

文章编号:1005-6947(2006)03-0161-02

· 述评 ·

# 再谈提高肝门胆管癌切除率有关的手术策略与技术问题

郑英键

(湖北省武汉市中心医院 肝胆胰外科, 湖北 武汉 430014)

关键词:胆管肿瘤/外科学; 肝管, 肝内/外科学; 综述文献

中图分类号:R735.8; R322.47 文献标识码:A

肝外胆管癌近年来发现率有增长趋势。其中胆管上段癌,常称肝门部胆管癌,又名 Klaskin's 瘤,最为常见。由于所处位置特殊,易侵犯肝门主要血管,治疗困难,过去屡放弃根治手术。近年来由于手术技巧的改进和经验的积累,肝门部恶性肿瘤切除有了明显提高,预后亦有所改善。本文仅就提高肝门胆管癌切除的有关手术策略与肝门外科技术的问题讨论于后。

## 1 肝门胆管癌切除的手术策略

### 1.1 积极态度,采用根治性切除是提高肿瘤生存率的关键

肝门胆管癌,多数为高分化腺癌,生长缓慢,恶性程度较低,早期较少转移。B超、CT及MRCP等极易显示的肝内胆管扩张,并在肝门部截断的影像表现对诊断有很大帮助。64排多层螺旋CT更易显示肝门血管结构与肿瘤关系,肝叶萎缩及转移,对早期确诊均有极大帮助。目前,对肝门胆管癌处理策略已由原来姑息引流方法,逐渐转变到现阶段的积极根治性切除,甚至扩大尾叶切除术为主的趋向。一般认为,只要患者全身状态允许,应积极手术探查。按国内外公认,根治性手术式的标准为:I型肿瘤可行局部切除;II型肿瘤应行局部切除加肝I段(尾状叶)切除;III型肿瘤可行局部切除加I段切除和肝右叶切除(IIIa)或左叶(IIIb)切除;IV型肿瘤应行全肝切除及原位肝移植术。若有远处转移、双侧肝内转移,双侧二级以上肝管受累、肝固有动脉主干或左右同时受累或双侧门静脉或主干受累时,均应放弃根治手术。姑息手术可行胆肠吻合旁路手术或支架引流。大量资料报道:根治手术优

于其他姑息方法。根治性切能获得最佳治疗效果。文献报道,目前肝门胆管癌的切除率达45%~66%,5年生存率约30%~40%。但仅行介入或引流方法,6个月生存率仅26.7%,无5年生存率。我院1991年39例肝门胆管癌采用积极扩大肝切除方法,其切除率达72%,5年生存率65%,与姑息组有明显差异。

但是,肝门胆管癌常导致严重梗阻黄疸,肝肾功能损害,凝血机制障碍,全身状态差,扩大切除危险甚大,尤对肿瘤偏于右侧需行扩大右肝切除者。从考虑术后肝脏的代偿耐受问题,有学者推荐,术前先行患侧门静脉栓塞术,使患叶肝萎缩,促使健侧肝代偿增生,以提高切除率,降低术后肝衰发生率。

### 1.2 术中探查,如何判断肿瘤可否切除?

手术探查时,首先,采用经肝门板(plate hilar)途径探查。从肝门横裂在胆管前方用手探明分叉部肿瘤范围,确定侵犯那侧肝管或双侧肝管。肝门板即位于左、右肝管合流部腹面增厚纤维膜结构组织,一般可用直角钳沿肝门板与肝包膜(glisson)鞘外分离,使游离的肝门板连同肝门部包含肿瘤向下移位,让肿瘤上缘的空隙增宽,进一步显露扩张的肝管。一般肝管汇合部可下移约1~2cm。可使左、右肝管清楚显露,更可使胆管癌明显远离肝门。这样可增加良好显露。该处受累胆管扩张,周围血管亦少,紧贴肝门板分离,一般出血不多。即使少许渗血稍微压迫即可保持视野清晰。

其次,从文氏孔或肝蒂后方分开肿瘤与肝实质的间隙,从后方探明肿瘤范围。

再次,可低位游离胆总管,探明肿瘤与血管周围的关系。若肿瘤上缘显露一侧二级肝管未被侵犯时,则可切断胆总管并向上牵引,即过去“由下向上”探查方法。并探查肿瘤与门静脉,肝动脉的关系。若肿瘤与肝门部血管有粘连或侵犯,但只要

收稿日期:2005-11-20。

作者简介:郑英键,男,湖南汉寿人,湖北省武汉市中心医院教授,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:郑英键 电话:027-82845866。

易于分离或肿瘤与血管粘连上方有一定的间隙,预示可切除血管重建,提示可以根治性切除肿瘤。

## 2 坚持肿瘤整块切除及肝门血管脉络化清扫的原则

肝门胆管癌大部分为高分化癌,近年来病理发现低分化比例呈上升趋势。胆管癌分化愈低,其对周围组织浸润与转移的比率愈高,预后也差。因此,肿瘤整块切除脉络化清扫肝门内除血管外的脂肪淋巴组织是根治肿瘤与防止复发的基本原则。

肝十二指肠韧带内除血管外全部淋巴、神经、脂肪结缔组织等均应清扫切除。肝门后方的廓清包括尾叶全部或部分切除也是十分重要的。如术中发现韧带以外有淋巴结转移,在清扫局部基本病灶外,同时应行扩大淋巴结清扫,包括腹腔动脉,肝动脉周围组织一并清除。

