DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.09.022
第26卷第9期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 9
2004年5月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE May. 2004

文章编号:1000-5404(2004)09-0801-02

论著

膀胱全切回结肠膀胱正位膀胱术对控尿和排尿的影响

熊恩庆,宋 波,潘进洪,周占松,张家华,李为兵,卢根生 (第三军医大学西南医院全军泌尿外科中心,重庆 400038)

提 要:目的 观察膀胱全切、回结肠膀胱正位尿道术对患者的控尿和排尿功能及生活质量的影响。方法 回顾分析20例膀胱全切、回结肠与尿道正位吻合术患者的储尿与排尿功能。结果 20例患者能完全自控排尿(1例有轻度排尿困难,3例有轻微尿失禁),无肾功能损害。结论 膀胱全切、回结肠膀胱正位尿道替代术是一种较好的尿流改道方法。

关键词:膀胱癌;回结肠膀胱;正位尿道
中图法分类号:R615;R699 文献标识码:A

Effects of radical cystectomy and ileocolic orthotopic neobladder reconstitution on the functions of storage and voiding

XIONG En-qing, SONG Bo, PAN Jin-hong, ZHOU Zhan-song, ZHANG Jia-hua, LI Wei-bing, LU Gen-sheng (Urinary Surgery Research Center, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To observe the storage and voiding functions of the patients undergoing radical cystectomy and ileocolic orthotopic neobladder reconstitution and the influence on the quality of life of patients. Methods Data from the storage and voiding functions of 20 cases undergoing radical cystectomy and ileocolic orthotopic neobladder reconstitution were analyzed retrospectively. Results Satisfactory storage and voiding functions were recovered in most cases except 1 case with dysuria and 3 cases with mild stress incontinence, but no renal function impairment occurred. Conclusion Radical cystectomy and ileocolic orthotopic neobladder reconstitution are the satisfactory way for urinary diversion.

Key words: bladder cancer; ileocolic neobladder; orthotopic urinary diversion

可控性尿道改道术有多种术式,其中以Kock膀胱术、Indiana膀胱术、Mainz膀胱术以及原位阑尾输出道的改良Indiana膀胱术较为常用。但有的术后控制尿液不够满意,且患者自行导尿繁琐。我科自1998年来对20例全膀胱切除的患者施行回结肠膀胱正位尿道吻合术,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组20例全膀胱切除病人,男性18例,女性2例,年龄50~82岁,平均67岁,其中T_1G_3 4例,T_2G_2 11例,T_3G_2 5例。

1.2 手术方法

常规行膀胱全切,男性患者摘除前列腺但保留与膜部尿道相连的部分前列腺包膜,女性患者则于膀胱颈尿道交界部切断。自回盲部始取升结肠15 cm,回肠20 cm,切断结肠带使结肠松解延长并消除结肠的分节蠕动,降低新膀胱的压力。将回肠与结肠对端吻合,恢复肠道的连续性。游离肠段的肠腔用生理盐水反复冲洗后,再用碘伏冲洗3~4遍。将回肠及结肠沿对系膜缘剖开,回肠片对折与结肠侧侧吻合,扩大管腔容量并降低新膀胱的内压。采用粘膜下隧道法(或隧道+乳头法)将两侧输尿管与新膀胱吻合,输尿管内置3 mm硅胶管作为支架引流双肾的尿液。

正位尿道吻合:第1组2例,将回结肠膀胱横放于盆腔内,于结肠中部开口沿肠道腔横轴方向同后尿道吻合。第2组18例,于盲肠顶端开口,直径约8 mm,将粘膜外翻行毯边缝合,新膀胱沿其纵轴方向将盲肠开口与后尿道相吻合。置膀胱造瘘管及18 F双腔气囊尿管各一根。

1.3 术后处理

术后均予抗炎,静脉高营养支持及对症治疗,注意保持各种引流管的通畅。术后有12例进行时间长短不等的持续膀胱冲洗,有8例未行持续膀胱冲洗。

除7例患者因吻合口漏延迟拔管外,13例患者于术后3~4周拔除尿管,观察患者排尿情况及有否残余尿,同时进行尿动力学检查,观察新膀胱储尿及排尿功能。20例患者拔除尿管后行残余尿测定均小于100 ml。

2 结果

20例手术患者均恢复良好,无围手术期死亡。12例进行膀胱冲洗患者中,有6例出现吻合口瘘,占50%,经反复换药治疗2~3个月后全愈出院。8例术后未行持续膀胱冲洗者中,1例出

作者简介:熊恩庆(1951-),男,安徽省怀宁县人,教授,主要从事排尿功能障碍性疾病和膀胱肿瘤方面的研究。电话:(023)68754187

收稿日期:2002-05-18;修回日期:2003-09-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

现吻合口瘘。其中有4例曾于术后5~9 d出现膀胱造瘘管及尿管被血凝块或肠道粘液阻塞现象，均及时用生理盐水冲洗通畅。术后3~4周拔管后均能正常排尿。尿动力检查显示膀胱容量200~500 ml，平均300 ml；潴尿期压力4.5~25 cmH_2O 20例随访1~27个月，平均10个月，无1例死亡。1例回结肠与横轴方向同尿道吻合者术后1年出现排尿无力，需用手压下腹部增加腹压辅助排尿并间断导尿。其余病员无明显排尿无力现象。术后有3例(男性2例、女性1例)出现轻度压力性尿失禁，占(15%)一般不须作特殊处理。无肾损害及肾积水表现。

