



# 改良腹腔镜下根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术在女性膀胱癌患者中的应用分析

唐米纳<sup>1</sup> 戴英波<sup>2</sup> 余湘群<sup>1</sup> 尹邦文<sup>1</sup> 邱志军<sup>1</sup> 王威<sup>1</sup> (1 怀化市第二人民医院 湖南怀化 418000 2 中南大学湘雅三医院 湖南长沙 410013)

**摘要：**目的 探讨女性膀胱癌行改良腹腔镜下根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术的临床应用。方法 选择我院和中南大学湘雅三医院收治的女性膀胱癌患者共21例，作为本次研究对象。依据患者意愿，其中16例在切除膀胱同时实施卵巢、子宫、附件切除，5例保留卵巢、子宫、附件。手术完成后，记录患者围术期情况，观察患者排尿情况、新膀胱压力、生活质量以及残余尿量的检测。结果 术中平均出血量为(352.8±70.5)ml，手术时间平均为(341.4±42.3)min，术后随访3个月-5年，发现6个月内患者排尿的自主性良好，日间偶有尿失禁1例，夜间偶有尿失禁1例，2例排尿困难。残余尿量0-210ml，平均(40.5±17.9)ml，膀胱容量为(333.5±46.1)ml。结论 从技术上而言，改良腹腔镜下根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术术式可行，可按照患者情况，切除或保留内生生殖器的术式，创伤小，术中出血量低，大部分患者术后排尿自主性良好，但术后远期疗效以及新膀胱功能，有待观察。

**关键词：**腹腔镜 膀胱肿瘤 外科手术

**中图分类号：**R737.14 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)08-147-02

膀胱癌是一种恶性肿瘤，在临床泌尿外科中较为常见，男女发病比例为3:1，临床并不多见女性浸润性膀胱癌<sup>[1]</sup>。现阶段，腹腔镜下膀胱癌根治术治疗女性患者的报道较少，大部分针对男性患者，关于女性膀胱癌根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术还处于起步阶段。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究对象，为我院和中南大学湘雅三医院收治的女性浸润性膀胱癌患者，年龄41-77岁，平均57岁。体重45-80kg，平均55kg。术前均经膀胱镜检查及活检，提示膀胱癌病灶与膀胱颈距离≥2cm，无尿失禁、尿道狭窄、子宫阴道脱垂、腹肌松弛。胸部X片、素骨扫描、B超等检查未发现远处转移。静脉尿路造影结果显示双肾功能均正常，术后经过病理检查，提示为膀胱移行上皮癌。

### 1.2 方法

保持仰卧位，气管插管全身麻醉，屈膝膝关节，外展大腿，头低15度，冲洗阴道后，塞入凡士林油纱，在下腹部放置导尿管。

标准手术流程，卵巢、子宫、附件切除：(1)通过腹腔镜，探查髂血管交叉位置，对输尿管进行游离，将卵巢、输卵管伞游离于内侧。(2)盆腔淋巴结清扫：探查髂血管交叉部位，将髂外动脉血管鞘向远端切开，髂外血管、闭孔神经四周脂肪淋巴结组织、髂内血管予以清除。(3)子宫两侧分离到子宫颈，并将子宫动脉离断，取膀胱进入点，将输尿管切断，而后将膀胱侧血管蒂向下离断。(4)子宫直肠窝前壁腹膜切开，暴露阴道穹窿后面以及子宫颈。(5)膀胱前壁腹膜反折线切开，膀胱前间隙游离，运用电钩，将盆内筋膜反折切开，阴蒂背深静脉复合体通过双极电凝切断，暴露膀胱颈。(6)尿道前壁切开，经尿道前壁切口，将尿管断端拉出，最后将尿道后壁切断。(7)尿管牵拉：向上翻膀胱颈，膀胱后壁分离，取子宫颈部位，将阴道穹窿切开，围绕子宫颈，横断阴道，切除子宫、膀胱、附件以及卵巢，采用可吸收缝合线，逐步缝合阴道残端。

