

文章编号:1005-6947(2004)03-0164-03

·原发性肝癌专题研究·

# 巨大肝癌的外科治疗:附146例报告

江献川, 娄尧强, 彭淑庸

(浙江大学医学院附属第二医院 外二科, 浙江 杭州 310009)

**摘要:**目的 探讨巨大肝癌外科治疗的效果。方法 回顾性分析近11年间收治的146例原发性巨大肝癌的外科治疗情况。146例均经手术治疗,其中行不规则肝切除99例,半肝切除28例,右三叶切除4例,包括术前TACE后获得二期切除19例;6例同时行门静脉切开取栓术。另15例仅行活检+DDS,术中行DDS治疗者105例。结果 手术并发症发生率10.3%,术后1个月内病死率1.4%,术后1,3,5年和10年的生存率分别为56.6%,30.2%,14.4%和2.1%。结论 巨大肝癌仍以手术切除为主,疗效满意。结合TACE、门静脉取栓和DDS能提高患者的远期生存率。

**关键词:**肝肿瘤/外科学;肝切除术

**中图分类号:**R735.7;R657.3

**文献标识码:**A

## Surgical treatment for giant primary liver cancer: a report of 146 cases

JIANG Xian-chuan, LOU Yao-qiang, PENG Shu-you

(Department of Surgical, The Second Affiliated Hospital, Zhejiang University Medical School, Hangzhou 310009, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of surgical treatment for giant primary liver cancer. **Methods** One hundred and forty-six cases of giant primary liver cancer received surgical treatment in recent 11 years were analyzed retrospectively. Of them, 99 cases underwent irregular hepatectomy, 28 hemihepatectomy and 4 right hepatic trisegmentectomy. Including 19 cases received secondary resection after preoperative TACE, meanwhile 6 cases were underwent portal venous cancer thrombus extraction, 15 cases received biopsies and DDS only, Intraoperative DDS were performed in 105 cases. **Result** The postoperative complications was 10.3%, the postoperative mortality was 1.4%. The 1-, 3-, 5- and 10-year survival rates were 56.6%, 30.2%, 14.4% and 2.1% respectively. **Conclusions** The main treatment of giant liver cancer is hepatectomy. Combination with TACE, portal thrombus extraction and DDS can improve the long-term survival.

**Key words:** LIVER NEOPLASMS/surg; HEPATECTOMY

**CLC number:** R735.7; R657.3

**Document code:** A

原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤之一。由于大部分病例就诊时已属中晚期,巨大肝癌的比例较高。我院从1991年1月~2001年11月,共收治146例巨大肝癌,均经外科治疗,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 入选标准

术前根据B超、CT或磁共振(MRT)及甲胎蛋

白(AFP)等诊断为原发性肝癌,再根据术中发现肿瘤直径大于10cm,和术后病理证实为原发性肝癌者入选。

### 1.2 一般资料

本组男126例,女20例。年龄18~80(平均50.3)岁。临床表现以上腹部胀痛不适和发现肝内肿块最常见。其中合并肝硬化的105例(71.9%);总胆红素 $\leq 10\text{mg/L}$ ( $17.0\mu\text{mol/L}$ )91例,仅7例总胆红素 $> 30\text{mg/L}$ 。血清白蛋白 $> 35\text{g/L}$ 96例(65.8%), $30\sim 35\text{g/L}$ 40例(27.4%) $< 30\text{g/L}$ 10例(6.8%)。肝功能Child分级A级96例,B级50例。伴门静脉主干或一侧

收稿日期:2003-05-14; 修订日期:2004-01-27。

作者简介:江献川(1939-),男,浙江缙云人,浙江大学医学院附属第二医院主任医师,主要从事肝胆外科基础和临床方面的研究。

分支癌栓6例。

### 1.3 治疗原则

入院后结合患者的一般情况、肿瘤位置与大小、肝脏体积,以及有无门静脉、胆管癌栓,远处转移及肝功能状况等综合分析。原则上能一期切除的首选手术切除,术前不作其他治疗;不宜行一期切除者,采用肝动脉插管化疗栓塞(TACE)及其他辅助治疗,争取使肿块缩小后再行手术二期切除。对切除后估计复发可能性较大且患者经济条件允许的,术中置肝动脉和/或门静脉埋泵(埋入式药物输注系统,DDS),术后进行预防或治疗性栓塞化疗。

