DOI:10.16016/j.1000-5404.1981.01.020

表4　13例胃十二指肠溃疡病人测量结果

序号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
胃大弯	-4.0	-4.0	-6.0	-6.0	-1.0	-5.0	-3.0	-3.0	-3.0	-2.0	-3.0	+4.0	+1.0
胃小弯	-2.0	0	+2.0	+3.0	+1.0	+5.0	+4.0	+5.0	+5.0	+4.0	+6.0	0	+4.0
代数和	-6.0	-4.0	-4.0	-3.0	-3.0	0	+1.0	+2.0	+2.0	+2.0	+3.0	+4.0	+5.0
绝对值	(6)	(4)	(4)	(3)	(3)	(0)	(1)	(2)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)

从表4可见溃疡病患者的胃小弯基本上在〇线以上，仅第1号病例临界值等于6，显示胃下垂，但该例合并有严重幽门梗阻性胃潴留。可见溃疡病患者因日久慢性病灶刺激及与周围组织不同程度粘连，使其处于脏结紧张状态，故胃低垂现象并不多见。

据此，在门诊条件下我们以临界值6作为诊断此病的依据，并粗略作为有无器质性病变的鉴别，知此对针治选穴、补泻有密切关系，否则会造成不必要的痛苦。

五、小结

1．本文总结了针刺治疗胃下垂与低张力胃50例，胃下垂13例，有效率为69.2%；低张力胃37例，有效率97.3%，近期疗效是满意的。

2．探讨了门诊条件下以胃大弯、胃小弯测量代数和的绝对值6作为判断临界值。

3．讨论了脾胃虚弱之“中气不足”应归属于低张力胃，而“中气下陷”应归属于胃下垂。低张胃是向胃下垂的过渡阶段，且多于胃下垂，本组低张胃与胃下垂之比为3:1。

主要参考文献

(1) 全国针麻学习班选编组：针刺麻醉资料综述（一）
79—80页，　人民卫生出版社　北京　1973.
(2) 中医研究院针灸所：针灸针麻学术讨论会论文摘要(一)
45—46页，　针治胃下垂66例的疗效分析及其机制的初步探讨
北京　1979.
(3) 上海中医学院：针灸学　456页　人民卫生出版社　北京　1974.

（本文治疗承放射科与超声波室协助观察，特此致谢！）

钩端螺旋体病脑炎

（附一例报告）

第二附属医院传染科　顾长海　刘思英执笔

钩端螺旋体病（下称钩体病）急性期可累及整个神经系统，引起脑膜炎、脑膜脑炎、脑

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

炎、脊髓炎和周围神经炎[1]。本文报告1例少见的、经血清学证实的致死性钩体病脑炎，鉴于重庆地区尚未见报告，特简要介绍于下。

病例摘要

彭××，男性，35岁，四川巴县籍，工人，住院号10713。主诉发热4天，昏迷1天于1980年10月12日急诊入院。患者于10月8日开始感乏力肢软，9日突然恶寒、高热、头痛、周身酸痛，尤以小腿肌疼为著，伴有咳嗽，痰中带鲜红色血丝。10日上午在当地医院拍胸片疑为“血行播散型肺结核”，下午复查呈弥漫性点片状阴影，诊断钩体病，给予青霉素等治疗。11日凌晨神志不清，尿潴留，12日转我院急诊，再拍胸片符合“钩体病肺出血”而入院。既往患过“胸膜炎”，未接种过钩体病疫苗。经常在农田劳动。入院时体温38.5℃，脉搏110，呼吸36，血压130/80。呈昏迷状态，皮肤粘膜未见出血点及黄染，右腹股沟可触及蚕豆大淋巴结。球结合膜充血，瞳孔等圆，光反射迟钝。颈软。双肺底有少量湿罗音，心脏无异常发现，肝肋下1+cm，脾未触及。腹壁反射和提睾反射消失，上肢时有不规则抽动；腱反射迟钝，布氏征和克氏征阴性，未引出病理反射。血相：白细胞总数13800，中性84%；尿常规：蛋白少许，红细胞3-5；脑脊液：压力60滴/分，潘氏反应(−)，蛋白10mg%，糖50mg%，氯化物713.7mg%，白细胞数0/mm³。眼底镜检查：视乳头周围有多发性点片状出血。住院中每日给予青霉素800万μ，庆大霉素12万μ，地塞米松20mg，以及脱水剂、能量合剂、止血剂和醒脑静等治疗，病情无改善，昏迷日深，右瞳孔中度扩大，光反射消失，体温持续于39℃以上，加用冰枕和肌注小剂量氯丙嗪后迅速降至38℃以下。16日血压升至160/130，呼吸节律不整，遂呼吸停止，继心跳停止，经抢救无效而死于脑疝。

