

膀胱部分切除术在肌层浸润性膀胱癌治疗中的作用分析

骆梅*, 张琳, 郭晓英*, 于莉莉, 杨青玉, 程世会, 姚榆, 吕亚青#

青岛大学附属医院崂山院区门诊, 山东 青岛

收稿日期: 2024年1月29日; 录用日期: 2024年2月23日; 发布日期: 2024年2月29日

摘要

目的: 分析肌层浸润性膀胱癌治疗期间膀胱部分切除术的综合应用价值。方法: 我院在2019年2月到2022年2月期间接收100例肌层浸润性膀胱癌患者, 遵循随机双盲原则将患者分为对照组、观察组, 前者50例使用根治性膀胱全切除术予以治疗, 后者50例采取膀胱部分切除术, 分析两组患者综合治疗效果、手术相关指标、并发症、随访期间复发情况。结果: 观察组患者总缓解率与对照组差异较小, 无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患者常规手术指标(术中出血量、手术时间、导尿管留置时间、住院时间)均小于对照组; 观察组患者术后相关并发症总发生率小于对照组, 上述不同指标差异明显, 有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者术后10个月内的复发率差异较小, 无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患者术后随访期间生活质量评分高于对照组, 存在统计学意义($P < 0.05$)。结论: 肌层浸润性膀胱癌治疗中采取膀胱部分切除术可保证患者的整体疗效, 同时对患者手术指标优化、并发症预防以及术后生活质量均有促进作用, 为不同患者的远期预后奠定基础。

关键词

肌层浸润性膀胱癌, 膀胱部分切除术, 根治性膀胱全切除术, 缓解率, 并发症

Analysis of the Role of Partial Cystectomy in the Treatment of Muscle Layer Invasive Bladder Cancer

Mei Luo*, Lin Zhang, Xiaoying Guo*, Lili Yu, Qingyu Yang, Shihui Cheng,
Yu Yao, Yaqing Lv#

Outpatient Department of Laoshan Campus of Qingdao University Affiliated Hospital, Qingdao Shandong

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 骆梅, 张琳, 郭晓英, 于莉莉, 杨青玉, 程世会, 姚榆, 吕亚青. 膀胱部分切除术在肌层浸润性膀胱癌治疗中的作用分析[J]. 临床医学进展, 2024, 14(2): 4114-4122. DOI: 10.12677/acm.2024.142572

Abstract

Objective: To analyze the comprehensive application value of partial cystectomy during the treatment of muscle layer invasive bladder cancer. **Methods:** From February 2019 to February 2022, our hospital received 100 patients with myometrial invasive bladder cancer. The patients were randomly divided into a control group and an observation group according to the double-blind principle. The former 50 patients were treated with radical total cystectomy, and the latter 50 patients were treated with partial cystectomy. The comprehensive treatment effect, surgical related indicators, complications, and recurrence during follow-up were analyzed between the two groups. **Result:** The total remission rate of the observation group patients was relatively small compared to the control group, and there was no statistically significant difference ($P > 0.05$); The routine surgical indicators (intraoperative blood loss, surgical time, catheterization time, and hospital stay) of the observation group were all lower than those of the control group; The total incidence of postoperative complications in the observation group was lower than that in the control group, and the differences in the above different indicators were significant and statistically significant ($P < 0.05$); The difference in recurrence rate between the two groups of patients within 10 months after surgery was small and not statistically significant ($P > 0.05$); The quality of life score of the observation group patients during postoperative follow-up was higher than that of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion:** Partial cystectomy in the treatment of myometrial invasive bladder cancer can ensure the overall efficacy of patients, and promote the optimization of surgical indicators, prevention of complications and postoperative quality of life of patients, laying the foundation for long-term prognosis of different patients.

