

经尿道电切电灼术联合吡柔比星膀胱灌注 治疗女性腺性膀胱炎 48 例报告

陈月军¹ 拱华¹

[摘要] 目的:探讨经尿道电切电灼术联合吡柔比星治疗女性腺性膀胱炎的方法及疗效。方法:对 48 例女性腺性膀胱炎患者行经尿道电切加 THP 膀胱灌注。结果:48 例中,临床症状完全消失 40 例,好转 6 例,术后复发 2 例。结论:电切电灼术联合吡柔比星是治疗女性腺性膀胱炎的一种可行有效的方法。

[关键词] 腺性膀胱炎;经尿道电切电灼术;吡柔比星;药物灌注

[中图分类号] R694 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2012)03-0222-02

Transurethral cauterization combined with intravesical instillation of pirarubicin in treatment of female cystitis glandularis (Report of 48 cases)

CHEN Yuejun GON Hua

(Department of Urology, the Second People's Hospital of Guilin City, Guangxi, 541001, China)

Corresponding author: CHEN Yuejun, E-mail: glcyj@126.com

Abstract Objective: To evaluate the method and result of intravesical instillation of pirarubicin (THP) combining with transurethral electrovaporization in the treatment of cystitis glandularis in woman. **Methods:** 48 patients with cystitis glandularis were treated with instillation pirarubicin. After transurethral resection. **Results:** 48 cases were all followed up. The recurrence occurred only in 2 cases. The clinical symptom of 40 cases disappeared and 6 of 48 cases were alleviated. **Conclusions:** Combining of the transurethral electrovaporization and pirarubicin intravesical instillation is effective against local recurrence of female cystitis glandularis.

Key words glandular cystitis; transurethral electrovaporization; pirarubicin; drug perfusion

腺性膀胱炎是一种膀胱黏膜增生性病变,亦是一种较为少见的肿瘤性疾病,近年来其发病率有上升趋势,特别是中、老年女性,其发病明显增多。它具有特殊的病程发展过程和临床发病特点,治疗上较为棘手。自 2008 年 1 月~2011 年 10 月,我院共收治女性腺性膀胱炎患者 48 例,均采用经尿道电切电灼加吡柔比星(THP)膀胱灌注进行治疗,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 48 例,均为女性,年龄 47~68 岁,平均 53 岁。病程 2~96 个月。临床症状有尿频、尿急、尿痛者 48 例,血尿 19 例,排尿困难 19 例,22 例伴有不同程度的下腹部不适或隐痛。全部患者经膀胱镜检+病理活检确诊。膀胱镜下见病变位于膀胱三角区及膀胱颈 45 例,散在 3 例;滤泡样水肿型 41 例,乳头状型 2 例,绒毛状型 5 例。

1.2 治疗方法

本组 48 例患者在腰麻或硬膜外麻或表麻+强

化下行经尿道电切电灼术,对并有膀胱颈梗阻者同时行膀胱颈切开术,以解除膀胱出口梗阻。电切时用环状电极切除所有病变黏膜及周边 1 cm 正常膀胱黏膜,切除深度达浅肌层,再用球形电极电凝切面,灼平肉眼可见的病变组织并彻底止血。输尿管口及周围病变用电刀切除病变,出血点用电极轻点止血,不予反复电凝。病变输尿管口术中留置 F₅ 输尿管导管,以防狭窄;术中留置 F₂₂ 三腔导尿管,以备术后用 THP 液(即 THP20 mg+5%葡萄糖液 40 ml)进行膀胱灌注。术后 1 周经导尿管作 THP 膀胱灌注,并将 THP 液在膀胱内保留 30 min,并转动体位(平卧、左右侧及俯卧),每周 1 次共 6 次,3 个月后行膀胱镜复查,然后每月 1 次共 6 次,每半年再作膀胱镜复查。

2 结果

48 例中,症状完全消失 40 例,好转 6 例(症状基本消失,偶有尿频、尿急、尿痛),术后复发 2 例(3 例切面有黄色钙化结构附着),总有效率为 95.8%。

3 讨论

腺性膀胱炎是一种临床上较少见的腺性增生

¹ 桂林市第二人民医院泌尿外科(广西桂林,541001)
通信作者:陈月军, E-mail: glcyj@126.com

性病变,其发病机理尚不能完全明确,主要有膀胱黏膜上皮化生和胚胎残留两种学说。随着腔镜技术的普及,该病检出率逐年增多,许多被误诊为“女性尿道综合征”的患者被确诊为腺性膀胱炎。本组48例中有40例曾被当作女性尿道综合征在外院进行治疗。因此,对有较长期尿路刺激症状而尿液分析正常,或尿液分析异常而经敏感药物抗炎治疗效果欠佳者,应例行膀胱镜检查,必要时取活检以确诊,这可大大提高女性腺性膀胱炎患者的早期诊断率^[1]。

腺性膀胱炎是一种较为罕见的膀胱上皮增生病变,也称为囊性膀胱炎,国外统计其发病率在0.1%~1.9%之间^[2]。不同性别的成人及儿童均可发病。笔者发现老年女性发病率最高,可能与女性闭经后激素水平的变化有关。目前,其发病原因尚不明确,多数学者认为是由于膀胱感染、梗阻、结石等慢性刺激而引起的一种正常膀胱尿路上皮化生变化的结果^[3];LANCERLIN等^[4]认为腺性膀胱炎是膀胱腺癌的癌前病变;Rosiu等的研究表明,感染而发炎的细胞能影响膀胱细胞核仁染色体上基因移位,从而使细胞发生转化而成为癌细胞^[5]。

