在口腔医学多领域中得以应用，因此在正畸临床上寻求一种既能保护釉质又能保全托槽的去除正畸托槽的技术具有一定临床意义。本研究结果显示：①利用激光技术可以安全有效地去除陶瓷托槽。激光照射较适宜的条件是激光照射功率在3W，其托槽脱落时间在2 s内，髓腔温度变化在5度以内；②外力增加对其影响较小；若使用黑色涂剂可减少反射、增强吸收、使托槽脱落时间降低。但本实验是离体实验，其在临床应用时的实际效果还有待于进一步研究，还需与国外进行比较。

参考文献：

[1] Dumore T, Fried D. Selective ablation of orthodontic composite by using submicrosecond IR laser impulse with optical feedback[J]. Lasers Surg Med, 2000, 27(2): 103-110.
[2] Karamouzos A, Athanasiou A E, Papadopoulos M A. Clinical characteristics and properties of ceramic brackets: A comprehensive review[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1997, 112(1): 34-40.
[3] 徐恒昌，王鸿颖，王 同. 探讨釉质粘和机制中的几个问题[J]. 中华口腔科杂志，1981，16(1)：6-10.
[4] Bishara S E. Ceramic brackets and the need to develop national standards[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2000, 117(5): 595-597.
[5] Bradburn G, Pender N. An *in vitro* study of the bond strength of two light-cured composites used in the direct bonding of orthodontic brackets to molars[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1992, 102(5): 418-426.
[6] Tocchio R M, Williams P T, Mayer F J, *et al*. Laser debonding of ceramic orthodontic brackets[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1993, 103(2): 155-162.
[7] 赵福运. 实用激光治疗学：激光在口腔、耳鼻喉、皮肤科的应用[M]. 北京：北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社，1997：20-21.
[8] Selzer S, Bender I. The dental pulp. Biologic consideration in dental procedures[M]. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1984: 201.
[9] Obata A, Tsumura T, Niwa K, *et al*. Super-pulse CO2 laser for bracket bonding and debonding[J]. Eur J Orthod, 1999, 21(2): 193-198.

（编辑 郭建秀）

文章编号：1000-5404(2007)21-2063-01

个案与短篇

回肠代膀胱自发性破裂误诊为急性胆囊炎1例

孙 刚，蒋小春，王梦炎 （解放军113医院普通外科，宁波 315040）

1 临床资料

患者，男性，65岁，1999年在外院行膀胱镜检查提示膀胱癌，因肿瘤小，行膀胱部分切除。2000年因肿瘤复发在我院泌尿科行膀胱癌根治、回肠代膀胱术。2006年2月因右上腹持续性疼痛12 h来我科就诊。查体：急性痛苦面容，腹平，右上腹部明显压痛、反跳痛及肌紧张，Murphy征阳性，肠鸣音弱。腹部B超示急性胆囊炎，胆囊肿大，胆囊周围积液，胆囊穿孔？血常规示白细胞总数20×10^9/L。拟诊：急性胆囊炎，胆囊穿孔？急诊行剖腹探查，见右肝下较多黄色积液，胆囊充血、水肿，不过胆囊壁完整，但胆囊底部与一段小肠致密黏连，下方2 cm处有一长约3 cm破裂口，伸入手指探查小肠呈纵行，肠壁菲薄，上下两端均为盲端，与周围均不相通。结合手术史，考虑回肠代膀胱自发性破裂的诊断明确，行破裂口修补、造瘘及腹腔引流术，痊愈出院。

2 讨论

回肠代膀胱是膀胱癌根治术中尿道重建的经典术式，其目的是期望新膀胱接近正常生理状态，术后能用导尿管自腹壁造瘘口自行排尿。但经回肠制作的贮尿囊与膀胱结构不同，新膀胱无神经系统[1]，并且新膀胱的回肠壁肌层少，排尿时主要依靠压力差，这样导致剩余尿增多，膀胱容量增大，新膀胱逐渐代偿性扩张，肠壁越来越薄。再有回肠代膀胱术后患者尿液中常有大量的黏液。周玉虹等[2]报道，回肠代膀胱术后，肠黏液分泌第7天达高峰，随后逐渐回落。但无长期研究的结果。追溯病史，本例患者回肠代膀胱术后长期有黏液阻塞导尿管的现象。况且本次术后覃状造瘘管也多次被肠黏液阻塞。因此，患者回肠代膀胱容量扩大导致肠壁逐渐变薄，以及持续较多分泌肠黏液是回肠代膀胱自发性破裂的主要原因。由此可见回肠代膀胱术中剩余尿的解决及肠黏膜的处理非常重要[3]。两者的改善将有利于减少术后并发症、提高患者的生活质量。

关键词：回肠代膀胱；自发性破裂
中图法分类号：R619 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1993：825-827.
[2] 周玉虹，张 伟，韩远萌，等. 回肠代膀胱术后患者代膀胱肠黏液分泌规律的研究[J]. 中华护理杂志，2004，8(39)：571-572.
[3] 张晓玲. 腹腔镜下膀胱全切和原位回肠代膀胱术的护理[J]. 实用临床医药杂志(护理版)，2006，2(2)：70-71.

（编辑 王小寒）

作者简介：孙 刚(1976-)，男，四川省资阳市人，硕士研究生，主治医师，现在第三军医大学西南医院普通外科，主要从事胃肠肿瘤及肝胆外科方面的基础与临床方面的研究。电话：(023)65399002

收稿日期：2006-12-28；**修回日期**：2007-05-20