

· 临床研究 ·

## 64 例肝门部胆管癌患者的诊治分析

黄越海

(重庆市第九人民医院普外科 400700)

**摘要:**目的 探讨肝门部胆管癌的诊断方法和外科治疗。方法 对 2002 年 1 月至 2009 年 12 月收治的 64 例肝门部胆管癌的临床资料进行回顾性分析。结果 联合应用 B 超、磁共振胰胆管造影(MRCP)对肝门部胆管癌确诊率为 100%;52 例患者获随访,随访率 81.3%;手术病死率 3.1%;手术切除 42 例,其中根治性切除 22 例;内引流 16 例;外引流 6 例。根治性切除、姑息性切除、内引流和外引流组术后中位生存时间分别为 30.4、15.6、12.9、3.8 个月。联合肝叶切除、单纯肿瘤局部切除中位生存时间分别为 28.5、16.3 个月。结论 联合运用影像学检查方法可提高肝门部胆管癌的诊断率。根治性切除及联合肝叶切除是影响肝门部胆管癌患者疗效的主要因素,对无法行根治性切除者以内引流为首选治疗方法。

**关键词:**肝门部胆管癌;诊断;外科治疗

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.21.036

中图分类号:R735.8;R730.56

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)21-2936-02

## Diagnosis and surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in 64 cases

HUANG Yue-hai

(Department of General Surgery, Chongqing Ninth People's Hospital, Chongqing 400700, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the diagnosis and surgical treatment for hilar cholangiocarcinoma. **Methods** To analyze the clinical data of 64 patients with hilar cholangiocarcinoma retrospectively from Jan. 2002 to Dec. 2009. **Results** The diagnosis accuracy rate was 100% by combination use of MRCP and type-B ultrasonic test in hilar cholangiocarcinoma. The operative mortality rate was 3.1%. Of all the cases, 42 cases underwent operational resection, including radical resection (22 cases), internal drainage (16 cases) and external drainage (6 cases). The mean survival time was: radical resection group, 30.4 months; palliative resection group, 15.6 months; internal drainage group, 12.9 months; external drainage group, 3.8 months; hepatectomy group, 28.5 months; and simple excision group, 16.3 months. **Conclusion** Combined use of imaging examinations can improve the rate of diagnosis in hilar cholangiocarcinoma. Curative resection and hepatectomy are the main related factors influencing the therapy efficacy and internal drainage is first choice for the patient with hilar cholangiocarcinoma undergoing palliative resection.

**Key words:** hilar cholangiocarcinoma; diagnosis; surgical treatment

肝门部胆管癌(hilar cholangiocarcinoma, HCC)是指发生于左右肝管、肝总管及其汇合部的恶性肿瘤,占肝外胆管癌的 58%~75%。由于其特殊的解剖位置、毗邻关系及生物学特性,具有手术切除率、长期生存率低的特点,使得 HCC 诊断和治疗成为外科难点之一<sup>[1]</sup>。近年来随着影像学技术和外科技术的进步,手术切除率及术后生存率已有明显提高。但就整体而言,对该病的手术治疗目前仍无实质性进展。本文分析 2002 年 1 月至 2009 年 12 月本院收治的 64 例 HCC 患者的外科治疗情况,以提高对 HCC 的认识。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2002 年 1 月至 2009 年 12 月本科收治的 64 例肝门部胆管癌患者,其中男 46 例,女 18 例;年龄 25~78 岁,平均 53.6 岁;临床表现以无痛性梗阻性黄疸为首发症状 51 例(79.7%),多伴有皮肤、巩膜黄染和皮肤瘙痒,上腹部胀痛不适 30 例(46.8%),发热 10 例(15.6%),腹部体检均未扪及包块;术前平均总胆红素为 340.6  $\mu\text{mol/L}$ ,平均直接胆红素为 265.2  $\mu\text{mol/L}$ 。

**1.2 影像学检查** 本组 64 例患者术前均联合 2 种以上的影像学检查方法,其中 B 超或多普勒彩超联合 CT 确诊率为 70.0%(7/10),B 超或多普勒彩超联合磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopan creatography, MRCP)确诊率为 100.0%(26/26),B 超联合 CT 和经内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)确诊率为 93.3%(14/15),多普勒彩超联合 CT 和 MRCP 确诊率为

100.0%(13/13)。

**1.3 临床及病理分型** 临床分型:通过影像学资料分析、术中判断及术后标本检查,根据 Bismuth-Corlette 分型法, I 型 13 例, II 型 21 例, III a 型 8 例, III b 型 15 例, IV 型 7 例;病理类型:高分化腺癌 18 例,中分化腺癌 24 例,低分化腺癌 17 例,黏液腺癌 3 例,腺鳞癌 2 例。

