DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.11.039

剂量效应关系和药物协同与拮抗作用，结果发现，在单一药物浓度时，如在血浆峰值浓度时，敏感药物依次为VP-16、DDP、5-FU和MMC，其中VP-16和DDP敏感度最高，在血浆峰值浓度0.1倍时已显敏感，而MMC在血浆峰值浓度时抑制作用不明显，但在加大剂量后有明显的抑制作用，VCR则完全耐药，即使药物浓度加大至血浆峰值浓度10倍时仍然耐药。由此我们认为，化疗药物对肿瘤细胞的敏感性，可以分为敏感、相对耐药和耐药3种类型：敏感药物在常规剂量时即有抗肿瘤作用；相对耐药的药物在高剂量时才有作用；绝对耐药即使加大剂量也无效。目前的肿瘤细胞体外药敏试验往往多采用单一药物浓度，而对药物的不同用药方式，临床用药的剂量变化，以及患者的个体差异因素考虑较少，这可能是体外药敏试验与临床实践有时有一定差异的主要因素。采用药物浓度梯度的方法观察化疗药物的剂量效应关系，则可以为临床用药提供更为准确的实验资料。临床用药有时采用静脉给药或局部给药的方法，肿瘤组织局部药物浓度较高，这时那些相对耐药的药物也会有一定的作用。

临床化疗用药往往多药联合，很少只用一种药物。而目前的化疗药物体外敏感实验，许多单位只观察单一药物的抗肿瘤作用，忽略了药物之间的协同与拮抗。本实验中，我们观察了不同药物的配伍情况，发现联合用药时以DDP＋VP-16对HOC8细胞增殖的抑制率最高，在血浆峰值浓度1倍时已非常敏感，10倍时可达完全抑瘤效果；其次为DDP＋5-Fu联合；DDP＋MMC联合用药时，其对肿瘤细胞的抑制率也明显提高。药物的协同作用，可能在与不同的化疗药物作用于肿瘤生长的不同环节。可见，选择适当的药物配伍对提高抗肿瘤药物疗效有一定的作用，这一配伍也可参考体外实验进行选择。

通过对化疗药物浓度梯度和药物配伍的初步研究，我们认为，由于体外实验的条件与体内情况有一定差异，所以在肿瘤体外药敏实验中，与单药分细法和单一药物浓度相比，采用浓度梯度和药物配伍方案，可以更好的判断肿瘤细胞对化疗药物的敏感性，从而为临床用药提供更好的实验资料。

关键词：卵巢癌细胞株；抗肿瘤药物；药敏实验
中图法分类号：R979.1 文献标识码：B

参考文献：

[1] 王威廉，唐东平，王 冰，等. 肿瘤病人白细胞，癌细胞MTT法体外抗癌药敏测定相关性探讨[J]. 肿瘤防治研究，1997，24(6)：334－336.
[2] Yamaue H，Tanimura H，Noguhi K，*et al*. Chemosensitivity testing of fresh human gastric cancer with highly purified tumour cells using the MTT assay[J]. Br J Cancer，1992，66(5)：794－796.
[3] 辛华雯，王润帮，杜光祖，等. MTT法在胃癌体外药敏试验中的临床应用[J]. 临床内科杂志，1994，12(11)：40－41.
[4] 温汉平，孙华蕴，周殿之，等. 化疗药物体外药敏试验(MTT)分析法[J]. 中国肿瘤临床，1994，21(11)：816－817.
[5] 曹建国，廖瑞芳，陈剑雄，等. 人肺癌细胞药物敏感性的琼脂培养MTT测定[J]. 癌症，1995，14(3)：182－184.

