

如消化道的毛细血管扩张,肺、肝、脑的动静脉畸形;(4)阳性家族史,直系亲属中有 HHT 患者。符合以上 3 条或 3 条以上条件者可确诊为 HHT,符合其中 2 条者为疑似病例,少于 2 条者暂不考虑 HHT。本例患者虽是家族中首发病例,但符合上述四项中前三项,故诊断明确。同时,血管造影有确诊价值^[3]。本例行血管造影发现肺动静脉瘘,对明确本例患者诊断提供了重要依据。本病临床上须与各种出血性疾病、蜘蛛痣、红痣相鉴别。这些可借助三大常规、骨髓检查、心脏彩超等检查相鉴别,必要时行血管造影协助诊疗,以免临床工作中对 HHT 的误诊和漏诊。

2.3 针对 HHT 的治疗多为对症和支持治疗,目前尚无特效的治疗措施。本病重在预防,应注意保护黏膜皮肤,避免局部创伤、过度劳累、感冒、发热,以及能使血压升高、血容量增加的易诱发出血的因素。在临床工作中,对于浅表出血可局部压迫止血;内脏出血处理较困难,必要时可手术缝合或切除病变或

局部使用止血剂。慢性失血性贫血可常规补充铁剂,出血多者需输血。对肺动静脉畸形可经导管栓塞治疗,须预防脑脓肿、中风等严重并发症。本例行肺动静脉瘘栓塞治疗,一定程度上预防了上述并发症的发生。本例经止血、输血、补铁、栓塞等对症治疗后,生活质量明显提高,临床症状明显改善,至于近期及中远期预后有待进一步随访观察。

参考文献

- 1 易彦,张广森. 遗传性出血性毛细血管扩张症的研究进展[J]. 国外医学·输血及血液学分册, 2004, 27(1): 27-29.
- 2 Shovlin CL. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: pathophysiology, diagnosis and treatment[J]. Blood Rev, 2010, 24(6): 203-219.
- 3 Plauchu H, de Chadarevian JP, Bideau A, et al. Age-related clinical profile of hereditary hemorrhagic telangiectasia in an epidemiologically recruited population[J]. Am J Med Genet, 1989, 32(3): 291-297.

[收稿日期 2013-07-04][本文编辑 杨光和 韦所苏]

经尿道前列腺等离子双极电切术致膀胱爆炸一例

· 病例报告 ·

李天禄, 陈和平, 李 梦

作者单位: 402660 重庆, 潼南县人民医院泌尿外科

作者简介: 李天禄(1978-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 临床泌尿外科疾病的诊治。E-mail: 574632717@qq.com

[关键词] 前列腺等离子双极电切术; 膀胱爆炸

[中图分类号] R 61 [文章编号] 1674-3806(2014)02-0160-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.02.24

1 病例介绍

患者, 男性, 72 岁, 因“进行性排尿困难 2 年, 不能自行排尿 6 h”于 2010-02-13 入院。既往体健, 无特殊病史。心肺查体无异常, 双侧腰部对称, 双侧肾区无叩痛, 双侧输尿管行程区无压痛, 膀胱区充盈, 达耻骨上约 10 cm, 压痛。压之有排尿感, 外生殖器发育无异常, 尿道外口无异常分泌物, 双侧阴囊无肿胀, 双侧睾丸精索未触及异常。直肠指检(DRE): 前列腺约Ⅲ度增大, 质中, 无压痛, 左右侧表面光滑, 未触及包块和结节, 中央沟变浅, 指套无血迹, 肛门括约肌无松弛。国际前列腺症状评分(I-PSS): 25 分。辅助检查: 泌尿超声示前列腺增大, 约 5.8 cm ×

4.5 cm × 4.2 cm 大, 双肾轻度积水。入院诊断: (1) 前列腺增生; (2) 急性尿潴留。入院后予留置尿管, 各项术前检查均正常, 决定行经尿道前列腺等离子双极电切术。持续硬膜外麻醉成功后, 患者取截石位, 常规下腹部及会阴消毒、铺手术巾、脑外科特殊贴膜, F26 金属尿道探子经尿道外口顺利进入膀胱, 奥林巴斯 F26 镜鞘进入膀胱, 置入电切镜于膀胱, 膀胱壁内见大量小梁形成, 多个陷窝, 无结石、新生物等, 膀胱颈抬高, 前列腺重度增生, 三叶均增大。调整电切功率为 180 W, 电凝功率为 60 W, 用生理盐水灌注膀胱。开始前前列腺电切, 先于精阜近端电凝标记, 于 5 至 7 点依次电切增生之前列腺组织至前

