维普资讯 http://www.cqvip.com

输尿管口附近膀胱肿瘤的手术改良处理

汤晓晖，石 农，顾朝辉，袁海川 （上海市宝山区仁和医院，上海 201900）

［摘 要］ **目的** 总结探讨输尿管口附近膀胱肿瘤的手术治疗经验，为膀胱肿瘤手术治疗提供参考。**方法** 1998年2月至2002年10月收治的需行输尿管再植的膀胱肿瘤患者35例，随机分为A、B组两组：A组17例，输尿管口附近膀胱肿瘤作标准切除至深肌层，输尿管残口仅作外翻处理；B组18例，膀胱外离断输尿管，膀胱部分切除术后将输尿管再植于膀胱。随访1年，对两组膀胱输尿管返流、输尿管梗阻、肾功能影响及肿瘤复发率进行对比分析。**结果** A组操作简单，手术时间短，出血少，术后引流量少，与B组比较存在显著性差异（$P<0.05$）。术后1年有轻度返流，无输尿管梗阻和同侧肾功能影响。肿瘤复发率A、B两组比较无显著性差异。**结论** 输尿管口附近膀胱肿瘤的改良手术与传统手术相比同样效果满意，且操作简单，可以推荐。

［关键词］膀胱肿瘤；手术；输尿管再植
［中图分类号］R737.14；R699.4 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2005)01-0003-02

Modified management of bladder cancer near ureteral orifice

TANG Xiao-hui, SHI Nong, GU Chao-hui, YUAN Hai-chuan (Department of Urology, Renhe Hospital, Shanghai 201900, China)

Abstract: Objective To evaluate the surgical treatment of bladder cancer near ureteral orifice. **Methods** A total of 35 patients with bladder cancer requiring ureteral reimplantation were randomly divided into two groups: A ($n=17$) and B ($n=18$). Patients in group A underwent standard incision of bladder cancer and the ureteral orifice was inside-out, but those in group B received partial cystectomy, and the ureter was severed outside the bladder and then implanted into the bladder. The median follow up was 1 year. Bladder ureter reflux, ureter obstruction, renal function, and cancer recurrence rate were studied and compared. **Results** There was significant difference in operative time, intraoperative bleeding, and postoperative drainage ($P<0.05$), but no significant difference in bladder ureter reflux, ureter obstruction, renal function, and cancer recurrence rate was found between the two groups. **Conclusion** Modified incision of bladder cancer near ureteral orifice is technically simple with good results and deserves recommendation.

Keywords: bladder cancer; operation; ureter reimplantation

膀胱部分切除术是常用的膀胱肿瘤手术方式，输尿管口附近的膀胱肿瘤切除后需行输尿管膀胱再植。1998年2月至2002年10月，我院应用手术改良法处理输尿管口附近膀胱肿瘤17例，效果良好，现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

输尿管口附近膀胱肿瘤35例，男25例，女10例，年龄45～78岁。病理证实为移行细胞癌，膀胱镜检查提示肿瘤累及输尿管口旁2 cm以内，术前静脉尿造影证实无输尿管梗阻。随机分为两组：A组17例，行输尿管口附近膀胱肿瘤的改良手术。单发肿瘤15例，多发肿瘤2例；Ta 4例，T1 10例，T2 3例；G1 4例，G2 8例，G3 5例。B组18例，膀胱外寻找并离断输尿管，膀胱部分切除后将输尿管再植于膀胱。单发肿瘤15例，多发肿瘤3例；Ta 4例，T1 10例，T2 4例；G1 4例，G2 9例，G3 5例。

