

B超引导下加热注射碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu 治疗原发性肝癌 16例

刘爱民,雷德安,范德庆,周兴祥,任在跃,郭武,黄和银,周琦,徐来喜

刘爱民,雷德安,范德庆,周兴祥,任在跃,郭武,黄和银,周琦,徐来喜,重庆市涪陵中心医院消化科 重庆市 408000
项目负责人:刘爱民,408000,重庆市涪陵区高笋塘路2号,重庆市涪陵中心医院消化科. aiminliu53@hotmail.com
电话:023-72220721 传真:023-72224460
收稿日期:2002-03-14 接受日期:2002-06-14

摘要

目的:对于不能手术切除的中晚期巨块型肝癌患者,TACE + PEI 治疗常是首选的治疗方案. 但受医院条件、患者经济所限,开展 TACE 手术有一定的难度. 受 PEI 治疗小肝癌的启发,我们采用经皮穿刺瘤体内加热注射碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu 治疗原发性肝癌,探讨其疗效.

方法:对16例经临床及病理证实为原发性肝细胞癌的患者行彩超引导下使用日本经皮酒精注射疗法针经皮穿刺瘤体内加热注射碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu,并进行生存期及生存质量的随访.

结果:16例患者的1、2 a生存率分别为75%、50%,生存质量高.

结论:对于不能手术切除的原发性肝癌,采用经皮穿刺瘤体内加热注射碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu的方法进行治疗,其疗效肯定,操作简单,安全方便,费用低,患者易接受,值得临床推广应用.

刘爱民,雷德安,范德庆,周兴祥,任在跃,郭武,黄和银,周琦,徐来喜. B超引导下加热注射碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu 治疗原发性肝癌 16例. 世界华人消化杂志 2003;11(3):356-357

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/356.htm>

0 引言

对于不能手术切除的原发性肝癌,临床上一般采用肝动脉栓塞化疗术(TACE)+经皮穿刺瘤内无水乙醇注射(PEI)联合治疗,疗效较好. 但我院地处经济欠发达地区,多数患者经济状况较差,不能承受TACE的高额费用,因此TACE实施不理想. 我们于1999-01起采用彩超引导下经皮穿刺瘤体内加热注射碘油+无水乙醇+5-Fu的方法治疗原发性肝癌,取得了一定的效果,现报告如下.

1 材料和方法

1.1 材料 16例患者,男15例,女1例,年龄30-65

岁,平均38.0岁,病程1-3 mo,平均1.5 mo. 临床表现不典型,有10例患者系因其他疾病检查无意中发现为肝癌,另6例患者主要表现为纳差、消瘦、右上腹疼痛,无黄疸. 体检:肝脾肿大13例,腹水3例,双下肢凹陷性水肿8例. 影像学检查:患者均作彩色多普勒超声、CT检查,提示肿块位于右肝14例,左肝2例,直径在8.0-12.0 cm之间,平均12 cm,无子灶. 瘤体均有明显、完整的包膜. AFP检查有8例增高,均>400 ug/L,最高者达3 000 ug/L. 合并肝炎后肝硬化者有6例,酒精性肝硬化3例. 肝功能分级:Child A级12例,B级4例,无C级. 所有病例均在彩色多普勒超声引导下经皮穿刺病理活检证实为肝细胞癌,其中高分化10例,中分化4例,低分化2例. 1.2方法 有腹水者常规消除腹水. 采用意大利产AU4型彩色多普勒超声仪,穿刺探头用甲醛熏蒸消毒. 穿刺工具:日本产八光牌超声波诱导下经皮酒精注射疗法针(hakko sonoguide percutaneous ethanol injection therapy needle),该针在针头平面每120°有一侧孔,共3个;注射混合液:380 mL/L碘油5 mL+997 mL/L无水乙醇10 mL+5-Fu 10 mL,注射前加热至50℃左右. B超引导下,穿刺针刺入瘤体底部注射混合液,然后边退边注射,使混合液沿3个方向充分沉积在瘤体内,采用30 mL注射器注射,对于不能耐受酒精者,我们在术中常规采用9 g/LNS250 mL+凯西莱0.6 g静脉滴注,术后口服凯西莱片剂0.2 g tid,并预防性静滴止血药物,2次混合液注射/wk. 6次为一个疗程,每个患者至少接受2个疗程的治疗,最多者接受了4个疗程. 治疗后复查B超和/或CT、AFP.

