



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.027  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3801.shtml

· 临床报道 ·

# 巨大肝癌逆行切除术：附 21 例报告

牟洪超<sup>1</sup>，周辉<sup>1</sup>，姜小清<sup>2</sup>

(1. 解放军第四〇四医院 普通外科，山东 威海 264200；2. 第二军医大学东方肝胆外科医院 胆道一科，上海 200433)

## 摘要

目的：探讨巨大肝癌的手术方法。

方法：对 2001 年 6 月—2009 年 6 月期间的 106 例巨大肝癌患者中实施逆行切除术的 21 例患者的临床资料进行回顾性分析。

结果：全组 21 例逆行切除患者无手术死亡病例，1、3、5 年存活率分别为 90%、33.3%、15.2%，术中术后未发生大出血、肝功能衰竭等并发症。

结论：逆行切除能有效控制出血，提高了手术切除率，但要掌握好巨大肝癌逆行切除术的适应证及注意事项。

[中国普通外科杂志，2014，23(2):265-267]

## 关键词

肝肿瘤 / 外科学；肝切除术 / 方法；逆行切除

中图分类号：R657.3

在临床实践中，经常要遇到  $\geq 10$  cm 的巨大肝癌病例，对于这部分肝癌，肝胆外科医生面临着巨大的挑战，实践证明手术切除仍然是治疗巨大肝癌的首选治疗方法，特别是对于包膜完整，无子灶的孤立性肝癌效果较好，有的甚至获得术后长期生存<sup>[1-3]</sup>。对于这部分肝癌要积极争取手术，但有部分巨大肝癌与周围组织关系紧密，游离时出血多而导致切除困难，笔者对这些巨大肝癌采取逆行切除法，较好的解决了这一问题，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

我院肝胆外科在 2001 年 6 月—2009 年 6 月间共有 106 例巨大肝癌实施手术切除中采取逆行切除术 21 例，其中男 18 例，女 3 例；年龄为 36~61 岁，平均年龄 48.7 岁，中位年龄 51.6 岁。

### 1.2 术前病情

21 例均为首次手术，术前均未行放、化疗或介入治疗。21 例中有乙肝病史 19 例，丙肝病史 1 例，无肝炎 1 例；合并不同程度肝硬化 18 例，无明显肝硬化 3 例；21 例中伴门脉高压脾大脾亢者 4 例；术前 r- 谷氨酰转氨酶 (GGT) 升高 18 例，碱性磷

酸酶 (ALP) 升高 15 例，血清谷丙转氨酶 (ALT) 升高 17 例，血清谷草转氨酶 (AST) 升高 14 例，血清白蛋白 / 球蛋白 (A/G) 倒置者 12 例，血清胆红素 (BILE) 升高 8 例，但术前肝功能综合评定均为 Child-A 级；术前甲胎蛋白 (AFP) >1 000 ng/mL (发光法) 16 例，AFP <1 000 ng/mL 5 例；肿块位于肝右叶 11 例，左叶 7 例，左右交界 3 例，肿块均为单发；术前影像检查排除周围存在子灶及其他肝内及血管、胆管转移的情况，并且术前检查均排除远隔转移；肿块直径在 10.50~12.80 cm 之间，平均 11.07 cm，肿瘤界限尚清楚存在假包膜者 14 例，界限不清无明显包膜或包膜不完整 7 例。

### 1.3 手术方法及组织类型

在预手术切除肝脏的后方，手进入托起，阻断肝门后，按预切缘先切除肿瘤，方法同正常肝切除法，近端切缘处理好后，再分离肿瘤周围粘连侵犯的组织，此时因肿瘤与肝脏完全游离，供应血管大部分断流。分离时出血少，可以有充分的时间来根据侵犯情况来进行处理。即先断离肝实质，创面处理好后，再游离右侧冠状韧带及右三角韧带，切除肿瘤。

