

# 腹腔镜与开放手术方式根治性膀胱切除术治疗膀胱癌的效果比较

刘 强

西安医学院附属汉江医院 陕西 汉中 723003

**摘要：**目的：分析腹腔镜RC治疗膀胱癌的应用效果。方法：选取2023年3月-2024年3月本院76例膀胱癌患者开展研究，随机平均分为对照组38例，行ORC治疗，观察组38例，行LRC治疗，比较两组临床疗效。结果：观察组的SF-36评分明显高于对照组，SAS、SDS评分、手术相关指标和术后输率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予膀胱癌患者LRC治疗能改善身心健康情况，加强手术效果，具有推广价值。

**关键词：**腹腔镜；开放手术；根治性膀胱切除术；膀胱癌

膀胱癌是一种恶性肿瘤，被泌尿外科收治，基于全球范围内，均较为常见。经济持续进步，人口老龄化越发严重，同时环境出现变化，膀胱癌新增例数增加<sup>[1]</sup>。膀胱癌首选疗法为RC，结合盆腔淋巴结清扫术，既能提升生存率，又能防范远处转移，降低局部复发率。既往多实施ORC，能取得确切疗效，但ORC有较大创伤，后续恢复慢，易引发并发症。腹腔镜越发成熟，将其纳入RC，提供LRC治疗，受到大多数医生认可。但临床治疗该病时，LRC能否作为标准术式，目前临床未给出定论<sup>[2]</sup>。Parra在1992年第一次在开展全膀胱切除术时，采用腹腔镜技术，从理论层面分析，应用LRC，能取得清晰视野，可以精准操作，并发症少，但关于其和ORC对比研究不多。本次研究对象为膀胱癌患者，分析LRC疗效。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院76例膀胱癌患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男20例，女18例，平均年龄（ $57.43 \pm 5.25$ ）岁；观察组38例，男21例，女17例，平均年龄（ $57.63 \pm 5.19$ ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合膀胱癌诊断标准；均行RC；有完整资料；知情同意本次研究。排除标准：存在远处转移；重要脏器功能障碍；凝血功能障碍；精神疾病。

### 1.2 方法

对照组行ORC治疗：对于男性患者，进行全麻，取得满意效果后，选择仰卧位，借助垫高方枕，高度为5cm，将患者臀部垫高。观察术区皮肤，按照规范消毒，然后铺巾。起始点为耻骨正中，一直到脐部，进行切割，呈直线状，调节长度，一般为15-20cm，根据患

者体质量，适当调节。切开皮肤，然后小心处理下面组织，仔细监测两侧髂血管，小心挑出双侧输尿管，然后打开腹膜，针对双侧输卵管，朝下方游离，令其处于膀胱处，然后先结扎，保证具有暂时性。观察前列腺，对于其背静脉丛，采取倒刺法，识别耻骨前存在的韧带，对其展开处理，然后进行缝合结扎，后续进行切断，做好游离操作。观察前列腺尖部，识别尿道，游离膀胱顶部，借助电刀，对膀胱顶部含有的腹膜进行干预，小心分离，在此过程中注意保留腹膜功能。监测前列腺，观察有无游离现象，对于狄氏筋膜，认真剪开，抵达直肠部位，连接输精管，同时将精囊动脉连好，再切断，进行分离，保证处于前列腺尖顶处，将其切开时，严格控制幅度，对直肠提供保护。关注膀胱两侧，对于存在的韧带，将其分离，缓慢进行，抵达盆底，仔细探查盆筋膜，在此过程中应小心谨慎，绕开膀胱韧带，尽量规避神经血管，会适当调节位置，全部放在前列腺以后。了解患者需求，若其要求保留性功能，开展钳夹处理时，需要认真、仔细，尽可能保护血管神经。治疗时，采取直角钳，严格把握力度，有效管控前列腺，小心维护尖部，处于旁侧尿道可进行操作，认真切断，进行结扎处理，取得不同部位样本组织，一为膀胱，二为精囊，三为前列腺。如患者为女性，先实施全麻，同样将臀部垫高，行仰卧位，先做切口，切开患者腹壁，小心处理，开放腹腔，关注髂血管，操作者应展开游离处理，对卵巢进行干预，观察输卵管伞，将其游离，朝向内侧，观察子宫动脉，先将其离断，注意保护子宫部位，小心避开韧带，分离此处含有软组织，最后到达子宫颈。操作者全程关注输尿管，对膀胱处进行干预，小心切断，分离周围存在的组织，同时拨开血管。关注子宫前壁腹