肝门胆管癌淤疸,凝血功能下降,肝门内血管侧支增多,脉络化时易出血。可在间断阻断肝门下进行清扫,以便对小血管应予妥善结扎或电凝止血,以获得清楚创面。在施行游离肝门板显露肿瘤上方扩张肝管同时,应施行扩张胆管减压术,防止肝内胆管内高压的胆汁涌出。这样可使肿胀的肝脏缩小,不但增加了肝门部视野,又使出血相对减少,有利于肝门部的操作,也有益于术后肝功能的恢复。对肿瘤上缘切开的胆管应取材进行活检,以保证肿瘤在肝管断面重建后无癌残留,以预防术后复发。因此,肝胆断面活检也十分重要。

肝门脉络化清扫,一定要在血管鞘内沿血管外膜进行。此举可进一步简化脉络化技术,缩短清扫时间,若肿瘤侵犯血管或与血管粘连严重,分离困难时,则应阻断肝门血流,采用血管外科技术,联合肿瘤切除受累血管后重建。一般间断阻断肝门1h内多无问题,但应尽量缩短肝门阻断时间。为了减轻肠道由于阻断而淤血,亦可同时阻断上肠系膜动脉,并能减少视野渗血。

## 3 联合肿瘤及受累肝管的肝叶切除

II型肝门胆管癌位置较高邻近肝门,为了增加显露,有时需切除肝方叶。如累及尾叶,则应同时全部或部分切除肝尾状叶。如肿瘤侵犯肝门周围其他肝实质,则应行相应肝段、肝叶的切除。IIIa型肿瘤多见已侵犯右侧二级肝管或已侵犯门静脉右支,故应同时切除右半肝;IIIb型则同时切除左半肝。IV型侵犯范围较广,切除难度大,则需行肝中央部切除,即切除IV及II肝段,行多个肝内胆管重建。

## 4 手术程序

过去肝门胆管癌手术游离程序是:先对肿瘤“自下而上”的解剖。现在多数学者实践发现:从肝门部或肝门板手术入路,即“由上而下”的解剖,

快捷,安全。可直达肝胆管一级分支。笔者亦有此体会。此外,还发现:若将梗阻扩张肝管予以切开,胆道进行减压后,肿胀的肝脏即会缩小。这十分有利于进一步肝门显露。随后“自下而上”的解剖,上下结合,更进一步显露肿瘤侵犯神经及伴随于动脉周围粘连的侵犯情况。肿瘤一般直接侵犯门静脉主干较少,多累及或环抱门静脉分支。由此,可考虑联合肿瘤外科与血管外科的技术处理,即肿瘤同时切除肝动脉分支或肝固有动脉,以缩短时间,简化手术,提高切除率。

临床实践证实,只要门脉供血良好,术后肝功能可以代偿。事实上,肝动脉主干若被肿瘤侵犯造成狭窄堵塞,病肝对缺血已有适应或代偿,此时,切断肝动脉危险则会降低。一般一侧肝动脉分支结扎,不会造成严重后果。但亦有相反意见,有人认为:如果肝固有动脉侵犯切除后易发生肝衰。因此,应尽量予以重建,以保证其血供。也有文献:肝固有动脉切除后重建;术后胆道并发症约20%;未重建者,胆道并发症为100%。因此强调:“肝固有动脉重建对胆道血供的重要性”。

笔者认为:肝固有动脉切断后的处理应分别对待。若年龄<60岁,总胆红素<500 $\mu\text{mol/L}$ ,肝切除量少于半肝时,切除肝固有动脉但问题不大。相反,如年龄>60岁,总胆红素>500 $\mu\text{mol/L}$ ,切除量大于半肝时,则应尽可能保留肝固有动脉或切除后重建。门静脉受累及包绕者,肿瘤切除后,根据门静脉受累范围,可行自静脉壁上剥除肿瘤或行静脉壁切除修补;主干切除可吻合重建,门静脉腔内癌栓可切开取栓。若侵犯门静脉左右干,此时应在确保一侧门静脉完好的情况下,切除侵犯门静脉及其供血的相应半肝。

## 5 胆管空肠重建方法的改进

III,IV型切除肿瘤后,在肝门留下多个胆管断端开口,高位肝管断端开口甚短,肝肠吻合困难。有人建议采用空肠浆肌层与肝包膜缝合套入法,替代传统单层或双层缝合法。重建时笔者认为应坚持:(1)肝管壁与空肠壁全层对端吻合,应避免采用肠壁与肝实质或套入吻合;(2)肝管多孔开口,重建时,可顺其自然,进行相互拼缝,行“集合式”或盆式成形术后与空肠吻合;(3)肝管空肠吻合,应精细操作,采用3-0号可吸收合成线行单层缝合。

一般切除半肝后其吻合较易。如需行中央型肝切除,在左右一、二级肝管集合后,对尾状叶胆管开口,可以结扎,或联合切除尾叶。然后,左右肝管分别与空肠吻合重建。

肝胆管有明显扩张,一般易与空肠吻合。笔者主张:术后不放置支架引流,以减少术后胆管炎的发生,防止术后吻合口狭窄梗阻,确保术后生活质量的提高。