

## 综合介入治疗原发性肝癌长期存活34例

孙建军, 马建芳, 王晨光, 黄祖泉

(解放军476临床部放射科, 福建福州 350002)

[摘要] 目的 探讨综合介入治疗原发性肝癌对提高患者生存率的临床价值。方法 回顾性分析34例经综合介入治疗后存活5年以上的原发性肝癌患者的临床治疗和随访资料。结果 介入治疗前肿瘤期20例, 期14例; 单发病灶23例, 多发灶10例, 巨块型1例; 肿瘤直径<3 cm、3~5 cm、5~10 cm和>10 cm者分别为8例、18例、7例和1例。所有患者均采用TXCE联合其他治疗, 均存活5年以上, 其中1例存活11年。结论 综合介入治疗可显著提高原发性肝癌患者生存率。

[关键词] 原发性肝癌; 综合介入治疗; 远期疗效

中图分类号: R735.7 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X(2008)06-0411-03

Clinical analysis of 34 cases of primary liver cancer survived for more than 5 years after comprehensive interventional therapy

SUN Jian-jun, MA Jian-fang, WANG Chen-guang, HUAN G Zu-quan (Department of Radiology, the 476th Clinical Branch of PLA, Fuzhou 350002, Fujian, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical value of comprehensive interventional therapy in increase of survival rate for patients with primary liver cancer. Methods The clinical data, therapeutic protocols and follow up of patients with primary liver cancer survived more than 5 years after comprehensive interventional therapy were retrospectively analyzed. Results Before TACE, 20 patients were in clinical stage I and 14 cases in stage . The tumor patterns included mononodular type (23 cases), multimodal type (10 cases), and greatest mass (1 cases). The diameter of tumor demonstrated less than 3 cm (8 cases), 3 to 5 cm (18 cases), 5 to 10 cm (7 cases) and more than 10 cm (1 cases). All cases were treated by TACE combined other treatment. All patients survived for more than 5 years, including 1 case 11 years. Conclusion Comprehensive interventional therapy can significantly increase survival rate for patients with primary liver cancer.

[Key words] Primary liver cancer; Comprehensive interventional therapy; Long-term effect evaluation

肝动脉插管化疗栓塞术(transcatheter arterial chemoembolization, TACE)因其疗效确切、微创、简便, 目前已成为治疗原发性肝癌的重要手段之一, 随着该项技术逐步普及应用, 极大地提高了疗效和生存率<sup>[1]</sup>。本文报道34例原发性肝癌采取综合性介入治疗, 即在TACE基础上, 根据患者情况选择采用肿瘤内无水酒精注射或期手术治疗, 同时伍以常规保肝、支持和对症治疗及免疫治疗方法, 进行回顾性分析总结, 探讨综合介入治疗原发性肝癌对提高患者生存率的临床价值。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾1993年3月至2002年11月住院的原发性肝癌患者共34例。均由临床体征、B超、CT、实验室检查, 部分磁共振成像和肝穿刺活检证实诊断, 均接受了介入治疗, 生存期均在5年以上。其中男性26例, 女性8例; 年龄27~72岁, 中位年龄49岁。根据CT、MRI检查, 34例患者单结节型23例, 多结节型10例, 巨块型1例。肝内共有计数肿瘤45个, 肿瘤直径最大的12.5 cm, 最小1.5 cm, 肿瘤直径<3 cm、3~5 cm、5~10 cm和>10 cm者分别为8例、18例、7例和1例。甲胎蛋白(AFP)阳性者28例(150~3500 ng/ml)。按中国抗癌协会肝癌专业

作者简介: 孙建军(1962-), 男, 山西晋城人, 医学学士, 副主任医师, 从事放射影像学工作。

委员会,原发性肝癌的临床诊断与分期标准<sup>[1]</sup>,属a期12例,b期8例,a期10例,b期4例。治疗前肝功能Child-Pugh A级20例,B级14例,心、肝、肾等脏器功能基本正常,外周血白细胞、红细胞、血小板均基本正常。

1.2 治疗方法 综合介入治疗方案采用以经动脉化疗栓塞术(TACE)治疗为主,酌情选择肿瘤内局部注射无水酒精或一期手术治疗。TACE治疗方案为5-Fu 0.5~1.0 g,DDP 40~80 mg并加入适量碘油做肝固有动脉至肿瘤供血动脉内灌注。每例患者介入术前均先行腹腔动脉或肝总动脉DSA造影,以1.5 ml/cm(肿瘤直径)估计碘油用量,30 ml为上限。化疗药灌注在透视下进行,初次TACE治疗时尽量使碘油在病灶内完全填充;如肿瘤较大,注射碘油30 ml完毕后,病灶供血动脉血流仍较快者,则以明胶海绵细颗粒(直径约1 mm)阻塞其血管,直至其血流减慢。TACE治疗后给予常规保肝、支持和对症处理,治疗间隔期间给予保肝、提高免疫力等治疗。TACE治疗后30~40天随访,根据临床检查和CT、MRI结果决定是否进行重复TACE治疗或病灶内无水酒精注射治疗。重复TACE治疗方案根据残存或复发肿块大小调整化疗和栓塞药量。对肿瘤直径<3 cm,数量3个以下者给予无水酒精局部注射治疗。

