

文章编号:1005-6947(2006)07-0548-03

· 临床研究 ·

老年肝门胆管癌的外科处理

吕琳^{1,2}, 阮景德¹, 欧迪鹏¹, 曾小燕¹

(1. 中南大学湘雅医院 老年外科, 湖南 长沙 410008; 2. 湖南省卫生厅医政处, 湖南 长沙 410008)

摘要:探讨老年肝门胆管癌的手术治疗特点。**方法** 回顾性分析湘雅医院1995—2005年手术治疗64例65岁以上肝门胆管癌患者的临床及随访资料。**结果** 64例均行手术治疗,包括根治性切除26例,姑息性切除10例,内引流术14例,外引流14例。手术切除术后1年生存率62.5%,2年生存率37.5%。**结论** 老年肝门胆管癌预后不良,手术切除是目前较理想的治疗方式。

关键词:胆管肿瘤/外科学;胆管/外科学;老年人

中图分类号:R735.8;R322.47

文献标识码:A

Surgical management of hilar cholangiocarcinoma in the elderly

LU Lin^{1,2}, RUAN Jing-de¹, OU Di-peng¹, ZENG Xiao-yan¹

(1. Department of Gerontological Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China; 2. Department of Health Bureau of Medical Administration of Hunan Province, Changsha 410008, China)

Abstract: Objective To study the characteristics and surgical treatment of elderly patients with hilar cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data and follow-up data of 64 hilar cholangio-carcinoma patients, who aged ≥ 65 years, treated in our hospital from 1995 to 2005 were retrospectively analysed. **Results** All 64 cases underwent operative treatment that included radical resection in 26 cases, palliative resection in 10 cases, internal drainage in 14 cases and external drainage in 14 cases. After surgical resection the 1- and 2-year survival rate was 62.5% and 37.5%, respectively. **Conclusions** The prognosis of hilar cholangiocarcinoma in the elderly patient is poor. At present, the most effective treatment for hilar cholangiocarcinoma is surgical resection.

Key words: Bile Duct Neoplasms/surg; Bile Ducts/surg; Aged

CLC number: R735.8; R322.47

Document code: A

老年患者因机体免疫力下降,并发疾病多,手术切除率低,术后并发症发生率及病死率高,预后不良,这是老年肝胆外科一个值得注意的问题。1995—2005年12月,湘雅医院共手术治疗 ≥ 65 岁的肝门胆管癌的患者(不包括未手术者)64例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组64例肝门胆管癌均经手术治疗及病理诊

断证实。男38例,女26例;年龄65~85岁,中位年龄73岁。其中有症状48例,无症状16例。主要症状为黄疸(45例)、上腹部不适(29例)、乏力、发热、尿黄、陶土样大便(37例)。病程为10d至3个月。血清胆红素为(59.8~671) $\mu\text{mol/L}$,平均为276.5 $\mu\text{mol/L}$ 。全部病例首先采用B超,CT检查,发现95%以上的胆管扩张和狭窄,进行初筛后,部分患者进行MRCP或PTC检查,其中6例行PTC和PTCD。64例术前均确诊。本组90%以上患者合并有较严重心脑血管疾病,肺功能、肝肾功能不全,及代谢系统等疾病(59例)。患者平均有2.6种并发症。

1.2 分型及病理

根据影像及手术所见,按Bismuth分型法^[1]: I

收稿日期:2006-03-07; 修订日期:2006-05-12。

作者简介:吕琳,男,湖南邵阳人,中南大学湘雅医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:吕琳 E-mail:lvling1969@sina.com。

型 34 例, II 型 12 例, IIIa 型 6 例, IIIb 型 8 例, IV 型 4 例。病理结果:低分化腺癌 14 例,中分化腺癌 30 例,高分化腺癌 20 例;伴淋巴结转移 12 例。

