

文章编号:1005-6947(2005)07-0516-03

· 临床研究 ·

肝切除术治疗肝癌自发性破裂出血

许业传, 熊奇如, 耿小平

(安徽医科大学第一附属医院 肝胆外科, 安徽 合肥 230022)

摘要: **目的** 探讨肝切除术治疗肝癌自发性破裂出血的临床效果。 **方法** 对24例肝细胞性肝癌自发性破裂出血患者的临床资料、肝切除方法及随访结果进行回顾性分析。 **结果** 手术止血成功率为100%, 手术后病死率为4.1% (1/24), 并发症发生率16.7% (4/24), 术后肝功能2周内基本恢复正常。平均住院(14.75 ± 6.25) d。21例获随访; 其中8例术后10个月内复发死亡, 10例生存1年以上, 2例生存2年以上, 1例生存3年, 1年生存率为54.2% (13/24)。 **结论** 肝切除术在治疗肝癌自发性破裂出血时可有效止血并同时切除肿瘤, 部分患者可达根治切除, 如患者的病情允许应作为首选。

关键词: 肝肿瘤/并发症; 破裂, 自发性/病因学; 肝切除术

中图分类号: R735.7; R364 **文献标识码:** A

Hepatectomy in the treatment of bleeding of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma

XU Ye-chuan, XIONG Qi-ru, GENG Xiao-ping

(Department of Hepatobiliary Surgery, the First Affiliated Hospital, Anhui Medical University, Hefei 230022, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical results of hepatectomy for bleeding of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods** The clinical data of 24 cases admitted to our hospital from Jan 1990 to Mar 2004 was analyzed retrospectively. **Results** Surgical hemostasis was achieved successfully in 100.0% (24/24) of patients. The postoperative mortality rate was 4.1% (1/24), and the complication rate 12.5% (4/24). Liver function recovered within two weeks after operation. The length of hospital stay was 14.75 ± 6.25 days. Twenty-one patients were followed-up from 6 month to 36 months. 8 patients died from recurrence within 10 months postoperatively; 10 patients survived over 1 year, 1 patient over 2 years and 1 over 3 years. The overall 1-year survival rate was 54.2% (13/24). **Conclusions** In the management of bleeding of spontaneous rupture of HCC, hepatectomy can effectively stop the bleeding and excise the tumor at the same operation. In some patients, a radical excision can be achieved, and, if the patient's condition permits it, hepatectomy should be the treatment of choice.

Key words: Liver Neoplasms/compl; Rupture, Spontaneous/etiol; Hepatectomy

CLC number: R735.7; R364 **Document code:** A

自发性破裂出血是肝癌严重并发症之一, 肝癌破裂发病突然, 病情凶险, 治疗棘手, 预后较差。国外报告, 肝癌破裂占同期肝癌住院病例的8.0% ~ 14.5%, 国内为4.85% ~ 25.7%^[1], 本院为8.9%。对其诊断治疗仍是外科领域中的难题。但如能及时诊断, 紧急适当治疗, 预后可有改观。笔

者总结1990年1月~2004年4月我院肝癌自发性破裂出血行肝切除术24例的临床资料, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男22例, 女2例; 年龄28~65岁, 中位年龄48岁。有乙型肝炎史15例, HBsAg阳性21例, HBsAg阴性3例。小肝癌(直径<5cm)1例, 大肝癌(直径5~10cm)12例, 巨大肝癌(直径>10cm)11例, 仅1例伴有门静脉癌栓。术前肝功能: Child

收稿日期:2004-10-06; 修订日期:2005-01-24。

作者简介:许业传(1968-), 男, 安徽全椒人, 安徽医科大学第一附属医院副主任医师, 硕士, 主要从事肝、胆、肿瘤外科治疗方面的研究。

通讯作者:许业传 电话:13500507332(手机)。

A级9例,B级15例。术前血清甲胎蛋白(AFP)高于20ng/mL者14例,低于20ng/mL者8例,不清2例。14例合并不同程度的肝硬化。

1.2 临床特点

全组病例均有不同程度的腹痛史,3例有外伤史。12例有内出血的表现,其中4例表现为失血性休克。2例急症手术,余22例均在破裂后1周内手术。破裂前经B超或CT已确诊为肝内占位性病者16例。术前明确诊断22例,误诊阑尾炎1例,诊断为宫外孕1例。

