

一般由梭形细胞组成,无明显包膜,呈浸润性生长。细胞从长梭形至短梭形乃至多角形,异型性明显。核分裂象较多,平均 20~25个/10 HPF。免疫表型 V_{in} SMA肌特异性蛋白(SMA)一般阳性,癌胚抗原(CEA)、EMA、CK、CD34为阴性。而 S-100蛋白、P63等肌上皮性标记阴性。(3)化生性癌:肌上皮细胞是化生性癌的肿瘤性成分之一,提示至少一部分化生性癌的间叶成分或是由肌上皮细胞衍生来的,或是向肌上皮分化(化生)的结果。化生性癌至少有以下 3个含义:(1)癌与肉瘤成分并存,即癌肉瘤;(2)上皮成分不同类型的癌而言;(3)大汗腺癌也作为化生性癌的一种。免疫表型 P63、EMA、SMA等两者均有阳性表达,而 calponin在化生性癌中通

常阴性,在恶性肌上皮瘤中通常阳性。

(本文图 1~6见封四)

[参考文献]

[1] 赵建军,刘尚梅,蔡建强,等. 乳腺低度恶性肌上皮瘤一例[J]. 中华肿瘤杂志, 2004, 26(2): 128

[2] 孙佩蓉,包芸. 乳腺恶性肌上皮瘤一例[J]. 齐鲁肿瘤杂志, 1999, 6(3): 235.

[3] Raymond WA, Leong AS. Assessment of invasion in breast lesions using antibodies to basement membrane components and myoepithelial cells[J]. Pathology 1991, 23(4): 291-297.

[4] Khattech R, Ben Othman M, Ben Romdhane K, et al. Breast myoepithelioma: Report of a case[J]. Ann Pathol 1995, 15(2): 138-141.

[5] 刘彤华主编. 诊断病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 593.

[文章编号] 1000-2200(2007)05-0596-02

。临床医学。

外伤性膀胱破裂 15例临床分析

姜雷, 钜振民, 张振山

[摘要]目的: 探讨外伤性膀胱破裂的诊断和治疗方法。方法: 15例均行膀胱造影术结合腹腔镜穿刺术检查确诊。其中 14例行膀胱修补术, 1例行留置导尿引流术。结果: 15例均痊愈, 术后排尿通畅, 随访 3个月无排尿异常。结论: 膀胱造影术结合腹腔镜穿刺术检查是诊断膀胱破裂简单而可靠的方法。早期诊断、及时治疗是治愈本病的关键。

[关键词] 膀胱/损伤; 膀胱疾病/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 694.6 R 699.5 [文献标识码] A

膀胱破裂是泌尿系统损伤中的常见病,且多合并其它器官损伤,易被其它器官损伤或休克所掩盖而造成诊治延误。1996年9月~2004年10月,我院共收治外伤性膀胱破裂 15例,现就其诊治作一总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 15例中男 13例,女 2例;年龄 21~48岁。受伤时间 1~12 h。交通事故引起 9例;大量饮酒,跌倒后下腹部受外力所致 6例。X线检查 9例车祸患者均合并有骨盆骨折,合并肋骨骨折 2例,伴有不同程度的全身多处软组织挫伤 15例,伴失血性休克 4例。留置尿管 15例均有不同程度的肉眼血尿。用 76%的泛影葡胺 60 ml加入 300~400 ml生理盐水+亚甲蓝 20 ml行膀胱造影均提示膀胱破裂,其中行腹腔镜穿刺 14例,抽出带有蓝色血性液体 6例,考虑为腹膜内型膀胱破裂;8例未抽出蓝色血性液体,考虑为腹膜外型膀胱破裂;1例因造影剂弥

散范围较小,预留置大口径导尿管引流观察。

1.2 手术方法 休克患者给予积极抗休克治疗,对于腹膜内型膀胱破裂,均急诊手术。直接经腹腔修补膀胱破裂裂口,并放置腹腔引流管,同时探查腹腔其它器官,留置 Foley[®] 三腔导尿管 1周。其余 8例腹膜外型膀胱破裂,经腹膜外修补膀胱,放置膀胱周围引流管,留置 Foley[®] 双腔导尿管,并行膀胱造瘘。7天后拔除导尿管。术后均给予抗感染治疗。

2 结果

15例均痊愈。14例行膀胱修补术,术后 1周拔除导尿管,排尿通畅。1例留置大口径导尿管 1周后拔除,排尿无异常。

3 讨论

膀胱为盆腔内间位器官,弹性佳,空虚时不易损伤。根据病理改变与腹膜的关系,膀胱破裂可分为腹膜内型、腹膜外型和混合型三种。当膀胱高度充盈时,高于耻骨联合以上。受外力袭击,可造成膀胱破裂。本组 6例有饮酒后膀胱高度充盈病史。直接的暴力打击,使膀胱最薄弱的部位,膀胱顶部临近腹膜的区域发生破裂,许祖刚等^[1]认为,破裂口的形

