

经尿道电切术治疗腺性膀胱炎(附 18 例报告)

陈铁峰 牛 明 赵 强 夏 浩 王国强

(天水市第二人民医院泌尿外科, 天水 741020)

中图分类号: R694⁺. 3

文献标识: B

文章编号: 1009 - 6604(2009)12 - 1157 - 02

近年来,腺性膀胱炎的发病率呈增高趋势,2003 年 1 月 ~ 2006 年 12 月我院共收治腺性膀胱炎 18 例,均采用经尿道汽化电切术治疗,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例,男 11 例,女 7 例。年龄 26 ~ 62 岁,平均 38 岁。临床表现尿频、尿急、尿痛 13 例,肉眼或镜下血尿 8 例,排尿困难 6 例,下腹胀痛 10 例。尿常规或尿培养提示感染 7 例。病变位于膀胱颈及三角区 6 例,膀胱颈 4 例,三角区 7 例(其中侵及输尿管 2 例,累及侧壁 1 例),病变范围广泛弥散成大片状 1 例。膀胱镜检查:局部黏膜粗糙,呈滤泡样出现 9 例,呈乳头状瘤 5 例,呈慢性炎性改变,黏膜广泛增厚并有小片状溃疡 4 例。所有入选病例均经膀胱镜检及病理活检确诊为腺性膀胱炎。合并膀胱颈增生 2 例,膀胱结石(12 mm × 5 mm)1 例,良性前列腺增生 3 例,肾积水(暗区前后径 24 mm)1 例。

病例选择标准:病理活检为腺性膀胱炎的患者。

1.2 方法

术前均行常规化验检查及广谱抗生素治疗 5 ~ 7 d。采用连续硬膜外麻醉 10 例,腰麻 8 例。取截石位。F₂₇ Olympus 前列腺汽化电切镜,电切功率 200 W,电凝功率 70 W,5% 葡萄糖液做灌洗液。在半充盈状态下汽化电切。位于颈部者完全切除病灶,深度达颈口环形纤维;膀胱内病变切除方法与膀胱肿瘤相同,深度达肌层,周围切至正常黏膜组织 0.5 ~ 1.0 cm 处;对于广泛增厚,粗糙的黏膜及溃疡行广泛切除至正常的肌层;切除输尿管周围病变至黏膜固有层即可,以避免损伤壁间段的浅肌层;伴有结石、膀胱颈梗阻及前列腺增生者同时行电切治疗。创面充分电凝后,以 Ellik 冲洗器吸净切除之组织。留置 F₂₂ 三腔气囊尿管 1 根,生理盐水冲洗 3 ~ 5 d,拔除尿管。常规抗炎,止血治疗。术后 10 d 行丝裂霉素(MMC)20 mg + 生理盐水 50 ml 膀胱灌注,1

次/周 × 8 次后改 1 次/月至 2 年。

2 结果

手术时间 15 ~ 42 min,平均 32 min。术后排尿通畅。术后病理证实均为腺性膀胱炎。18 例随访 3 ~ 36 个月,平均 26 个月。术后 3 个月原有的尿路刺激症状明显缓解,6 个月尿路刺激症状及血尿基本消失,尿常规正常;伴有膀胱颈梗阻及前列腺增生者排尿通畅,最大尿流率 > 20 ml/s;肾积水者 B 超提示肾积水消失。膀胱镜检查膀胱黏膜基本正常。2 例分别于术后 6、8 个月复发,再行上述电切及 MMC 灌注治疗,随访 2 年无复发。

3 讨论

腺性膀胱炎为慢性炎症与刺激(结石、梗阻等)所引起的膀胱黏膜增生与化生,类似肿瘤,现多被认为是一种癌前病变^[1,2],因此,需要积极处理^[3]。该病好发于三角区及颈部,偶可累及全膀胱黏膜,侵及输尿管时可致肾积水。

B 超可用以早期诊断及随访,而本病的确诊有赖于膀胱镜检查 and 活检。膀胱镜下腺性膀胱炎多表现为多中心性及多形态性,常散在成片或成簇存在,严重时可能侵及整个膀胱,可有滤泡状,绒毛状乳头状瘤样改变,但肿物顶端常透明且无血管生长,黏膜常粗糙,增厚或有小溃疡形成,输尿管口多数看不清。典型的病理改变是基底细胞灶性成长,行成 Brun 巢,其内出现腺性组织转化形成腺体结构,同时存在淋巴细胞和浆细胞的浸润。

既往多采用膀胱黏膜剥脱术、膀胱部分切除术、输尿管再植术及全膀胱切除术等,但因为损伤大,且疗效不十分满意。随着现代医学模式——微创外科的发展^[4],对绝大多数腺性膀胱炎都可以采用 TUR 术治疗。目前,国内多数地区及学者均采用腔内电切等方法治疗腺性膀胱炎^[3]。本组 18 例均采用经尿道汽化电切术治疗,获得了满意的疗效,1 例侵及输尿管致肾积水者 B 超提示肾积水消失,对于病变

范围较大者通过 TUR 治疗也获得成功,且可同时处理合并症,对复发者可多次治疗,彰显了微创技术的优越性。由于腺性膀胱炎的癌变可能性,因此,主张于术后给予腔内化疗,凡可用于表浅性膀胱癌术后腔内化疗的药物均可用于腺性膀胱炎的腔内灌注^[3]。

通过对 18 例腺性膀胱炎的诊治,我们体会如下:①术前充分重视膀胱镜检查及活检的重要性,明确诊断及病变分布范围和类型。②在治疗前及治疗过程中注意首先要针对病因,消除慢性刺激因素,如炎症、结石、梗阻等。③电切应遵循以下原则:切除范围至少超过病变范围 0.5 ~ 1.0 cm,深度达肌层;输尿管周围者切至黏膜固有层,以免引起输尿管狭窄与返流;颈部病变要彻底切除,深度达颈口环形纤维。④术后常规行膀胱腔内化疗药物灌注,以预防复

发或癌变。⑤加强术后随访,时间至少 24 个月,术后 3 个月常规行 B 超检查,3 ~ 6 个月行膀胱镜检查。

参考文献

- 1 鲍镇美. 泌尿男生殖系感染. 见:吴阶平,裘法祖,主编. 黄家驷外科学. 北京:人民卫生出版社,1992. 1796 - 1805.
- 2 庄乾元. 李鹏翔. 经尿道腺性膀胱炎电切术. 见:韩见知,庄乾元,主编. 实用腔内泌尿外科学. 广州:广东科技出版社,2001. 158 - 159.
- 3 汤 昊,孙颖浩. 腺性膀胱炎及其诊治. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23: 715 - 717.
- 4 吴开俊. 浅谈微创泌尿外科的发展. 中国微创外科杂志, 2007, 7 (8): 727 - 729.

(收稿日期:2008 - 12 - 19)

(修回日期:2009 - 02 - 13)

(责任编辑:李贺琼)