

文章编号:1005-6947(2006)03-0167-03

· 胆管癌专题研究 ·

肝门部胆管癌的手术治疗:附 102 例报告

白东晓, 姚德茂, 潘承恩, 秦兴雷, 王作仁

(西安交通大学医学院第一医院 外科, 陕西 西安 710061)

摘要: **目的** 探讨肝门部胆管癌的手术治疗方式。**方法** 回顾性分析 1990 年 8 月—2003 年 8 月我院收治的 102 例肝门部胆管癌的临床资料。**结果** 102 例肝门部胆管癌中, 58 例(56.9%)行手术切除, 其中 27 例(26.5%)行根治性切除, 31 例(30.4%)行姑息性切除; 44 例(43.1%)行胆管引流术, 其中行胆肠吻合内引流术 20 例, 胆管外引流术 24 例。根治性切除术组 1, 2, 3, 5 年生存率分别为 88.89%, 51.85%, 37.03%, 22.22%; 姑息性切除术组 1, 2, 3, 5 年生存率分别为 51.61%, 6.45%, 3.22%, 0%; 胆肠吻合内引流术组和胆管外引流术组的 1 年生存率分别是 29.41% 和 23.80%, 无生存 2 年者。**结论** 手术切除, 特别是根治性切除治疗肝门部胆管癌可取得较好的疗效。

关键词: 胆管肿瘤/外科学; 胆管, 肝内/外科学

中图分类号: R735.8 **文献标识码:** A

Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: a report of 102 cases

BAI Dong-xiao, YAO De-mao, PAN Cheng-en, QIN Xing-lei, WANG Zuo-ren

(Department of Surgery, the First Hospital, Xi'an Jiao Tong University, Xi'an, 710061, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the method of surgical therapy of hilar cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data of 102 surgically treated patients with hilar cholangiocarcinoma admitted into our hospital from August 1990 to August 2003 were retrospectively analyzed. **Results** In this cohort of 102 cases of hilar cholangiocarcinoma, 58 cases (56.9%) underwent surgical resection. In 27 (26.5%) of these 58 cases, a radical resection was performed, and 31 cases (30.4%) had a palliative resection. Bile duct drainage was done in 44 cases (43.1%), that included 20 cases with internal drainage by cholangioenterostomy and 24 cases with external biliary drainage. The 1-, 2-, 3- and 5-year survival in the radical resection group was 88.89%, 51.85%, 37.03% and 22.22%, respectively, and in the palliative resection group was 51.61%, 6.45%, 3.22% and 0%, respectively. In the cholangioenterostomy internal drainage group and the external biliary drainage group, the 1-year survival rate was 29.4% and 23.80%, respectively, and there were no 2-year survivors. **Conclusions** Better treatment results for hilar cholangiocarcinoma can only be obtained by surgical resection, especially by radical resection.

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

CLC number: R735.8 **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。由于肝门部胆管的特殊解剖部位和毗邻关系, 以及癌肿的浸润特点, 使得肝门部胆管癌诊断和处理成为当今外科的复杂问

题之一。1990 年 8 月—2003 年 8 月我院收治肝门部胆管癌 102 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 68 例, 女 34 例, 年龄 45 ~ 72 (平均 58.7) 岁。89 例(87.3%)病程中出现进行性黄疸, 黄疸发现时间 1 周至 1 个月不等。82 例(80.4%)伴有上腹部胀疼不适、食欲差、消瘦、皮肤瘙痒, 无

收稿日期:2005-12-17; 修订日期:2006-02-28。

作者简介: 白东晓, 男, 河南安阳人, 西安交通大学医学院第一附属医院主治医师, 主要从事胆道外科及消化系统肿瘤的手术及免疫治疗方面的研究。

通讯作者: 姚德茂 E-mail: yaodemao@yahoo.com.cn。

腹水。血清胆红素为 $141.20 \sim 304.00 \mu\text{mol/L}$ ，平均值 $201.5 \mu\text{mol/L}$ ；66 例 (64.7%) 血清糖链抗原 (CA19-9) 大于 37 kU/L ，27 例癌胚抗原 (CEA) 大于 $22 \mu\text{g/L}$ 。ALT, AST, γ -GT, AKP 均有不同程度升高。术前全部行 B 超检查，86 例 (84.3%) 显示肝内胆管扩张，胆囊缩小或正常；85 例做了 CT 和/或 CT 增强，80 例 (94.1%) 显示肝内胆管扩张或肝门部占位病变；18 例 PTC，15 例 (83.3%) 显示肝门部梗阻；12 例 ERCP，6 例 (50.0%) 显示肝门部梗阻或狭窄；35 例磁共振胰胆管造影 (MRCP)，32 例 (90.1%) 显示肝门部肿瘤、胆管狭窄或胆囊缩小。按 Bismuth-Corlette 法^[1]分型，I 型 15 例，II 型 27 例，IIIa 型 23 例，IIIb 型 25 例，IV 型 12 例。

