

文章编号:1005-6947(2010)02-0206-03

· 临床报道 ·

手术治疗老年Ⅲ,Ⅳ型肝门部胆管癌

李美荣

(广东医学院附属陈星海医院 普通外科, 广东 中山 528415)

摘要:**目的** 探讨老年人Ⅲ、Ⅳ型肝门胆管癌的手术治疗方法及效果。**方法** 采取距肿瘤边缘长约 1 cm 切断肝内胆管并切除距肿瘤边缘 1 cm 的肝组织的方法治疗 14 例老年Ⅲ、Ⅳ型肝门胆管癌。**结果** 全组患者无全组病例无围手术期死亡及术后胆瘘及吻合口瘘等严重并发症发生,术后 1、2 年生存率分别为 78.6%、57.1%。**结论** 距肿瘤边缘长约 1 cm 切断肝内胆管并切除距肿瘤边缘 1 cm 的肝组织的方法治疗肝门胆管癌可延长老年患者生存时间,是科学合理的手术治疗方式。

[中国普通外科杂志,2010,19(02):206-208]

关键词:胆管肿瘤/外科学;老年人;胆管,肝内

中图分类号:R 735.8 **文献标识码:**B

肝门胆管癌早期诊断困难,手术切除率低,预后差。近年来随着医学影像技术的进步和外科技术的提高,肝门部胆管癌的手术切除率有了较大的提高,但Ⅲ、Ⅳ型肝门部胆管癌由于侵犯左右肝管,甚至侵入肝内二级胆管及肝动脉、门静脉主干和分支,造成手术切除困难。加之老年人由于全身脏器功能减退,并且常并存各种疾病,往往无法耐受联合半肝切除的扩大根治性手术治疗而导致治疗效果差。我院外科自 2005 年 1 月来,采用切除胆管癌至正常胆管 1 cm 及相应肝组织的围肝门切除手术治疗方式治疗老年肝门部胆管癌 14 例,取得了较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 9 例,女 5 例;年龄 60~73 岁,均以无痛性阻塞性黄疸为主诉入院。其中 3 例合并有发热,5 例右上腹胀痛,全身乏力消瘦 3 例,皮肤痒及陶土样大便 2 例。查体均未及胆囊,3 例可及肿大的肝脏,伴轻度腹水 3 例。有肝吸虫病史 5 例,既往有胆道手术史 4 例。伴高血压病 7 例,冠心病心律失常 3 例,糖尿病 2 例,慢性支气管炎

肺气肿 2 例。CEA 升高者 9 例,CA199 升高者 12 例,铁蛋白检查均无升高。血清胆红素水平为 110~518 $\mu\text{mol/L}$ (中位胆红素 302 $\mu\text{mol/L}$),合并肝功能不全转氨酶升高 12 例,丙氨酸氨基转移酶(ALT)(125.5 ± 92.6) U/L,门冬氨酸氨基转移酶(AST)(102.8 ± 72.6) U/L。伴有低蛋白血症 10 例,白蛋白 26~45(平均 30.4) g/L。低钾血症 8 例。B 超、CT 或 MRCP 检查发现并诊断为肝门部胆管癌,按 Bismuth 分型,Ⅲ型 6 例,Ⅳ型 5 例。

1.2 手术方法

手术采用上腹部屋顶样切口,探查肝门部胆管癌无腹腔内其它脏器组织转移后。在十二指肠上缘切开肝十二指肠声韧带的前层腹膜,找到胆总管,横断胆总管,并切取下端少量胆管壁组织送冰冻切片病理检查,证实切缘无残留癌细胞后。关闭远端胆管,近端胆管缝合牵引向头侧方向提起。游离出胆囊但不切断胆囊管,沿肝总管与门静脉间的间隙向肝门方向分离,清除门静脉和肝动脉周围的淋巴、神经及纤维脂肪组织,将肝门的管道“骨骼化”。继续于 Glisson 鞘内,在胆管与门静脉之间由肝外胆管向肝内二级胆管解剖用刮吸法清除影响胆管与门静脉显露位于脏面的肝组织,当分离至肿瘤上缘时可见扩张的肝内胆管,如肿瘤未侵犯门静脉,则距肿瘤边缘长约 1 cm 切断肝内胆管并切除距肿瘤边缘 1 cm 的肝组织,然后将切除的胆管及肝组织标本送病理检查,如切缘