膜，小心将其切开，观察患者阴道，监测子宫颈，针对膀胱前侧，将其游离，借助电钩，干预盆内筋膜。采用双极电凝法，关注阴蒂部位，仔细切断存在的筋膜，全部处理好后，关注膀胱颈，观察尿道。取得相应部位标本，一为膀胱，二为子宫。针对盆腔淋巴结，进行清扫处理，检查髂外动脉，小心处理血管鞘，最终截至总动脉分叉处，清除所有淋巴，例如髂内外侧、髂前方等，同时处理脂肪淋巴组织，保证清除干净。

观察组行LRC治疗：同样进行全麻，引导患者仰卧，脚部低，头部高，在患者臀下放置一个方形枕头，应用挡板，固定患者肩部。观察术区皮肤，按照要求消毒，将专用巾铺好。实施五点穿刺法，经由肚脐下方，选择穿刺点，做小切口，呈环形，抵达腹直肌，适当用力，对皮肤进行处理，选用Veress针，将人工气腹建立好，充入CO<sub>2</sub>，调节压力，范围处于12-15mmHg。选用穿刺镜，长度为10mm，将其放在切口部位，然后缝合，避免切口变形。观察两侧腹直肌，进行刺点，共计2个。于第3个，选用12mm套管，将其放好，于和脐下相距约2-3cm处，开展第4穿刺点，对应麦氏点，第5穿刺点，对应反麦氏点，选取套管，规格为5mm，分别放在其他3个点。处于患者左侧，医生进行操作，推动肠管，朝向头部，处理盆腔及左右侧淋巴结，清除脂肪组织，方法同上，观察直肠膀胱部位，对内凹处进行探查，距离其上方2cm处，应用超声刀，切割患者腹膜，将两侧输精管分

离，将Hem-o-lok夹闭，先不采取超声刀，针对直肠前方含有的筋膜，将其打开，对尿道部进行处理，进行分隔时，部位包括盆筋膜、前列腺等，完成分隔后，能观察到前列腺尖部，针对静脉复合结构，将其切断，将Hem-o-lok夹闭，保证前列腺、膀胱皆游离，将其切除。对于形成的创面，将其切除，做好止血工作。于患者下腹开展切口，长度为6-10cm，将各层组织剥开，采集组织标本，开展病理检查，若患者为女性，还应取得其他部位组织，例如子宫组织，再如附近组织等，开展膀胱切除术，观察盆腔部位，处理淋巴结，具体方式参考对照组。

### 1.3 观察项目和指标

评价心理状态：SAS量表<sup>[3]</sup>，对应焦虑心理，SDS量表<sup>[4]</sup>，对应抑郁心理。评价生活质量：借助SF-36量表<sup>[5]</sup>，涵盖8个维度，计算总分。评价手术效果<sup>[6]</sup>：观察两组的手术中出血量、手术时间、盆腔引流管拔除时间、肛门排气时间和住院时间；观察术后输血例数。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，(x̄±s)与(%)表示计量与计数资料，分别行t与χ<sup>2</sup>检验，P < 0.05，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心理状态比较

对比SAS、SDS评分，观察组均更低(P < 0.05)。详见表1。

表1 两组心理状态比较[n(x̄±s)]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	58.42±4.61	34.26±3.61 <sup>a</sup>	56.44±5.61	32.31±3.91 <sup>a</sup>
对照组	38	58.51±4.59	42.25±4.19 <sup>a</sup>	56.53±5.58	41.26±3.46 <sup>a</sup>
t	/	0.085	8.906	0.070	10.567
P	/	0.932	0.000	0.944	0.000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup>P < 0.05。

### 2.2 两组生活质量比较

见表2。

对比生活质量评分，观察组均更高(P < 0.05)。详

表2 两组生活质量比较[n(x̄±s)]

组别	例数	社会功能(分)	情感职能(分)	体力充沛性(分)	精神健康(分)	生理职能(分)
观察组	38	70.26±5.68	83.57±6.46	80.15±6.17	40.69±4.42	81.22±4.85
对照组	38	64.48±5.37	71.32±6.34	68.29±6.41	32.53±4.23	69.37±4.80
t	/	4.558	8.343	8.217	8.222	10.705
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