1.2 手术方法

102 例肝门部胆管癌中，58 例行手术切除 (切除组)，其中 27 例行根治性切除术，31 例行姑息性切除术。44 例行胆管引流术 (引流组)，其中行胆肠吻合内引流术 20 例，胆管外引流术 24 例 (包括 PTCD，探查术中的 U 管、T 管引流和经肝胆管引流)。根治性切除术的基本术式为：切除包括肿瘤上方 1 cm 在内的肝管及肝总管、胆总管，胆囊切除、肝十二指肠韧带骨骼化、肝管盆式空肠 Roux-en-Y 吻合术。I 型中 12 例行基本术式根治性切除，其中 2 例加行胰十二指肠切除术。II 型中，5 例为基本术式加肝方叶及肝尾状叶部分切除；2 例行基本术式加肝尾状叶切除。IIIa 型中，3 例基本术式加右半肝切除；IIIb 型中，4 例基本术式加左半肝切除。IV 型中 1 例行肝移植术。

1.3 统计方法

分批电话随访或信访。统计学处理采用 SPSS11.0 统计软件，生存率的计算采用 Kaplan-Meier 法，并作 Cox 回归处理。 $P < 0.05$ 具有意义。

2 结果

2.1 病理结果

在 58 例切除的病人中，高分化腺癌 18 例，中分化腺癌 21 例，低分化腺癌 19 例。2 例 II 型、1 例 IIb 型切缘有癌细胞残留，其余切缘为阴性。所有病例均有肝门区神经、血管及淋巴管累及，4 例有周围淋巴结转移。

2.2 治疗效果

手术切除率为 56.9% (58/102)，根治性切除

率为 26.5% (27/102)。手术切除组的生存时间明显长于引流组，其中行根治性切除术的病人的生存期最长 ($P < 0.01$)。胆肠吻合术内引流组 1 年生存率高于胆管外引流组 (附表)。本组 1 例 Bismuth IV 型行姑息性切除、胆肠吻合术后，于术后 1 个月死于肝功能衰竭，手术死亡率 0.99% (1/102)。术后并发胆瘘 3 例，经引流 2 周后治愈。腹水 8 例，经治疗后腹水均消退。

附表 治疗方法与生存率的关系

治疗方法	例数	生存率 (%)				中位生存期(月)
		1 年	2 年	3 年	5 年	
根治性切除术	27	88.89	51.85	37.03	22.22	27 ± 3
姑息性切除术	31	51.61	6.45	3.22	0.00	12 ± 2 ¹⁾
胆肠内引流术	20	29.41	0.0	0.00	0.00	9 ± 1 ^{1),2)}
胆管外引流术	24	23.80	0.00	0.00	0.00	6 ± 1 ^{1),2)}

注:1)与根治性切除术比较, $\chi^2 = 23.41$, $P < 0.00227$;2)与姑息性切除术比较, $\chi^2 = 17.26$, $P < 0.005$

3 讨论

在我国，胆管癌的发病年龄分布在 14 ~ 94 岁，发病的高峰年龄为 50 ~ 59 岁，男性多于女性^[2]。我院^[3]40 年来肝外胆管癌患者资料分析结果表明：胆管癌占胆道疾病 6.77%，从四个阶段看 (每 10 年)，胆管癌发病呈逐阶段递增趋势。

外科手术切除是肝外胆管癌患者获得长期生存的唯一治疗措施^[4]。B 超、CT 及增强扫描对肝门部胆管癌的诊断及术前评估有较大的价值，为基本检查手段。术前行双侧 PTC，有助于确定临床 Bismuth 分型和瘤灶梗阻的部位、体积、范围^[5]。MRCP 能完整且直观地显示肝内、外胆管树图像，还可显示胆管的狭窄及管内的充盈缺损和胆管梗阻远、近端情况，并明确肿瘤的部位、大小，是评估手术可行性的重要手段之一。Romanehsen 等^[6]回顾性研究了 59 例行手术治疗的肝门部胆管癌患者，发现术前的 ERCP, PTC, MRCP 能正确判定肝门部胆管癌的 Bismuth 分期的比率分别是 29%，36%，53%。

