DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.038

2.2 病因

本症病因未明，多数学者认为与感染、变态反应及类风湿性关节炎有关[3]，本组8例中，1例2年前有风湿热史，1例以颈淋巴结肿大起病，经抗生素治疗淋巴结缩小，后出现反复高热、皮疹、关节痛，2例有慢性胆囊炎及上颌窦炎，实验室检查为白细胞增加，血沉快、γ及α_2球蛋白增加，似与感染引起的变态反应有关。

2.3 诊断

本症无特异性诊断方法，主要根据临床表现及在排除其他疾病的基础上诊断。多数学者认为以下几点有利于本症的诊断：①长期不规则发热、弛张热或稽留热，高热持续数小时可自行缓解而一般状态较好；②反复出现的一过性多形性皮疹及关节肿痛；③周围血白细胞及中性粒细胞明显增高、血沉快、反复血及骨髓培养（-）；④抗生素治疗无效而皮质激素和其他免疫抑制剂能缓解症状；⑤排除其他引起发热的疾病。本组患者基本上符合上述标准，因入院时高热、皮疹、关节肿痛。白细胞及中性粒细胞显著增高、血沉快，多初诊为败血症或风湿热，但多次血及骨髓培养（-），多种抗生素治疗无效，结合临床诊断为变亚败给予糖皮质激素治疗，症状迅速缓解。据有关资料[4]，本症血培养（-）对诊断甚为重要，应强调在高热时反复作血培养。

2.4 治疗

本症早期诊断不明，应用抗生素是必要的，在抗生素治疗无效而符合本症诊断时，多主张用糖皮质激素强的松30mg～60mg/日，病情控制后渐减到开始剂量1/4～1/6为维持量，此时加消炎痛1.5mg～2.5mg/kg·日$^{-1}$或氯喹4 mg～5 mg/kg·日$^{-1}$替代激素，连用8月～6月。亦有报道用环磷酰胺、硫唑嘌呤治疗有效[3]。本组1例患者应用强的松30mg/日，体温、血象、血沉等完全恢复正常，减到5mg/日维持量时，症状复发，但加大激素剂量后，又得以控制，可能与减量太快有关。

本症一般预后较好，但亦有可能发展为类风湿性关节炎。本组3例患者第1次发病后观察2年～11年，未出现关节改变，是否向类风湿关节炎发展，有待进一步观察。

参 考 文 献

1. Bardare M, et al. Cohtribution clinique a letude et a la definition de la forme infantide aigue de la maladie rheumtoide. Pediatrics 1969; 24:787
2. 闵 贤，等。成人Still病诊断和治疗验验。中华内科杂志 1987；26:77
3. 上海第二医学院附属新华医院儿内科。中华医学杂志 1974；8:493
4. 王昌泰，等。变应性败血症（两例综合报告）。中华儿科杂志，1964；13:58

（收稿：1989.11.22；修回：1990.07.08）

回肠膀胱内移行上皮细胞癌（附1例报告）

靳凤烁 宁天枢 方玉华 杨唐俊 姚志明 宋勤英 （大坪医院 泌尿科）

回肠膀胱内移行上皮细胞癌少见。据所掌握资料，国外报告8例，国内尚无报道。现报告1例并结合文献就有关问题作简要讨论。

1 病 例 报 告

患者男性，59岁，因肉眼血尿5个月于1980年8月以膀胱肿瘤在我科行单纯全膀胱切除，回肠膀胱术。术后病理诊断：多发性膀胱乳头状移行细胞癌Ⅰ—Ⅱ级，侵及前列腺。1987年6月再次出现血尿。同年12月入院检查，大剂量IVP左肾不显影；左肾盂穿刺造影示左肾、输尿管积水、输尿管入回肠膀胱处梗

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

阻；用纤维肠镜窥视回肠膀胱，见左输尿管开口处回肠粘膜上有一1.5cm×1cm大小广基隆起，尿检报告为移行上皮肿瘤。手术探查见左输尿管回肠吻合处的回肠上有一1.5cm×1cm×1cm大小肿瘤。切除左输尿管末端及管口周围2cm之回肠壁，重新行左输尿管回肠膀胱吻合术。术后病理诊断为：回肠膀胱移行细胞癌Ⅰ级，侵及肠壁全层。复查1980年切除标本，双侧输尿管残端镜下均有乳头状瘤样改变。

2 讨 论

2.1 关于发病机制

可能与下列因素有关。（1）尿路移行上皮肿瘤复发：尿路粘膜为移行上皮，可同时多处发生肿瘤或蔓延。郑世广[1]等复查20例原发性膀胱移行细胞癌的全膀胱切除标本，输尿管残端粘膜发生不典型增生和原位癌者约55%。病变进一步发展可在输尿管开口处或距管口10mm之内的回肠上形成肿瘤。动物实验表明，把狗的输尿管和回肠吻合，移行上皮可向回肠粘腹内生长5mm～10mm。文献报告的8例回肠膀胱发生移行细胞癌者，5例伴有上尿路肿瘤复发。本例为术后7年在吻合口处的回肠上形成肿瘤并发生梗阻。(2)术中瘤细胞种植：文献报告的8例回肠膀胱移行细胞癌，有3例肿瘤位于远隔吻合口的回肠粘膜上，认为是瘤细胞种植[2]，尤其是术后短期内发生者，更应考虑为种植；（3）移行上皮侵入到肠粘膜内并癌变或回肠粘膜上生长的移行细胞癌：Smith[3]报告1例膀胱结核，行回肠扩大膀胱术后，回肠粘膜上发生移行细胞癌，认为可能是移行上皮长入回肠粘膜后发生了癌变，或回肠粘膜上生长的移行细胞癌。二者有何区别，发生机制如何均有待研究。

2.2 关于诊断

回肠膀胱术后有血尿、脓尿、上尿路梗阻者应考虑到回肠膀胱内肿瘤的可能，IVP、B超、CT可提供诊断依据，膀胱镜观察因回肠膀胱内不能储水而影响结果。Robert[2]倡用肾镜观察，但也需灌水。我们用纤维肠镜观查，不需充水，并可取活检，效果较好，可作为回肠膀胱检查的主要方法。

2.3 关于防治

2.3.1 全膀胱切除需对输尿管下端作冰冻切片，证实已达正常组织，可望能减少回肠膀胱内肿瘤发生率。

2.3.2 全膀胱切除时尽量不切开膀胱，钳夹输尿管后再予切断，避免尿液污染术野；术中化疗药物冲洗；术后短时间内用化疗药物冲洗回肠膀胱等措施，以防止瘤细胞种植。最近有人报道用肝素溶液冲洗术野也可防治瘤细胞种植。

2.3.3 治疗主要为去除肿瘤、解除梗阻。重建尿路可酌情行：肾输尿管全切除术；输尿管回肠膀胱重新吻合；回肠膀胱全切除后2次回肠膀胱术或输尿管腹壁造口术。术后辅以化疗、免疫疗法等。

参 考 文 献

1. 郑世广，等。原发性膀胱癌伴下段输尿管病变。中华泌尿外科杂志 1987；8：96
2. Roberts SD, et al. Metastatic transitional cell carcinoma in an ileal conduit following cystectomy. J Urol 1987; 137:734
3. Smith P and Hardy GJ. Carcinoma occurring as a late complication of ileocystoplasty. Brit J Urol 1971; 43:576

（收稿：1989.09.12；修回：1990.07.04）

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