1.3 术中所见及手术方法

本组除2例急症手术外,其余积极进行支持治疗,病情稳定后再行限期性手术。手术方式:左半肝切除3例,右半肝切除2例,II,III段联合切除8例,IV,V段联合切除2例,VI段切除1例,V,VI段联合切除4例,VI,VII段联合切除1例,II,III段联合横结肠部分切除2例,V,VI,VII段联合脾切除1例。手术时阻断肝血流16例,采用常温下入肝血流阻断方法:全部入肝血流阻断(PTC)9例,时间为10~25min,平均17min。间歇性PTC法2例,时间为17min和25min;半肝血流阻断4例,时间为18~30min,平均20min;全肝血流阻断1例,时间为7min。

2 结果

术中发现本组患者腹腔内积血200~3000mL不等,平均600mL;术中出血200~800mL,平均350mL;术中输血400~800mL12例,输血1000mL以上4例,平均输血800mL,8例术中未予以输血。手术止血成功率为100%。1例急诊手术后1周死于多器官功能衰竭(MODS),3例术后发生急性腹水,支持治疗后缓解,肝功能术后2周内基本正常。并发胸腔积液3例,切口裂开1例,对症处理治愈。平均住院时间(14.75±6.25)d。随访21例,其中8例术后10个月内复发死亡,10例生存1年以上,2例生存2年以上,1例生存3年,失访病例按死亡计算,其1年生存率为54.2%(13/24)。

3 讨论

随着影像学技术的发展,典型的肝癌破裂诊断已无困难。大部分患者有肝炎、肝硬化病史,常规行B超或CT检查可诊断。对于伴休克或不允许搬

动者,可作床边B超,结合腹穿一般可明确诊断。但对已往无明显肝病史、肝癌未被发现,突然出现急腹症者,误诊率可高达30%左右。本组有2例发生在“健康”的情况下,分别误诊为阑尾炎及宫外孕破裂。该2例行剖腹探查术,术中发现血腹,再探查肝脏才发现肝癌破裂。笔者认为:(1)诊断的关键是对肝癌破裂出血有高度的警惕性,对无明显腹部外伤,急性贫血,突发腹痛,迅速出现休克,腹部叩诊有移动性浊音,尤其是中年以上病例,无论有否肝病史均应考虑肝癌破裂出血的可能。(2)对于所谓“健康人”,如突然发生腹痛,腹水征阳性,应注意找寻巩膜黄染、肝掌、肝舌、蜘蛛痣等易忽略的体征。(3)有肝炎或肝硬化病史,突然发生剧烈或持续性右上腹痛,伴有移动性浊音者,应及时进行腹腔穿刺,若有腹腔内不凝血或血性腹水,寻找癌细胞,可将肝癌破裂出血作为重要的诊断考虑。(4)尽可能进行B超、CT扫描,核磁共振和AFP检测,以确诊。

对于肝癌自发性破裂采用何种方式治疗为佳目前尚有争论^[2,3]。治疗方法有肝切除、肝动脉结扎、经皮肝动脉栓塞和非手术疗法。一般认为,采用肝叶切除术的存活期最长,效果最好^[4]。肝癌破裂出血是肝癌严重危急的并发症,大出血非手术治疗的病死率可达100%,占肝癌病死率的9%~10%。肝癌破裂原因尚不确切,出血呈动脉性。肝癌小破裂引起的少量出血可因与大网膜或膈肌粘连而使出血自行停止,但多数患者不能自行止血,需要立即处理。

目前认为肝切除术是治疗肝癌破裂出血的最好方法,可降低手术病死率和并发症率。肝切除的适应证与非急诊时肝脏手术的适应证相同^[5]:(1)破裂前患者一般情况较好;(2)入院后休克很快控制;(3)术中所见肝硬化程度较轻或不明显;(4)病变主要局限在肝脏一叶,易行肝切除;(5)癌结节未发生转移;(6)设备和技术力量允许。手术方法包括肝叶切除和肝脏局部切除。肝切除不但可以彻底有效地止血,而且可以切除肿瘤达到根治目的,是首选的治疗方法,本组手术止血成功率为100%。在进行手术前,必须注意补充循环容量和纠正休克。本组手术病例中,手术并发症发生率低。24例中,1年生存率为54.2%,与择期手术无明显差异,且腹腔内播散、远处转移和肝内复发的

发生率与择期手术相比也无明显差异^[6,7]。肝癌破裂肝切除术多为 I 期急诊手术,但急诊肝切除术危险大,病死率高。本组 2 例行急诊肝切除,其中 1 例术后 1 周死亡,故一般不主张采用。如条件不允许则可考虑先行止血术,待病情稳定后,争取尽早行 II 期肝切除术。本组 1 例患者 3 周前于外院行缝扎止血后再次肝切除术,生存 13 个月。对于可手术切除的病例,由急诊手术变为择期手术,可能有利于患者,但时间不宜过长,一般认为 3~4 周。文献^[8]报告 2 例在破裂后 16d 和 26 个月行肝切除术,分别生存 13 年 3 个月和 13 年 7 个月。

参考文献:

[1] 吕新生,韩明.原发性肝癌破裂大出血外科治疗附 41

例报告[J].实用外科杂志,1990,10(1):40-41.

