

文章编号:1005-6947(2008)06-0591-04

· 临床研究 ·

# 肝门部胆管癌的手术治疗:附41例报告

王永华<sup>1</sup>, 曹文星<sup>2</sup>

(1. 湖南省永兴县人民医院 普通外科, 湖南 永兴 423300; 2. 湖南省郴州市第一人民医院 普通外科, 湖南 郴州 423000)

**摘要:**目的 探讨肝门部胆管癌手术疗效及其预后的相关因素。方法 对近7年来收治的经病理诊断确诊的41例肝门部胆管癌患者的临床资料进行回顾性分析。结果 41例肝门部胆管癌患者中,术前影像检查联合诊断正确率为95.1%;行手术切除32例,总手术切除率为78.1%,其中根治性切除15例,姑息性切除17例;胆管内引流术9例。全组住院期间死亡2例,病死率4.9%。手术切除组中位生存时间和1,3,5年生存率分别为28个月和70.0%,40.0%,23.3%,内引流组为8个月和44.4%,11.1%,0,手术切除组患者的生存率优于引流组( $P < 0.05$ 和 $P < 0.05$ )。其中施行R<sub>0</sub>有14例,占46.7%,其中位生存时间和1,3,5年生存率为52个月和85.7%,64.3%,35.7%,不同手术级别的术后疗效存在差别( $P < 0.05$ )。Bismuth分型以Ⅱ型生存率最高,有7例,占18.0%,其中位生存时间和1,3,5年生存率为72个月和85.7%,71.4%,42.9%;不同病理类型切除率中以乳腺癌和高分化腺癌为最高的切除率分别为77.8%和78.3%,其1,3,5年的生存率分别为77.8%,44.4%,33.3%和73.9%,65.2%,17.4%;低分化癌为20%,0,0。结论 肝门部胆管癌手术治疗的预后主要与肿瘤的临床病理特征和手术方式相关,根治性切除是改善肝门部胆管癌长期生存和预后的关键因素。 [中国普通外科杂志,2008,17(6):591-594]

**关键词:** 胆管肿瘤/外科学;胆管,肝内;预后

**中图分类号:** R 735.8 **文献标识码:** A

## Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: a report of 41 cases

WANG Yonghua<sup>1</sup>, CAO Wenxing<sup>2</sup>

(1. Department of General Surgery, Hospital of Yongxing County, Hunan 423300, China; 2. Department of General Surgery, the First People Hospital of Chenzhou City, Chenzhou, Hunan 423000, China)

**Abstract: Objective** To explore the factors related to effects and prognosis of surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data of 41 patients with hilar cholangiocarcinoma (HCCA) admitted in recent seven years were investigated and analyzed retrospectively. **Results** Among 41 patients with HCCA, the accuracy rate of diagnosis by imaging technology was 95.1% before operation. Thirty-two cases were treated by surgical resection, of which 15 cases had radical resection and 17 cases had palliative resection, the total resection rate was 78.1%, and 9 cases had biliary internal drainage procedure. Two cases died during hospitalization. The rate of one-, three- and five-year survival for surgical resection was 70.0%, 40.0% and 23.3% respectively, and for palliation drainage was 44.4%, 11.1%, and 0%, respectively. The median survival time was 28 months and 8 months for surgical resection and palliation drainage, respectively. The difference between surgical resection and palliation drainage on survival rate and median survival time was significant ( $P < 0.05$  and  $P < 0.05$  respectively). In 14 of the cases were treated with R<sub>0</sub>, the 1-, 3- and 5-year survival rate and median survival time was 85.7%, 64.3%, 35.7% and 52 months respectively; and different rank of operation had different curative effects ( $P < 0.05$ ). According to

收稿日期:2008-04-11; 修订日期:2008-05-07。

作者简介:王永华,男,湖南省永兴县人民医院副主任医师,主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:王永华

Bismuth type, type II had a the higher survival with 1-, 3- and 5-year survival rate and median survival time of 85.7%、71.4%、42.9% and 72 months respectively. The resection rate for papillary and highly differentiated adenocarcinoma was 77.8% and 78.3%, respectively, and the 1-, 3- and 5-year survival rate was 77.8%, 44.4%, 33.3%, and 73.9%, 65.2%, 17.4%, respectively; while it was 20%, 0% and 0% respectively for low differentiated carcinoma. **Conclusions** The curative efficacy of surgery and postoperative prognosis of HCCA depend largely on different clinical characteristics, pathological type and surgical method. Radical resection plays a key role to improve long-term survival.

[ Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(6): 591-594 ]

**Key words:** Bile Duct Neoplasms/surg; Bile Duct, Intrahepatic; Prognosis

**CLC number:** R 735.8

**Document code:** A

肝门部胆管癌(hilar choiangiocarcinoma, HCCA)手术难度大,术后复发率高,远期疗效差,其诊断与治疗一直都是外科领域的难题和研究热点。近年来,国内外在其手术治疗、介入放射治疗、光动力学治疗以及肝移植等方面的研究取得了一定的进展<sup>[1-2]</sup>,但如何安全地提高根治切除率和手术治疗的远期疗效、降低并发症仍然是困扰外科医师的临床问题<sup>[3]</sup>。笔者对永兴县人民医院和郴州市第一人民医院2000年1月—2007年10月近7年来采用不同手术方法治疗经病理确诊的肝门部胆管癌病41例报告如下。

## 1 材料与方 法

### 1.1 一般资料

本组男26例,女15例;年龄15~65岁,平均为51.2岁。临床表现为黄疸者有28例(68.3%),皮肤瘙痒17例(41.5%),腹痛或腹部不适有19例(46.3%),体重减轻有17例(41.5%),合并胆汁性肝硬化6例(14.6%),伴有肝内外结石7例(17.1%),胆囊结石8例(19.5%)。碱性磷酸酶(AKP)和 $\gamma$ -谷氨酰转氨酶( $\gamma$ -GT)升高者32例,谷氨酰转氨酶(GTP)升高者35例。血清癌胚抗原(CEA)大于5 ng/mL者31例。

### 1.2 影像学检查及其诊断

所有患者均经B超或电脑彩超检查,均报告为胆管癌或怀疑为胆管癌,对疑似胆管癌或B超诊断不清楚者行CT或MRI检查,均显示肝内占位性病变或肝门部胆管狭窄或梗阻。术前确诊39例,2例误诊为胆管细胞性肝癌,诊断正确率为95.1%。

### 1.3 治疗方法

全部患者均施行手术治疗,根据术中所见Bismuth分型(I型13例,II型7例,III型13例,IV型8例)和临床特征决定手术方式。32例行切除术,其中行单纯肝门部胆管癌切除(包括肿瘤在

内的部分胆总管、胆囊、肝总管、左右肝管以及肝十二指肠韧带内除血管以外的所有软组织切除,行肝内胆管空肠 Roux-en-Y 吻合, A 类手术)4例,联合左肝叶切除术(肝门部胆管切除+左肝叶切除, B 类手术)8例,联合右肝叶切除(肝门部胆管切除+右肝叶切除, C 类手术)6例,肝门胆管癌扩大切除(当患侧病变累及Ⅱ级以上肝胆管、门静脉分支能游离出来,而对侧肝管完好时采用肝门部胆管切除+左半肝、右半肝、尾叶切除,门静脉受累及时,可部分切除后修补,或整段切除后血管重建术, D 类手术)14例;9例因肿瘤不能切除而行姑息性内引流术(保留肿瘤的肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术、肝管内置内引流管或放置 U 形管外引流等)。其中 C, D 类手术后各死亡1例。

手术切除共32例,总手术切除率为78.1%(32/41),根据手术程度分类,其中根治性切除( $R_0$ )15例,姑息性切除( $R_1, R_2$ )17例。

### 1.4 数据处理与统计分析

数据管理和统计分析软件按采用SPSS13.0软件。数据经核查无误后进行统计分析。计量资料采用均数(标准差)或中位数(四分位间距)描述;计数资料采用相对数指标统计描述;统计推断采用 $\chi^2$ 检验或Kaplan-Meier法进行生存分析,中位生存时间采用线性内插法计算,其显著性检验用Log-rank法进行检验;检验水准 $\alpha = 0.05$ ,  $P \leq 0.05$ 认为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 并发症发生情况

手术切除组32例,姑息引流组9例。手术切除组死亡2例,分别于术后7d死于肝肾功能衰竭和术后9d死于多器官功能衰竭。内引流组无死亡者,全组病死率4.9%(2/41)。非死亡病例出现的并发症包括切口感染(3例,7.7%),腹腔感染(6例,15.4%),胆道感染(4例,10.3%),胆漏(3例,7.7%),胸腔积液(1例,2.6%),肺炎

(1例,2.6%),消化道出血(4例,10.3%),代谢性脑病(2例,5.1%),菌血症(1例,2.6%)。其中手术切除组非死亡病例的并发症发生19例次(66.3%),内引流组发生6例次(66.7%),两组比较差异无统计学意义( $P=1.000$ )。

