维普资讯 http://www.cqvip.com

[2] Balsara K P, Dubash C, Shah C R. Pseudoaneurysm of the hepatic artery along with common bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy. A report of two cases[J]. Surg - Endosc, 1998, 12(3): 276 - 277.
[3] Ludwig J, Batts KP, MacCarty RL. Ischemic cholangitis in hepatic allografts[J]. Mayo Clin Proc, 1992, 67(6): 519 - 526.
[4] Hohn DC, Rayner AA, Economou JS, et al. Toxicities and complications of implanted pump hepatic arterial and intravenous floxuridine infusion[J]. Cancer, 1986, 57(3): 465 - 470.
[5] Ludwig J, Kim CH, Wiesner RH, Krom RA. Floxuridine - induced sclerosing cholangitis: an ischemic cholangiopathy[J]. Hepatology, 1989, 9(2): 215 - 218.
[6] 陈卫军,应大军,刘正津.肝外胆道血供来源和分布及临床意义[J].中国临床解剖学杂志. 1994, 12(4):248 - 251.
[7] Rath A M, Zhang J, Bourdelat D, et al. Arterial vascularisation of the extrahepatic biliary tract[J]. Surg Radiol Anat, 1993; 15 (2): 105 - 111.
[8] Kono N, Nakanuma Y. Ultrastructural and immunohistochemical studies of the intrahepatic peribiliary capillary plexus in normal livers and extrahepatic biliary obstruction in human beings[J]. Hepatology, 1992, 15(3): 411 - 418.
[9] Gaudio E, Onori P, Pannarale L, et al. Microcirculation of the extrahepatic biliary tree: a scanning electron microscopy study of corrosion casts[J]. J Anat, 1993, 182 (Pt 1): 37 - 44.
[10] Sanchez - Urdazpal L, Gores G - J, Ward E - M, et al. Ischemic - type biliary complications after orthotopic liver transplantation[J]. Hepatology, 1992, 16(1): 49 - 53.
[11] Zajko AB, Campbell WL, Logsdon GA, et al. Cholangiographic findings in hepatic artery occlusion after liver transplantation[J]. AJR Am J Roentgenol, 1987, 149(3): 485 - 489.
[12] Campbell WL, Sheng R, Zajko AB, et al. Intrahepatic biliary strictures after liver transplantation[J]. Radiology, 1994, 191 (3): 735 - 740.
[13] Sebagh M, Farges O, Kalil A, et al. Sclerosing cholangitis following human orthotopic liver transplantation[J]. Am - J - Surg - Patholz, 1995, 19(1): 81 - 90.
[14] Mourelle M, Salas A, Vilaseca J, et al. Induction of chronic cholangitis in the rat by trinitrobenzenesulfonic acid[J]. J - Hepatol, 1995, 22(2): 219 - 225.
[15] Mavligit GM, Estrov Z, Ayala A. Carcinoma of the stomach metastatic to the liver that progressed after hepatic arterial infusion of cisplatin plus 5 - floxuridine, and then dramatically regressed after chemoembolization based on positive chromogranin staining [J]. Am - J - Clin - Oncol, 1999, 22(3): 320 - 322.
[16] Berlin J, Merrick HW, Smith TJ, et al. Phase II evaluation of treatment of complete resection of hepatic metastases from colorectal cancer and adjuvant hepatic arterial infusion of floxuridine: an Eastern Cooperative Oncology Group Study (PB083)[J]. Am J Clin Oncol, 1999, 22(3): 291 - 293.
[17] Goritsas CP, Repanti M, Papadaki E, et al. Intrahepatic bile duct injury and nodular regenerative hyperplasia of the liver in a patient with polyarteritis nodosa[J]. J Hepatol, 1997, 26(3): 727 - 730.
[18] Doppman JL, Dunnick NR, Girton M, et al. Bile duct cysts secondary to liver infarcts: report of a case and experimental production by small vessel hepatic artery occlusion[J]. Radiology, 1979, 130(1): 1 - 5.
[19] Durand JM, Sahel J, Barthet M, et al. Cholangitis and paroxysmal nocturnal hemoglobinuria[J]. Dig Dis Sci, 1997, 42(2): 279 - 280.
[20] Khuroo MS, Yattoo GN, Zargar SA, et al. Biliary abnormalities associated with extrahepatic portal venous obstruction[J]. Hepatology, 1993, 17(5): 807 - 813.

