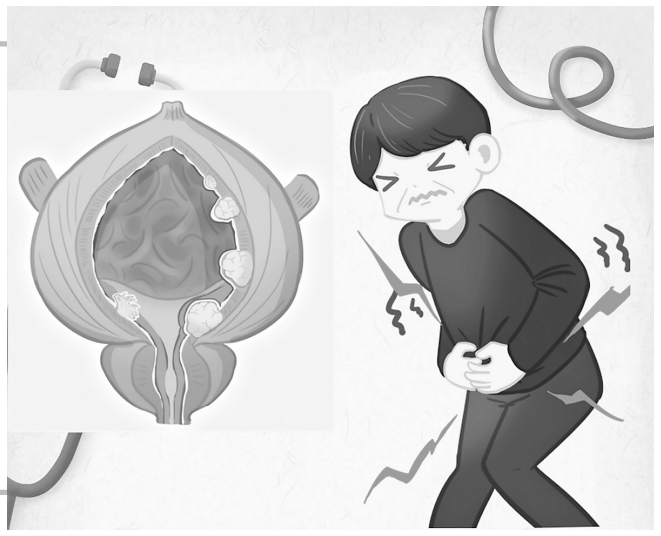
执行主编：刘琳佳 责任编辑：李由 电话：(0451)84612165 E-mail:lnrbliyou@163.com

尿频尿急 警惕膀胱原位癌

刘欢于11月12日安葬北京，曾确诊为膀胱原位癌。在很多人的印象里，原位癌就是癌细胞还没转移、属于很早期、切掉就能安心。可膀胱原位癌不一样，虽带着“原位”二字，却被泌尿外科划定为高危膀胱癌，一旦确诊，就要格外重视。同样叫原位癌，风险差别巨大，关键在于尿路上皮本身的特性。



尿频需排查膀胱癌

上了年纪的人，尿频、尿急、尿痛太常见。女性尿道短，男性前列腺增生，加上抵抗力下降、饮水少，膀胱炎反反复复，多数人都不当回事，药店买盒消炎药吃几天，症状轻了就放下。问题在于，有一类“炎症”是假象，它只是症状像，病根不在细菌。

膀胱原位癌就是这样一类病变。它不长成凸起的菜花样肿物，而是平铺在膀胱内壁的黏膜上，薄薄一层，表面只是发红、粗糙、充血，白光膀胱镜下看上去和炎症几乎分不开。它引起的尿频、尿急、排尿不适，与普通膀胱炎高度重合，所以最容易被当成炎症对付。消炎药吃下去，症状能暂时轻一些，原因有两个：一是膀胱里原本合并了轻度感染，被药物压住了；二是药物对受刺激的黏膜有一点安抚作用。可病灶本身还在，药一停，刺激继续，症状很快回来。

有几个线索值得老年人记在心里：尿培养反复查不出细菌，或者培养结果与症状对不上；消炎药只能换来几天安稳，一停就犯；症状前后拖了一两个月甚至更久，越来越频；尿里出现发红，哪怕只有一次，而且不疼。普通膀胱炎治好后不该反复大半年，反复不好，就该换个思路想问题，而不是一味加大药量。

尿里查不出细菌的尿频

尿常规看有没有白细胞、红细胞；尿培养看有没有细菌生长；尿脱落细胞学检查，找尿液里脱落的异常细胞，对高级病变包括原位癌比较敏感；条件允许还可以做荧光原位杂交检查。

最关键的一步是膀胱镜。普通白光镜下原位癌确实难认，现在有窄带成像、荧光膀胱镜，能把那些发红的异常黏膜显出来，再配合多点随机活检取病理，才是确诊的金标准。只做电切取一块看得见的肿物，往往漏掉那些扁平的、散在的病灶。此外还要做泌尿系CT成像，看看肾盂、输尿管有没有同样的问题，因为整条尿路的上皮都可能出现病变。

长期吸烟的，年轻时在印染、橡胶、皮革、染料化工厂工作过的，以前得过膀胱肿瘤的，长期留置尿管的，反复发作慢性膀胱炎的，盆腔做过放疗的人出现尿频尿急、消炎无效，或者无缘无故出现血尿，检查要更积极一些。