改良手术流程，内生生殖器保留：(1)经腹腔镜探查输尿管，并在髂血管交叉位置将腹膜剪开，向下游离输尿管到膀胱壁之外；游离盆骨漏斗韧带之后不切断，将卵巢血供予以良好保留，游离子宫阔韧带后推向内侧。(2)盆腔淋巴结清扫。(3)顺着子宫、膀胱陷窝，将腹膜剪开，顺着子宫颈、子宫体前面向下游离，一直到阴道前壁。(4)前腹壁与膀胱的腹膜反折切开，膀胱前间隙游离。(5)在膀胱壁之外，用“结扎速”切断输尿管，而后向下将膀胱侧血管蒂离断，一直到膀胱颈两侧。(6)选择膀胱颈下方约0.5cm位置，行尿道前壁切开，在尿道口外，对尿管予以结扎之后剪断，气囊保持充盈，而后经过尿道前壁切口，拉出尿管断端，切断尿道后壁。(7)尿管牵拉：向上翻膀胱颈，膀胱后壁分离，阴道不切开，在子宫阴道前面，切除膀胱。

### 1.3 观察指标

记录患者围术期的术中出血量、手术时间，术后排尿情况以及控尿功能。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS21.0软件对数据进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较应用t检验；计数资料以率(%)表示，组间比较应用 $\chi^2$ 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

术中平均出血量为(352.8±70.5)ml，手术时间平均为(341.4±42.3)min，术后定期随访3个月-5年，发现6个月内患者排尿的自主性良好，日间偶有尿失禁1例，夜间偶有尿失禁1例，2例排尿困难。残余尿量0-210ml，平均(40.5±17.9)ml，膀胱容量为(333.5±46.1)ml。

## 3 讨论

女性浸润性膀胱癌患者实施原位新膀胱手术，一直存在争议。原位新膀胱术优势在于术后生活质量高、排尿自主性良好，故而女性新膀胱手术逐渐被医生与患者所结合接受<sup>[2]</sup>。女性原位新膀胱术的成功实施，主要是因为对女性尿道括约肌神经支配以及功能的深入了解。即女性以尿道中外1/3段的横纹括约肌来达到控尿功能，切除近端尿道之后，仍然可以满足控尿的能力<sup>[3]</sup>。同时术中保护支配尿道括约肌的阴部神经和盆丛神经，能达到随意控尿的目的。

在临床治疗男性浸润性膀胱癌中，腹腔镜根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术术式被证实可行，与肿瘤完全切除准则高度一致，并体现出了其康复快、创伤小等优势特点<sup>[4]</sup>。腹腔镜根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术术式随着腹腔镜技术的不断完善而越来越成熟，近两年来，关于女性膀胱癌腹腔镜根治性切除原位回肠新膀胱术治疗的报道相继出现。在本次研究中，以21例患者膀胱癌女性患者为实验对象，应用此种手术治疗后，我们发现此种术式具有宽阔的术中视野，均可清楚的显示盆底各个脏器结构，对细化操作十分有利，可进一步降低盆底结构创伤，帮助患者术后获得良好的控尿能力<sup>[5]</sup>。术后定期随访3个月-5年，发现6个月内患者排尿的自主性良好，日间偶有尿失禁1例，夜间偶有尿失禁1例，尿失禁的发生，或许与新膀胱尿道协同不良以及容量不足相关。所有手术操作步骤均在良好止血的情况下，顺利完成，术中出血量低，气腹压力还可以降低创面静脉性出血量。此种术式不会严重干扰到肠道，只在回肠末端，实施储尿囊体外构建，肠管显露时间短，可利于患者术后快速恢复肠道功能，降低肠道相关并发症。