2 结果

16例患者中,8例术前增高的AFP值显著降低,其中6例降至正常范围. 12例肿块较术前缩小,有10例缩小面积>50%,4例肿块面积变化不大. 术后肝功能:Child A级16例,无B、C级. 随访2 a,其1 a、2 a生存率分别为75%、50%,生存质量高,部分患者可进行日常体力活动.

3 讨论

对于不能手术切除的中晚期巨块型肝癌患者,TACE + PEI 治疗常是首选的治疗方案^[1]. 但由于医院条件、

患者经济所限,开展 TACE 手术有一定的难度.而 PEI 是近年来发展的又一疗法,作为治疗小肝癌的一种非手术疗法,1983年由日本千叶大学医学部第一内科杉浦信之 et al 报告用于 3 cm 的小肝癌.目前在日本被广泛应用,并认为是治疗各种原因不能手术切除小肝癌的有效疗法之一,其疗效可与手术相似.国内于 1986 年将 PEI 应用于临床,因其对缩小,控制或延缓肝癌生长具有明显的效果,具有操作简便,患者痛苦小,并发症少,费用低廉的特点,且一般不会影响患者对其他治疗方法的再选择,故其在临床的应用日益受到广泛的重视^[2]. PEI 疗法的主要作用机制,是利用无水乙醇对肿瘤组织的迅速脱水固定作用,使肿瘤内血管收缩,血管壁变性及内皮细胞破坏,局部血栓形成,致组织缺血、坏死;同时可使肿瘤细胞核和细胞质破坏,细胞轮廓消失,并引起中性白细胞、淋巴细胞浸润和成纤维细胞增生,继而发生纤维化.通过改变这些癌组织细胞的作用,达到最大程度灭活癌细胞的治疗目的.但是,越来越多的实验证实肝癌的血供是双重的,特别是肿瘤生长活跃的周边部分,门静脉供血的比重可能更大^[3].因此,从理论上讲,肝癌的介入治疗,应同时对肝动脉、门静脉进行栓塞,以彻底阻断肿瘤血供^[4].但是门静脉栓塞实施较困难,而肝动脉栓塞在一般医院,由于各种条件限制,开展此项手术也有一定的限制,并且肝动脉、门静脉同时阻断,可能导致

正常肝组织广泛坏死.基于 TACE + PEI 的原理,我们将碘油 + 无水乙醇 + 5-Fu 加热后局部注射,治疗效果亦佳.因加热后,一方面能使混合液充分混匀易于注射,另一方面,加热后注射,其致热原理使组织温度升高,理论上讲,当温度升高到 42-45 时,部分酶失活,癌细胞对局部损伤敏感性增高,对化疗有增敏作用,当温度达 46 持续 60 min 时癌细胞发生不可逆损伤,增加至 50-52 则能明显缩短癌细胞损伤时间^[5].我们选择只加热至 50,是为避免局部皮肤损伤.关于混合液注射量的问题,视患者具体情况而定,总之原则上尽量使混合液充分充填瘤体就可以了,本组病例中有一例患者单次注射量最大达到 60 mL.疗程上,我们一般以 6 次混合液注射为一疗程.然后根据患者的情况及瘤体的变化决定是否继续进行.

4 参考文献

- 1 汤钊猷.肝癌治疗的进展、问题与展望.中华肝病杂志 1998;6:129-130
- 2 江正辉,黄志强.肝癌.第1版.重庆:重庆出版社,1996:344-347
- 3 唐承富,李晓群,肖剑秋,胡静芳.肝动脉栓塞联合经皮穿刺注射无水乙醇治疗巨块型肝癌.中华肿瘤杂志 1999;21:72
- 4 房殿春,雷德安.消化系统肿瘤研究进展.第1版.成都:四川科学技术出版社,2000:613-617
- 5 Goldberg SN, Gazelle SG, Mueller PR. Thermal ablation therapy for focal malignancy: a unified approach to underlying principles, techniques and diagnostic imaging guidance. AJR 2000;174:323-331

世界华人消化杂志和 WJG 获得商标注册

本刊讯 世界华人消化杂志和 World Journal of Gastroenterology 经中华人民共和国国家工商行政管理总局商标局核定使用商品(第 16 类),获得商标注册.

世界华人消化杂志® 注册有效期限自公元 2002-11-14 至 2012-11-13 止.商标注册证第 2001071 号.

World Journal of Gastroenterology® 注册有效期限自 2002-11-14 至 2012-11-13 止.商标注册证第 2001158 号.