维普资讯 http://www.cqvip.com

肠断时，切勿随意钳夹损伤分布到旷置肠断的血管；去除肠粘膜时动作轻柔以免损伤血管，刚去除肠粘膜时浆肌膜层颜色有缺血表现，成紫黑色，应立刻用37℃左右生理盐水热敷，在转为红润以后，对浆肌膜要彻底止血，植入到浆肌膜内的脾组织轻轻挤压成扁平状，以利于早期营养渗透到移植脾组织的中心。尽管本术式大大增加了脾组织移植量，但也有下列不足之嫌：①手术创伤较大，操作较复杂，耗时较长，增加手术的风险；②对胃肠道有损伤，不利于术后早期恢复进食；③ 在切小肠、剥离肠粘膜过程中有污染腹腔的危险。因此，临床应用时应综合判断而施之。

[参考文献]

[1] Hisae I, Kota O, Shoichi S, et al. Optimal site and amount of splenic tissue for autotransplantation[J]. J Surg Res, 1992, 53(2): 109 - 116.
[2] Gomez L, Egido R, Guarino G, et al. Histologic study of experimental spleen transplant in rats[J]. Minerva Chir, 2000, 55(11): 741 - 744.
[3] 苟永禧. 自体脾组织移植的研究[J]. 临床军医杂志, 2000, 28(4): 29 - 30.
[4] Resende V, Petroianu A. Functions of the splenic remnant after subtotal splenectomy for treatment of severe splenic injuries[J]. Am J Surg, 2003, 185(4): 311 - 315.
[5] Smith E, DeYoung NJ, Drew PA. Immune cell subpopulations in regenerated splenic tissue in rats[J]. Aust N Z J Surg, 1999, 69(7): 522 - 525.
[6] Marques RG, Petroianu A, Oliveira MBN, et al. Bacterial clearance after total splenectomy and splenic autotransplantation in rats[J]. Applied Radiation and Isotopes, 2002, 57(6): 767 - 771.
[7] 蒋登金，陈维佩，郭光金，等. 自体移植脾组织的主要免疫功能观察[J]. 中华医学杂志, 1999, 79(1): 66 - 67.

（编辑：郭光金）

·个案与短篇·

慢性肺源性心脏病并发低渗性脑病的临床分析

王丽萍[1]，王 蕾[2] （1.新疆兵团奎屯医院，新疆 奎屯 833200；2. 新疆自治区中医院检验科，新疆 乌鲁木齐 830000）

[关键词] 心脏病；低渗性脑病
[中图分类号] R541.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2005)05 - 0291 - 01

慢性肺源性心脏病是一种常见病、多发病，在我国的发病率约为4‰[1]。慢性肺心病急性加重期出现神经症状，一般认为是血浆渗透压降低引起的低渗性脑病所致。我院1999年1月至2005年1月共收治慢性肺心病并发低渗性脑病患者32例，现作回顾性临床分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组32例，男性21例，女性11例，年龄在56～86岁之间，平均年龄63岁。基础疾病：慢性支气管炎19例，支气管哮喘6例，支气管扩张4例，矽肺3例。临床表现：疲乏、思睡、表情淡漠20例；头痛、头晕12例；烦躁，焦虑不安9例；浅昏迷5例；恶心、呕吐、腹胀15例；腱反射减弱或消失9例；锥体系征阳性3例。

1.2 诊断标准

肺心病的诊断标准按1980年全国第3次肺心病会议修订的标准[2]。低渗性脑病的诊断标准：血钠 < 120 mmol/L，血浆渗透压 < 250 mmol/L，出现神经、精神症状，纠正低钠、低渗血症后，症状缓解或消失者诊断为低渗性脑病。