### 1.4 手术要点

术中配合自动框架氏拉钩以获得充分的显露。进腹后初步判断肿瘤的可切除性,必要时可结合术中B超以发现微小病灶。对决定可行手术切除的,常规采用常温下肝门血管阻断(Pringle法)控制切肝时的出血。采用彭氏多功能手术解剖器(PMOD)以刮吸法分离肝实质<sup>[1]</sup>。伴有门静脉癌栓者在行肝切除的同时行门静脉切开放取栓术。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

术中见肿瘤为单个者96例,2个及2个以上病灶者50例,直径最大25cm,平均直径(14.3±3.6)cm。病灶主要位于右肝者75例,左肝30例,中央型35例,全肝散在者6例。不规则肝切除99例,半肝切除28例,右三叶切除4例,包括19例术前1~2个月行TACE后获得二期切除,6例在行肝切除的同时行门静脉主干或其分支切开放取栓术。15例因无法切除为明确诊断只行活检+胆囊切除+DDS,本组共有105例术中通过胃十二指肠动脉和/或胃网膜右静脉进行肝动脉和门静脉置管化疗。

### 2.2 病理检查结果

术后病理证实原发性肝细胞肝癌114例,胆管细胞癌23例,混合性肝癌9例。

### 2.3 手术并发症及死亡

术后并发症15例,发生率10.3%,胸腔积液14例,酸中毒、弥散性血管内凝血1例。术后1个月内死亡的2例,病死率1.4%。死因为多器官衰竭1例,肝衰竭、肝性脑病1例。

### 2.4 随访及生存率

术后每年年末书信和电话随访,随访时间3~130(中位时间51.3)个月,23例中途失访,随访率84.2%(123/146)。生存率计算采用寿命表法,术后1,3,5年和10年的生存率分别为56.6%(83/146),30.2%(44/146),14.4%(21/146)和2.1%(3/146)。

## 3 讨论

临床上将原发性肝癌小于5cm者称为小肝癌,5~10cm为大肝癌,大于10cm的则为巨大肝癌。目前肝癌手术后病死率已从20世纪60年代的33.3%降至20世纪90年代的2.10%~7.54%<sup>[2]</sup>,本组为1.4%。巨大肝癌的手术切除仍有较大的风险和困难,而且术后的远期效果还不十分理想。陈孝平等<sup>[3]</sup>报道1,3,5年和10年的生存率分别为66.1%,32.7%,12.2%和2.4%与本组相近。

手术仍是目前治疗巨大肝癌的最有效的手段之一。手术切除关键是充分暴露肿瘤和游离肝脏。游离肝脏时,为了防止肝静脉根部或肝后下腔静脉破裂导致的大出血,特别是肝尾叶的巨大肿瘤,除了间歇性肝门阻断外,可于肝上、肝下下腔静脉预置血管阻断带,使手术能大胆进行,尽量减少术中出血。我科在1998年之前处理肝中叶或尾叶巨大肿瘤时均常规预置下腔静脉阻断带,1998年以后随着经验的积累,并非常规预置阻断带,仅在肿瘤巨大、临近血管、估计出血危险较大者才预置阻断带,手术同样成功<sup>[4]</sup>。

巨大肝癌残存正常肝组织相对较少,且我国原发性肝癌合并肝硬化的比例高,特别当肿瘤位于肝门部贴近大血管时,更难要求根治,李文美等<sup>[5]</sup>提出此时不必顾及必须有1~2cm正常边缘。笔者原则是能行一期切除的尽早一期切除;一期切除困难的,先以TACE治疗,待肿块缩小后再行二期切除。本组手术方式以不规则肝切除为主,占67.81%,尽量保证距肿瘤的边缘在1cm以上。当肿瘤靠近大血管时,则沿大血管壁剥离;若已侵犯到部分血管壁,视浸润程度,必要时可切除部分血管壁后再行修补。肝创面予PMOD电灼成焦痂,既能闭塞小管道,防止术后再出血或胆漏,又能使创面残留的肿瘤细胞灭活。

