

文章编号:1005-6947(2007)04-0392-02

· 临床报道 ·

胃癌手术后梗阻性黄疸的外科治疗

张伟¹, 胡还章²

(南京军区福州总医院 1. 急救中心 2. 肝胆外科, 福建 福州 350025)

摘要:为探讨胃癌手术后梗阻性黄疸的原因及治疗方法,笔者回顾性分析8例胃癌术后梗阻性黄疸患者的临床资料。患者均接受手术治疗。术中发现5例肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移,1例胰头部肿物,2例肝内转移瘤压迫肝内胆管。8例均经再次手术治疗,术后死亡3例,另5例的生存期为5~14个月。资料显示胃癌术后肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移是胃癌术后复发导致梗阻性黄疸的主要原因。再次手术治疗应该根据不同情况采用不同的手术方式,有望能改善患者的生活质量和延长生存时间。

[中国普通外科杂志,2007,16(4):392-393]

关键词:胃肿瘤;黄疸,梗阻性/外科学;肿瘤转移,肿瘤复发

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

胃癌手术后出现梗阻性黄疸多为胃癌术后复发所致,其具体原因及处理均较为复杂。采取合适的治疗措施可以改善患者的生活质量及延长生存时间。我院1999—2004年收治胃癌手术后出现梗阻性黄疸8例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男7例,女1例;年龄29~65岁,平均年龄53.6岁。胃癌的初次临床分期及手术方式:按照胃癌新TNM分期法,IIIa期1例,行根治性胃远端大部切除B-I式吻合术;IIIa和IIIb期各1例,行根治性胃远端大部切除B-II式结肠前吻合术;IV期5例,分别行根治性近端大部切除术1例,根治性全胃切除2例,姑息性全胃切除1例,联合多脏器切除1例。初次病理报告:低分化溃疡型腺癌3例,低分化乳头状腺癌1例,黏液腺癌2例,管状腺癌1例,印

戒细胞癌1例。术后出现梗阻性黄疸的时间为6~25个月,黄疸出现距入院时间8d至2个月。临床表现为皮肤、黏膜黄染伴瘙痒,精神不振,上腹胀痛,浓茶样尿,大便灰白等。血清总胆红素(TBIL)增高(195~758 $\mu\text{mol/L}$),平均325 $\mu\text{mol/L}$ 。CT及B超均显示肝内外胆管扩张。

2 治疗及结果

2.1 手术探查及治疗方式

本组患者均行外科手术治疗。剖腹探查术中证实肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移5例,胰头部肿物1例,肝内转移瘤压迫肝内胆管2例;8例中全腹腔广泛转移4例。行胆总管空肠吻合术2例,胆总管切开T管外引流术1例,左肝内胆管切开外引流1例,肝十二指肠韧带淋巴结骨化清扫+残胃和肝外胆道切除+胆道和空肠吻合1例,残胃联合胰十二指肠切除术1例,胆囊造瘘+空肠造瘘+横结肠、降结肠侧侧吻合+腹腔引流术1例,术中经皮肝穿置管引流1例。

2.2 结果

腹腔肿大淋巴结及病灶组织病理检查结果与初次手术病理报告一致。本组死亡3例,分别为接受经皮肝穿置管引流、残胃联合胰十二指肠切除术、胆囊造瘘+空肠造瘘+横结肠

收稿日期:2005-07-26; **修订日期:**2006-08-28。

作者简介:张伟,男,福建宁化人,南京军区福州总医院主治医师,主要从事外科危重症方面的研究。

通讯作者:张伟 E-mail:zh-easy@163.com

时间也大大缩短,从而使外科医生把精力和时间主要用于肿瘤根治上。本组1例76岁男性患者既往患有冠心病、脑血栓和轻度营养不良,在肿瘤内科诊断胃体癌,予化疗后转外科,施行经腹全胃切除术后早期发生心肺功能不全,经积极抢救后心肺功能逐渐恢复。术后第10天切口裂开,流出胆汁样肠液,剖腹探查证实为十二指肠残端漏。经彻底冲洗腹腔,十二指肠残端置双套管引流,全胃肠外营养支持和抗生素等治疗3周痊愈。分析本例发生的原因:(1)高龄;(2)术前化疗与手术间距过短(1周);(3)术中十二指肠残端闭合器闭合失败,重新缝合;(4)术前中度