**1.4 手术方式** 本组手术切除 42 例,包括根治性切除 22 例,姑息性切除 20 例,基本术式为肝门部胆管癌切除、肝门血管骨骼化,高位胆管空肠-Roux-Y 吻合,常规放置支架管引流。其中单纯肝外胆管骨骼化切除 20 例,联合各类肝叶切除 14 例(左半肝切除 7 例,肝方叶切除 4 例,右半肝切除 2 例,左半肝切除+尾叶切除 1 例),联合肝固有动脉切除 3 例,联合门静脉段切除重建 3 例,联合胰十二指肠切除 2 例;姑息性切除多为梗阻段胆管的局部切除,因左、右肝广泛受侵或腹腔转移而放弃扩大切除。非手术切除 22 例,其中内引流 16 例,多为肝胆管-空肠-Roux-Y 吻合术(12/16),或肝胆管-空肠 T 型管架桥内引流术(3/16),或网管状镍钛记忆合金胆管内支架引流术(1/16);外引流 6 例,包括直接外引流或通过肿瘤的 U 形管、T 形管支撑引流。1 例因肿瘤严重浸润肝门且伴有腹腔广泛转移,仅行剖腹探查取活检。

## 2 结果

**2.1 随访情况** 本组 64 例患者,有 52 例患者经门诊复查和信访获得随访,总体随访率为 81.3%。随访时间 2~72 个月,平均 18.5 个月。

**2.2 手术切除率** 本组 64 例患者均经不同方式的手术治疗, 手术切除 42 例, 总切除率为 65.6%, 其中根治性切除 22 例 (34.4%), 姑息性切除 20 例 (31.2%)。

**2.3 术后并发症** 术后发生并发症 13 例, 并发症发生率 20.3%, 其中 5 例并发胆漏, 3 例并发胆道感染, 2 例并发腹腔积液, 1 例并发切口感染, 1 例并发心功能不全, 1 例并发应激性溃疡, 均经对症治疗后痊愈。围术期死亡 2 例, 手术病死率 3.1%, 死亡原因: 肺部感染合并急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS) 1 例, 肝功能衰竭 1 例。

**2.4 手术方式与疗效** 根治性切除组、姑息性切除组、内引流组、外引流组中位生存时间分别为 30.4、15.6、12.9、3.8 个月; 根治性切除组与其他各组术后生存时间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 姑息性切除组或内引流组与外引流组术后生存时间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 联合肝叶切除、单纯肿瘤局部切除中位生存时间分别为 28.5、16.3 个月, 两者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 3 讨 论

**3.1 肝门部胆管癌的诊断** 肝门部胆管癌生长缓慢, 起病隐匿, 早期症状不典型, 进行性加深的黄疸是患者就诊的主要原因<sup>[2]</sup>。本组有 79.7% 的病例因此就诊。而当肿块完全阻塞一侧胆管时, 临床上常不出现黄疸, 故早期诊断率不高。因此提高首次就诊确诊率是肝门部胆管癌早期诊断的关键。一般认为 B 超或 CT 可作为诊断该病的首选方法。B 超可基本准确地提供胆管癌的部位及胆管扩张情况, 初步了解肿瘤的位置、大小、性质及转移情况, 且经济、实惠; CT 可较 B 超更为清楚地显示肿瘤的范围及与血管的关系, 对于晚期不能行根治切除的病例, 可根据 CT 提供的肿瘤和胆管图像关系, 选择哪一支肝管作为吻合或引流以及对其显露的途径路标; MRCP 能清晰显示肝门部肿物的部位及范围, 尤其三维重建后可显示梗阻上、下两端的胆道情况, 对确定分型、诊断有较高的价值, 有替代 PTC 和 ERCP 之趋势, 但价格较昂贵。通过上述影像学检查技术可明确以下 4 个方面: (1) 肿瘤在胆道系统中的部位和范围; (2) 是否有血管侵犯; (3) 是否伴肝叶萎缩; (4) 有无远处转移性病变, 为肝门部胆管癌的早期诊断及后继的肿瘤根治术提供相关的基本信息。由于上述检查方法各具优缺点, 在临床实践中, 常主张联合应用以提高肝门部胆管癌的确诊率<sup>[3]</sup>。本组 B 超或多普勒彩超联合 MRCP 检查, 确诊率可达到 100.0%。

