DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.03.029

肝门部胆管癌外科治疗的进步及问题

王曙光* 蔡景修 韩本立 黄志强 何振平 董家鸿 别 平 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心) 重庆, 400038

提 要 目的: 总结肝门部胆管癌的诊治经验及存在的问题。方法: 回顾20年来168例肝门部胆管癌临床资料并结合近年部分病例随访结果,分析和讨论。结果: 全组手术治疗127例,保守治疗41例。术前超声和CT联合检查使梗阻部位和病变性质确诊率分别提高到97.4%和94.7%。肝门区淋巴结和肝十二指肠韧带结缔组织及肝脏是较早和最常见的转移部位。全组总切除率为35.9%,近5年切除率提高到50.0%。合并有肝门区局部转移者切除后1年复发率80.0%,3年复发率100%,平均复发时间术后7.6月。未见转移者术后1年复发率14.3%,3年复发率71.4%,平均复发时间术后16.5月。结论: 肝门部胆管癌病例数近年来有上升趋势。术前超声和CT联合检查一般能够满足诊断,应尽量避免有创性和侵入性检查。为减少复发,尽可能地切除肝门区淋巴、神经纤维、脂肪和纤维结缔组织,有时甚至包括右侧腹腔神经节,应当是治愈性切除术的基本要求之一。

关键词 胆管肿瘤/外科手术;复发;肝疾病/外科手术
中图法分类号 R735.8

肝门部胆管癌在胆道恶性肿瘤中占多数[1],且预后差,术后复发率高[2,3]。本研究全面回顾了1976年2月至1996年5月我中心收治的168例肝门部胆管癌临床资料,结合近年来部分病例随访结果,对20年来外科肝门部胆管癌的进步及主要问题进行了总结和讨论。

1 材料,方法与结果

全组168例,男115(68.5%)例、女53(31.5%)例。平均年龄51(20~80)岁。入院时163例有明显的黄疸。合并有肝胆管结石者7例(4.5%)、胆囊结石4例(2.4%)、胆管囊肿癌变3例(1.8%),胆总管结石和重症急性胆管炎各2例(1.2%)。既往一次胆道手术史者5例(3.0%),2次以上胆道手术史者6例(3.6%)。根据Bismuth临床分型法[1],全组中Ⅰ型24例(14.3%)、Ⅱ型43例(25.6%),Ⅲa型38例(22.6%),Ⅲb型13例(7.7%),Ⅳ型50例(29.8%)。全组在各年度段的分布如下: 1976年~1980年共14例(11.8%),1981年~1985年35例(18.5%),1986年~1990年40例(22.2%),1991年~1996年76例(47.5%)。

有114例病人接受超声检查,82例接受CT检查,超声和CT检查二者联合应用可使梗阻部位术前确诊率达97.4%,病变性质术前确诊率可达94.7%,见表1。ERCP和PTC检查,二者均可获得很高的术前梗阻部位和病变性质确诊率,见表1。但二者均可诱发部分病例发生胆管炎、胰腺炎胆漏等并发症,多数因胆道感染而失去一期根治性切除机会,1例因重症急性胆管炎而死亡。接受PTC的病人中3例进行了PTBD,并发胆漏和膈下感染2例。

表1 超声、CT、ERCP和PTC在168例肝门部胆管癌诊断中的应用

Tab 1 Roles of ultrasonography, CT, ERCP and PTC in diagnoses for carcinoma of Hilar duct in 168 patients

	Total case number	Location lonfirmation of obstruction		Quality confirmation of obstructive lesion		Tumor exhibition		Misdiagnosis		Inducing cholangitis	
		Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%
U△	114	101	88.6	78	68.4	66	47.9	22	19.3		
CT	82	75	91.5	60	73.2	18	22.0	14	17.1		
ERCP	27	27	100.0	21	77.8			2	7.4	3	11.1
PTC	36	36	100.0	34	94.4					6	16.7
U+CT	76	74	97.4	72	94.7	60	78.9	2	2.6		
U+CT+ERCP	21	21	100.0	20	95.2	16	76.2			2	9.5

△: U=Ultrasondgraphy

王曙光,男,33岁,副主任医师,副教授,博士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

全组经手术、病理或影像检查证实发生门区淋巴结转移 57例(33.9%)、肝十二指肠韧带结缔组织内转移 43例(25.6%)、肝转移 42例(25.0%)、网膜转移 13例(7.7%)、门静脉和下腔静脉受侵 9例(5.4%)、胃肠脏器受侵 9例(5.4%)、胆囊浸润 8例(4.8%)、腹膜后淋巴转移 8例(4.8%)、腹壁转移 5例(3.0%)、胰腺转移 2例(1.2%)、腹腔外远处转移 2例(1.2%)。