逆行切除的 21 例，均为一期切除，其中左半肝切除 3 例，左外叶切除 5 例，右半肝切除 4 例，II 段切除 3 例，III 段切除 2 例，VI 段切除 4 例；其中联合脾切除 2 例，联合胃切除术 2 例，联合右半结肠切除 1 例。术后病理检查：高分化 7 例、中分化 10 例、低分化 4 例；肝细胞癌 14 例，胆管细胞癌型 2 例，混合型 5 例。术后根据病情均行介入、微波、免疫等综合治疗。

收稿日期：2013-11-26；修订日期：2014-01-24。

作者简介：牟洪超，解放军第四〇四医院主任医师，主要从事肝癌综合治疗方面的研究。

通信作者：牟洪超，Email: 157062445@qq.com

## 1.4 随访

术后 1 个月开始随访, 最短 6 个月, 最长超过 5 年, 开始 2 年内 1~3 个月随访 1 次, 以后 6~12 个月随访 1 次, 生存时间从手术之日起开始计算。

## 2 结果

### 2.1 生存情况

巨大肝癌逆行切除的 21 例巨大肝癌病例中, 无手术死亡, 按寿命表法统计生存率, 1 年存活率 90.0%, 3 年存活率 33.3%, 5 年存活率 15.2%。

### 2.2 并发症情况

本组病例术中术后未出现大出血及肝肾等脏器功能衰竭的情况, 切口脂肪液化并感染 2 例, 并发肺部感染 1 例, 发生胆汁漏 2 例, 予以抗感染、负压吸引引流等保守治疗而治愈。

## 3 讨论

### 3.1 巨大肝癌逆行切除的适应证

逆行切除适应证: (1) 一般情况好, 心肺肾功能耐受手术; (2) 肝功能处于 A 级, 凝血酶原时间尽可能在正常范围, 巨大肝癌往往切除肝较多, 出血较多, 对肝功的要求应更严格; (3) 一般癌肿位于肝脏的一侧下段, 凸向腹腔生长, 与周围组织粘连重, 分离易出血, 或肿瘤已侵犯到了周围脏器, 需一并切除者; (4) 位于右肝的巨大突向膈肌的巨大肿瘤, 正常游离冠状韧带困难者; (5) 未受癌肿侵犯的肝脏代偿性增大, 未发现肝外转移<sup>[4]</sup>。

### 3.2 巨大肝癌逆行切除的方法

常规的肝癌切除是先游离肝脏及肿瘤与周围组织(如韧带、胃、肠等)的粘连, 然后根据预定切缘, 进行常规切除。但在临床实践中常常遇到一些巨大肿瘤, 主要是左叶下段、右叶肝下段肿瘤向腹腔内突出生长、浸润侵犯周围组织, 位于右肝的突向膈肌的巨大肿瘤, 并且由于绝大部分肝癌伴有肝硬化, 甚至伴有门脉高压症, 侧支循环开放。在游离肿瘤的周围组织时, 往往用时长, 创面大, 因有来自肝脏和周围组织新生血管的双重供血, 往往在游历肝脏和肿瘤周围组织时出血量大, 且不易控制, 甚至使手术无法进行下去, 术后肝功能不全, 预后不良。

此种情况通常采用先游离肝脏冠状、三角韧带等, 放置阻断带, 先游离肝十二指肠韧带, 此时往往肝十二指肠韧带被巨大肿块压迫, 难以显露, 需要轻轻松开粘连组织, 肿瘤向外侧推开, 左侧肿块从小网膜孔处进入, 右侧肿瘤则从肝十二指肠韧带左侧进入, 用食指引导, 放置阻断带, 一般采用

Pringle 法, 其余方法如半肝阻断等因视野差, 使解剖肝门困难, 不易采用。

在预手术切除肝脏的后方, 手进入托起, 阻断肝门后, 按预切缘先切除肿瘤, 方法同正常肝切除法, 近端切缘处理好后, 再分离肿瘤周围粘连侵犯的组织, 此时因肿瘤与肝脏完全游离, 供应血管大部分断流。分离时出血少, 可以有充分的时间来根据侵犯情况来进行处理。我们在 21 例逆行切除中, 2 例联合胃大部切除, 1 例联合右半结肠切除, 2 例联合脾切除, 手术均能够从容进行, 但是并非所有的巨大肝癌都可以行逆行切除。