1.2 手术方法

下腹部正中切口，腹膜外切开膀胱，观察肿瘤数目、部位、大小及有无并发症。35例患者均至少有一枚肿瘤位于输尿管开口旁2 cm以内，置入输尿导管以示标记。A组在膀胱内以肿瘤基蒂为中心作标准的膀胱部分切除，输尿管累及部分一并切除，输尿管残端口仅作外翻处理，为防止输尿管回缩，如切除范围不够，可将输尿管经膀胱壁游离出1～2 cm，肿瘤切除后再将输尿管与膀胱粘膜做乳头状缝合，输尿管内置双J管，术后10 d拔管。B组于膀胱外间隙游离，在髂血管分叉处寻找并提起输尿管，向下游离，尽可能接近膀胱壁切断，置入输尿管导管备用，常规作膀胱部分切除，关闭膀胱缺口，输尿管再植于膀胱粘膜下合适位置，置双J管10 d。两组术中均用蒸馏水作创面冲洗，术后用丝裂霉素作膀胱内灌注化疗。

1.3 观察项目及方法

1.3.1 比较手术时间、术中出血、术后引流时间及引流量。

1.3.2 术后6月、1年作B超、膀胱造影及静脉尿路造影，了解输尿管返流、开口处梗阻及同侧肾功能影响情况。

1.3.3 1年内每3个月复查膀胱镜1次，1年后每6个月复查1次，观察肿瘤复发情况。

1.4 统计学处理

结果以 $\bar{x}\pm s$ 表示，SPSS10.0统计软件进行 χ^2 检验。

2 结果

手术时间，A组50～75 min，平均62 min；B组100～210 min，平均130 min。术中出血，A组15～50 ml，平均23 ml；B组50～

［作者简介］汤晓晖（1968-），男，上海市崇明县人，主治医师，从事泌尿外科临床方面的研究和医院管理。电话：(021)56762650

［收稿日期］2004-10-10 ［修回日期］2004-11-13

维普资讯 http://www.cqvip.com

150 ml,平均85 ml。术后引流时间及引流量,A组术后引流1 d、引流量平均50 ml,B组术后引流3 d、引流量平均200 ml。以上三项指标两组间差异有显著性意义($P<0.05$)。术后6个月、1年作B超、膀胱造影及静脉尿路造影随访。A组术后6个月发现3例输尿管轻度返流,无输尿管口狭窄,同侧肾功能无影响;术后1年未发现相应并发症。B组术后6个月发现2例输尿管轻度返流,无输尿管口狭窄,同侧肾功能无影响;术后1年未发现。两组相比较无显著性差异。术后1年肿瘤复发率,A组18%(3/17),B组22%(4/18),两组相比较无显著性差异。

3 讨论

膀胱肿瘤常用的手术方式是膀胱部分切除术,输尿管口附近的膀胱肿瘤需行输尿管膀胱再植。不涉及输尿管移植的膀胱部分切除术手术操作简单,手术时间短,出血少。同时行输尿管开口移植操作则相对复杂。操作关键是从腹膜外间隙找到输尿管,其次是暴露膀胱后侧壁以方便输尿管膀胱吻合。因输尿管位置深,毗邻盆腔脏器,尤其在肥胖患者或有广泛粘连时,寻找输尿管及操作困难,有可能误伤周围组织[1-2]。常难以低位吻合,术后输尿管与周围结构关系发生变化,影响抗返流效果,同时术后近期并发症较高。作者体会到,做输尿管膀胱再植目的是抗返流及肿瘤切除,而输尿管下端的抗返流作用是由输尿管的正蠕动和威尔氏鞘完成,输尿管膀胱再植难以达到威尔氏鞘功能,所以仅作输尿管口附近肿瘤的正规切除和输尿管残口的外翻基本上能达到输尿管膀胱再植的目的,且手术操作简单、损伤小、近期并发症少。术中2例因输尿管脊只有1.5 cm长度,沿输尿管脊切至膀胱深肌层并沿输尿管向膀胱外游离出1~2 cm,术后6个月复查发现有轻度返流。