2.2 随访

本组39例均获随访,随访时间6~72(平均39)个月。

2.2.1 不同手术方式的疗效和中位生存时间  
随访的30例行切除手术患者中,中位生存时间为28个月,其1,3,5年生存率为70.0%,40.0%,23.3%;其中施行R<sub>0</sub>的14例,占46.7%,中位生存时间为52个月,其1,3,5年生存率为85.7%,64.3%,35.7%;R<sub>1</sub>的10例,占33.3%,中位生存时间为18个月,其1,3,5年生存率为60.0%,20.0%,10.0%;R<sub>2</sub>的6例,占20.0%,中位生存时间为12个月,其1,3,5年生存率为50.0%,16.7%,16.7%;R<sub>0</sub>与R<sub>1</sub>和R<sub>2</sub>比较,1年的生存率差别无统计学意义,但3,5年生存率及中位生存时间差异有统计学意义(均 $P<0.05$ )(表1)。

内引流术有9例,中位生存时间为8个月,其1,3,5年生存率为44.4%,11.1%,0%,与手术切除组比较,中位生存时间差异有统计学意义( $P<0.05$ ),两组1年生存率比较无统计学意义,3,5年的生存率差异有统计学意义( $P<0.05$ )(表2)。

30例手术切除者中,A类4例,占13.3%,中位生存时间为24个月,其1,3,5年生存率为75.0%,25.0%,0%;B类8例,占26.7%,中位生存时间为30个月,其1,3,5年生存率为87.5%,37.5%,12.5%;C类5例,占16.7%,中位生存时间为24个月,其1,3,5年生存率为80.0%,20.0%,0%;D类13例,占43.3%,中位生存时间为24个月,其1,3,5年生存率为53.8%,53.8%,46.2%。各类手术的1年生存率差异无统计学意义( $P>0.05$ ),A类和C类手术与B,D类手术比较,的3年生存率均显著降低( $P<0.05$ );与D类手术比较,A,B,C类的5年生存率均显著降低( $P<0.05$ )。

表1 不同切除手术类型的生存情况

组别	例数	手术死亡	生存情况						位生存时间(月)
			1年		3年		5年		
			例数	生存率(%)	例数	生存率(%)	例数	生存率(%)	
R <sub>0</sub>	14	1	12	85.7	9	64.3	5	35.7	52
R <sub>1</sub>	10	1	6	60.0	2	20.0 <sup>1)</sup>	1	10.0 <sup>1)</sup>	18
R <sub>2</sub>	6	0	3	50.0	1	16.7 <sup>1)</sup>	1	16.7 <sup>1)</sup>	12
合计	30	2	21	70.0	12	40.0	7	23.3	28

注:1)与R<sub>0</sub>比较( $P<0.05$ )

表2 手术切除组与引流组疗效关系

组别	例数	生存中位时间(月)	生存率(%)		
			1年	3年	5年
手术切除组	30	28 <sup>1)</sup>	70.0	40.0 <sup>1)</sup>	23.3 <sup>1)</sup>
内引流组	9	8	44.4	11.1	0.0

注:1)与内引流组比较( $P<0.05$ )

2.2.2 不同病理组织分型的治疗与生存情况

本组术后均经病理检查证实,病理组织学分型:乳头状腺癌9例,高分化腺癌23例,低分化腺癌5例,未分化癌1例,鳞状细胞癌1例。不同病理类型切除率:乳头腺癌7例(77.8%),高分化腺癌18例(78.3%),低分化腺癌4例(80.0%),未分化腺癌1例(100%),其它未行切除术,其中乳头腺癌的1,3,5年的生存率分别为77.8%,

44.4%和33.3%;高分化腺癌为73.9%,39.1%和17.4%;低分化癌1,3,5年生存率分别为20.0%,0,0。乳头癌和高分化癌与低分化癌比较,其1,3,5年的生存率比较差别均有统计学意义( $P<0.05$ )。

2.2.3 不同 Bismuth 分型的治疗结果

按照 Bismuth 分型, I 型 13 例(33.3%)的手术切除率为 84.6%(11/13),中位生存时间和 1,3,5 年生存

率为22个月和69.2%,23.1%,15.4%;Ⅱ型7例(18.0%)的手术切除率为71.4%(5/7),中位生存时间和1,3,5年生存率为72个月和85.7%,71.4%,42.9%;Ⅲ型11例(28.2%)的手术切除率为81.8%(9/11),中位生存时间和1,3,5年生存率为18个月和54.5%,36.4%,18.2%;Ⅳ型8例(20.5%)的手术切除率为62.5%(5/8),中位生存时间和1,3,5年生存率为12个月和50.0%,12.5%,0;Ⅱ型的疗效最好,与Ⅲ型和Ⅳ型的比较1年生存率差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),Ⅱ型与Ⅰ,Ⅲ,Ⅳ其它类型比较,其3,5年的生存率差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