1.3 手术方式

本组中行肿瘤切除手术 36 例,其中根治性切除(包括病理切片证实胆管切缘无癌残留,并常规清除肝门淋巴结)26 例,姑息性肿瘤切除 10 例;行切除的 36 例肝门部胆管癌术式分别为:I 型或 II 型肿瘤切除后行左右肝管成形空肠内引流术,内置 T 管,其中 4 例 II 型患者行部分肝方叶切除;IIIb 型胆管癌 2 例,行左半肝切除,右肝管,肝总管吻合,内置 T 管引流;2 例 IV 型胆管癌,行部分方叶及肿瘤切除后行左肝管胆总管吻合,内置 T 管引流,右肝管空肠 Roux-en-Y 吻合,内置胶管引流。对不能切除的 28 例肿瘤患者分别行:右肝管-胆囊-空肠 Roux-en-Y 吻合 10 例,肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合 2 例,肝内胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合 2 例, T 管外引流 14 例。64 例患者,术后短期内黄疸消退,食欲增加,一般情况明显改善。

1.4 围手术期处理

术前进行全面细致的检查,对并发症进行治疗,在能耐受手术和麻醉的情况下接受手术治疗。围手术期应加强护肝治疗和支持疗法。慢性阻塞性肺病患者可选择在夏季手术,以减少并发症及病死率。心脏病患者最好请内科医生术中协助处理。本组 1 例术中发生室颤,在心内科医生抢救下顺利完成手术,治愈出院。

2 结果

2.1 手术后并发症

本组病例中无手术死亡者。但非肿瘤切除组行外引流术后出现肝衰 2 例,自动出院。肿瘤切除组出现术后低血容量性休克 4 例,胆瘘 12 例(切除组 9 例,非切除组 3 例),均经引流后治愈。术后并发症发生率为 28.0% (18/64),手术后平均住院 36 (21~48) d。

2.2 随访结果

随访 58 例,随访率 90.6%。手术后生存最短 42 d,最长 32 个月。切除术组获随访 32 例,其中 18 例存活 8~32 个月,平均 18.5 个月;另 14 例现仍生存已达 16~22 个月。引流组存活 2.3~19 个月,平均 10.5 个月,其中外引流联合空肠造瘘

管行胆汁回输 2 例,平均生存 16 个月,4 例因局部复发,反复发作胆管炎和远处转移死亡;2 例 PTCD 后 2 个月脱管,再行剖腹右肝管外引流术,现已带管生存 13 个月,但近期出现反复发作胆管炎,经 CT 等检查证实为局部复发。

64 例肝门胆管癌患者的 1 年生存率约为 62.5% (40/64),2 年生存率约为 37.5% (24/64),其各组生存率比较见表 1。采用精确概率法进行组间比较,切除组与引流组在 1 年生存率上无明显差异 ($P > 0.05$),而 2 年生存率上差异有显著性意义 ($P < 0.05$),而根治性与非根治性切除组 1,2 年生存率均无统计学差异(均 $P > 0.05$)。

表 1 各组病例生存率比较 (%)

组别	1 年生存率 (%)	2 年生存率 (%)
肿瘤切除组	66.7(24/36)	52.8(19/26) ¹⁾
根治组	65.4(17/26)	57.7(15/26)
非根治组	70.0(7/10)	40.0(4/10)
引流组	57.1(16/28)	17.9(5/28)

注:1)与引流组比, $P < 0.05$

3 讨论

肝门胆管癌早期往往没有明显的症状,诊断困难,而一旦出现阻塞性黄疸等临床表现而获得确诊时多已属中晚期,并因常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当前肝门胆管癌的治疗趋势^[2-3],扩大根治性切除术不仅提高了切除率,5 年生存率亦有所提高。

老年患者急诊率高,病情发展快、易恶化。一旦确认,尽早的胆道引流减压是降低病死率的根本措施。手术术式应简单、准确解除胆道梗阻的主要病变(狭窄),严重梗黄的患者多选择胆道探查。以能快速解除危及生命的术式为原则,尽可能缩短手术时间,减少创伤打击。

老年患者常有以下的病理生理特点:(1)老年人生理机能下降,尤其是网状内皮系统功能减退,体内皮质激素水平低,机体免疫功能下降,抗病能力差。(2)并发疾病多,老年人全身器官及细胞功能呈退行性改变,许多器官有潜在的功能不全,

并发症较多,削弱了手术的耐受能力,增加了术后并发症的发生率,使病情更加危重复杂。

高龄因素虽然是增加肝门胆管癌发病率和死亡率的原因之一,但年龄本身并不是胆道手术的禁忌证^[4]。因而加强围术期处理,正确掌握好手术时机、手术方法是减少并发症、降低病死率的关键。手术操作切忌一味追求小切口,手术野要显露良好。