女性膀胱癌患者，实施腹腔镜根治性切除原位回肠新膀胱术时，可按照患者性功能、年龄、肿瘤范围、肿瘤位置的不同，合理选择单纯膀胱根治性切除术，或腹腔镜下膀胱根治性切除联合子宫切除，或腹腔镜下膀胱根治性切除联合卵巢、子宫切除术。在确保治疗肿瘤的

(下转第151页)



管理后不良习惯率稍微低于管理前,提示家庭医生团队管理可以使患者改善一些不良习惯,但效果并不明显。观察组的不良习惯率明显较对照组低且低于管理前,提示家庭医生个体化管理策略可以改善患者的不良习惯,可获得很明显的效果。主要原因是:(1)家庭医生个体化管理方案在制定时是以每位患者自身不同情况和问题为依据的,针对不同患者不同的不良习惯进行个性化健康教育,把大问题变成一些小问题,之后再根据各个小问题采取进一步的细节化干预,真正做到了一针见血;(2)家庭医生个体化管理给不同患者设立短期目标,并逐步完成,使患者知晓经过自身努力是能够有效、更好的控制病情的,同时大大提高了患者配合管理的主动性和积极性。

本次分析还提示,2组患者管理前的血糖、血脂4项及BMI均比正常水平显著偏高,表明2型糖尿病患者的病情控制效果普遍较差,和国内一篇文献调查结果的报道相符<sup>[3]</sup>。对照组管理后以上指标较管理前稍微有所降低;而观察组以上各指标均明显优于对照组和管理前,提示家庭医生个体化管理在患者病情控制方面获得了良好成绩。有文献研究提出<sup>[4-5]</sup>,2型糖尿病患者的自我能动性和病情控制效果呈正相关,即在治疗过程中患者自觉配合度积极性越高病情控制效果越好。通常家庭医生管理时欠缺对患者进行针对性的个体化管理,无法有效

激发患者的自我能动性,导致管理效果较差。由于每个患者个体间具有差异性,统一管理的方法肯定是不科学的,本次研究经过对社区2型糖尿病患者的生活习惯、锻炼习惯、心理状态、药物治疗规律性和膳食结构等方面进行全方位研究,采取了相应的家庭医生个体化管理策略,有效促进患者发挥自身能动性,将不利于病情的不良习惯进行纠正,有利于患者健康、改善病情。

#### 参考文献

- [1] 史超,陈良,袁艳,等.社区家庭医生糖尿病链式分层管理的血糖控制情况及其影响因素分析[J].山东医药,2015,55(8):29.
- [2] 孙晓敏,黄晓萍,袁翠萍,等.健康信念和应对方式对2型糖尿病患者自我管理行为的影响[J].护理学报,2012,19(1):8-11.
- [3] 苏兰,张文汉,胡素君,等.家庭医生责任制对社区糖尿病患者生存质量的影响研究[J].中国临床研究,2014,27(8):1022-1023.
- [4] 孙飞,王莉,高彬,等.2型糖尿病患者血糖控制情况调查分析[J].陕西医学杂志,2014,43(5):622-625.
- [5] 梁欢澜,王运林,罗卓章,等.引入家庭医生式服务开展2型糖尿病管理效果初探[J].华中科技大学学报:医学版,2014,43(4):471-475.

(上接第146页)

后早期疼痛症状,有效减少阿片类药物的用量,提高术后镇痛效果,值得在临床上推广应用。

#### 参考文献

- [1] 任鸿飞,韩超,江文杰,等.超声引导下前锯肌平面阻滞对开胸手术患者术后镇痛效果的影响[J].湖南中医药大学学报,2016(A02):1346-1347.
- [2] Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, et al. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. Reg Anesth Pain Med 2016;41:621-7.