(收稿日期:2003 - 03 - 08) (编辑:王 林)

脑卒中的早期康复治疗

于 兰,朱子龙,张琳英

【关键词】卒中;康复治疗
【中图分类号】R493 【文献标识码】A 【文章编号】1672 - 5042(2003)03 - 0233 - 03

医学的发展使脑血管病的诊断与抢救水平明显提高,其病死率大大降低,但致残率很高,约80%的存活者留有不同程度的功能障碍,给患者家庭和社会带来了沉重的负担。研究证实,对患者进行早期康复治疗可降低脑卒中的致残率、致残程度,提高患者日常生活活动(ADL)能力。在康复医学中,常将中枢神经系统(CNS)损伤后的时期划分为:①急性期:发病48 h以内;②早期康复阶段:病后3 d至3个月内;③后期康复阶段:病后3个月至两年;④晚期:病后2年以上。因此,在早期康复阶段给予康复治疗均属于早期康复。综合医院神经内科采用早期康复技术在国内外康复界已取得共识。本文就脑卒中早期

作者单位:天津市环湖医院,天津 300060

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.3

康复治疗的理论基础、治疗介入时间及措施等作如下综述。

1 早期康复治疗的理论基础和必要性

脑可塑性是CNS损伤后功能恢复的主要理论。脑可塑性是指脑有适应能力，即在结构和功能上有自身修复、适应现实的能力。代偿和功能重组是脑可塑性的生理、生化或形态学改变的基础。功能重组是指损伤后脑的残留部分通过功能上的重组，以新的方式完成已丧失的功能。在此过程中，特定的功能康复训练是必需的。

Ogden(1917)在实验性偏瘫猴中证明了功能训练可使猴的运动功能恢复。1930年，Bethe[1]首先提出CNS可塑性的理论，认为CNS损伤后的恢复不是由于再生，而是残留部分的功能重组。Lurin(1969)[2]完善了功能重组的理论：脑损伤残留部分通过病灶周围组织及对侧大脑半球代偿，以新的方式来完成丧失的功能，并认为在此过程中特定的康复训练是必需的。Jame(1992)实验观察到增加运动可增加脑血液循环作用。Stroemer[3]观察到在动物行为恢复的同时，同侧和对侧新皮质在突触形成后生长；康复训练在促进脑损伤恢复的同时，也可促进树突芽生。正电子发射CT(PECT)和功能性核磁共振(fMRI)已经证实了大脑和脊髓的可塑性和功能重组，证明了神经元的发育特征、内部微环境、外部环境中丰富的中枢神经刺激和药物是主要的内外部因素。倪朝民[4]认为自然发生的大脑皮质功能重组是有限的，要提高功能恢复的程度和能使患者能够适应环境与独立生活，功能训练是极为重要因素之一。功能恢复训练是通过重新学习生活和工作所需的技能，练习在接受刺激时及时、适当地作出反应，以适应环境的过程。在此过程中，潜在突触的启用和侧枝长芽新形成的突触的利用是非常重要的因素。但潜在突触是相对无效的，需要大量的训练使之变得有效，侧枝长芽新形成的突触也是相对无效的，也需要大量的训练使之变得有效，侧枝长芽新形成的突触与靶组织的联接也不一定准确，同样需要经过大量训练使之反应，最终能与受损前的尽量接近。除此以外，还需由病灶周围组织和低级中枢的代偿，损伤后需改由它们来承担主要的作用或精细功能时，必须进行重新学习和经过大量功能训练[3]。同样，对侧半球承担的言语功能是通过中枢神经系统间功能重组完成的，这更加需要重新学习和功能训练。充分利用和加强功能训练的各种外周刺激和感觉反馈对促进CNS的功能重组并提高患者的ADL能力是非常重要的。

2 脑卒中康复治疗介入时间

Nudo[5]等对猴子的实验研究表明：脑损伤5 d后开始训练，并将动物在良好的环境中饲养，使之有机会进行各种活动，可明显改变功能结局，而不增加神经细胞损伤。如损伤后24 h即进行训练就会使组织损伤加重。早期训练的好处在于：除患侧皮质和皮质下结构功能重组外，还可能对对侧半球或小脑的代偿性适应有益。

