DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.02.008

10. Irman, V.T. et al: J.B.J.S. 29:461, 1947.
11. Rose G.K.: Lancet 1:1143, 1954.
12. Froment, R.: Coeur. Méd. (1): 26, 1959.
13. Косицкий Г. И.: Афферентные системы сердца. М. 1975.
14. Сорокина Н. Ч.: Клин. Мед. (2):116, 1960.
15. Сорокина Е. Ч.: Клин. Мед. (8):69, 1965.
16. Гордон И. Б.: Гертнер. Архив (12):8 1964.
17. Шапельянский Я. Ю.: Шейный остеохондроз. М. 1966.
18. Гольдерг Г. А. и Гордон И. Б.: Кардиология (6):92, 1961.

重症乳糜尿探讨——附6例报告

第一附属医院泌尿外科　金锡御　郭乃勉　刘志平　帅学炎　杨俊贤

丝虫病为我国地区性常见病之一。由血丝虫感染所致的乳糜尿也较常见。大多数病情较轻，经中西医综合治疗或手术治疗可取得满意疗效。危及生命的重症乳糜尿很少见，其临床诊断和一般乳糜尿不尽相同。现将我们收治并经长期随访的六例重症乳糜尿病员报告如下，加以讨论，供临床工作者参考。

病例报告

例1：田××，男，30岁。1961年7月7日入院。肉眼血尿逐渐加重16个月。入院前10天血尿伴有大量血块，并阻塞尿道。检查：一般情况差，贫血貌。左侧睾丸鞘膜积液。血色素10克，红细胞344万。血及尿中均查获微丝蚴。膀胱镜检见右侧输尿管口喷出乳糜尿，左侧喷出鲜血。静脉尿路造影正常。入院后经抗丝虫药、止血药及中药治疗，未能控制严重乳糜血尿。术前曾间断输血达1800毫升，但血色素降至5.2克，红细胞201万，血清白蛋白由4.29克%降至1.55克%。曾于大便时昏倒在厕所内。

于同年9月14日及10月9日先后行左及右侧肾周淋巴管结扎术及肾包膜剥离术。术后乳糜血尿停止，尿常规完全正常。血色素升至10.7克，红细胞389万。同年10月26日出院。

随访情况：1978年7月26日回信称，术后至今乳糜尿未再复发，目前作重体力劳动。尿常规正常。

例2：王××，男，26岁。1971年11月26日入院。乳糜尿进行性加重20个月。常有凝块阻塞尿道，需蹲位加腹压方能排出。入院前四个月来，尿量明显增多，口渴多饮，每日饮水约10磅。体重下降，血压偏低。经常出现呕吐、头昏、冷汗等症状。入院后次日，处于严重休克状态，血压测不出，全身抽搐，不省人事。血液浓缩，血色素19.8克，红细胞700万。虽经积极抢救有所改善，但以后经常出现休克。病情一直危重。日尿量约在4000毫升以上，最高达7920毫升。处于休克时也有较多尿液排出。每日经尿排出的电解质较正常高数倍(24小时排出钾21～158

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

毫克当量，钠227～720毫克当量，氯384～877毫克当量），并排出大量蛋白（8～33克/日）及脂肪（1.68～2.7克/日）。经常出现低钾低钠血症及酸中毒（CO_2结合力12.5～17.2毫克当量/升）。虽经反复间断输血及血浆，但血清蛋白总量仅4～4.7克%。每日需静脉及口服大量液体。

1972年2月8日经腹腔行双侧肾周淋巴管结扎术及左侧腰淋巴干肠系膜静脉支吻合术。术后尿量减少为590～2,090毫升/日，乳糜尿消失。但迅即发生严重乳糜腹水并致压迫性呼吸困难，每日需穿刺排水。2月27日再次剖腹手术，发现左侧肾周淋巴漏。一一结扎。术后腹水消失，血压正常，日尿量2000毫升左右。血浓缩消失，体力恢复后出院。

随访情况：1978年7月9日回信称，术后至今乳糜尿未再复发，身体健康，体重增加，参加车间体力劳动。尿常规正常。

例3：谈××，男，27岁。1972年1月27日入院。乳糜血尿三个月余，伴有大量凝块阻塞尿道。发病以来体重下降30余斤。否认肝炎史。检查：消瘦，明显腹水。肝上界第五肋间，下缘在肋弓下1.5公分。谷丙转氨酶56～148单位，血清白蛋白2.9克%，球蛋白1.5克%。膀胱镜检查膀胱内大量乳糜块积聚，左肾盂尿蛋白（卄），左侧阴性。肾盂造影正常。