Keywords

Muscle Layer Invasive Bladder Cancer, Partial Cystectomy, Radical Total Bladder Resection, Remission Rate, Complications

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

膀胱癌是泌尿系统发病率较高的恶性肿瘤之一，结合关于膀胱癌的数据分析，其中超过 95.00% 属于尿路上皮肿瘤，且几乎一半的膀胱癌属于高级别肿瘤，病灶可累及肌层。国内报道资料显示[1]，膀胱癌的整体发病率呈现出逐年升高趋势，使得浅表性、浸润性膀胱癌人数也在不断增加。肌层浸润性膀胱癌病灶并不是在黏膜表面增殖生长，而是向膀胱腔内生长，并且通过肌层一直往外浸润性。依据关于肌层浸润性膀胱癌患者的相关资料分析，理论上针对肌层浸润性膀胱癌需要实施根治性膀胱切除，不过结合肌层浸润性膀胱癌使用根治性治疗的相关研究，通过根治性治疗并切除膀胱可有效帮助患者切除病灶，但是因为切除范围大，创伤大，患者术后有较高的并发症发生率，死亡率也较高，术后的生活质量也相对较差[2]。近年来，部分学者[3] [4]指出并非所有的肌层浸润性膀胱癌均需要采取根治性治疗方法，如果患者的病灶较小，病灶所处位置距离膀胱三角区较远，针对这一情况可采取膀胱部分切除术，帮助患者保留部分膀胱，并在术后为患者辅助放疗、化疗，能够取得相对理想的治疗效果，可有效帮助患者提高生活质量。基于上述相

关研究,为明确肌层浸润性膀胱癌采取膀胱部分切除术的综合应用效果,明确其在膀胱癌治疗中的可行性,进而指导更多符合要求的膀胱癌患者开展手术治疗,本文结合我院 2019 年 2 月到 2022 年 2 月期间接收的 100 例肌层浸润性膀胱癌患者,对不同方法治疗的相关资料实施回顾性分析,详细如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

我院在 2019 年 2 月到 2022 年 2 月期间接收 100 例肌层浸润性膀胱癌患者,遵循随机双盲原则将患者分为对照组、观察组,前者 50 例使用根治性膀胱全切术予以治疗,后者 50 例采取膀胱部分切除术。对照组:男性患者有 30 例,女性患者有 20 例,年龄从 50 岁到 75 岁不等,平均(62.82 ± 5.40)岁。肿瘤病灶所处位置方面:膀胱颈部肿瘤、膀胱顶部肿瘤、膀胱前壁肿瘤、膀胱两侧壁肿瘤分别有 4 例、10 例、12 例、24 例;病理分期方面:T2 分期、T3 分期、T4 分期分别有 15 例、29 例、6 例;病理分级方面:高级别、低级别分别有 42 例、8 例;病灶直径在 1.50~4.0 cm,平均病灶直径(2.24 ± 0.38)cm。观察组:男性患者有 32 例,女性患者有 18 例,年龄从 51 岁到 76 岁不等,平均(62.85 ± 5.42)岁。肿瘤病灶所处位置方面:膀胱颈部肿瘤、膀胱顶部肿瘤、膀胱前壁肿瘤、膀胱两侧壁肿瘤分别有 5 例、11 例、13 例、21 例。病理分期方面:T2 分期、T3 分期、T4 分期分别有 14 例、28 例、8 例;病理分级方面:高级别、低级别分别有 40 例、10 例;病灶直径在 1.52~4.04 cm,平均病灶直径(2.25 ± 0.36)cm。通过统计学软件 SPSS21.0 逐一分析两组患者一般资料,提示差异较小,符合可比性要求($P > 0.05$)。

2.2. 纳入标准与排除标准

纳入标准:(1) 患者经影像学检查、膀胱镜检查以及后续手术病理明确诊断为肌层浸润性膀胱癌;(2) 患者为初诊患者;(3) 单发病灶;(4) 患者或家属了解手术方案,知晓相关手术风险,并签署知情同意书;(5) 患者存在较安全的外科切缘;(6) 患者部分膀胱切除后可保留一定容量的膀胱;(7) 患者术后 10 个月内随访资料有详细记录。排除标准:(1) 合并精神异常者;(2) 合并其他恶性肿瘤者;(3) 存在淋巴结转移、远端器官转移、肌层浸润性膀胱癌复发情况者;(4) 有严重脏器功能衰竭者;(5) 已经接受过手术治疗患者;(6) 合并心脑血管疾病者;(7) 放弃治疗或者转入其他医院治疗者。