127例(75.6%)病人接受手术治疗,41例保守治疗(26例因病危或原因拒绝手术,15例因无法引流胆道而探查后关腹)。未经术前选择,手术切除 51例,其中单纯癌段胆管切除后胆肠吻合 12例,附加肝方叶及癌段胆管切除后胆肠吻合 14例,附加左半肝或超左半肝切除后胆肠吻合 20例,右前叶及左内叶切除后胆肠吻合 4例,附加右三肝切除 1例,如包括 15例腹腔者,总切除率 35.9%。各年度段切除率:1985年以前 10.0%(4/40),1986年~1990年 35.7%(10/280,1991年~1996年 50.0%(37/74)。14例在外院手术探查后关腹,来我院再次手术获得切除 1例(7.1%)。76例因病灶浸润广泛或转移而行姑息性手术,见表 2

表 2 91例肝门部胆管癌姑息性手术方式

Tab 2 Patterns of palliative surgical treatment in 91 patients with carcinoma of hilar duct

Patterns	Cases
T tube drainage of hepatic duct	43
Hepatic duct-T tube-gastrointestinal drainage	8
U tube drainage of hepatobiliary duct	7
Interdrainage with tube retaining of hepatobiliary duct	5
Hepatojejunostomy	5
Hepatocholecystojejunostomy	3
PTBD	2
Total	76

手术切除组术后并发多系统器官衰竭 5例(9.8%),腹腔感染、上消化道出血各 3例(5.9%),胆瘘、切口感染各 2例(3.9%),全身性感染、术后腹腔内出血和肺部感染各 1例(2.0%)。姑息性手术治疗组术后并发多系统器官竭共 18例(23.7%),腹腔感染 17例(22.4%),胆瘘 7例(9.2%),胆道感染及胆源性脓肿 6例(7.9%),切口感染 5例(6.6%),上消化道出血 4例(5.3%),全身性感染 2例(2.6%),肺部感染、霉菌感染和胆源性肝脓肿破入心包致心包填塞各 1例(1.3%)。

全组住院期间死亡共 25例(14.9%),其中手术治疗组 10例(7.95),保守治疗组死亡 15例(36.6)。手术治疗组中切除者死亡 4例(7.8%),姑息性手术者 11例(14.5%)。

68例获得病理学检查,其中,管状腺癌 57例(83.8%),粘液性腺癌 6例(8.8%),乳头状腺癌 4例(5.9%),硬化型腺癌 1例(1.5%)。

为了观察手术治疗效果,对 1990年~1993年 24例手术切除的病人中 22例了随访率 91.7%,其中合并有肝浸润或肝门区淋巴转移者 15例,未见转移者 7例。有肝浸润或转移者术后 1年内复发 11例(80.0%),3年内全部复发,平均复发时间术后 7.6个月。术后 1年内死亡 8例(53.3%),至随访时无 1例生存 3年。未转移者术后 1年复发率 14.3%(1/7),3年复发率 71.4%(5/7),1例至今超过 3年无复发,平均复发时间 16.5月。术后 1年存活率 100%,至随访时 4例(57.1%)术后 3年内死亡。另一组随访资料为 1990年~1993年姑息性手术治疗的 20例病人中的 17例,随访率 85.0%。术后存活时间为 2~9个月,平均 4.5个月。

2 讨论

肝门部胆管癌是肝外胆管癌中最多的一个类型,占半数以上[1]。统计我院 20年来收治该病种的资料显示,肝门部胆管癌的病例数逐年增加,尤其近年来上升趋势十分明显。根据分型统计,本组肝门部胆管癌以Ⅳ型最多见,表明病人入院时病期较晚,这是影响上段胆管癌治愈性切除率的主要原因之一。因此,努力提高诊断水平,特别是早期诊断,提高手术切除率,是近年来腹部外科急待解决的重点之一,可喜的是这已经取得了不小的进步。

10多年前确诊肝门部胆管癌主要借助 PTC或 ERCP等影像学方法,二者术前梗阻部位确诊率和病变性质确诊率很高,但诱发胆道炎、胆瘘和胰腺炎时常发生,易使病人失去一期手术切除机会。超声和 CT联合检查已使术前梗阻部位和病变性质仍率显著提高,我们认为二者一般能够满足胆管癌和壶腹癌的诊断,故对胆道癌患者应尽可能避免有创性和侵入性检查,以免诱发胆道感染而使病人错过手术良机。

不同年度段肝门部胆管癌的手术切除率表明,随着外科技术和现代影像诊断技术的发展,手术切除率逐年升高。肝门部胆管癌根治性切除是一创伤性大、复杂而较为困难的手术,重度黄疸、广泛肝切除及原有胆道感染等均是增加手术死亡率的重要因素。对病灶限于分叉部或偏于左侧者,癌段胆管附加肝方叶或肝左叶切除一般能够耐受。而对于病灶偏右侧者,我们主张采用肝中叶(右前叶及左内叶)以保存肝右后叶而不用扩大的右肝叶切除术,以便保留足够的功能性肝,并减少术后膈下感染的机会。

