

腺性膀胱炎的诊断和治疗

任尚青, 侯琳, 邓实, 吴云剑, 董强[△]

四川大学华西医院 泌尿外科(成都 610041)

【摘要】 目的 提高腺性膀胱炎的诊断水平和治疗效果。**方法** 回顾性分析四川大学华西医院泌尿外科于2008年1月至2010年12月3年间腺性膀胱炎住院患者的临床资料,结合定期复查的膀胱镜检查,以患者主观症状的改善情况及复查结果作为复发判定标准,随访腺性膀胱炎术后患者。**结果** 75例腺性膀胱炎患者纳入研究,其中男53例,女22例,接受经尿道膀胱病灶电切术患者70例,接受膀胱镜检查术合并抗感染保守治疗患者5例。随访7~40个月,手术组复发11例,保守组1例,均无癌变。**结论** 膀胱镜检查对诊断腺性膀胱炎有决定性作用。根据患者病情选择相应的手术或保守的治疗方式,必要时加行膀胱灌注治疗。腺性膀胱炎有复发倾向,应密切随访。

【关键词】 腺性膀胱炎 膀胱镜检查 复发

腺性膀胱炎(cystitis glandularis, CG)是一种膀胱黏膜增生性病变,其发病机制至今仍未完全明了。CG发病率较低,但近年来由于膀胱镜检查的普及和病理医生对其认识的加深,临床报告例数逐年增加。有报道认为该病的发病率为1%^[1]。我院泌尿外科住院部从2008年1月至2010年12月3年间共收治CG患者75例,现对其临床资料进行分析,以期能提高CG的诊断水平和治疗效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组75例,男53例,女22例,男女比例为2.4:1;年龄32~71岁,平均47岁。病程5 d至30年不等,平均0.4年。以术前膀胱镜活检或术后病理活检结果证实为CG者为纳入标准,排除证实为膀胱癌及CG合并膀胱癌的患者。其临床症状表现较多且无特异性,临床表现尿频、尿急、尿痛22例,其中伴肉眼血尿6例,伴下腹部疼痛4例;无痛血尿16例,其中伴下腹痛2例,伴尿频、尿痛2例;单纯排尿淋漓和尿道口不适7例,其中伴下腹疼痛1例;单纯下腹部疼痛7例;无特异临床表现体检或复查发现23例。

75例患者均行实验室尿常规检查、泌尿系统彩超及膀胱镜检查。尿常规白细胞+~++++者23例,红细胞+~++++者38例;尿常规正常33例。泌尿系统彩超检查提示膀胱三角区黏膜不均匀增厚、欠光滑39例,其中伴单侧肾积水1例,伴发膀胱结石者1例;三角区或侧壁见异常回声团18例;膀胱欠充盈或未见明显异常18例,其中伴单侧肾积水1例。膀胱镜检查病变累及膀胱三角区及膀胱颈者53例,伴累及单侧或双侧输尿管口者15例,伴膀胱结石者1例;仅累及膀胱左右前后各壁9例;仅累及单侧或双侧输尿管口6例,其中伴膀胱颈后唇抬高者2例;膀胱内病变弥散或呈多灶性分布者6例;膀胱镜检查无明显异常发现而MRI检查提示后壁增厚者1例。其中全部患者膀胱镜下表现为片状浸润性滤泡样水肿隆起者46例,伴膀胱结石者1例;单发或

多发乳头样改变者18例,其中合并尿道膜部狭窄1例;黏膜粗糙、苍白或充血样慢性炎性改变者10例,其中膀胱颈后唇抬高者2例,膀胱小梁者1例;黏膜改变不明显者1例。

部分患者同时行X线腹部平片加静脉肾盂造影,盆腔CT、MRI等检查。3例行静脉尿路造影检查,均提示膀胱内的充盈缺损。15例行盆腔CT检查,发现膀胱壁不均匀增厚9例;向膀胱腔内突出不规则密度影5例;未发现明显异常1例。2例患者行MRI检查,1例未发现明显异常,1例提示膀胱后壁增厚。