1.3 疗效观察及随访 介入治疗1个月后行CT检查,测量肿瘤中心层面面积确定疗效。通过住院观察,门诊和电话随访相结合方式进行随访。生存时间以患者接受首次介入治疗日期为起点至患者死亡为终点。

## 2 结果

2.1 肝内原发肿瘤灶治疗情况随访 被随访者34例均存活5年以上,其中存活5年12例,存活6年11例,存活7年7例,存活8年2例,存活9年1例,存活11年1例。中位生存期7.5年。随访期间,14例占41.18%(14/34),患者有肝内复发,多在TACE治疗后1年内,给予重复TACE治疗及综合治疗病灶得以固缩。随访至3年后,11例患者有远处转移,占32.35%(11/34),主要转移部位为肺(9例),其次为骨骼系统(2例)。对肺转移者行手术切除,骨转移者采用同位素内照射。

2.2 生存状态及死亡原因 截至随访结束(2007年12月),34例中33例死亡,仅1例仍存活良好。该例系右肝内占位,拟肝癌而行手术探查,切除病灶经

病理证实为肝细胞癌,术前行TACE,术后行免疫治疗,至今病人存活良好,正常工作。死亡原因:依次为肿瘤广泛转移致全身衰竭22例,占66.67%(22/33);肝肾功能衰竭5例,占15.15%(5/33);上消化道大出血5例,占15.15%(5/33);肝性脑病1例,占3.03%(1/33)。

## 3 讨论

经肝动脉灌注化疗栓塞术(TACE)是肝癌非手术治疗的首选方法。通过肝动脉灌注提高肝脏局部血药浓度,同时阻断肿瘤血供,达到姑息性治疗甚至是治愈肝癌<sup>[2]</sup>。随着TACE治疗的应用,极大地提高了肝癌患者的治疗效果<sup>[3-4]</sup>。但是大部分患者单纯TACE治疗并不十分理想。本文报道综合介入治疗原发性肝癌生存期长达5年以上,远高于文献报道<sup>[5-6]</sup>。单纯接受TACE治疗的1年、3年和5年生存率分别为74%、43.5%和21.2%。这是因为单纯TACE治疗有其局限性<sup>[7]</sup>:肿瘤供血不均匀血管栓塞不完全;肝动脉与门静脉或肝动脉与肝静脉有动静脉瘘药物丢失过快,且不宜栓塞;瘤灶少血供的患者栓塞效果差。而我们采取方法是以TACE治疗为主,酌情联合选择肿瘤内局部注射无水酒精或二期择期手术,确保了原发肝内病灶的根除;此外,随访期间对远处转移灶追加治疗,肝内转移灶采用手术切除,对骨转移灶采用同位素内照射治疗,确保了转移灶的及时消除;加之辅以保肝、支持、对症及提高免疫力等综合措施,这些无疑成为本组患者5年生存率的有力举措。据我们观察至今存活的1例患者,反映出TACE治疗实施后,尽早施行彻底的病灶切除术将更有利于提高疗效,延长生命。

本文认为:综合介入治疗较之单纯TACE治疗可明显提高肝癌患者的生存率。先行TACE治疗再行其他局部介入治疗会取得更好疗效<sup>[8]</sup>。

## 参考文献

- [1] 中国抗癌协会肝癌专业委员会.原发性肝癌的临床诊断与分期标准[J].中华肝脏病杂志,2001,9(6):324-326.
- [2] 王建华.肝癌综合介入治疗的现状[J].中华肝脏病杂志,2005,13(10):721-723.
- [3] Level JM, Rea IM, Montena X, et al. Arterial embolisation or chemoembolization versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomized controlled trial[J]. Lancet, 2002, 359: 1734-1739.
- [4] 周大勇,王建华,钱晟,等.肝动脉化疗栓塞术对富血供肝转移瘤的疗效分析[J].介入放射学杂志,2007,16(3):165-167.
- [5] 周泽健,罗鹏飞,邵培坚,等.介入治疗后38例中晚期肝癌患者

生存5年以上的因素分析[J]. 中华放射学杂志, 2002, 36(9): 792-796.

- [6] 王建华, 周康荣. 肝癌综合治疗规范化方案(草案)[J]. 临床放射学杂志, 2002, 21(7): 497-500.
- [7] 马爱英, 沈杰, 王海洁, 等. 肝动脉化疗栓塞联合经皮微波凝

固治疗晚期肝癌[J]. 介入放射学杂志, 2007, 16(3): 201-203.

