

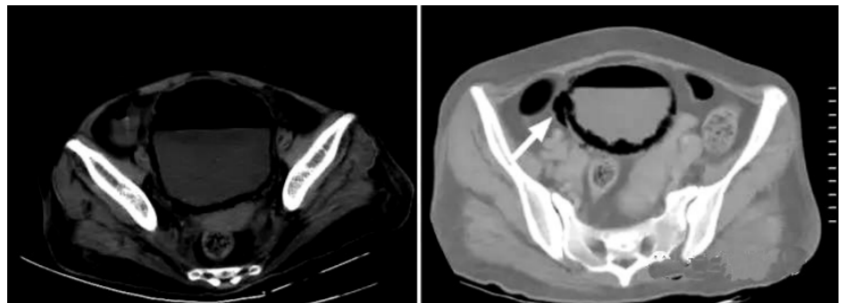
医学影像

# 少见膀胱炎性病变的影像诊断和鉴别

## 气肿性膀胱炎

气肿性膀胱炎是产气细菌感染膀胱后,膀胱壁内产生大量气体,气体可弥散于膀胱壁内或经破裂的膀胱壁逸出至膀胱外及膀胱外。  
气肿性膀胱炎多发生于老年女性,好发于糖尿病或全身衰竭的患者。本病与尿路梗阻也有一定关系,约有20%为尿路梗阻所引发。气肿性膀胱炎临床症状缺乏特异性,多似其他膀胱炎表现,气尿为本病的特征性临床表现,但发生率较低。气肿性膀胱炎病死率较高,及时准确诊断尤为重要。

膀胱壁内气体影是诊断气肿性膀胱炎的重要依据(如图)。CT可较好地显示膀胱壁内外气体影,CT薄层扫描、多平面重建或调节窗宽、窗位对发现膀胱壁内微小气泡具有重要意义。



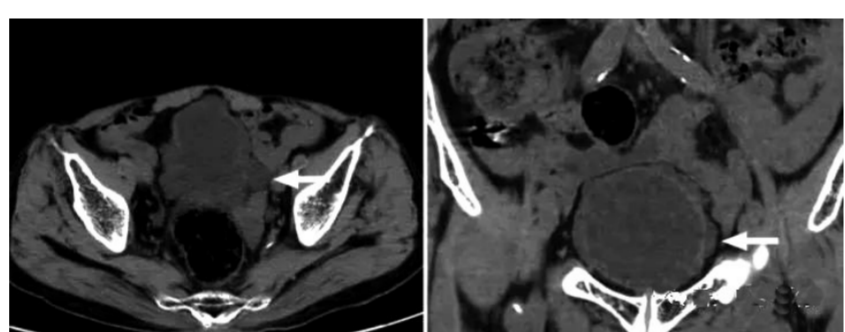
## 腺性膀胱炎和囊性膀胱炎

研究认为,腺性膀胱炎和囊性膀胱炎是增生与化生同时存在的病变。  
腺性膀胱炎为上皮增生内凹,其内出现裂隙,或形成分枝状或环状管腔,中心出现腺性化生形成腺体结构,与此同时存在淋巴细胞和浆细胞浸润,因此称之为腺性膀胱炎。

囊性膀胱炎常累及整个膀胱壁,囊腔可向膀胱腔内生长,也可向膀胱壁外生长。CT主要表现为膀胱壁内多发大小不等囊状影,膀胱壁呈“串珠”状,部分囊腔明显突向膀胱腔外;少部分囊腔与膀胱腔相通,似憩室样改变。囊性膀胱炎常累及输尿管开口,因此常伴有肾盂及输尿管积水(如下图)。



