

文章编号:1005-6947(2007)03-0203-03

· 肝癌专题研究 ·

肝尾叶切除治疗尾叶肝癌:附11例报告

温增庆, 严以群, 杨甲梅, 吴孟超

(第二军医大学附属东方肝胆外科医院 肝外科, 上海 200438)

摘要:目的 探讨肝尾叶切除治疗尾叶肝癌的安全方法。方法 回顾分析11例肝癌行尾叶成功切除的临床资料,并提出肝脏尾叶切除的4个安全方法:(1)选择合适的手术切口,使手术野有良好暴露;(2)充分游离肝脏,使肝脏可向上、左或右侧翻动;(3)备全肝血流阻断带,根据需要,以备随时阻断全肝血流;(4)根据肿瘤情况决定理想的切肝手术入路;必要时采取多叶联合切除。11例中单纯阻断第一肝门切除尾叶6例,其余病例在多次阻断或全肝血流阻断下切除尾叶。联合右肝部分切除2例,联合左外叶切除3例,尾叶单独切除6例。结果 11例患者均顺利完成手术,无手术死亡。结论 采用上述措施,可安全行肝尾叶肝癌切除。 [中国普通外科杂志,2007,16(3):203-205]

关键词: 肝肿瘤/外科学; 肝切除术/方法; 肝尾状叶

中图分类号: R735.7

文献标识码: A

Caudate lobectomy for liver cancer in caudate lobe; a report of 11 cases

WEN Zeng-qing, YAN Yi-qun, YANG Jia-mei, WU Meng-chao

(Department of Hepatic Surgery, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, the Second Military Medical University, Shanghai 200438, China)

Abstract: Objective To explore the safe technique of caudate lobectomy for liver cancer in caudate lobe (LCCL). **Methods** The clinical data of 11 cases of primary liver cancer in caudate lobe who received hepatectomy successfully were retrospectively analyzed. four procedures were used in the operations: (1) selection of appropriate skin incision, so as to obtain excellent exposure of operative field; (2) adequate mobilization of the liver to allow the liver to be displaced upwards to the left or to the right; (3) preparatory placement of tapes for total hepatic vascular isolation, so that this procedure can be used when necessary; (4) selection of the ideal route for hepatectomy based on the condition of the tumor and, if necessary, the combined removal of multiple lobes. Among the 11 cases, simple occlusion of vessels of porta hepatis was used for caudate lobectomy in 6 cases, while, in the other cases, the vessels were intermittently occluded several times or total hepatic vascular isolation was used for the caudate lobectomy. combined partial right hepatectomy was done in 2 cases, combined left lateral lobectomy in 3 cases and caudate lobectomy alone in 6 cases. **Results** Operation was smooth and successful in all of the 11 cases, and there was no mortality. **Conclusions** Caudate lobectomy for LCCL can be safely performed when the above procedures are used.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(3): 203-205]

Key words: Liver Neoplasms/surg; Hepatectomy/methods; Caudate lobe

CLC number: R735.7

Document code: A

肝尾状叶切除仍然是较大风险的手术,若手

术中所采用措施得当,可提高其安全性和切除率。按肝脏的五叶四段法划分^[1],肝尾叶即是Couinaud分段法的第I段,因其解剖位置特殊,手术切除难度高、风险大。2003—2005年,我科成功切除了11例尾叶肝癌,报告如下。

收稿日期:2006-12-15; 修订日期:2007-02-07。

作者简介:温增庆,男,江西赣州人,第二军医大学附属东方肝胆外科医院肝副教授,主要从事肝癌外科治疗方面的研究。

通讯作者:温增庆 E-mail:wenzq188@sina.com。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女2例;年龄32~65(平均53)岁。11例均为原发性肝癌,其中9例原发于尾叶,2例为肝右叶肝癌侵犯尾叶。乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性9例,9例均合并明显肝硬化。3例术前曾有1次肝切除手术史。