（编辑 王 红）

文章编号：1000-5404(2003)11-1025-02

经验交流

腺性膀胱炎的诊断与治疗分析

Analysis of the diagnosis and treatment of cystitis glandularis

邓 宏，周 涌，崔晓会，唐化勇，唐锐先 （第四军医大学吉林军医学院附属医院泌尿外科，吉林 132013）

腺性膀胱炎是一种良性膀胱上皮化生性病变，具有特殊的病理发展过程和临床发病特点，由于腔内泌尿外科技术的普及，临床和病理医生对本病认识的逐渐提高，腺性膀胱炎已成为泌尿外科的常见病。我们回顾分析1998年1月至2002年1月收治的29例腺性膀胱炎的临床资料，在诊断和治疗方面进行总结分析。

1 材料与方法

1.1 病例

本组29例，男19例，女10例。年龄25～56岁，平均42.8岁。临床症状表现为尿频、尿急、尿痛17例，血尿8例，排尿困难4例。

29例均行B超检查，发现膀胱内占位10例，其中6例表现为强回声结节，余19例未发现明显占位。7例行静脉尿路造影术(Intravenous urography，IVU)检查，发现右肾积水2例。15例行CT检查，8例发现膀胱壁不规则增厚，4例膀胱内有占位性病变，3例未见明显异常。29例均行膀胱镜检查，发现病变位于膀胱颈9例，三角区11例，三角区及颈部5例，三角区及输尿管周围2例，散在2例。

1.2 方法

术前常规应用抗生素治疗1周。29例病人均在连续硬膜外麻醉下行经尿道电切加气化治疗，电切范围超过肉眼可见范围2 cm，深度达浅肌层，或用滚动电极或球形电极反复气化，膀胱颈抬高者行膀胱颈电切术。尿道电切汽化后留置导尿2～3

作者简介：邓 宏(1965－)，男，四川省成都市人，硕士，讲师，主要从事肾移植及泌尿外科疾病方面的研究。电话：(0432)4664323
收稿日期：2002-08-30；修回日期：2003-01-21

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

d, 所有患者术后2周行膀胱灌注, 用丝裂霉素20 mg加0.9%氯化钠注射液40 ml, 经尿道插管灌注, 每周1次, 8次后改为每月1次, 3个月后膀胱镜复查并取多点活检。

1.3 疗效判断

症状完全消失, 尿常规检查正常, 膀胱镜复查粘膜正常, 随访活检报告正常者为治愈; 症状基本消失, 但偶有间歇性尿路刺激症状, 尿常规检查偶有血尿, 膀胱镜复查粘膜正常或偶见散在病灶未愈者为好转; 症状无改善, 或改善后症状又复发者, 膀胱镜及粘膜活检无明显改善视为无效。

2 结果

术前全部病例均经病理检查证实为腺性膀胱炎。女性膀胱颈抬高6例。21例经尿道电切气化加术后丝裂霉素膀胱灌注化疗后症状消失, 治愈率为72.41%。8例经电切治疗后6至12个月复发, 5例再次电切, 其中1例复发后伴有局部恶变者, 行膀胱部分切除术, 2例因输尿管出口处有病灶而行膀胱部分切除术加输尿管再植术, 术后患侧肾积水好转。29例术后随访6~48个月, 平均32个月, 除1人因脑出血死亡, 其余均健在。

3 讨论

腺性膀胱炎的病因目前仍不清楚, 可能与膀胱慢性炎症、结石、梗阻、神经源性膀胱、膀胱外翻等原发病有关[1]。研究认为腺性膀胱炎是一种增生与化生同时存在的病变, 其过程为上皮增生凹入成Brunn巢, 其内出现裂隙, 或形成分枝状、环状管腔, 中心出现腺性化生形成腺体结构, 与此同时出现淋巴细胞及浆细胞的浸润。腺性膀胱炎好发于膀胱三角区和膀胱颈部, 从解剖学角度推测可能有以下原因: ①三角区及膀胱颈部是尿液流体动力的着力点, 无粘膜下层, 位置固定, 缺乏其它部位舒缩的随意性; ②此部位常为膀胱炎症及尿液中化学成分的刺激可能是腺性膀胱炎的发病原因之一。