但是，目前就早期康复介入时机的选择尚无统一的标准。一般认为患者的GCS应大于8分，病灶表现已有了肯定的逆转，生命体征平稳(有人将其定为48 h)就可以进行康复治疗。有学者认为脑梗死患者早期康复开始较早(病后3～5 d)，而脑出血患者则相对较晚(病后3周)。王政乾等[6]认为发病后3 d内进行康复治疗均为早期。脑梗死病人可于发病后2～3 d，脑出血病人可于发病后4～5 d开始[6]。在北美地区，脑卒中患者发病7 d以内，只要条件允许就可开始床旁被动活动[7]。WHO推荐的康复训练开始时间为生命体征稳定，神经系统症状不再进展后48 h时[8]。

急性脑卒中患者的功能训练时间要根据年龄、全身状况、脑损害程度。并发症等情况而定，并进行有针对性的个体化功能训练。尽管急性期开始康复训练症状有可能恶化，如出血、水肿等。但只要在康复过程中因人而异，循序渐进，注意监测血压、心率、心功能及并发症等，如发现问题，及时纠正调整。对高龄患者，离床时间从卧位到起立时逐渐过渡，就可以预防一些意外的发生。因此，早期康复治疗是安全的。由于缺血性卒中与出血性卒中的病理生理改变不同，在实际康复治疗中必须区分开来。脑出血2周内脑水肿严重，尤以第2周水肿明显[9]。半个月内病损的血管稳定性差，血压的波动容易造成再出血加重脑损害。并且急性期患者存在一定的心理障碍，情绪波动，造成血压不稳。因此脑出血康复治疗介入的最佳时机在出血后半个月至一个月；但在半个月内，只要病情允许，早行适当的被动活动，包括保持良好肢位，预防关节挛缩畸形，尽量避免主动运动。这样有利防治"废用综合征"和纠正"误用综合征"[4]。据国外学者观察大部分脑卒中病人可进行早期康复治疗[10]。

3 早期康复治疗措施

目前康复治疗根据患者的实际情况分为卧床期，离床期和步行期[11]。脑卒中早期康复治疗基本都在卧床期进行，一般采用Brunnstrom法、Bobath法、Rood法和运动再学习(motor relearning programme, MRP)等内容相结合进行训练。概括其训练内容在卧床期主要是保持良好肢位，定时变换肢位，关节被动活动，早期坐位平衡及床上动作训练。具体措施包括：要合理选用床垫；2～3 h定时翻身，侧卧或半侧卧，多卧向健侧；保持良好肢位，预防患侧上下肢关节半脱位，屈肌和伸肌紧张，并且使患侧下肢维持在正中位或稍内旋位，以防止日后因股内收肌群乏力的划圈步伐；从发病当日起，患者不可能在床上主动活动者应作肢体关节的被动活动，每日2次，肢体应放松，使关节伸展、外旋、前臂旋后、踝关节背屈及指关节伸展，幅度是正常活动范围的50%，每个关节至少重复5～7次；坐位训练在脑卒中后5 d即可进行，先取30～400位，每2～3 d增加100，持续30 min就可训练坐位耐力，训练前后注意观察血压，防止意外；床上动作训练应与坐位训练同时进行，包括翻身、移动、搭桥运动训练、躯干活动训练、起坐训练及ADL(进食、更衣、排泄)和全身协调性训练等。

在早期康复治疗中，下肢应用辅助支具，有利于预防萎缩变形，防止误用症，步行训练应获得支持[12]。国内有学者采用以

维普资讯 http://www.cqvip.com

促进技术为主,辅以高压氧,功能性电刺激,针灸等治疗方法进行康复治疗,治疗后ADL能力显著改善[13]同样,电针与推拿,可能解除脑血管痉挛,扩张脑血管,促进局部血液循环;运行血气,有促进瘫痪肢体康复的作用。

脑卒中后,早期康复治疗中强调主动自发地活动,而当病人有失语及认知障碍时,难于听从治疗师的指导,又不能自发地活动瘫肢,治疗的顺从性差,即使增加手法治疗等,功能康复也不易达到预期效果。说明在脑卒中后还应治疗认知功能障碍,强调语言训练,使患者主动配合治疗,达到康复的目的。况且,感觉障碍也会造成康复过程中的不便,影响康复。所以也应注意感觉障碍的治疗。脑卒中患者可能存在一定的心理健康问题,情绪的波动可造成患者抵制康复治疗,使治疗终止。因此应随时注意患者心理变化,必要时请心理医生进行心理指导。

