

文章编号:1005-6947(2007)08-0820-02

· 临床报道 ·

# 不阻断肝门的肝切除术 63 例治疗体会

任少平<sup>1</sup>, 赵鸿志<sup>2</sup>, 曾显斌<sup>1</sup>, 王秋勇<sup>1</sup>, 李永旺<sup>1</sup>, 林岩生<sup>1</sup>

(1.福建省三明市中西医结合医院 普通外科, 福建 三明 365001; 2. 黑龙江省牡丹江市第二人民医院 外科, 黑龙江 牡丹江 157000)

**摘要:**回顾性分析不阻断肝门行肝叶切除治疗 63 例良恶性肝病患者的临床资料,对术中出血量、手术时间、术后肝功能和并发症与阻断肝门的患者进行对比分析,结果显示未阻断肝门组均能成功完成手术,术中出血量、手术时间和并发症与阻断肝门组无明显差别( $P > 0.05$ )。作者认为,只要病例选择适当,术者切肝技术熟练,大部分病例不需阻断肝门亦能顺利完成肝切除手术。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(8): 820-821]

**关键词:** 肝切除术/方法; 肝门阻断; 手术后并发症/预防与控制

**中图分类号:** R 657.3      **文献标识码:** B

目前肝切除术正在成为地市级以上医院的较常用手术。但在肝脏手术过程中,既要减少术中出血,又要避免肝脏缺血太久所致肝衰竭的可能,临床上常根据患者有无肝硬化、切肝的大小、病变的部位、手术时间的长短及手术医生的经验等综合考虑是否采用肝血流阻断技术<sup>[1-2]</sup>。笔者在 20 世纪 80 年代多采用阻断第一肝门的方法,而 90 年代多采用改良第一肝门阻断,近 5 年则采用只在肝十二指肠韧带预置阻断带,不常规阻断肝血流的方法切肝,均能完成手术,未出现意外大出血,无手术死亡和肝衰竭发生,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 47 例,女 16 例;年龄 29 ~ 75 岁,中位年龄 50.8 岁。病程 1 个月 ~ 30 年,平均 4.3 年。肝癌 17 例,肝血管瘤 2 例,肝囊肿 2 例,肝内胆管结石 39 例,肝外伤 3 例。肝脏情况:合并肝硬化 25 例;Child 分级 A 级 29 例 B 级 34 例。其中 2 次手术者 5 例,3 次手术者 2 例。术式:规则右半肝切除 4 例,左半肝切除 9 例,肝中叶切除 2 例<sup>[3]</sup>,左外叶切除 29 例,右前叶 2 例,右后叶 4 例,不规则切除 13 例,其中右肝部分切除 3 例,肝左叶次全切除 2 例,肝左外叶次全切除 4 例,肝左外叶部分切除 4 例。

### 1.2 切肝方法

采用全身麻醉式。肋缘下或屋顶状切口或直切口,上阿斯特拉钩,常规解剖分离拟切肝的肝周韧带,尽量将肝脏显露好,以术者能以一只手握持控制出血。解剖第一肝门和(或)第二肝门,视术中情况预置阻断带备用。钳夹法或指捏法断肝,边夹边断边吸。遇管道予以结扎,断面检

查有无出血或漏胆,予以缝扎。肝生物胶涂抹创面或断面对拢缝合。

## 2 结果

全组病例均能在不阻断肝门的情况下完成切肝手术。出血量 100 ~ 1 400 (平均 450) mL。手术时间 1.5 ~ 3.8 (平均 2.6) h。住院时间 9 ~ 16 (平均 14.2) d。与患者以往阻断肝门切肝术相比,术中出血量较阻断肝门比较稍多,手术时间基本相同,但肝功能损害较轻(附表)。

**附表** 阻断与不阻断肝门切肝术的比较

阻断方法	病例	出血量(mL)	手术时间(h)	肝功能改变 (严重腹水或肝衰)
第一肝门阻断	56	380	3.0	3
改良第一肝门阻断	89	420	2.8	4
未阻断肝门	63	450	2.6	0
$\chi^2$ 检验		$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

## 3 讨论

由于肝脏有丰富的血供,故术中大出血仍是最危险的并发症。肝切除术中出血可发生在游离肝过程,肝实质离断过程及残肝断面,出血多少直接与预后有关<sup>[1]</sup>。尽管已有多种减少肝出血的方法,但耗时耗力,增加了对肝脏的损伤,均有其不利的一面<sup>[2]</sup>。本组结果显示,阻断和不阻断肝门与术中出血量无明显差别。笔者认为如果方法选择得当,根据病情,在保证患者安全的前提下(预置阻断带),良好地暴露肝脏,不阻断肝门亦能完成大部分切肝手术。下列情况可考虑不阻断肝血流:(1)周围性肝叶切除,如左外叶,右前叶等。(2)肝脏无异常肿大,估计断肝时可控制断面的半肝切除。(3)肝硬化明显的患者行肝叶、肝段或不规则性肝切除。如患者凝血功能较差,或是肝周围恶性肿瘤的患者,为减少出血和肿瘤转移,可在离肝切线外缘用 7 号线作一扣锁缝合后切肝。

