

老年膀胱癌腹腔镜膀胱全切除手术疗效分析

Clinical Analysis on Laparoscopic Radical Cystectomy for Old Patients with Bladder Carcinoma // LU Hao-yuan, BAI Xian-zhong, MENG Qing-gui, et al.

陆浩源,白先忠,蒙清贵,程继文,邓程恩,王 强,李 征,李道源
(广西医科大学附属肿瘤医院,广西 南宁 530021)

摘 要: [目的] 探讨老年膀胱癌腹腔镜下膀胱全切除的手术方法和临床效果。 [方法] 老年膀胱癌患者 12 例,采用 5 个 Trocar,腹腔镜下行膀胱根治性切除术,下腹正中做小切口,取出切除的膀胱、前列腺、子宫、附件。尿流改道方式回肠膀胱术患者 9 例,直肠膀胱术患者 3 例。 [结果] 手术时间 4~7h,平均手术时间 5.3h;术中失血 400~650ml,平均约 542 ml。术后禁食时间 3~7d,平均 3.7d。随访时间 1~35 个月,1 例复发于术后 5 个月死亡,其余病例均生存。 [结论] 对老年肌层浸润性膀胱癌患者采取腹腔镜下根治性全膀胱切除术是临床上一种常用的有效的治疗方法。

关键词: 膀胱癌;腹腔镜;膀胱全切除

中图分类号: R737.14 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2012)05-0391-03

腹腔镜技术是近几年临床应用广泛的技术,由于该术式大部分在密闭的腹腔内精细操作,更能保护身体的免疫机制,可明显减少各种并发症。本文主要探讨腹腔镜膀胱全切除手术对老年膀胱癌的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 1 月至 2011 年 1 月在广西医科大学附属肿瘤医院接受根治性全膀胱切除术的老年患者 12 例,其中男性 10 例,女性 2 例;年龄 69~81 岁,平均年龄 74.25 岁。初发 7 例,复发 5 例。复发病例中 2 例曾行 1 次经尿道膀胱肿瘤电切术,2 例曾反复行经尿道膀胱肿瘤电切术,1 例曾行膀胱部分切除术。全组病例 B 超及 CT、MRI 检查均提示膀胱内占位。4 例合并高血压,血压最高达 180/100mmHg,予药物

控制血压至接近正常。6 例合并轻中度肺通气功能障碍。2 例合并糖尿病,术前予胰岛素控制血糖。采用 CT、MRI、双合诊等进行术前临床分期判断。经膀胱镜活检证实为膀胱癌,其中 2 例为膀胱多发肿瘤。术前心、肝、肺、肾功能检查证实患者能耐受手术。术前 3d 口服链霉素、甲硝唑并给予全流质饮食,补液 1 000~1 500ml,术前晚及术晨清洁灌肠。

1.2 手术方法

本组患者均采用气管插管全麻。先经脐用气腹针充 CO₂ 气体入腹腔建立气腹,压力维持在 12~15mmHg。经脐穿刺置入 1 个 10mm Trocar,脐下 2~3cm 两侧腹直肌外缘处各穿刺 2 个 10mm Trocar,两侧髂前上棘外上方 2cm 处各穿刺 2 个 5mm Trocar。插入腹腔镜后,先探查腹腔有无损伤及腹腔内转移。常规清扫盆腔淋巴结,范围两侧达髂外动脉,近端至髂总动脉,远端至闭孔神经。超声刀分离输精管和精囊至后面,向下分离进入 Denovillier 间隙。将膀胱与前腹壁分开,切断耻骨前列腺韧带。沿膀胱两侧切开盆底筋膜,缝扎并离断耻骨后血管复合体。紧贴前列腺尖部切断尿道,分别切断膀胱两侧韧带及前列腺

收稿日期:2012-01-17;修回日期:2012-03-15

基金项目:广西科学基金资助项目(2011GXNSFB018080)

通讯作者:白先忠,E-mail: xzbai2@163.com

直肠韧带,最后低位切断双侧输尿管,将膀胱和前列腺完整切除。女性患者的手术略有不同,首先在腹腔镜下分离子宫,并行腹腔镜下全子宫切除术,将膀胱前壁分离至耻骨后间隙,切断膀胱侧韧带,在膀胱颈远端处切断尿道,完整切除膀胱。在下腹正中做一小切口,将完整切除的标本取出。

尿流改道时,回肠代膀胱术:距回盲瓣 15cm 处取回肠段长约 15cm,作为代膀胱肠管。做回肠断端吻合恢复肠道连续性。封闭代膀胱近端,在代膀胱肠腔近端两侧各戳一小口,将输尿管断端做成半乳头后,拖入代膀胱 1~2cm 后用 4-0 薇乔线缝合固定。双侧输尿管均留置 6F 单 J 管一条作为输尿管支架管自肠腔开口引出。代膀胱于右下腹行腹壁造口。直肠膀胱:在腹膜反折上 13cm 切断乙状结肠,用吸收缝线连续缝合两次封闭乙状结肠断端。两输尿管断端做成半乳头后植入直肠内 1.5cm,4-0 薇乔线间断缝合吻合。将乙状结肠端于左下腹行腹壁造口,两输尿管内分别留置单 J 管引流,一起由肛门引出。

所有手术术程均顺利,术后予抗生素预防感染,同时补充能量及电解质,输注人血白蛋白纠正低蛋白血症,切口定期换药。

2 结 果

12 例手术均获成功,无中转手术。其中回肠膀胱术患者 9 例,直肠膀胱术患者 3 例。手术时间 4~7h,平均手术时间 5.3h,术中失血 400~650ml,平均约 542ml,输浓缩红细胞 0~8 个 U。术后禁食时间 3~7d,平均 3.7d。术后无切口感染等并发症。双侧输尿管支架管术后 14d 左右拔除。住院时间 22~53d,平均 33.5d。