虽然在急性期和稍后的早期,脑卒中患者中枢神经系统存在着自然恢复过程,其运动功能和ADL能力可获得一定程度的改善,但改变幅度是比较小的。在药物及手术技术的配合下,在脑卒中早期进行正规系统的康复治疗是安全、有效的,可明显减少并发症的发生,使患者丧失的运动功能和生活自理能力得到最大程度的恢复,提高生活质量,缩短住院时间。

【参考文献】

[1] 谢财忠,陈光,唐军凯,急性脑卒中患者早期康复治疗的临床研究[J].现代康复,2001,11(5):72-73.
[2] Luria AR. Simernjtskaya EG. Tubylevich B. The structure of psychological processes in relation to cerebral organization[J]. Neuropsychologia, 1970, 8(1): 13-19.
[3] Stroemer RP, Kent TA, Hulsebosch CE. Neocortical neural sprouting, synaptogenesis, and behavioral recovery after neocortical infarction in rats[J]. Stroke, 1995, 26(11): 2135-2144.
[4] 倪朝民,急性脑卒中的早期及其功能训练时间[J].中国临床康复,2002,6(3):314-315.
[5] Nudo RJ, Wise BM, Sifuentes F, et al. Neural substrates for the effects of ischemic infarct[J]. Science,1996,272(5269): 1791-1794.
[6] 王政乾,王冬.脑卒中的早期康复[J].齐鲁医学杂志,2000.15(4):309.
[7] Gresham GE, Alexander D, Bishop DS, et al. American Heart Association Prevention Conlerence Ⅳ, Prevention and rehabilitation of stroke[J]. Stroke. 1997,76(6): 1522-1526.
[8] Anonymous. Recommoniletion in stroke prevention, diagnosis and therapy[J]. stroke,1989,20: 101-107.
[9] 吴恩惠. 头部CT诊断学[M].第二版.北京:人民卫生出版社,1996, 95.
[10] Johansson HB, Grabowski M. Functional recovery after brain infarction: plasticity and neural transplantation. Brain Pathol, 1994, 4(1): 85-95. .
[11] "九五"攻关课题组.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2000,15(5):266-272.
[12] Watson LD, Quinn DA. Stages of stroke: a model for stroke rehabilitation[J].Br J Nurs, 1998, 7(12): 637-641.
[13] 欧海宁, 康健. 脑卒中患者肢体运动功能的综合治疗[J].中国康复医学杂志,1999,14(3): 106-108.

(收稿日期:2003-05-21) (编辑:文 灿)

特殊类型前列腺上皮病变诊断的研究进展

叶明福[1],谢 军[2]

【关键词】前列腺;上皮病变;癌;病理诊断
【中图分类号】R697.3 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5042(2003)03-0235-04

前列腺病变复杂多样,不仅给病理诊断带来困难,而且还会给外科手术造成失误,近年来,已充分认识到前列腺疾病的复杂性[1-4],尤其是特殊类型前列腺上皮病变及其诊断问题,成为研究的重点内容。为正确诊断特殊类型前列腺上皮病变,提高手术成功率,本文将特殊类型前列腺上皮病变的特征性形态变化及其诊断与鉴别诊断问题总结如下。

1 前列腺非典型腺瘤样增生

前列腺非典型腺瘤样增生(Atypical adenomatous hyperplasia, AAH)是一类有新的腺体形成、且易被误诊为癌的良性前列腺上皮增生性病变。病变区增生的腺体小,常呈簇状、局灶片状或境界较清楚的结节状病灶,腺体排列紧密,多为小腺体或大小腺体混合。新生的腺体内衬分泌上皮,立方形或柱状,分化成熟,胞浆丰富较透明。可见分枝乳头状腺体、异型性上皮细胞,但核仁不清或有小核仁。可有基底细胞或不连续节段存在。腺体间可有较少间质,偶见腺体背靠背现象。34βE12呈节段性基底细胞阳性。鉴别诊断中要注意将AAH与高分化前列腺癌及小腺泡癌鉴别,应重点抓住AAH是一局灶性小腺泡增生性良性病变,其结构上象癌,细胞形态不够癌,核可增大,可有不明显的小核仁,无明显癌浸润现象,找不见癌性腺泡。34βE12标记可见腺体有不完整节段性基底细胞层阳性反应。

作者单位:1.第三军医大学新桥医院病理科,重庆 400037;
2.骨科