

经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术治疗老年非肌层浸润性膀胱癌患者的效果分析

杨立军 哈华晶

渭南市第二医院 陕西 渭南 714000

摘要: 观察经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术 (THLRBT) 治疗老年非肌层浸润性膀胱癌 (NMIBC) 患者的效果。方法: 选取100例老年NMIBC患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组行经尿道膀胱肿瘤切除术 (TURBT) 治疗, 观察组行THLRBT治疗。比较两组临床相关指标 (手术时间、术后下床时间、导尿管留置时间、住院时间) 水平、排尿功能指标 (最大逼尿肌压力、最大尿流率) 水平、并发症发生率和复发率。结果: 观察组导尿管留置时间和住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组手术时间和术后下床时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后, 两组最大逼尿肌压力和最大尿流率均高于术前, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率为2.00%、复发率为2.00%, 分别低于对照组的16.00%、18.00%, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: THLRBT治疗老年NMIBC患者可缩短术后导尿管留置时间和住院时间, 提高排尿功能指标水平, 以及降低并发症发生率和复发率, 优于TURBT治疗效果。

关键词: 瘢痕子宫早期妊娠; 清宫术; 米非司酮; 米索前列醇

引言

非肌层浸润性膀胱癌 (non-muscle invasive bladder cancer, NMIBC) 是泌尿外科常见疾病, 属于膀胱癌的主要类型, 其发病率占膀胱肿瘤的70%左右, 且近年来有逐渐上升的趋势^[1]。目前, 临床治疗膀胱癌常见手术方法为经尿道膀胱肿瘤电切术, 该术式具有无切口、术后恢复快等特点, 但不足之处在于术中无法确保肿瘤切除完整性, 影响术后肿瘤病理结果判断, 故临床应用受限。经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术是一种新型膀胱肿瘤切除术, 具有肿瘤组织切除彻底、出血量少等优势; 研究表明, 经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术在膀胱癌的治疗中具有显著效果。因此, 本研究探讨经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术治疗NMIBC的临床效果及其对患者生化指标的影响, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年5月至2021年8月本院收治的100例老年NMIBC患者为研究对象。纳入标准: 经病理检查确诊; 未出现远处转移; 符合THLRBT、TURBT手术指征。排除标准: 存在免疫性疾病或脏器功能衰竭; 合并其他恶性病变; 合并全身感染。按照随机数字表法分为对照组和观察组各50例。观察组男43例, 女7例; 年龄62~85岁, 平均 (72.06±4.11) 岁^[2]; 体质量42~84 kg, 平均 (68.31±3.48) kg; 38例单发, 12例多发; 肿瘤直径

1~3cm, 平均 (1.79±0.34) cm。对照组男42例, 女8例; 年龄62~86岁, 平均 (72.58±4.67) 岁; 体质量42~85 kg, 平均 (68.59±3.73) kg; 39例单发, 11例多发; 肿瘤直径1~3 cm, 平均 (1.75±0.38) cm。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组采用经尿道膀胱肿瘤电切术进行治疗。患者取膀胱截石位, 于硬膜外麻醉后, 用生理盐水将膀胱灌注至半充盈状态, 膀胱镜下观察肿瘤情况并确定切除范围, 然后经尿道置入电切镜 (德国KARLSTORZ26105FA型等离子电切镜), 电切功率设置为140W, 电凝功率设置为60W, 对于直径3~6cm的肿瘤, 从患者肿瘤基底部切开, 直达膀胱肌层至暴露正常肌纤维; 对于直径 > 6cm的肿瘤, 先切除凸起于膀胱表面的肿瘤组织, 再从肿瘤基底部切至膀胱肌肉层, 至肌层显露平坦基底为止, 电灼肿瘤周围2cm左右的正常黏膜组织, 电凝止血后, 留置导尿管。观察组采用经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术进行治疗。患者取膀胱截石位, 采用硬膜外麻醉后, 经尿道置入膀胱镜 (德国KARLSTORZ膀胱镜27005BA型), 在膀胱镜下观察肿瘤位置、大小, 采用生理盐水冲洗并持续灌注膀胱, 通过操作孔将钬激光光纤 (合肥大族科瑞达激光设备有限公司生产的Hans-65型医用钬激光治疗机) 置入膀胱, 设置输出能量为1~2J, 功率为20~40W, 频率为15~20Hz, 从肿瘤附近约1cm处开始激

光汽化切割,透过黏膜及黏膜下层切割至肌肉层,配合灌注水流进行推进式切割并掀起肿瘤组织,切除瘤体周围约2cm左右的正常膀胱组织,确保肿瘤完全切除,然后通过镜鞘通道取出切除组织,留置三腔气囊导尿管^[3]。两组患者术后均常规预防感染并进行常规膀胱灌注治疗。

