

· 病例报告 ·

腺病毒感染致儿童急性出血性膀胱炎 1 例

陈光明, 叶礼燕, 陈新民, 任榕娜

(南京军区福州总医院儿科, 福建 福州 350025)

[中图分类号] R373 [文献标识码] E

患儿,男,3岁,于入院前2d无明显诱因出现终末肉眼血尿,伴有血凝块,尿频、尿急、尿痛明显,无发热、咳嗽、流涕,无呕吐、腹泻。入院查体:发育正常,神志清楚,精神好,眼睑及全身无水肿,咽部无充血,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音,心率80次/min,律齐,心音有力,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹平软,下腹部压痛明显,双肾区无叩击痛,尿道口无发红。尿常规:红细胞950个/HP,白细胞2个/HP,尿蛋白(++++)。两次尿相差镜检红细胞畸形率均为42%,提示为非肾小球性血尿。3次中段尿培养均无细菌生长。24h尿钙正常。血常规、肝肾功能、血清免疫球蛋白、补体C₃、抗“O”均正常。腺病毒抗体IgG,IgM均阳性(病程第4天抽血)。血清结核抗体阴性。PPD试验阴性。胸部正位片无异常。泌尿系统彩超提示:膀胱充盈不良,膀胱壁不规则,相对对称性增厚,未发现泌尿系统结石或畸形。临床考虑腺病毒(adenovirus,ADV)感染引起的出血性膀胱炎(Hemorrhagic cystitis,HC)。给予干扰素抗病毒,并给予补液、碱化尿液等对症治疗4d,患儿肉眼血尿消失,膀胱刺激症状明显好转。复查尿常规:红细胞2个/HP,白细胞1个/HP,尿蛋白阴性,继续抗病毒治疗10d,病愈出院。出院时复查尿常规正常。复查泌尿系统彩超,肾、输尿管、膀胱未见明显异常,膀胱充盈良好。随访9个月患儿健康状况良好,未再出现上述症状。

讨论:HC是指膀胱内急性或慢性弥漫性出血,临床以严重肉眼血尿(可伴血凝块)和尿频、尿急、尿痛、排尿困难为特征,膀胱区常有压痛,尿液检查可见大量红细胞和少量白细胞,尿培养阴性^[1]。此病在儿童不多见,可由化疗药物或细菌感染引起。免疫功能低下或接受免疫抑制剂治疗的患者,可因免疫功能低下而继发ADV感染而引起急性出血性

膀胱炎^[2]。然而健康儿童因ADV感染而致急性出血性膀胱炎,文献鲜有报道。

本例患儿既往体健,近期无使用免疫抑制剂史,临床表现为严重肉眼血尿,伴有血凝块,膀胱刺激症状明显,膀胱区压痛,泌尿系统彩色B超排除了泌尿系统结石、肿瘤和畸形;尿中以红细胞为主,白细胞较少,3次中段尿培养均无细菌生长,而结核抗体阴性、PPD试验阴性,肺部无结核病灶,泌尿系统细菌或结核感染亦可除外。于病程第4天抽血查ADV抗体IgG,IgM均阳性,经抗病毒治疗后患儿血尿及膀胱刺激症状很快改善,增厚的膀胱壁恢复正常,因此ADV感染所致的HC诊断成立,惜因条件所限未能从尿中分离出病毒株。关于ADV扩散到膀胱的机制,Aklyama等^[3]认为可能是病毒血症继发病毒尿症,病毒颗粒随尿液由肾脏扩散到膀胱,也可能通过尿道逆行感染,或由胃肠道扩散到盆腔淋巴结或血行播散所致。该患儿无发热、无呼吸道和消化道等病毒感染症状,仅出现急性出血性膀胱炎表现,其具体发病机制尚不明确,但通过本例患儿提醒我们对于小儿急性无菌性血尿,应考虑作病毒学检查,以便明确病因,避免滥用抗生素。

[参考文献]

- [1] 罗洪波,杨罗艳,赵小昆,杨金瑞,刘紫庭,黄循,等.出血性膀胱炎的诊断与治疗[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(3):183-184.
- [2] 蔡正文,赖永榕,刘汉锋,牛威林,彭志刚.造血干细胞移植中出血性膀胱炎的预防和治[J].新医学,2003,34(7):440-441.
- [3] Akiyama H, Kurosu T, Sakashita C, Inoue T, Mori Si, Ohashi K, et al. Adenovirus is a key pathogen in hemorrhagic cystitis associated with bone marrow transplantation[J]. Clin Infect Dis, 2001, 32(9):1325-1330.

(本文编辑:吉耕中)