肝门部胆管癌往往以黄疸为首发症状,B超检查是其诊断的首选,对怀疑肝门部胆管癌的患者可再行彩超、螺旋CT、磁共振胆道成像技术等检查,后列检查都能进行胆道多方位三维立体共建,显示肝内胆管受累的范围和程度,对肝门部胆管癌有较高的诊断价值,且已替代了PTC和ERCP,基本上能明确诊断及了解手术切除可能性<sup>[4-5]</sup>,本组诊断正确率高达95.1%。

对肝门部胆管癌的临床病理学特征与治疗效果的关系进行研究发现,肝门部胆管癌一般以高分化腺癌最多见,约占胆管癌2/3以上。有报道<sup>[5-7]</sup>肿瘤的分化程度与预后关系不大。但是本研究结果显示,肝门部胆管癌中不同组织类型期生存率不同,其长期生存者均为高分化腺癌,并均为手术切除者。这与低分化腺癌或其它癌发生肝转移和周围淋巴结、神经及血管浸润转移率明显高于高分化腺癌有关。本组结果提示,肝方部胆管癌的临床病理学特征和预后均有密切关联。

由于肝门部胆管癌所处位置的关系,虽向上可侵犯肝脏,向下可累及胰腺,但体积小,生长缓慢,并具有独特的生物学行为,不同学者对肝门部胆管癌外科治疗方式的选择尚存有争议。有学者主张扩大根治切除,另有学者则认为肝门部胆管癌的生物学特性决定了该病的预后,应以姑息性手术加其他辅助性治疗为主<sup>[8-12]</sup>。本组手术切除率达78.1%,手术切除组1,3,5年生存率分别为70.0%,40.0%,23.3%,优于内引流组( $P < 0.05$ ),且D类手术(扩大根治术)的生存

率优于其他手术类型,因此笔者认为肝门部胆管癌应该根据临床特征、病理分型等情况综合选择手术方式和根治级别,尽可能提高手术切除率,力争根治性手术,以改善生存质量和提高预后生存率。

### 参考文献:

- [1] Alan W, Alan I, Shiro Fujita, *et al.* Surgical Management of Hilar Cholangiocarcinoma [J]. *Ann Surg*, 2005, 241(5): 693-702.
- [2] 赵建勋,史继荣,杨尹默,等. 142例肝门部胆管癌的外科治疗及预后分析[J]. *中华肝胆外科杂志*, 2004, 10(11): 746-748.
- [3] 郑英键. 再谈提高肝门胆管癌切除率有关的手术策略与技术问题[J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(3): 161-162.
- [4] 汪谢丹,郑启昌,胡青刚. 肝门部胆管癌外科治疗162例分析[J]. *外科临床杂志*, 2007, 15(5): 321-323.
- [5] 周宁新,黄志强,张文智,等. 402例肝门部胆管癌临床分型、手术方式与远期疗效的综合分析[J]. *中华外科杂志*, 2006, 44(23): 1599-1603.
- [6] Bryan Clary, William Jarnigan, Henry Pitt, *et al.* Hilar cholangiocarcinoma [J]. *Gastrointestinal Surgery*, 2004, 8(3): 298-302.
- [7] Tabata M, Kakuuchi M, Takayama T, *et al.* Long-term survival and prognostic factors in the surgical treatment of mass-forming type cholangiocarcinoma [J]. *Surgery*, 2000, 127(5): 498-505.
- [8] Ramech H, Kuruvilla K, Venuqopal A, *et al.* Surgery for Hilar Cholangiocarcinoma: Feasibility and Results of Parenchyma-Conserving Liver Resection [J]. *Dig Surg*, 2004, 21(2): 114-122.
- [9] Silva Ma, Tekin K, Aytikin F, *et al.* Surgery for hilar cholangiocarcinoma; a 10 year experience of a tertiary referral centre in the UK [J]. *European Journal of Surgical Oncology*, 2005, 31(5): 533-539.
- [10] Otto G, Romaneehsen B, Hoppe-Lotichius M, *et al.* Hilar cholangiocarcinoma: resectability and radicality after routine diagnostic imaging [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2004, 11(5): 310-318.
- [11] 戴卫东,胡继雄,钟德珩,等. 联合尾叶的规则性肝叶切除术治疗肝门部胆管癌[J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(2): 162-164.
- [12] 陈永标,江艺,张绍庚,等. Bismuth IV型肝门部胆管癌的外科治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(7): 621-623.