论著

文章编号:1000-5404(2008)03-0266-02

120例腺性膀胱炎的诊断和治疗

梁 勇,刘建辉,黄凤鸣,荣兴欣,袁克西,李小红 (自贡市第四人民医院泌尿外科,四川 自贡 643000)

摘 要:目的 探讨腺性膀胱炎的有效诊断和治疗手段。方法 对120例病例采用膀胱镜及病理检查,并行经尿道膀胱病变汽化电切术(transurethral resection, TUR),111例辅以膀胱灌注治疗。结果 120例均获5~60个月随访。其中105例治愈,症状完全消失;14例好转,症状基本消失;1例复发,再次手术。结论 腺性膀胱炎诊断主要依赖膀胱镜及病理检查,治疗首选TUR和膀胱灌注。定期膀胱镜复查是必需的。

关键词:腺性膀胱炎;膀胱镜;经尿道膀胱病变汽化电切术;膀胱灌注
中图法分类号:R4;R694.3 文献标识码:A

Diagnosis and treatment of cystitis glandularis

LIANG Yong, LIU Jian-hui, HUANG Feng-ming, RONG Xing-xin, YUAN Ke-xi, LI Xiao-hong (Department of Urinary Surgery, The Fourth People's Hospital of Zigong, Zigong 643000, Sichuang, China)

Abstract: Objective To report the diagnosis and treatment of 120 cases of cystitis glandularis. Methods Cystitis glandularis was diagnosed in 120 patients admitted in our hospital from January 1998 to January 2006. They all underwent cystoscopic examination and transurethral resection of bladder lesion, of whom 111 cases received bladder irrigation in addition. Results Followed up for 5 to 60 months, 105 patients were cured, 14 patients improved and 1 patient needed reoperation due to recurrence. Conclusion The diagnosis of cystitis glandularis mainly depends on cystoscopic examination. Transurethral resection of bladder lesion and bladder irrigation are the first choice in managing cystitis glandularis. Regular postoperative recheck by cystoscope is necessary.

Key words: cystitis glandularis; cystoscopy; transurethral resection; bladder irrigation

腺性膀胱炎是一种膀胱黏膜增殖、化生性病变,有发展为腺癌的可能。随着膀胱镜检及病理检查技术的提高,腺性膀胱炎发病率呈增多趋势,但其发病机制不明,可能与膀胱慢性炎症、结石梗阻、神经源性膀胱等慢性刺激有关[1-5],治疗上多主张经尿道电切+膀胱灌注化疗。本科于1998年1月至2006年1月采用经尿道膀胱病变汽化电切术(transurethral resection, TUR)和膀胱灌注治疗腺性膀胱炎患者120例,现将腺性膀胱炎的诊断和治疗报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组120例腺性膀胱炎患者,男性8例,女性112例,年龄26~78岁,平均54岁,病程6个月至6年。临床症状为尿频90例,尿急、尿痛、尿频19例,血尿11例。并发排尿困难5例,膀胱结石3例。本组120例均为成年患者,其中具尿路刺激征,既往有泌尿系统感染21例,具有泌尿系结石史的11例,存在不同程度的膀胱出口梗阻的27例。120例均行膀胱镜检查,发现病变位于膀胱颈部18例,三角区85例,三角区及膀胱颈部11例,膀胱颈及尿道内口处6例。病变主要形态为大小不等的黏膜滤泡样改变,或呈息肉状突起,常成簇存在,病变黏膜充血水肿,土丘状隆起,血管纹理增粗。120例均经病理证实为腺性膀胱炎,随访中未发现膀胱肿瘤发生。

