

499 例,占全部标本的 31.8%;HBeAg 阴性标本中 PreS2Ag 阴性 881 例,占全部标本的 56.1%,两组间差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨 论

临床上常将血清 HBV 标志物作为诊断乙肝病毒感染的重要依据。其中 HBeAg 常作为患者体内的病毒是否在复制及是否具有传染性的指标之一。但近年来的研究显示,乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)阳性(HBeAg 阴性)不一定是传染性降低、结局好的征象,由于 HBV 的前 C 基因突变,抗-HBe 阳性者中仍有相当程度的 HBV 复制,个别人甚至可发展为重症肝炎。所以,PreS2Ag 在判断抗-HBe 阳性隐性感染者的病毒复制、传染性 & 发展转化方面可弥补 HBeAg 在这方面的缺陷^[3]。从本试验可以看出,在“小三阳”以及 HBsAg 阳性、乙型肝炎核心抗体(抗-HBc)阳性的标本中都检测出 PreS2Ag,且在 504 例 HBeAg 阳性标本中,PreS2Ag 阳性 499 例,占全部标本的 31.8%;1 067 例 HBeAg 阴性标本中,PreS2Ag 阳性 881 例,占全部标本的 56.1%。说明 PreS2Ag 比 HBeAg 更能反映 HBV 在体内的复制情况,是判断 HBV 感染的严重程度以及病毒复制的指标^[4]。

综上所述,虽然 HBV DNA 是判断 HBV 复制活跃和是否具有传染性的可靠依据^[5],但检测条件要求高,一般实验室无法开展。PreS2Ag 操作方法为 ELISA 法,具有简单、方便、经济、有独特的检测价值等优点,弥补了一些实验室不能开展

HBV-DNA 检测的不足。因此,作者认为对体检标本进行 HBV 血清标志物与 PreS2Ag 联合检测,可弥补 HBV 血清标志物检测的不足,对预防乙型肝炎病毒复制和传播有重要的价值。

参考文献

- [1] 贾文祥,叶嗣颖,江丽芳,等.医学微生物学[M].北京:人民卫生出版社,2001:301.
- [2] 敖必蓉,卢元全.血清 HBV 标志物前 S2 抗与 HBV DNA 检测结果的相关性[J].临床输血与检验,2009,11(1):38-40.
- [3] 王剑,盘晓娟,刘平娥,等.乙肝病毒前 S2 抗原与乙肝血清标志物的相关性及其临床意义[J].细胞与分子免疫学杂志,2006,22(5):623-624.
- [4] 张阳根,徐忠玉,谢志雄,等.乙型肝炎患者前 S2 抗原/抗前 S2 抗体的临床意义[J].现代诊断与治疗,2004,15(1):28-29.
- [5] 陆俊忠,张迎梅,翁厚光,等.乙型肝炎病毒血清标志物与前 S1 抗原检测结果分[J].检验医学与临床,2008,5(23):1440-1442.

(收稿日期:2011-05-15)

• 临床研究 •

膀胱嗜铬细胞瘤的诊断及治疗

唐爱国,孙 浩,陶美满,潘 鹏,周留正,马克均(江苏大学附属医院泌尿外科,江苏镇江 212001)

【摘要】 目的 分析膀胱嗜铬细胞瘤临床特征,探讨该疾病临床诊断及治疗方法。**方法** 结合该院 2007~2008 年 2 例膀胱嗜铬细胞瘤病例资料,复习近 3 年国内文献报道该疾病 33 例,分析其临床特征,比较其临床治疗方法与结果。**结果** 膀胱嗜铬细胞瘤患者 3-甲氧-4-羟苦杏仁酸(VMA)和血、尿儿茶酚胺升高的发生率 100%,无痛性血尿发生率 54.28%,心血管疾病症状发生率 60%,B 超、CT 检查发现率 97.14%~100%,结合患者全身症状及膀胱镜检外观诊断率 100%。**结论** 膀胱镜检是以无痛性血尿发生及心血管疾病为主要表现的膀胱嗜铬细胞瘤患者术前诊断、早期诊断的主要手段。病程中患者血压控制与稳定是该类疾病临床手术治疗成功的重要环节。

【关键词】 膀胱; 嗜铬细胞瘤; 诊断; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)20-2497-02

临床上膀胱嗜铬细胞瘤发病率低,约占肾上腺外嗜铬细胞瘤 10%,占膀胱肿瘤的 0.5%^[1],初发病例易被临床漏诊或误诊。结合本院 2007~2008 年间收治 2 例病例,回顾分析近 3 年国内文献报道的 33 例膀胱嗜铬细胞瘤相关临床资料,以探讨该类疾病的临床诊断与治疗关键,现报道如下。

