

术前选择性经肝动脉化疗栓塞对肝癌患者手术治疗效果的影响

代鸿华¹, 袁洪胜¹, 吴晓健²

1. 重庆医科大学附属第一医院綦江医院(重庆市綦江区人民医院肝胆外科), 重庆 401420;

2. 重庆医科大学附属第一医院肝胆外科, 重庆 400016

摘要: **目的** 探讨术前经肝动脉化疗栓塞术(TACE)对肝细胞肝癌(HCC)肝切除患者预后的影响。**方法** 回顾性分析 130 例 HCC 患者的临床资料,术前行选择性 TACE (TACE 组)65 例,术前未行 TACE (对照组)65 例。比较术后 1、2、3 年复发率及生存率,评价可切除 HCC 术前行 TACE 的作用。**结果** 术后 1、3 年复发率两组无差异($P > 0.05$),术后 2 年复发率 TACE 组为 30.8%,对照组为 58.5%,TACE 组的复发较对照组延迟($P < 0.01$);3 年生存率 TACE 组为 53.8%,对照组为 32.3%,TACE 组的 3 年生存率较对照组明显提高($P < 0.05$)。**结论** 对可切除 HCC,术前严格掌握条件行选择性 TACE,可在一定程度上提高手术治疗的效果。

关键词: 肝细胞癌; 肝动脉化疗栓塞术; 肝切除术

中图分类号: R 735.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0593-02

目前手术切除是唯一能根治原发性肝细胞癌(HCC)的治疗方式,但临床上相当部分的 HCC 患者确诊时往往已发生肝内外的多发转移,从而失去了根治性手术切除的机会。经导管肝动脉化疗栓塞术(TACE)是近年来发展起来的新技术,目前已在临床广泛应用并取得满意疗效。TACE 可有效降低 HCC 的临床分期,使部分无法根治性切除的 HCC 患者重新获得根治性切除的机会。本研究旨在探讨术前行 TACE 对 HCC 患者预后的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2008 年 1 月至 2011 年 1 月在我院治疗的 130 例 HCC 患者的临床资料。本组依据 CT、MRI、B 超、AFP 等临床和(或)病理资料综合诊断。将 130 例患者根据住院号的奇偶数随机分为观察组和对照组各 65 例。两组患者入院时根据术前评估均判断为可切除,评估标准为《HCC 外科治疗规范》^[1]。排除标准:严重的凝血功能障碍,合并其他严重内科基础疾病和(或)肝动脉、门静脉广泛浸润或同时受侵者。两组患者在性别、年龄、Child 分级、肝肿瘤大小、部位及癌灶数目等方面基线资料比较,差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 1。

1.2 方法 观察组术前行个体化 TACE 治疗 1~5 次,平均 1.43 次。其中 1 次 38 例,2 次 14 例,3 次

5 例,3 次以上 8 例。TACE 药物为氟尿嘧啶、丝裂霉素、顺铂、碘油等,末次 TACE 治疗距手术切除时间为 1~6 个月,平均 2.3 个月。对照组发现 HCC 后即行手术治疗。两组手术方式均采用常温下间歇性肝门阻断的不规则性肝叶、段切除术,或肝门不间断的不规则性肝叶、段切除术。术后对患者定期随访。

1.3 观察指标 观察两组患者复发时间、生存时间(含带瘤生存)。复发率及生存率均计算累积值。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用成组 t 检验;率采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

所有患者均获得 3 年的随访,其术后复发和复发情况如下。(1)术后复发率:术后 1、3 年复发率两组无差异,术后第 2 年复发率则对照组明显高于观察组($P < 0.01$)。见表 2。(2)术后生存率:术后第 1、2 年生存率两组无差异,而 3 年生存率 TACE 组高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

在我国,HCC 是常见的消化系统恶性肿瘤,其预后较差,病死率高,若经过系统的治疗,HCC 的生存期仅为 1~4 个月。目前我国每年约有 20 万患者死于 HCC,且其病死率还在逐年增加^[2-3]。目前 TACE 是不可切除 HCC 的首选非手术治疗方式,其可大大缩小 HCC 的临床分期,使部分本无法根治性切

表 1 两组患者临床资料比较 (n=65)

组别	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	男/女 (例)	HbsAg 阳性 (例)	AFP 阳性 (例)	Child 分级(例)		肿瘤大小 (cm, $\bar{x} \pm s$)	肿瘤部位(例)		癌灶数目(例)	
					A 级	B 级		左肝叶	右肝叶	单个	≥ 2 个
观察组	53.3 \pm 12.4	38/27	39	46	34	31	7.3 \pm 3.2	12	53	52	13
对照组	54.1 \pm 11.6	36/29	38	47	33	32	7.6 \pm 3.4	14	51	53	12

表 2 TACE 组和对照组术后复发率比较 例(%)

组别	例数	术后 1 年复发	术后 2 年复发	术后 3 年复发
观察组	65	6(9.2)	20(30.8) [△]	55(84.6)
对照组	65	7(11.2)	38(58.5)	56(86.2)

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.01$ 。

表 3 TACE 组和对照组术后生存率比较 例(%)