1.2 治疗方法

75例中70例因临床症状重、病变范围广或输尿管口受累、肾积水等行经尿道膀胱病灶切除术,其中66例行全身麻醉,4例行持续硬膜外麻醉;5例全身麻醉下行膀胱镜检查术加抗感染等保守治疗。2例膀胱颈后唇抬高者加行膀胱颈后唇切开术,1例膀胱结石者加行膀胱内气压弹道碎石,1例尿道膜部狭窄者加行尿道冷刀切开术。手术时间5~140 min,平均32 min。术后常规留置导尿1~5 d,术后抗炎治疗1~3 d。5例行膀胱镜检查术加抗感染等保守治疗患者临床症状较轻,膀胱镜检查见病变范围小且无合并症,给予抗生素抗炎对症保守治疗。经尿道膀胱病灶切除术70例中,9例病变广泛病情严重与11例术后复发患者,行膀胱内药物灌注治疗,灌注时间为术后3~14 d不等,灌注方案为吡柔比星40 mg或丝裂霉素10 mg,每周1次为1个疗程,共8~10个疗程,预防再复发;其余50例患者术后出院未行特殊处理,密切观察,定期随访。

1.3 随访及疗效判断

随访7~40个月,平均19.5个月。术后每3个月定期复查尿常规及膀胱镜检查,必要时辅助泌尿系彩超。术后1年后改为每半年进行1次上述检查。对患者进行门诊随访和电话随访,主要以患者主观症状的改善情况及末次膀胱镜检查结果作为复发判定标准。其中随访指标包括患者主观症状的改善情况、是否复发及复发时间和处理方式、末次随访时间及膀胱镜检查结果。

1.4 统计学方法

[△] 通讯作者, E-mail: dqiang@gmail.com

组间比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

行经尿道膀胱病灶切除术组 70 例, 尿频、尿急、尿痛者术后缓解率为 86.4%(19/22), 无痛血尿和单纯下腹部疼痛者术后缓解率为 87.0%(20/23), 排尿淋漓和尿道口不适者术后缓解率为 71.4%(5/7), 以体检发现病变者缓解率为 87.0%(20/23)。随访中复发 11 例, 对复发者均行经尿道膀胱病灶切除术加膀胱内药物灌注治疗, 所有患者至随访结束时均未见癌变发生。膀胱镜检查术加抗感染等保守治疗组 5 例, 出院 3 个月后症状均不同程度缓解, 1 例出院后半年复发, 复发者继续行保守治疗。5 例随访患者均未发生癌变。随访期间内两组患者复发率分别为 15.7%(11/70) 和 20.0%(1/5), 两者比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

CG 自 1877 年首次报道以来, 其病因学、诊断和治疗方面的研究不断深入。CG 本质上可认为是移行上皮的增生和化生^[2]。宋东奎等^[3]对 2228 例 CG 诊断文献资料的统计分析显示, 不同性别的患者发病率差异无统计学意义。到目前为止, 其具体的发病机制仍不清楚, 但多数学者认为与膀胱的慢性炎症、结石、尿路梗阻和下尿路排尿功能障碍等因素有关^[4,5]。在本次研究中, 有 23 例患者尿常规提示尿路感染, 可能与膀胱长期的慢性炎症有关。

CG 的临床表现较多样, 且无特异性。本次研究主要以尿频、尿急、尿痛、血尿及下腹部不适为常见, 部分表现为单纯排尿淋漓及尿道口不适, 但有 23 例患者并无任何症状, 仅为体检或复查时发现膀胱肿物。

影像学检查中 B 超为 CG 诊断的首选检查, 创伤小且易于操作, 常显示为膀胱内占位性或膀胱壁增厚等非特异性征象。CT 灵敏度高, 影像学检查提示和 B 超类似, 但对鉴别膀胱癌与 CG 意义不大^[6]。静脉肾盂造影有利于了解膀胱内占位对肾功能的影响。膀胱镜检查对病变部位的活检有助于明确诊断^[6], 镜下常见 CG 好发于膀胱三角区、膀胱颈部及输尿管开口处, 病灶处膀胱黏膜常粗糙不平, 充血水肿及增厚, 可呈较小的不规则乳头或结节样凸起, 少数形成较大的孤立性肿块, 重者可见病灶累及膀胱其它各壁或全膀胱黏膜。