目前输尿管口附近的膀胱肿瘤改良手术的方法较多,有腔内仅作肿瘤电切(TURBT)[3],如果膀胱壁内输尿管切除过多,易导致输尿管残端回缩至创口狭窄;亦有从膀胱内游离输尿管再于腔内作输尿管膀胱再植[4],有较好的抗返流效果,但过多的游离末端输尿管增加了手术操作复杂性及难度。这种肿瘤正规切除加输尿管残口的外翻处理,既保持了TURBT方便简单的优点又因输尿管粘膜与膀胱粘膜的缝合减少了输尿管口狭窄[5]的风险,同时与输尿管膀胱内再植相比尽量保留输尿管与膀胱肌性连结,增强了抗返流效果,减少尿漏机会。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993.1231-1238.
[2] 马腾骧. 实用泌尿外科手术技巧[M]. 天津:天津科学技术出版社,2002. 833-836.
[3] 李志军,陈素鹃,马建新,等. 输尿管口附近膀胱肿瘤的手术处理[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(10):681-683.
[4] 汪 伟, 丁 强, 张元芳,等. 膀胱肿瘤手术前后血清和尿液bFGF浓度监测的临床意义[J]. 中华泌尿外科杂志,2004,25(4):276-278.
[5] 侯元青, 武广平, 厉彦卓. 前列腺增生症并膀胱肿瘤22例手术治疗效果[J]. 齐鲁医学杂志,2003,18(4):404-405.

(编辑:左艳芳)

(上接2页)

炎症吸收或溃疡愈合,待好转后进行手术治疗。

正常人的阴道不是一个无菌环境,为防止术后感染,常规术前3 d开始,每日用1‰新洁尔灭冲洗阴道,必要时每日坐浴1~2次,对Ⅱ度子宫脱垂(整个子宫和宫颈全部脱出阴道口外)者,用碘伏擦洗,效果更好。

肠道准备:由于解剖位置关系,阴道与肛门很近,术后易因排便而污染手术野。因此阴道手术前肠道准备较腹部手术严格[2]。手术前3 d开始进无渣或少渣饮食,术前1 d进流食,术日凌晨口服甘露醇250 ml加糖盐水2 000 ml进行导泻,清洁肠道。同时口服灭滴灵0.2 g,庆大霉素注射液8万单位,每日3次,连续3 d。

2.2 术后护理

注意监测体温、脉搏、血压等变化。观察阴道有无渗血、渗液及伤口有无血肿或红肿。每日用无菌生理盐水擦洗外阴,每次排便后立即冲洗会阴,保持局部清洁干燥。此类手术一般留置导尿3~5 d,至病人可自行排尿为止,膀胱保持空虚,有利于阴道伤口的愈合,防止可能因疼痛而反射性引起排尿困难[1]。如导尿管排尿不畅或残尿超过100 ml时继续导尿2 d.每日用1‰的新洁尔灭擦洗尿道口2次,每天更换尿袋1次,严格无菌操作技术,保持导尿管勿打结、扭曲,注意观察尿液、色、量、性质、气味。拔管前一天对尿管进行闭管,每4 h开放1次,拔管后,测残余尿量。术后5 d内进少渣半流质饮食,控制首次大便排出的时间,以利伤口的愈合,防止感染发生。术后第5 d口服液体石蜡30 ml使软化粪便排出。

3 出院指导

应在术后第6 d完成,告诉患者避免提重物、用力咳嗽或久站,即使在家中看电视也要避免久坐,保持大便通畅,防止因便秘排便用力导致子宫脱垂再发。要定期复查,若发现盆腔疼痛不适,会阴部有不正常的出血及分泌物应及时就诊。坚持做会阴收缩运动,可强化骨盆肌肉的张力。

[参考文献]

[1] 王淑贞.实用妇产科学[M].第1版.北京:人民卫生出版社,1987.836.
[2] 黄人建,田 力.护士手册[M].第1版.北京:金盾出版社,1999.358.

(编辑:邱全光)