3 讨论

可控膀胱去除了患者时刻不能离身的集尿袋，是膀胱全切患者的一种理想的尿流改道方法，正位可控可使患者保持基本正常的排尿方式，对患者的生活治疗又有进一步的提高。但是正位可控手术时间长，对患者打击大，且在膀胱切除时要保留部分的前列腺或后尿道，因而选择适当的病例就显得更为重要。因为手术打击大，患者康复时间长，因而应选择那些预后较好、生存时间较长的患者。部分患者术因排尿困难和尿潴留需行自身导尿，因而自我护理能力较差，精神状态不佳的患者也不应行此类手术；对准备行正位可控膀胱的患者，应术前向患者说明情况并最好让患者于术前学会自身清洁导尿。女性患者的膀胱颈和男性患者的前列腺部尿道是否受累是手术前必须重视的问题。男性患者前列腺部尿道受累的问题已经有较多研究结果，前列腺尿道受侵犯与远期疗效的关系目前仍有较多争议，但前列腺尿道受累患者长期无瘤存活率明显下降，因而应作为禁忌证，另外，侵犯膀胱颈或前列腺部尿道也应作为禁忌。近期研究表明，女性患者行膀胱全切时可以保留较多尿道，这有利于正位可控膀胱的实施[1]。Eisenberger等[2]于患者麻醉后先行回结肠膀胱正位尿道术，如为阳性则采用其它术式，有效排除了膀胱颈或前列腺基质阳性患者，对保证疗效有重要意义。

正位可控有较多术式，有用回肠、也有用升结肠或降结肠，目前还没有资料表明哪种术式更好，但不管采用哪种术式，要求肠管能建成高容量、低内压、高顺应性的贮尿囊。本术式通过切断结肠带的方法，去除结肠的分节蠕动，使肠壁松弛，消除结肠袋可使容量成倍增加；回肠与结肠反方向去管重建可削弱肌肉的收缩力，并使收缩力互相抵消，更降低了腔内压力，防止了高压波的产生。两侧输尿管与新膀胱吻合的方式较多，可采用粘膜下隧道法+乳头法进行吻合，如输尿管过短无法采用上述吻合方式时也可直接吻合，因为回结肠膀胱压力一般都比较低，直接吻合返流也不明显。本组20例患者，术后均能达到低压高容的目的，术后膀胱容量达200~500 ml，平均300 ml；潴尿期膀胱压力低于40 cmH_2O，无肾功能损害及肾积水。

回结肠膀胱正位尿道术后能否自行排尿是患者和医生关心的一个重要问题；本组2例采用回结肠膀胱横轴方向与尿道吻合者，患者排尿困难较重，需行间断导尿，其原因可能横行吻合时吻合口常不在新膀胱的最低位，且横行吻合者排尿时静水压较纵行吻合者低；纵向吻合以回盲部作输出端，与尿道吻合，保证了出口的最低位，有利于尿液的排出，且由于盲肠的逆向蠕动，具有将残留于盲肠内的尿液挤回新膀胱的功能，类似于正常后尿道的“回乳”作用，有一定的尿控作用[3]。在女性病人，尿道成角也容易出现排尿困难[4]。

Arai等[5]报道，回结肠正位新膀胱的早期并发症有尿漏、肠梗阻、尿失禁等，而晚期并发症则主要是输尿管结肠交界部梗阻。本组手术患者早期并发症主要是尿漏，20例中有7例出现尿漏，其中主要是术后行膀胱持续冲洗者。术后膀胱冲洗的目的主要是防止肠道分泌的粘液阻塞尿管及膀胱造瘘管；但有两个问题：① 由于冲洗所用的外用生理盐水水较低，可能会刺激肠粘膜产生更多粘液，阻塞出水管；②闭合冲洗系统有较高的静水压且患者对新膀胱充盈的感觉较迟钝，因而，一旦出水管阻塞，过度充盈的膀胱及高的静水压极易造成新膀胱的裂开，进而形成尿漏。上述可能是本组中膀胱持续冲洗尿漏较多的原因。我们认为：膀胱持续冲洗并不能有效防止尿漏的产生；良好的尿液引流、对膀胱造瘘管的良好护理及必有对的间断冲洗是防止尿漏产生较好的方法。

膀胱全切，回结肠膀胱正位尿道术与其它各术式相比较，具有以下优点：手术未改变正常的排尿途进，可随意控制排尿，患者及家属较容易接受，是一种较好的尿流改道方法。

参考文献：

[1] Erckert M, Stenzl A, Falk M, *et al*. Incidence of urethral tumor involvement in 910 men with bladder cancer[J]. World J Urol, 1996, 14(1): 3-8.

[2] Eisenberger C F, Schoenberg M, Fitter D, *et al*. Orthotopic ileocolic neobladder reconstruction following radical cystectomy: history, technique and results of the Johns Hopkins experience, 1986-1998[J]. Urol Clin North Am, 1999, 26(1): 149-156.

[3] D'Orazio O R, Lambert O L, Otranto J C, *et al*. Milking action: a new functional concept of a different orthotopic neobladder: 4-year followup[J]. J Urol, 1998, 160(4): 1274-1277.

[4] Arai Y, Okubo K, Konami T, *et al*. Voiding function of orthotopic ileal neobladder in women[J]. Urology, 1999, 54(1): 44-49.

[5] Arai Y, Taki Y, Kawase N, *et al*. Orthotopic ileal neobladder in male patients: functional outcomes of 66 cases[J]. Int J Urol, 1999, 6(8): 388-392.

(编辑 郭建秀)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net