DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.01.035

例4 曹×，男，64岁，退休干部，湖南长沙市人，住院号195236。9年前发现脾大，未引起注意，9年间脾渐增大，近2年增大迅速，走路时费力，左季肋部疼痛，上腹饱满。无黄疸史。于1993年4月3日入院。查体：营养中等，全身淋巴结不肿大，上腹隆起，可见胃形及左上腹凸起，无腹壁静脉曲张。脾边缘纯，质硬，表面不平，活动度差。脾上界位于腋中线第7肋间，脾肋下20 cm，(已进入盆腔)4月6日在硬膜外麻醉下行剖腹探查，全脾切除。脾30 cm×25 cm×12 cm，呈紫黑色，表面不平，脾门淋巴结不肿大。脾重2 800 g(放脾血后)。病理检查：脾脏多处取材观察，见改变基本一致。正常脾组织被破坏，为片状瘤组织浸润，脾小体结构消失。诊断：脾脏原发性弥漫型非何杰金氏恶性淋巴瘤，累及脾门及淋巴结。

讨论

脾原发性恶性肿瘤较脾良性肿瘤更为罕见。脾原发恶性淋巴瘤1931年 Kaumhber 作了首例报道，国内江晴芬1944年报告了3例。1965年 Das，Gupta 综合报道198例[1]。后见零星报道。国内曲度1986年收集41例，Krumbhaar 统计脾原发性恶性淋巴瘤仅占恶性肿瘤的0.64%[2]。脾原发性恶性淋巴瘤原发于脾脏淋巴组织，包括原发性何杰金氏病和脾原发性非何杰金病。我院4例中，2例属非何杰金病恶性淋巴瘤，2例为小细胞型弥漫型恶性淋巴瘤。其临床共同点是：无长期发热，全身淋巴结不肿大，脾脏不规则肿大，无脾功能亢进。本组4例均有上述特点。其临床体征主要是：①脾肿大。本组4例均有肿大，例1、3、4堪称巨脾。特别是例4，脾大30 cm×25 cm×12 cm，重量达2 800 g。②脾渐进性增大，脾区疼痛。本组例1、4表现明显。③可出现恶性肿瘤的体征：消瘦，贫血等。本组4例表现不明显。④病脾一般颜色较正常脾深暗，多呈紫黑色，表面凹凸不平，有的出现结节。本组4例除例1外均有此表现。在辅助诊断方面，B 超、CT，可显示脾本身病变及病变与周围组织之关系，均可对诊断提供一定的参考价值。根据我们对4例患者诊断与治疗的体会认为：脾原发性恶性淋巴瘤早期无特殊的症状，以脾大为主，有相当的病例的确诊，仍需手术探查及病理学检查。在治疗上提倡，早期发现，早期诊断，早期手术治疗。切脾后辅以放疗、化疗效果更好。本组例3、例4均行化疗与放疗，效果较好。我们收治4例中，例1、2术后已2～4年仍健在。

关键词 脾肿瘤；淋巴瘤

中图法分类号 R733.2

参考文献

1 Howard A, Reber MD. The diseased spleen in "Surgery of The Spleen." Revised English Edition. New York: Thieme Inc, 1986. 967

2 夏穗生，火旭东. 现代脾脏外科学. 南京：江苏科学技术出版社，1990. 47

(收稿：1993-05-18；修回：1993-12-04)

水浴治疗尿毒症的初步探讨

杨惠标 缪兴文 张 莉 (第三军医大学新桥医院肾内科) 630037
陶 淯 (第三军医大学新桥医院检验科) 630037

腹膜透析、血液透析治疗尿毒症疗效确切，但治疗费昂贵；胃肠透析，药物治疗疗效很有限。我们根据皮肤汗腺的排泄功能，采用温水浴治疗尿毒症，旨在探索尿毒症治疗的新途径。

1 材料与方法

1.1 研究对象

正常健康人34例，男32例，女2例，年龄16～64岁，平均29.7±12.1岁。尿毒症患者8例，男4例，女4例，年龄20～47岁，平均39.4±8.0岁，BUN 19.7±2.3 mmol/L，Scr 790.2±171.5 μmol/L，原发病为慢性肾小球肾炎。入院前病人低蛋白饮食已1月以上。入院时病人均有不同程度的头昏、乏力、恶心、食欲减少及皮肤骚痒等症状，自愿接受水浴治疗。

1.2 方法

1次性收集34例健康人体力劳动时汗液标本，测定其钾、钠、氯、二氧化碳结合力、阴离子隙(Anion gap，AG)、尿素氮、肌酐浓度。在优质低蛋白饮食情况下，每周测定1次病人的BUN、Scr、血钾、血钠、血氯、二氧化碳结合力，2～3周后，病人开始水浴治疗，水温38～40℃，每次1.5 h，每日2次，每次水浴前后测体重、血压，疗程为2～6周，治疗前后各项参数均以平均数加以比较，经 t 检验。

2 结果

正常人汗液有关成分浓度见表1，病人每次水浴后体重平均下降0.63±1.05kg，血压无明显变化，水浴治疗前后血生化参数见表2。治疗后病人精神、食欲好转，皮肤骚痒减轻或消失，血清钠、氯无明显变化，钾、BUN、Scr 下降，二氧化碳结合力上升。

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

表1 34例正常人汗液有关成分

	K (mmol/L)	Na (mmol/L)	Cl (mmol/L)	CO_2CP (mmol/L)	AG (mmol/L)	UN (mmol/L)	Cr (μmol/L)
范围	3.66～139.4	40.2～1146	30.4～771	0～8.6	−6.2～262.4	6.5～141.2	6.2～1147.3
$\bar{x}\pm s$	31.99±29.95	275.97±246.1	200.59±161.37	2.76±2.10	65.39±72.15	43.22±35.67	277.32±272.85

