

文章编号:1005-6947(2005)01-0044-03

· 临床研究 ·

# 肝门胆管癌外科治疗体会:附36例报告

杨凤辉, 高德宗, 王占民

(山东大学齐鲁医院 普通外科, 山东 济南 250012)

**摘要:** **目的** 探讨肝门部胆管癌的外科治疗及疗效。**方法** 对近5年间手术治疗的肝门胆管癌36例的临床资料进行回顾性分析和总结。**结果** 全组均行手术治疗, 发生手术后并发症8例, 其中胆瘘5例, 腹腔内感染2例, 上消化道出血1例, 均保守治疗而愈, 无手术死亡。在行肿瘤切除术的20例中, 15例获随访, 存活最短时间为11个月, 最长时间3年2个月, 中位生存时间1年9个月, 1年生存率86.7% (13/15), 3年生存率13.3% (2/15)。其他各种内外引流术式16例, 术后生存5~12个月, 平均10个月, 术后短期内黄疸减轻, 生活质量提高。**结论** 肝门部胆管癌应积极手术, 不能切除者应力争行各种引流术。

**关键词:** 胆管肿瘤/外科学; 胆管, 肝门/外科学

**中图分类号:** R735.8; R322.47

**文献标识码:** A

## Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: a report of 36 cases

YANG Feng-hui, GAO De-zhong, WANG Zhan-min

(Department of General Surgery, Qilu Hospital, Shandong University, Jinan 250012, China)

**Abstract:** **Objective** To discuss the diagnosis and surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma (HCC). **Methods** The clinical data of 36 cases of HCC undergoing surgical treatment in the recent 5 years were analysed and summarized retrospectively. **Results** All of the patients in this group underwent operation. Postoperative complications occurred in 8 patients, included biliary fistula in 5, intra-abdominal infection in 2 and upper gastrointestinal bleeding in 1; all of the patients recovered with conservative treatment. There was no operative mortality. Of 20 patients who had received tumor resection, 15 were followed up. The median survival time was 1 year and 9 months, and the 1- and 3-year survival rate was 86.7% (13/15) and 13.3% (2/15) respectively. The shortest survival time was 11 months and the longest survival time was 3 years and 2 month. Survival time was from 5 to 12 months and jaundice was relieved and life quality was improved in 16 and patients who received internal or external drainage. **Conclusions** HCC should be resected energetically, and, whenever possible, internal or external drainage should be done in unresectable patients.

**Key words:** BILE DUCT NEOPLASMS/surg; BILE DUCT, HILAR/surg

**CLC number:** R735.8; R322.47

**Document code:** A

肝门部胆管癌占肝外胆管癌的58%~75%, 早期发现较困难, 手术切除率较低, 对放疗和化疗皆不敏感, 术后长期生存率低。早期发现, 积极手术治疗是提高预后的有效措施, 我科1997年8月~2002年8月共手术治疗肝门胆管癌36例, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组36例, 占同期肝外胆管癌的26.7%。其中男20例, 女16例; 年龄46~78(平均54.5)岁。病程1~8个月, 平均2.2个月, 其中10例曾在内科或传染科以“肝炎”或“黄疸”治疗1~3个月, 明确诊断后转外科。全部患者均有不同程度的黄疸, 伴陶土样便26例, 皮肤瘙痒16例, 上腹或右上腹部胀满不适31例, 疼痛11例, 纳差乏力27例, 均

**收稿日期:**2004-09-09; **修订日期:**2004-12-27。

**作者简介:**杨凤辉(1966-), 男, 山东聊城人, 山东大学齐鲁医院副主任医师, 博士, 主要从事肝胆胰疾病治疗方面的研究。

**通讯作者:**杨凤辉 E-mail: Yangfh66@tom.com。

有不同程度体重下降。上腹或右上腹压痛 23 例,肝大 5 例。肝功检查:丙氨酸氨基转移酶(ALT)70~180 U/L,碱性磷酸酶(ALP)210~560 U/L,血清总胆红素(TBIL)120~480  $\mu\text{mol/L}$ ,全部患者均行 B 超及 CT 检查,均显示肝内胆管扩张,胆囊萎缩;B 超发现肝门区肿块 20 例(55.6%),CT 发现肝门肿块 26 例(72.2%),16 例行 MRCP 检查,100% 显示肝内胆管扩张及肝门区肿块。按 Bis-muth 临床分型,I 型 6 例,II 型 4 例,IIIa 型 6 例,IIIb 型 7 例,IV 型 13 例。

