

# 《膀胱肿瘤》

## 图书基本信息

书名：《膀胱肿瘤》

13位ISBN编号：9787560824680

10位ISBN编号：7560824684

出版时间：2002-11

出版社：同济大学出版社

作者：黄国华 编,孔宪国 编

页数：222

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介以及在线试读，请支持正版图书。

更多资源请访问：[www.tushu111.com](http://www.tushu111.com)

# 《膀胱肿瘤》

## 内容概要

本书系统全面地介绍了膀胱肿瘤的基础理论和临床知识。基础部分概要介绍了有关解剖、生理、病理、免疫、分子生物学等理论，以及影像诊断等技术；临床部分详细论述了膀胱肿瘤的临床表现、诊断、手术治疗、放射治疗、化学治疗、免疫治疗及基因治疗。

# 《膀胱肿瘤》

## 书籍目录

第一章 膀胱肿瘤概论 第一节 引言 第二节 流行病学和病因学 第三节 分子生物学改变 第四节 膀胱癌的临床预后因子 第五节 诊断和手术前的分期 第六节 治疗 第七节 结论第二章 盆腔解剖径路 第一节 盆腔骨骼、韧带、肌肉组织 第二节 盆筋膜 第三节 盆部的血管、神经和淋巴组织 第四节 盆部脏器 第五节 尿道控制排尿的有关解剖 第六节 盆腔手术切口第三章 膀胱肿瘤的超声诊断 第一节 超声成像原理 第二节 探测方法 第三节 正常膀胱声像图 第四节 膀胱内伪像 第五节 膀胱肿瘤的声像图表现 第六节 盆腔淋巴结探测方法及超声表现 第七节 超声与膀胱镜检查的优缺点第四章 膀胱肿瘤的x线诊断 第一节 X线检查方法 第二节 X线表现第五章 膀胱肿瘤的CT诊断 第一节 基本原理 第二节 检查技术 第三节 膀胱肿瘤的CT表现第六章 核磁共振(MRI)诊断 第一节 基本成像原理 第二节 膀胱常用检查技术 第三节 膀胱的正常MRI表现 第四节 膀胱肿瘤的MRI表现...

...

### 章节摘录

书摘 如果切除膀胱前侧壁的肿瘤，闭孔神经可能受到刺激，结果会引起同侧下肢突然剧烈的内收，这种剧烈的动作可能导致膀胱穿孔。有几种方法可用来降低闭孔神经的反应性，包括降低电切电流的功率，或向闭孔神经注入局麻药。特殊情况下，需要对病人行全麻并协同使用麻醉药以阻止该反应。不考虑部位、完全的膀胱肿瘤切除是阻止膀胱肿瘤复发的原则。除了切除最初的肉眼可见的肿瘤外，我们喜欢做一个深部切除直至逼尿肌。深部的标本可帮助测定膀胱肿瘤侵犯的深度如何。我们也切除肿瘤基底部周围1cm的区域并加强烧灼肿瘤床，深层组织标本单独送给病理医生检查。侵及肌层的移行细胞癌经过彻底的经尿道切除术后，可以有一个较好的治疗效果。Barnes等人注意到处于B期(T2—T3a)的病人仅用经尿道切除术有31%的5年生存率。他们认为，许多接受了大范围手术的浸润性肿瘤患者，可以仅仅通过经尿道切除术得到控制。Hcrr等人也发现，T2期和T3a期的肿瘤病人，在经过较大的TURBT后，5年生存率与那些经过更大的手术治疗的病人相近。

第三节 并发症与术后护理 膀胱穿孔与出血是与TURBT最有联系的两个并发症，其他的术中并发症包括损伤输尿管开口、尿道和阴茎头。术后的并发症包括低钠血症、低血容量、溶血。后期并发症包括尿道狭窄形成、膀胱输尿管返流、膀胱颈挛缩。膀胱穿孔是TURBT中最重要的并发症之一，如果在切除创面的基底部看到脂肪，应怀疑穿孔。其他的表现包括腹痛和腹胀。假如冲洗液的流入量少于流出量，那么肯定要想到穿孔。假如发现一个大的穿孔，外科医生应换冲洗液为山梨糖醇溶液并止血、终止手术。膀胱造影片将有助于确定膀胱的损伤程度和区分腹膜内和腹膜外穿孔。膀胱腹膜内穿孔的结果是导致造影剂外渗，显现出肠袢的轮廓，而腹膜外穿孔，在腹膜后腔产生一个太阳爆炸式对比影。大的膀胱腹膜内穿孔通常需要探查、清创和初步缝合。小的腹膜内穿孔的处理可放置一个腹膜内引流管和一个粗的尿道导管数天，术后继续使用非胃肠途径的抗菌素。假如是腹膜外穿孔，对病人的处理是连续性膀胱引流，不需要耻骨上引流。术后需使用抗菌素，通常来说7~10天足以使腹膜外穿孔愈合。在TURBT过程中，下列方法可以帮助预防膀胱穿孔的发生。术中避免膀胱过于充盈，当膀胱近乎空虚时，膀胱壁最厚。有层次地切除膀胱肿瘤、仔细止血和清楚的视野是手术安全的必要条件。肿瘤位于侧壁可能引起闭孔神经反射。降低电切电流功率和避免膀胱过于充盈，将减少这种反射发生的可能性。如果这些措施都失败了，可能需要全麻协同使用麻醉药品来进行安全的肿瘤切除术。侵入性的多血管肿瘤可能产生麻烦的出血，有层次地切除膀胱肿瘤，同时在手术当中注意仔细止血，通常来说可防止大量出血。一个滚轴球电极可用来烧灼所切除肿瘤的基底部和辅助止血。膀胱的膨胀或低血压可能给外科医生一个血已经止住了的错觉，所以最后检查切除部位并止血，应当在膀胱较空虚和病人血压接近麻醉前水平时进行。假如需要挂瓶或手动冲洗，手术完成时，安放大号导尿管会起帮助作用。手术完成后，要排空膀胱内切下的组织碎块，这可以通过放置切除镜的尖端于膀胱底部，让残渣排出或通过鞘管虹吸排出来完成。膀胱是满的，因而这个操作是重复性的，在直视下，用切除镜的切割环抓取切除的残渣，任何残留的组织都可以排出。另一种选择是：Toomey注射器或Ellick排出器可用来清除残留组织碎块。一根22F或24F的导尿管置入膀胱并连接重力引流系统。当导管放在适当位置，我们更喜欢采取需要时才冲洗的手动冲洗法，而不是连续膀胱冲洗。小的乳头状肿瘤可以依照门诊病人的程序进行切除，仅在麻醉后恢复期放置导管引流。然而，如果切除了膀胱壁的较大的部分，导管引流就应该放置一夜。简单的膀胱肿瘤切除时，我们喜欢持续静脉使用抗菌素24小时，而接下来改为口服药3—5天，如果在切除时，发生膀胱穿孔，我们通常持续通过非胃肠途径给药5—7天。放置导管后，病人有膀胱痉挛时，使用抗胆碱能药物会有所帮助。术后阶段使用大便软化剂，以防止便秘引起的术后出血。定期的随访对于治疗膀胱肿瘤是非常必要的，我们的规范方式是术后的头2年病人每隔3个月做1次膀胱镜检查 and 尿细胞学检查。如果未发现复发，那么随该复查膀胱镜及尿细胞学检查的时间可增至6个月1次，如果再经过2年仍无膀胱肿瘤复发，那么病人便一年查一次膀胱镜及尿细胞学检查。单个的分化好的乳头状瘤随访的次数可减少。上尿路也应该定期地进行影像学检查，移行细胞癌可能在上尿路复发，所以上尿路影像学检查是很重要的。我们的做法是：术后头2年每年做1次静脉肾盂造影，此后如果没有复发，每隔1年1次。