基于老年人的病理特征,在手术时应尽可能恢复胆道通畅,达到引流胆汁的目的,如有可能应争取切除肿瘤,以提高治疗效果为主要目的。肝门胆管癌常可浸润肝十二指肠韧带并使之挛缩,甚至深入肝内,使术中暴露肝门困难,难以解剖肝门部的重要结构。本组常用的暴露肝门部胆管的方法包括:(1)肝门板前部分肝组织切除或肝方叶切除;(2)肝正中裂切开。

肝门胆管癌常经肝动脉旁淋巴结向肝总动脉淋巴结转移,再经胰腺上缘向十二指肠后淋巴结转移。当临床确诊肝门胆管癌时,约50%患者已有区域淋巴结转移^[5]。根治手术需骨骼化肝十二指肠韧带并清除周围淋巴结,包括胰腺上缘和十二指肠后方淋巴结,有时还需清扫肝总动脉和腹腔动脉旁等处的淋巴结。如胰头受累,则联合作胰十二指肠切除术(PD)。本组术中发现,老年人发病后肝胆管壁薄,减压后胆管管径变细,为了预防胆瘘和胆管狭窄,操作时应注意以下几点:(1)避免肝胆管游离过长,以防胆管切缘缺血坏死;

(2)注意保护胆管的肝动脉血供,避免胆管壁缺血;(3)口径<4mm胆管作吻合时,尽可能将结打在管腔外;(4)选择创伤小的可吸收缝线,应尽量选用细针细线;(5)充分引流。

对于已无法行根治性切除者,仍应采取积极态度进行胆管内(外)引流术(减黄术),解除胆汁淤积。外引流虽可缓解胆汁淤积,解除黄疸,但是胆汁不能流入正常通道,而影响脂质消化吸收,导致营养障碍。因而积极建立内引流,恢复胆汁正常的通道,虽为姑息疗法,但因解除了梗阻性黄疸所致肝脏损害以及黄疸对全身的影响,可以缓解症状,改善患者生活质量,延长生存时间。本组行引流术的平均生存时间达10.5个月,1,2年生存率分别为57.1%和17.9%。

参考文献:

- [1] Bismuth H, Caxtaing D, Trayou O. Resectio or Palliation: priority of surgery in the treatment of hilar cancer [J]. World J Surg, 1998, 12(1): 39-47.
- [2] 彭淑牖. 努力提高胆道系统恶性肿瘤的诊治水平 [J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(1): 2-5.
- [3] 黄志强. 肝门部胆管癌外科治疗现状与展望 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2005, 12(4): 317-320.
- [4] 费庆铨, 孟承伟, 陈颂雄. 老年胆道疾病的外科治疗 [J]. 中华外科杂志, 1989, 27(3): 150-151.
- [5] 梁力健. 努力提高肝门部胆管癌的手术治疗效果 [J]. 腹部外科, 2005, 18(5): 260-261.

欢迎订阅 2007 年《中国神经再生研究(英文版)》杂志

《中国神经再生研究(英文版)》Nerve Regeneration Research CN11-5422/R, ISSN 1673-5374, 国内外公开发行, 月刊, 2007 年邮发代号 8-585。

本刊已被世界著名出版商荷兰 Elsevier Science 出版集团的 Science Direct On Site (SDOS) 数据库全文收录, 并被中国核心期刊遴选数据库、中国学术期刊全文数据库、中文科技期刊数据库、《中国学术期刊文摘(英文版)》收录。

本刊关注国际神经再生研究方面的热点和重大应用性课题, 跟踪国际神经再生研究方面高科技的前沿成果。

稿件特色为及时报道神经再生研究领域具有前瞻性、创造性和较高学术水平的基础研究、应用基础研究以及相关临床研究, 力求每一篇文章都清楚阐述与他人、他篇的不同之处。从投稿至接到录用通知 30 天。一般稿件作者修回到发表为 90 天, 欢迎投稿。

本刊订阅: 沈阳 1234 邮政信箱, 邮编: 110004, 投稿电邮: sjzs101@163.com, sjzs102@163.com, 咨询电邮: sjzs100@163.com, 电话: +86 24 23381085, 传真: +86 24 23394178。更多信息详见 www.sjzsj.com。

中国神经再生研究(英文版)编辑部