维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2007)01-0067-02

手术方式对保留膀胱的膀胱移行细胞癌患者预后的影响

尹志康[1],吴小候[1],苟 欣[1],唐 伟[1],梁思敏[1],蒲 军[1],刘 通[2]

(1.重庆医科大学附属第一医院泌尿外科,重庆 400016;2.重庆市潼南县人民医院,重庆 402660)

【摘 要】目的:分析各种保留膀胱手术方式与膀胱移行细胞癌病人的肿瘤复发率、近远期存活率及首次复发时间之间的关系,探讨膀胱肿瘤保留膀胱的策略。方法:对我院近 15 年间收治的膀胱肿瘤病人进行资料收集并随访,采用寿命表法及 q 检验及卡方检验等统计学方法分析 249 例资料齐全的保留膀胱病人的复发率、复发时间和近远期存活率与手术方式的关系。结果:手术方式对膀胱肿瘤首次复发时间的影响不明显,三种手术方式后膀胱肿瘤的总复发率、3 年和 5 年生存率无显著性差异,而 10 年生存率以经尿道膀胱肿瘤电切术为最高(77.3%),膀胱部分切除术最低(65.2%),差异有统计学意义。结论:经尿道膀胱肿瘤电切术可获得与开放性手术(膀胱肿瘤切除和膀胱部分切除术)同样的近期疗效,并有较高的远期存活率。

【关键词】膀胱肿瘤;保留膀胱手术;生存率;复发率

【中国图书分类法分类号】R737.14 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-07-07

Effect of operative methods on the prognosis of bladder-preserving patients with bladder transitional cell carcinoma

YIN Zhikang, et al

(*Department of Urology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the correlation between overall recurrence rate, survival rate, and the first recurrence duration and operative methods, and to discuss the strategy of bladder-preserving for patients with bladder transitional cell carcinoma (TCC). *Methods*: A total of 249 cases of bladder tumor with complete follow-up data, treated from 1991 to 2005 in our hospital, were studied re trospectively. The correlation between overall recurrence rate, survival rate and the first recurrence duration and operative methods were analyzed by the life table method, and statistical methods, like Newman-Keuls and chi-square test. *Result*: The first recurrence duration was not influenced by operative methods. There was no significant difference of overall recurrence rate and short-term survival rate (3-year and 5-year) among different operative methods, the highest 10-year survival rate (77.3%) occurred in the group of transurethral resection of bladder tumor (TURB) and the lowest one (65.2%) in the group of partial cystectomy, and the difference was statistically significant. *Conclusions*: TURB could achieve the same short-term therapeutic effect as opening operations (partial resection of bladder or resection of bladder tumors) and the higher long-term survival rate can be obtained by TURB.

【Key words】Bladder tumors; Bladder-preserving operations; Survival rate; Recurrence rate

膀胱肿瘤是泌尿系恶性肿瘤中的第 1 位高发疾病,我国其死亡率在全身肿瘤中男性居第 8 位,女性居第 10 位,是一种重要的肿瘤。随着医学科技的进步和对膀胱肿瘤生物学行为认识的深入,膀胱肿瘤病人术后生存时间已经明显延长,病人对术后生活质量的要求也越来越高。尽管尿流改道、肠代膀胱、胃代膀胱以及原位膀胱等去膀胱手术已经明显提高了患者生存率,但是其众多的术后并发症包括排尿困难、尿失禁、尿瘘、吻合口狭窄、上尿路积水、电解质紊乱、粘液分泌等使病人的生活质量显著下降,因此泌尿科医生并不对所有膀胱肿瘤患者进行全膀胱切除。保留膀胱往往是以牺牲患者生存率为代价,肿瘤复发是保留膀胱手术的关键性难题。不同的手术方式对保留膀胱的膀胱肿瘤病人的预后有着怎样的影响,这对我们制定保留膀胱的策略有着重要的意义。我们收集整理我院 1991 年至 2005 年间膀胱肿瘤病人资料,并进行随访,回顾性分析了保留膀胱的膀胱肿瘤的术式与病人的复发情况、生存率间的相互关系,为正确制定保留膀胱的策略提供依据。

作者介绍:尹志康(1969-),男,主治医师,博士生,主要研究方向:泌尿系肿瘤及肾移植。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 材料与方法

调阅我院 1991 年至 2005 年间膀胱肿瘤住院病人资料，采用电话、信函及走访进行随访。随访内容包括灌注药物、灌注方案、膀胱镜检情况、首次复发时间和复发次数、术后生存时间，病历资料收集内容包括临床分期、病理诊断、手术方式、手术时间及病人年龄性别。对再次入院的病人的病历资料归入随访资料。

