

金克、噻替派和丝裂霉素 C 膀胱癌术后应用

周启康 (启东市人民医院, 启东 226200)

Application of Post-operative Chemotherapy with Jinke and Thio-TEPA, Mitomycin C for Bladder Cancer

Zhou Qikang (*The People's Hospital of Qidong City, Qidong 226200*)

Abstract [Purpose] To evaluate the effect of post-operative chemotherapy with Jinke, and Thio-TEPA, Mitomycin C for Bladder Cancer. [Methods] From Feb. 1992 to Feb. 1998, a total of 60 patients with bladder cancer underwent surgery, and randomized divided into two groups: the chemotherapy group (Thio-TEPA and Mitomycin C, intro-bladder perfusion, 30 cases), the combined Jike and chemotherapy group (30 cases). [Result] Recurrence was found in one out of 30 patients in the combined Jike and chemotherapy group (3.3%), compared with 5 cases in that of chemotherapy group (16.7%, $P < 0.05$). [Conclusion] Jinke has a good effect on preventing recurrence of bladder cancer, and is recommended to clinical practice.

Key Words Bladder neoplasms Surgery Drug therapy Mitomycin Jinke Thio-TEPA

摘要 [目的]探讨提高膀胱癌术后生存率和延长无瘤间期的措施。[方法]1992年2月至1998年2月,对60例入院病人以单、双号自然分组,术后一组用噻替派、丝裂霉素C交替膀胱内灌注,另一组同样灌注同时加服金克(槐耳)。[结果]金克槐耳加化疗组明显优于单纯化疗组,一例复发,占3.3%,单纯化疗组5例复发,占16.7%。[结论]金克(槐耳)预防膀胱肿瘤复发有较好效果。不仅抑制肿瘤细胞生长,还可增强机体免疫力,能内源性诱导 α 、 γ 干扰素,推荐此药用于临床。

关键词 膀胱肿瘤 外科手术 药物疗法 丝裂霉素 金克 噻替派

膀胱癌术后如不很好预防治疗,复发率高,危害病人生命。自1992年2月至1998年2月,我院对60例膀胱癌患者施行膀胱部分切除术,术后分两组,每组30例,一组用噻替派和丝裂霉素C膀胱腔内交替灌注,同时口服金克(槐耳);对照组用噻替派和丝裂霉素C腔内交替灌注,有明显差异,现报告如下。

1 资料与方法

一般资料 60例病人,以手术后病理切片证实膀胱癌顺序排列,单号、双号自然分成两组。男54例,女6例,40岁以下6例,40岁至49岁10例,50岁至59岁14例,60岁以上30例。年龄最小25岁,最大88岁。多个肿瘤16例。60例中移行细胞癌58例,腺癌2例;细胞分化:I级25例;II级30例;III级5例。53例侵犯粘膜及粘膜下层,7例侵犯浅肌层或肌层。

手术方法 连续硬脊膜外麻醉,经耻骨上膀胱直切口,切开膀胱,先用噻替派稀释液注入肿瘤蒂及周围组织,后距肿瘤边缘2cm用电刀作全层环形切除,单纯膀胱部分切除56例,部分切除加输尿管单侧移植4例。切除后先用噻替派稀释液冲洗创面及创口,后用45℃蒸馏水浸泡创面及伤口5min,尿道留置Foley's导尿管引流5~7d。

灌注疗法 术后第一周用噻替派60mg加

50ml生理盐水直接灌注入膀胱,女性经导尿管注入膀胱,15min变换体位一次,保留2h。第二周丝裂霉素C20mg加生理盐水60ml,用同样方法灌注,交替使用,共12次,然后每月一次,共6次,最后3个月一次,共6次。术后每个月查尿常规,如发现镜下血尿,立即进行膀胱镜检查,一般病人术后3个月作膀胱镜检查一次,连续4次,以后间隔半年查一次。3年后1年查一次。在每次灌注前查白细胞及血小板,如白细胞计数下降明显,给予对症治疗。

一组30例病人,在膀胱内灌注化疗同时口服金克(槐耳),每次5g,一日3次,温开水冲服,服药3个月为一个疗程,一年可服1~2个疗程。

2 结果

服金克(槐耳)加化疗组术后1例复发,复发率3.3%,单纯化疗组5例复发,复发率16.7%,两组有明显差异。复发病人中移行细胞癌I级2例,II级1例,III级3例。本组病人均得到随访。其中单纯化疗组2例分别又作了二次手术,其中一例术后8个月盆腔淋巴结转移,未能得到手术治疗,死于肾衰。

全组60例获6个月~6年随访,其中3年以上36例(60%),2年11例(18.3%),1年13例(21.7%)。

3 讨论

目前对于浅表性膀胱肿瘤的治疗,一般采用经尿道电切术(TUR)。对于一些细胞分化较好,浸润不太深或生长于颈部以及憩室内的肿瘤而经尿道电切术又难于治疗的宜行膀胱部分切除术,但术后除坚持膀胱内灌注化疗外,同时应用增强机体免疫功能,预防肿瘤复发。马卫海等^[1]报道:丝裂霉素 C 膀胱粘膜下注射加术后膀胱内灌注预防肿瘤复发,5 年复发率 8.5%。本组二联化疗复发率为 16.7%,高于上述报道的一倍。而本组加服金克(槐耳)复发率 3.3%,有显著差异($P < 0.05$)。金克(槐耳)是一种新型真菌类抗肿瘤新药,其主要活性成分为多糖蛋白,并含有矿物质元素,不仅能抑制肿瘤细胞的生长,还可增强机体免疫力,是一种较理想的免疫增强、肿瘤抑制剂^[2]。它除了其它多糖具有的如:对巨噬细胞有非常显著的促进功能,增强溶酶体的活性,