如果属于高危人群，即便各项化验没有明显异常，只要尿路刺激症状持续超过六周、规范抗炎对症治疗后依旧反复，就不要无限期保守观察，及时就医完善专科评估十分有必要。

膀胱原位癌为何易复发

不少膀胱原位癌患者做完电切，复查又发现病灶，常会疑惑是不是手术没切干净。其实，膀胱原位癌复发，大多不是手术疏漏，而是疾病本身的特点：膀胱尿路上皮发生了广泛的黏膜癌变。

膀胱原位癌不同于向外凸起的乳头状肿瘤，它是平铺在黏膜表层的扁平病变。很多时候肉眼很难分清正常黏膜和已经发生恶变的区域，病灶常常多灶、散在分布，像撒在膀胱内壁上的“隐形病灶”。这就是医学上说的“区域癌变”，整片尿路上皮都处在高危状态，一部分病灶能被发现、切除，还有不少已经出现异型改变的黏膜，当下还没有长成看得见的病变。

电切手术只能清除看得见的病灶，它很难把整个膀胱黏膜全部切掉。潜藏在其他部位的异常上皮，在后续环境刺激下，慢慢发展成新的癌灶，看起来就像“复发”，本质上更接近新发。长期吸烟、化学毒素持续影响、慢性炎症刺激，会持续损伤尿路上皮，进一步助长病变发生。

膀胱原位癌为什么是高危癌？

原位癌指癌细胞局限在上皮内部，没有穿透基底膜，没有侵入更深的组织。单从这一点看，膀胱原位癌确实符合原位癌的定义：病灶扁平铺在膀胱内壁黏膜表层，不向外凸起，没有形成乳头状肿块，也没有直接长到膀胱肌层。但它是高级别尿路上皮病变，癌细胞本身恶性程度高，增殖活跃，侵袭潜力很强，随时有突破基底膜、侵入膀胱肌层的可能。一旦进展为肌层浸润性膀胱癌，发生转移的风险会大幅上升，治疗难度和生存预后都会明显变差。

和其他部位原位癌最大的区别，是膀胱尿路上皮容易出现“全场癌变”。膀胱黏膜不是一小块孤立的皮肤，整条尿路，包括膀胱、输尿管、肾盂，都属于同源的尿路上皮。长期在吸烟、化工毒物、慢性炎症的持续刺激下，整片黏膜都可能发生基因层面的改变，也就是常说的“区域癌变”。病灶常常多发、散在、隐匿，像散落在膀胱壁上的微小隐患。很多时候肉眼只能看到一处明显病变，其余黏膜看似正常，实则已经存在细胞异型，只是还没有发展成能被识别的病灶。

这也解释了为什么单纯的电切手术很难根治。电切只能切除肉眼可见的病变，无法把膀胱全部黏膜切除干净。潜藏在正常外观黏膜里的异常细胞，在刺激因素持续作用下，很容易再次长出新病灶。这不是手术没做好，而是疾病本身的特点。如果原位癌还合并乳头状肿瘤，尤其是T1期高级别膀胱癌，危险等级还会再上一个台阶，进展概率显著提高。

正因为如此，膀胱原位癌的治疗思路和普通早期肿瘤完全不同。单纯切除病灶远远不够，标准方案是经尿道电切清除可见病灶之后，接续卡介苗膀胱灌注。灌注药物直接接触全部膀胱黏膜，调动局部免疫，清除那些藏在黏膜里、看不见的微小病变，目的就是降低复发和进展风险。即便治疗后达到完全缓解，也不能掉以轻心，它复发的窗口期很长，即便几年之后，依旧存在进展的可能性，因此随访标准远比低危膀胱癌严苛。

很多患者容易被“原位”两个字误导，觉得病情轻，拒绝后续灌注，复查也断断续续，最后错失控制时机。其实，命名只代表癌细胞当下的位置，不等于它没有危险。膀胱原位癌的警示意义就在于此：它看着“很浅”，却是藏在黏膜里的高危隐患。早规范治疗、坚持定期复查，才是守住健康最重要的办法。

规范治疗之后的随访，同样不能偷懒。低危膀胱癌可能复查间隔相对宽松，膀胱原位癌前两年是复发高风险期，需要频繁复查膀胱镜。 本报记者 李由