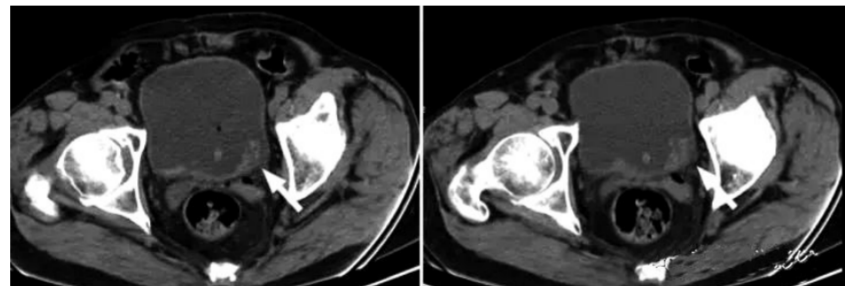
在这个过程中,如果仅见管腔内黏液淤积,导致腺腔逐渐扩大而形成囊腔,但未见腺性化生,则称为囊性膀胱炎。  
可以认为腺性膀胱炎与囊性膀胱炎是同一病理过程的不同阶段或程度。在临床病理检测中,也常见二者混合存在,有时合称为腺囊性膀胱炎。  
单纯腺性膀胱炎和囊性膀胱炎在CT上有不同的表现。  
腺性膀胱炎在CT上常呈隆起性病变或膀胱壁局限性增厚,病变也可以累及整个膀胱壁,但大部分病例病灶比较局限,增强扫描均表现为无明显强化或轻度强化,与周围正常膀胱壁强化基本一致或强化轻度高于膀胱(如上图)。这也是和膀胱癌相鉴别的一个主要区别点。  
腺性膀胱炎术后易复发,因此,术后对腺性膀胱炎患者应密切随访。腺性膀胱炎抗炎治疗后病变可缩小。



## 嗜酸性膀胱炎

嗜酸性膀胱炎CT影像特点为以嗜酸性粒细胞为主的透壁炎症浸润膀胱壁,并伴有不同程度的纤维化和肌肉坏死。

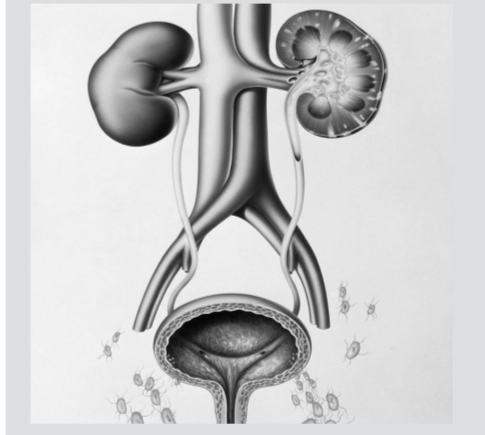
嗜酸性膀胱炎纤维化期,膀胱中度强化,病灶随时间延迟时呈渐进性增强。嗜酸性膀胱炎纤维化期,膀胱缩小。



## 泌尿系统结核

泌尿系统结核通常由肾结核向下蔓延累及膀胱。膀胱结核的直接病因是结核杆菌的感染。膀胱结核早期病变多位于一个或两个输尿管入口区,表现为结核性肉芽肿,CT表现为膀胱壁上小结节;随着病情加重,会有膀胱渗出液、溃疡、纤维化和挛缩膀胱壁,病变可累及整个膀胱,甚至会出现自发性穿孔。CT检查可见由溃疡和水肿所致膀胱壁弥漫性均匀或不均匀增厚。

慢性期,可见由于纤维化导致的挛缩的厚壁膀胱。膀胱结核可伴有瘘或者窦道形成,CT对其有较好的显示。



## 医学检验

氯氮平(CZP)的活性位点主要位于C-N键,因为在此处的扭曲程度大,具有更好的反应活性。CZP具有极少的锥体外系副作用,以及有效的抗精神病症状作用,其应用被誉为精神治疗史上的一大飞跃。其治疗难治性精神分裂症的安全性、功效等,都优于传统的抗精神病药物,是治疗难治性精神分裂症的“金标准”和“最后手段”。

# 批量和外送检测氯氮平血药浓度时的样本处理方式

李庆丽 郭新胜

但是,CZP的用药剂量、血药浓度以及疗效等,都存在着巨大的个体差异(最大可能相差47倍以上),因此监测CZP血药浓度对精神分裂症的临床精准治疗有重要意义。

目前,测定CZP血药浓度的方法主要是色谱法,其中高效液相色谱法(HPLC)在临床上使用最为广泛。

HPLC灵敏度高,特异性强;但因受检测方法本身限制,前期处理费时,往往需要批量检测才能显示其优势。另外,因需要高效液相色谱仪等专用设备,价格昂贵,基层医院往往受限,不能开展相关检测工作,需要送到有条件的医院或第三方检测机构。如果需要批量处理或外送检测,标本怎样处理,在什么条件下存放合适?诸多问题困扰临床多年。

