DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.05.024

常显著，提示细胞免疫功能增强似与体锌增加有关。发锌正常值尚乏统一标准[8]，上海洪氏报道1～6岁为187±52μg/g[9]，北京王氏认为发锌<110.7μg/g小儿即应按低锌儿给予治疗[10]。本组呼吸道反复感染的小儿，应用花粉前发锌平均107.62±61.12μg/g。众所周知，机体低锌时免疫功能、尤其是T细胞功能受损，金属酶合成减少，免疫力下降，易遭受感染。本组用花粉后发锌增加分别与LT增加和感染减少显著相关（r 0.314、-0.310，均P<0.05）。低锌小儿补充无机锌，发锌不升反而下降的报道并不鲜见[9][10]我们曾用钴^{60}照射花粉（氨基酸及微量元素均无丢损）给成人应用，普遍反映效果不及低温消毒加工成品。因此，花粉的功效似乎不能单用补锌解释，可能与花粉中多种成分，包括能被钴^{60}灭活的生理活性物质的综合作用有关。

油菜花粉应用过程中，仅1例出现一过性少量红色皮疹，继续用药4天后自行消退，其余所有病例均未发现任何副作用。3例支气管哮喘小儿因服花粉后哮喘发作明显减少，且症状减轻家长坚持要求继续给患儿服用，经1年观察亦未发现任何副作用，说明油菜花粉服用安全、效果确实，可以作为小儿呼吸道反复感染的一种辅助治疗措施。

（学校中心实验室王一健同志作头发锌铜分析，肺功能室王金平同志协助部份统计，特致谢。）

参考文献

1. 崔凤文，等。油菜花粉对鼠促生长发育和造血系统的影响。第三军医大学学报1988；10（2）：107
2. 钱伯初，等。蜂花粉免疫作用的初步观察。浙江药学 1985；2（1）：2
3. 许衡均，等。花粉对造血功能的影响。浙江药学 1985；2（2）：4
4. 李存德，等。党参花粉对正常小鼠免疫功能、血像及血浆蛋白电泳的观察。中国养蜂 1987；（4）：16
5. 藏玉珍，等。蜂花粉对中年人血红蛋白及高密度脂蛋白胆固醇的影响。中国养蜂 1988；（2）：25
6. 王维义。食用蜜蜂花粉。第一版，哈尔滨：黑龙江科学技术出版社，1986：44
7. 向传忠。蜂花粉食用剂量问题的讨论。中国养蜂 1987；（6）：24
8. 戴耀华，等。全国儿童保健学术会议纪要。中华儿科杂志 1988；26（4）：233
9. 洪照毅，等。发锌能否正确反应体内锌营养状况。中华儿科杂志 1988；26(4)：197
10. 王铁秀。血清锌发锌对低锌患儿的诊疗意义。中华儿科杂志 1988；26（2）：84

（收稿：1988.10.21；修回：1989.6.27）

个案与短篇

肾动脉狭窄并肾盂癌和多发性输尿管移行上皮肿瘤1例

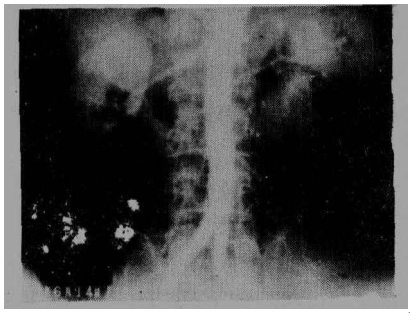
靳凤烁 方玉华 江 军（大坪医院 泌尿外科）

肾动脉狭窄、肾萎缩并肾盂癌和多发性输尿管肿瘤罕见，易于误诊，现报告1例。

患者男性，66岁，因反复无痛性全程肉眼血尿4年入院。查体一般情况好，四肢血压16～17.3/8～10.6kPa（120～130／60～80mmHg），双肾未触及，腹部未闻及血管杂音。尿脱落细胞学检查3次阴性。测定血浆血管紧张素Ⅰ、Ⅱ分别为0.65ng／ml和80pg／ml（正常值分别为0.35±0.20ng ml、80±30pg/ml）。膀胱镜检见左输尿管口喷血，余未见异常。B超示左肾萎缩，内部结构紊乱，上极见-1.7×1.5cm相对致密回声区。IVP见双肾显影良好，左肾上盏有一弧形压迹。腹主动脉

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

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