过去曾认为肝门部胆管癌生长慢且转移晚[4],但事实并非如此。本组病例显示肝门区淋巴结、肝十二指肠韧带结缔组织和肝脏是较早和最常见的转移部位。由于胆道系统的特殊解剖结构和毗邻关系及胆管癌细胞的生物学特性,胆管周围丰富的血管、淋巴管、神经周围间隙及疏松的纤维结缔组织为肿瘤细胞提供了多通道转移途经[5]。转移是切除术后复发的主要原因,本

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

组部分病例的随访结果表明有转移者和无转移者切除术后 1年复发率、3年复发率及平均术后复发时间均相差非常显著。因此 ,尽可能切除肝门区淋巴、神经纤维、脂肪和纤维结缔组织 ,有时甚至包括右侧腹腔神经节 ,实现肝门区大血管“骨骼化” ,应当是治愈性切除术的基本要求之一 ,也是降低术后早期复发率的基本措施。但是 ,由于癌细胞往往通过多途经向肝内外扩散 ,肝门部胆管癌的治疗应是系统疗法 ,即切除后加强系统的后续治疗如化疗和免疫治疗等 ,将有利于减少术后复发机会 ,提高病人远期生存率。

对难以切除的晚期患者 ,姑息性内引流或外引流术在术后早期均可有效地引流胆道 ,但随着术后时间延长引流效果常常受到影响 ,特别是仅行一侧肝胆管内引流或外引流 ,随着肿瘤进一步浸润 ,往往失去引流作用。双侧肝胆管 T型管支撑与胃肠道架桥内引流或癌段胆管导管支撑内引流 ,术后引流效果好 ,病人生活质量较高。而 U型管支撑外引流常发生胆道感染、胆漏和膈下感染等并发症 ,效果不佳。姑息性手术如方式恰当一般能够延长生存时间 ,配合适当放射治疗如直线加速器治疗、经引流管内照射治疗等 ,可提高姑息性手术治疗效果。

围手术期并发肝肾及多系统器官功能衰竭、上消化道出血及腹腔感染等是导致肝门部胆管癌病人死亡的主要因素。因此 ,注重对主要器官功能的监测和维护 ,预防上消化道出血 ,保证通畅且充分的腹腔引流 ,将有利于降低围手术期严重并发症发生率和手术死亡率。

参考文献

1 黄志强 .上段胆管癌 .现代腹部外科学 .长沙: 湖南人民出版社 , 1994: 501~ 509

2 Tsuzuki T, Kuramochi S, Sugioka A *et al*. Postresection autopsy findings in patients with cancer of the main hepatic duct junction. Cancer, 1991; 67(12): 3010

3 周宁新 ,黄志强 ,刘永雄 .肝门胆管癌手术与预后的影响因素 .中华医学杂志 , 1993; 73(4): 232

4 Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. Am J Med, 1965; 38: 241

5 王曙光 ,韩本立 ,陈意生等 .胆管癌转移途经的病理学研究 .中华外科杂志 , 1996; 34(6): 352

(收稿: 1997-02-11;修回: 1997-12-15)

(编辑　冷怀明)

Progress and problems in surgical treatment of hilar carcinoma of the bile duct

Wang Shuguang, Cai Jingxiu, Han Benli, Huang Zhiqiang, He Zhengping, Dong Jiahong, Bie Ping (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038)

Abstract Objective: To review the experience in the diagnosis and surgical treatment of the hilar carcinoma of the bile duct. Methods: The data of 168 patients with hilar carcinoma of the bile duct surgically treated in our department in the past 20 years were retrospectively analyzed. Results: The preoperative diagnostic rates for the location and nature of the lesion were respectively raised to 97.4% and 94.7% with ultrasonography in combination with CT. 142 patients underwent operations had a total resective rate of 35.9%, which reached 50% in recent five years. Follow-up of patients who received curative resections showed a one-year recurrent rate of 80.0% and a three-year recurrent rate of 100.0% with a mean recurrent time of 7.6 months in patients with local metastasis in contrast to 14.3%, 71.4% and 16.5 months in those without metastasis. Conclusion: The number of cases of hilar carcinoma of bile duct tends to increase in recent years. Ultrasonography and CT are helpful for the diagnosis. To reduce the recurrent rate, resection of the tumor together with the lymph, the nerve fibers, the fat and the connective tissues in the hepatic hilus and sometimes even the right celiac ganglia should be regarded as the necessary procedure.

Key words biliary neoplasm; surgical treatment; recurrence

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net