收稿日期:2009-11-05; 修订日期:2010-01-08。

作者简介:李美荣,广东医学院附属陈星海医院主任医师,主要从事肝胆肿瘤及普外科疾病微创手术治疗方面的研究。

通讯作者:李美荣 E-mail:limeirong1969@yahoo.com.cn

阴性,则将切除后胆管拼成一大胆管盆后行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,如断面胆管无法缝合拼成一起,则将胆管后壁组织缝合拼成盆状,与空肠后壁作吻合,而空肠前壁则与肝断面行肝肠吻合。如门静脉主干或分支被侵犯,考虑切除浸润门静脉所在肝叶、段的肝门胆管癌并行门静脉重建手术过大,老年患者无法承受手术打击而作肿瘤姑息切除+内引流术。方法是沿门静脉向上分离至胆管癌侵犯门静脉处时,用刮吸法切除胆管癌周围肝组织,显露胆管癌与门静脉。并姑息性切除近门静脉壁部分胆管癌组织后,继续游离胆管癌至正常胆管1 cm处再作胆肠内引流术。

2 结 果

全组病例术中发现侵犯门静脉3例,均未处理;未侵犯门静脉11例。无围手术期死亡及术后胆瘘及吻合口瘘发生,术后并发切口感染2例,行切口Ⅱ期缝合愈合;腹水4例,经利尿纠正低蛋白血症后消失;右侧胸腔积液2例,行胸腔穿刺引流后消失;肺部感染2例,加强抗炎治愈。术后病理检查证实:高分化腺癌7例,中分化腺癌2例,低分化腺癌2例。切缘情况:在正常胆管切缘均未发现癌,术中未侵犯门静脉有2例R₁切除术后发现近门静脉胆管切缘发现癌组织,术后随访证实已浸润门静脉。术后随访6~42个月,术后1,2年生存率为78.6%,57.1%(表1)。

表1 14例肝门胆管癌治疗情况扩疗效		
是否侵犯门静脉	术式	疗效(随访6-42个月)
侵犯 3例	R ₃ 切除+内引流术	分别于7个月、11个月、23个月死亡
未侵犯 11例	R ₁ 切除2例	于17个月、25个月死亡
	R ₀ 切除9例	3例于术后39个月、33个月、26个月死亡;另6例随访42个月、38个月、31个月、29个月、17个月、6个月各1例,均健在

3 讨 论

Ⅲ,Ⅳ型肝门部胆管癌常因合并肝门组织包括血管、神经和淋巴的侵犯,而使手术切除困难,有时需联合行肝叶、半肝、肝门部血管甚至胰头十二指肠切除。手术切除的扩大化和根治性已成为当前肝门胆管癌的治疗趋势,扩大根治术不仅提

高了切除率,5年生存率亦明显提高,然而,扩大根治手术也显著增加了近期病死率和手术并发症的发生。老年患者全身脏器功能减退,常伴有其他系统疾病,手术和麻醉的耐受力差,往往无法耐受联合肝切除的扩大根治术。放弃手术切除而采取胆道引流减轻黄疸的姑息治疗方法则疗效差。因此寻找一种既能切除肿瘤、提高远期生存率,又能降低近期手术并发症和病死率的手术方式十分重要。文献报道^[1]表明,肝门胆管癌的浸润范围一般不超过正常胆管及胆管周围组织0.5 cm是其肿瘤转移特点,罕见胆管癌浸润超过1 cm,肝门胆管癌的手术切缘只需距肿瘤1 cm正常胆管。因此,超过胆管癌周围1 cm以上距离的胆管组织及肝组织切除对提高胆管癌的根治可能并无帮助。近年来,国内外学者^[2-4]针对上述不足,提出了节省肝组织的肝门胆管癌根治术治疗Ⅲ,Ⅳ型肝门部胆管癌,患者的5年生存率及中位生存期均取得令人满意的治疗效果。基于肝门胆管癌肿瘤转移特点并结合国内外学者的经验。笔者采取切除胆管癌时切除距肿瘤距离正常胆管1 cm及相应肝组织的方法这是遵循循证医学采取的手术方式,是科学的、合理的的术式。与传统术式比较,本术式有以下优点:(1)因本术式不作广泛的肝切除术,因此手术出血少、手术创伤小、术后患者恢复快。而术后肝功能衰竭等并发症的发生及围手术期的的病死率的增加实与肝组织切除量有直接相关^[2,5-6],本手术切除肝组织少,对肝功能影响小,术后肝功能衰竭等并发症的发生率低,本组亦无手术病例死亡。对术前黄疸较深及肝功能较差的病例,不需作减黄治疗和或门静脉栓塞就可进行手术,扩大了患者的手术适应证。(2)对术中发现肿瘤侵犯门静脉,手术切除风险过大的肝门部胆管癌,可行肿瘤姑息切除加胆肠或肝肠内引流术^[7]治疗,仍能达到延长患者生存期的目的。

