

2 结果

2.1 疗效 36例患者均可评价疗效,CR 2例,PR16例,SD14例,PD4例。RR为50.00%,CBR为88.89%。OS 6~28个月,MST 15个月,mTTP 10.3个月。

2.2 毒副反应 最常见的不良反应是感觉神经毒性(停药后多可恢复)、血液学毒性、腹泻、恶心呕吐;肝肾功损害等较轻微。见表1。

表1 36例患者化疗的毒副反应[例(%)]

毒副反应	I	II	III
神经毒性	16(44.4)	3(8.3)	0(0)
恶心呕吐	10(27.8)	5(13.9)	1(2.8)
腹泻	10(27.8)	1(2.8)	1(2.8)
口腔炎	4(11.1)	2(5.5)	0(0)
白细胞减少	13(36.1)	3(8.3)	1(2.8)
血小板减少	8(22.2)	2(5.5)	0(0)
贫血	3(8.3)	0(0)	0(0)
肝功能异常	2(5.5)	0(0)	0(0)
肾功能异常	0(0)	0(0)	0(0)

3 讨论

3.1 大肠癌的化疗仍以5-氟尿嘧啶、第三代铂类、拓扑异构酶抑制剂为主,三大类药物作用机制不同,相互间具有协同作用,互不交叉耐药,它们的联合应用使细胞毒性更强,且不引起重要毒性的叠加。

3.2 Grothey等^[1]对11个III期临床研究的Meta分析发现,晚期大肠癌的总生存期、缓解期与接受这几种药物治疗的比例有关,5-FU、OXA、CPT-11均用者,使生存期、缓解期最长。这种“ALL-3-drugs”的概念认为,应创造条件使患者接受包括这几种药物在内的抗肿瘤治疗。而在临床实践中发现,如果以FOLFOX或FOLFIRI方案作为一线治疗,出现进展后接受另一方案作为二线治疗的有效率很低(分别为

15%和4%)^[2],且有相当部分的患者可能由于身体情况差、严重的累计毒性(如OXA对周围神经毒性)及情感拒绝等原因,根本无法接受二线治疗。

3.3 本组应用奥沙利铂和伊立替康交替化疗治疗晚期大肠癌36例,RR为50.00%,CBR为88.89%。OS 6~28个月,MST15个月,mTTP10.3个月。有效率及临床获益率同国内单用以奥沙利铂为主的方案或单用以伊立替康为主的方案明显提高^[3,4],且有明显的统计学意义($P < 0.05$)。毒副反应主要是周围神经毒性、恶心呕吐及血液学毒性(包括白细胞减少、血小板减少及贫血),发生率分别为52.8%、41.7%和83.3%,多为轻度,患者可耐受。

随着对大肠癌治疗理念的不断深入探讨以及交替化疗方案治疗大肠癌临床实践中取得的成就,交替化疗作为一种新的模式,已经展示了良好的治疗前景,值得进一步积累经验。

参考文献

- Grothey A, Sargent D. Overall survival of patients with advanced colorectal cancer with availability of fluorouracil, irinotecan, and oxaliplatin regardless of whether double or single-agent therapy is used first line[J]. J Clin Oncol, 2005, 23(36):9441-9442.
- Tournigand C, Andre T, Achille E, et al. FOLFIRI followed FOLFOX6 or the reverse sequence in colorectal cancer: a randomized GERCOR study[J]. J Clin Oncol, 2004, 22(2):229-237.
- 刘华敏,梁军,赵建东,等.伊立替康联合氟尿嘧啶/醛氢叶酸治疗晚期大肠癌[J].临床肿瘤学杂志,2006,11(5):377-379.
- 冉凤鸣,罗成刚,臧爱华,等.奥沙利铂联合卡培他滨治疗晚期大肠癌的临床观察[J].临床肿瘤学杂志,2007,12(2):105-107.