2 治疗与转归

保持呼吸道通畅，合理吸氧，常规给予抗菌素、呼吸兴奋剂，纠正心力衰竭，纠正酸碱平衡失调等对症处理。治疗的关键是要提高血浆晶体渗透压，根据所测得的血钠数值，按公式（142 mmol/L - 实测血钠）× 体重(Kg) × 0.2 算出缺钠总量，选用3%～5%高渗盐水100 ml在1 h内缓慢滴入[3]。观察心肺功能、精神状态、尿量及血钠情况，再根据需要把剩下的量分次给予，无需将钠补至142 mmol/L。适量辅以速尿、地塞米松，低血钾者应积极补钾，一般需要2～5 d。神经精神症状随低渗性状态的纠正而好转，本组27例好转，5例死亡。

3 讨论

慢性肺心病急性发作期极易合并低渗血症、重者产生低渗性脑病。钠离子是维持细胞内外液渗透压的主要阳离子，占人体细胞外液渗透压的90 %以上，所以低渗血症与低钠血症呈正相关系。肺心病致低钠血症常见原因有：①哮喘，反复浮肿，惧怕咳嗽而长期低盐摄入，心肺功能受损而食欲不佳，盐的摄入减少；②胃肠道瘀血，导致钠的吸收减少；③排钠利尿过度，或滥用激素等医源性电解质排出过多；④肺部感染、情绪紧张等引起抗利尿激素分泌增加，钠水潴留，引起稀释性低钠血症；⑤心钠素分泌增加，钠排出增加。由于细胞外液处于低渗状态，水分进入细胞引起脑细胞肿胀，使脑细胞应激性下降。当血浆渗透压 < 250 mmol/L，血钠 < 120 mmol/L时，病人渐感疲倦乏力、思睡、表情淡漠，重者出现昏迷、抽搐。

（下转293页）

[收稿日期] 2005 - 05 - 15 [修回日期] 2005 - 06 - 19

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.1.3 腹腔神经节的位置 腹腔神经节位于第12胸椎至第1腰椎之间,膈脚的前方。内侧达腹腔干根部、腹主动脉前面或侧缘,外侧达肾上腺,有的伸入肾上腺后方,其外上部连内脏大神经,部分外下部连内脏大神经的分支或内脏小神经的分支。下方为肾血管。右侧的腹腔神经节位于下腔静脉后方,左侧在脾血管的后方。

2.2 主动脉肾节

2.2.1 寻找主动脉肾节的操作方法 在寻找主动脉肾节时,前面操作步骤与寻找腹腔神经节相同,左右侧寻找方法相同。在显示肾和肾上腺后,解剖肾静脉,将其与周围结构分离后切断,其断端翻向内、外侧。寻找主动脉肾节,首先从肾动脉根部的上方和前表面寻找,然后再由内向外沿肾门方向在肾动脉表面及上、下方寻找。可发现位于腹腔神经节下方,呈节结状,与腹腔神经节有纤维相连的主动脉肾节,并且可见其有纤维参与组成肾丛。

2.2.2 主动脉肾节的位置 主动脉肾节位于腹后壁,腹腔神经节的下方,肾动脉附近,大部分位于肾动脉根部附近。与肾动脉的关系,大部分位于肾动脉的表面或靠近肾动脉上、下缘,少部分位于肾动脉的深面或位于肾动脉的上、下方。

3 讨论

3.1 如何辨认腹腔神经节

左腹腔神经节周围与其易混淆、易认错的结构主要为腹腔淋巴结。腹腔淋巴结位于腹腔干起始部的附近,腹腔干三大分支的根部,一般有1~3个形体较大的淋巴结[3-4]。腹腔淋巴结形态与腹腔神经节相似,形似节结状,也有似神经纤维的淋巴管相连,与腹腔神经节极易混淆,特别是与长条型的腹腔神经节易混淆。鉴别方法:用手触摸,腹腔神经节组织致密较硬,其相连的神经纤维较坚韧,而腹腔淋巴结组织较软,其相连的淋巴管易断;将腹腔神经节外侧端向前翻起,可见有穿膈脚向前止于此节的内脏大神经;腹腔淋巴结位置一般位于腹腔神经节的前面和上部,腹腔神经节紧邻膈脚前面,所以一般先寻找到的呈节结状的结构是腹腔淋巴结而不是腹腔神经节。右腹腔神经节与周围结构之间易辨认,胰十二指肠后淋巴结位于下腔静脉的前外方,而右腹腔神经节位于下腔静脉的后内方或后方,下腔静脉与膈脚之间。右腰淋巴结依据位置关系可分为腔静脉外侧淋巴结、腔静脉前淋巴结和腔静脉后淋巴结。腔静脉外侧淋巴结和腔静脉后淋巴结分别位于下腔静脉的右侧和后面,位于右腹腔神经节的下方或下部。