[2] Xu HS, Yan JB. Conservative management of spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma [J]. Am Surg, 1994, 60(7): 629-633.

[3] Zhu LX, Wang GS, Fan ST. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma [J]. Br J Surg, 1996, 83(5): 602-607.

[4] 张志伟,陈孝平.原发性肝癌自发性破裂出血外科治疗处理现状[A].见:陈孝平,郭奉云.肝胆胰脾外科进展[M].武汉:湖北科学技术出版社,1995.53-59.

[5] 李国辉,李锦清,陈敏山,等.自发破裂肝癌手术切除的效果[J].中华肿瘤杂志,1997,19(3):179.

[6] Yamagata M, Maeda T, Ikeda Y, et al. Surgical results of spontaneously ruptured hepatocellular carcinoma [J]. Hepatogastroenterology, 1995, 42(2): 461-464.

[7] 王海东,郑进方,周开能,等.肝切除术治疗肝脏恶性肿瘤[J].中国普通外科杂志,2004,13(3):203-204.

[8] 李国材.原发性肝癌术后健在 10 年以上 13 例报告[J].临床肝胆病杂志,1984,4(1):32-34.

文章编号:1005-6947(2005)07-0518-01

· 病例报告 ·

肝移植术后医源性结肠损伤 1 例

史源¹, 安东均², 王新民², 刘昌¹, 吕毅¹

(1.西安交通大学第一医院 肝胆外科,陕西 西安 710061; 2.陕西省咸阳市第二人民医院 普通外科,陕西 西安 710061)

关键词:肝移植;损伤;结肠

中图分类号:R657

文献标识码:D

患者 男,48岁,血型A型。临床诊断为乙肝肝硬化,肝功能失代偿期,腹水(中量),脐疝,脾切除术后。血清甲胎蛋白(AFP)阴性,HBV DNA 水平为 8.21×10^5 拷贝/mL。肺功能检查示中度混合性通气功能障碍。经保肝、支持治疗后,在全麻下行原位背驮式肝移植术、脐疝修补术。手术过程顺利。第3天晨,患者下床活动时右膈下引流管脱出。试图从原口重置入引流管时损伤结肠,引流管口有棕色粪样物流出,有气体溢出,迅即出现腹肌紧张,全腹压痛反跳痛。遂急诊

在硬外麻醉下剖腹探查,证实为升结肠中部肠管贯通损伤,右下腹腔有淡黄色混浊液体约 200 mL,余腹部正常,确诊为医源性升结肠损伤。因病变局限,行腹腔局部冲洗,经原结肠壁两漏口各置一根橡皮造瘘管,并行荷包缝合,在结肠旁沟、结肠内侧、盆腔放置引流管。再次术后,患者并发肺部严重感染,给予全胃肠外营养、肠瘘局部用甲硝唑和庆大霉素液持续冲洗、保持引流管通畅同时降低免疫抑制剂药物浓度、加强全身抗感染治疗。炎症控制后,连续应用生长抑素和生长激素 2 周,肠瘘愈合,遂改为肠内营养,逐步恢复饮食。术后 40d 痊愈出院,随访 3 个月情况良好。

讨论 肝移植术后并发肠瘘极为罕见,本例实属医源性并发症。结肠损伤发生后发现较早,剖腹探查及时,入腹后见肠内容物仅局限于结肠旁沟

及右下腹,肝脏周围未遭肠内容物污染。因考虑肠切除、吻合以及肠外置均须游离开结肠、结肠肝曲,使较大范围的新鲜创面暴露于含大量细菌的肠内容物。故术中于与原结肠贯通伤口、肠壁两处破损处分别放置造瘘管,结肠损伤口附近及盆腔置管引流,周围充分引流并配合局部持续冲洗,治疗效果良好。

尽管第 2 次手术损伤极小,患者术后仍发生了严重的肺部感染,所幸腹腔感染局限、引流通畅、抗感染措施和免疫抑制方案调整得当,感染控制比较满意。患者痊愈出院。肝移植手术时间长、创伤大、术后服用免疫抑制剂,使术后管理复杂,为保证患者术后顺利恢复,应尽量减少创伤性操作,如必须施行,在实施时,亦应由经验丰富的医师操作、动作轻柔。本例的发生应引以为教训。

收稿日期:2003-12-18。

作者简介:史源(1977-),男,山东烟台人,西安交通大学第一医院医师,主要从事肝移植方面的研究。

通讯作者:史源 电话:029-85274733; E-mail:doctorshiyuan@163.com。