胞癌少见。据所掌握资料，国外报告8例，国内尚无报道。现报告1例并结合文献就有关问题作简要讨论。

1 病 例 报 告

患者男性，59岁，因肉眼血尿5个月于1980年8月以膀胱肿瘤在我科行单纯全膀胱切除，回肠膀胱术。术后病理诊断：多发性膀胱乳头状移行细胞癌Ⅰ—Ⅱ级，侵及前列腺。1987年6月再次出现血尿。同年12月入院检查，大剂量IVP左肾不显影；左肾盂穿刺造影示左肾、输尿管积水、输尿管入回肠膀胱处梗

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