2.3. 方法

对照组:该组患者均按照根治性膀胱全切术予以治疗,所有患者在术前完善相关检查,包括血常规、尿常规、肝肾功能、凝血功能、传染病筛查、影像学检查等等。结合患者情况为其采取全麻或硬膜外麻醉处理,实施开放膀胱癌根治术,麻醉生效后,将患者右侧腹膜剪开,探查后将输尿管至膀胱区域分离、结扎、离断。左侧处理完成后进行右侧处理,并将患者膀胱周围韧带有效分离,膀胱动脉、侧韧带等需要离断处理,对覆盖膀胱的盆腹膜采取横行切开处理方法,对于男性患者还需要在靠近耻骨区域将耻骨前列腺韧带切断,并进一步将盆内筋膜切开处理,对前列腺外侧血管蒂分离,然后切断,可分离到尿道膜上部区域,将尿道膜分离,切断处理,对尿道使用 2-0 可吸收缝合线封闭处理,将手术期间切除的膀胱、男性前列腺组织等取出,对创面予以冲洗并止血,创面处理、切口缝合,按照病理科要求做好标本入袋,送到病理科检查。常规使用预防性抗菌药物,做好术后泌尿外科常规护理与指导。患者在手术完成后可视情况采取放化疗等辅助治疗方法。

观察组:所有患者采取膀胱部分切除术,同样的需要在术前完善各项检查,了解不同患者的实际情况,知晓不同患者自身病灶位置、大小,有无淋巴结转移等情况。对患者采取全麻处理,麻醉生效后采取膀胱部分切除术,于患者耻骨上方做一 10 cm 大小的纵向切口,找到肿瘤病灶,然后在与病灶距离 2.0

cm 位置实施环形切开处理, 切开并膀胱壁并到达膀胱外脂肪区域。采取全层切除处理方法, 将肿瘤病灶以及上述范围内的全层膀胱壁组织予以切除, 如果病灶大小不超过 $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$, 且膀胱颈肿瘤带蒂情况, 需要将肿瘤病灶以及周边 1.5 cm 范围内的相关组织予以切除, 保证切除深度达到浅肌层后予以间接缝合处理。如果病灶超过 $1.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$ 的肿瘤, 需要在肿瘤病灶与周边组织切除后实施全层缝合处理。对于输尿管周边存在的肿瘤需要连同输尿管一起切除, 缝合处理输尿管膀胱, 放置双 J 管, 常规留置导尿管等。如果患者的肿瘤病灶周围存在淋巴结转移情况, 需要实施盆腔淋巴结清扫术。患者在膀胱部分切除术的基础上还需要依据患者实际情况, 采取辅助治疗方法, 膀胱灌注化疗中使用的药物包括注射用盐酸吡柔比星或注射用羟基喜树碱, 前者用药剂量每次 30 mg , 后者用药每次 $30\sim 40\text{ mg}$, 将上述药物融入到 $40\text{ ml } 0.9\%$ 生理盐水中, 膀胱灌注后保留 30 min , 1 次/周 , 连续用药 8 周 , 后续改为每月 1 次 , 继续用药 $8\sim 12\text{ 次}$, 并依据患者用药不良反应、肝肾功能等变化调整指标。患者在术后第 1 天 、第 8 天 、第 15 天 进行化疗, 所用药物为注射用盐酸吉西他滨, 用药剂量为 $800\sim 1000\text{ mg/m}^2$, 通过静脉滴注方式实施化疗, 患者在化疗后第二天使用顺铂, 用药剂量为 70 mg/m^2 , 顺铂在使用期间需要结合患者情况及时补液, 保护患者的肾脏功能, 化疗一个周期时间为 28 天 , 化疗时间考虑患者个体差异。视情况对部分患者采取放疗, 剂量 40 Gy 。

所有患者在术后加强随访, 随访时间为 (10.00 ± 0.10) 个月, 了解患者在术后不同时间段的恢复情况, 综合评估疗效以及不同治疗方法的应用特点。

2.4. 观察指标

(1) 治疗总缓解率; 结合实体瘤临床疗效评价标准予以分析, 于患者治疗前与治疗后 1 个月 通过影像学检查方法、膀胱镜等对病灶大小情况予以分析, 同时结合腰痛、血尿、排尿困难、乏力等症状变化做出评价, 包括: CR: 所有目标病灶消失, 患者临床症状完全消失; PR: 基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$, 症状大部分消失, 存在轻微症状表现; PD: 基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新的病灶, 存在明显症状; SD: 病灶缩小达不到 PR 要求, 或病灶增加未达到 PD 要求, 有部分症状表现。总缓解率 = $(\text{CR} + \text{PR}) / \text{总例数} \times 100.00\%$ 。(2) 患者的常规手术指标; (3) 术后并发症总发生率; (4) 患者术后 10 个月 内的复发率; (5) 术后随访期间的生活质量评分, 在患者出院后 3 个月 、 6 个月 、 9 个月 进行评估, 并以三次评估结果作为最终结果, 具体生活质量评价方面参照简明健康状况调查问卷(SF-36), 结合膀胱癌患者的实际情况, 选择生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感职能、精神健康 5 个方面 予以评价, 每项均换算为标准百分制, 评分高则生活质量越高。

