

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2011.04.012

22例膀胱破裂的诊断及治疗体会

马玉生 许孝新 杨国强 焦念辉 李伟光 张立刚

(临朐县人民医院,山东 临朐 262600)

摘要 目的 探讨膀胱破裂的诊断及治疗方法。方法 回顾性分析22例膀胱破裂的诊断及治疗过程。结果 3例膀胱破裂探查确诊,19例应用导尿及膀胱注水试验,膀胱内注入美兰、腹穿、膀胱逆行造影、超声、CT等检查明确诊断;手术治疗19例,非手术治疗3例,效果良好。结论 膀胱破裂首先积极抗休克治疗,同时修补膀胱,导尿及膀胱注水实验是最简单实用的诊断方法,结合腹穿及膀胱内注入美兰更能明确诊断,膀胱逆行造影是最可靠的方法,但同时应考虑病人的病情,超声、CT检查膀胱破裂有一定临床价值。

关键词 膀胱破裂;诊断;治疗;手术

中图分类号:R694+6 **文献标识码**:B **文章编号**:1000-9760(2011)08-262-02

膀胱为盆腔内腹膜外脏器,四周有骨盆保护,一般情况下不易受到损伤。膀胱损伤约占泌尿系损伤的11%~30.6%。但创伤性膀胱破裂多合并有其他部位的损伤,早期易被其他损伤或休克出现的症状所掩盖,容易忽视了膀胱损伤的存在;自发性膀胱破裂缺乏特异表现,在早期易被误漏诊,延误治疗。我院近3年来共收治膀胱破裂病人22例,现将其诊断和治疗体会分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男19例,女3例;年龄20~62岁,平均年龄41岁;自发性膀胱破裂6例,均为酒后,创伤性膀胱破裂16例;高处坠落伤1例,挤压伤2例,砸伤2例,交通事故损伤11例;就诊时间30'~3d;腹膜外型膀胱破裂5例,腹膜内型膀胱破裂14例,混合型3例;单纯性膀胱破裂6例,伴有其他器官损伤16例,12例合并创伤失血性休克,肝破裂1例,脾破裂1例,骨盆骨折10例,后尿道断裂3例,四肢骨折5例,脑外伤1例,肠及肠系膜挫裂伤2例,合并妊娠1例,其中最严重的一例合并骨盆骨折、肠系膜挫裂伤及膈肌破裂。

1.2 诊断方法

剖腹探查发现膀胱破裂2例。1例病人以尿痛、血尿就诊,行泌尿系超声检查,膀胱持续无尿,发现腹腔内积液,即向膀胱逆行灌注生理盐水,再行超声检查,发现膀胱仍尿液不多,腹腔积液增多而诊为膀胱破裂。先行导尿患者19例,4例导尿管不能进入膀胱,1例既往有排尿困难病史,考虑陈旧性尿道狭窄,另3例伴有骨盆骨折,考虑骨盆

骨折合并后尿道断裂,行膀胱造瘘、尿道会师术明确膀胱破裂;导尿顺利15例,一般初始尿液血色较浓,后转为淡红色;4例自发性膀胱破裂病人,行膀胱逆行造影,发现造影剂溢入腹腔,1例自发性膀胱破裂病人,以尿少、腹胀入院,腹穿穿出淡黄色液体,导尿后导出大量尿液,且腹胀减轻。其他10例行腹腔穿刺,穿出淡红色血性积液7例,向膀胱内逆行注入美兰溶液,再行腹腔穿刺,6例穿出淡蓝色液体,腹腔穿刺隐性1例,行膀胱探查发现膀胱破裂;2例女性骨盆骨折病人,1例男性骨盆骨折病人,导尿后导出血性尿,后尿液渐转清,行超声、CT检查,排除尿道及肾脏损伤,据超声、CT影像诊为膀胱破裂。

1.3 治疗

有创伤失血性休克表现的,首先输液、输血,纠正休克。19例患者采用手术治疗,行膀胱破裂处修补;合并骨盆骨折10例,伴后尿道断裂病人3例行尿道会师术,探查腹腔,修补损伤,清除腹腔内积血积液,放置腹腔及耻骨后间隙引流管,6例放置膀胱造瘘管。6例自发性膀胱破裂,常规放置腹腔引流管,2例放置耻骨后引流管,1例放置膀胱造瘘管,其余3例,放置腹腔引流管2例,耻骨后引流管1例。仅行导尿3例。全部病例保证尿液引流通畅。合并其他损伤的,积极处理其它伤情。

1.4 结果

22例病人膀胱损伤顺利恢复。腹腔引流管拔管时间3~5d,耻骨后引流管拔管时间3~7d,导尿管根据伤情确定拔管时间。1例陈旧性尿道狭窄病人二期行尿道狭窄切除吻合术。3例后尿道断裂病人,2例拔尿管后行尿道扩张术恢复。

2 讨论

膀胱破裂根据病理改变和与腹膜的关系分为腹膜外型、腹膜内型和混合型;根据性质可分为自发性膀胱破裂、创伤性膀胱破裂。本组病例包含有 6 例自发性膀胱破裂,均无明显外伤史,共同点是酒后,经手术证实膀胱无病理性改变。膀胱破裂的诊断并不困难,但在发病早期,由于膀胱破裂多合并有其他部位的损伤,早期易被其他损伤或休克出现的症状所掩盖,容易忽视了膀胱损伤的存在,延误诊断。腹膜内型膀胱破裂,尿液进入腹腔,腹膜刺激征明显,易被误诊为急腹症,该种情况多见于自发性膀胱破裂^[1-2];外伤性膀胱破裂患者合并伤多,病情重,易误诊^[3]。