### 1.2 手术方式

本组均经手术治疗,20 例肿瘤切除术中行根治性切除 16 例,姑息性切除 4 例,其中 I 型 6 例行肿瘤及肝外胆管切除,肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术;II 型 4 例行肝方叶、肿瘤及肝外胆管切除,左右肝管整形与空肠 Roux-en-Y 吻合术;IIIa 型 2 例,行肿瘤、右半肝及肝外胆管切除,左肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术;IIIb 型 4 例,行肿瘤、左半肝及肝外胆管切除,右肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术;IV 型 4 例,行肿瘤、肝中央部及肝外胆管切除,左右肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术。另 16 例未切除者中行 T 管外引流 4 例(IIIa 型 2 例,IV 型 2 例),支架管内引流 8 例(IIIa 型 1 例,IIIb 型 1 例,IV 型 6 例),将支架管置于肿瘤以上扩张的胆管,另一端经横结肠系膜插入近端空肠),行肿瘤以上扩张的胆管与空肠行 Roux-en-Y 吻合内引流 4 例(IIIa 型 1 例,IIIb 型 2 例,IV 型 1 例)。

## 2 结果

### 2.1 手术并发症

本组共发生手术后并发症 8 例,其中胆瘘 5 例,发生在肿瘤切除组 4 例,胆管空肠吻合内引流组 1 例,均经非手术疗法治愈;腹腔内感染 2 例,均发生于肿瘤切除组,经穿刺引流治愈;上消化道出血 1 例,发生于肿瘤切除组,保守治疗而愈,本组围手术无死亡者。

### 2.2 随访

在行肿瘤切除术的 20 例中,15 例获随访,存活最短时间为 11 个月,最长时间 3 年 2 个月,中位时间 1 年 9 个月,1 年生存率 86.7% (13/15),3 年生存率 13.3% (2/15)。I, II, IIIa, IIIb, IV 型 1 年和 3 年生存率分别为 100% (4/4), 25% (1/4);

100% (3/3), 33.3% (1/3); 50% (1/2), 0% (0/2); 100% (3/3), 0% (0/3); 66.7% (2/3), 0% (0/3)。其他各种内外引流术式 16 例,术后生存 5~12 个月,平均 10 个月,术后短期内黄疸减轻,生活质量提高。

## 3 讨论

肝门胆管癌易发生梗阻性黄疸,可导致肝功能损伤,凝血功能障碍和化脓性胆管炎,如不经特殊治疗,大多在 3 个月内死亡<sup>[1]</sup>。故早期诊断早期手术治疗十分重要。随着 B 超 CT 的普及、ERCP 的临床应用,早期诊断成为可能。但仍有不少首诊医生对本病早期临床症状重视不足,本组 10 例病人在内科或传染科以“肝炎”或“黄疸”治疗一段时间后才得以确诊,丧失了手术切除的机会,因此应提高对本病的警惕,对不明原因上腹或右上腹部胀满不适、痛疼、纳差乏力、体重下降及黄疸者,要及时行 B 超 CT 检查,必要时行 ERCP 检查。黄志强<sup>[2]</sup>报道肝门胆管癌手术后中位生存期为 15 个月。本组行肿瘤切除术的病例中位生存期为 21 个月,而其他行非切除手术者生存未有超过 1 年的,故手术切除肿瘤为提高生存率的关键。近年来随着诊断技术的提高,早期诊断率随之提高,手术技术亦愈加成熟,手术切除率逐渐提高。笔者认为提高手术切除率的关键为:右腰部垫高,右肋缘下斜切口,充分的暴露、肝门部的精细解剖、熟练的肝切除技术。肝脏悬掉拉勾可以较好的显露肝门,较方便完成各种肝门胆管癌手术。肝门胆管癌探察主要是确定肿瘤上切缘、向肝内侵犯范围和门静脉受侵程度<sup>[3]</sup>,切除前的触摸探察不易弄清肿瘤的上界和肝内侵犯范围,故不能以触摸情况轻易决定肿瘤能否切除,而需行解剖性肝门探查,笔者先行胆囊切除以便更好的显露肝门结构,然后解剖肝门板,在肝横沟前缘切开肝包膜,将肝包膜与肝门板分离,降低肝门板,如能显露近端扩张胆管,提示肿瘤能切除,如仍不能显露双侧近端扩张胆管,提示肿瘤侵及 2 级以上胆管,切除困难。解剖肝门板时必须紧贴肝包膜进行,避免深入肝实质引起出血。对肝门部肝组织肥大,显露困难的,可切除肝方叶,特别对 II 型 IV 型患者,可方便手术操作,提高切除率。对肿瘤侵及一侧肝管并深入肝内者,如 III 型,应行同侧半肝切除以增加手术彻底性,提高生存率。同时