腺性膀胱炎目前尚无十分满意的治疗手段,经尿道电灼、电切或汽化电切加术后化疗药物膀胱灌注是较为常用的治疗方法,临床效果较为满意。本组患者采用经尿道电切电灼术,术后采用吡柔比星20 mg+5%葡萄糖液40 ml膀胱保留灌注进行治疗和预防复发,主要是因为吡柔比星是一种新一代蒽环类抗肿瘤药物,属细胞毒性药物,与丝裂霉素、阿霉素等药物相比,可大大减少心脏毒素及骨髓抑制的副作用,能迅速在膀胱上皮内达到有效药物浓度且为膀胱黏膜所吸收,仅10 min即可进入黏膜深层,全身吸收量少,副作用轻。文献报道蒽环类抗癌药物用于膀胱灌注,以治疗和预防浅表性膀胱

癌,已在临床上广泛应用^[6]。基于这个特点,我们在经尿道电切电灼术后用THP作膀胱灌注治疗,能有效地消除残留、散在的病灶,使得治疗更为彻底,同时可达到预防复发和恶变的目的^[7]。本组THP的灌注时间采用30 min短时,浓度为20 mg/40 ml,均未发生全身不良反应,亦未发生局部膀胱刺激征。

在治疗腺性膀胱炎的过程中,应考虑到是否并有下列病变。本组有4例患者并有膀胱颈梗阻,3例并有尿道肉阜,术中一并处理,获得满意效果。因此,笔者认为,经尿道电切、电灼+THP膀胱灌注治疗腺性膀胱炎疗效满意,患者耐受性好,副作用小,是治疗腺性膀胱炎的一种可行的有效方法。

参考文献

- [1] 范永毅. 经尿道汽化电切术联合吡柔比星膀胱灌注治疗腺性膀胱炎48例报告[J]. 右江民族医学院学报, 2004, 2: 239-240.
- [2] THOMAS E B, WENDEL R G. Cystitis glandularis: benign or malignant[J]? J Urol, 1968, 100: 462.
- [3] 张循亮, 王晓雄, 曹静. 腺性膀胱炎[J]. 中华泌尿外科杂志, 1995, 16: 413-414.
- [4] LANCERLIN F, ANIDIJAR M, VILLETTE J M, *et al.* Telomerase activity as a potential marker in pre-neoplastic bladder lesion[J]. BJU Int, 2000, 15: 526-531.
- [5] 薛学义, 多义麒, 郑清冰, 等. 吡喃阿霉素膀胱灌注防治膀胱癌术后复发[J]. 海峡药学, 1997, 9(1): 58-59.
- [6] 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[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(6): 344-346.
- [7] 邓振农, 陈志光. 经尿道电切术联合吡柔比星膀胱灌注治疗腺性膀胱炎26例报告[J]. 肿瘤研究与临床, 2003, 15(2): 109-110.

(收稿日期: 2012-01-02)

(上接第221页)

希望能为TURP术后储尿期症状的控制提供新的治疗思路。

参考文献

- [1] 傅承忠, 宋永胜, 陈智彬, 等. 经尿道前列腺电切术后储尿期症状状况分析[J]. 中华男科学杂志, 2010, 16(11): 994-997.
- [2] MUZZONIGRO G, MILANESE G, MINARDI D, *et al.* Safety and efficacy of transurethral resection of prostate glands up to 150 ml: a prospective comparative study with 1 year of followup[J]. J Urol, 2004, 172(2): 611-615.
- [3] 唐正严, 李杨, 齐琳, 等. TURP术后排尿困难的临床分析及处理[J]. 中南大学学报, 2006, 31(4): 601-603.
- [4] 王永超, 陆阳, 宋永胜. 经尿道前列腺切除术后期排尿症状不改善的临床分析及处理[J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(1): 48-50.

- [5] 刘润明, 王明珠, 贺大林, 等. 良性前列腺增生术后下尿路症状分析及对策[J]. 现代泌尿外科杂志, 2003, 8(2): 82-83.
- [6] 傅强, 徐月敏. 膀胱颈逼尿肌中eNOS基因表达与良性前列腺增生致下尿路梗阻的关系[J]. 中华男科学杂志, 2006, 12(11): 1035-1038.
- [7] 朱忠宁, 卢海刚, 马士平, 等. 翁沥通胶囊的药理作用研究[J]. 中华男科学杂志, 2004, 18(4): 43-45.
- [8] 徐志兵, 朱延军, 鲁继东. 翁沥通胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(1): 60-61.
- [9] 邵强, 郭字文, 郭宏波, 等. BPH患者对中文版IPSS理解能力的评估[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(1): 51.
- [10] 张心如, 徐月敏, 陈宾峰. 尿动力学检查及IPSS评分对判断腔内前列腺手术效果的价值[J]. 临床泌尿外科杂志, 2007, 22(12): 888-891.

(收稿日期: 2011-10-11)