导尿是诊断膀胱破裂的最简洁手段。应注意尿管是否顺利进入膀胱及导出尿液的颜色或是否导出尿液。如在短时间内导出大量血性尿液,应高度怀疑腹膜内型膀胱破裂,说明腹腔内积液经膀胱裂口进入膀胱。进一步检查再行膀胱注水试验,膀胱注水实验是简单有效的方法。行膀胱注水实验时,应冲洗膀胱内血凝块,膀胱注水应在 300~500ml,不应过少,能避免假阳性。在此基础上行腹穿或耻骨上穿刺,若穿出淡血性液体或尿液,能进一步明确膀胱破裂的诊断;若向膀胱内注入美兰溶液后,腹穿或耻骨上穿出带有美兰的液体,则膀胱破裂肯定无疑。但在膀胱裂口小、逼尿肌收缩或组织块阻塞、裂口周缘水肿等原因时,可出现膀胱注水试验阴性的结果^[4]。

膀胱逆行造影是诊断膀胱破裂最可靠的方法,此方法阳性率高,阳性率可达 85%~100%^[5]。本组有 4 例自发性膀胱破裂患者,行膀胱逆行造影,准确率 100%。笔者认为,该方法虽然阳性率高,但对复合伤病人来说,病情重,不适合搬动,尽量以简单方法检查为佳。

超声检查膀胱破裂典型的声像图是:膀胱壁连续性中断,见裂隙,壁增厚,充盈不良,腹腔积液等声像改变,并且能够发现腹腔内其他脏器的损伤。但在膀胱不能充盈时,超声检查往往不能进行,超声下膀胱注水能弥补以上缺憾。超声下膀胱注水试验诊断膀胱破裂,一方面可避免膀胱注水试验出现的假阴性、假阳性,以提高膀胱破裂的准确率,另一方面,超声可同时了解膀胱内和腹腔内脏器损伤情况^[5]。本组 1 例病人以尿痛、血尿就诊,行泌尿系超声检查,膀胱持续无尿,发现腹腔内积液,即向膀胱逆行灌注生理盐水,再行超声检查,发现膀胱仍尿液不多,腹腔积液增多确诊。CT 检查能发现

腹腔内积液,膀胱充盈不良,而腹腔内其他器官正常,此时应考虑到膀胱破裂的可能,膀胱挫伤或膀胱内血凝块也支持这一诊断,如 CT 发现膀胱壁缺损或呈“泪滴状”畸形则可明确诊断,根据积液的分布不同还可进行膀胱破裂的分型^[6]。本组 3 例膀胱破裂病人,经超声或 CT 检查,排除其他脏器损伤,经膀胱超声、CT 影像明确诊断。

创伤性膀胱破裂多合并有骨盆骨折和其他脏器损伤,多伴有创伤失血性休克,应积极抢救治疗。外伤性膀胱破裂的治疗包括手术治疗和保守治疗,我们更倾向于在积极抗休克的同时早期手术治疗,不仅早期修补膀胱,减少尿液外渗,而且能及时处理其它合并损伤。膀胱破裂的手术原则是:修补膀胱、膀胱造瘘、耻骨后间隙引流^[5]。对腹膜内型膀胱破裂,由于尿液进入腹腔,因此应清除腹腔内积液,同时放置腹腔引流管,耻骨后间隙是否放置引流管,应根据情况而定,如同时伴有骨盆骨折,以放置引流管为宜;腹膜外型膀胱破裂,尿液亦可逆渗入腹腔,是否放置引流应根据腹腔积液情况而定,但耻骨后间隙应常规放置引流。膀胱是否造瘘,应根据膀胱损伤程度定夺,如果估计尿管能充分引流尿液,可不放造瘘管,但伴有后尿道断裂或周围其他器官损伤时,最好膀胱造瘘。术后保持各管道通畅,并应用抗生素。保守治疗应具备的条件是:1) 伤后 12h 内确诊单纯性膀胱破裂;2) 生命体征平稳,无需手术探查腹部其他脏器损伤;3) 膀胱裂口小,无明显出血;4) 泌尿系感染,能置入粗导尿管;5) 伤后观察尿素氮无明显升高。本组 3 例患者行单纯导尿,预后良好。但应密切观察尿管通畅情况及尿液颜色,严密监测病情变化,加强抗感染治疗。如病情恶化,积极手术治疗。

参考文献:

- [1] 郝洪增,王立辉.膀胱破裂 2 例误诊报告[J].临床误诊误治,2005,18(12):880.
- [2] 刘桂彬,强万明,王建宇,等.35 例创伤性膀胱破裂的诊治[J].中华创伤杂志,2000,16(9):527-528.
- [3] 苏汉忠,白培明,傅必成,等.外伤性膀胱破裂 20 例报告[J].现代泌尿外科杂志,2005,10(2):111-112.
- [4] 王凤,石峻,张全,等.膀胱破裂 47 例报告[J].临床泌尿外科杂志,1995,10(1):33-34.
- [5] 陈镇钊,庄小艺,陈超平.B 超下膀胱注水试验在诊断膀胱破裂中的临床应用[J].中华创伤杂志,2005,21(6):403.
- [6] 孔凡彬.闭合性腹膜内型膀胱破裂的 CT 诊断[J].中华放射学杂志,2000,34(9):630-632.

(收稿日期 2011-05-25)