行肝十二指肠韧带的骨骼化,减少复发。如手术时发现肝动脉被肿瘤包绕,可将肝动脉一并切除,本组有4例切除了肝动脉,仅保留门静脉,术后恢复顺利,未影响肝脏功能的恢复。肿瘤对门静脉前壁的浸润经细致解剖大都可以切除,为利于将胆总管、肝总管、左右肝管与门静脉分离,可先横断胆总管,将近端胆管上提显露门静脉前壁以便于解剖,确定门静脉受侵程度后,用15号手术刀片锐性分离后切除肿瘤,如肿瘤已包绕门静脉,则宜行内或外引流术。Sakamoto<sup>[4]</sup>研究发现切缘超过肿块上方5mm时无肿瘤复发,故术中尽量保证切缘超过肿瘤上5mm。因肝门胆管癌位置较高,肿瘤切除术后断面可有多个胆管开口,应尽量将其成型为一大的胆管开口与肠袢吻合,如胆管壁缺失,可将肠管缝于胆管周围肝组织上,如双侧胆管相距过远,可将左右肝管分别与肠管吻合。

由于肝门胆管癌对肝脏及全身重要器官功能的主要损害源于肝管的梗阻,而患者死亡的直接原因常是在梗阻背景下嵌闭性的胆道感染<sup>[5]</sup>。因此,对不能切除的患者,应行外引流或内引流术,以达到短期内胆道减压、减轻黄疸和改善肝功的作用,可提高患者的生活质量。外引流可丢失大量体液和电解质,胆汁的肠肝循环减少易导致肠源性内毒素血症。内引流避免了体液的额外丢失,较外引流生活质量好,故应尽量行内引流。胆肠架桥内引流,手术创伤小,并发症较少。本组4例行肿瘤以

上扩张的肝管与空肠吻合内引流,效果与胆肠架桥内引流相似,但手术复杂,创伤较大,并有1例术后出现胆瘘。

肝门胆管癌病人术前均有高胆红素血症,常合并有凝血机制障碍、低蛋白血症、内毒素血症、肝肾功能障碍,因此,应加强围手术期处理,预防性抗生素治疗,术前插鼻肠管,术后胃肠功能恢复后尽早给予肠内营养,纠正低蛋白血症,注意心肺肝肾脏器功能的保护,可减少并发症的发生和死亡率。

#### 参考文献:

- [1] 钱光相,黄志强,刘永雄,等.肝门胆管癌的外科治疗(附60例临床分析)[J].普外临床,1987,2:348-349.
- [2] 黄志强.肝门胆管癌的诊断与治疗[J].普外临床,1991,6(1):29-31.
- [3] Shimada H, Endo I, Fujii Y, *et al.* Procedure of extended hilar bile duct resection and its application for hilar cholangiocarcinoma[J]. *Hepatogastroenterology*, 2002, 49(44):300-305.
- [4] Sakamoto E, Nimuru Y, Hayakawa N, *et al.* The pattern of infiltration at the proximal border of hilar bile duct carcinoma: a histologic analysis of 62 resected cases[J]. *Ann Surg*, 1998, 227(3):405-411.
- [5] 刘永雄.肝门胆管癌诊疗问题的讨论[J].中华肝胆外科杂志,1999,5(6):366-367.

## 第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会征文通知

由中国普通外科杂志社,湖南省医学会普通外科专业委员会,中南大学湘雅医院,广西柳州市人民医院联合举办的第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会定于2005年5月12日~15日在广西省柳州市召开。会上有国内著名专家作专题报告,参加者可获国家继续教育学分,欢迎参加及投稿。现将有关事宜通知如下:

1. 征文范围:(1)普外基础与临床研究;(2)普外临床新技术、新进展;(3)普外临床实践总结及技术改进;(4)作者认为有必要提供大会讨论的内容

2. 征文要求:未正式发表过的论文,另附摘要500~800字,打印或抄写整洁并加盖公章或附单位证明

3. 论文待遇:(1)录用的论文用于会议大会发言或书面交流;(2)优秀论文将在《中国普通外科杂志》优先发表

4. 截稿日期:2005年3月15日

5. 来稿地址:湖南省长沙市湘雅路87号中国普通外科杂志编辑部 信封上请注明“会议征文”字样