

· 临床经验 ·

晚期肝癌介入综合治疗评价(附 38 例报告)

周洪超 王冬 徐涛 姜淑芳

肝动脉化疗栓塞术(TAE)及经皮注射无水乙醇(PET)治疗晚期肝癌已广泛应用于临床。我院采用综合治疗,即以上两种技术加激光瘤内照射治疗晚期肝癌 38 例,现报告如下。

材料与方 法

一、一般资料

本组 38 例,男 32 例,女 6 例。年龄 38~70 岁。全部病例为原发性肝癌,均做了甲胎蛋白(AFP)、B 超、肝动脉造影检查及 CT 引导穿刺活检,全部病例符合肝癌诊断标准(1997 年全国肝癌防治研究协会会议制定的诊断标准)。

二、治疗方法

全部病例均先行肝动脉化疗栓塞术(TACE)。应用 Seldinger 法经皮股动脉穿刺,选择性插至肝固有动脉或其分支,造影将导管插入靶血管内,注入庆大霉素 16 万 U 后,即行“夹心面包法”化疗栓塞。先用少量 LP 抗癌药乳剂栓塞末梢动脉,再用卡铂、5-Fu、阿霉素、丝裂霉素三联或四联用药灌注化疗。最后以 LP 抗癌药乳剂以适量 GS 细粒栓塞中段肝动脉。在以上治疗 1 周后,行 CT 检查观察肿瘤内 LP 填充情况。在 CT 引导下将穿刺针穿至瘤内 LP 沉积缺损区,注入无水乙醇,每次注射 2~15ml,而后采用国产 NOL-YA 激光器,波长 1.06mm,输出功率 4~5W,400μm 石英光纤传输。在注入无水乙醇后,光纤沿针边缘缓慢送入至穿刺针尖的斜面上缘并固定之。针头上移 2cm 使光纤尖端裸露于肿块内。激光机输出功率一般在 4W,启用后持续 30 分钟关机取针,全部治疗过程结束。

结 果

全部患者均于治疗后临床症状好转,CT 再复查,病灶明显缩小达 50% 以上者为 87% [(治疗前长径与宽径乘积 - 治疗后乘积) / 治疗前乘积 × 100%], 无明显变化者 4 例占 10%。AFP 检查,治疗前阳性 24 例。治疗后全部患者 AFP 下降,其中

20 例降至正常。全部患者接受重复治疗肝血管造影肿瘤血管消失及明显减少占 95%。

讨 论

TACE 是通过动脉途径,先对肿瘤供血管末梢进行栓塞,然后注入抗癌药物,最后栓塞中段肝动脉。TACE 后癌灶实质性组织大量破坏,纤维间隔亦被破坏,这种改变有利于 PET 时注入无水乙醇及其在肿瘤内弥散。无水乙醇可以破坏肿瘤细胞,产生大分子活性物质,同时破坏肿瘤血管并使其闭塞,使得在 TACE 治疗中因细小分支及侧支循环的存在或因门脉供血而存活或继续进展的肿瘤组织进一步破坏,减少复发的几率。

高热治疗恶性肿瘤是近年来国际上迅速推广的一种治疗肿瘤新方法。高温治癌效应的突出特征为将肿瘤区局部加热,可选择性地杀伤癌细胞,而正常细胞不受损伤^[1]。高温可影响生物膜功能和状态,激活溶酶体活性,抑制 DNA, RNA 和蛋白质合成,增加热休克蛋白合成,从而起到杀死肿瘤细胞的作用^[2]。1991 年我国台湾省学者 Hvang 等采用激光治疗肝癌,利用 2~3W 温度可达 43~45℃,保持 20~30 分钟可达到彻底杀灭肿瘤的作用,即可造成小血管的栓塞而阻断肿瘤供血。因此 TACE 与 PET 及激光瘤内照射联合治疗晚期肝癌效果更好,可弥补各自的不足。

文献报道单纯用动脉内化疗栓塞 1 年生存率仅达 28.5%~78%^[3,4],经皮肝穿肿瘤内注射无水乙醇 1 年生存率达 86.7%~91.7%,但主要为小肝癌^[5,6]。而本组半年及 1 年生存率均为 100%,因为本组采用以上综合疗法,可互相弥补各自的不足,在治疗效果上,远远高于单纯动脉栓塞化疗及单纯无水乙醇治疗。

本组采用介入综合治疗晚期肝癌,未出现严重的并发症。其中 28 例 TACE 后出现栓塞综合征,10 例 PET 后出现右上肢痛。对症处理后,症状减轻或消失。在临床症状减轻或消失后行激光瘤内照射,无一例再出现不适。

参 考 文 献

1. 王悦华, 刘永雄. 肝癌的非手术局部疗法. 普外临床, 1994, 9: 129.
2. Giovanela B. Heat shock proteins. In: Bicher H I, eds, Consensus on hyperthermia for the 1990s: clinical practice in cancer treatment. New York: Plenum Press, 1990. 95.
3. 杨攻宇, 李选, 刘庚年, 等. 丝裂霉素白蛋白微球动脉栓塞实验研究. 中华放射学杂志, 1991, 25: 283.

