

文章编号:1005-6947(2007)02-0158-03

· 临床研究 ·

肝门部胆管癌手术治疗:附64例报告

王海东, 郑进方, 邢贻雷, 吴奕强, 龙籍典

(海南省人民医院肝胆外科, 海南 海口 570311)

摘要:目的 探讨肝门部胆管癌手术方式。方法 回顾性分析15年间我院收治的64例肝门部胆管癌的临床资料,包括临床表现、临床分型、手术方式及治疗效果。其中35例行手术切除,包括根治性切除16例,姑息性切除19例;29例行胆管引流术,包括胆肠内引流术16例,胆管外引流术13例。结果 根治性切除组1,2,3年生生存率分别是80.0%, 53.3%及26.7%;姑息切除组1,2,3年生生存率分别为50.0%, 16.7%, 0%;胆肠内引流组1,2年生生存率分别是45.5%和18.2%;外引流组则为25.0%和0。结论 手术切除特别是根治性切除治疗是提高肝门部胆管癌疗效和提高远期生存率可选择的方法。 [中国普通外科杂志,2007,16(2):158-160]

关键词: 胆管肿瘤/外科学; 胆管; 肝内/外科学

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** A

Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: a report of 64 cases

WANG Hai-dong, ZHENG Jun-fang, XING Yi-lei, WU Yi-qiang, LONG Ji-dian.

(Department of Hepatobiliary Surgery, The People's Hospital of Hainan Province, Haikou 570311, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the surgical therapy for patients with hilar cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data, including clinical manifestation, clinical stage, operative approaches and results of the treatments, of 64 patients with hilar cholangiocarcinoma treated during 16 years were retrospectively analyzed. Of the 64 patients, 35 cases underwent tumor resection (radical resection in 16 cases, palliative resection in 19 cases), and 29 patients underwent bile duct drainage operations (internal drainage in 16 cases and external drainage in 13 cases). **Results** In the radical resection group, the 1-, 2- and 3-year survival rate was 80.0%, 53.3% and 26.7%, respectively; in the palliative resection group, the 1-, 2- and 3-year survival rate was 50.0%, 16.7% and 0%, respectively. In the internal drainage group, the 1- and 2-year survival rate was 45.5% and 18.2%, respectively; in the external drainage group, the 1- and 2-year survival rate was 25.0% and 0%, respectively. **Conclusions** Surgical resection, especially radical resection, can improve the therapeutic results and prolong the survival time of patients with hilar cholangiocarcinoma. [Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(2): 158-160]

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

CLC number: R657.4 **Document code:** A

肝门部胆管癌是指发生于左肝管、右肝管、肝总管及其汇合部的癌肿,又称高位胆管癌。手术切除困难,预后差,是目前胆道外科的难题之一。1991年9月~2006年4月我院收治经手术治疗的肝门部胆管癌64例,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男51例,女13例;男女之比为3.92:1.00,平均年龄58.1岁(35~75)岁。

1.2 临床表现

52例(81.3%)病程中出现梗阻性黄疸,黄疸时间10~90d,平均33d。48例(75.0%)有食欲差、消瘦及上腹胀痛。术前总胆红素平均为267.7(43.1~714.5)mol/L。血清清蛋白平均为

收稿日期:2006-04-17; 修订日期:2006-11-03。

作者简介:王海东,男,河北河间人,海南省人民医院主任医师,主要从事肝癌方面的研究。

通讯作者:王海东 E-mail:wanghaidong@shou.com。

36(24~46)g/L,40例(62.5%)糖类抗原(CA199)高于正常,22例(34.4%)癌胚抗原(CEA)高于正常。术前全部行B超检查,56例(87.5%)显示肝内胆管扩张,39例(60.9%)肝门部有团块状异常。CT检查51例,其中47例(93.2%)显示肝内胆管扩张或肝门部占位病变。35例行内镜逆行胰胆管造影(ERCP)或磁共振胆胰管造影(MRCP)检查,31例(88.6%)显示肝门部胆管狭窄,中断或肿瘤。术前确诊61例,3例误诊为肝门部胆管细胞性肝癌。

1.3 临床分型

根据 Bismuth 临床分型,本组肝门部胆管癌 I型9例(14.1%),II型14例(21.9%),III型28例(43.8%),IV型13例(20.2%)。

2 治疗及结果

2.1 手术方式

本组有35例行手术切除(切除组),根据术中胆管切缘冷冻病理,其中16例行根治性切除,19例行姑息性切除,8例因肿瘤侵犯肝组织而合并肝切除,包括3例肝方叶切除,3例左半肝切

除,2例右半肝切除。29例行胆管引流术(引流组),包括胆肠内引流16例(含内涵管3例),胆管外引流13例,包括U管引流6例、T管引流4例及扩张的肝内胆管引流3例。

2.2 手术并发症

本组16例(25.0%)出现19例次并发症,其中胆漏5例次,腹腔感染2例次,上消化道出血2例次,肝衰竭2例次,肺部感染2例次,肝脓肿2例次,切口感染4例次。围手术期死亡4例(6.0%),2例死于肝衰竭,1例死于上消化道出血,1例死于肺部感染。

2.3 病理检查

48例病理检查显示,高分化腺癌18例,中分化腺癌9例,低分化腺癌9例,黏液癌3例,未分类癌9例。

2.4 随访结果

2005年10—12月对本组病例进行通信或电话随访,随访46例,随访率71.9%。随访结果见表,根治切除组效果优于姑息性切除组($P < 0.05$),切除组优于胆道引流组($P < 0.05$)(附表)。