既往国内外学者均认为肝癌合并门静脉癌栓时手术已属禁忌。但巨大肝癌合并门静脉癌栓的比例还是相当高的。经过积极治疗,仍有可能延长病人的存活时间,若对此类患者放弃手术并非完全正确。笔者的经验是术前认真复习各项化验结果,特别是影像学检查,正确评估手术的可能性。对局限于一侧门静脉分支者作半肝切除仍可达根治目的。术中应尽可能取净癌栓,门静脉癌栓与门静脉管壁常无粘连,较易取出<sup>[6]</sup>。在取栓时可利用门静脉血的压力将癌栓从断端冲出。本组共6例,其中1例存活了29个月。

TACE 具有癌组织血管栓塞、局部化疗浓度高、全身副作用小及可使对侧肝代偿性肥大等优点。但绝大多数巨大肝癌都有多支动脉供血,并有丰富的侧支循环,TACE 很难达到预期的治疗效果。更有人<sup>[5]</sup>发现,介入治疗后肝硬化明显加重,并有促进肝外转移的可能。因此,对可切除的巨大肝癌,原则上术前不做介入治疗。对于相对残余肝组织较少,估计行一期切除后出现残肝贮备功能不足、肝衰竭可能较大者,术前1~2个月采用TACE,以肿瘤缩小者则视为有效。伴有门静脉主干癌栓者则禁用碘油,因有加速肝衰竭的可能<sup>[7]</sup>。本组共有19例经TACE后获得二期切除机会。有1例现已存活8年多。

DDS 适应指征<sup>[8]</sup>:(1)术中发现不能手术切除者;(2)病灶不能进行根治性切除者;(3)估计术后复发倾向较大者;(4)估计术后生存时间大于2年者。本组共105例患者进行了DDS治疗。预防性或治疗性DDS一般间隔1~3个月,预防性1~3次;治疗性应结合患者的具体情况。笔者的经验是门静脉可予顺铂、阿霉素、丝裂霉素等化疗,而肝动脉在应用化疗药物的同时加用碘油栓塞。具体操作采用类似“三明治”法,前后使用肝素盐水,中间为化疗药物或碘油。某些患者术后可能出现肝动

脉泵闭塞,无法采用肝动脉碘油栓塞。对于这些患者,经过严格筛选,笔者试采用门静脉化疗加碘油栓塞,每次均未超过10ml,共进行了5例,复查CT均显示病灶碘油填充良好。有1例患者术后3年复发,采用此法1次,仍存活至今,现已近10年。

巨大肝癌远期生存率还比较低。治疗方法有许多种,但不论是否能切除,均不能采用单一的治疗,以手术切除为主的综合治疗才是延长生存期的最有效措施。治疗应因人而异,根据患者的全身状况与局部表现决定合适的治疗手段,以求达到最好治疗效果。

#### 参考文献:

- [1] 彭淑牖,蔡秀军,刘颖斌,等.刮吸分离解剖法在各种手术中的应用[J].临床外科杂志,2001,21(3):162-162.
- [2] 严律南.肝脏外科[M].北京:人民卫生出版社,2002.263-543.
- [3] Chen XP, Wu ZD, Qiu FZ. Hepatectomy for huge primary liver cancer: report of 117 patients. [J] Chin J Surg, 2000. (38): 6-9.
- [4] 彭淑牖,刘颖斌,牟一平.肝尾叶切除术[J].中国普外基础与临床杂志,1999,6(4):250-251.
- [5] 李文美,李向东,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.
- [6] 王志明,周乐社,吕新生,等.以手术切除为主的综合疗法治疗原发性肝癌:附108例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(9):677-681.
- [7] Trinchet JC, Ganne Carrie N, Beaugrand M. Intraarterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma [J]. Hepatogastro- enterology, 1998, 45 (Suppl 3): 1242-1243.
- [8] 郑树森,梁廷波,黄东生,等.原发性肝癌的综合治疗(附180例报告)[J].肝胆胰外科杂志,1998,10(4):178.