

复发或转移。

膀胱 SC 预后主要因素包括临床分期、手术范围、肿瘤大小、淋巴结是否转移等。本例患者 TURBt 术后随访 2 年无复发与上诸多因素相关:肿瘤小,发现早,术后病理肿瘤未侵及浆膜层;CT 未见淋巴结转移,肿瘤未侵及膀胱壁外组织;术中将肿瘤周围 1 cm 正常黏膜切除,深达浆膜层,切除范围广;术中即刻膀胱灌注化疗。综上均有助于预后,提高长期无瘤生存时间。

对于早期、无转移,未侵及膀胱深肌层的 SC, TURBt 是否是可成为供选择的术式,还有待今后进一步总结。但需要强调的是,膀胱 SC 行保留膀胱的术式后,应更加密切随访,建议 1~2 年内每 2~3 个月膀胱镜+活检,一旦复发仍以根治性膀胱切除为首选治疗方式。

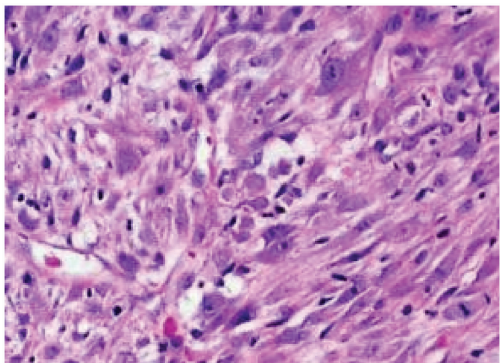


图 1 细胞丰富,细胞核大小不一,异型显著 HE 染色 ×400

### 参考文献

- 1 吕向东,凌立新,汪露祥,等.膀胱癌肉瘤报告结合文献分析.临床中老年保健,2003,6(2):110-113.
- 2 Antonelli A, Simeone C, Ferrari V, et al. Durable and complete remission of a metastatic bladder sarcomatoid carcinoma with chemotherapeutic and surgical treatments. Arch Ital Urol Androl, 2006,78(2):67-70.
- 3 Lezama-del Valle P, Jenkins GR, Rao BN, et al. Aggressive bladder carcinoma in a child. Pediatr Blood Cancer, 2004,43(3):285-288.
- 4 Masue T, Taniguchi M, Takeuchi T, et al. A case report of sarcomatoid carcinoma of the bladder with metastasis to small intestine. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi, 2005,96(6):640-643.
- 5 Kawamura N, Kakuta Y, Fukuhara S, et al. Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder: report of a case. Hinyokika Kiyo, 2007,53(10):713-716.
- 6 Arenas LF, Fontes DA, Pereira EM, et al. Sarcomatoid carcinoma with osseous differentiation in the bladder. Int Braz J Urol, 2006,32(5):563-565.
- 7 戚晓平,陈贵平,金伟峰.膀胱肉瘤样癌 3 例及文献复习.中国肿瘤临床,2007,34(2):110-111.
- 8 罗宏,叶学正,丁容,等.膀胱肉瘤样癌二例报告.中华泌尿外科杂志,2006,27(4):247-249.
- 9 胡自力,冷志,张唯力,等.膀胱肉瘤样癌的临床病理分.重庆医科大学学报,2005,30(1):151-153.
- 10 陈贵平,戚晓平,史时芳,等.膀胱肉瘤样癌的诊断与治疗.实用肿瘤学杂志,2005,19(3):183-185.

(收稿日期:2008-11-25)

(修回日期:2009-03-09)

(责任编辑:李贺琼)

## · 个案报告 ·

# 输尿管镜碎石术后感染性休克 1 例诊治体会

李 博 顾 恒 叶大文

(解放军第 123 医院泌尿外科,蚌埠 233015)

中图分类号:R693+.4

文献标识:D

文章编号:1009-6604(2010)04-0342-02

### 1 临床资料

患者女,71 岁。于 2009 年 3 月 3 日因“反复右腰腹部疼痛半年”,B 超提示右输尿管下段多发结石入院。查体:生命体征平稳,心肺无明显异常。腹平软,无压痛、反跳痛;双肋脊角对称,双肾区不饱满,

双肾未扪及,右肾区叩痛(±),左肾区无叩痛;耻骨上区不充盈,无压痛。双下肢无水肿。尿常规提示白细胞 136/μl;中段尿细菌培养+药敏试验提示无细菌生长;KUB+IVP 及泌尿系 B 超均提示右输尿管下段多发结石伴右肾积水;血常规、生化全项(肝肾功能、电解质、心肌酶谱及血脂分析)及心电图、