血清凝溶试验：10月13日：沃尔登型1:1600+，犬型1:400+，秋季热型1:400+，巴达维亚型1:100+；10月15日：沃尔登型1:1600㊣，犬型1:800+，秋季热型1:800+，巴多维亚型1:200+。

胸片：10月10日上午：双肺弥漫性粟粒状阴影；10月10下午：双肺点片状弥散分布的阴影；10月12日：双肺广泛性片状阴影，较上次明显加重；10月15日：双肺阴影明显吸收好转。

讨　论

患者有密切的疫水接触史，于秋季发病，有显著乏力、恶寒、高热、头疼和全身酸疼，尤以小腿肌疼为著，外周血白细胞总数及中性增高，皆符合钩体病败血症期特点。病程中相继拍摄4次胸片显示，双肺阴影十分广泛而多变，加之咳嗽和咯血，谅以急性弥漫性肺出血来解释最为合理。本病出血性肺炎的X线表现常随症状波动而迅速变化，是诊断钩体病的重要佐证之一[2]。此例发病1周前后两次血清凝溶试验强阳性，效价并有递增，故钩体病的诊断确定无疑。

本例突出的特点是于急性期较早陷入昏迷，肢体有不规则抽动，反射减弱和尿潴留，脑膜刺激征始终阴性，这表明不是脑膜炎，而是严重的脑实质损害，究其原因，除钩体感染外并无其它病因可寻。文献报导，钩体病急性期脑实质损害的主要因素是感染和中毒[1]。在其

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

败血症早期，钩体凭其独特而活跃的螺旋运动及所含的透明质酸酶活力④，可穿透血脑屏障，直接损害中枢神经系统，这种损害可表现为真性脑炎①，其炎症浸润以脑血管周围为主。其次，钩体凭其产生的溶血素、溶脂物质和内毒素样物质等毒性因子④，可引起脑实质中毒性损害，造成血管壁内皮细胞破坏、渗透性增强和灶性出血，部分病例血管壁增厚，管腔内还有血栓形成，以致脑内血液循环障碍①。此例眼底视乳头周围有多发性出血，间接提示脑实质内部可能有弥散性小量出血，而脑脊液正常似乎不能否定这种可能性。

钩体病急性期神经系统表现以脑膜炎型最常见，国内文献记载约占本病各临床型发病率的2.79⑤—51.5⑥%，其次是脑膜脑炎型。与此相比，脑炎型发病率颇低，如新近肖杰生①的一篇综述中在国内部分文献仅收集到6例，再如我科收治的142例钩体病，其中神经系统体征表现为单纯脑实质损害并经血清学证实者仅此1例。当然不能排除因认识不足和诊断标准不严对本型实际发病率的影响。

钩体病急性期脑脊液有异常变化者相当普遍①⑦⑨⑩，国外报导为80%—90%①，国内报导为66.7—81.7%⑧，其特点是压力升高，细胞数轻中度增多，早期以多核为主，后期以淋巴为主，糖及氯化物正常，蛋白升高比细胞数改变出现早、发生率高、恢复迟⑧⑩，属浆液性炎症反应，个别病例呈血性脑脊液。然而，相当一部分有脑脊液改变者，临床并无阳性神经体征，例如李继乾等⑧报告74例，脑脊液异常者60例，同时有脑膜刺激征者仅24例，本例虽有极其显著的脑功能障碍体征，而脑脊液却无变化，此乃最特殊之点。分析其原因，可能系脑实质病变深在，或中枢神经渗出性反应极其低下，这提示脑脊液变化与脑炎严重性无平行关系⑪。

钩体病脑炎应与钩体病后发性脑动脉炎相鉴别，后者大多发生于急性期之后，病理特点是最常累及颅底动脉各主要分枝，尤其是大脑中动脉的闭塞性动脉炎，临床表现以中枢性瘫痪和失语最常见，其次是精神障碍、癫痫发作及颅神经损害，而病初即陷于昏迷者少。国外倾向于免疫反应所致，国内认为是因钩体病急性期脑脊液中特异性抗体效价很低，感染初期侵入中枢神经的钩体能继续生存，使颅内血管病变不断进展之果①⑬。

