

低,但远高于佝偻病组。血清碱性磷酸酶活性亦趋向较低水平,这与重度佝偻病阳性率低密切相关。佝偻病组其碱性磷酸酶活性比给药组高1.5~1.8倍,其重度佝偻病阳性率亦高约4倍。给药组中骨钙磷含量按每克骨干重量计算,均较佝偻病组高,其差别有显著性($P < 0.05$)。总之,在给药组中,各项生化指标以及X线检查的结果虽不如对照组表现的那样正常,但优于佝偻病组,这可能是药物作用的效果。

体内缺乏维生素D时,滋阴补肾药物能改善钙磷代谢和降低重度佝偻病的阳性率,按近代医学观点尚难以解释。可能与药物中含有抗佝偻病成分(如麦角钙化醇)有关;或者与药物增强肾功能,改善体内保留钙、磷的能力,有利于代偿维生素D缺乏而引起的钙磷代谢的缺陷有关。这些推论有待深入探讨。

(本文鸡胚骨X线照片经河北医学院第三医院放射科王沛教授分析并提供诊断结果,特表谢意)

参 考 文 献

1. 李恩. 简谈生物化学与祖国医学的联系. 生物化学与生物物理进展 1978; 3: 41.
2. 张超然. 试论肾主骨的研究. 中西医结合杂志 1981; 1(2): 87.
3. 关庆润, 等. 改良维生素缺乏饲料对佝偻病模型制造的研究. 第八届全国儿科学术会议论文摘要 1981: 28.
4. 刘长山, 等. 鸡佝偻病实验综合小结. 第八届全国儿科学术会议论文摘要 1981: 29.
5. 上海市医学化验所主编. 临床生化检验. 上册. 上海: 上海科学技术出版社, 1979: 218—357.
6. 巢元方. 诸病源候论. 北京: 人民卫生出版社, 1959: 225—259.

脑导水管梗阻致脑积水 1 例治验

湖南省冷铁厂七矿医务室 蔡 勤

患者李海洋,男,13岁,因阵发性头痛伴呕吐半年,加重半个月,于1983年5月3日入院。患儿右侧颞部有外伤史,右侧头部及头顶持续性隐隐胀痛和间歇抽搐7年,曾诊断外伤性癫痫。

入院检查: T: 37.8°C, P: 80次/分, R: 24次/分, BP: 102/60mmHg; 颈部可扪及一蚕豆大淋巴结; 心肺(-), 腹部平软, 肝脾未扪及, 胸透正常; 血沉: 28mm/h; WBC: 16000; N: 71%, L: 29%; 脑脊液: 压力 $>400\text{mmH}_2\text{O}$, 无色, 微浑, 潘氏试验+++; RBC 50个/ mm^3 , WBC 150个/ mm^3 , 糖40~50mg%, 氯化物640mg%; 疑诊为结核性脑膜炎, 经抗痨加激素治疗两周, 头痛、呕吐止, 体温正常出院。以后继续抗痨三个月, 病情加重, 头颅膨胀, 疑脑积水于同年9月初经湖南医学院附属一院神经外科颅脑超声波检查, 考虑颞叶后位占位性病变; 脑室造影, 导水管梗阻(以炎症粘连可能性大)。同年10月初回本院诊治。患儿垂头闭目, 形寒肢冷, 低吟头痛不已, 口唇紫绀, 神志朦胧呈危重病容, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉细无力, 脑积水类似中医学“解颅”。

治疗方法: 西医对症支持疗法: 10%葡萄糖500ml内加地塞米松10mg、10%氯化钾10ml、速尿20mg静脉滴注, 间隔2天输1次, 共9次。有发热、感染时, 肌注青霉素80万u, 1天2次, 连用5~7天。中医辨证: 脾肾阳虚, 治宜温补脾肾, 化瘀逐水; 拟方真武汤加味: 生芪30g, 党参、白术、茯苓、当归、川芎、泽泻各10g, 炒附片、甘草先煎各5g, 三七5g(用开水磨, 调兑均匀), 1日3次服, 每天1剂, 共服18剂。患儿精神、饮食逐渐好转。再诊: 舌质齿龈有瘀斑点, 舌苔稍黄, 脉细沉; 更方: 通窍活血汤加减: 赤芍、川芎、桃仁、红花、穿山甲、地龙、生芪各10g, 红枣五枚, 生姜三片, 老葱白五根煎服, 三七磨调(方法同上), 共10剂; 头痛减轻, 呕吐止。三诊, 前方去地龙、姜、葱、枣, 加柴胡、牛膝、生地、当归、枳壳各10g为基本方, 再加三棱、莪术, 或五灵脂、蒲黄各10g, 或水蛭、蜈蚣各3g, 共服50剂。头痛等症消失, 坚守原方随证加减又进30剂巩固治疗。共治疗4个月后, 经湖南医学院附属一院复查, 近期痊愈; 又随访2年多未复发。