

肝癌介入治疗的一些基本原则

贾雨辰

肝癌是我国常见的恶性肿瘤,一旦发现,80%已失去手术机会。80年代以来,对中晚期肝癌国内已广泛地开展了介入性治疗,并取得了可喜的成绩,但疗效仍不能令人满意。在病例选择、治疗方法、药物剂型、综合治疗等方面都有值得改进之处。

一、为延长患者的生存期而努力

肝癌发展迅速,一经确诊多数已是中晚期。按照国外的经验,门脉主干癌栓和肿瘤占据率>60%的病例,被列为栓塞治疗的禁忌。国内一组 621 例统计中,门脉主干癌栓占 13.21%,肿瘤>10cm 的占 82%。对于这些患者,只要没有严重的肝功能损害,还是应该并可以给予积极的介入治疗。实践证明,门脉主干癌栓者经 TACE 后,1 年及 3 年生存率分别为 36%和 6.2%,中位生存 13 个月,少数患者可生存数年之外。>15cm 的 311 例经 TACE 治疗后,1 年生存率为 56.43%,中位生存 14.41 个月。

在介入治疗中,也要防止另外一种倾向,在不具备介入治疗条件的单位,不应该为了开展介入工作而作治疗,或为了经济效益,不按操作规程治疗,随便在未达到靶血管内推注些药物,草草了事应付的作法是应当受到谴责的。

二、提高瘤区的药物浓度,阻断肿瘤的血供

单纯动脉内药物灌注(TAI)的疗效极差,现已极少使用。Lp 与抗癌药混合成乳剂,可大大提高治疗效果。Lp 的用量视肿瘤直径大小而定,一般为 1:1 的比例,最大用量不超过 20ml。

超选插管局部过量灌注的节段性化疗栓塞是治疗小肝癌最有效的措施。巨块性肝癌也应力求对靶动脉行“夹心面包式”灌注,即用少量 Lp 抗癌药乳剂作末梢动脉栓塞,再推注抗癌药,最后用 Lp 乳剂和 Gs 细粒栓塞中段肝动

脉,而近段 1、2 级的较大动脉应视为下次治疗的通道,以不栓塞为好。

关于介入治疗的次数和间隔时间是一个与多种因素有关的复杂问题。一般而言,治疗的次数愈多生存期愈长,但二者之间并非完全成正比,更重要的是 TACE 的治疗质量,包括超选节段性供血动脉和寄生血管的栓塞。应珍惜首次治疗,其后常因血管损伤、侧支循环形成或肝功能损害而影响疗效。两次 TACE 的间隔时间,应视肿瘤大小和 Lp 填充的程度而定,AFP 值的再度升高,也可作为再次治疗的指标。中晚期肝癌 TACE 的间隔以 3 个月左右为宜,过度频繁或间隔太短有损于肝功能的恢复。

三、从整体出发,加强综合治疗

肝癌的治疗有多种方法和手段,但都有其局限性,故应从患者整体利益出发,加强综合性治疗。单发性小肝癌仍以手术切除疗效较好,对外科手术后复发的病例,TACE 可取得较好的疗效。大肝癌经介入治疗缩小后,应力争二期手术切除。肝癌术后常规作肝动脉造影并行 TAI,有利于发现残留病灶,防止复发,是提高生存率有效的措施。

四、加强科研协作,探索新疗法

过去多把不能手术的晚期肝癌作为介入治疗的对象,或作为安抚性治疗。近几年由于影像医学和导管、导引技术的进步,小肝癌已成为介入治疗的重要适应证,节段栓塞疗法与经皮穿刺无水乙醇注射的疗效,可与外科手术媲美。这就扩大了介入放射学的治疗范围。新发展的介入治疗要求我们不断探索并开拓新的治疗方法。含药微球、内照射、加热疗法、免疫制剂和中药辅助治疗有其广阔的发展前景。

作者单位: 200433 第二军医大学长海医院