

中西医结合治疗晚期原发性肝癌36例

北京电力医院(北京 100055) 佟蔚廷 王湘衡* 陈 翎* 狄书泉**

一 般 资 料

选择条件: 原发性肝癌患者(1)一般情况尚好, 能支持手术; (2)无黄疸或轻度黄疸, 血清胆红素不超过 2 mg%; (3)无腹水或少量腹水, 服利尿剂可消失者; (4)肝肾功能尚好, 出凝血时间、凝血酶原时间在正常范围。

36 例中, 男性 28 例, 女性 8 例。均有慢性肝炎史。HBsAg(+)85%。36 例中病理诊断为肝细胞性肝癌 31 例, 胆管细胞性肝癌 2 例, 肝透明细胞癌 1 例, 坏死组织 2 例。手术证实肝内病变为两叶散在, 无法根治切除。符合临床分期的 II 期。

治 疗 方 法

手术治疗: 硬膜外麻醉, 上腹正中切口, 探查肝癌病变情况, 一般均为二叶多发病灶伴结节性肝硬化, 肝外无转移。开始游离肝总动脉、肝固有动脉及胃十二指肠动脉交叉处, 用丝线牵引, 再游离胃网膜右血管及其周围分支约 10cm 长, 左侧断端结扎, 右侧断端经动脉插入导管, 达胃十二指肠动脉分叉处, 提起肝总动脉, 导管即可顺利进入肝固有动脉, 约 2cm 深, 结扎肝总动脉、肝固有动脉及胃十二指肠动脉, 再结扎胃网膜右血管断端。取肝癌组织活检, 关腹, 将胃网膜右血管端固定在皮下, 将导管固定在皮肤上。

术后积极保肝治疗: 吸氧、高张葡萄糖、维生素 C、肝泰乐等。每日早晚冲管 1 次防止堵塞。5~7 天病情稳定, 行肝动脉造影, 证实肝内病变情况及属于丰富血管型或少血管型。开始灌注 5-FU 0.25g 每天 2 次, 5~7 天后每周灌注 2 天, 共 3~5 周, 总量 5.5~7.5g, 拔除导管。一般均无明显反应。休息 1 月后, 口服 5-FU, 每天 0.5g, 20 天为 1 疗程, 休息 1 月再服共半年。中药基本方: 党参、黄芪、仙鹤草各 30g, 败酱草、蒲公英各 15g, 白毛藤 10g, 黄连 3g(冲), 知母 6g, 山豆根 10g。上述治疗同时服用, 每天早晚各 1 剂, 半年后改为 2 天 1 剂, 1 年后每周 1~2 剂, 共服药 1 年半。

结 果

术后 1 月内死亡 6 例, 手术死亡率 16.7%。手术死亡原因: 肝功能衰竭 4 例, 上消化道大出血 1 例, DIC 1 例。术后生存 30 例中, 3 个月以上生存 25 例 (83.3%), 6 个月以上生存 18 例 (60%), 1 年以上 19 例中生存 11 例 (57.9%), 3 年以上 15 例中生存 3 例 (20%), 5 年以上 6 例中 1 例生存 (16.6%)。目前尚存活 3 例, 6、4、1 年各 1 例。死亡原因: 肝功能衰竭 20 例, 上消化道大出血 6 例, 肺脓肿 1 例。

讨 论

在绝大部分原发性肝癌为晚期, 手术探查、手术切除及生存率都很低的情况下, 我们采用中西医结合的综合疗法, 即肝动脉插管灌注 5-FU、术后中西药物长期服用, 1、3、5 年生存率分别为 57.9%、20%、16.6%, 表明此法有一定疗效, 是目前晚期原发性肝癌的有效疗法之一。肝动脉结扎可突然中断肝癌灶的动脉供应, 使瘤块坏死缩小。持续小量灌注 5-FU, 降低全身反应, 而局部效应增强。术后口服中药及 5-FU, 经门脉吸收, 不但增强全身抗癌能力, 也可使瘤灶周围受到抑制。由术后死亡原因分析, 肝功能衰竭为主要原因 (24 例), 其次为上消化道大出血 (7 例), 肺脓肿及 DIC 各 1 例。故术前对肝功能差者, 应积极行保肝治疗, 不应勉强手术, 以降低手术死亡率。其次术中证实门脉压力甚高, 胃底静脉曲张者, 应一并处理。术后发生上消化道出血患者, 若肝癌稳定, 仍应按一般患者积极处理, 以提高生存率。

我们采用经胃网膜右动脉行肝动脉插管, 将胃网膜右动脉断端固定在皮下, 较为安全, 拔管后无发生出血者。术中应注意肝动脉畸形。本组有 2 例肝动脉来源于肠系膜上动脉, 1 例双肝动脉, 后者插管入右肝动脉, 因左肝动脉甚细予以结扎。有时肝癌过大或动脉硬化, 而插管不易成功, 我们行肝动脉结扎, 单次注射 5-FU 2500mg 的方法。术后导管周围严密保护防止感染, 本组 1 例管周感染, 拔管后恢复。再冲洗导管时, 勿用力过猛, 本组有 2 例因导管后退而脱出。

中药治疗根据病人具体情况辨证。立方、选药及药量。实践初步证明, 中西医两法结合运用, 对提高晚期原发性肝癌疗效有积极意义。

*北京宣武医院, **北京市宣武中医院