入院后常因乳糜块致尿潴留，多次用膀胱镜冲吸。后被迫行耻骨上膀胱造瘘，但不时仍被乳糜块阻塞。尿蛋白21克/日，脂肪0.78～2克/日。至手术前血清白蛋白仅1.5克%，球蛋白1.5克%。腹水不断增加需经常排放。以后又出现蜘蛛痣及黄疸，黄疸指数50单位。

1972年4月10日行右侧肾周淋巴管结扎术。探查肝脏呈广泛结节性硬化。术后尿常规转正常，乳糜血尿完全消失，但早期黄疸继续加重并出现肝昏迷。经努力治疗后恢复。于同年5月24日出院。

随访情况：1978年3月1日回信称，出院后同年9月恢复工作，73年转氨酶高过80单位。目前肝功能完全正常，乳糜血尿一直未复发。77年起至今均全日工作。

例4：李××，男，34岁。1972年6月29日入院。乳糜血尿两年余伴大量血块及乳糜块。常有鼻出血。膀胱镜检查左侧输尿管口喷出乳糜血尿。术前未作肝功能检查。

同年7月11日行左侧肾周淋巴管结扎术。术后乳糜尿消失。但反复出现左肾大量出血及鼻衄，致严重贫血，需反复输血治疗。因白细胞偏低及出血倾向，始检查肝功能发现：麝絮（卄～卅），麝浊6～7单位，锌浊13.6～15.4单位，白蛋白2.4克%，球蛋白2.7克%。超声波查肝为较密致波，右肋缘下1.5公分，脾在肋缘下1.5公分。诊断肝硬化脾功能亢进。于同年12月25日出院休养。

出院后仍常有鼻衄，于1974年4月29日第二次住院治疗。1975年元月开始反复出现消化道大出血。于3月28日第三次住院。检查已有食道静脉曲张，腹水。白细胞1600，麝絮（+），其他肝功能检查正常。尿常规正常。5月23日行脾切除及脾腔静脉吻合、胃冠状静脉结扎术。术后恢复良好。8月17日出院。

随访情况：1978年5月6日回信称，除1975年10月及1977年1月有两次短时血尿外，小便一直正常。已全上班一年，体重增加。6月23日又寄来化验单：尿常规正常，肝功能除高田氏试验（+）外，余均正常。白蛋白3.85克%，球蛋白2.95克%。

例5：张××，女，35岁。1972年10月4日入院。乳糜血尿伴大量凝块一个月。20天前出现腹水及全身浮肿。否认肝炎史。1971年曾献血一次。检查：慢性病容，消瘦。肝肋缘下4公分，质硬。脾在肋缘下1.5公分。腹水征明显，双下肢浮肿。尿蛋白7.15克/日，脂肪1.58克/日。谷丙转氨酶110单

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

位，麝絮（卄），麝浊9单位，血清白蛋白2.7克%，球蛋白2.9克%，锌浊20单位。膀胱镜检查双侧输尿管口均喷出乳糜血尿。

先行保肝治疗，但乳糜血尿持续不断。肝功能进一步减退，白、球蛋白分别降至2.1克%及2.2克%。于同年12月12日行双侧肾周淋巴管结扎术。术后乳糜血尿及腹水消失。经内科治疗后体重增加、食欲增进。一般情况好转。于1973年3月31日出院。出院时肝功能有好转（谷丙转氨酶<40单位，麝絮卅，麝浊8单位，白、球蛋白均为2.8克%）。

1974年3月29日因肝硬化门脉高压症及脾亢第二次入院拟行手术治疗。当时谷丙转氨酶<40单位，麝絮卅，麝浊12单位，白、球蛋白分别为3.5克%及2.5克%。无腹水。尿常规正常。但因故未手术出院。同年11月19日因上消化道大出血急诊入院。住院后反复消化道大出血不止。于1975年2月9日施行脾切除及胃底门体循环阻断术。术后反复出现肝昏迷前兆症状，不规则发烧持续70天。4月29日又消化道大出血。于5月6日因肝、心功能衰竭死亡。

例6 葛××，男，26岁。1972年10月25日入院。乳糜尿六年，近四年多常伴乳糜血凝块。持续发烧两月余。1972年曾患“黄疸型肝炎”。检查：慢性病容，消瘦。体温39.2℃。肝未触及，腹水（一）。红细胞410万，白细胞5000～14,300，谷丙转氨酶<40至102单位，麝浊20～30单位，白蛋白2.4～3.1克%，球蛋白1.9～2.6克%。尿蛋白9.9克/日，脂肪2.6克/日。X胸片：双肺野有较多零乱分布的边缘模糊的粟粒状、小片状及结节状阴影。多次膀胱镜检证实左侧乳糜血尿。

住院后先后按结核、阿米巴肝脓肿、胶原性疾病等治疗，长期应用多种抗菌素，效果不明显，发烧不能控制，全身情况日显衰竭。1973年3月12日，用1%硝酸银作左肾盂冲洗术，术后乳糜血尿消失，但其他症状仍同前。3月16日中午，突然高热达39℃，呼吸短促，明显发绀，血压下降，抢救无效于3月18日死亡。