2.5. 统计学方法

将所有研究数据均输入到统计学软件 SPSS21.0 中, 计量资料、计数资料类型分别使用“ $\bar{x} \pm s$ ”、 $(n, \%)$ 形式表示, 组间差异性使用 t 检验、 χ^2 检验; $P < 0.05$: 差异明显, 且存在统计学意义。

3. 结果

3.1. 治疗总缓解率分析

在治疗总缓解率方面, 观察组与对照组差异较小, 无统计学意义($P > 0.05$), 如表 1 所示。

3.2. 患者的常规手术指标对比

观察组患者常规手术指标(术中出血量、手术时间、导尿管留置时间、住院时间)均小于对照组, 有统计学意义($P < 0.05$), 如表 2 所示。

Table 1. Analysis of the total response rate in the two groups [n (%)]

表 1. 两组患者治疗总缓解率分析[n (%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	总缓解率
观察组	50	13 (26.00)	31 (62.00)	4 (8.00)	2 (4.00)	44 (88.00)
对照组	50	12 (24.00)	33 (66.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	45 (90.00)
χ^2	/	/	/	/	/	0.102
P	/	/	/	/	/	0.749

Table 2. Comparison of related surgical indicators for different patients ($\bar{x} \pm s$, n = 50)

表 2. 不同患者相关手术指标对比($\bar{x} \pm s$, n = 50)

组别	术中出血量(mL)	手术时间(min)	导尿管留置时间(d)	住院时间(d)
观察组	45.31 ± 12.15	45.60 ± 6.42	6.23 ± 2.15	7.64 ± 2.20
对照组	80.58 ± 13.35	72.55 ± 9.30	9.82 ± 2.42	13.68 ± 2.54
t	13.816	16.863	7.841	12.710
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.3. 术后并发症总发生率分析

观察组患者术后并发症总发生率小于对照组，数据分析有统计学意义(P < 0.05)，如表 3 所示。

Table 3. Comparison of the overall incidence of postoperative complications [n (%)]

表 3. 术后并发症总发生率情况对比结果[n (%)]

组别	例数	膀胱痉挛	术后出血	感染	合计
观察组	50	0 (0)	1 (2.00)	1 (2.00)	2 (4.00)
对照组	50	2 (4.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	8 (16.00)
χ^2	/	/	/	/	4.000
P	/	/	/	/	0.046

3.4. 术后 10 个月复发情况分析

观察组患者术后 10 个月期间有 4 例复发，占到 8.00%；对照组患者术后 10 个月期间有 2 例复发，占到 4.00%，两组患者术后复发率差异无统计学意义($\chi^2 = 0.211$, P = 0.646)。

3.5. 患者术后生活质量评分分析

观察组患者术后各项生活质量评分高于对照组，差异显著，有统计学意义(P < 0.05)，如表 4。

Table 4. Analysis of patient postoperative quality of life score ($\bar{x} \pm s$, n = 50, score)

表 4. 患者术后生活质量评分分析($\bar{x} \pm s$, n = 50, 分)

组别	生理功能	躯体疼痛	社会功能	情感职能	精神健康
观察组	78.45 ± 9.22	80.65 ± 8.40	76.38 ± 7.25	78.60 ± 9.53	77.96 ± 9.48
对照组	64.80 ± 10.19	68.37 ± 9.26	65.80 ± 9.65	63.55 ± 10.28	66.80 ± 11.50
t	7.023	6.945	6.198	7.591	5.294
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