附表 46例术后患者随访结果

分组	例数	随访例数	存活1年		存活2年		存活3年	
			例数	百分率	例数	百分率	例数	百分率
肿瘤切除组	35	27	18	66.7 ¹⁾	10	37.0 ¹⁾	4	14.8 ¹⁾
根治组	16	15	12	80.0 ²⁾	8	53.3	4	26.7
姑息组	19	12	6	50.0	2	16.7	0	-
胆道引流组	29	19	7	36.8	3	15.8	0	-
胆肠内引流组	16	11	5	45.5	2	18.2	0	-
胆管外引流组	13	8	2	25.0	0	0	0	-

注:1)与胆道引流组1,2,3年存活率比较,均 $P < 0.05$;2)与姑息组比较, $P < 0.05$

3 讨论

近年来发现肝外胆管癌有增长的趋势。肝门部胆管癌占胆管癌总数的60%~70%,最为常见。本病在确诊后未经手术治疗的,多于3个月内死亡。由于肿瘤位置在肝门部,于入肝血管毗邻,部位特殊,手术切除困难,故治疗效果差。但手术切除仍然是最有效的治疗措施^[1]。由于手术治疗技术的改进和经验的积累,肝门部恶性肿瘤切除有了明显提高,预后有所改善。

在影像学检查中,B超,CT,ERCP或MRCP是

目前主要诊断手段。本组病例中,B超的确诊率为60.9%,如将肝内胆管扩张的可疑病例包括在内则可达87.5%。CT确诊率93.2%,如结合ERCP或MRCP更可对梗阻部位及梗阻长度于术前作出估计。CA199及CEA对疑似病例可提供诊断的佐证。笔者认为对于50岁以上,有无痛性进行性加重的黄疸,有肝内肝管扩张,而无胆总管扩张和胆囊增大的病例,要警惕本病。笔者主张联合应用B超,CT,ERCP或MRCP,CA199和CEA,尽快完善术前检查,力求明确肿瘤的部位、大小及对肝管侵犯程度,以利于手术方案的制定。

对已确诊或拟诊为肝门部胆管癌的病例,除有明显的手术禁忌证(全身情况差,大量腹水或严重心、肺、肾功能障碍)外均应积极进行手术探查^[2],尽量争取行根治性或姑息性切除;如确已无法切除可行各种引流术,以解除胆道梗阻。解除胆道梗阻是为了解除高胆红素血症对全身重要脏器包括肝、肾、心、肺等器质性损害的继续加重,延长患者的生存期,并改善生活质量。笔者对能进行手术探查的病例,一般术前不进行PTCD减黄,争取尽早手术。手术探查时早期常规采用由下向上的探查方法,并探查肿瘤与门静脉和肝动脉的关系,以决定手术方式。近年来笔者在肝门部肝癌手术和半肝逆行切除的基础上进行从上向下的探查,即在肝门横裂的胆管前方用示指触摸探查肿瘤范围,了解侵犯单侧或双侧肝管。分离与肝蒂相连之肝包膜,向下牵拉肝蒂,可使左右肝管扩张部显露,便于手术切除。在肝门部由于胆管在前,血管在后,一般在胆管前的探查和分离不会损伤大的血管,仅小的血管渗血,可边分离边切除边压迫,易于止血,保持术野清晰。上端能够切除,再从后面小心分离肿瘤和肝实质之间隙,最后再从下向上切除。这样可能避免开始即从下向上骨骼化后,肝门部最后不能切除的尴尬。

肝门部胆管癌根治性切除的疗效明显优于其他姑息方法^[3]。但即使姑息性切除,因不带引流管护理方便,也比单纯外引流好。本组肝门部胆管癌切除术1年生存率达到66.7%,根治性切除的一年生存率达80.0%,3年生存率达26.7%,而姑息性引流1年生存率仅36.8%,无3年生存者,两组1年存活率比较有统计学意义($P < 0.05$),肿瘤切除明显优于姑息性引流,而胆肠内引流又优于单纯外引流^[4]。当然行姑息性引流者绝大多数是病期晚,病情重的患者,两组病情无可比性。但总的看来,切除肿瘤即使是姑息性

的,也优于单纯引流尤其是外引流者。根治切除的关键在于局部切除的范围,切缘要超过肿瘤,且应多次行冷冻病理检查,保证切缘阴性,肝十二指肠韧带骨骼化,尽可能去除沿肝门部管道扩散的肿瘤细胞。本组有8例联合肝部分切除或半肝切除达到根治性切除的目的;其中3例左半肝切除,2例右半肝切除,3例肝方叶切除。该8例术后均未出现围手术期死亡。多数患者能耐受十二指肠段以上的胆总管加肝部分切除的方式,如术中适当地应用该术式可实现肿瘤的根治性切除。对术中探查无法切除的肝门部胆管癌采用适当的姑息性手术能延长生存时间。尽量遵循内引流优先于外引流术的原则,内引流术后患者的生活质量明显高于外引流。随着手术技巧的提高,检查方法的改进,围手术期处理的完善,肝门部胆管癌的切除率将进一步提高。

本组并发症发生率为29.7%。肝衰竭、感染、上消化道出血等是常见的围手术期并发症,也是导致患者死亡的主要原因。加强围手术期的器官功能支持,预防和治疗感染可能是降低围手术期并发症的主要措施。

参考文献:

- [1] 周宁新,黄志强,冯玉泉,等. 肝门部胆管癌103例外科治疗远期疗效的评价[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(11): 649-653.
- [2] 郑英键. 再谈提高肝门部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.
- [3] 白东晓,姚德茂,潘承恩,等. 肝门部胆管癌的手术治疗:附102例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(3): 167-169.
- [4] 郭仁宣,张浩,田雨霜,等. 肝门部胆管癌的外科治疗(附136例报告)[J]. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5(5): 307.