1.2 手术方法

患者均采用腹部双肋缘下切口(人字形切口),悬吊拉钩向上、向侧边牵开肋弓。完全游离肝脏,即切断肝圆韧带、左右三角韧带、左右冠状韧带和肝胃韧带、肝肾韧带。肝脏手术由左侧入路9例,右侧2例,未行前入路。所有患者切肝前备肝上和肝下下腔静脉阻断带,但全肝血流阻断仅在下腔静脉破裂或肝静脉撕裂大出血时采用。行单独尾叶切除6例。为了使手术空间扩大,3例联合左外叶肝切除,2例联合右后叶切除。

6例仅在第一肝门阻断1次的情况下完成尾叶肿瘤切除;3例阻断第一肝门2次(1例包括1次全肝血流阻断),1例第一肝门阻断3次(包括1次全肝血流阻断),1例全肝血流阻断。每次阻断时间不超过15 min。全肝血流阻断患者中,1例作肝静脉修补,1例下腔静脉修补,1例同时行右肾上腺切除。患者术中出血为100~800 mL,平均出血200 mL。切肝时间10~50 min,平均时间30 min。

2 结果

2.1 手术结果

全组均顺利完成手术,无手术死亡。2例重度肝硬化者术后出现腹水,经积极支持治疗后得以控制。3例右侧胸腔积液经1~3次胸腔穿刺抽液而愈。

2.2 随访结果

1例术后2个月两肺转移死亡;1例术后6个月上消化道出血死亡;6例分别于术后9,11,12,13,15,19个月肿瘤复发死亡。另外3例存活时间已达15~18个月,仍在随访中。

3 讨论

3.1 肝尾叶肿瘤切除的意义

肝尾叶动脉血供来自多支动脉,该部位肿瘤行肝动脉栓塞化疗效果往往不理想。无水酒精注射也常受到限制,因其与多个血管毗邻,穿刺不当易致大出血和损伤周围结构。所以尾叶切除仍然是治疗尾叶肝癌的主要方法。

3.2 尾叶切除的难度

尾叶手术曾视为禁区。因为尾叶前方是肝门Glisson系统(第一肝门),头侧部为肝中静脉(第二肝门),后为下腔静脉(第三肝门),左侧为静脉韧带裂,右侧与右肝后叶相连。尾叶紧夹于3个肝门结构之间^[2],且彼此有管道相连。尾状叶的出入血管与其他肝叶明显不同,入肝血管可有多支来自左、右门静脉和肝动脉,静脉回流同样有多支静脉直接汇入下腔静脉和肝静脉。分离尾状叶前面容易损伤肝门结构造成出血或胆管损伤,分离后面容易损伤下腔静脉造成难以控制的大出血。其中尤以尾叶上部和紧贴下腔静脉的肿瘤切除难度最大,该部位暴露困难、手术空间极小。

3.3 尾叶安全切除的经验

3.3.1 皮肤切口、肝脏游离、切肝路径和联合肝叶切除 在解剖学上尾状叶又可细分为三部分(左、中、右),但尾叶的大部分在左部。单侧右肋缘下切口手术野暴露不够,笔者取双侧肋缘下切口,即"人"字形切口,手术野显露良好^[3]。肝脏游离十分重要。整个肝脏应充分游离,以使手术中可根据需要向左、右或上翻转肝脏,充分暴露尾叶。切除时,切肝手术入路有3条:(1)前路途径。切开正中裂牵开左右肝门暴露尾状叶。此方法手术复杂,费时且损伤大,实际应用少。笔者认为尾叶切除基本不必采用此入路。(2)右侧途径。切除部分右肝下段。此方法切除肝组织太多,应根据患者肝硬化程度决定。若不切除部分右叶,对尾叶右部及上部肿瘤暴露困难,手术难度大。(3)左侧途径。若肿瘤近尾叶左侧或上端,切除左外叶,有利于暴露手术野^[4]。但若肝硬化严重,以不切除左外叶为佳,否则手术后容易发生肝功能异常。切除

