

平滑肌收缩力减弱，故收缩率降低。

瘀血停着型的特点是：胆囊体积偏小，囊壁明显增厚或不规整，胆囊收缩率多数明显降低。在七段编码图上胆囊壁显示不清晰，甚至不能辨认。这主要是囊壁损害较重的结果。由于胆囊壁的损害，弹性降低，不能很好的伸展，故体积偏小。胆囊壁因与周围组织粘连，被牵扯而形态不规整，囊壁弹性差及（或）与周围粘连而使收缩率明显下降。

肝气郁结型与肝阴不足型的胆囊声像图，介于肝胆湿热型与肝郁脾虚型之间，没有明显的特征。凡不符合前三型者，就属此两型，主要依靠临床以鉴别。胆囊声像图与胆系疾病的中医证型密切相关，最根本的特点是：肝胆湿热型以胆汁改变最明显；瘀血停着型以囊壁损害最严重；肝郁脾虚型以收缩率低最突出；肝气郁结型、肝阴不足型尚无显著特征，需靠临床加以区别。

分。B超使“望诊”深入机体内部，同传统的四诊结合，定使胆系疾病的“辨证”更客观、更准确、更规范、更统一和更现代化，可为探讨中医脏象的实质提供线索，为中西医结合积累资料。

参 考 文 献

1. 杨志寅. 诊断学大辞典. 第1版. 北京: 华夏出版社, 1993: 978.
2. 张伯臾. 中医内科学. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 180—181.
3. 周次清, 丁书文. 中医临床实践与进展. 第1版. 海口: 南海出版公司, 1994: 99.
4. 曹海根, 王金锐. 实用腹部超声诊断学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 212—214

(收稿: 1996-08-25 修回: 1997-01-12)

· 病例报告 ·

龙胆草中毒致神经系统损害 1 例

赵志祥 李延龙 闫淑华

病历简介 患者，男性，40岁，病案号2860。因服中药后呕吐、腹泻伴四肢瘫痪2h，于1996年7月20日入院。该患者因头晕，乏力，耳鸣自服龙胆草、枸杞子（各150g）水煎浓缩液200ml，服药0.5h后突然腹痛、恶心伴频繁呕吐，腹泻水样便，继而出现高热，神志不清，二便失禁，手足萎软，大汗，四肢凉，经洗胃处置后收入院。查体：T39℃，P 98次/min，R 20次/min，BP 12/9kPa，急性痛苦病容，神志不清，呈浅昏迷状态，全身浅表淋巴结无肿大，双瞳孔等大等圆，光反射存在，颈软，心肺（-），腹膨隆，叩诊鼓音，四肢呈弛缓性瘫痪，双上肢肌力Ⅱ级，双下肢0级，肱二、三头肌反射，膝腱反射消失。周围血象：WBC $14.1 \times 10^9/L$ ，RBC $4.3 \times 10^{12}/L$ ；大便常规：黄色稀便，镜下未见异常；血清K⁺ 3.6mmol/L、Na⁺ 128mmol/L、Cl⁻ 80mmol/L、Ca²⁺ 2.3mmol/L；肝功能正常、胆碱脂酶(CHE)1860u/L。腹透肠管广泛性充气扩张及宽大液平面，肝脾B超、腰椎穿刺、头颅CT均未见异常，诊断：龙胆草中毒并神经系统损害(格林巴利型)，中毒性肠麻痹，经持续吸氧，每日补液2500ml，其中5%葡萄糖500ml、ATP 40mg、辅酶A 100u、肌苷0.4g；林格氏液500ml、氯化钾2.0g、维生素

C 3.0g、维生素B₆ 0.2g；5%葡萄糖250ml，清开灵（山西太行制药厂，批号960515）40ml，胞二磷胆碱0.5g，每日1次静脉滴注，维生素B₁ 100mg，维生素B₁₂ 1000μg，每日肌肉注射1次，间断利尿，对症治疗34天，患者神清语明，无发热、腹胀及腹泻，双上肢肌力Ⅲ级，双下肢肌力Ⅱ级，好转出院。

体会 龙胆草为龙胆科植物龙胆的根及根茎。味苦，性寒，入肝胆经，泻肝胆实火，除下焦湿热，常规量9~15g，水煎口服，无明显的副作用。本品含龙胆苦甙，龙胆宁碱，大剂量可抑制胃肠蠕动，使肠处于麻痹状态，高级神经中枢受到抑制，出现四肢瘫痪。大剂量胆草中毒实属罕见，本例中毒临床表现复杂，除具有起病急、病情重，病程长等一般中毒表现外，尚有以下几个特点：（1）神经系统受累明显，且不易在短时间内恢复，可能终身存在不同程度的肢体功能障碍；（2）消化系统功能障碍突出，主要表现在肠蠕动功能高度抑制，出现中毒性肠麻痹。龙胆草中毒的机理尚不清楚，是否与大量生物碱阻碍了神经递质的释放或降低了相关受体的敏感性，使神经系统的兴奋性降低有直接或间接关系，有待进一步研究。

(收稿: 1997-03-24 修回: 1997-05-12)