1 资料与方法

膀胱嗜铬细胞瘤患者 2 例为本院 2007~2008 年收治,33 例为近 3 年国内学者报道。其中男 16 例,女 19 例。年龄 19~72 岁。患者首发症状表现为:排尿时头痛、头晕、心悸、胸闷、血压增高 21 例(60%),间歇无痛性肉眼血尿 19 例(54.28%),尿频、尿急 3 例(8.57%),无明显临床症状 2 例(5.71%)。对疑诊患者行 B 超、CT、24 h 尿 3-甲氧-4-羟苦杏仁酸(vanillyl-mandelic acid,VMA)、膀胱镜检查,诊断明确者行手术治疗,检查及治疗过程中观察并监测患者血压变化。

2 结 果

2.1 检查结果与分析 20 例患者行 CT 检查均发现膀胱实质性肿块。34 例(97.14%)B 超检查发现膀胱占位性病变,1 例(2.86%)示盆腔肿块。21 例术前检测 24 h 尿 VMA,20 例(95.23%)高于正常值。28 例接受膀胱镜检查者均被发现膀胱实质性肿块,16 例(57.14%)患者因肉眼镜下临床表现典型诊断为膀胱嗜铬细胞瘤,均被术后病理检查确诊。7 例(25%)镜下表现不明确行膀胱镜活检,其中 2 例为嗜铬细胞瘤、3 例疑为膀胱尿路上皮癌、2 例为炎性病变。膀胱镜检查过程中,5 例(17.86%)因镜检时患者出现胸闷及血压升高而中止镜检并放弃活检;6 例出现头痛、头晕、心悸、胸闷,血压升高,最高者达 220/140 mm Hg,4 例结束检查后症状缓解,血压逐渐下降,2 例因血压持续升高而应用酚妥拉明降压。

2.2 临床治疗与预后 35 例均行手术治疗。2 例病理确诊及

21 例临床考虑膀胱嗜铬细胞瘤患者行手术治疗,术前均用酚苄明 10 mg 每天 3 次或派唑嗪 2 mg 每天 2 次,将血压控制在 120~150/70~90 mm Hg,心率超过 90 次/分钟者使用心得安、倍他乐克等将心率控制在 90 次/分钟以下。术前予晶体、胶体扩容。12 例术前未做特殊准备。手术方式:23 例行膀胱部分切除术,8 例行经尿道膀胱肿瘤电切,1 例行全膀胱切除术(肿瘤多发),2 例行膀胱部分切除和输尿管再植术(累及患侧输尿管开口),1 例行腹腔镜辅助膀胱部分切除术。23 例术中切除肿瘤前后血压升高,均经药物治疗控制。术后恢复均良好,本院 2 例患者出院后随访 24 月无复发,文献报道 33 例患者,随访至文献报道时均未见复发。

2.3 特殊病例报告 (1)例 1,患者,女,49 岁。因“间隙性排尿后心悸、头晕、血压增高 10 年,加重 6 个月”于 2007 年 10 月 15 日入院。无肉眼血尿史。患者以间隙性排尿后心悸、头晕、眼花、出汗及血压增高为主要症状,发作时血压最高达 220/130 mm Hg,反复在心内科就诊,诊断为“冠心病、原发性高血压 2 级”,服用“洛汀新、倍他乐克”等药治疗,疗效不佳。查体未发现明显异常。CT 检查显示膀胱左后壁近输尿管入口处占位(1.8 cm×1.7 cm),膀胱镜检查示左输尿管外上方见膀胱黏膜隆起性病变(2 cm×2 cm),24 h VMA 正常。诊断:膀胱占位性病变,嗜铬细胞瘤待定。术前两周服用酚苄明 10 mg 每天 3 次,术前一天予晶体和胶体扩容,术中予深静脉置管,开通三路静脉通路,监测中心静脉压及动脉置管动态监测血压,在全身麻醉下行手术,术中见左输尿管开口处外上方有一约 2 cm×2 cm 大小隆起肿块,触摸肿瘤时血压从正常水平升高至 180/110 mm Hg,在肿瘤包膜外完整切除肿瘤。病理报告:膀胱嗜铬细胞瘤。术后 10 d 拔除导尿管,患者血压在正常范围,小便时未再出现心悸、头晕等症状,出院后随访 2 年正常。(2)例 2,患者,女,57 岁,因“体检 B 超发现膀胱占位 2 周”于 2008 年 10 月 14 日入院。无明显临床表现,无肉眼血尿史,无排尿后心悸、头晕、眼花、出汗及血压增高等症状。B 超:膀胱右侧壁 4.4 cm×4.9 cm 实质性回声。膀胱镜检查:膀胱右侧壁 5 cm×5 cm 大小新生物,表面光滑,有蒂。活检病理报告:膀胱黏膜慢性炎,黏膜上皮间质纤维、血管增生,其中见少量异型细胞团,考虑为肿瘤细胞。连续硬麻醉下行膀胱肿瘤电切术,切至肌层。术中电切肿瘤时血压增高,收缩压高达 200 mm Hg,予“乌拉地尔”后血压得到控制,术后血压平稳。术后病理报告:膀胱嗜铬细胞瘤。出院后随访 2 年,定期查 B 超、膀胱镜未发现肿瘤复发,血压正常。