组别	例数	术后 1 年生存	术后 2 年生存	术后 3 年生存
观察组	65	61(93.8)	38(58.5)	35(53.8) [△]
对照组	65	61(93.8)	37(56.9)	21(32.3)

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

除者重新获得根治性手术切除的机会。但 HCC 患者行 TACE 术后,往往在短期内即复发,其远期临床疗效较差^[4-5]。其原因在于:虽然 TACE 可明显使肿瘤缩小或者消失,但是由肝动脉及门静脉组成的血管丛在肿瘤生长的早期就已经形成,肝动脉及门静脉也是大多数肝肿瘤的供血方式。同时我国 HCC 患者往往患有病毒性肝炎,且多合并肝硬化,肝癌实质内及周边组织大量小动脉新生和门静脉分支的萎缩或受压,肝癌中央的血供 90%~95% 来源于肝动脉,而其周边小肝癌及子结节则以门静脉供血为主^[6-7]。肝癌周边的小肝癌及在肝内沿门静脉系统播散的癌微小转移灶,是导致术后复发的重要原因^[8]。另一方面, TACE 术后起栓塞作用的碘油常常随肝脏血流作用离散或被肝细胞代谢清除,降低了 TACE 的疗效。虽然 TACE 能延长患者的生存期,改善患者的生活质量,但其并不是一种根治性手段。外科手术切除是治疗 HCC 的唯一根治性方式。目前将 TACE 与外科手术联合用于 HCC 的治疗能将二者的长处结合,从而提高大肝癌的切除率,扩大 HCC 患者手术适应证的范围,提高肝癌患者的手术耐受性^[9-11]。另外,在进行 TACE 后 1~2 周,肝癌周围癌肿卫星灶或其他部位小至 5 mm 的微小病灶可被清晰显示,有利于术中对肝内微小肿瘤的彻底性清除,对术者有一定的导向作用,既可减少术者在手术时的盲目性,保证对肝癌的根治性切除,又可避免切除过多的正常肝脏组织,对降低术后复发及减少和避免术后肝功能不足具有重要意义^[12]。相关研究表明,术前行 TACE 术能显著降低 HCC 术后复发率,明显延长患者的生存期^[13-14]。本研究中,两组患者术后 1、3 年复发率相近,但对照组患者术后第 2 年复发率明显高于观察

组,表明术前 TACE 能延迟 HCC 患者的术后复发;术前行 TACE 的观察组患者术后 3 年生存率较对照组明显提高。

综上所述, HCC 患者术前行 TACE 可在一定程度上提高手术治疗效果,延迟患者术后复发及延长患者的生存期。

参考文献

- [1] 中华外科学会肝脏外科学组. 原发性肝癌的外科治疗规范[J]. 肝胆外科杂志, 2001, 9(1): 10-12.
- [2] 李天晓, 樊青霞, 王瑞林. 恶性肿瘤介入治疗学[M]. 郑州: 河南医科大学出版社, 2000; 226-227.
- [3] 顾海涛, 石欣. 腹腔镜肝切除术在肝癌治疗中的应用与评价[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(2): 176-180.
- [4] 陈晓泓, 张博恒, 殷欣, 等. 肝细胞癌根治术后行辅助性肝动脉化疗栓塞对近期复发的作用[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(12): 826-829.
- [5] 黄志强. 微创外科和外科微创化的总体研究[J]. 中国微创外科杂志, 2004, 4(1): 1-5.
- [6] 张以涛, 王庆军. 肝动脉化学栓塞联合手术切除综合治疗大肝癌的临床疗效(附 63 例临床分析)[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(7): 52-53.
- [7] Topal B, Fieuis S, Aerts R, et al. Laparoscopic versus open liver resection of hepatic neoplasms: comparative analysis of short-term results[J]. Surg Endosc, 2008, 22(10): 2208-2213.
- [8] 吴孟超. 肝癌外科治疗的近期进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2006, 13(2): 125-128.
- [9] 吕文平, 李智华, 王曙光, 等. 肝细胞癌肝动脉栓塞化疗降期治疗后根治性切除[J]. 中华消化外科杂志, 2008, 7(3): 186.
- [10] 孙林, 成伟, 刘觉仕, 等. 原发性肝细胞肝癌的 TACE 联合外科治疗及单纯外科手术对照研究[J]. 医学与哲学, 2012, 33(11B): 16-18.
- [11] 周建平, 周伟平. 可切除大肝癌术前 TACE 对手术的影响[J]. 临床军医杂志, 2012, 40(4): 836-838.
- [12] 王晓雯, 郭晏同, 赵景明, 等. 原发性肝癌 TACE 术后肝胆相关并发症探讨[J]. 国际外科学杂志, 2011, 38(4): 285-288.
- [13] Chen XM, Luo PF, Lin HH, et al. Long-term result of combination of transcatheter arterial chemoembolization and percutaneous ethanol injection for treatment of hepatocellular carcinoma[J]. Ai Zheng, 2004, 23(7): 829-932.
- [14] Chang S, Laurent A, Tayar C, et al. Laparoscopy as a routine approach for left lateral sectionectomy[J]. Br J Surg, 2007, 94(1): 58-63.

收稿日期: 2014-12-12 修回日期: 2015-01-19 编辑: 于锡恩