

文章编号:1005-6947(2008)01-0010-03

· 肝肿瘤专题研究 ·

肝癌破裂出血的治疗:附35例临床分析

薛浩, 李旭宏, 赖登祥, 曾文兵, 何天时, 吴勇

(重庆市三峡中心医院 肝胆外科, 重庆 404000)

摘要:目的 探讨肝癌破裂出血的治疗方法及其疗效。方法 回顾分析近9年余收治的35例肝癌破裂出血患者临床资料。其中,行根治性手术12例(包括介入术后行根治性手术5例),姑息性手术9例,介入治疗19例(其中5例术后改行根治性手术)。结果 根治性手术组术后彻底止血,1例术后死于肝功能衰竭;姑息性手术组术后再出血3例,其中2例死于肝功能衰竭;介入治疗组再出血1例,发生肝功能衰竭2例,死亡1例。根治性手术12例中生存1年者9例,2年者7例,5年者4例;姑息性手术9例中,生存1年者2例,2年者1例;介入治疗组14例中生存1年者8例,2年者4例,5年者1例。结论 根治性手术切除是治疗肝癌破裂出血的有效方法。介入治疗止血满意,并发症少,能有效地延长患者生存期,可作为不能行切除手术患者的首选治疗方法;行介入治疗止血时可通过血管造影判断有无行根治性手术的可能,以减少不必要的急诊手术探查。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(1):10-12]

关键词: 肝肿瘤/治疗; 肝癌自发性破裂; 介入治疗

中图分类号: R 735.7

文献标识码: A

Treatment of spontaneous rupture and hemorrhage of liver cancer: a clinical analysis of 35 cases

XUE Hao, LI Xuhong, LAI Dengxiang, ZENG Wenbin, HE Tianshi, WU Yong

(Department of Hepatobiliary Surgery, Chongqing Sanxia Central Hospital, Chongqing 404000, China)

Abstract: Objective To explore the method and curative effect of therapy for spontaneous rupture and hemorrhage of liver cancer. **Methods** Thirty-five cases of spontaneous rupture and hemorrhage of liver cancer admitted to our hospital from January 1998 to February 2007 were reviewed. Among them, 12 cases underwent radical operation (including 5 cases of operation after interventional therapy), 9 cases had palliative operation and 19 cases received interventional therapy (5 cases had radical operation later).

Results In the radical operation group, the bleeding completely stopped after operation, but 1 case died of hepatic failure. In the palliative operation group, 3 cases had re-bleeding and two of them died of hepatic failure. In the interventional therapy group, 1 case had re-bleeding, 2 cases had hepatic failure and one of them died. In the 12 cases of radical operation, there were 9 cases of one-year survival, 7 cases of two-year survival and 4 cases of five-year survival. In 9 cases of palliative operation, there were 2 cases of one-year survival and 1 case of two-year survival. In 14 cases of interventional therapy, the one-year, two-year and five-year survival were 8 cases, 4 cases and 1 case, respectively. **Conclusions** For spontaneous rupture and hemorrhage of liver cancer, interventional therapy can stop bleeding effectively with less complications, and can prolong survival time, so it can be used as the first choice for patients who have no chance of radical resection. Furthermore, hepatic arteriography can evaluate the possibility of radical operation and avoid unnecessary emergency operation.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(1):10-12]

Key words: Liver Neoplasms/ther; Spontaneous Rupture, Hepatic Cancer; Interventional Therapy

CLC number: R 735.7

Document code: A

收稿日期:2007-07-12; 修订日期:2007-09-17。

作者简介:薛浩,男,重庆三峡中心医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:薛浩 E-mail:xuehao3573@sina.com

自发性破裂出血是肝癌的致命并发症之一,约占肝癌死因的10%~15%^[1],因出血和肿瘤双重因素的影响使临床处理较为困难。我院1998年1月—2007年2月收治肝癌破裂出血患者35例,其中7例行急诊根治性手术,9例行急诊姑息性手术,19例次行急诊介入栓塞治疗(TAE),现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

