

# 中央型肝癌的手术切除(附 46 例报告)

## Resection of central type liver cancer: a report of 46 cases

徐峰, 杨甲梅, 阚形, 童颖, 沈伟峰

(第二军医大学东方肝胆外科医院特需治疗科, 上海 200438)

[关键词] 肝肿瘤; 肝切除术; 治疗结果

[中图分类号] R 735.7 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)07-0810-02

中央型肝癌是指紧邻第一、二、三肝门的肿瘤(不包括尾状叶), 亦即靠近主要的门静脉、胆管、肝静脉和肝后段下腔静脉。由于此处的肿瘤位置特殊, 手术切除难度大、风险高。我科于 1999 年 1 月至 2004 年 6 月对 46 例中央型肝癌实施了手术切除, 获得了满意的疗效。

### 1 资料和方法

1.1 临床资料 46 例中男性 43 例, 女性 3 例, 年龄 21~66 岁, 中位年龄 42.6 岁。39 例(84.8%)合并肝炎后肝硬化。甲胎蛋白(AFP)阳性 29 例, 阴性 17 例。肝功能均为 Child A 级。肿瘤直径 2~15 cm, 平均 6.5 cm。

1.2 方法 采用右侧肋缘下斜切口或双侧肋缘下 Mercedes 切口。彻底游离肝周韧带。手术方式包括右半肝切除、左半肝切除、Ⅷ段切除、右肝上段切除、右肝下段切除、中肝叶切除、右后叶切除和局部切除。肿瘤位置及手术切除方式: 左肝 V 与中肝 V 之间 4 例, 其中左半肝切除 2 例, 局部切除 2 例; Ⅷ段 17 例, 其中Ⅷ段切除 12 例, 右半肝上段切除 5 例; 门静脉右前、右后支夹角 10 例, 其中右肝下段切除 8 例, 右半肝切除 2 例; 下腔静脉背段 10 例, 其中右后叶切除 3 例, 右半肝上段切除 2 例, 右半肝下段切除 5 例; 第一肝门 5 例, 均行中肝叶切除术。肝门阻断采用常温下间歇性阻断, 阻断时间 17~30 min, 平均 21 min; 均为一次性阻断。术中出血量 100~2 000 ml, 平均 450 ml。

1.3 术后病理 46 例均为肝细胞癌。肿瘤周边有完整包膜的 16 例, 包膜不完整或无包膜 30 例。

### 2 结果

46 例均获手术切除。无手术死亡。术后并发症包括胆漏 2 例、膈下积液 5 例; 经处理后均治愈。29 例 AFP 阳性患者术后 AFP 均转阴。术后 1 年、3 年和 5 年生存率分别为 83.8%、65.6% 和 46.7%(寿命表法)。

### 3 讨论

3.1 手术切除的必要性 近年来随着肝癌微创治疗技术的发展, 射频热凝固、微波、氩氦刀及无水乙醇注射等治疗方法已广泛应用于临床, 但其最大问题在于病灶坏死不完全<sup>[1]</sup>。中央型肝癌因紧靠第一、二、三肝门的重要血管和胆管, 射频热凝固、微波治疗有造成这些重要管道结构热损伤的可能<sup>[2]</sup>。同时, 此处的肿瘤较之周边型肿瘤更易侵犯大血管支

而导致肝内、外转移<sup>[3]</sup>。因此, 中央型肝癌尽管位置特殊, 手术难度和风险大, 只要肝功能正常, 全身情况好, 仍应首选手术切除。

3.2 手术方式的选择 由于肿瘤位置深在, 且紧邻重要血管结构, 因此选择合理的切除方式十分关键。笔者认为, 中央型肿瘤切除的原则在于: 提供良好的暴露, 利于肿瘤的切除; 提高根治彻底性; 便于创面的止血处理。尤其对那些位置特殊的肿瘤更应选择好切除方式。

对紧邻第二肝门的Ⅷ段肿瘤, 切除时可沿中肝静脉和右肝静脉膈面的投影线作切线, 首先显露中肝静脉, 以后沿中肝静脉右缘分离肝组织, 直至显露右肝静脉, 再顺右肝静脉向下分离, 逐步将肿瘤切除。如肿瘤较大, 已压迫至右肝静脉根部, 勉强将肿瘤与右肝静脉分离, 有损伤右肝静脉、导致大出血的可能, 此时可附带切除肝Ⅷ段。

门静脉右前、右后支的夹角是肿瘤的好发部位, 本组有 10 例肿瘤位于此。其中 8 例采用了切除右肝下段的方法, 我们体会此法暴露右侧肝门较满意, 肿瘤切除后创面也较易处理。另 2 例合并门静脉右支癌栓者则行右半肝切除+门静脉取栓术, 此时行局部切除或肝段切除都会影响手术的根治性, 因为仅仅切除右肝下段或上段, 癌细胞会随门静脉血流冲刷至残留的右肝内, 导致术后复发。除非患者的肝功能不能耐受半肝切除, 如一侧门静脉支有癌栓形成, 均应力争切除病侧半肝。