老年肝门胆管癌在进行本手术治疗须注意以下问题:(1)手术切除的关键与肿瘤侵犯门静脉直接相关,因此在手术时在离断肝总管向上切除时,应紧贴门静脉向肝内胆管方向进行,如门静脉未侵犯,则肝门胆管癌可达到R₀切除。如门静脉主干或分支被侵犯,沿门静脉向上分离至胆管癌侵犯门静脉处时,用刮吸法切除胆管癌周围肝组织,显露胆管癌与门静脉。并姑息性切除近门静

脉壁部分胆管癌组织后,继续游离胆管癌至正常胆管 1 cm 处再作胆肠内引流术,不主张对老年患者行肝叶、段切除或门静脉切除加重建手术等扩大的肝门胆管癌根治术,以避免由此而可能导致老年患者围手术死亡率的升高或术后严重并发症的发生。(2)手术过程中尽可能保留肝动脉,有利于肝功能储备较差的老年患者术后肝功能的恢复。但对影响手术切除并受到侵犯的肝动脉则应切除。(3)胆管肿瘤切除后,刮除相邻胆管间肝组织,让所有胆管开口于后壁尽可能拼在一起,再与肠作吻合,前壁则行肝肠吻合^[7]。另外,对切除部分肝尾叶的患者,胆肠吻合时须将门静脉向下牵拉并显露好胆管后壁与肠作后壁吻合,以防止胆瘘发生。

重视老年肝门胆管癌手术患者的围手术期处理:(1)术前减黄治疗,可诱发胆道感染,贻误手术时机等不足,故有手术指征的老年患者不必作术前减黄治疗。(2)国内学者^[6]认为,老年患者的手术并发症与病死率与年龄有关,但多因素分析术前发病的数量和严重程度才是影响并发症与病死率的最重要因素。因此,术前积极纠正并发症,使各脏器功能达到手术评估要求才行手术是保证手术成功的重要条件。(3)老年人术后并

发症种类多,所以要主动积极观察并预防各种并发症的发生。特别要注意预防肺部并发症、心血管并发症及水电解质失衡,注意术后内环境稳定,保证合理的营养支持,加强护肝治疗,以利术后恢复。

参考文献:

[1] 郭仁宣. 胆道肿瘤外科学[M]. 辽宁:辽宁科学技术出版社,2002:261-262.

[2] 陈孝平,黄志勇,张志伟,等. 小范围肝切除治疗 Bismuth-CorletteIII 型肝门部胆管癌[J],中华外科杂志,2009,47(15):1148-1150.

[3] 李汉贤,唐超明,秦春宏,等. 联合肝叶和肝门血管切除治疗肝门部胆管癌[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(10):485-488.

[4] Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K, et al. Parenchyma-preserving hepatectomy in the surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma[J]. J Am Coll Surg,1999,189(6):575-583.

[5] Otto G. Diagnostic and surgical approaches in hilar cholangiocarcinoma. Int J Colorectal Dis,2007,22(1):101-108.

[6] 高根五,夏志平,姚榛祥. 临床普通外科学[M],沈阳:沈阳出版社,2000:915-916.

[7] 陈雨信,刘恩宇,张秀国,等. 肝门部胆管癌切除并肝门空肠吻合术[J]. 中国现代外科进展,2008,11(3):264-266.

本刊为《中国学术期刊网络出版总库》期刊

为了实现学术期刊媒体的数字化、网络化转型,更好地推进学术文献资源的广泛传播和深度开发利用,本刊已加入《中国学术期刊网络出版总库》。在我刊刊登的文章,该数据库可免费提供作者文章引用统计分析资料。如作者不同意将文章编入该数据库,请在来稿时声明或另投它刊。作者著作权使用费将在本刊稿酬中一次性给付。

《中国学术期刊网络出版总库》通过“中国知网”(www.cnki.net)和“中国期刊网”(www.chinajournal.net.cn)进行网络出版与信息服务。其集成整合和优化利用我国知识信息资源,向国内外读者提供动态信息服务,欢迎广大作者、读者浏览。

中国普通外科杂志编辑部
2010 年 1 月 15 日