男25例,女10例;年龄28~80(平均50.2)岁。其中原发性肝癌30例(既往有慢性乙型肝炎病史者23例,肝硬化病史者15例,此前有13例已诊断为原发性肝癌),转移性肝癌5例(胰头癌肝转移2例,结肠癌肝转移3例,此前均已确诊)。17例患者(48.6%)以出血为首发临床表现。临床均表现为较剧烈腹痛伴腹膜刺激征。11例合并失血性休克;35例均行腹腔穿刺,31例证实腹腔内出血;B超检查30例,27例发现肝脏包块,25例有腹腔积液,5例有肝包膜下积液;35例均行上腹部CT平扫或增强扫描,均提示肝脏包块伴腹腔积液。癌结节直径3.5~13.8cm(平均直径8.7cm),单发癌结节25例,多发癌结节10例,AFP>200ng/mL者21例,合并慢性乙型肝炎23例,肝硬化22例,门静脉癌栓9例,肺转移2例,腹腔淋巴结转移20例。3例患者以急性胆囊炎收入院,2例患者以腹痛待诊收入院,入院后经影像学等相关检查很快确诊,术前无误诊者。

1.2 治疗方法

入院后先予常规止血、扩容、抗休克等治疗,同时行血常规、凝血象、肝功及生化、血清甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)、心电图、胸片等检查。2001年起开展介入治疗,故在此之前收治的9例肝癌破裂出血患者均行剖腹探查术,其中2例行根治性手术,7例行姑息性手术;在此之后收治的26例患者中,术前评估能行根治性手术者7例,经术中证实仅有5例能行根治性切除,另2例行姑息性手术;其余19例行介入治疗,其中有5例(26.3%)在介入治疗后15~60d接受根治性切除手术。各组患者的肝功能Child分级见表1。

表1 各组患者肝功能Child分级

组别	A级	B级	C级
根治手术组(n=12 ¹⁾)	5+(3)	2+(2)	0
姑息手术组(n=9)	6	3	0
介入治疗组(n=19)	3	7	9

1)注:其中5例为介入术后施行根治性切除手术

1.2.1 介入治疗 常规采用经股动脉Seldinger技术^[2],插管至腹腔干或肝总动脉造影,将导管超选至左右肝动脉或亚段肝动脉,根据肿瘤大小,血供及肝功能情况,夹心法注入碘油、明胶海绵及抗癌药物,用药后尽量使碘油在肿瘤内完全充填且未见外溢后拔管。具体药物使用见表2。

表2 介入治疗的药物使用

药物	肝功A级(3例)	B级(7例)	C级(9例)
超液化碘油(mL)	6~30	6~30	6~30
明胶海绵(mL)	1~2	1~2	1~2
表阿霉素(mg)	40	20~40	20
丝裂霉素(mg)	4	2~4	2
5-Fu(mg)	500~1000	500~1000	500

注:造影后估计能手术切除者5例及C级肝功合并门静脉癌栓者2例,共7例仅行栓塞治疗

1.2.2 根治性手术 肝癌破裂出血根治性手术病例选择标准为:(1)年龄小于60岁,一般情况较好;(2)肝功Child分级为A级或B级,肝脏无明显萎缩或健侧代偿性增大;(3)术前影像学检查及术中证实为单个癌结节,无远处转移,有根治性切除可能者。共12例(包括介入治疗后5例),包括行右半肝切除3例,VI和VII段切除2例,左半肝切除4例,VII和VIII段切除1例,左外叶切除2例。

1.2.3 姑息性手术 行姑息性切除4例,缝扎止血加肝动脉结扎5例。

2 结果

2.1 治疗效果

(1)根治性手术组7例患者术后均彻底止血,1例右半肝切除患者于术后第5天死于肝功能衰竭;(2)姑息性手术组中,1例患者于姑息性切除术后1个月再出血,经介入治疗止血;2例患者分别于缝扎止血加肝动脉结扎术后第2天及第7天再出血,最终死于肝功能衰竭;(3)介入治疗组中,1例患者于术后第10天再出血,经再次介入治疗成功止血;2例Child C级肝功患者(同时行栓塞及化疗)术后1周左右发生肝功能衰竭,其中1例于术后第12天死亡,另有5例患者于介入术后15~60d获得根治性切除机会。各组治疗效果见表3。

表3 各组患者治疗效果

组别	成功止血	再出血	肝衰竭	死亡
根治手术组(n=12 ¹⁾)	7+(5)	0+(0)	1+(0)	1+(0)
姑息手术组(n=9)	6	3	2	2
介入治疗组(n=19)	18	1	2	1