营养不良未经充分准备。据此术前除进行充分准备外,对患者生理、病理的正确评估十分重要。应严格掌握全胃切除的适应症。若手术不能延长患者生命或改善生活质量,不应盲目施行。

参考文献:

- [1] 陈峻青. 胃癌外科治疗的过去选择与评估[J], 中华医学杂志, 2004, 84(24):2057-2058.
- [2] 邓维成, 陈学金, 丁国剑, 等. 胃肠手术后并发肠外瘘21例分析[J], 中国普通外科杂志, 2004, 13(4):313-314.

并降结肠侧侧吻合+腹腔引流术患者,于术后5~15d因多脏器衰竭死亡。其余接受手术患者均于术后7~14d黄疸减轻,肝功能改善,皮肤瘙痒等症状缓解出院。

2.3 随访

出院患者生存期为5~14个月,平均9个月。其中2例行胆总管空肠吻合术者,分别于出院后8个月和12个月死亡;1例行胆总管切开T管外引流术者,出院后5个月因胆总管完全梗阻、全身衰竭再次入院后死亡;1例行左肝内胆管切开外引流者,于出院后6个月死亡;1例接受肝十二指肠韧带淋巴结骨骼化清扫+残胃和肝外胆道切除+胆道和空肠吻合术患者,出院后14个月因肿瘤复发死亡。

3 讨论

胃癌淋巴结和脏器复发的时间为25个月和21个月^[1]。加强术后随访,尤其是术后3年内随访可以提高胃癌复发的早期发现率^[2]。胃癌术后黄疸的诊断关键在于明确黄疸的病因。胃癌术后的黄疸有50%为良性,多于术后半年内出现;常见原因为术后肝炎、胆囊炎、术后胆结石、吻合口瘘、输入袢梗阻等^[3]。术后半年以后出现的黄疸多为肿瘤淋巴结复发致胆管梗阻^[4],其原因较为复杂。彭淑牖等^[5]认为与下列因素有关:(1)首次手术消化道重建时采用Billroth I式吻合,肿瘤复发常可浸润到肝门部和肝十二指肠韧带。(2)近端胃癌根治术后残胃癌可侵犯肝十二指肠韧带、十二指肠或胰头部。(3)幽门上下淋巴结转移并侵犯胰头。(4)肝十二指肠韧带淋巴结转移等。本组8例患者均于手术半年后出现黄疸,经证实全部为肿瘤复发致肝内外胆管梗阻。因此可以根据患者术后发病时间、临床表现及B超、CT等影像学检查确诊黄疸是否为肿瘤复发,为决定手术治疗提供依据。螺旋CT的临床应用能早期发现胃癌淋巴结复发,有助于胃癌术后淋巴结复发的诊断^[6]。本组经术后病理证实均为胃癌复发导致肝内外胆管梗阻,表明胃癌手术后肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移是胃癌术后复发导致梗阻性黄疸的主要原因。

胃癌的病理类型及初次手术的彻底性对于术后出现梗阻性黄疸及再次手术的预后有着十分重要的影响^[7]。本组有4例初次手术病理报告为低分化癌,均于术后6~8个月内出现黄疸,术中见全腹腔广泛转移,粘连致密,3例患者于2次手术后5~15d死亡。

胃癌复发致黄疸属于肿瘤终末期,原发癌灶多浸润广泛,常侵犯临近脏器,淋巴结转移站数多而远,亦常出现肝、肺等处血行转移,治疗效果不佳,但是早期诊断、积极治疗仍有可能延长生存时间,提高生存率^[8]。本组5例出现梗阻性黄疸至就诊时间在15d内,入院时一般情况良好,TBIL<185-420 μ mol/L,手术后恢复顺利,临床症状缓解,生活质量较术前明显提高,最长生存期14个月。而本组死亡的3例患者中有2例梗阻性黄疸时间超过1个月,全身情况欠佳,即使仅行简单的引流及造瘘手术也于术后近期内死亡。