左外叶后,将肝脏向上、向右翻转行尾叶切除。大部分尾状叶肿瘤可采用此方法。

3.3.2 预置肝上、肝下下腔静脉及第一肝门阻断带 目的是及时有效地处理术中损伤下腔静脉或肝静脉造成的致命大出血。若发生大出血,病死率高。笔者反复强调,所有患者须预置全肝血流阻断带,有备无患。虽然实际手术中可能仅部分病例需要全肝血流阻断^[5-6],但有全肝阻断带,可予手术充分的安全保证。但全肝血流阻断时,要严格掌握阻断时间。因为原发性肝癌患者肝脏均有不同程度的肝硬化,肝功能储备差。笔者认为最好控制全肝血流阻断不超过15 min,以减少术后并发症的发生。手术中一旦创面大量涌血,可能是静脉(肝静脉或下腔静脉)破裂所致,此时不能慌乱或四处翻动寻找破裂口,更不能犹豫不决,应当机立断行全肝血流阻断,并快速切除肿瘤,移

去肿瘤后寻找静脉破裂口并修补。当然若破裂口小且部位明确,也可不阻断全肝血流,而采用指压法止血或辛氏钳钳夹后行破裂口修补。

参考文献:

- [1] 吴孟超. 肝脏解剖[A]. 见:吴孟超. 肝脏外科学[M]. 第2版. 上海:上海科学技术文献出版社, 2000. 14~15.
- [2] 牛丛信. 肝脏尾状叶的应用解剖和手术方法的进展[J]. 中华肝胆外科杂志, 2001, 7(4): 254~256.
- [3] 彭淑牖, 刘颖斌. 肝尾状叶切除术[J]. 临床外科杂志, 2001, 9(1): 49~50.
- [4] 李文美, 李向农, 刘斌, 等. 肝中央区肝肿瘤的手术切除[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3): 166~168.
- [5] 王义, 陈汉, 孙延富, 等. 肝尾状叶肿瘤手术切除方法的探讨[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(1): 36~39.
- [6] 欧琨, 邢雪, 陈强谱, 等. 肝巨大肿瘤切除及其方法探讨:附18例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(7): 553~555.

欢迎订阅《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》(ISSN 1005-6947/CN43-1213/R)由国家教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办。国内外公开发行人(国内邮发代号:42-121;国际代码:M6436)。主编吕新生教授,顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、郑树森、夏家辉、黄志强、裘法祖、黎介寿等十多位国内外著名普通外科专家担任,编委会由全国各地普通外资深专家、学科带头人近80人组成。出版周期短,时效性强。以传播现代普外科的新理念、新技术、新方法,以及普通外科领域的理论、实践、基础研究和相关方面的最新进展为宗旨,以开展国内外学术交流,促进普通外科学科发展为己任,服务于普外临床、教学、科研工作者。

《中国普通外科杂志》为中国科技论文核心期刊,设有栏目为述评、专家论坛、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、误诊误治与分析、手术经验与技巧、文献综述、病案报告、国内外学术动态等,目前本刊已进入多个国内外重要检索系统和数据库,如美国化学文摘(CA),俄罗斯文摘(AJ),中国科学引文数据库(CSCD),中国科技论文与引文数据库,中国学术期刊综合评价数据库,中国期刊网全文数据库,中文科技期刊数据库,中文生物医学期刊文献数据库(CMCC),万方数据-数字化期刊群,中国生物医学期刊光盘版等。创刊15年,多次获奖,2004年获全国高校优秀科技期刊,2005年获湖南省十佳科技期刊。

2007年《中国普通外科杂志》(月刊),国际标准开本(A4),每期80页,每月15日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,封面美观大方。定价9.50元/册,全年114元。欢迎到全国各地邮局订购,邮发代号:42-121。

编辑部可办理邮购。编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路87号(湘雅医院内),邮政编码:410008,电话(传真):0731-4327400, E-mail: zpwzcn@gmail.com, jcgxxyh@126.com, 主页: http://www.periodicals.net.cn。