表2 水浴治疗前后血生化参数的变化

病例	治疗前						治疗后					
	K (mmol/L)	Na (mmol/L)	Cl (mmol/L)	CO_2CP (mmol/L)	BUN (mmol/L)	Scr (μmol/L)	K (mmol/L)	Na (mmol/L)	Cl (mmol/L)	CO_2CP (mmol/L)	BUN (mmol/L)	Scr (μmol/L)
1	3.5	142.3	112.2	16.6	17.1	730.5	3.3	135.7	107.4	19.8	11.3	584.7
2	4.8	141.3	115.1	16.2	22.2	656.8	3.9	147.9	112.5	17.0	17.5	564.8
3	4.4	143.2	106.5	18.9	16.9	595.4	3.7	139.7	109.5	19.2	15.4	580.0
4	5.9	145.3	110.8	13.8	21.4	1063.3	5.5	146.2	109.0	20.0	19.9	866.9
5	3.8	143.4	112.6	9.5	19.8	988.8	3.9	142.6	113.3	14.1	15.1	979.7
6	5.2	146.8	100.3	16.5	23.7	680.9	5.0	139.2	104.1	21.9	21.5	609.5
7	5.3	144.0	115.4	13.2	18.7	960.3	4.9	138.8	106.0	17.2	16.5	856.5
8	4.8	142.3	107.5	18.2	18.0	645.4	4.6	140.1	106.1	19.5	15.9	580.2
$\bar{x}\pm s$	4.7 ±0.7	143.6 ±1.7	110.1 ±4.7	15.4 ±2.9	19.7 ±2.3	790.2 ±171.2	4.4 ±0.7	141.3 ±3.8	108.5 ±3.0	18.6 ±2.2	16.6 ±2.9	701.7 ±155.8
P							<0.05	>0.05	>0.05	<0.005	<0.005	<0.01

3 讨论

人体皮肤约有2百多万小汗腺，分泌的汗液中含水份99%～99.5%，固体0.5%～1.0%。固体成分中主要为氯化钠、尿素、肌酐、氨及尿酸等。汗腺不仅具有分泌功能，而且对于水、电解质及其他物质有再吸收作用，故与肾脏功能很相似，在排泄废物和保持电解质与水的平衡上起着重要的作用[1]。34例正常人汗液中排出的钾、钠、氯、尿素氮、肌酐变异范围很大，这可能与个体差异及劳动时饮水量多少等因素有关，也与汗液在排泄过程中蒸发浓缩有关。通过对正常人劳动时汗液测定，再次证实汗腺不仅能排泄水份，而且能排泄氯化物及体内代谢废物。汗液阴离子隙较大，CO_2CP 很低，说明汗液中排出的 HCO_3 很少，排出阳离子及其他酸根相对较多，汗腺也具有排酸保碱功能。尿毒症病人每次水浴后体重下降，主要为出汗所致，临床症状改善与代谢废物从汗液中排出有关。水浴治疗前后病人的血氯均高于正常值，这可能与慢性肾炎、长期低蛋白饮食等因素有关。肾脏对氯化钠的排泄是“多吃多排”，“少吃少排”，“不吃不排”。长期低盐或无盐饮食的病人，血清钠、氯也能维持正常水平，甚至尿中可不排钠。说明肾脏对氯化钠的调节能力很强。每次水浴治疗伴随汗液钠、氯相应排出，但治疗前后血钠、血氯均无明显变化，这也许是病变的肾脏对钠、氯平衡的调节能力尚趋于基本正常的原因。皮肤排钠、氯增加时，肾脏排钠、氯相应减少，保持原有水平。治疗后血钾下降，CO_2CP 上升，主要是由于钾离子及某些酸性产物从汗液排出的结果，同时 CO_2CP 上升（酸中毒减轻或纠正）又促进钾离子从细胞外液向细胞内转移。治疗后 BUN 及 Scr 下降，提示水浴治疗能有效地排泄体内尿素氮，肌酐这类代谢废物。因此我们认为，温水浴治疗尿毒症有一定疗效，对病人无痛苦又经济，确有一定临床应用价值。由于本组病例数较少，治疗时间不长，长期治疗效果有待验证。对重症尿毒症病人，脱穿衣服不便，不一定能适应此项治疗，有其局限性。

控制水温很重要，水温高低会直接影响水浴治疗的效果[2]。水温过高，病人出汗多，体重下降明显，排出废物增多，但会带来高分解，产生代谢废物亦多，甚至会出现产大于排，加重病情；若水温偏低，不产生显性出汗，达不到治疗目的。我们认为，水温以38～40℃为宜，以病人感觉舒适，头部有微微出汗即可。每天水浴1次还是2次，时间多长，应根据病情及水浴条件而定。浴池应宽敞，能卧或能坐，使病人在较长时间的治疗中感到舒适，不疲劳。总之，水浴治疗的初步尝试表明，只要水温控制合适，治疗时间充分，就能收到较好的治疗效果。为进一步提高疗效，是否可同时应用发汗药或用药水浴治疗有待研究。

关键词 尿毒症；水疗法

中图法分类号 R692.5

参考文献

1 上海第一医学院主编. 皮肤病学. 北京：人民卫生出版社，1976. 9～10

2 刘辅仁 主编. 实用皮肤病学. 北京：人民卫生出版社，1984. 103

（收稿：1993-11-15；修回：1994-01-05）

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