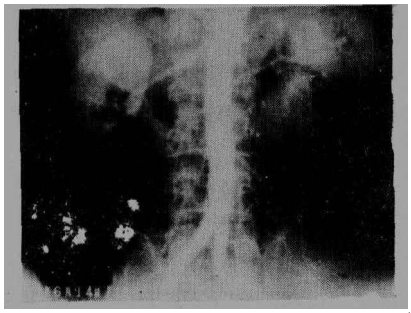
DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.05.025

造影见左肾动脉全段狭窄，左肾影小，上极可疑血管染色，右肾未见异常（附图）。考虑左肾肿瘤以



附图 腹主动脉造影示左肾动脉全段狭窄、肾萎缩，左肾上极可疑血管染色。

良性可能性大。手术探查见左肾动脉纤细、僵硬，左肾8×4.5×3 cm^3大小，肾包膜完整，上盏处有一3.5×2.5×2.5cm^3菜花样新生物，上段输尿管内有10余个0.2～0.8cm大小不等的乳头状突起。行左肾、输尿管全切除，耻骨上膀胱造瘘术。顺利恢复出院。病理诊断：左肾动脉狭窄（肾动脉管腔变细，管壁各层增厚，未见脂质浸润及大动脉炎性改变）；慢性间质性肾炎；肾盂乳头状移行细胞癌Ⅰ级；输尿管多发性乳头状瘤及移行细胞癌Ⅰ级。

该患者肾动脉狭窄而无高血压，原因不详。根据病理所见及临床检验结果分析，认为肾动脉狭窄可能系先天性，肾脏在低血供状态下发育而无缺血表现，故血压不高。肾动脉狭窄、肾萎缩和肾肿瘤之间没有必然联系，但二者同时存在则极易误诊。本例病史已有4年，外院以不明原因血尿而对症治疗、随访。术前我们也认为以良性肿瘤可能性大，险些放弃手术。因此，遇此病人需认真分析，排除不同病象的相互干扰，力求及时确诊。

（收稿：1989.1.17；修回：1989.6.28）

原发性中脑出血1例报告

周 新（西南医院 神经内科）

原发性中脑出血罕见，我们报道1例于后。

女74岁，突然头昏、睁眼困难3天，于1987年12月9日入院。3天前清晨突然头昏，睁眼困难，自语，片刻后思睡，即测BP28.0/14.7kPa（210/110mmHg），[illegible]日中午入院。高血压史12年。体检：BP 18.7/13.3kPa（140/100mmHg）。嗜睡，双上睑下垂，双眼上视麻痹，右眼内收不能、下视受限，无眼震。双瞳近2 mm，光反射、辐辏及调节反射消失。右掌颏反射（+），颈强，余神经系统无异常。血糖、血脂、纤维蛋白原、血沉等正常。CSF压力1.76kPa（180mmH_2O），淡黄，红细胞1790个/mm^3、蛋白32mg%、糖71mg%、氯化物706mg%。EEG轻—中度异常。CT示中脑偏右小片状不规则高密度影，CT值54Hu，右环池狭小。入院次日晚出现幻视伴坐卧不安，3日后消失。按脑出血治疗原则处理，入院第3周仅遗留右眼内收不能，右上睑轻下垂出院。

讨 论

Christoff（1974）指出上视麻痹是中脑中央被盖损害的可靠指标[1]。本例之上视麻痹和睑下垂系位于中脑导水管周围中央灰质腹侧的动眼神经外侧核（主核）受损。集合机能瘫痪伴瞳孔缩小系位于中脑上丘水平被盖部之正中核（Perlia氏核）、缩瞳核（E-W氏核）及交感神经同时受损。Mauthner等认为在中脑导水管周围、动眼神经核前方有睡眠中枢，若受损则可出现意识障碍[2]。本例嗜睡系中脑部分网状激活系统及中脑导水管周围灰质同时受损所致。Lhermitte（1922）描述大脑脚被盖部病变出现理解性幻觉[2]。本例出现的幻视、坐卧不安等精神症状与大脑脚被盖部受损有关，支持Lhermitte之观点。Scoville和Poppen根据昏迷、上视麻痹和偏瘫作出原发性中脑出血的临床诊断[3]。本例仅有嗜睡与眼征，后经CT证实。我们体

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

会对于孤立性、出血量小的原发性中脑出血，临床可表现局限性眼征，无明显意识障碍和长束征。故据典型上视麻痹和集合机能瘫痪，结合急性脑血管病发病特点，临床可考虑中脑出血，作CT可明确诊断。原发性中脑出血最常见原因为血管畸形和高血压性动脉硬化，出血常由微动脉瘤和纤维样坏死小动脉破裂引起[4]。本例有高血压和动脉硬化，推测系上述2种原因所致。

参考文献

1. Christoff NA. Clinicopathologic study of vertical eye movements. Arch Neurol 1974; 31: 1～8
2. 刘贻德。高级神经活动症状与诊断。安徽科学技术出版社，1985:385
3. Scovile WB, Poppen JL. Interapeduncular hemorrhage of the brain. Arch Neurol and Psyckiatry 1949; 61:688
4. Durward J, et al. Presentation and management of mesencephalic hemotoma. J Neurosurg 1982; 56:123

(收稿：1989.2.21；修回：1989.6.28)

大鼠脊髓损伤后髓内P物质的变化

张屹 刘英炳 杨诗球 刘连生（野战外科研究所）

近几年来，发现P物质(Substance P,SP)在中枢神经系统损伤中起着一定的作用[1][2][3]，但对SP在其中的变化规律及作用机制仍不清楚，国内外有关这方面的研究也较少。为了进一步了解脊髓损伤后髓内SP的变化规律，我们测定了脊髓损伤后5天、10天髓内SP的变化，现报告如下。

材料与方法

Wistar系雄性大鼠24只，体重170～250g，随机分为正常对照组、伤后5天组、伤后10天组。戊巴比妥钠45mg/kg腹腔麻醉。手术暴露T10～T11部位脊髓。脊髓致伤采用改良Allen氏法，10g法码从10cm高处自由落下通过一橡皮垫冲击脊髓，打击量记为100gcm，造成完全性瘫痪。术后每日观察动物的双后肢运动功能。

神经功能判断法

0级：全瘫。1级：可自主抽动，但不能走动。2级：跛行。3级：运动功能正常。

SP测定法

采用放免法[4]。SP药盒由中国医学科学院提供。动物麻醉条件下快速取出T2～3、T10～11、L1～2段脊髓，立即称重，置于0.5mol冰乙酸中，煮沸、匀浆，10000rpm离心，上清即日冷冻干燥，存于－20℃冰箱备测。测定前用适量50mmol PBS洗出干燥物，旋摇，行放免测定。

统计处理

采用t检验和相关分析。

结果

一、大鼠脊髓100gcm致伤造成双后肢完全性瘫痪，伤后4～5天双后肢运动功能1级，伤后10天2～3级。

二、正常大鼠上、下胸段脊髓组织中的SP含量近似，腰膨大部（L1～2段）SP含量明显高于胸段（$P<0.05$）（附表）。

三、与正常对照组相应节段比较，伤后5天三段脊髓组织中的SP含量均有下降，以腰段下降较显著（$P<0.05$）。伤后10天三段脊髓组织中的SP含量下降均较显著（$P<0.05$），仍以腰段降低最为明显。伤后两组进行比较，伤后10天组三段脊髓组织中的SP含量下降都较伤后5天组明显，但统计学上相差不显著（$P>0.05$）（附表）。

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