选择合适的手术方式对于患者术后生存时间和生活质量均有重要影响。有学者^[5]认为胃癌手术后梗阻性黄疸根治性手术应包括转移淋巴结在内的淋巴结清除,残胃联合受侵脏器切除及胆道和消化道的重建。如果残胃癌侵犯十二指肠或胰头部或幽门上下淋巴结转移,且较为固

定,可选择残胃联合胰十二指肠切除术。然而胃癌根治术后再次手术者,由于腹腔多广泛粘连,操作困难,此种病例手术耐受性低,再则由于部分患者出现黄疸后的就诊时间较长,全身情况进一步恶化,进行再次广泛手术较为困难,且效果不佳。本组1例胃癌手术后胰头部转移患者,行残胃联合胰十二指肠切除术,术后9d死亡,2例梗阻性黄疸时间超过1个月,全身情况欠佳,仅行简单的引流及造瘘手术也术后近期内死亡。故笔者认为,对于这类患者进行外科处理时应按照引流、微创原则进行,根据不同情况采取不同的手术方式,不主张对此类病人再次进行广泛的根治手术。本组5例以引流为主要手段者,术后恢复顺利,获得较为理想的临床效果。有报道^[9]采用腔镜引流、支架等微创方法治疗胃肠道肿瘤术后复发导致的梗阻性黄疸,不仅手术安全,而且明显改善患者生活质量。有报道^[10-11]用低剂量顺铂、5-氟尿嘧啶(5-FU)治疗胃癌术后淋巴结复发的梗阻性黄疸患者,可以改善临床症状。

参考文献:

- [1] Paricio T, Boige V, Sabourin JC, *et al.* Prognostic factors after surgery of primary resectable gastrointestinal stromal tumours [J]. *Eur J Surg Oncol*, 2004, 30(10):1098-1103.
- [2] Marrelli D, De Stefano A, de Manzoni G, *et al.* Prediction of recurrence after radical surgery for gastric cancer: a scoring system obtained from a prospective multicenter study [J]. *Ann Surg*, 2005, 241(2):247-255.
- [3] 路平, 陈峻青, 王舒宝. 胃癌术后黄疸[J]. *中国胃肠外科杂志*, 2000, 3(1):11-13.
- [4] Shiraishi N, Yasuda K, Kakisako K, *et al.* Gastric cancer presenting with obstructive jaundice [J]. *Gastric Cancer*, 1999, 2(1):76-78.
- [5] 彭淑牖, 刘颖斌, 李海军. 胃癌术后梗阻性黄疸的再手术及有关问题[J]. *中国实用外科杂志* [J], 2004 24(7):395-396.
- [6] Lee DH, Ko YT. Advanced gastric carcinoma: the role of three-dimensional and axial imaging by spiral CT [J]. *Abdom Imaging*. 1999, 24(2):111-116.
- [7] 文英. 胃癌急性穿孔27例诊治体会. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(10):799-800.
- [8] Chu KM, Law S, Branicki FJ, Wong J. Extrahepatic biliary obstruction by metastatic gastric carcinoma [J]. *J Clin Gastroenterol*, 1998, 27(1):63-66.
- [9] Nio Y, Itakura M, Koike M, Omori H, *et al.* A self-expandable metallic stent in combination with cholangioscopic microwave coagulation therapy and chemotherapy with oral TS-1 against obstructive jaundice due to recurrent gastric cancer: a case report of successful treatment [J]. *Anticancer Res*, 2003, 23(2):1795-1801.
- [10] Lo SS, Wu CW, Chi KH, *et al.* Concomitant chemoradiation treatment in the management of patients with extrahepatic biliary tract recurrence of gastric carcinoma [J]. *Cancer*, 2000, 89(1):29-34.
- [11] 朱志东, 蒲永东, 杜宏伟, 等. 选择性动脉置泵区域灌注化疗治疗不能切除的胃底贲门癌[J]. *中国普通外科杂志*, 2001, 10(6):521-523.