[收稿日期 2008-11-13][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

经尿道部分前列腺汽化电切术治疗高危前列腺增生症

王诗建, 王伟, 罗晓

作者单位:314501 浙江,桐乡市第一人民医院泌尿外科

作者简介:王诗建(1966-),男,大学,主任医师,研究方向:泌尿外科疾病的微创治疗。电话:0573-88098597, E-mail:xy49@yeah.net.

[摘要] 目的 探讨治疗高危前列腺增生症(BPH)安全有效的手术方法。方法 对121例高危BPH患者采用联合经尿道汽化电切(TUVP)和经尿道电切(TURP)部分前列腺进行治疗。结果 切除前列腺重量15~70g,平均47.5g,手术时间30~105min,平均55min,失血量80~210ml,无电切综合征(TRUS)发生,无手术死亡,术后国际前列腺症状评分(IPSS)明显下降、生活质量评分(QOL)明显提高。结论 联合经尿道部分前列腺汽化电切和电切术治疗高危前列腺增生症是安全有效的手术方法。

【关键词】 前列腺增生症； 高龄高危； 经尿道前列腺汽化电切术； 经尿道前列腺电切术
 【中图分类号】 R 697.31 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)03-0269-03
 doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.020

Treatment of senior and high risk patient with benign prostatic hyperplasia by partial transurethral electrovaporization of prostate and transurethral resection of prostate WANG Shi-jian, WANG Wei, LUO Xiao. Department of Urology, the First People's Hospital of Tongxiang, Zhejiang 314501, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the safe and effective surgical method of senior and high risk patient with benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** Partial transurethral electrovaporization of prostate(TUVP) combined with transurethral resection of prostate(TURP) were used in 121 senior and high risk patients with BPH. **Results** The weight of resected tissue was 15 to 70g, average being 47.5g, the operative time was 30 to 105 min; average being 55 min; the amount of blood loss was 80 to 210 ml. The IPSS and QOL obviously decreased after operation. **Conclusion** Partial TUVP combined with TURP is safe and effective for the treatment of senior and high risk patient with BPH.

【Key words】 Benign prostatic hyperplasia; Senior and high risk; Transurethral electrovaporization of the prostate; Transurethral resection of prostate

高龄(>70岁)同时合并心、脑、肺等疾病的良性前列腺增生症患者临床上称为高危前列腺增生症(BPH)^[1]。这些患者手术风险大,保守治疗或耻骨上膀胱穿刺造瘘术效果差,生活质量不高。我院1998-03~2008-01采用经尿道汽化电切(TUVP)、经尿道电切(TURP)联合切除部分前列腺以治疗121例高龄高危BPH患者,临床效果良好,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组121例,年龄70~92岁,平均78.6岁,病程3~21年,平均7年,均有典型的下尿路梗阻症状。按Rous标准,前列腺增生I度8例,II度27例,III度49例,IV度37例。经腹B超前列腺测重25~142g,平均64g。术前国际前列腺症状评分(IPSS)平均(28.2±5.1)分,生活质量评分(QOL)平均(5.4±0.8)分,最大尿流率(Q_{max})平均0~9 ml/s,平均5.2±2.6 ml/s,残余尿量(PUV)50~600 ml。膀胱造瘘6例,留置导尿38例。合并高血压51例,冠心病52例,心功能不全2例,慢性支气管炎、肺气肿26例,糖尿病18例,脑部意外后遗症4例,肾功能不全6例,膀胱结石16例,腹股沟疝5例,膀胱肿瘤4例,其中合并2种以上疾病25例。术前风险评估Sohlege手术风险为I级16例,II级56例,III级49例。

1.2 治疗方法 (1)术前积极处理合并症,由内科、麻醉科共同制定个体化治疗方案,对急性尿潴留和肾功能不全者,先行保留导尿或膀胱造瘘,待肾功能明显改善后手术;伴高血压、心功能不全、心律失常者,术前控制血压,改善心功能,纠正心律失常;对慢性支气管炎、肺气肿、肺心病者合理应用抗生素,化痰平喘解痉,改善肺功能;糖尿病人控制在空腹血糖8.3 mmol/L以下,严重尿路感染者以敏感抗生素控制感染。(2)行腰硬联合麻醉,取截石位,采用连续冲洗Store F24-26汽化电切镜,汽化功率220~260W,电切功率120~180W,电凝功率60~80W;使用5%甘露醇或5%葡萄糖液