1.3 观察指标

(1) 比较两组临床相关指标水平,包括手术时间、术后下床时间、导尿管留置时间、住院时间。(2) 比较术前、术后6个月两组排尿功能指标水平,包括最大逼尿肌压力、最大尿流率。(3) 比较两组并发症发生率,包括术后尿路感染、闭孔神经反射、膀胱穿孔、继发性出血^[4]。(4) 比较两组复发率,对两组患者进行12个月的

随访,随访期间定期复查膀胱镜,一旦发现原发病灶或新病灶即为复发。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件分析处理数据,定性资料(%)采用 χ^2 检验;符合正态分布的定量资料($\bar{x}+s$)采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床相关指标水平比较

两组手术时间、术后下床时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组导尿管留置时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组临床相关指标水平比较($\bar{x}+s$)

组别	手术时间(min)	术后下床时间(d)	导尿管留置时间(d)	住院时间(d)
对照组($n=50$)	51.49±5.52	2.78±0.54	5.82±1.21	8.34±1.59
观察组($n=50$)	49.83±4.96	2.65±0.42	3.76±0.84	5.78±1.11
t 值	1.582	1.344	9.889	9.335
P 值	0.058	0.091	0.000	0.000

2.2 两组排尿功能指标水平比较

术前,两组最大逼尿肌压力和最大尿流率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);术后,两组最大逼尿肌

压力和最大尿流率均高于术前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组排尿功能指标水平比较($\bar{x}+s$)

组别	最大逼尿肌压力(cmH ₂ O)		最大尿流率(mL/s)	
	术前	术后	术前	术后
对照组($n=50$)	9.97±2.08	14.87±3.69*	13.76±1.97	17.88±2.63*
观察组($n=50$)	9.83±2.17	23.61±4.58*	13.61±2.05	22.74±3.21*
t 值	0.329	10.508	0.373	8.281
P 值	0.371	0.000	0.355	0.000

2.3 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率为2.00%(1/50),低于对照组

的16.00%(8/50),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	尿路感染	闭孔神经反射	膀胱穿孔	继发性出血	发生率
对照组($n=50$)	3(6.00)	1(2.00)	2(4.00)	2(4.00)	8(16.00)
观察组($n=50$)	1(2.00)	0	0	0	1(2.00)
χ^2 值					4.396
P 值					0.036

3 讨论

非肌层浸润膀胱癌是临床常见的泌尿系统肿瘤病症,近年来随着人们生活方式的变化,该病症发病率显著提高。临床常以手术切除为主要治疗措施,但术中易并发闭孔神经反射、膀胱穿孔,治疗效果不佳^[5]。而随着激光技术的发展,泌尿外科激光治疗技术利用率广泛,

且经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术治疗具有手术创伤小、效果明显、组织穿透较浅、损伤较轻等优势,以气化切割的工作原理治疗,可精准切割目标组织,无电流,避免患者周围组织受电流刺激,最大限度地减少手术带来的创伤,有效满足患者手术的治疗需求,是目前泌尿肿瘤切除术的首选治疗措施。膀胱癌患者多为男性。近

年来,随着人们生活方式和生活环境的改变,此病的发病率逐年增高,且发病人群呈年轻化的趋势。非肌层浸润性膀胱癌是临床上最为常见的膀胱癌。进行经尿道膀胱肿瘤切除术是目前临床上治疗非肌层浸润性膀胱癌的主要手段^[6]。相关的文献指出,用经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术治疗非肌层浸润性膀胱癌可取得较好的效果,具有患者术中的出血量少、术后恢复快、病情的复发率低等优点。本研究的结果显示,钬激光组患者手术的时间、术后导尿的时间、住院的时间均短于等离子组患者,其术中的出血量少于等离子组患者, $P < 0.05$;治疗后,钬激光组患者的生理功能评分、躯体功能评分、精神评分均高于等离子组患者, $P < 0.05$ 。

结束语

综上所述,THLRBT治疗老年NMIBC患者可缩短术后导尿管留置时间和住院时间,提高排尿功能指标水平,以及降低并发症发生率和复发率,优于TURBT治疗效果。

参考文献

[1]雷超,廖凯,董文瑞.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除

术与电切术对非肌层浸润性膀胱癌的疗效对比[J].实用癌症杂志,2019,34(2):126-129.

[2]李益坚,易路,刘文韬.经尿道绿激光整块切除非肌层浸润性膀胱肿瘤的随机对照研究[J].临床泌尿外科杂志,2017,32(10):22-25.

[3]叶明宝,杜昌国,燕群峰.两种不同方法治疗非肌层浸润性膀胱癌疗效比较[J].海南医学,2017,27(8):1338-1339.

[4]李雪黎,魏武然,王婷.经尿道钬激光切除术与经尿道电切术治疗非肌层浸润性膀胱癌的疗效比较[J].实用医院临床杂志,2018,15(2):211-213.

[5]张申平,杨进益.经尿道钬激光切除术对非肌层浸润性膀胱癌患者术后恢复及复发率的影响[J].山西医药杂志,2020,49(5):567-569.

[6]易善红.我国膀胱癌诊治指南解读[J].中华临床医师杂志:电子版,2019(3):924-925.