

存率: 本组 6, 12, 18 个月生存率为 93%, 60% 40%; 对照组为 52. 3%, 33. 3%, 12%, ($P < 0. 05$) 具有临床意义。3. 缩小率: 本组 0 例不同程度缩小 (66. 6%), 缩小 50% 以上者 5 例 (50. 4%)。对照组分别为 57. 1% 及 33. 3%。

讨论: TAE 已被公认为原发性肝癌主要的非手术疗法, 但因影响其疗效的因素较多, 常残留活癌细胞, 成为复发或转移的根源, 降低了存活率, 而 TAE 与以碘油作标记的 PEIT 联合疗法则具以下优点: 1. 大肝癌经 TAE 后瘤灶实质组织大量坏死, 间隔亦被破坏, 此时 PEIT 可使注入大量的酒精在肿瘤内弥散, 有效地杀灭残留肿瘤组织从而提高了疗效。2. TAE 与

PEIT 交替进行, 可延长 TAE 间隔时间及周期, 提高患者生活质量; 同时可避免反复短期多次 TAE 导致肿瘤供血主干过早闭塞, 使 TAE 疗法长久持续下去。3. 在无水酒精中加入碘油作标记, 在 CT 或电视下能直观地显示注入瘤内之酒精在瘤灶内的弥散范围, 便于重复治疗时准确定位及对提高和观察疗效有重要意义。4. 对于 TARE 术后残余瘤灶或新生结节因供血主干闭塞又有侧支血管形成而不能栓塞者, PEIT 是一种非常有效的补充性疗法。

因此, TAE, PEIT 联合疗法不仅肿瘤局部控制率高, 且可显著改善预后, 是提高原发性肝癌存活率的重要方法。

作者单位: 510220 广州市红十字会医院放射科

肝癌肝动脉与门脉肝静脉主支分流的介入治疗

孟祥文 张 进 李黄宗 马自新

我院在肝癌介入治疗中发现肝动脉与门静脉主支和肝动脉与肝静脉主支分流 6 例。其中 4 例肝动脉与门静脉主支分流, 1 例肝动脉与右肝静脉分流, 1 例肝动脉与门静脉主支及左肝静脉双向分流。

肝癌动静脉分流的血管造影表现, 依王颂章等的分类方法, 6 例均属中央型。表现为动脉期肝动脉充盈的同时, 门静脉大分支充盈, 其中 1 例门静脉主干、肠系膜上静脉及脾静脉同时充盈, 并可见门静脉主干内瘤栓形成。病变区肿瘤血管增多、增粗、紊乱, 迂曲成团状。并可见门静脉充盈后肿瘤染色。肝动脉与肝静脉主支分

流, 表现为动脉期肝动脉充盈同时肝静脉主支显影, 并回流至右心房。

对肝癌肝动脉与门静脉分流的介入治疗, 我们认为外围型不影响介入治疗, 可常规进行肝动脉灌注化疗+栓塞。中央型应视分流情况而定, 肝动脉与门静脉主支分流而无瘤栓形成者可行药物灌注化疗栓塞宜慎重。若门静脉主支或主干内有瘤栓形成, 且超过管腔直径 1/2 者应视为栓塞禁忌证, 否则可引起肝功能衰竭等严重并发症。肝动脉与肝静脉主支分流, 仅可行药物灌注化疗, 而且用量宜适当减少, 栓塞应视为绝对禁忌证。

作者单位: 030001 山西医学院第二附属医院放射科