续表2 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	周身疼痛(分)	整体健康(分)	生理状态(分)	总分(分)
观察组	38	85.22±6.74	73.87±4.29	83.26±4.18	594.75±12.81
对照组	38	73.69±6.45	67.26±4.65	72.65±6.17	533.25±11.61
<i>t</i>	/	7.619	6.440	8.776	21.929
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

## 2.3 两组手术效果比较

对比手术中出血量、手术时间、盆腔引流管拔除时

间、肛门排气时间、住院时间和术后输血量,观察组均更低( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组手术效果比较[n( $\bar{x} \pm s$ )](%)

组别	例数	手术中出血量(mL)	手术时间(min)	盆腔引流管拔除时间(d)	肛门排气时间(d)	住院时间(d)	术后输血量(%)
观察组	38	460.42±12.25	267.16±14.08	6.11±1.72	2.80±0.38	10.35±1.14	1(2.63)
对照组	38	727.32±11.36	234.50±15.05	7.26±1.39	3.65±0.37	14.13±1.33	8(21.05)
<i>t</i> / $\chi^2$	/	98.481	9.769	3.206	9.879	13.302	6.176
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.013

## 3 讨论

膀胱癌危险性高,根据疾病类型,被划分为两种,一为非肌层,二为肌层。最近10年,该病于我国新增例数明显上涨,同时病死率增加<sup>[7]</sup>。和女性相比,男性患者占比较高,和农村相比,城区较高。患病后,多症状有夜尿频繁、尿量变多和血尿等。

膀胱癌多采取RC治疗,既往多实施ORC,有较多失血量,创伤明显。医学技术进步,腹腔镜越发成熟,借助该技术,手术视野清晰,能防范操作失误,缩短整体用时,防范不良反应。采取LRC,其属于微创疗法,其疗效受到临床认可,能将病症彻底清除,同时清扫两侧盆腔淋巴,疗效显著。相关研究提示,治疗膀胱癌时实施LRC,其5年生存率约为66%,同时联合化疗,能增加5%,特别复发率高者,或者进展期者,效果更明显。本次研究结果显示和对照组比,观察组的生活质量评分均更高( $P < 0.05$ ),代表应用LRC能提升生活质量,患者接受度高。观察组的SAS、SDS评分均更低( $P < 0.05$ ),表示LRC可减轻负面心理,维护身心状态。观察组的手术相关指标和术后输血量均更低( $P < 0.05$ ),表明对比ORC,采用LRC,整体疗效更显著。说明应用LRC可以提升膀胱癌疗效。

综上所述,给予膀胱癌患者LRC治疗能改善身心健康情况,加强手术效果,具有推广价值。

## 参考文献

- [1]杨超,谭威,崔应东,廖兆琳,向奎. 机器人辅助与开放根治性膀胱切除术治疗膀胱癌的Meta分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2021,26(6):430-437+442.
- [2]关豪,熊建荣,朱要辉,郭灿琮. 浸润性膀胱癌患者腹腔镜根治性切除术后回肠新膀胱不同构建方案的效果对比[J]. 实用癌症杂志,2024,39(3):509-513.
- [3]胡春燕,王先艳,刘媛,王姝,郭韬,张涛. 2种尿流改道术对腹腔镜膀胱癌根治术患者并发症及预后的影响[J]. 实用临床医药杂志,2023,27(10):42-45+50.
- [4]段伟琴,白香花,马敏,翟秀丽,吕晓敏,赵智慧. 不同吸入氧浓度联合PCV-VG模式对行腹腔镜膀胱癌根治术的老年患者氧合及肺损伤的影响[J]. 现代生物医学进展,2024,24(3):527-531+546.
- [5]年春苗,田丹丹,付琦,吕慧敏. 不同剂量瑞马唑仑对腹腔镜膀胱癌根治术患者镇静深度和血流动力学指标的影响[J]. 中国实用医刊,2023,50(20):51-54.
- [6]匡丽,崔颖,胡春银,朱丽娅,赵敏. 机器人辅助全腹腔镜下膀胱癌根治加原位回肠膀胱术改良手术体位的效果研究[J]. 现代医学,2023,51(9):1326-1329.
- [7]蔡亚男,陈昕,卓培培. 膀胱癌患者行腹腔镜下根治性膀胱切除术后早期康复质量的影响因素分析[J]. 中西医结合护理(中英文),2023,9(8):145-147.