膀胱镜检查结合病理组织活检对腺性膀胱炎的早期诊断具有重要意义。膀胱镜检查具有以下特点: ①病变主要位于三角区及膀胱颈部; ②病变呈多中心, 常常散在, 成片或成簇存在; ③具有多形态性, 乳头样、分叶状、滤泡样相混合存在, 肿物顶端接近透明状, 其上无血管长入; ④输尿管管口多数窥视不清[2]。以上特点与典型的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, 尤其对于局限性瘤样外观或病变广泛伴有糜烂出血, 基底部融合质地较硬者, 需考虑腺癌的存在或局部恶变的可能。故作活检时应多取材, 着重于糜烂出血处或者病变基底部。

腺性膀胱炎的治疗, 应先去除与膀胱慢性刺激的有关病变, 然后根据病变类型、部位、范围采取相应的治疗办法。目前尚无满意的治疗手段, 经尿道电灼或激光治疗是主要手段[3,4]。我们体会: 术前常规应用抗生素治疗1~2周, 病变局限经尿道电切气化加术后腔内化疗可获得较满意的疗效。对于形成赘生物病变而范围小或局限于膀胱颈口, 可采用经尿道电切病灶, 切除深度应达正常组织, 术后复发机会较小, 如本组颈口病变切除术后未复发的占多数, 对局灶的三角区, 侧壁病变, 应与膀胱肿瘤的电切深度、范围相同, 可减少复发机会。累及输尿管口引起上尿路积水或病变范围较大时, 应考虑膀胱部分切及输尿管再植术。本组1例复发后伴有局部恶变者, 行膀胱部分切除术, 2例因输尿管出口处有病灶, 虽经电切气化, 但由于切除病变范围及深度不够, 而再次行膀胱部分切除术加输尿管再植术, 术后患侧肾积水好转。对于广泛的膀胱内病变累及三角区和膀胱颈, 或已发现局部发生腺癌者, 有人主张作膀胱全切术, 但选择手术时应对病变范围、病情程度及生活质量三方面考虑。孙颖浩等[5]报道术后腔内丝裂霉素定期膀胱灌注, 既可清除残存病灶, 又可预防复发及恶变。本组29例中有21例无复发, 取得较满意的疗效, 无严重并发症发生。采用经尿道电切气化加术后后腔内化疗, 对患者创伤小, 可反复操作。因此, 我们认为: 经尿道电切、气化电切加膀胱丝裂霉素灌注是治疗腺性膀胱炎的有效方法。

腺性膀胱炎易复发, 且与膀胱癌有一定关系。Thrasher等[6]曾报道9例腺性膀胱炎中2例恶变为腺癌。本组亦有1例局部恶变者, 其癌变率高于膀胱非特异性炎症。有研究表明, ras等基因蛋白在腺性膀胱炎和腺癌中的表达趋于一致, 并且在ras基因高表达的腺性膀胱炎中, 腺癌发生的危险性较高[7]。因此, 对腺性膀胱炎术后应定期复查、长期随访, 随访内容包括尿脱落细胞检查、膀胱镜及活检等。

关键词: 腺性膀胱炎; 诊断; 治疗
中图法分类号: R694 文献标识码: B

参考文献:

[1] 张循亮, 王晓雄, 曹 静. 腺性膀胱炎[J]. 中华泌尿外科杂, 1995, 16(6): 413-414.
[2] 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, 2000, 21(5): 285-286.
[3] 方 平, 王文成, 马腾骧. 经尿道电切电灼治疗腺性膀胱炎[J]. 临床泌尿外科杂志, 1996, 11(2): 95-98.
[4] 王中琨, 邵国兴, 石 峻 等. 经尿道激光烧灼治疗腺性膀胱炎(附九例报告)[J]. 中华泌尿外科杂, 1997, 18(6): 353-355.
[5] 孙颖浩, 颜克均, 王林辉, 等. 腺性膀胱炎(附25例报告)[J]. 中华泌尿外科杂, 2000, 21(9): 550-551.
[6] Thrasher J B, Rajan R R, Perez L M. Cystitis glandularis. Transition to adenocarcinoma of the urinary bladder[J]. N C Med J, 1994, 55(11): 562-564.
[7] 周 兴, 刘晓春, 梅 骅, 等. Ras p21的表达与腺性膀胱炎的生物学转归[J]. 中华泌尿外科杂, 1997, 18(12): 727-728.

(编辑 薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net