

- stress urinary incontinence[J]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2011, 39(1): 42-48.
- [4] Görg C, Görg K, Bert T, et al. Colour Doppler ultrasound patterns and clinical follow-up of incidentally found hypoechoic, vascular tumours of the spleen: evidence for a benign tumour[J]. *Br J Radiol*, 2006, 79(940): 319-325.
- [5] 黄泽萍, 王小立, 张新玲, 等. 经会阴四维超声在女性压力性尿失禁诊断中的初步应用[J]. *中华腔镜泌尿外科杂志(电子版)*, 2013, 7(5): 45-47.
- [6] 丁峰, 宋岩峰, 丘娜璇. 厦门社区成年女性尿失禁患病状况流行病学调查[J]. *中国妇幼保健*, 2012, 27(6): 882-885.
- [7] 王建六. 女性盆底功能障碍性疾病的诊疗进展[C]. *全国妇产科临床医学新进展学术研讨会论文集*, 2010: 97-101.
- [8] Ennemoser S, Schönfeld M, von Bodungen V, et al. Clinical relevance of occult stress urinary incontinence (OSUI) following vaginal prolapse surgery: long-term follow-up[J]. *Int Urogynecol J*, 2012, 23(7): 851-855.
- [9] Haessler AL, Lin LL, Ho MH, et al. Reevaluating occult incontinence[J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2005, 17(5): 535-540.
- [10] Ghaderi F, Oskouei AE. Physiotherapy for women with stress urinary incontinence: a review article[J]. *J Phys Ther Sci*, 2014, 26(9): 1493-1499.
- [11] Versi E, Lyell DJ, Griffiths DJ. Videourodynamic diagnosis of occult genuine stress incontinence in patients with anterior vaginal wall relaxation[J]. *J Soc Gynecol Investig*, 1998, 5(6): 327-330.
- [12] 刘成, 吴文英, 杨青, 等. Aa/Ba 指示点对盆底重建手术时隐匿性压力性尿失禁的诊断及预后价值[J]. *中华妇产科杂志*, 2015, 50(6): 415-419.
- [13] Eisenberg VH, Alcalay M, Steinberg M, et al. Use of ultrasound in the clinical evaluation of women following colpocleisis[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2013, 41(4): 447-451.
- [14] Eisenberg VH, Chantarasorn V, Shek KL, et al. Does levator ani injury affect cystocele type[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2010, 36(5): 618-623.
- [15] Alvarez-Navarro M, Murata C, Hernández-Estrada AI. Utility of transperineal ultrasound in stress urinary incontinence diagnosis[J]. *Ginecol Obstet Mex*, 2014, 82(1): 32-42.
- [16] Wiśniewska B, Marciniak A, Rutkowska-Nawrocka J, et al. Urinary stress incontinence-one of basic diseases of modern society[J]. *Pol Merkur Lekarski*, 2015, 38(223): 51-54.
- [17] 宋梅. 超声检查在女性压力性尿失禁中的应用[J]. *国际妇产科学杂志*, 2011, 38(1): 41-44.
- [18] 王根枚, 刘艳娥, 麦秀媚, 等. 经会阴超声对老年女性的盆底形态学观察及盆底功能障碍性疾病的诊断分析[J]. *中国医学创新*, 2015, 12(12): 50-52, 53.
- [19] 闫冰, 孙涟漪, 陶久志. 产后 42 天早期盆底康复对盆底功能障碍预防的超声评估[J]. *中国医疗设备*, 2016, 31(1): 68-70, 25.
- [20] 许芸, 高晓丽. 三维超声在盆底功能障碍性疾病中的应用进展[J]. *临床超声医学杂志*, 2014, 16(7): 469-471.
- [21] Notten K, Weemhoff M, Schweitzer K, et al. OC10. 01: Diagnosing levator defects on 3D transperineal ultrasound compared to MR imaging[J]. *Ultrasound Obst Gyn*, 2012, 40(S1): 19-20.

收稿日期: 2016-11-02 修回日期: 2016-12-06 编辑: 王宇

· 临床研究 ·

经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌的临床效果

周洪益, 宣枫, 邵剑锋, 王志荣

无锡市人民医院泌尿外科, 江苏 无锡 214023

摘要: **目的** 探讨经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌的临床效果。**方法** 选取 2014 年 2 月至 2016 年 1 月 76 例膀胱癌患者, 按不同的手术治疗方法分为观察组和对照组, 各 38 例。所有患者均行经尿道电切术, 观察组采用吉西他滨进行膀胱灌注, 对照组采用吡柔比星进行膀胱灌注。比较两组患者治疗后的生存质量、复发率、生存率和不良反应发生情况。**结果** 治疗前两组患者生存质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后观察组患者生存质量评分显著高于对照组 ($P < 0.01$)。观察组 1 年、2 年复发率均显著低于对照组, 1 年、2 年生存率均显著高于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组各不良反应发生率均低于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。**结论** 经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌能显著改善患者的生存质量, 且复发率低, 生存率高, 不良反应少。