4. 讨论

膀胱癌是泌尿系统疾病典型的一种恶性肿瘤，尤其是在男性群体中有较高的比例。结合关于膀胱癌的流行病学调查分析，膀胱癌中以膀胱尿路上皮细胞癌最常见，其占比超过 90.00%，不仅发病率高，而且治疗较复杂，同时后续复发率高。膀胱癌中包含一定比例的肌层浸润性膀胱癌，针对其治疗主要采取根治性全膀胱切除术。结合临床文献报道分析[5]，肌层浸润性膀胱癌中根治性全膀胱切除术已经成为标准术式，针对无转移肌层侵犯膀胱癌患者，可结合患者性别不同，对男性切除前列腺、女性切除前盆腔脏器，通过上述治疗能够取得较好效果，保证病灶的有效切除。考虑到患者的个体差异，还需要在具体手术治疗中采取不同的治疗策略，比如针对病灶处于前列腺尿道、膀胱颈区域时，通常还需要切除尿道[6]。根治性全膀胱切除术因为在治疗中能够较全面的将病灶切除，并通过尿路重建以及现代护理，患者治疗后的无疾病生存时间较长。综合不同学者[7]关于根治性全膀胱切除术的治疗经验，该方法在具体应用中需要注重对患者的盆腔淋巴结清扫，便于知晓患者有无局部侵犯的情况，同时通过淋巴结清扫帮助患者降低术后复发风险，延长生存时间。

尽管根治性全膀胱切除术在肌层浸润性膀胱癌中可达到彻底切除病灶目的，能够延长患者的生存时间，避免膀胱原位癌或局部复发，但是较多膀胱癌患者年龄较大，本身手术耐受性差，加之较多老年患者合并各种基础性疾病，且手术时间较长，部分患者在术后易出现相关并发症，包括一些严重的并发症，如心血管并发症、肺栓塞、肝功能衰竭等，严重的并发症使得患者术后死亡率较高。部分患者耐受性较好，但是因为膀胱的切除，需要借助肠道或其他生物制品代替膀胱功能，部分患者可能需要长期带集尿袋等，原有正常膀胱的储尿、排尿功能均无法保障，给患者术后生理、心理等方面造成影响，致使膀胱癌患者虽然生存时间有所延长，但是生活质量低下，造成患者术后苦不堪言，较多患者出现心理问题，不敢见人等。

鉴于根治性全膀胱切除术在肌层浸润性膀胱癌中存在的上述局限性，越来越多的学者开始尝试探索新的方法，即在肌层浸润性膀胱癌治疗中保留膀胱功能并兼顾病灶切除。当前膀胱部分切除术、经尿道膀胱肿瘤电切术在肌层浸润性膀胱癌治疗中有应用报道，且可帮助患者保留部分膀胱功能，维持正常的生理功能。临床文献报道[8]指出，肌层浸润性膀胱癌能够实施膀胱部分切除术，保留患者部分膀胱功能，这与临床手术治疗经验的积累、膀胱生理结构的深层次研究、放化疗技术的发展密切相关。这主要是因为肌层浸润性膀胱癌本身具有较高的淋巴结转移风险，容易出现局部病灶转移，而膀胱部分切除术无法保证病灶能够完全切除，所以通过术后采取放疗、化疗等方式，进一步杀灭癌细胞，降低患者术后复发风险。近年来国内关于膀胱部分切除术在肌层浸润性膀胱癌治疗方面的应用报告较多。孙巍[9]报道中指出肌层浸润性膀胱癌采取膀胱根治性切除术联合化疗具有可行性，能够保证患者的综合治疗效果。梅延辉等[10]指出与腹腔镜下根治性膀胱全切除术治疗方法相比，采取腹腔镜下膀胱部分切除术治疗，能够明显帮助患者降低术后并发症，并保证患者术后有较好的生活质量。刘继普等[11]指出局限性肌层浸润性膀胱癌患者通过采取膀胱部分切除术，可降低血清 VEGF、MCP-1 水平，能够取得与根治术相同的疗效，并降低术后复发率、并发症等发生。李国伟等[12]指出非肌层浸润性膀胱癌采取经尿道膀胱肿瘤等离子电切术较传统开放膀胱部分切除术具有优势，患者术后恢复快，安全性明显提高；其它学者[13][14]也从不同角度指出膀胱部分切除术在肌层浸润性膀胱癌中有重要的应用价值。

本次研究中结合国内不同学者关于肌层浸润性膀胱癌实施膀胱部分切除术的研究情况，依据纳入标准、排除标准选择具有膀胱部分切除术可行性的病例资料，选择初次确诊、单发病灶、无病灶转移等肌层浸润性与局限性膀胱癌患者作为研究对象，通过对标准治疗方法与膀胱部分切除术治疗方法应用的具体研究。从治疗后的总缓解率方面分析，两组患者差异较小，表明采取膀胱部分切除术可取得与根治性