根治性切除术前是否做胆管引流以减轻黄疸，国内外尚有争议。Jamagin^[7]作前瞻性研究发现，术前胆道引流组与对照组比较，死亡率和长期生

存率均没有明显差异;而且术前引流还与术后感染增加有关,6例术后感染死亡病人中5例均有术前胆道引流史。本组58例手术切除病人,术前未做胆管引流。但对于一些一般状况差,不适于手术者,可行PTCD以减轻黄疸、延长寿命;手术中行剖腹探查,对不能根治性切除者,行胆管肿瘤切除、胆肠吻合内引流术。无法切除,又不适于做胆肠内引流者,可行U管、T管的外引流。

肝门部胆管癌的根治性切除术率较低。笔者的体会是:(1)在剖腹探查中,应首先确定无远处转移。解剖出一级肝管,明确病变与周围组织浸润情况,结合患者的一般状况,制定手术方案。(2)游离胆总管下段,在十二指肠上缘离断胆总管,取切缘送病检。如切缘阳性,则需加行胰头十二指肠切除;如阴性则向上行肝十二指肠韧带骨骼化。(3)术前影像学如显示有门静脉狭窄,术中发现多为肿瘤压迫所致,剥离肿瘤后可恢复正常的血流。对于已经侵犯门静脉者,3例行楔形切除直接修复,2例切除门静脉2cm,做端端吻合。故认为术前发现门静脉狭窄,不应列为手术禁忌证。(4)门静脉的骨骼化,应紧贴门静脉,在其血管鞘内间隙进行,较游离。(5)一侧肝动脉分枝有癌浸润不能剥开时,可行结扎、切断,与肿瘤一并切除。(6)肝叶切除需阻断肝门者,最好采用半肝阻断,以减少术后肝功能衰竭的可能性。本组II型2例行基本术式+肝尾状叶切除,5例行基本术式+肝方叶及肝尾状叶部分切除。日本学者认为95%的Bismuth II型癌变侵犯肝尾状叶,故主张联合切除肝尾状叶。Gazzaniga等^[8]报道联合尾状叶切除的患者,5年生存率为25%,而未联合尾状叶切除者5年生存率为0,由此可见联合切除肝尾状叶的重要性。李汉贤等^[9]对16例侵犯肝门血管的肝门胆管癌,采用肝I、IV段连同肝门胆管肿瘤与受侵血管整块切除,提高了切除率。本组IIIa型和IIIb型中有7例因癌肿浸润汇合部胆管及右(左)肝管,在上述步骤的基础上,加行右

(左)半肝切除,健侧胆管以3-0 Vicryl缝合线缝合胆管盆,与空肠行Roux-en-Y吻合,取得满意效果。

围手术期处理包括术前纠正低蛋白血症及贫血,术中尽量减少失血,缩短阻断肝门时间或采用半肝阻断,术后保持引流通畅,有效的抗生素,合理的营养支持,这些对手术成功及降低死亡率有着至关重要的作用。

参考文献:

- [1] Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma [J]. *Ann Surg*, 1992, 215(1):31-38.
- [2] 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2000. 787-816.
- [3] 石景森,周连锁,王作仁,等. 肝外胆道癌830例临床分析[J]. *中华外科杂志*, 1997, 35(11):645-648.
- [4] Heron DE, Stein DE, Eschelmann DJ, et al. Cholangiocarcinoma: The impact of tumor location and treatment strategy on outcome [J]. *Am J Clin Oncol*, 2003, 26(4):422-428.
- [5] 赵建勋,孙占祺,王彬,等. 肝门胆管癌可切除性判断及术式选择[J]. *中国现代医学杂志*, 2001, 11(5):11-13.
- [6] Romanehsen B, Otto G, Lohse AW, et al. Diagnostic imaging of hilar cholangiocarcinoma: preoperative evaluation of ERC, MRC and PTC in comparison with histopathology [J]. *Rofo*, 2004, 176(12):1750-1758.
- [7] Jarnagin WR, Fong Y, Dematteo R, et al. Staging, resectability, and outcome in 225 patients with hilar cholangiocarcinoma [J]. *Ann Surg*, 2001, 234(4):507-517.
- [8] Gazzaniga GM, Filauro M, Bagarolo C, et al. Surgery for hilar cholangiocarcinoma: an Italian experience [J]. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2000, 7(2):122-127.
- [9] 李汉贤,唐超明,秦春宏,等. 联合肝叶和肝门血管切除治疗肝门胆管癌[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(7):485-488.