激活 NK 细胞,提高体液免疫及细胞免疫的功能外,还能内源性地诱导 α 、 γ 干扰素,所以它的抗肿瘤性能比其它多糖类有着全面与特别的一面。服用金克(槐耳),可降低化放疗时所产生的毒副作用。本组病例术中应用噬替派在瘤蒂局部注射,而对于肿瘤以外粘膜下潜在病变未能达到治疗,也是复发率高的一个原因。丝裂霉素 C 广泛粘膜下注射无明显并发症,且术后复发率相对低。如再加服金克(槐耳),可望疗效更佳,这有待今后进一步研究、应用。

参考文献

- 1 马卫海,刘春雷,刘铁民,等. 丝裂霉素 C 膀胱粘膜下注射加术后膀胱内灌注预防肿瘤复发. 中华泌尿外科杂志, 1998,19(2): 79
- 2 周启康. 槐耳冲剂治疗原发性肝癌 30 例临床报告. 上海中医药杂志, 1995, 2: 25

(收稿:1998-09-24)

盆腔恶性肿瘤根治术中膀胱造瘘 22 例

任虹平 曹飞麟 (台州医院,台州 317000)

子宫颈癌、卵巢癌及直肠癌是常见的盆腔恶性肿瘤,根治性手术仍是其主要治疗方法。手术常见的并发症是尿潴留,以往常用留置导尿管来解决,但此方法有诸多不适且极易引起尿道损伤及尿路感染。为解决这一问题,我们自 1997 年 1 月开始采用术中膀胱造瘘。

方法 麻醉成功后,取平卧位,常规消毒,铺无菌巾,选下腹部正中切口(脐耻线),分层切开皮肤、皮下组织,在腹膜外暴露膀胱顶部,用尖刀戳一小孔,插入 16 号~18 号气囊导尿管,气囊中注入生理盐水 10ml,荷包缝合膀胱造瘘口,导尿管从切口左或右(直肠癌患者必须在右)侧旁开 5cm 左右戳孔引出。固定,接引流袋,以后手术步骤不变。术后 6 天开始夹管,若小便能自解,则利用造瘘管测残余尿,如残余尿少于 100ml,则证明膀胱逼尿肌功能基本恢复,可以拔管;如残余尿超过 100ml 或小便不能自解,则继续留置造瘘管。

结果 本组 22 例,男 3 例,女 19 例,年龄 29 岁~68 岁,平均 53.8 岁。22 例中直肠癌 6 例,子宫颈癌 12 例,卵巢癌 4 例。6 例直肠癌病例中有 2 例行腹会阴联合直肠癌根治(Miles' 术)+子宫广泛切除术,另 4 例仅行 Miles' 术,其余 16 例均行子宫广泛切除+盆腔淋巴结清扫术。膀胱造瘘留置时间最短 7 天,最长 28 天,平均 14.5 天,未发生尿瘘,亦无尿路感染及切口感染等并发症。

讨论与结论 盆腔肿瘤手术,尤其是盆腔淋巴结清扫手术中,不可避免地损伤盆丛神经,从而影响膀胱逼尿肌功

能,造成尿潴留。有很多学者作了多方努力,企图保留盆丛神经,以降低尿潴留的发生率,亦取得了一定的效果。如提出术中切除骶宫韧带和子宫主韧带时注意保留其中的盆丛神经副交感神经纤维对预防术后尿潴留的发生有重要的作用。但由于盆丛神经的分布主要在盆腔清扫的手术野范围之内,手术对盆丛神经不可避免地会造成一定的损伤,术后尿潴留亦不可避免地存在。以往我们解决尿潴留的方法是术前开始留置导尿,但由于术后膀胱逼尿肌功能恢复的时间长短不一,留置导尿的时间很难确定,往往需要反复插尿管,而且留置导尿还有诸如尿道损伤、尿路感染、行动不便等许多缺点。

我们经过反复摸索,自 1997 年 1 月开始,采用术中膀胱小口造瘘,很好地解决了这些问题。此方法的优点有:①简单易行,安全可靠。②避免了留置导尿管造成的不适及可能引起的尿道损伤、尿路感染。③术后病人可早期下床活动,有利于康复。④可以随时夹管以观察、锻炼膀胱逼尿肌功能,如不能自行排尿,可重新开放引流,避免了反复插尿管所造成的痛苦及尿道损伤、尿路感染。⑤能自行排尿后可用其测残余尿量,残余尿量少于 100ml 时即可拔管,如大于 100ml 则表明膀胱功能不良,须继续留管。⑥对于前列腺肥大、尿道狭窄的病例尤为有利。

(收稿:1998-06-17;修回:1998-08-09)