第四节 膀胱内的化疗 膀胱内灌注化学性或免疫性药物是用于预防和治疗膀胱移行细胞癌。三种最常用的药物是卡介苗(BCG)、噻替哌、丝裂霉素C，这三种药物的远期随机比较显示BCG预防肿瘤复发的效果最好。经尿道手术后，肿瘤复发危险性大及病变在发展的病人应接受膀胱灌注。分级低的单个乳头状肿瘤病人复发及病变进展的机率小(低于5%)。然而，患有多个肿瘤和患原位癌或分级高的浅表性肿瘤、且复发可能性大的病人应该考

## 《膀胱肿瘤》

考虑膀胱内化疗。膀胱内化疗对经尿道手术起着预防复发和辅助治疗的作用。膀胱内化疗的治疗包括太多或太大以至不能切除的肿瘤及无法切除的肿瘤和原位癌。膀胱内化疗对经尿道手术切除后的复发性肿瘤的病人或肿瘤的复发性可能大的病人起着预防作用。化学性或免疫性药物的膀胱内治疗，适用于经尿道内手术切除不够彻底的确定性疾病。Herr进行了用噻替哌、阿霉素、丝裂霉素C和BCG作膀胱内化疗的大量临床试验。他所认定的对治疗完全有效是指：通过膀胱镜、活检或细胞学检查无肿瘤表现，BCG的完全有效率达到71%，明显好于其他化疗的有效率。……

序言近20年来，膀胱肿瘤的诊断与治疗取得了很大的进展。膀胱肿瘤的治疗不再是单一的手术治疗，而是手术治疗、放射治疗、化学治疗、免疫治疗及基因治疗同时并举。随着人们对膀胱肿瘤生物行为的不断深入了解，膀胱肿瘤的诊断(包括基因诊断、影像学诊断)，以及膀胱肿瘤的治疗(包括手术治疗及非手术治疗)，都将继续有所发现、有所创新、有所进步，最终到达战胜膀胱肿瘤的彼岸。今天的泌尿外科医师不再是单纯的“开刀匠”。他们不仅要注重了解膀胱肿瘤的临床工作，还要注重了解其基础研究进展；他们不但要掌握高难度的手术操作，还要学会与放疗医师、化疗医师的协同作战；他们不仅仅是临床外科医师，也是掌握各有关专科技术的多面手；他们像一块海绵永无休止地不断汲取本科及其他学科的知识信息。这样，他们才能真正做到胸有成竹，稳操胜券，全面出击，战胜疾病。

黄国华教授早在1988年就在国内开展了回肠新膀胱治疗膀胱肿瘤的新方法，在治疗膀胱肿瘤方面作了一些探讨，并先后出访日本和美国进修泌尿外科肿瘤的诊治，特别是1997年前往美国南加州大学医学院诺里斯肿瘤医院从师国际著名泌尿肿瘤外科专家、尿流改道的开拓者Skinner教授，他刻苦学习，潜心钻研，在膀胱肿瘤诊治方面有了较大进步。近两年来，经上海市卫生局、卫生部批准，同济大学先后主办市级继续医学教育项目“膀胱肿瘤诊治新进展”学习班和国家级继续医学教育项目“尿流改道术新进展”学习班，取得了很好的教学效果。他和孔宪国医学博士邀请了一些年轻学者，在很短的时间内编写出这本《膀胱肿瘤》，实在是可喜可贺，特作序一篇，希望这本书的出版能为中国泌尿外科膀胱肿瘤诊治的发展起到促进作用。

张元芳

# 《膀胱肿瘤》

## 版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:[www.tushu111.com](http://www.tushu111.com)