尸检所见：主要病变为全身播散性新生隐球菌病（双肺、肺门淋巴结、双肾、肝、脾、甲状腺、胰、肾上腺、脑、心等）。两肺严重充血及出血，门脉性肝硬化。

死亡原因：在全身衰竭的基础上直接死于肺部病变所致的呼吸衰竭。

讨　论

一、重症乳糜尿的类型：

乳糜尿临床所见多数为轻症，虽病程延续数年甚至数十年，对身体健康及劳动力影响不大。在中药、低脂肪饮食及适当休息等综合治疗下，多能治愈或暂时终止发作。重症乳糜尿临床少见。我们所指的重症乳糜尿是指严重乳糜尿或乳糜血尿危及病员生命者。据我们观察可有以下几种类型：1)严重乳糜尿或乳糜血尿，致大量血液成分及营养物质丧失，导致严重贫血（例1）、营养失调、机体衰竭者（例2、例6），本组有五例曾多次测定尿蛋白及脂肪排出量。蛋白为6.03～33克/日，脂肪1.78～2.7克/日。但实际排出量可能还要高一些，因测量时对含蛋白及脂肪量多的乳糜块往往不好计算，故测定结果多低于实际丧失量。长期大量消耗的结果，使病员抵抗力低下，机体衰竭，极易并发其他严重疾病（例6因病程日久，机体衰竭，加之盲目使用抗菌素，致并发全身霉菌感染致死）。严重失血可致全身浮肿、昏厥。2)严重乳糜尿致大量体液丧失，导致水及电解质平衡失调，甚至出现休克者，我们称之为“乳糜尿休克”。如例2每日尿量至少4000毫升以上，最高达7920毫升，经常出现低钠、低血钾症及严重酸中毒，反复发生休克。3)乳糜尿合并肝硬化。本组共四例（例3、4、5、6）。

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

二、重症乳糜尿发病机理的探讨：

1．乳糜血尿的发病机理尚未见深入研究的报导。一说为高压的淋巴管破入尿路时引起损伤所致。一说为淋巴管炎症往往也引起伴行血管炎症变脆而破入肾盂。还有认为丝虫体死亡异性蛋白可产生变态反应性血尿。但为何有的病员无肉眼血尿而有的则因大量出血引起严重贫血。上述说法均缺乏有力的解剖学根据。严重乳糜血尿的发生机理有待进一步研究。

2．乳糜尿休克：例2反复发生乳糜尿休克，其特点是“多尿”，尿内电解质含量很高。单位容积内尿钾高于血钾，尿钠低于血钠，尿内含大量蛋白及脂肪。我们认为增加的尿量，实为漏出的淋巴液。例2“尿量”越多，实际上是淋巴液丧失越多。由于大量淋巴液丧失，导致血容量不足，严重血压下降，发生休克。血容量不足又刺激了肾上腺皮质醛固酮分泌亢进，通过肾脏对电解质的调节，使单位容积内尿钾高于血钾，尿钠低于血钠。休克使淋巴压降低，流速变慢，淋巴液漏出减少，肾小球过滤率减低，因此，“尿量”可相对减少。但是必须指出，乳糜尿休克出现后，淋巴漏并未完全停止，仍有淋巴液经尿路排出，故其“尿量”较其他原因的休克时为多，甚至大于正常尿量。所以，乳糜尿休克不能以尿量来判断其程度及肾功能状况，否则将延误对休克及急性肾功能衰竭的积极预防和治疗，后果是十分危险的。

3．乳糜尿与肝硬化的关系：本组重症乳糜尿合并肝硬化者达四例（例3—6）。肝硬化的原因可能为：严重的乳糜尿使蛋白质等营养物质大量丧失，使在原有肝脏疾病的基础上促进肝硬化的发展；或因大量丢失蛋白质，机体营养失调、衰竭，引起营养不良性肝硬化。本组仅有一例有“黄疸型肝炎”史。例3在乳糜尿治愈后，肝硬化症状有明显好转，能间接说明严重乳糜尿可促进或加重肝硬化。当肝硬化发生后，门脉压升高，增加了门脉系组织间液及淋巴液的生成，使淋巴液更多地经尿路排出，从而加重了乳糜尿的程度，使蛋白质丧失更多，又反过来影响肝脏的营养。因此，我们认为：乳糜尿与肝硬化互为恶性影响。