术后病理证实均为膀胱尿路上皮癌,TNM 分期: $T_1N_0M_0$ 2 例, $T_2N_0M_0$ 9 例, $T_{3b}N_0M_0$ 1 例。截止 2011 年 1 月,随访 1~35 个月,无失访,1 例回肠膀胱术患者因复发肠段种植转移并累及前腹壁伴两侧盆壁淋巴结转移,未予特殊治疗于术后 5 个月死亡;其余患者均存活。

3 讨 论

随着社会老龄化,老年肿瘤患者有逐年增加的

趋势。本组患者平均年龄达 74.25 岁,其中年龄最高者 81 岁。老年泌尿系统及器官的解剖学、生理学、病理生理学、免疫学、药物动力学等均不同于年轻人,并发症发生率高^[1]。这就对泌尿外科医生提出了更高的要求,需要以微创或创伤小、时间短手术代替创伤大、时间长的手术,以减少手术创伤反应,减少并发症的发生,促进机体的康复。膀胱癌主要的治疗方法是手术治疗,但老年人一般身体素质较差,且多伴有高血压、糖尿病等,对手术的耐受力不及年轻患者,术后身体恢复较慢。本组中有 83.3% 患者合并基础疾病。有文献报道老年根治性膀胱切除术后并发症较高,达 34.1%,12.8% 发生两种或两种以上并发症^[2]。与开放手术比较,腹腔镜手术有如下的特点:①手术切口小,一般为 4~6cm;②腹腔镜下切除膀胱和前列腺,有助于细致、精确地处理盆底深部重要结构,术中出血较少;③减少手术创伤,术后疼痛减轻,恢复较快,术中肠管暴露时间短,有利于术后肠道功能恢复,减少术后肠粘连,同时腹腔镜下手术比开放性手术更能保护身体的免疫机制,减少术后感染并发症;④腹腔镜下进行盆腔淋巴结清扫,视野更清晰,可清楚见到淋巴管肿大的淋巴结及髂血管和闭孔神经等重要结构,有利于在彻底清除淋巴组织的同时避免血管神经的损伤^[3]。目前对腹腔镜下尿流改道手术主要分为两种:膀胱切除和尿流改道完全在腹腔镜下完成;腹腔镜下完成全膀胱切除,然后通过腹壁造口开放手术行尿流改道术。由于前者费用高且技术难度大,目前大部分报道多采用腹腔镜加小切口手术^[4]。本组采用腹腔镜切除膀胱前列腺后开放手术行尿流改道术。相对于原位回肠原位膀胱,回肠膀胱术和直肠膀胱术有手术难度较小及并发症较少优点,减少术后并发症发生,有利于术后恢复,特别适合高龄患者^[5,6]。本组患者采用回肠膀胱术和直肠膀胱术式,术程顺利,围手术期无并发症发生。

从国内外报道来看,腹腔镜术式手术时间长于开放手术,但从腹腔镜全膀胱切除术发展历程来看,其手术时间呈不断缩短趋势。通过本组 12 例老年患者腹腔镜下膀胱全切术,我们得出以下体会:①腹腔镜在减少出血量及降低围手术期并发症方面有明显优势,与国内外报道相符^[7,8]。②腹腔镜手术肠道功能恢复更快,本组术后禁食时间平均 3.7d,与 Porpiglia 等报道一致^[9]。③根据老年人的特点选用手术风险较小的回肠膀胱及直肠膀胱术式,缩短手术时

间,减少术后并发症。

综上所述,随着腹腔镜操作技术的进步,对老年肌层浸润性膀胱癌患者采取腹腔镜下根治性全膀胱切除术将是临床上一种常用的有效的治疗方法,而采用回肠膀胱术和直肠膀胱术的尿流改道术式更适合老年患者。

参考文献:

- [1] 王杭,孙立安,王国民,等. 高龄膀胱癌患者全膀胱切除术 19 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志,2006,27(1):22-24.
- [2] 陈凌武,王声政,陈炜,等. 根治性膀胱切除术围手术期并发症分析[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2009,1(2):69-71,83.
- [3] 陈建春,殷长军,董卫平,等. 腹腔镜下膀胱根治性切除术 (附 15 例报告)[J]. 中国内镜杂志,2009,15 (9):952-954,957.
- [4] 黄健,许可慰. 腹腔镜膀胱全切除下尿路重建术[J]. 临床外科杂志,2005,13(8):484-486.
- [5] 何卫阳,苟欣,任国胜,等. 回肠膀胱术与原位回肠新膀胱术的临床比较研究 [J]. 中国医科大学学报,2012,41(1):83-86.
- [6] 黄健,姚友生,许可慰,等. 腹腔镜下膀胱全切除原位回肠代膀胱术 (附 15 例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志,2004,25(3):175-179.
- [7] 汪泽厚,孙斌,周高标,等. 乙状结肠直肠膀胱尿流改道术的临床观察[J]. 空军总医院学报,2008,24(4):198-199.
- [8] Beecken WD, Wolfram M, Engl T, et al. Robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and intra-abdominal formation of an orthotopic ileal neobladder [J]. Eur Urol, 2003,44(3):337-339.
- [9] Porpiglia F, Renard J, Billia M, et al. Open versus laparoscopy-assisted radical cystectomy: results of a prospective study[J]. J Endourol, 2007,21(3):325-329.