列腺包膜,再分别于 12 至 5 点、7 至 12 点依层切除至前列腺包膜,在 12 点处电凝止血时,突然听见“砰”的响声,然后显示器视野模糊,电切镜出水通道未见液体流出,患者下腹部逐渐隆起,当时考虑膀胱破裂,立即退出电切镜,终止手术。遂改开放手术探查,探查所见:腹膜外见大量渗液,膀胱于膀胱颈处被炸裂成三块,边缘不规则。吸尽渗液,用 1/0 可吸收缝合线连续缝合修补壁裂口,将 F22 三腔尿管经尿道置入膀胱,耻骨上留置一膀胱造瘘管。术后 7 d 拔出膀胱造瘘管,术后 10 d 膀胱造瘘口封闭后拔出尿管,能自行排尿,排尿通畅,无尿失禁。随访 1 年,患者未诉特殊不适,恢复好。

2 讨论

2.1 经尿道前列腺等离子双极电切术是治疗前列腺增生重要的微创手术方法,其创伤小,并发症少,在临床上应用广泛。该手术导致膀胱爆炸在临床上十分罕见^[1]。我院发生 1 例,探讨其原因可能是:(1)前列腺增生致膀胱出口长期梗阻引起膀胱壁弹性差,入院导尿后导致膀胱壁水肿。(2)在手术过程中,电切或电凝时电解水产生了易燃或易爆的气体。等离子双极电切的工作电极与回路电极之间形成一个高能离子球体,由电离颗粒构成,能使靶组织裂解产生基本分子和低分子(如 CO、CO₂、O₂、H₂、CH₄、N₂ 等)^[2]。(3)向膀胱内灌注液体时,膀胱内混入了易燃或易爆的气体(如 O₂ 等),在膀胱顶部

提供了可燃环境。(4)电极在通电工作时产生电火花,局部环境高温。高频电刀在使用过程中发生爆炸通常需要同时具备三要素才能发生,即高温、易燃物、氧化剂^[3]。电极产生的电火花引爆了膀胱内这些易燃易爆气体,使膀胱内压瞬间剧增,导致膀胱爆炸^[4]。

2.2 预防措施及其处理。电切或电凝时产生的易燃或易爆气体虽然不可避免,但应减少气体在膀胱内的滞留,应定时排空膀胱内气体。在向膀胱内灌注液体时,应防止外界气体进入膀胱。易燃易爆气体与电火花接触时才发生爆炸,气体位于膀胱顶部,在 12 点处附近进行手术操作时,应先排空膀胱内气体,再行手术操作,避免发生爆炸。术中一旦发生爆炸,应立即停止电切,防止冲洗液经腹膜外隙或腹膜大量吸收,改开放手术修补。

参考文献

- 1 于跃平,金松,李松.经尿道前列腺电切术中及术后并发症的预防[J].中国内镜杂志,2006,12(12):1316-1318.
 - 2 杨波,姜心,周东言.经尿道等离子体前列腺切割术治疗前列腺增生 150 例报告[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(7):422-423.
 - 3 刘斯,刘荫华.高频电刀及临床安全使用[J].中国实用外科杂志,2005,25(6):383-384.
 - 4 余永斌,刘阳光,毕新刚,等.前列腺气化电切术中空气打火爆炸致膀胱破裂 1 例[J].临床泌尿外科杂志,2010,25(2):II.
- [收稿日期 2013-11-26][本文编辑 黄晓红 韦颖]

护理研讨

支气管激发试验阳性患者变应原皮试的临床探讨

覃松梅, 刘航, 秦志强, 谢宇萍, 陆爱玲

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院呼吸内科

作者简介: 覃松梅(1970-),女,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:呼吸内科临床护理。E-mail:qinsongmei2006@163.com

[摘要] 目的 了解支气管激发试验阳性患者对 14 种吸入变应原(过敏原)过敏的分布状况和相关性。

方法 选取 366 例支气管激发试验阳性患者进行变应原皮试。**结果** 366 例患者中 297 例对 14 种变应原试验阳性,总阳性率为 81.1%;过敏原以屋尘、粉尘螨、多价昆虫、春季花粉 I 等为主;其中对 6 种及 6 种以上变应原过敏的患者占 35.7%。皮试阳性组患者与皮试阴性组患者吸入使第一秒用力呼气容积(FEV₁)下降 20% 的乙酰甲胆碱累积剂量(PD₂₀FEV₁)差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 支气管激发试验阳性患者最常见的过敏原为屋尘、粉尘螨、多价昆虫、春季花粉 I 等;PD₂₀FEV₁ 与变应原皮试检出阳性率可能存在相关性。