对紧贴下腔静脉前、侧壁的肿瘤, 局部切除有时暴露困难, 一旦损伤下腔静脉或肝短静脉, 可导致难以控制的大出血。比较安全的方法是在肝上、肝下下腔静脉预置阻断带, 一旦发生大出血, 可及时阻断肝上、肝下下腔静脉, 便于控制出血, 进一步修补破裂的血管。本组有 2 例紧贴肝后下腔静脉前、侧壁, 术中切除肿瘤时发生大出血, 我们立即阻断肝上、肝下下腔静脉, 在全肝血流阻断下切除肿瘤后发现 1 例出血来自下腔静脉前壁, 另 1 例来自肝短静脉, 经修补后出血均被控制。另外, 根据肿瘤的位置, 可考虑采用右肝上段或下段切除, 利于暴露肿瘤, 同时便于处理肝短静脉和肝后下腔静脉出血。值得一提的是, 在行右肝上段切除时必须离断右肝静脉, 术前应明确有无粗大的肝右后下静脉的存在, 如贸然切断右肝静脉, 术后可能影响右后叶下段的血液回流。

[作者简介] 徐峰, 硕士, 讲师、主治医师。

E-mail: victorf2255@hotmail.com

3.3 肝门的保护 术中应仔细分辨肝门结构,在不损伤肝门的前提下完成肿瘤的切除。尤其当肿瘤紧贴肝门重要血管、胆管时,不应强求根治性切除。事实上在某些情况下根本无法达到根治性切除,此时应以保护肝门为原则。本组有1例中肝叶肿瘤,术中发现肿瘤已紧贴右肝管,勉强切除肿瘤有可能伤及右肝管。术中我们立即切开探查胆总管,经胆总管放置一尿道探杆于右肝管内作为标记,最终沿右肝管将肿瘤剥除,防止了意外损伤。

3.4 创面的处理 半肝切除和联合肝段切除后的创面处理较容易,原则就是切勿误缝误扎肝门结构和主肝静脉。而局部切除后的创面常较难处理,由于肿瘤多位于重要结构旁,位置又深,局部切除的暴露又不理想,创面缝合止血困难。我们的体会是,靠近肝门的地方缝合时,进针不宜太深,宜用细针细线进行缝合。实在无把握时,不强求兜底缝合,可在创面内填塞少许明胶海绵,再对拢缝合两侧肝组织,多可获得满意的止血效果,且不会盲目缝扎底部肝门结构。尤其在靠近第二肝门,缝扎过紧或过深,可能导致肝静脉回流障碍。

3.5 并发症的处理 胆漏是中央型肝癌肝切除术后较常见的并发症。较小的瘘口经引流常常能自愈。经久不愈的胆瘘则提示胆总管下端有梗阻或有较大的胆管瘘口存在。本组1例术后腹腔双套管引出胆汁样腹液,经持续负压吸引后7 d胆漏消失。另1例系中肝叶切除术后发现胆漏,持续引

流10 d后,每天仍有近100 ml的胆汁被引出。遂行逆行胰胆管造影(ERCP),明确瘘口位于左内叶胆管,放置鼻胆管于左肝管,引流后胆漏被控制。膈下积液是肝切除术后最常见并发症,主要原因在于引流不畅或不完全。表现为术后不明原因的高热。如不及时处理有形成膈下脓肿的可能。我们常规于术后4~5 d进行B超检查,一旦发现膈下积液,即在B超引导下穿刺抽液或置管引流。

总之,中央型肝肿瘤虽位置特殊,但选择合理的手术径路,仍可被切除。尤其对有包膜、与周围肝组织有明显界限的肿瘤应力争手术切除,并能取得良好疗效。

#### [参考文献]

- [1] Wakai T, Shirai Y, Suda T, et al. Long-term outcomes of hepatectomy vs percutaneous ablation for treatment of hepatocellular carcinoma  $\leq 4$  cm[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12: 546-552.
- [2] 张智坚, 吴孟超, 陈 汉, 等. 经皮肝穿刺射频消融对肝癌术后复发的治疗意义[J]. 中华外科杂志, 2004, 42: 439-441.
- [3] 陈 汉, 吴孟超, 王 义, 等. 累及第二肝门区巨大肝癌55例手术切除体会[J]. 中华普通外科杂志, 2000, 15: 524-526.

[收稿日期] 2006-04-18

[修回日期] 2006-05-15

[本文编辑] 贾向春