3.2 如何辨认主动脉肾节

左腰淋巴结根据位置关系可分为主动脉前淋巴结、主动脉外侧淋巴结和主动脉后淋巴结。主动脉外侧淋巴结位于主动脉左侧,向上达主动脉裂孔,下至腹主动脉分为左、右髂总动脉处,以左肾蒂为界分为上、中、下三群[3-4]。主动脉外侧淋巴结的中群位于左肾蒂周围,与左主动脉肾节易混淆。右腰淋巴结的腔静脉外侧淋巴结和腔静脉后淋巴结上方达肾蒂上方,部分易与右主动脉肾节混淆。鉴别主动脉肾节与淋巴结的方法,与鉴别腹腔神经节和腹腔淋巴结的方法相似:用手触摸,感觉其组织是否致密,是否较硬,其相连的丝状结构是否较坚韧。若其组织较软,相连似神经纤维结构易断应为淋巴结,反之应为主动脉肾节。寻找是否有从上方穿膈的内脏小神经止于此节,若有就为主动脉肾节。另外,应注意左主动脉肾节与部分位于肠系膜上动脉根部左侧的肠系膜上神经节的区别,左主动脉肾节位于下外,肠系膜上神经节位于上内,有神经纤维与左腹腔神经节相连,并有神经纤维经肠系膜上动脉根部下方与右侧腹腔神经丛相连。

[参考文献]

[1] 蔡昌平,谢兴国,赵琼惠,等. 腹腔神经丛的应用解剖[J]. 川北医学院学报,2003,18(1):5-7.
[2] 蔡昌平,谢兴国,丘玉玲,等. 主动脉肾节的解剖[J]. 川北医学院学报,2005,20(1):4-6.
[3] 张朝佑. 人体解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.975-988.
[4] 刘执玉. 淋巴学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1995.92-95.

(编辑:余汇洋)

(上接291页)

肺心病合并低渗性脑病与肺心脑病的临床表现极为相似,且二者常并存,容易混淆,但两者的治疗方案有所不同。肺心病合并低渗性肺病患者,在治疗基础疾病的基础上给予高渗性盐水,即可缓解病情,而肺性脑病则以改善通气、氧疗为主。对于两者并存的患者,则需综合处理才能恢复意识。中老年患者因长期慢性消耗,身体抵抗力低下,临床表现往往缺乏典型性,给诊断带来困难。常见的临床表现有表情淡漠、嗜睡、反应迟钝及精神异常,重者昏迷、抽搐、谵妄、肌张力增高等,要注意与肺性脑病的鉴别。通常情况下,老年患者出现下列症状要考虑到低渗性脑病:①出现精神、神经症状;②心衰或呼吸道感染症状控制后,患者有不同程度的意识障碍或衰竭乏力表现;③血浆渗透压、血钠、血钾均低,可能有(或无)明显低氧和二氧化碳潴留;④补钠后病情明显好转;⑤顽固性水肿。

总之,低渗性脑病是中老年人慢性肺心病急性加重期的严重并发症之一,要引起临床医师的高度重视,及时作出正确的诊断,并给予恰当的处理。

[参考文献]

[1] 叶任高. 内科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2002. 22.
[2] 唐文华. 呼吸机辅助呼吸救治肺心病合并呼吸衰竭[J]. 局解手术学杂志,2002,12(2):25-26.
[3] 陈文彬. 诊断学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2002. 418.

(编辑:文 灿)