统计指标：

1、病理分期：结合术前 B 超检查、CT 检查、膀胱镜检描述和术后病理结果。

2、首次复发时间：从手术时间至膀胱镜检再次发现肿瘤时止。随访结止时未复发者不纳入该指标的计算。

3、生存率：采用寿命表法计算。

统计方法：首次复发时间采用 q 检验(Newman-Keuls 法)，总复发率及 3 年、5 年和 10 年生存率采用 χ^2 检验(chi-square test)。

2 结 果

15 年间我院共收治膀胱肿瘤病人 832 例，其中行了全膀胱切除者 145 例，保留膀胱手术者 687 例。在我院保留膀胱手术方式有三种：经尿道膀胱肿瘤电切术、耻骨上经膀胱肿瘤切除术、膀胱部分切除术。排除因各种原因在术中先行了经尿道膀胱肿瘤电切又改开放性手术者、非膀胱肿瘤特异性死亡病例者，资料有效者 249 例，全部为膀胱移行细胞癌，其中浅表性癌 196 例(79.7%)，浸润性癌 53 例占(21.3%)。

随访资料有效的 249 例中，男性 151 例，女性 98 例，年龄 25~72 岁，平均 49 岁，随访时间 0.5~15 年，平均 7.9 年。其中有 53 例行了膀胱肿瘤电切术，84 例行了膀胱肿瘤切除术，112 例行了膀胱部分切除术。手术方式各组中的不同病理分期的构成情况见表 2，经卡方检验卡方值为 6.235，P=0.3974，显示各种手术组中的病理分期构成相同。经尿道膀胱肿瘤电切术病例中，有 26 例(49.1%)复发，首次复发时间为 29.6 ± 18.6 月，3 年、5 年和 10 年生存率分别为 96.2%、84.9%和 77.3%；膀胱肿瘤切除术中有 35 例 (41.6%) 复发，首次复发时间为 21.6 ± 9.3 月，3 年、5 年和 10 年生存率分别为 89.3%、84.5%和 73.8%；膀胱部分切除术中有 56 例(50%)复发，首次复发时间为 26.1 ± 14.7 月，3 年、5 年和 10 年生存率分别为 90.2%、72.3%和 65.2%(见表 1)。3 种手术方式的复发率经卡方检验卡方值为 0.1305，P=0.9368，3 年生存率卡方值为 2.1893，P=0.3347，5 年生存率卡方值为 5.6915，P=0.0581，10 年生存率卡方值为 7.1671，P=0.0278。3 种手术方式间首次复发时间均数经 q 检验(Newman-Keuls 法)无显著性差异。因此 3 种手术方式后膀胱肿瘤的总复发率、首次复发时间、3 年和 5 年生存率无明显差异，而 10 年生存率有明显差异，以经尿道膀胱肿瘤电切术为最高，膀胱部分切除术最低。

表 1 膀胱移行细胞癌保留膀胱后手术方式各组不同病理分期的病例构成

	Tis(例)	Ta(例)	T1(例)	T2~4(例)
经尿道膀胱肿瘤电切术	4	19	19	11
耻骨上经膀胱肿瘤切除术	15	27	28	14
膀胱部分切除术	21	29	35	28

表 2 膀胱移行细胞癌保留膀胱后手术方式疗效的比较

	病例(例)	首次复发时间($\bar{x} \pm s$ 月)	总复发率(%)	生存率(%)		
				3 年	5 年	10 年
经尿道膀胱肿瘤电切术	53	29.6 ± 18.6	49.1	96.2	84.9	77.3
耻骨上经膀胱肿瘤切除术	84	21.6 ± 9.3	41.6	89.3	84.5	73.8
膀胱部分切除术	112	26.1 ± 14.7	50.0	90.2	72.3	65.2

3 讨 论

由于膀胱全切术影响患者的生活质量且有 2%~3%的手术死亡率[1]，近年无论泌尿科医生或是膀胱肿瘤病人都偏向采用保留膀胱的治疗方法。Shipley

(下转第 71 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

GA、LGA 的构成比差异无显著性，$P>0.05$。我们的研究结果表明，ICP 并未引起明显的胎儿生长受限（Fetal Growth Restriction，FGR），ICP 的严重程度和病程长短对胎儿生长发育无明显影响，ICP 组出生的胎儿虽然早产率较高，但是其中绝大多数为适于胎龄儿（AGA），尚有少部分为大于胎龄儿（LGA）。

胎儿生长受限（FGR）亦称为胎儿宫内生长迟缓、胎盘功能不良综合征或胎儿营养不良综合征，胎儿出生后则称为小于胎龄儿（SGA）。多种因素可能影响胎儿生长发育，如孕妇合并症或并发症、胎盘和脐带病变、孕妇外环境和胎儿自身内环境变化等。妊娠高血压疾病、慢性肾炎、慢性高血压病孕妇等由于子宫胎盘灌注不良引起 FGR 者占 1/3。庄依亮[7]报道，在 232 例 FGR 中，由妊娠高血压疾病引起者占 24.1%、慢性高血压病占 6.4%、双胎占 18.5%、孕妇其他疾患占 12.7%、胎儿先天性畸形占 1.3%，有 37.5%未发现确切原因。根据本组研究结果分析，ICP 组胎儿 AGA 占 74.2%，LGA 占 20.5%，两者共占 94.9%，这说明绝大多数 ICP 孕妇没有慢性子宫胎盘灌注不良。