我们医院的“物质依赖与精神药理”团队,专门组织相关专家,对此进行了多维度研究。

研究结果发现:

一、使用不含添加剂的普通真空采集系统得到的标本,无论是否分离血凝块,无论是在室温还是4摄氏度条件下存放24小时,CZP和N-CZP(去甲氯氮平)血药浓度结果稳定(概率>0.05)。

二、空腹采集的血样凝固、离心后,将血清分离,密封存放容器中;在零下30摄氏度~零下20摄氏度环境温度条件下,冷冻贮存3个月,血清CZP和N-CZP浓度保持稳定(概率>0.05);但冷冻贮存6个月时,血清CZP和N-CZP浓度显著升高(概率<0.05)。

三、如果按CZP检测的操作规程所要求的血清体积(0.50毫升)定量存储,在零下20摄氏度条件下,冷冻存储180天结果无差异(概率>0.05)。

总之,这一多维度研究提示,普通样本无论是否分离血凝块,无论是在室温还是4摄氏度环境,均适合样本的短期存放(24小时内)。如需批量检测或外送检测,建议分离血清后,零下30摄氏度~零下20摄氏度冷冻密封贮存,但不宜超过180天;如果使用定量存储方式,6个月结果稳定,适合样本长期存放和批量处理。

(作者供职于新乡医学院第二附属医院)

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《见证》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《典型案例》《图说》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1-3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛  
电话:(0371)85967338  
投稿邮箱:343200130@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生计生委8楼医药卫生报社编辑部

(新乡医学院医学影像中心供稿)

# 结核病防治论坛之二十四

# 如何避免“病例漏报、漏诊”

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所副所长 马丽萍

结核病是最古老的传染病之一,世界各国一直在与其斗争。多年来,诊断方法、药品、技术都在更新,但结核病依然是全球致死病因之一。  
当前,全球防治结核病的挑战主要来自“病例漏报、漏诊”以及“全球仅有20%的耐药结核病患者获得治疗”等。  
近期,我国对结核病疫情进行了调查,发现多地、多个医疗单位结核病疫情报告漏登、漏报情况严重。这严重影响结核病疫情的控制。  
**发现结核病患者应如何上报?**  
结核病属于乙类传染病。国家

传染病疫情报告制度要求:各级医疗、防疫机构要按照专业分工,承担责任范围内突发传染病疫情监测、信息报告与管理工作。责任报告单位和责任疫情报告人发现乙类传染病,应于24小时内进行网络报告。  
各级疾病预防控制中心、各类医疗机构和采供血机构均为责任报告单位;其执行职务的人员、乡村医生和个体开业医生均为责任疫情报告人。凡在各级各类医疗卫生机构确诊的肺结核患者和疑似肺结核患者均为上报对象。  
各级、各类医疗机构应当对肺结核可疑症状者及时进行检查,对发现

的确诊和疑似肺结核患者应当按照有关规定进行疫情报告,并将其转诊到患者居住地或者就诊医疗机构所在地的结核病定点医疗机构。  
**发现结核病患者不上报会受到什么样的处罚?**  
凡肺结核患者或疑似肺结核患者确诊后,实行网络直报的责任报告单位应在24小时内进行网络报告;未实行网络直报的责任报告单位,应于24小时内寄出或送出“传染病报告卡”给属地疾病预防控制中心。  
县(区)级疾病预防控制中心收到无网络直报条件责任报告单位报

送的“传染病报告卡”后,应于2小时内通过网络直报进行报告。  
传染病报告实行属地化管理。“传染病报告卡”要由首诊医生或其他执行职务的人员填写。针对现场调查时发现的传染病例,可由属地结核防治机构的现场调查人员填写“传染病报告卡”。  
县级以上地方卫生行政部门未履行肺结核疫情报告职责,或者瞒报、谎报、缓报肺结核疫情者,由上级卫生行政部门责令改正,通报批评;造成肺结核传播、流行或者其他严重后果的,对负有责任的主管人员和其他直接责任人员,依法给予行政处

分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。  
疾病预防控制中心的职责是收集、分析信息,监测肺结核疫情;及时准确报告、通报疫情及相关信息;开展流行病学调查、疫情处置等工作。只有根据及时、准确的疫情报告数据,疾病预

防控制机构才能获得及时、准确的监测信息,从而为政府提供结核病发生、发展信息,为政府提供决策依据。

**结核病防治论坛**  
开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国