1.2 治疗方法

术前常规检查尿常规,如有泌尿系感染存在,应用抗生素1~2周,复查尿常规无感染时,在硬膜外腔麻醉下行TUR,适度充盈膀胱,以黏膜皱褶平展为度,电切范围超过肉眼可见范围2 cm,深达浅肌层。并发膀胱结石采用大力碎石钳碎石术或输尿管镜气压弹道碎石术,对膀胱颈抬高者行膀胱颈电切术。111例术后1~2周开始辅以膀胱灌注治疗:丝裂霉素20 mg/次(31例),米托蒽醌10 mg/次(23例),羟基喜树碱10 mg/次(51例),卡介苗4 mg/次(6例),加生理盐水40 ml经尿道作膀胱灌注,每周1次,6~8次为一疗程,3、6个月后复查膀胱镜,遇有可疑病变并多点取活检。

1.3 疗效判断

症状完全消失,尿常规检查正常,膀胱镜复查黏膜正常,随访活检正常者为治愈;症状基本消失,但有间歇性尿路刺激症状,尿常规检查正常,膀胱镜复查黏膜正常或尚有散在病灶未愈者为好转;症状无改善,膀胱镜复查或活检无明显改善者为

作者简介:梁 勇,男,四川省蓬溪县人,主任医师,主要从事膀胱疾病方面的研究。电话:(0813)2400869, E-mail:liangyong6619@126.com

收稿日期:2007-03-08;修回日期:2007-06-25

无效；术后 3 个月镜检加活检无异常，6 个月后或更长时间复查出现腺性膀胱炎为复发。

2　结果

120 例均获 5～60 个月的随访。其中 105 例治愈(87.5%)，症状完全消失；14 例好转，症状基本消失，1 例复发，再次手术，考虑与反复感染有关，无一例并发膀胱颈梗阻，无一例尿失禁。

3　讨论

及早进行膀胱镜检查结合组织活检，对腺性膀胱炎的诊断具有重要意义。腺性膀胱炎多表现为慢性非特异性膀胱炎症状，及无痛性血尿或镜下血尿，常先作抗菌消炎和对症治疗，无显著效果后才考虑作膀胱镜检，使病程延长至 2～3 周后。本组 120 例全部行 B 超检查，均未发现膀胱占位性病变；考虑可能与经腹部探察时图像质量差，及病变较小有关，常规的泌尿系检查对腺性膀胱炎的诊断敏感性较差，而确诊腺性膀胱炎的主要依据是膀胱镜检查和活检。腺性膀胱炎在膀胱镜下具有以下几个特点：①病变主要位于三角区及胱颈部；②病变呈多中心性，常常散在、成片或成簇存在；③具有多形态性。乳头状，分叶状，滤泡样相混合存在，其上无血管长入；④输尿管管口多数窥视不清[6]。以上特点与膀胱移行细胞癌较易区分，但有些病例与滤泡型慢性膀胱炎及腺癌鉴别困难。对于局限性瘤样外观或病变广泛伴有糜烂出血，基部融合质地较硬者，须考虑腺癌的存在或局部恶变的可能。因此我们主张对有可疑致病因素及临床表现者，在尿常规正常或无感染的进行对症治疗无显著效果者，及早进行膀胱镜检查加活检，以期早期诊断，早期治疗，以免使病程延长，病变恶化。

腺性膀胱炎与膀胱癌有一定的关系，Pantuck 等[7]检测了单克隆抗体 mAbDasl 在腺性膀胱炎及膀胱癌中的表达，证实腺性膀胱炎为膀胱腺癌的癌前病变。本组随访虽然未发现膀胱癌，但对腺性膀胱炎应定期复查，长期随访。本组 105 例患者均在随访中，随访内容为尿脱落细胞学检查、膀胱镜检查及多点取活检。在对腺性膀胱炎的早期诊断上，及早进行膀胱镜检查结合组织活检，具有重要意义。由于 TUR 的安全，微创，可重复操作等优点，使腺性膀胱炎的治疗有效，具有延续性。