钩体病对青霉素和皮质激素治疗比较敏感，足量用药后容易退热。此例虽用大剂量静滴，但对其持续性高热却毫无影响，当加用冰枕和小剂量氯丙嗪后体温迅速下降，提示很可能是脑损害所致的脑性高热。钩体病脑炎型予后远比脑膜炎型恶劣，患者一旦进展到不可逆性脑实质损害，特别是脑疝形成，虽经积极抢救也颇难成功，故必须强调早期发现，早期诊断和早期治疗。

参 考 文 献

（1）肖杰生：钩体病的神经系统表现，新医学11(6):322，1980

（2）莫培生等：钩体病的临床病理研究，中华医学会内科学会《钩体病学术资料汇编》，第239页，1964

（3）曹钟梁等：无黄疸型钩体病肺大出血的临床特征和发病机制的研究，同(2)，第250页

（4）王季午主编《传染病学》，1979年第二版，第376页

（5）周庆均等：钩体病的临床类型，同(2)，第243页

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

（6）林守铨等：钩体病的临床分型问题，同（2），第266页

（7）刘约翰等：钩体病若干临床问题的探讨，同（2），第246页

（8）李继乾等：74例钩体病脑脊液检查的初步分析，同（2），第374页

（9）Heath CW et al: Leptospirosis in the U. S, Analysis of 483 cases in man, N Engl J Med 273:915. 1965

（10）Turner LH: Leptospirosis, Br Med J 1:537, 1973

（11）四川医学院儿科一病理科：脑脊液细胞数不增多的脑炎探讨，中华医学杂志（10):618, 1976

（12）林守铨等：脑炎型钩体病1例报告，同（2），第323页

（13）王志坚等：钩体病脑动脉炎，福建医药杂志，2(3):43，1980

（本文系全科讨论定稿）

经期血尿及痛经个案报告

（双子宫、左肾缺失、左残角阴道与左输尿管盲端漏）

一院妇产科　　史常旭

病 历 摘 要

陈××，女，17岁，未婚。15岁初潮时因腹痛、肛门坠胀，低热10余天住某院，尿化验有血及脓细胞（++），经抗感染治愈出院。但此后每次经期复发如前，且血尿出现、消失及量的多少均与月经一致。疑为膀胱内子宫内膜异位症而入院。

查体：营养中等，心肺（－）。腹软，双肾区无叩痛，输尿管及膀胱区无压痛。外阴正常，肛门指诊：宫体略小，偏右后。其左侧有一约6×4×4厘米大小之实性包块，下端与宫颈紧贴，轻压痛，疑为双子宫一侧宫腔积血，小窥器阴道检查为单阴道、单宫颈。膀胱镜检查：左侧输尿管口周围血管较密集，余无异常。月经期复查，右侧输尿管口清楚，蠕动良好，未见左侧输尿管口。于膀胱颈部4--5点处有一约2厘米直径大小包块突起，包块上方呈紫兰色，表面光滑。肾图：左肾无功能，右肾正常。静脉肾盂造影：左肾盂肾盏未显影，右侧正常。气腹、子宫碘油、膀胱充气三重X线造影显示：子宫呈管状偏右，右输卵管远端积液，左侧不显影。左侧包块园球形，边缘光滑约6×5厘米。其上与粗大条索状及圆形影相连，膀胱与左侧包块未见瘘道相通。初步诊断：1，子宫内膜异位症（膀胱内及左盆腔血肿）；2，左输尿管阻塞性左肾积水无功能；3，双子宫；4，左肾缺失；5，左侧宫腔积血；6，左子宫与输尿管或膀胱漏性血尿及痛经。

膀胱截石位剖腹术探查所见：盆腔内有暗红血液约50毫升。子宫左右各一，右侧正常大小，左侧大如40天孕；各有一输卵管，右侧缴端积液，左侧管内积血，少量暗血由缴端溢入盆腔；双侧卵巢正常，左侧与输卵管有粘连。双合诊检查：右侧宫颈通阴道，左侧子宫下方为一3×2×2厘米之软性包块　与阴道左穹窿紧贴。切除左侧子宫及输卵管（腔内有积血），切开软性包块见有积血，宫颈伸入其中，证实为左残角阴道。切开后腹膜及膀胱探查，未见

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