1)注:其中5例于介入术后施行根治性切除手术

2.2 随访

各组患者出院后均接受随访,生存时间详见表4。

表4 各组患者生存时间

组别	生存>1年	生存>2年	生存>5年
根治手术组(n=12 ¹⁾)	9	7	4
姑息手术组(n=9)	2	1	0
介入治疗组(n=14 ¹⁾)	8	4	1

1)注:其中5例于介入术后施行根治性切除手术

3 讨论

肝癌破裂出血在入院后大多能及时明确诊断,具备上腹部剧烈疼痛和腹膜刺激征;脉搏增快,血压进行性下降;腹穿抽出不凝血;有明确肝癌病史或慢性肝病背景者应高度怀疑肝癌破裂出血。本组术前均明确诊断,无误诊者。在行常规检查的同时应查AFP和上腹部CT,以进一步明确包块性质、大小、出血部位、肝硬化程度及有无远处转移。若条件具备,可直接行CT增强扫描或DSA检查,以明确肝硬化程度、癌灶大小、是否多发病灶及出血部位,从而为选择治疗方式提供最直接的资料。值得一提的是,栓塞前血管造影也有诊断价值,可见肿瘤染色、肝缘与腹腔间隙增宽、供血动脉迂曲扩张或直接显示造影剂外溢,不但可以明确肝硬化程度及是否多发病灶,而且可发现异位供血动脉^[3]。

肝癌破裂出血是临床处理较为棘手,因破裂出血的肝癌多系中晚期,往往同时合并有较严重的肝硬化,导致患者一般情况较差;破裂部位常位于肝表面,出血不易自止,易导致失血性休克,从而加重患者的肝肾功能障碍,故怎样选择合理的治疗方式,实现快速有效的止血是治疗本病的关键^[4]。

随着介入放射技术的普及,经肝动脉化疗栓塞已成为失去根治手术机会的肝癌患者的首要治疗方法,尤其在治疗肝癌破裂出血方面更具有不可比拟的优越性,具有止血可靠、安全度高、并发症少、创伤小,恢复快等特点^[5];但介入治疗作为一种姑息性治疗手段,并不能完全替代手术治疗^[6]。只要依据一定标准选择病例,部分患者仍可以行急诊根治性手术。笔者有2例肝癌破裂出血患者于急诊根治术后已分别存活5年及8年。故笔者认为,对符合如下条件者,可考虑急诊根治性手术:(1)年龄小于60岁,一般情况较好;

(2)肝功能Child分级为A级或B级,肝脏无明显萎缩或健侧代偿性增大;(3)术前影像学检查及术中证实为单个癌结节,无远处转移,有根治性切除可能者。

对于已无法行根治性切除或患者情况差不允许作根治切除的病例,可首选介入治疗。肝癌的血供主要来源于肝动脉,阻断肝动脉后有效减少其血供而达到控制出血的目的,这也是介入和栓塞治疗止血的理论依据^[4];介入治疗创伤小,干扰轻,适应证广,操作相对简单,还可通过导管同时进行扩容抗休克治疗。经肝动脉造影不仅可以观察肿瘤的大小、位置、血供及出血情况,还可发现异位供血动脉而予以栓塞,从而达到彻底可靠的止血目的^[3,7]。另外,血管造影可以了解门静脉有无癌栓,并结合临床,对是否可行根治性切除作出准确判断,较CT检查更有价值。估计能行根治性切除的病例,可仅行栓塞止血治疗(本组2例),待其肝功能及一般情况改善后择期行根治手术。还有部分患者通过介入治疗后,其肿瘤可明显缩小,卫星灶消失,达到可以行根治切除的标准(本组3例)。即使无法达到根治标准,也可延长生存时间,提高生存质量,为以后再次介入治疗创造机会。

值得一提的是化疗药物的应用,对C级肝功能病人,尤其合并门静脉癌栓者,除应用微导管超选栓塞肿瘤供血动脉或肝动脉分支,最大限度地保护正常肝组织外,对化疗药物的使用应当慎重,本组有2例发生肝功能衰竭考虑与此有关。故对于肝功C级合并门静脉癌栓者,可仅行栓塞而不加化疗药物,从而达到最佳治疗效果。

参考文献:

- [1] 吴孟超,陈汉. 肝脏外科学[M]. 第2版. 上海:上海科学技术出版社,2000. 305.
- [2] 张金山. 现代腹部介入放射学[M]. 北京:科学出版社,2005. 164.
- [3] 王田力,范家栋,黄世兵. 原发性肝癌自发性破裂出血的临床特点及影像学诊断[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(4): 228-231.
- [4] 孙儒泉,张桂成,于代友,等. 肝癌破裂出血的急诊介入栓塞治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(8): 500-502.
- [5] 杨业发,徐爱民. 肝动脉插管栓塞治疗原发性肝癌自发破裂出血疗效评价[J]. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(3): 285-287.
- [6] 郑起,阎钧. 肝癌破裂出血急诊治疗策略[J]. 肿瘤, 2003, 23(5): 414-416.
- [7] 刘光强. 胆道大出血的放射介入治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(3): 273-275.