乳糜尿合并肝硬化者，预后很差。本组两例死亡者，均有肝硬化。治愈的两例，在乳糜尿治愈前，其肝脏病变的发展也较迅速。我们认为：乳糜尿合并肝硬化者，应尽早治疗乳糜尿，以阻断其间的恶性影响，给其后治疗肝硬化创造条件。例3乳糜尿治愈后，肝功能迅速好转。例4、例5以后均发生门脉高压症，例4能适时施行脾切除及分流术，挽救了生命，恢复了劳动力。例5如能及早治疗门脉高压症（如第二次入院时），也许不致因消化道大出血而死亡。

三、重症乳糜尿的诊断：

由于过去对“重症乳糜尿”没有认识，常常在临床诊治过程中把贫血，特别是把休克、肝硬化和乳糜尿分割开来，得不到正确的诊断，因而贻误治疗。我们体会：重症乳糜尿严重贫血者，常常血尿十分严重。肝硬化者蛋白尿十分严重，血尿次之。休克者，水、电解质排出量明显。其他次之。一旦对重症乳糜尿有所认识，提高警惕，根据上述特点，诊断并不困难，治疗效果也较理想。

四、关于重症乳糜尿的治疗：

在实践中我们体会到，非手术治疗很难迅速奏效。拖延时日，病情将会更加严重，长期大量消耗，机体衰竭，极易并发其他严重疾病，甚至死亡。重症乳糜尿以早日手术治疗为宜，以阻止营养物质的丢失，恢复水及电解质平衡，提高机体抵抗力，给治疗其他严重并发症创造条件。我们选择手术的指征是：1）中西医结合非手术治疗无效或仍有反复发作者；2）尿量特多，发生水及电解质平衡失调，甚至发生乳糜尿休克者；3）严重乳糜血尿无法控制，短期内造成严重贫

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

血及低蛋白血症者；4）长期休息及控制脂肪饮食仍有明显乳糜尿者；5）合并肝硬化者。

手术方法有两类：淋巴管分流术及淋巴管结扎术。理论上，前者合理，但分流术亦需同时结扎未分流的其他淋巴管，方能制止乳糜尿及预防乳糜漏。分流术对降低淋巴压有一定作用，但淋巴管管径小，流速慢，压力低，吻合后能否长期保持通畅，还有待进一步研究。彻底的淋巴管结扎术可立即制止乳糜尿，操作简单，故特别适用于重症乳糜尿。理论上，这是一种治标的方法，但长期观察，其疗效是满意的。本组四例治疗痊愈者，最短已六年，最长达17年，均无复发，说明淋巴管的自身重建是满意的。

总　结

本文报告重症乳糜尿六例，并探讨其临床症象、发病机理及治疗措施。重症乳糜尿临床少见，可发生严重体液丧失，低血容量休克，大量失血及蛋白丢失，危及病员生命。乳糜尿合并肝硬化，预后很差，二病互呈恶性影响。乳糜尿休克时，尿量较其他原因的休克为多，甚至可多于正常尿量，因尿中含有大量不来自肾单位的漏出淋巴液。所以，不能以尿量来判断休克的程度和肾功能状况。重症乳糜尿宜早日手术治疗，以便有效地制止病情发展，挽救病员生命。

胰腺损伤的治疗

第一附属医院外科　迟彦邦、詹新恩执笔

黄志强审修

胰腺损伤约占腹部外伤的1—2%，其中钝挫伤占1/3，贯通伤占2/3；贯通伤常伴有邻近的大血管伤，往往因失去救治时机立即死亡。近年来胰腺挫裂伤的发病率逐渐增多，死亡率高达20%[2]左右，若诊断延误可导致一系列严重并发症。则死亡率明显增加，当合并有十二指肠损伤时，死亡率可增致70%[1]。我院17年来（1959年11月—1976年12月）共收治胰腺损伤13例（钝挫伤10例，贯通伤2例，术中损伤1例），死亡两例，其余病例经处理后均痊愈出院。

将13例胰腺损伤伤情，治疗经过及并发症列表于下：

讨　论

（一）对胰腺损伤的认识：

胰腺横跨脊柱前，移动度甚小，上腹部闭合伤胰腺可受到挤压致伤。最典型的是汽车方向盘的损伤。一瞬间腹壁肌肉猛烈的防卫性收缩，或肋弓急剧内屈，亦可使胰腺遭受不同程度的损伤。胰腺损伤后有时症状较为隐蔽，诊断较困难，若术前不予充分注意，即使手术检查亦可能漏诊，造成严重的后果。Bracey[3]曾报导胰腺完全横断，伤后五天无症状。胰腺单纯损伤（挫伤）亦可经数周、数月、数年，当假性胰腺囊肿形成后方被发现[2]。本组例3伤后一周方被发现。通过本组13例胰腺损伤我们认为对诊断需注意下列各点：

不论作用力来自何方的上腹部钝挫伤，均应考虑有损伤胰腺的可能；单纯挫伤有时仅有轻度上腹部不适，或轻度腹部刺激症状

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