3 讨论

膀胱嗜铬细胞瘤为临床少见病例,初发时常因临床症状无特征性改变,给临床早诊早治带来一定困难。有资料显示,持续性或阵发性的高血压以及血尿是膀胱嗜铬细胞瘤最常见的症状,其发生率达 60%~70%^[1],从本资料中该类患者同样以高血压为主要表现,且其高血压的发作与患者排尿有明显关系,间歇无痛性肉眼血尿同样是其高发症状之一,提示血尿患者并有持续性或阵发性的高血压的发生应要考虑该疾病可能。

该疾病定位与定性诊断是临床治疗的前提。有资料显示,定位诊断主要依靠影像学检查,如 CT、MRI 及 B 超检查,其中 B 超对其定位准确率为 70%~90%^[2]。本资料中,CT 检查膀胱肿块的阳性率明显高于 B 超。有文献报道,CT 在嗜铬细胞

瘤的检出方面具有较高的敏感性,对于肾上腺及肾上腺外嗜铬细胞瘤的检出敏感性分别达 94%及 82%,提示 CT 检查有助于该疾病定位诊断。但也有报道膀胱嗜铬细胞瘤常发生于膀胱的顶壁及近三角区的后壁,既往文献对于该疾病的 CT 影像学描述报道较少,提示影像检查在该疾病断过程中仍存在缺陷。因此,膀胱镜检查为术前重要的定位诊断方法,尤其是对于肿瘤发生部位位于膀胱颈、膀胱三角区及膀胱顶部的患者^[3]。本资料中 28 例膀胱镜检查阳性率为 100%,且 16 例患者因肉眼镜下表现典型诊断为膀胱嗜铬细胞瘤均被术后病理检查证实,说明膀胱镜检查仍是该类疾病诊断的最有效、最直观的方法,尽管患者被检查过程中存在血压的波动,且机械损伤会给患者造成一定的痛苦,但该查检仍应被首选。

嗜铬细胞瘤为内分泌性肿瘤,患者血清及 24 h 尿中儿茶酚胺和代谢产物会升高,且其升高水平与患者嗜铬细胞瘤负荷量有直接关系。因此,检测血及 24 h 尿中儿茶酚胺和代谢产物可作为判断肿瘤是否切除彻底以及有无转移或复发的重要指标^[4]。本资料中,21 例于术前检测 24 h 尿 VMA 20 例高于正常值,这一结果更说明这一点。定期监测 24 h 尿 VMA 可判断肿瘤是否切除彻底以及有无转移或复发^[5]。

手术切除是治疗膀胱嗜铬细胞瘤的最有效的方法^[6],本资料患者手术治疗均取得较好的临床治疗效果。术中高血压发作、低血压、休克及心律失常等并发症是膀胱嗜铬细胞瘤常见表现^[7],本资料中也反映出这一点,严重者可出现高血压危象。因此,在疑诊病例的临床检查及确诊病例的临床治疗过程中,高血压的防与治疗是临床治疗的关键,具体包括:控制血压与心率、术前扩容、术中血压监测,术中应减少对肿瘤体的刺激以减少儿茶酚胺的释放,术后防止低血压的发生。

参考文献

- [1] Onishi T, Sakata Y, Yonemura S, et al. Pheochromocytoma of the urinary bladder without typical symptoms[J]. Int J Urol, 2003, 10(7): 398-400.
- [2] Purandare NC, Sanghvi DA, Jhambekar NA. Pheochromocytoma of the Urinary Bladder[J]. J Ultrasound Med, 2005, 24(6): 881-883.
- [3] Naqiyah I, Rohaizak M, Meah FA, et al. Phaeochromocytoma of urinary bladder[J]. Singapore Med J, 2005, 46(7): 344-346.
- [4] 谢军, 陈光耀, 梁健峰. 膀胱嗜铬细胞瘤 8 例报告[J]. 现代医院, 2009, 9(4): 34-35.
- [5] 李虎, 梁朝朝, 朱永士, 等. 膀胱嗜铬细胞瘤的诊断与治疗(附 7 例报告)[J]. 安徽医学, 2009, 30(1): 13-15.
- [6] Karpman E, Zvara P, Stoppacher R, et al. Pheochromocytoma of the urinary bladder: update on new diagnostic modalities plus case report[J]. Ann Urol, 2000, 34(1): 13-19.
- [7] 陈建春, 董卫平, 蒋民军. 膀胱嗜铬细胞瘤 1 例并文献复习[J]. 现代肿瘤医学, 2006, 14(11): 1425-1426.