关键词: 经尿道电切术; 吉西他滨; 吡柔比星; 膀胱癌; 临床效果

中图分类号: R 737.14 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)02-0239-03

膀胱癌是泌尿外科常见的恶性肿瘤疾病,近年来,随着人们生活水平的提高,膀胱癌的发病率和病死率不断上升,且发病年龄趋于年轻化^[1]。其中 80% 以上为非肌层浸润膀胱癌,该病复发率较高,且复发后的恶性程度较高,对患者的健康及生命造成严重威胁。临床上一一般采用手术切除治疗,传统的根治性手术对患者造成较大的创伤,且无法保留患者膀胱的正常生理功能,对生活质量有较大影响^[2]。有研究表明,保留膀胱肿瘤部分切除术联合化疗治疗效果更令人满意^[3]。为探讨经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌的临床效果,本文选取 2014 年 2 月至 2016 年 1 月我院泌尿外科收治的 76 例膀胱癌患者进行研究。现将结果报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月至 2016 年 1 月我院泌尿外科收治的 76 例膀胱癌患者,所有患者均经过超声、CT、膀胱镜及病理检查等确诊为膀胱癌。排除合并有严重心肝肾疾病、对吉西他滨过敏、精神障碍患者。按照不同的手术治疗方法分为观察组 38 例,其中男 28 例,女 10 例;年龄 37~67(52.4±6.8)岁;单发肿瘤 29 例,多发肿瘤 9 例。对照组 38 例,其中男 29 例,女 9 例;年龄 38~66(52.8±7.1)岁;单发肿瘤 28 例,多发肿瘤 10 例。所有患者及其家属均签署知情同意书。两组患者一般资料比较差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 治疗方法 两组患者均先行经尿道电切术,电切镜功率为 120~160 W,电凝功率为 60~80 W。选取 5% 氯化钠注射液作为低压灌注液。患者取截石位,采用连续硬膜外麻醉,先将电切镜置入膀胱内,观察肿瘤的部位、大小、数量,并确定输尿管开口位置。再由内向外、由浅至深,依次切除肿瘤及其基底部 2 cm 的正常膀胱黏膜组织,要切除完全,直至浅肌层。切除完成后取正常组织边缘进行病理活检,检验是否有肿瘤残存。手术结束后用蒸馏水对膀胱进行反复冲洗,再电灼基底创面及其周围的正常黏膜组织,当无出血后,再将三腔气囊导尿管置入,留置 5~7 d。

术后 1 周,两组患者再进行化疗药物膀胱灌注治疗:观察组采用吉西他滨进行膀胱灌注治疗,浓度为 1.0 g 加入 50 ml 0.9% 氯化钠注射液,方法为经过尿

管注入膀胱进行留置,患者按照仰卧、俯卧、左侧卧及右侧卧的顺序不断变换体位,以充分灌注,每隔 20 min 换 1 次,灌注液在膀胱内滞留要超过 2 h。对照组采用吡柔比星进行膀胱灌注治疗,浓度为 20 mg 加入 50 ml 0.9% 氯化钠注射液,方法同上。膀胱灌注治疗每周 1 次,共 6 次,然后每 2 周 1 次,共 6 次,然后每月 1 次,共 6 次,再每 2 个月 1 次,共治疗 2 年。治疗期间每隔 3 个月进行膀胱镜复查,一旦有可疑就进行病理活检。

1.3 评价标准 对所有患者进行为期 2 年的随访,记录患者的生活质量改善情况,1 年和 2 年的复发率和生存率。治疗期间注意观察患者的生命体征,记录不良反应的发生情况。患者生活质量采用肿瘤患者生活质量评分(QOL)进行评估,内容共有 12 个条目,5 个等级,满分为 60 分,获得的分数越高,表明生活质量越好。

1.4 统计学分析 应用 SPSS 19.0 软件进行统计分析和处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生存质量评分比较 治疗前,两组患者生存质量评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组患者生存质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者复发率和生存率比较 观察组 1 年、2 年复发率均显著低于对照组,1 年、2 年生存率均显著高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 2。

表 1 两组患者生存质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	38	53.6±8.3	72.8±6.1
对照组	38	54.1±7.2	59.9±7.4
t 值		0.281	8.292
P 值		0.780	0.000

表 2 两组患者复发率和生存率的比较 例(%)

组别	例数	1 年复发	2 年复发	1 年生存	2 年生存
观察组	38	1(2.6)	2(5.3)	36(94.7)	29(76.3)
对照组	38	8(21.1)	10(26.3)	28(73.7)	19(50.0)
χ^2 值		6.175	6.333	6.333	5.655
P 值		0.010	0.010	0.010	0.020

表 3 两组患者不良反应情况比较 例(%)

组别	例数	恶心呕吐	腹泻	放射性尿道炎	白细胞减少	血小板减少	肝肾功能异常	放射性脊髓炎
观察组	38	7(18.4)	8(21.1)	9(23.7)	5(13.2)	2(5.3)	3(7.9)	5(13.2)
对照组	38	16(42.1)	17(44.7)	19(50.0)	13(34.2)	9(23.7)	10(26.3)	14(36.8)
χ^2 值		5.050	4.828	5.655	4.659	5.208	4.547	5.684
P 值		0.020	0.030	0.020	0.030	0.020	0.030	0.020