全膀胱切除术基本一致的治疗效果,证实了膀胱部分切除术治疗的可行性。从手术治疗指标方面分析,观察组相关指标的时间均明显缩短,这主要是因为采取部分膀胱切除术,能够在一定程度上减小切口,缩小病灶切除范围,相应的可加快手术,有助于患者术后的恢复。从手术治疗后并发症方面分析,膀胱部分切除术患者术后相关并发症较根治性手术明显降低,表明膀胱部分切除术有利于防止术后并发症的发生,分析是因为膀胱部分切除术创伤减小、病灶切除范围减小,加之各类手术指标均得到优化,减少了引起患者术后相关并发症的因素,促使患者手术治疗安全性进一步提升,而并发症发生率的减少可为患者的预后提供保障,避免并发症发生率过高增加患者死亡风险,同时影响到患者术后的治疗效果。从患者术后复发率方面分析,两组患者的复发率差异较小,提示两种治疗方法均可保证患者近期疗效,这与膀胱部分切除术患者在手术完成后继续接受膀胱灌注治疗、放化疗等辅助措施有关,这些措施能够在手术切除病灶的基础上,进一步抑制、杀灭癌细胞,降低癌细胞扩散、局部浸润转移等风险,从而保证患者的近期疗效较好,复发率也较低。从患者术后生活质量评价方面分析,以术后三个时间段综合生活质量评价情况为准,结果显示观察组整体在生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感职能以及精神健康方面评分均超过了对照组,表明通过膀胱部分切除术对患者术后的生活质量有利,这与手术本身创伤小,且可帮助患者保留部分膀胱,依靠部分膀胱正常的生理功能发挥作用,减少对患者生理、心理等负面影响。当然观察组患者术后整体生活质量并不是很高,分析可能是因为膀胱部分切除术患者后续在使用放化疗期间出现毒副作用,受到毒副作用的影响,也会对患者术后的生活质量产生影响。综合不同研究结果数据与上述分析,采取膀胱部分切除术对肌层浸润性膀胱癌治疗中可保证疗效、手术治疗安全性以及术后生活质量,较根治性全膀胱切除术在某些方面更具优势。其他不同学者从侧面也证实了肌层浸润性膀胱癌在膀胱部分切除术的基础上需要联合化疗、膀胱灌注化疗等相关辅助治疗方法,依靠辅助治疗改善单纯膀胱部分切除术的弊端,进一步提升患者术后的近期疗效[15][16]。乃国帅[17]指出浅表性膀胱癌患者治疗期间可采取经尿道膀胱肿瘤电切术,也可采取膀胱部分切除术,两者具有相似的治疗效果,但是经尿道膀胱肿瘤电切术可延长患者无瘤生存期,且在患者生活质量方面也更具价值,与本文部分研究结论存在一致性。

本次研究在进行膀胱部分切除术治疗肌层浸润性膀胱癌研究中也存在着一定的不足,整体研究中每组收集的样本量仅为 50 例,样本量并不是很多,一定程度上可能对研究结论产生影响;研究过程中将患者予以筛查,保证患者符合纳入标准与排除标准,保证了所有患者满足手术适应症,排除禁忌症要求,使得研究结论呈现出理想化状态,实际上临床接诊的肌层浸润性膀胱癌患者可能合并其他基础疾病、存在多发病灶等,所以研究结论应辩证看待,并非所有的肌层浸润性膀胱癌均可使用膀胱部分切除术治疗并取得理想效果;此外,因为时间以及现实的一些问题,对不同患者的随访时间较短,整体也只有 10 个月,所以研究结果中的相关数据均为短期内的情况,关于肌层浸润性膀胱癌采取膀胱部分切除术与根治性手术治疗的远期预后还需要进一步分析,进而了解不同手术方案对应患者的远期预后情况,更好地作为临床肌层浸润性膀胱癌手术治疗的参考;肌层浸润性膀胱癌采取部分膀胱切除术后还采用了放疗、化疗等辅助治疗方法,未对患者辅助化疗期间所产生的毒副作用予以统计,使得具体研究中忽视了膀胱部分切除术患者因放化疗而产生的毒副作用。统计患者术后生活质量方面,为了便于计算,将三个不同时间点的生活质量调查结果进行平均值处理,无法知晓不同患者在术后不同时间生活质量的变化趋势与特点,也无法评估因为放化疗对患者生活质量产生的影响。上述列举的相关不足也是在后续研究中需要持续改进的,既要注重大样本量肌层浸润性膀胱癌的收集,也需要延长患者的随访时间,从近期疗效、远期疗效两个方面同时考虑,综合评估疗效与治疗安全性,为临床更多肌层浸润性膀胱癌患者膀胱部分切除术的应用与治疗提供依据。