冲洗,冲洗液压力40~60 cm。合并腹股沟疝者,先行无张力疝修补术;合并膀胱结石者,先行大力碎石钳或气压弹道碎石,使用Ellik冲洗器吸净碎石;合并膀胱肿瘤者先行膀胱肿瘤电切并吸净肿瘤组织。插入内镜后,依次观察膀胱内情况和前列腺、尿道、精阜位置,明确膀胱颈至精阜的距离。于5~7点膀胱颈精阜处铲状汽化电极切出一道至包膜分区分段切除,再顺时针、逆时针分别部分切除左、右叶,最后换用电切环电切修平膀胱颈口、前列腺尖部和前列腺窝。将电切镜置于精阜远端,在膀胱半充盈下观察到膀胱三角区。吸出组织碎片,再次止血,置F20~22三腔气囊导尿管,术后生理盐水持续冲洗1~3 d,保留导尿管3~7 d。

1.3 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用SPSS10.0软件进行统计分析,组间比较采用t检验。

2 结果

本组121例手术时间30~105 min,平均55 min,切除前列腺组织重量15~70 g,平均47.5 g,术中出血80~210 ml。术后暂时性尿失禁3例,功能锻炼后1个月内治愈;继发性出血4例,经止血药物,软化大便和保留导尿后治愈;尿道外口狭窄6例,经尿道扩张后好转。36例拔除尿管后短期有不同程度尿道刺激症状,对症处理后治愈。无电切综合征和死亡病例。术后随访6~36个月,术后排尿良好,IPSS评分(8.4±3.2)分和QOL评分(2.5±0.4)分,Q_{max}(ml/L)14.1±3.7,PUV(ml)15±10。与术前比较差异有统计学意义(P<0.01)。

3 讨论

3.1 BPH是老年常见病,随着我国人口老龄化,发病率逐年升高。高龄高危BPH其特点除有尿路梗阻症状外,全身合并症多,手术风险大,为开放手术禁忌,既往常行膀胱造瘘术或长期留置导尿管,易发生各种并发症,患者生活质量差^[2]。由于这类患者多数病程长,服药效果差,患者本人及家属对手术顾虑大,故应选择对患者损伤小又能达到手术疗效的手

术方法尤为重要。本组资料显示 TUVP 联合 TURP 部分切除前列腺治疗高危 BPH, 术后排尿通畅, 无严重并发症和手术死亡, 术后 IPSS、QOL、Qmax、PUV 较术前差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3.2 TURP 于上世纪 60 年代发明后就成为 BPH 外科治疗的金标准。它具有创伤小、切割组织快、操作灵活、热损伤轻、局部解剖清晰等优点, 但也存在术中出血、穿孔, 甚至电切综合征风险, 对合并内科疾病的高危 BPH 风险更大。TUVP 组织凝固较深, 止血效果好, 术野清晰, 水吸收少, 不易发生前列腺电切综合征 (TURS)。但其切面毛糙, 有焦化组织, 影响组织辨认, 对组织热损伤大, 处理前列腺尖部较困难, 易造成尿道外括约肌损伤。术后尿路刺激症状恢复时间延长, 同时也增加术后继发性出血和后尿道狭窄的发生率^[3]。TUVP 联合 TURP 综合了各自特点, 减少了并发症, 增加了安全性, 拓宽了手术适应证, 因而被认为是一种较为理想的腔内治疗方法^[4]。而且 TUVP 具有较少发生 TURS, 对心血管功能影响小的特点^[5], 尤适用于高龄高危 BPH 患者。