### 3.3 巨大肝癌逆行切除的注意事项

巨大肝癌手术最主要的危险绝大部分就是大血管出血危及生命, 但也有一部分浸润及紧密粘连的肿瘤, 可以通过 B 超、CT、MRI 等仔细观察与大血管的关系, 必要时行血管造影检查肿瘤和大血管之间的关系, 以明确血管受侵犯程度, 做到心中有数, 尽量减少大出血的风险。其次就是突向腹腔的巨大肿瘤, 由于生长期较长, 有大量的新生血管形成, 术前应做好准备。再者就是门静脉高压状态下侧支循环丰实, 手术时创面又大, 分离时极易出血。遇到此种情况, 有逆行切除的条件时, 应果断施行。先将肿瘤从肝脏上断离, 最大量减少血供, 然后再游离周围组织。

巨大肝癌逆行切除应掌握几个要点: (1) 大切口充分暴露, 切口足够用来完成手术。(2) 突向腹腔的肿瘤与粘连在一起的组织(大部分为胃肠组织)比较游离, 所以就必须在充分游离肝脏, 可以将肝脏及粘连的组织一起托出, 有利于控制切除。(3) 右侧肝脏的巨大肿瘤, 游离冠状韧带时, 无间隙往往比较困难, 极易出血, 易损伤膈肌。此可以暂时阻断入肝血流进行游离, 确实不能显露冠状韧带, 可行逆行切除: 即先断离肝实质, 创面处理好后, 再游离右侧冠状韧带及右三角韧带, 切除肿瘤。此方法由于不需要显露第二肝门及肝裸区, 因此无导致肝静脉及下腔静脉撕裂的危险。

减少手术过程失血事实上是每一个外科手术的努力方向, 保持手术过程血流动力学稳定, 对手术的顺利恢复、预后以及长期生存有重要意义<sup>[5]</sup>。肝癌逆行切除这一术式主要目的也是针对一些特殊位置的巨大肝癌切除的简化, 使手术变得相对简单, 减少出血, 缩短手术时间, 减少创伤, 使一些通过常规方法不能切除的巨大肝癌变得可以手术切除, 从而提高了手术切除率。

## 参考文献

- [1] 吴孟超. 原发性肝癌的诊断和治疗进展 [J]. 中华外科杂志, 1998,

36(9):515-518.

- [2] 雷正明,付文广,郑振江,等.巨大肝癌外科治疗探讨[J].中国普通外科杂志,2012,21(1):5-8.
- [3] 陈中,倪家连,刘鲁岳,等.极限量肝切除治疗巨大肝癌的安全性分析[J].中国普通外科杂志,2011,20(1):20-22.
- [4] 陈孝平.肝切除治疗肝癌的体会[J].肝胆外科杂志,1994,2(4):193-195.
- [5] 黄涛,周进学,杨楠木.选择性半肝血流阻断在大肝癌切除术中

的应用[J].中国普通外科杂志,2010,19(7):787-789.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 牟洪超,周辉,姜小清.巨大肝癌逆行切除术:附21例报告[J].中国普通外科杂志,2014,23(2):265-267. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.027

Cite this article as: MU HC, ZHOU H, JIANG XQ. Retrograde excision of giant hepatic cancer: a report of 21 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(2):265-267. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.027



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.028  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3802.shtml

## · 病案报告 ·

# 肝内胆管黏液腺癌 1 例

许鹏, 钱建军, 柏斗胜, 姚捷, 李振南, 王小东, 赵龙

(江苏省苏北人民医院 / 扬州大学临床医学院 肝胆胰外科, 江苏 扬州 225001)