实际上,膀胱部分切除术在具体的肌层浸润性膀胱癌治疗中需要满足一定的要求,并非所有的肌层浸润性膀胱癌都能使用膀胱部分切除术。有文献报道[18]指出,当前在肌层浸润性膀胱癌中仅有5.8%~18.9%的患者能够采用膀胱部分切除术治疗,膀胱部分病灶切除过程中也存在腹壁切口种植的风险。部分研究认为肌层浸润性膀胱癌使用膀胱部分切除术治疗后的远期局部复发率较高,而复发后会加重对患者的影响,使得膀胱部分病灶切除治疗效果受到影响。当前关于膀胱部分病灶切除术的应用范围尚未达成一致,但是结合不同学者关于肌层浸润性膀胱癌的治疗研究,采取膀胱部分切除术治疗患者需要对患者的各项信息进行综合分析,包括膀胱肿瘤的病灶所在部位、病理类型、临床分期、分级、是否存在邻近器官累及、淋巴结转移等情况,同时还需要考虑患者的全身状况,包括患者的手术耐受性、自身身体素质等。对于初诊的肌层浸润性膀胱癌,病灶直径较小、单发病灶、无病灶转移的局限性膀胱癌患者,通过采取膀胱部分切除治疗,可将局限在一定范围内的病灶最大程度切除,并配合患者术后的放化疗等辅助治疗措施,综合性帮助患者提升综合疗效,降低术后远期复发率,依靠保留部分的膀胱发挥生理功能,减少对患者生理、心理的影响,促进患者生活质量的提高。如果患者为多发病灶、病灶较大,同时已经出现了病灶转移等情况,此时采取膀胱部分切除治疗无法有效将病灶切除,易造成患者术后出现较高的复发率,而病情的反复发作需要患者持续治疗,降低患者生活质量,此时采取根治性全膀胱切除术可更好地帮助患者改善症状,保证病灶的有效切除。当然,任何一种手术治疗方法在肌层浸润性膀胱癌治疗方面均有各自的特点以及适应症要求,避免盲目为了保留膀胱而采取膀胱部分切除术,反而更容易给患者的远期预后、生活等产生不利影响。近年来,也有部分学者指出针对非穹隆部或者后壁高位的局限性浸润性膀胱癌,采取经尿道切除方法较膀胱部分切除治疗方法可取得更好效果。经尿道切除方法也能够帮助患者保留膀胱,提高总生存率[19]。当然采取经尿道切除方法或者膀胱部分切除治疗的患者并不一定均能最终保留膀胱,但是膀胱保留相对于全膀胱切除对患者而言更有利,当然这需要考虑患者术后可能出现的浸润性膀胱癌复发,甚至可能因为无法采取挽救性全膀胱切除而造成患者死亡[20]。不管采取何种手术治疗措施,均应从患者自身考虑,灵活地利用化疗、放疗、灌注化疗等措施,进一步帮助患者清除体内可能残留的癌细胞,为患者后期复发率的下降创造有利条件,推动患者综合治疗效果、患者远期生存率等改善。整体而言,膀胱部分切除术在肌层浸润性膀胱癌治疗中有一定的效果,但并非所有患者均可采取膀胱部分切除术,对于接诊的肌层浸润性膀胱癌需要重视术前的系统检查,了解患者的实际情况,做好不同手术风险评估,在患者无法实施膀胱部分切除术、经尿道切除治疗的情况下采取根治术。采取膀胱部分切除术在治疗肌层浸润性膀胱癌期间,需要重视对患者的筛查,同时对操作技术要求更高,需要具有丰富操作经验、对膀胱生理结构较熟悉的医务人员参与手术,强调无菌操作,并需要在术前、术后做好相关的护理工作,积极做好术后可能并发症的预防与处理,通过治疗、护理等共同提升疗效。

