

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2006)20-封3-01

## TACE, PVC 和 PEI 介入联合治疗晚期原发性肝癌 30 例

刘建辉, 徐雪明, 黄平, 李凌, 刘安文, 魏建平, 兰琼玉 (南昌大学第二附属医院肿瘤科, 江西南昌 330006)

【关键词】 肝肿瘤/药物治疗; 栓塞, 门静脉; 乙醇/治疗应用; 介入治疗

【中图分类号】 R735.7 【文献标识码】 B

**1 临床资料** 晚期无手术指征原发性肝癌患者 60 例, 治疗组 30(男 26, 女 4)例, 年龄 28~64(平均 46)岁。Child A 级 12 例, B 级 18 例。癌块 <5 cm 4 例, 5~10 cm 13 例, >10 cm 13 例。存在门脉癌栓者 17 例(56.7%)。对照组 30(男 26, 女 4)例, 年龄 30~62(平均 47)岁。Child A 级 10 例, B 级 20 例。癌块 <5 cm 6 例, 5~10 cm 12 例, >10 cm 12 例。存在门脉癌栓者 16 例(53.3%)。经导管肝动脉灌注化疗栓塞术(TACE)采用 seldinger 插管法, 每例使用碘化油 5~20 mL, 与抗癌药阿霉素(ADM) 40 mg, 丝裂霉素(MMC) 10~12 mg 和 5-Fu 750~1000 mg 充分混匀成乳状液后缓慢推注行选择性肝动脉化疗栓塞。B 超引导下门静脉置管时化疗加持续化疗(PVC)在 TACE 术后 3~4 wk 进行, 采用在 B 超引导下门静脉穿刺留置中心静脉软管外接三通阀, 行顺铂(DDP)和 5-Fu 时化疗。所用方案: DDP 40 mg 门静脉滴入每日 15:00~17:00 连续 3 d, 5-Fu 4 g 混入 NS 140 mL 中用全自动注药泵门静脉时化疗 5 d。CT 引导下瘤内无水乙醇注射术(PEI)经过 1~3 次 TACE 或 PVC 后, 在 CT 引导下用 18G 注射针置于瘤灶内注入医用无水乙醇, 每次注入 6~20 mL, 1 次/wk, 1 个疗程 2~4 次。治疗组平均每例接受 TACE 治疗 2.38 次, PVC 2.46 次, PEI 2.86 次; 对照组平均每例接受 TACE 治疗 2.63 次。结果治疗有效率提高( $P < 0.05$ , 表 1)。

表 1 介入联合治疗晚期肝癌生存率和有效率比较

组别	生存率(%)				肿瘤缩小(cm)			
	6 mo	12 mo	18 mo	24 mo	>50	50~25	<25	<0
治疗 <sup>a</sup>	76.7	56.7	36.7	16.7	46.7	76.7	23.3	0
对照	56.7	40.0	20.0	6.7	23.3	53.3	40.0	6.7

<sup>a</sup> $P < 0.05$  vs 对照组。

治疗组有 2 例生存期超过 36 mo, 且肿瘤缩小比对照组更明显( $P < 0.01$ )。治疗组门脉癌栓消失率为 64.7%(11/17), 对照组为 43.75%(7/16), 两组间差异有统计学意义( $P <$

0.05)。TACE 并发症主要是栓塞综合症 5 例, 患者均能耐受。PVC 的并发症主要有疼痛 7 例、中心静脉管脱落 1 例、门静脉化疗后的化疗反应 15 例。PEI 的并发症是乙醇溢出导致一过性疼痛 2 例。我科上述病例在实际治疗过程中, 均未出现严重并发症。

**2 讨论** TACE 是治疗晚期原发性肝癌的首选治疗措施<sup>[1-2]</sup>, 但 TACE 往往不能使肿瘤完全彻底坏死, 对已有肝内转移及门脉有癌栓者疗效更差。门脉癌栓被认为是导致肝内外转移的病理基础和根源<sup>[1-2]</sup>。据研究<sup>[3]</sup>肝癌的癌结节具有肝动脉与门静脉双重供血, 肝动脉直接进入癌结节中心, 门脉血供大部分分布于肿瘤的边缘, 有些肝癌如无包膜型肝癌其门脉供血甚至超过肝动脉, 肝癌经 TACE 后门脉供血还会增加。根据这个特点, 我们采用 TACE 加上门静脉时化疗与持续化疗双重的治疗, 以达到抑制甚至杀灭主瘤、周边肿瘤组织、肝内播散结节和门脉癌栓, 使肝癌的治疗效果得到进一步提高。但 TACE 与 PVC 双重治疗对缺乏血供的病灶或对有被膜和被膜外浸润者, 坏死并不充分, 经 2~3 次 TACE 后, 肝动脉已有严重狭窄或闭塞, 同时有侧支循环形成。多次的 TACE 加上 PVC 的治疗后, 不但难以把药物注入残留的病灶, 反而常因药物较多地进入非癌肝导致肝功能的损害。而此时行 PEI 的治疗, 利用无水乙醇快速的蛋白凝固作用, 注入于瘤体及周围组织, 发挥无水乙醇对肿瘤的破坏作用, 选择性地使肿瘤组织坏死, 增加了治疗力度, 减少了复发机会, 进一步提高了疗效<sup>[3-4]</sup>, 这就是三介入治疗的理论依据。有人统计<sup>[5]</sup>表明, 插管 1 次与 2~3 次比较其生存率差异有显著性, 而插管 2 次与 3 次则无显著差别, 因而不主张 3 次以上的 TACE 和 PVC 治疗。我们认为对于血管较丰富的肝癌组织, 多次无水乙醇注射可使得肝内血管狭窄和闭塞, 影响 TACE 和 PVC 的治疗效果, 应在 TACE 和 PVC 治疗效果不再增加或不再适宜时, 应及时行 PEI 的治疗为妥, 以进一步提高疗效。三介入综合治疗的优越性在于这三种治疗方法的互补作用。本资料表明, 三介入综合治疗与单纯的 TACE(对照组)比较差异有显著性, 充分体现了综合治疗的优越性, 可明显改善晚期原发性肝癌的愈后。

### 【参考文献】

- [1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2000: 756.
- [2] 南克俊, 景钊, 张小战, 等. 中晚期肝癌不同治疗方案疗效观察[J]. 第四军医大学学报, 2004, 25(1): 62.
- [3] 李树萍. 肝癌基因治疗综合途径的研究进展[J]. 国外医学肿瘤学分册, 2002, 29(2): 142.
- [4] 赵锡力, 赵志军, 周青, 等. 肝动脉化疗栓塞联合超声导向经皮穿刺注射无水乙醇治疗大块型肝癌[J]. 第四军医大学学报, 2004, 25(15): 1382.
- [5] 吴沛宏, 李立, 张益民. 肝动脉栓塞联合 CT 导向下碘油乙醇注射治疗原发性肝癌的疗效观察[J]. 中华肿瘤杂志, 1998, (20): 392~393.

收稿日期 2005-11-17; 接受日期 2006-06-20

作者简介: 刘建辉, 学士, 副主任医师, 副教授. Tel (0791) 6291950

Email: Docjianhui@sohu.com.cn

编辑 袁天峰