[收稿日期] 2007-03-23

[作者单位] 安徽省蚌埠市第一人民医院 泌尿外科, 233000

[作者简介] 姜雷(1968-),男,主治医师。

状、长度与膀胱容量张力和诱因作用大小有关。本组 6例醉酒患者术后证实为腹膜内型膀胱破裂。腹膜外型膀胱破裂多伴有骨盆骨折, 9例腹膜外型膀胱破裂者中均合并骨盆骨折。徐教宁等^[2]认为腹膜外型膀胱破裂多由固定膀胱的韧带牵拉撕裂或骨碎片直接刺伤所致, 部位多发生在前侧壁。

腹膜内型及开放型膀胱破裂易引起腹腔感染或同时合并腹腔内其它器官损伤, 其治疗原则是纠正休克后即行手术^[3]。开放型膀胱破裂诊断不难, 但是如何尽快明确腹膜内型膀胱破裂是诊断的关键。膀胱造影是诊断膀胱破裂最有价值的方法^[4], 操作应在透视下进行, 并及时拍片。如造影剂外漏过多后, 常不易判断裂口位置和大小^[5]。单纯的膀胱造影无法区分腹膜内型膀胱破裂与腹膜外型膀胱破裂, 因此通过腹腔穿刺抽出蓝色的血性液体, 可以确定腹膜内型膀胱破裂。对于没有抽出蓝色血性液体的而膀胱造影提示膀胱破裂的患者, 应考虑为腹膜外型膀胱破裂。本组 15例均行膀胱造影, 造影剂有不同程度的膀胱外弥散, 初步判断膀胱破裂, 结合腹腔穿刺, 抽出蓝色的血性液体 6例, 可以确定腹膜内型膀胱破裂诊断, 手术后证实。9例没有抽出蓝色血性液体的患者, 但膀胱造影提示膀胱破裂, 应考虑为腹膜外型膀胱破裂。对于腹膜内型膀胱破裂, 主张采取积极的手术治疗, 同时对腹腔内其它器官进

行检查, 探查结束后分层修补膀胱裂口, 可单纯留置 Foley 三腔导尿管, 并作腹腔引流。对于腹膜外型膀胱破裂, 是采取手术治疗还是采用留置导尿的保守治疗目前尚存争议。我们认为对于造影剂弥散范围较小, 保留导尿管引流通畅且血尿程度轻, 排除有其它合并伤的患者给予保守治疗, 即采用大口径 Foley 导尿管引流, 并积极抗感染, 严密观察引流情况。反之手术探查是较为明智的选择, 手术方式根据损伤部位及程度行裂口修补术, 并作膀胱周围引流。

外伤性膀胱破裂, 结合病史及膀胱造影诊断并不困难, 但是通过腹腔穿刺, 可以进一步明确腹膜内型膀胱破裂和腹膜外型膀胱破裂的鉴别诊断, 对手术时机的选择具有重要的临床意义。

[参 考 文 献]

- [1] 许祖刚, 陈鸿钧. 醉酒后膀胱破裂 26例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999, 20(7): 395
- [2] 徐教宁, 陈方敏. 外伤型膀胱破裂 7例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14(8): 339-340
- [3] 白少雄, 白海峰, 白呈祥. 外伤性膀胱破裂的诊断与治疗[J]. 创伤外科杂志, 2002, 4(4): 242
- [4] 吴阶平主编. 吴阶平泌尿外科: 膀胱损伤[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993, 904-905.
- [5] 苏汉忠, 白培明, 傅必成, 等. 外伤性膀胱破裂 20例报告[J]. 2005, 10(2): 111-112

[文章编号] 1000-2200(2007)05-0597-02

。临床医学。

胆管探查术后 T管早期夹闭临床分析

姚海桥

[摘要] 目的: 探讨胆总管探查术后不同时间夹闭 T管对患者的影响。方法: 将 49例胆总管探查患者随机分为 A组 25例, B组 24例, A B组分别在术后 3~4天和 10~12天夹闭 T管, 对比分析患者入院及出院时的体重差别、术后主动下床活动时间、术后胆汁丢失总量。结果: 两组患者手术前后体重变化、术后开始下床活动时间及胆汁丢失量差异均有统计学意义 ($P < 0.001$)。结论: 早期夹闭 T管对患者康复明显优于晚期夹闭。单纯胆总管术后宜早期夹闭 T管。

[关键词] 胆道疾病; T管; 早期夹闭

[中国图书资料分类法分类号] R 575.7 [文献标识码] A

胆总管切开探查后, T管引流有重要的作用, 尤其在基层医院, 虽有些学者尝试胆管切开一期缝合及胆汁回输, 但临床仍未普遍推广, 尚有商榷。但是传统的 T管引流时间长, 阻断了肝肠循环, 造成大量体液、电解质及消化酶丢失, 可能影响胃肠功能的恢复, 影响消化吸收, 并可能造成水、电解质平衡紊

乱, 还可影响肠道免疫, 对患者的康复可能有很不利的影 响。为了减少和避免这些不利因素, 探讨早期夹闭 T管的可能性和优越性, 笔者设计了此项研究, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1999年 8月~2004年 5月, 49例患者在我院接受胆囊切除胆总管切开放石、T管引流术, 其中男 32例, 女 17例; 年龄 22~68岁; 胆总管结石 32例, 胆管结石合并胆管炎 17例。随机分

[收稿日期] 2007-03-16

[作者单位] 安徽省怀远县人民医院 外科, 233400

[作者简介] 姚海桥 (1969-), 男, 主治医师。