腺性膀胱炎的治疗方法是 TUR 加膀胱药物灌注。对腺性膀胱的治疗近年有多种方法。经尿道电灼、电切、抗癌药序贯膀胱灌注等均获得一定疗效[8]。治疗原则：首先清除感染，梗阻及结石等慢性刺激，然后根据病变类型，部位及范围采取相应治疗。在解除膀胱出口梗阻的前提下，经尿道电灼、电切气化加膀胱灌注是治疗腺性膀胱炎的有效方法。本组 120 例全部采用 TUR，其中 111 例辅以膀胱药物灌注，其中仅 1 例复发，疗效满意，无严重并发症。足够的切除深度(至肌层)和范围(超过病变边缘 2 cm)是保证疗效的前提，且可减少复发，采用 TUR 对患者创伤轻，可反复操作，可作为腺性膀胱炎首选治疗方法。但对 TUR 的时机应该严加掌握，最好在感染得到较好控制后进行，以免 TUR 后使感染不易控制，我们认为在尿常规正常后行 TUR 较为安全有效，不易复发。膀胱内灌注药物与膀胱肿瘤应用药物基本相同，分 2 类：一类为化学性毒性药物(以羟基喜树碱、丝裂霉素为代表)，此类药物可直接破坏 DNA，干扰 DNA 复制，主要作用 S 期，对 G_0 期无作用，从而抑制异常膀胱黏膜的非正常增生及不典型增生等[9,10]；另一类为免疫抑制剂(如白介素-2、卡介苗、干扰素等)，此类药物可通过激发全身免疫反应和局部反应来预防病变复发。在已有研究表明，丝裂霉素与白介素-2 疗效无明显差异[10]。本组 120 例腺性膀胱炎患者存在梗阻、结石、血尿及不同病变部位的差异，在 TUR 后分别采用丝裂霉素、卡介苗、羟基喜树碱和米托蒽醌进行膀胱灌注及单纯生理盐水对照的疗效比较，还有待病例数的增多，采用多中心随机对照(RCT)等循征医学的方法进一步研究，以得出不同药物膀胱灌注的治疗效果，使腺性膀胱炎在有效的 TUR 后，使用有效的药物进行膀胱灌注，进一步降低腺性膀胱炎的复发率，提高腺性膀胱炎的治疗效果。

参考文献：

[1] 庄乾元，梅　伟，管　维，等. 腺性膀胱炎治疗分析：附 89 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志，2004，25(10)：686－687.

[2] 姚友生，林明恩. 女性腺性膀胱炎的临床特征和尿动力学表现[J]. 中华泌尿外科杂志，2007，28(5)：298－300.

[3] 曾　伟，陈志强，叶章群. 下尿路感染与腺性膀胱炎关系的临床研究[J]. 临床泌尿外科杂志，2004，19(6)：350－352.

[4] 张循亮，王晓雄，曹　静. 腺性膀胱炎：附 15 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志，1995，16(7)：413－415.

[5] 郭应禄，曾　荔. 临床泌尿外科病理学[M]. 北京：北京大学医学出版社，2004：158－161.

[6] 佟咸利，刘屹立，郭文川，等. 腺性膀胱炎：附 30 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志，2000，21(5)：285－287.

[7] Pantuck A J，Bancila E，Das K M，*et al*. Adenocarcinoma of the urachus and bladder expresses a unique colonic epithelial epitope：an immunohistochemical study[J]. J Urol，1997，158(5)：1722－1727.

[8] 王固新，姜海洋，夏利萍，等. 经尿道电切加膀胱化疗药物灌注治疗腺性膀胱炎[J]. 现代泌尿外科杂志，2006，11(2)：96－98.

[9] Granados E A，Algaba F，Vicente-Rodriguez J. Cystitis glandularis[J]. Arch Esp Urol，1999，52(2)：119－122.

[10] 王　立，吴　越，帕尔哈提. 白介素-2 和丝裂霉素治疗腺性膀胱炎的疗效比较[J]. 中国实用医学杂志，2002，4(1)：15－16.

(编辑　邓强庭)