目前 CG 缺乏特异的治疗方法, 其病因复杂, 多数为继发性的病理改变, 因此治疗过程中主要目的是缓解临床症状, 同时依据病变程度、部位、范围而采取相应的治疗方法。对于病变范围小, 去除诱因如感染等可以缓解症状者在严密随访下可给予抗炎等保守支持治疗, 定期膀胱镜检查并取活检。本组 5 例患者行膀胱镜检查术后抗感染等保守治疗, 疗效及随访生存质量均较好。病变较广泛者, 经尿道膀胱病灶切除术是目前首选的手术方式。手术的疗效关键在于手术过程中对病变的切除深度的掌握。手术过程中应切除至肉

眼可视病变及其周围 1 cm 的黏膜, 切出病损组织后膀胱残留组织呈焦黄色。对散在或较小的病灶, 局部切至肌层即可; 膀胱颈口的病变可完全切除至正常组织; 范围较大的病变, 应完全切除增厚的黏膜层直至看见正常的膀胱肌纤维; 输尿管口和周围的病变切除时避免切除过深, 尤其是在输尿管口的病变应注意避免对输尿管膀胱壁内段的损伤, 尽量不用电凝防止瘢痕形成, 最长切除长度不超过壁内段输尿管的 1/3, 以防止术后输尿管口瘢痕狭窄的形成。本组对 70 例患者行经尿道膀胱病灶切除术, 64 例患者术后症状缓解明显。CG 的病变常呈多中心易复发的特点, 有 11 例患者因术后复发再次行手术治疗, 术后予以膀胱内药物灌注的预防性治疗。

随访期间内手术组和保守组患者复发率分别为 15.7%(11/70) 和 20.0%(1/5)。CG 在手术治疗过程中肉眼观察到的病灶及经尿道电切或部分切除的病灶只是细胞增生明显部分, 仅为病变组织的一部分; 而在行保守治疗过程中常为对症治疗, 即在症状上予以缓解, 并未从根本上消除其致病因素, 因此 CG 容易复发, 尤其是病变广泛病情严重及复发患者, 对此应予以预防性膀胱内药物灌注治疗, 但属于尝试性治疗, 膀胱灌注的必要性及疗效和开始灌注时间仍存在一定争议。本次研究中 CG 的复发率与既往文献^[6,7]相比并无明显差异。

CG 易复发的特点决定了定期复查的重要性, 随访方式主要以尿常规及膀胱镜检查结果为主, 必要时辅助泌尿系彩超和其他检查, 一旦发现病变复发应及时取活检并行手术治疗, 辅助膀胱内药物灌注治疗。

综上所述, CG 的治疗应根据患者具体情况选择具体的治疗方案, 必要时加行膀胱灌注治疗。无论手术治疗还是保守治疗, 术后定期随访十分必要。

参 考 文 献

- 1 Gómez dos Santos VG, Burgos Revilla FJ, Garcia González R. Glandular cystitis: endovesical treatment. Arch Esp Urol, 2000; 53(5):461-464.
- 2 董 强, 邓 实, 魏 强. 腺性膀胱炎. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2009;1(5):312-313.
- 3 宋东奎, 张志永. 腺性膀胱炎诊断 2228 例文献分析. 中国误诊学杂志, 2005;16(11):3087-3088.
- 4 刘先夺, 范玉铃. 腺性膀胱炎的研究进展. 医学综述, 2008;14(8):1226-1228.
- 5 陈 敏, 肖传国, 曾甫清等. 腺性膀胱炎尿动力学检查及其临床意义. 临床泌尿外科杂志, 2003;18(6):344-346.
- 6 张晓光, 徐 勇, 杨 阔等. 腺性膀胱炎的诊断和治疗(附 64 例报告). 天津医科大学学报, 2008;14(2):200-202.
- 7 黄 滔, 周文龙, 张志伟等. 腺性膀胱炎的诊断和治疗. 临床泌尿外科杂志, 2008;23(6):460-464.

(2012-03-01 收稿, 2012-06-26 修回)

编辑 余 琳