**3.2 肝门部胆管癌的外科治疗策略** 研究显示, 手术切除是治疗肝门部胆管癌最主要和最有效的方法<sup>[4]</sup>。原则是以根治性切除为首选<sup>[5]</sup>, 其次为姑息性切除, 胆汁内引流优于外引流术<sup>[6]</sup>。根治性切除是指切除的胆管断端在病理检查时不能发现癌细胞, 本组根治切除率为 34.4%。结合本组病例及 Bismuth 分型手术方式, 作者认为手术中应注意: (1) 当肿瘤局限于肝总管时, 行肝门、肝外胆管血管骨骼化切除或十二指肠韧带血管骨骼化切除。(2) 当肿瘤位于肝胆管左右分叉处或一叶内病灶浸润或超过二级胆管分支时, 做骨骼化切除加合理的联合肝叶切除。(3) 一般 III a 做肝右叶、尾叶切除, III b 做肝左叶、尾叶切除; 至于是否常规做尾状叶切除应先确定尾叶是否被累及, 手术以切缘无癌为原则, 不应无视肝功能而盲目追求规则肝切除。(4) 若胰头受累, 则联合胰十二指肠切除。(5) 若门静脉、肝动脉受累, 应联合受侵犯血管切除重建。

由于肝门部胆管癌特殊的生物学特性, 即癌细胞主要沿胆管壁向肝脏方向浸润。因此, 肝叶切除是根治性切除术中的重

要组成部分。目前在肿瘤根治性切除中约有 50%~100% 需要联合肝叶切除<sup>[7]</sup>。本组资料根治性切除组中联合肝切除 14 例, 占 63.6% (14/22), 与国外文献报道基本一致。但有 1 例患者围术期死亡, 原因为联合肝切除引起肝功能衰竭。因此, 肝叶切除的手术风险高, 手术前应充分了解患者的肝功能情况并积极进行围术期处理。本组根治性切除组术后生存时间为 30.4 个月, 高于姑息性切除组 (15.6 个月)、内引流组 (12.9 个月)、外引流组 (3.8 个月) ( $P < 0.05$ ); 联合肝叶切除术后生存时间为 28.5 个月, 高于肿瘤局部切除的 16.3 个月 ( $P < 0.05$ ), 作者认为如患者条件允许应争取根治性手术及联合肝叶切除。而肝脏移植在学术界尚有很大的争议<sup>[8]</sup>。

张永要和俞文隆<sup>[9]</sup>报道多数肝门部胆管癌患者的致死原因并非肿瘤的广泛转移, 而是长期胆管梗阻引起的化脓性胆管炎及肝功能衰竭。所以对不能切除的肝门部胆管癌行姑息性引流术可以有效解除胆道梗阻、减轻肝功能损害、提高生存质量及延长生命。胆道引流是解除胆道梗阻的有效方法。一旦解除梗阻, 多数患者的一般情况会很快改善, 近期疗效并不亚于切除者。引流的方式有多种, 从临床治疗效果看, 手术胆肠吻合内引流或并行的 U 形管引流是目前最普遍采用的方法。

综上所述, 随着外科手术技术的不断提高及对肝门部胆管癌的认识进一步深入, 近年来肝门部胆管癌患者的手术切除率及治愈率均较前有了显著提高, 手术根治性切除及联合肝叶切除可明显提高患者的生存时间, 提高生存质量。对不能切除的肿瘤患者应该积极进行内、外引流, 延长患者的生存时间。

### 参考文献:

- [1] Ito F, Cho CS, Rikkers LF, et al. Hilar cholangiocarcinoma: current management [J]. *Ann Surg*, 2009, 250 (2): 210.
- [2] Tajiri T, Yoshida H, Mamada Y, et al. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice [J]. *World J Gastroenterol*, 2008, 14 (19): 3000.
- [3] Miller G, Schwartz LH, D'Angelica M. The use of imaging in the diagnosis and staging of hepatobiliary malignancies [J]. *Surg Oncol Clin N Am*, 2007, 16 (2): 343.
- [4] 彭山岗, 梁立建. 肝门部胆管癌外科治疗的研究进展 [J]. *中华普通外科杂志*, 2007, 22 (10): 800.
- [5] Jonas S, Benckert C, Thelen A, et al. Radical surgery for hilar cholangiocarcinoma [J]. *Eur J Surg Oncol*, 2008, 34 (3): 263.
- [6] 肖治宇, 叶华, 陈汝福, 等. 肝门部胆管癌的外科治疗与预后 [J]. *重庆医学*, 2005, 34 (7): 1046.
- [7] Miyazaki M, Kimura F, Shimizu H, et al. Recent advance in the treatment of hilar cholangiocarcinoma: hepatectomy with vascular resection [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2007, 14 (5): 463.
- [8] Rea DJ, Rosen CB, Nagorney DM, et al. Transplantation for cholangiocarcinoma: when and for whom [J]. *Surg Oncol Clin N Am*, 2009, 18 (2): 325.
- [9] 张永杰, 俞文隆. 关于肝门部胆管癌外科治疗的几点认识 [J]. *实用肿瘤杂志*, 2007, 22 (2): 104.