(上接第147页)

疗效基础之上,尽量为女性患者保留生育能力和性功能,促进患者术后生活质量提升。

综上,从技术上而言,腹腔镜根治性切除原位回肠新膀胱术是可行的,术后排尿的自主性良好,创伤小、术中出血量低,但此种术式远期疗效,尚需进一步研究。

#### 参考文献

- [1] 董忠,廖锦先,吴喜链,陈佳.腹腔镜下膀胱根治性切除-原位回肠新膀胱术:附22例报告[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2015,02:120-123.
- [2] 吴岑,苏仲宁,伍伯聪,吕联辉,郑志雄,林俊雄,黄应福

(上接第148页)

[2] 王浩,张晓波,刘锋等.GDP方案治疗复发和难治性非霍奇金淋巴瘤的疗效观察[J].实用癌症杂志,2016,31(4):668-669.

[3] 王浩,刘锋,刘秋艳等.GDP节拍方案对老年复发性及难治性非霍奇金淋巴瘤的临床效果分析[J].中华老年多器官疾病杂志,

[3] Hamilton, Manickam. Erector spinae plane block for pain relief in rib fractures. Br J Anaesth 2017;118(3):474-5.

[4] 汲振荣.超声引导下椎旁神经阻滞在开胸手术及术后镇痛中的应用[D].中国医科大学,2014.

[5] 何建华,马曙光,顾连兵.超声引导下椎旁神经阻滞在开胸手术中的应用[J].临床麻醉学杂志,2013,29(1):1736-1737.

[6] K. J. Chin S, Adhikary, N. Sarwani, et al. The analgesic efficacy of pre-operative bilateral erector spinae plane (ESP) blocks in patients having ventral hernia repair. Anaesthesia 2017; 72: 434-8.

.腹腔镜与开放手术行根治性全膀胱切除联合原位回肠新膀胱术的对照研究[J].重庆医学,2015,33:4692-4694.

[3] 王帅,郝小龙,刘锋,张大宏.完全腹腔镜下根治性膀胱切除及原位U形回肠新膀胱术术式优化[J].临床泌尿外科杂志,2016,05:412-414.

[4] 郑保良,孙国庆,宋瑞彬,赵永体,崔志刚.腹腔镜与开放膀胱根治性切除-原位回肠新膀胱术的临床效果比较[J].中外医疗,2014,13:34-35.

[5] 张志华,郭柏鸿,王新平,郭文平,寇志成,刘志雄,李思远.腹腔镜根治性膀胱切除术加原位回肠新膀胱术治疗膀胱癌的远期预后[J].中国肿瘤临床与康复,2017,02:154-157.

2015,14(11):822-824.

[4] 郭淑利.GDP方案治疗复发难治性非霍奇金淋巴瘤21例临床观察[J].中国现代药物应用,2014,8(10):82-83.

[5] 郭莉,胡欣,杨顺娥.GDP方案治疗复发或难治性非霍奇金淋巴瘤的效果观察[J].中国医药导报,2013,10(32):86-88.

(上接第149页)

术后并发症情况,以及ESS睡眠评分,可知:观察组的治疗效果十分显著,优于对照组患者,且术后并发症情况中,对照组并发症发生率为75.00%,高于观察组的12.50%,且观察组患者术后的ESS睡眠评分,较之对照组,显著的降低,两组间数据经过对比,具有显著性的差异,有统计学意义,P<0.05。

综上所述,针对睡眠呼吸暂停综合征患者的治疗而言,使用改良悬雍垂腭咽成形术进行疾病的治疗,效果十分显著,同时患者的并发症发生率较低,极大的减轻了患者的痛苦,提高了患者的生活质量,因此,该手术方法,值得在临床治疗中广泛的推广使用<sup>[4]</sup>。

#### 参考文献

- [1] 刘蓓.改良悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J].当代医学,2014,34:85-86.
- [2] 钱小飞,陈建良.改良悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征58例效果观察[J].交通医学,2010,02:186-187+189.
- [3] 高云海,李蕾.改良悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征43例[J].现代中西医结合杂志,2010,36:4718+4723.
- [4] 高学琴,杨志国,董亚鹏.悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征临床分析[J].医药论坛杂志,2014,10:117-118.