胸片均正常。术前予以预防性抗感染(盐酸左氧氟沙星 0.2 g 静脉滴注,每日 2 次)4 天,未复查尿常规。于 2009 年 3 月 7 日在硬膜外麻醉下行输尿管镜碎石术。术中见患侧尿液浑浊,结石被息肉包裹,以活检钳夹除息肉,在 2 bar(1 bar = 0.1 MPa)压力下以 1 mm 弹道碎石探针碎石,患侧留置 F<sub>5</sub> 双 J 管,手术顺利,手术时间 50 min。术后予以抗感染(同术前)、止血及补液治疗。术后 3 h 突然出现寒战、高热,体温最高达 40.5 ℃,血压 85/50 mm Hg,心率 110 次/min,临床诊断为感染性休克,立即行血及尿细菌培养和药敏试验,急查血常规示白细胞  $28.7 \times 10^9/L$ ,中性 95.0%;生化全项提示乳酸脱氢酶 352 U/L(正常值 109 ~ 245 U/L),肌酸激酶 1219 U/L(正常值 15 ~ 110 U/L)。根据血气分析给予抗休克治疗,同时静脉快速输液。在补足血容量的基础上使用血管活性药物(多巴胺)维持血压稳定,同时联合抗感染(盐酸左氧氟沙星 0.2 g、头孢哌酮舒巴坦钠 3 g 静脉滴注,每日 2 次)治疗;给予碳酸氢钠维持酸碱平衡并加强营养支持治疗。血及尿细菌培养结果均为无细菌生长。经抗感染、抗休克及对症支持治疗 12 h 后血压逐渐回升至 100/60 mm Hg,体温降至 38 ℃ 以下,心率 < 100 次/min。术后第 6 天复查血、尿常规及生化全项均正常,于术后第 8 天出院。随访 1 个月,无腰腹部疼痛,无血尿,无畏寒、发热,于术后第 28 天顺利拔除双 J 管。

## 2 讨论

感染性休克是输尿管镜碎石术后严重并发症之一,发生率比较低,不易引起医务人员重视。一旦出现,若处理不当就会危及患者生命。其发生原因主要有以下几方面:①术前存在尿路感染未能有效控制。②手术操作未严格遵循无菌原则或手术器械灭菌不严格,造成医源性感染。③术中损伤输尿管黏膜甚至穿孔,破坏了生理屏障造成尿外渗、感染。④术中为了保持视野清楚,通常采用高灌注压力冲洗,而灌注压力过高,往往导致肾盂内压力增高,进而出现肾小管、淋巴管、小静脉、肾窦部反流,使毒素或细菌进入血液循环,导致反流性感染,出现严重的全身中毒症状或休克,同时形成脓性肾炎破坏肾功能,而

各种炎性因子的释放导致全身炎性反应综合征,容易发生多器官功能障碍<sup>[1-3]</sup>。⑤术后引流不畅,尿路梗阻。该患者术前合并上尿路梗阻,且伴有尿路感染,而梗阻未解除导致抗感染治疗效果不佳,经预防性抗感染治疗后未复查尿常规,治疗效果不确定;同时该患者为多发结石合并息肉,手术时间相对较长,且术中见尿液浑浊,导致视野不清楚,为方便手术操作而增加了灌注压力,灌注压增高亦增加了毒素或细菌逆行进入血循环的几率,进而导致该患者感染性休克的发生。

由于感染性休克晚期病死率很高,因此早期诊断极为重要。术后如出现下列症状,要警惕感染性休克的发生:①体温骤升或骤降,突然高热、寒战或体温达 38 ~ 40 ℃;②神志的改变,如反应迟钝、表情淡漠、烦躁不安、嗜睡、大小便失禁等;③皮肤的改变,皮肤潮红或湿冷发绀;④血压低于 80/50 mm Hg 或原有高血压者下降 20% 或下降 20 mm Hg,脉压 < 30 mm Hg,心率快;⑤少尿;⑥血乳酸脱氢酶、肌酸激酶升高。在该患者的诊疗过程中,因症状较典型,发现及时,诊断明确,治疗上予以积极补充血容量,有效控制感染及纠正酸中毒,同时予以早期大剂量应用激素,经积极治疗后,病情逐渐趋于稳定,康复出院。通过本例患者的诊治,我们认为,为减少或防止术后感染性休克的出现,术前需认真询问病史和体检,术前常规查尿常规,行尿细菌培养,术前常规应用抗生素,术中尽量使用低压灌注,以视野能看清即可,避免高压灌注引起反流;术后常规留置双 J 管,保证引流通畅;术后密切观察患者生命体征,做到及时发现,及时诊断,及时治疗。

## 参考文献

- 1 马鸿钧,李天维,周成刚. 输尿管镜诊疗术后的感染防范. 中国内镜杂志, 2004, 10(1): 31 - 32.
- 2 谢晋良,祖雄兵,肖俊威,等. 急性上尿路梗阻并感染性休克的急诊手术引流. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(2): 88 - 89.
- 3 韩金利,谢文练,许可慰,等. 急性输尿管结石梗阻合并严重感染的微创治疗. 中国微创外科杂志, 2008, 8(5): 435 - 436.

(收稿日期: 2009 - 04 - 13)

(修回日期: 2009 - 07 - 20)

(责任编辑: 王惠群)