**收稿日期:**2006-06-28; **修订日期:**2007-04-16。

**作者简介:**任少平,男,四川南充人,福建省三明市中西医结合医院主任医师,主要从事肝胆专业方面的研究。

**通讯作者:**任少平 E-mail:RSP1616@sina.com

文章编号:1005-6947(2007)08-0821-02

· 临床报道 ·

# 血清 AFP, AKP 及 $\gamma$ -GT 联合检测对肝癌介入化疗预后的评估价值

段文都, 刘鸿章, 刘力, 王建中, 刘岩, 焦征, 张颖, 刘力亚

(河北省保定市第三医院 腹部外科, 河北 保定 071000)

**摘要:**检测 42 例予 FAM 方案行肝动脉介入化疗的乙肝后肝癌患者治疗前后血清 AFP, AKP,  $\gamma$ -GT 水平, 观察治疗后 2~3 周上述指标的变化及与患者中位生存期的关系。结果示, 患者中位生存期为 10.20 个月; 血清 AFP, AKP,  $\gamma$ -GT 均下降至正常范围者 20 例, 其生存期明显长于 3 项中 1~2 项或 3 项均未降至正常范围者 (22 例)。提示, 采用 FAM 方案行肝动脉介入化疗方法治疗的乙肝后肝癌患者, 血清 AFP, AKP,  $\gamma$ -GT 3 项均下降至正常则有于评估患者的预后。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(8): 821-822]

**关键词:** 肝肿瘤/治疗; 肝动脉; 化学栓塞, 治疗性; 甲胎蛋白; 碱性磷酸酶;  $\gamma$ -甘氨酸转氨酶; 预后  
**中图分类号:** R 735.7      **文献标识码:** B

肝癌居目前世界上常见恶性肿瘤的第 5 位, 病死率居第 3 位。在我国北方以乙肝后肝癌为多见, 其预后及治疗效果差。我院自 1999 年以来采用经股动脉行肝动脉介入化疗的方法治疗乙肝后肝癌 42 例, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组病例均有相同的肝病背景, 即乙肝合并有轻-中度肝硬化, 治疗前血清甲胎蛋白 (AFP), 碱性磷酸酶 (AKP),  $\gamma$ -甘氨酸转氨酶 ( $\gamma$ -GT) 均不同程度的高于正常。根据介入治疗后血清 AFP, AKP 及  $\gamma$ -GT 下降情况不同分为 A, B 两组 (表 1)。A 组为其中 1~2 项或 3 项均未降至正常者, 共 22 例, 男 16 例, 女 6 例, 平均年龄 46.6 岁; B 组为均下降至正常范围者, 共 20 例, 其中男 16 例, 女 4 例, 平均年龄 45.5 岁。两组患者肿瘤最大直径为 7~18 cm, 累及 1~2 叶, 均属 II~III 期肝癌患者<sup>[1]</sup>。

**收稿日期:**2006-08-22; **修订日期:**2007-07-30。

**作者简介:**段文都, 男, 四川人, 河北省保定市第三医院/肿瘤医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**刘鸿章 E-mail: liuhongzhang1@haoyisheng.com.cn

### 1.2 治疗方法

两组均用 Seldinger 插管技术给予 FAM 方案经股动脉行肝动脉介入化疗<sup>[2]</sup>, 方案包括 5-氟尿嘧啶 (5-FU) 750mg/m<sup>2</sup>, 表阿霉素 (EPI) 50mg/m<sup>2</sup>, 丝裂霉素 (MMC) 8mg/m<sup>2</sup>。严格行介入术前准备及术后处理。患者平均介入 5 次/人 (1~7 次/人)。

### 1.3 血清 AFP, AKP 及 $\gamma$ -GT 的检测方法

血清 AFP 采用 Elisa 法 (正常值 0~20  $\mu$ g/L); AKP 采用酶动力学法 (正常值 45~132 U/L);  $\gamma$ -GT 采用酶动力学检测法 (正常值 7~50 U/L)。治疗前及治疗后 2~3 周复查上述 3 项化验指标。

表 1 A, B 两组血清 AFP, AKP,  $\gamma$ -GT 下降情况

组别	AFP	AKP	$\gamma$ -GT	人数
A 组	+	+	-	2
	+	-	+	3
	+	-	-	4
	-	+	+	2
	-	+	-	2
	-	-	+	3
B 组	-	-	-	6
	+	+	+	20

注: + 示降至正常, - 示未降至正常

采用不阻断肝门切肝, 如病例选择得当, 操作时间反可缩短。下列要点必须掌握: (1) 术者应充分了解肝脏的解剖病理生理特点, 有较丰富的切肝经验。 (2) 能良好地暴露肝脏, 包括肝拉钩切口选择, 肝周韧带充分游离, 并预置第一肝门阻断带等。 (3) 手术组人员熟练的配合 (包括麻醉医生护士)。 (4) 估计肝断面可在主刀者的控制之下, 遇出血时可用挤压或手指压迫法控制出血, 助手快速吸引, 看清出血位置及原因后给予钳夹或修补止血。本组 2 例肝中静脉出血, 予以修补后完成手术。 (5) 遇难以控制的出血时应立即收紧肝门阻断带, 减少出血完成手术。

## 参考文献:

- [1] 黄洁夫. 腹部外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 1226-1230.
- [2] 孙备, 姜洪池, 许军等. 肝癌切除术中肝血流控制方法的选择 [J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(11): 853-855.
- [3] 任少平, 曾显斌, 王秋勇, 等. 肝中叶切除治疗巨大肝癌 2 例报告 [J]. 福建医药杂志, 2004, 26(1): 168-169.