2.3 两组患者不良反应情况比较 观察组各不良反应发生率均低于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 3。

3 讨论

膀胱癌是常见的恶性肿瘤之一,发病原因包括化学因素、生物学因素、遗传因素、缺乏微量元素等^[4]。目前临床主要治疗手段包括尿道电切术和膀胱部分切除术,根治性膀胱全切术对患者的生活质量有较大影响,因此临床应用有限^[5]。单用尿道电切术虽能保留膀胱功能,但术后复发率较高,可高达 60% ~ 70%^[6]。近年来,临床上逐渐推行尿道电切术与膀胱灌注化疗药物联合治疗膀胱癌。

目前临床上对于泌尿系统肿瘤疾病,常采用经尿道膀胱肿瘤电切术,在对肿瘤进行切除的同时进行止血,以减少出血量。在术中,手术视野清晰、时间短、无组织凝块,且并发症少,保证患者的生活质量^[7]。该术不仅保留患者膀胱的生理功能,还减小创伤,复发率低。在进行膀胱肿瘤电切术时,有几点需要注意^[8]:(1)在手术中,注意保持电切镜各通道的畅通,避免通道出现堵塞;(2)注意控制对膀胱肿瘤的电切和电凝止血程度,避免出现膀胱穿孔;(3)术中注意采用电凝刀对膀胱切口止血,防止大出血。

吉西他滨是一种二氟核苷类抗代谢肿瘤药,其主要机理是抑制肿瘤细胞的 DNA 合成和复制^[9]。该药物进入体内会形成二磷酸盐和三磷酸盐,二磷酸盐可提高细胞内活性复合物浓度;三磷酸盐可阻止 DNA 的复制,导致蛋白质无法合成,导致肿瘤细胞的死亡,同时还会抑制核苷酸还原酶活性,抑制 DNA 合成及修复,其优点^[10]:(1)药物在膀胱内可直接作用于肿瘤细胞;(2)术后可以继续消灭残余肿瘤细胞;(3)正常膀胱黏膜组织对灌注化疗药的吸收较少,化疗药并未直接进入血液,因此化疗反应较少。

本文研究结果表明,治疗后经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗的观察组患者生存质量评分显著高

于对照组。且观察组 1 年、2 年复发率均显著低于对照组,1 年、2 年生存率均显著高于对照组。观察组各不良反应发生率均低于对照组。说明经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌的疗效确切,有效降低复发率,且不良反应少,目前已成为临床治疗膀胱癌首选方案。

综上所述,经尿道电切术联合吉西他滨灌注治疗膀胱癌能显著改善患者的生存质量,且复发率低,生存率高,不良反应少。

参考文献

- [1] 胡启建. 经尿道膀胱肿瘤电切术与膀胱部分切除术临床疗效比较[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(23): 3447 - 3448.
- [2] 张鑫, 肖博, 陈松, 等. 吉西他滨与顺铂新辅助化疗治疗肌层浸润性膀胱癌疗效观察[J]. 中华实验外科杂志, 2015, 32(6): 1451 - 1453.
- [3] 张焕明. 膀胱肿瘤电切术联合化疗治疗肌层浸润性膀胱癌的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(2): 61 - 62.
- [4] 莫俊华, 罗道升, 莫志锋, 等. 保留膀胱综合治疗与根治性切除术治疗膀胱癌的临床效果比较[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(20): 4588 - 4589.
- [5] 李双辉, 张志宏, 徐勇, 等. 根治性经尿道膀胱肿瘤电切术加化疗治疗肌层浸润性膀胱癌的疗效分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2012, 33(3): 215 - 218.
- [6] 张敏光, 沈周俊, 张存明, 等. 膀胱部分切除术结合放化疗在肌层浸润性膀胱癌治疗中的价值[J]. 中华泌尿外科杂志, 2012, 33(12): 911 - 917.
- [7] 韩兴涛, 杨锦建, 霍庆祥, 等. 电切术联合吡柔比星膀胱灌注对浅表性膀胱癌疗效[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(5): 494 - 497.
- [8] 石通, 梁蔚波. 经尿道膀胱肿瘤电切联合吡柔比星灌注治疗浅表性膀胱癌疗效观察[J]. 医学临床研究, 2012, 29(4): 638 - 640.
- [9] 郑红淑, 范海涛, 冯树强. 表浅性膀胱癌 TURBT 术后吉西他滨和吡柔比星交替膀胱灌注预防复发的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(16): 4579 - 4580.
- [10] 肖友平, 范凯, 黄从军, 等. 经尿道膀胱癌等离子电切术联合吡柔比星治疗高龄高危非肌层浸润性膀胱癌的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(16): 4670 - 4671.

收稿日期: 2016 - 09 - 17 修回日期: 2016 - 10 - 24 编辑: 王国品