如何解释这一现象呢？正常情况下，胎盘胎儿循环有 2 倍以上的储备力，绒毛间腔血流量仅有 50%参与胎儿营养交换，只有当绒毛间腔血流量减少超过 50%时才会危及胎儿，增加胎儿宫内缺氧的危险。但是，根据刘伯宁等[6]的研究结果，ICP 胎盘与正常胎盘比较，ICP 胎盘绒毛间腔占绒毛实质百分比及比正常胎盘减少 23.1%。可见，ICP 胎盘绒毛间腔仅表现一定程度的狭窄，虽然可能引起胎盘氧储备力一定程度的下降，尚不足以影响胎儿营养供应。而且，王晓东等[8]发现 ICP 胎盘小叶对氧的转运速度与正常对照组相似，胎盘血管膜绒毛交换面积仍然在正常范围内，说明 ICP 胎盘对氧的扩散功能与正常胎盘无明显差别。因此，ICP 胎盘病理改变并不胎儿营养供应，并不影响胎儿的生长发育。

总之，我们对 ICP 胎儿体重的分析表明，ICP 对胎儿生长没有明显影响。但是，ICP 胎儿容易发生早产和难以预料的胎儿猝死却是临床上不争的事实。目前学者们对 ICP 导致胎儿结局不良的原因尚无一致意见，还有待于开展更加深入的研究。

参 考 文 献

[1] 中国 15 城市新生儿体格发育科研协作组.我国不同胎龄新生儿体格发育现状[J].临床儿科杂志，1991；9:72.

[2] 曹泽毅主编.中华妇产科学[M].第 1 版，北京：人民卫生出版社，1999.501-507.

[3] 漆洪波，邵 勇，吴味辛，等.妊娠肝内胆汁淤积症分度诊断和处理的临床意义[J].中华妇产科杂志，2004；39:14-17.

[4] Germain AM，Carvajal JA，Glasinovic JC，et al.Intrahepatic cholestasis of pregnancy：an intriguing pregnancy-specific disorder[J]. J Soc Gynecol Investig，2002；9(1)：10-14.

[5] 董 岳.妊娠期肝内胆汁淤积症孕妇肝功能指标、胆汁酸的变化及围产儿预后的关系[J].实用妇产科杂志，2002；18:7-8.

[6] 刘伯宁，沈 宁，陶雯琪，等.妊娠期肝内胆汁淤积症胎盘的组织计量测定[J].中华妇产科杂志，1988；23:9-12.

[7] 庄依亮.胎儿生长受限.张惜阴，主编.实用妇产科学[M].第 2 版，北京：人民卫生出版社，2003.251.

[8] 王晓东，刘淑芸，衡正昌.妊娠肝内胆汁淤积症胎儿宫内缺氧机理的初步探讨[J].中华妇产科杂志，1998；33:68-70.

（上接第 68 页）

[2]和 Matos[3]报道对浸润性膀胱癌患者采用 TURBT 并结合放疗、化疗的结果表明，在肿瘤分期相似的情况下，保留膀胱的手术患者其 5 年生存率与膀胱全切术者相似。而对于浅表性膀胱肿瘤，均采用保留膀胱的治疗方法。目前保留膀胱的手术方式主要是经尿道膀胱肿瘤电（汽化）切术、膀胱肿瘤切除术、膀胱部分切除术，后两者属于开放性手术，对病人打击大，出血多，有切口种植的危险，复发率高，国外已很少采用。本组病例统计结果也发现经尿道膀胱肿瘤电切术可获得与开放性手术同样的近期疗效，并有较高的远期存活率。其原因可能与该术式打击小，并可在成像系统的放大作用下，发现更多的多中心病灶并进行及时切除有关。但本组病例在总复发率上 3 种术式未发现有差异，提示手术方式本身对膀胱癌的生物学行为无影响。

参 考 文 献

[1] Hurle R，Losa A，Manzetti A，et al. Intravesical bacilli Calmette gu é rin in stage T1 grade 3 bladder cancer therapy：a 7-year follow [J].Urology，1999；54(2)：258-263.

[2] Shipley WU，Kaufman DS，Heney NM，et al.An update of combined modality therapy for patients with muscle invading bladder cancer using selective bladder preservation or cystectomy[J].J Urol，1999，162：445-451.

[3] Matos T，Cufer T，Cervek J，et al.Prognostic factors in invasive bladder carcinoma treated by combined modality protocol (organ-sparing approach)[J].Int J Radiation Oncology Biol Phys，2000；46(2)：403-409.