- [8] 冯耀良, 赵林波, 王学浩, 等. 中晚期肝癌肝移植术前介入治疗的临床价值[J]. 介入放射学杂志, 2007, 16(7): 464-467.

(收稿日期: 2008-05-27; 修回日期: 2008-08-22)

(本文编辑: 潘雪飞; 英文编辑: 王建东)

## · 个 案 ·

# 高龄患者超长心肺复苏成功1例

夏向南

(南京军区福州总医院干部病房一科, 福建福州 350025)

[关键词] 心脏骤停; 心肺复苏; 高龄

中图分类号: R 541.7<sup>+</sup> 8 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)06-0413-01

## 1 病案摘要

患者男, 84岁, 因冠心病、高血压病、脑出血后遗症、窦性心动过缓、老年性痴呆、慢性支气管炎等病长期住院治疗。近期患者反复发生肺部感染合并心力衰竭, 虽能好转, 但病情不稳定。2007年6月1日11:57患者呼吸、心跳骤停。查体: 心跳、呼吸停止, 血压测不到, 双侧瞳孔散大(直径约5mm), 对光反射消失, 大动脉搏动消失, 末梢紫绀。心电监护示直线。立即予以持续胸外心脏按压, 先后行简易呼吸器辅助呼吸及呼吸机辅助呼吸(通气模式: P-SMV), 建立双静脉通道; 反复静注盐酸肾上腺素, 在100ml生理盐水中加入多巴胺200mg静滴, 同时100ml生理盐水中加入盐酸肾上腺素10mg静滴, 3次静注异丙肾肾上腺素1mg、1次甲基强的松龙40mg、参附注射液60ml及5次间断除颤(能量200~360J), 胸外心脏按压过程中发现腹部胀气高度膨隆, 遂予以置胃管, 排出大量气体。12:52心肺复苏成功, 心跳恢复为窦性心律, 心率为110次/分; 而后用输液泵, 以6ml/h速度, 输注生理盐水30ml+多巴胺200mg+阿拉明40mg, 血压维持正常, 血氧饱和度为95%(呼吸机辅助), 患者四肢末梢紫绀消退; 急查血气分析示: 氧分压67.7mmHg, pH值7.299, 二氧化碳分压39.8mmHg。生化示: 肌酐705 $\mu$ mol/L, 天门冬氨酸转移酶232U/L, 丙氨酸转氨酶110U/L。但患者出现深昏迷及肾功能衰竭等并发症, 继续给予抗感染、升压、营养心肌、护肝、利尿脱水及维持水、电解质、酸碱平衡等抢救治疗, 1个月后患者肝肾功能恢复正常, 病情再度改善。

## 2 讨论

本例系84岁高龄男性患者, 基础疾病多, 长期卧床。突发心跳呼吸骤停, 持续心肺复苏长达55min, 最后复苏成功,

有以下体会

从小剂量开始反复静注盐酸肾上腺素。在抢救过程中发现静注盐酸肾上腺素后可出现心跳, 但短时间后心跳消失, 为维持心跳, 采取持续静滴, 必要时予以静注盐酸肾上腺素加强。这一小小的改变取得良好的效果。在复苏过程中采用多人轮番持续心外按压, 频率100次/分, 按压3分钟即换人, 这样有利于保持体力。符合指南中要求“快速、有力、连续的按压”, 保证重要器官的有效灌注<sup>[1]</sup>。

反复电除颤 本例患者在抢救过程中心电监护由一直线转为室颤、电机分离、缓慢性心律失常、心室停顿, 而终止室颤最为迅速有效的方法就是电除颤<sup>[2]</sup>。除颤从低能量(200J)开始, 无效时加大能量直至最大(360J), 可连续多次。多次除颤无效时加用异丙肾肾上腺素使室颤波的振幅增大, 最后复苏成功。该药能减轻不应期不均匀性, 从而降低去颤阈值<sup>[3]</sup>。因此, 当电击或溴苄胺都失败时, 试用该药配合电击去颤可能会成功。

## 参考文献

- [1] 沈洪. 2005国际心肺复苏和心血管急救指南解读[J]. 实用医院临床杂志, 2006, 3(3): 5-7.
- [2] Hazinski Controversial topics from the 2005 international consensus conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendation[J]. Circulation, 2005, 112(supple 3): 133.
- [3] Parker RB, McCollan PL. Adenosine in the episodic treatment of paroxysmal supraventricular tachycardia[J]. Clin Pharm, 1990, 9: 261-271.

(收稿日期: 2008-01-29; 修回日期: 2008-05-28)

(本文编辑: 潘雪飞)