4. 韩铭钧, 张景荣, 徐克, 等. 油水型碘油丝裂霉素乳剂肝动脉化疗栓塞术治疗中晚期肝癌(附 204 例报告). 中华放射学杂志, 1992, 26: 298.
5. Livvaggi T, Festi D, Monti F, et al. Us guided percutaneous alcohol injection of small hepatic and abdominal tumors. Radiology, 1986, 161:309.
6. 江源正明, 大藤正雄, 木村邦夫, 他. 超音波缘下穿刺による消化器疾患の诊断上治疗. 临床外科, 1987, 42: 603.

• 病例报道 •

经皮穿刺挠骨远端骨血管瘤乙醇硬化治疗一例

史德刚 王忠智

患者, 女性, 28 岁。因左腕部骨性膨大数年就诊。左腕左侧位片见左挠骨远端骨质向掌侧膨隆, 骨皮质变薄, 并见骨小梁呈网状或蜂窝状改变, 近端数个小病灶呈虫蚀状(图 1)。经右侧股动脉穿刺插管作左侧上肢动脉造影, 导管头置于左侧肱动脉。动脉期见左挠骨远端病变同时充盈造影剂, 并见数条细小迂曲供血动脉显影(图 2)。左前臂缚止血带, 消毒局麻后, 透视下经皮穿刺作左挠骨远端骨髓腔造影, 见左挠骨远端充满均匀分布的造影剂。近端的虫蚀状病变在其它片中也见充盈。去除止血带, 见左挠骨远端病变内造影剂排空缓慢(图 3)。诊断为左挠骨远端骨血管瘤。等造影剂回流完毕, 经穿刺针注入 2% 利多卡因 3ml, 等待约 2 分钟, 重新缚止血带, 经穿刺针注入 40% 乙醇 2.5ml(用无水乙醇 1ml, 76% 复方泛影葡胺 1.5ml 配成)。乙醇在瘤腔内保留约 5 分钟, 去除止血带, 乙醇与造影剂缓慢经静脉回流。左挠骨远端骨血管瘤用乙醇硬化治疗后, 1 周内左挠骨远端处软组织肿胀, 发热, 疼痛, 表现为物理性炎症, 患者用冷水湿敷后感觉好转, 1 周后物理性炎症消失。半年后的平片与原片比较变化不大, 同法作经皮穿刺左挠骨远端骨血管瘤腔造影, 见瘤腔内造影剂分布不均, 病变范围与原片比较变化不大(图 4)。依上述方法作第二次乙醇硬化治疗, 术后局部物理性炎症的处理同前法。



图 1 左腕正侧位片。左挠骨远端骨质向掌侧膨隆, 骨皮质变薄, 骨小梁呈网状或蜂窝状, 近端见数个虫蚀状小病灶



图 2 左上肢动脉造影。动脉期见左挠骨远端病变显影, 并见数个细小迂曲供血动脉

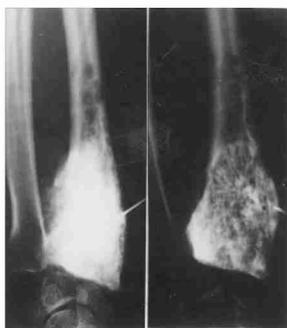


图 3 经皮穿刺左挠骨远端骨血管瘤腔造影, 见左挠骨远端充满均匀分布的造影剂。右图接近排空

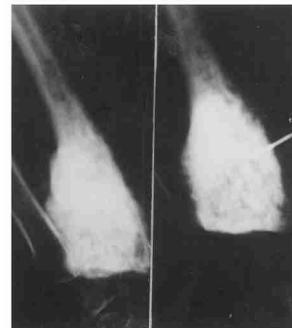


图 4 半年后, 第二次经皮穿刺左挠骨远端骨血管瘤腔造影, 见瘤腔内造影剂分布不均, 近端数个虫蚀状小病灶也见显影。左图示回流缓慢

作者单位: 511700 广东省东莞市人民医院放射科