关键词: 胆管肿瘤; 黏液腺癌; 胆管, 肝内; 病例报告

中图分类号: R735.8

**患者** 女性, 48岁。因反复右上腹痛半年, 加重伴黄疸3 d入院, 于2013年10月18日就诊, 低热37.3℃, 既往25年前因胆囊结石行胆囊切除术。上腹部增强CT提示: 左肝内胆管多发结石并扩张; 胆总管炎性改变, 右肾多发囊肿(图1)。术前检查: WBC  $3.0 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞0.69; DBIL 77.1  $\mu\text{mol/L}$ , TBIL 105.4  $\mu\text{mol/L}$ , IBIL 28.3  $\mu\text{mol/L}$ ; AST 53 U/L, ALT 52 U/L, ALP 260 U/L, GGT 173 U/L; TBA 37.5  $\mu\text{mol/L}$ ; 肿瘤标志物提示: CA50 147.00 U/mL; CA199 > 1 000.0; CEA 24.03 ng/mL。诊断: 梗阻性黄疸; 肝胆管结石; 胆囊切除术后状态; 右肾囊肿。在全麻下行剖腹探查术, 术中发现: 肝脏与膈肌、网膜粘连, 肝左叶萎缩, 质硬, 灰白色, 肝VIII段可触及质硬肿物, 游离腹腔粘连, 在游离膈肌粘连, 可见胶冻黏液样组织, 取

膈肌粘连组织送病理。冷冻石蜡常规报告: (膈肌)转移或浸润性腺癌, 行扩大左外叶切除+肝VIII段切除术。术后病理提示: 肝脏组织内见纤维增生, 黏液湖形成, 内漂浮异型腺上皮, 灶区见异型腺体, 浸润性生长(图2)。免疫组化(I20132103): CK7(+), CK20(+), Villin(+), CDX-2(-)。灶区示腺癌I~II级, 伴胆管扩张及肝内胆管结石, 结合免疫组化, 考虑原发于胆管。切缘未见癌组织。术后患者恢复可, 出院。



图1 上腹部增强CT影像

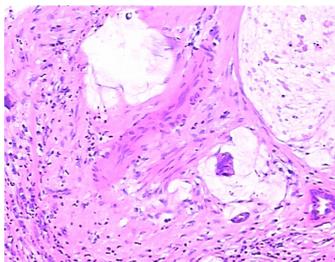


图2 黏液腺癌术后病理切片(HE × 100)

**讨论** 肝内胆管黏液性腺癌临床罕见, 其临床表现于其他肝内胆管肿瘤无明显差异, 多以右上腹痛和黄疸就诊, 患者右上腹部疼痛和黄疸可能肿瘤分泌黏液或肝内胆管结石本身有关, 可能是胆管炎表现。术前检查无特异性, 行CT和超声检查: 提示肝内胆管扩张或肝内结石, 有些患者术前检查不能发现明显占位, 诊断有困难, 病理才能明确诊断。结合该患者资料, 如术前肿瘤标志物异常升高, 肝内胆管扩张, 术中发现胶冻样物质聚集, 应高度怀疑恶性肿瘤疾病。该疾病如能手术切除, 首选手术治疗。肝内黏液性腺癌预后与胆道肿瘤预后类似, 预后差。本例可能因肝内胆管结石长期慢性刺激引起肝内胆管发生癌变可能。手术治疗胆管黏液腺癌可延长患者生命<sup>[1]</sup>。

## 参考文献

- [1] 李清龙, 黄生福, 范文涛, 等. 胆管黏液性肿瘤诊治体会: 附5例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(8):639-640.

(本文编辑 姜晖)

收稿日期: 2013-11-20;

修订日期: 2014-02-10。

作者简介: 许鹏, 江苏省苏北人民医院 / 扬州大学临床医学院住院医师, 主要从事肝胆胰疾病基础与临床方面的研究。

通信作者: 钱建军, Email: lanect@126.com