5. 结论

综上所述,肌层浸润性膀胱癌治疗中采取膀胱部分切除术可保证患者的整体疗效,同时对患者手术指标优化、并发症预防以及术后生活质量均有促进作用,为不同患者的远期预后奠定基础。不过在具体应用中需要对不同患者的各项资料加强系统评估,充分保证肌层浸润性膀胱癌满足局限性特点,同时在手术治疗后也需要视情况重视辅助放化疗的应用,依靠综合治疗改善患者的远期预后,在延长生存时间的同时提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 纪永鹏,王硕,杜鹏.膀胱部分切除术在膀胱尿路上皮癌中的应用[J].泌尿外科杂志(电子版),2022,14(4):58-62.

- [2] 刘沛昆, 杨潇, 曹强, 等. 膀胱副神经节瘤 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2022, 37(11): 885-888.
- [3] 毕永启, 邢影, 朱玉清. 不同手术方式治疗肌层浸润性膀胱癌的效果[J]. 河南医学研究, 2022, 31(19): 3521-3524.
- [4] 余良智, 邱俊, 郑增斌. 经尿道等离子体双极电切术对膀胱癌的治疗效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(12): 113-116.
- [5] 毕旭东. 膀胱部分切除术与经尿道电切术治疗膀胱癌的对比研究[J]. 中外医疗, 2022, 41(4): 74-77.
- [6] 董兴, 陈继峰. 膀胱癌诊疗的研究进展[J]. 中外医学研究, 2022, 20(3): 177-181.
- [7] 孙杨. 经尿道膀胱肿瘤等离子电切术治疗非肌层浸润性膀胱癌的效果研究[J]. 中国实用医药, 2022, 17(2): 34-37.
- [8] 徐卫东, 刘贤平, 丁康. 经尿道膀胱肿瘤电切术与膀胱部分切除术对膀胱癌患者血清肿瘤标志物和预后的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(17): 2998-3000.
- [9] 孙巍. 膀胱根治性切除术联合化疗对肌层浸润性膀胱癌的临床疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(4): 450-451.
- [10] 梅延辉, 武玉海, 门婷婷, 等. 膀胱部分切除术治疗肌层浸润性膀胱癌的价值分析[J]. 当代医学, 2020, 26(11): 128-130.
- [11] 刘继普, 钟煜韡, 郑永宏. 膀胱部分切除术对局限性肌层浸润性膀胱癌患者血清 VEGF、MCP-1 的影响[J]. 西部医学, 2020, 32(2): 234-237.
- [12] 李国伟, 郝建伟. 比较经尿道膀胱肿瘤等离子电切术与传统开放膀胱部分切除术治疗非肌层浸润性膀胱癌的效果[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(6): 104-105.
- [13] 王伟. 经尿道膀胱肿瘤电切术与膀胱部分切除术治疗浅表性膀胱癌临床效果的比较[J]. 当代医学, 2020, 26(36): 65-67.
- [14] 王林, 刘泽龙, 庞鹏, 等. 腹腔镜下膀胱部分切除术联合放化疗对肌层浸润性膀胱癌患者并发症及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(31): 121-123.
- [15] 窦小亮, 汪涌, 陈晓鹏, 等. 经脐单切口三角位腹腔镜技术在腹膜外膀胱部分切除术中的应用[J]. 现代泌尿外科杂志, 2020, 25(9): 793-797.
- [16] 孙祥生. 经尿道膀胱肿瘤电切术与膀胱部分切除术治疗浅表性膀胱癌的临床比照观察[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(15): 115, 135.
- [17] 乃国帅. 经尿道膀胱肿瘤电切术与膀胱部分切除术治疗浅表性膀胱癌的效果对比观察[J]. 当代医学, 2020, 26(19): 15-17.
- [18] 张伟, 卢勇, 郭高伟. 根治性经尿道膀胱肿瘤电切术治疗老年肌层浸润性膀胱癌的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(11): 84-87.
- [19] 梅延辉, 武玉海, 门婷婷, 等. 膀胱部分切除术治疗肌层浸润性膀胱癌的价值分析[J]. 当代医学, 2020, 26(11): 128-130.
- [20] 汪全安, 闫德会, 马广远, 等. 经尿道膀胱肿瘤电切术治疗膀胱癌的疗效分析[J]. 系统医学, 2020, 5(7): 77-79.