3.3 本组 121 例病人中前列腺增生 III 度、IV 度占 71% (86/121), 我们采用前列腺部分切除, 强调手术切除部位选 5~7 点颈口至精阜处分区分段汽化切除至包膜, 两侧叶增生前列腺组织部分切除, 再用电切环修整膀胱颈口, 切除之前列腺尖部, 尖部组织电切时, 要薄层切除, 顺逆结合, 千万勿损伤尿道外括约肌, 形成宽 1~2 cm 以上的通道即可保证排尿通畅。本组无一例排尿困难。吴士彬等^[1]提出前列腺部分切除治疗高危 BPH, 关键是切除增生部位, 以解除膀胱出口梗阻, 借以降低手术风险。吴开俊^[6]研究表明我国成人前列腺增生速度 0.5g/年, 从理论上讲切除 5g 前列腺组织自然病程也可推迟 10 年。本组有 2 例病人, 前列腺切除仅 15 g、18 g, 而预计前列腺重量 101 g 和 132 g, 术后排尿良好。朱波^[7]报告虽然 Part-TURP 重点是掌握切除部位和方法, 但还是尽可能的多切除腺体组织, 切除 < 25% 的组织病例术前术后 IPSS、QOL、Qmax 比较差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。主张切除组织在 30% 以上。我们也赞同尽可能的切除前列腺组织, 特别是小前列腺, 切除组织过少易于导致远期效果不佳。II 度、III 度、IV 度前列腺增生, 首先于 5~7 点切出一通道, 再尽可能多切除前列腺组织, 一旦病情变化随时结束手术而不致影响手术效果。本组手术时间最长 105 min, 一般

60 min 以内, 无电切综合征发生及大出血, 所以不过分强调手术时间, 应因人而异, 我们常规手术 30 min 后用速尿, 以减轻心脏负荷和保护肾功能。时间超过 1 h 者, 预防性用 4.5% 浓钠。本组有 5 例出现电切综合征先兆, 立即结束手术未造成严重后果, 术后排尿良好。术中低压冲洗, 降低了膀胱内压, 减少了冲洗液的吸收, 冲洗液温度 36℃ 左右, 避免手术时把热量带走, 减少对心血管系统的干扰。术中术后加强心电监护和血糖、电解质等监测, 积极处理合并症, 早期适度活动防止下肢静脉血栓、肺部感染和心脏意外; 保持大便通畅, 术后 1 个月内给予缓泻剂, 软化大便, 必要时用肥皂水灌肠, 防止用力大便发生继发性出血 (本组 4 例继发性出血均发生于回家用力大便之后)。术后 2~3 d 保留硬膜外导管持续镇痛和应用 654-2 (山莨菪碱) 控制膀胱痉挛性疼痛, 减轻尿道不适感, 有利于减少合并症诱发因素和继发性出血的发生。

参考文献

- 1 吴士彬, 朱海涛, 冀荣俊, 等. 低容量经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的临床观察 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2004, 25(3): 185-186.
- 2 洪宝发, 符伟军, 蔡伟, 等. 经尿道选择激光前列腺汽化术治疗高龄高危前列腺增生 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(1): 43-44.
- 3 Donovan JL, Peters TJ, Neal DE, et al. A randomized trial comparing transurethral resection of the prostate, laser therapy and conservative treatment of men with symptoms associated with benign prostatic enlargement. The Clasp Study [J]. J Urol, 2000, 164(1): 65-70.
- 4 武洪林, 李长春, 宁永生, 等. TUVP 配合 TURP 治疗前列腺增生 98 例报告 [J]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14(4): 430.
- 5 Khalek MB, Hammady SE, Ibrahim EH. A 4 year follow up of a randomized prospective study comparing transurethral vaporization of the prostate with neodymium: YAG laser therapy for treating benign prostatic hyperplasia [J]. Br J Urol, 2003, 91(9): 801.
- 6 吴开俊. 国人前列腺增生症治疗与展望 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1993, 15(2): 12-14.
- 7 朱波. 危重度 BPH 经尿道电切术与术后症状改善的相关分析 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2008, 12(1): 52-53.

[收稿日期 2008-12-20][本文编辑 韦辉德 黄晓红]