

对比影像指导下TAE、TACE治疗原发性肝癌效果

张万忠 张韶橘

甘肃省定西市第二人民医院 甘肃定西 743000

摘要: **目的:** 对原发性肝癌患者分别应用影像指导下TAE、TACE治疗, 并对比其应用效果。**方法:** 选取2019年9月-2022年1月, 在我院治疗的92例原发性肝癌患者。采取随机数字表法, 将其分为两组。观察组46例, 于影像指导下进行TAE治疗; 对照组46例, 于影像指导下进行TACE治疗。对比两组患者的治疗效果。**结果:** 观察组患者总有效率为56.52%, 对照组为54.35%, 无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组、对照组患者病灶直径、AFP水平均无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗前后两组患者Child-Pugh肝功能分级均无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组患者介入次数明显低于对照组, 差异明显 ($P < 0.05$)。**结论:** 对原发性肝癌患者应用影像指导下TAE、TACE治疗效果相当, 但TAE介入次数更少, 值得推广。

关键词: 原发性肝癌; TAE; TACE

原发性肝癌为全球第五大常见肿瘤, 死亡率在恶性肿瘤中高居第三位, 据我国相关调查显示, 其患病率仅次于肺癌, 在恶性肿瘤中占比约为10.03%, 病死率约占14.56%^[1]。目前, 常用的治疗肝癌的方案主要包括手术切除、介入治疗、靶向药物治疗、肝移植术等, 其中, 肝动脉栓塞术(TAE)就是一种常用的介入治疗方法, 但有学者对其安全性、有效性存在疑虑。近年来, 肝动脉化疗栓塞术(TACE)在临床上应用增加, 已经成为无法接受手术治疗患者的首选方案。但也有研究指出^[2], TACE无法使肿瘤病灶完全坏死, 因此可能出现远期复发或转移。为对比两者的应用价值, 本文将对原发性肝癌患者分别应用影像指导下TAE、TACE治疗, 现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年9月-2022年1月, 在我院治疗的92例原发性肝癌患者。纳入标准: (1) 参考《原发性肝癌规范化病理诊断指南(2015年版)》得到明确诊断; (2) 肝内病灶 $> 5\text{cm}$; (3) 卡氏评分 > 60 分; (4) 巴塞罗那肝癌临床分期(BCLC)为B、C期; (4) 已签署知情同意书。排除标准: (1) 严重凝血功能障碍; (2) 合并感染患者; (3) 近期有手术史患者; (4) 心、肝、肾功能不全或衰竭患者; (5) 自身免疫性疾病患者等。采取随机数字表法, 将其分为两组。观察组46例, 男/女为25/21例, 年龄41~66岁, 平均(59.60 ± 4.02)岁, 卡氏评分68~80分, 平均(75.94 ± 2.33)分, BCLC分期: B期30例, C期16例。对照组46例, 男/女为26/20例, 年龄42~67岁, 平均(59.92 ± 3.78)岁, 卡氏评分69~80分, 平均(75.76 ± 2.12)分, BCLC分期: B期31例, C期15

例。两组患者上述资料无明显差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

观察组患者于影像指导下进行TAE治疗, 具体方法: 采取平卧位, 进行股动脉穿刺, 应用Seldinger法, 插入导管行肝动脉造影, 经微导管注入3~5mL碘化油, 分析造影图像。与上腹部增强CT、MRI表现综合分析, 确定瘤体大小、位置、数量以及血供。对照组患者于影像指导下进行TACE治疗, 具体方法: 采取平卧位, 进行股动脉穿刺, 应用Seldinger法, 插入导管行肝动脉造影, 经导管注入40mg表柔比星, 将微导管插入肿瘤供血动脉, 注入3~5mL碘化油, 进行栓塞。治疗后, 两组患者均给予常规对症处理, 包括抑酸、止吐、保肝等。

1.3 评价标准

(1) 临床疗效判断: 参考改良实体瘤疗效评价标准, 完全缓解(CR): 增强CT检查显示靶病灶动脉期无增强; 部分缓解(PR): 靶病灶动脉期直径和缩小30%以上; 疾病进展(PD): 靶病灶动脉期直径和增加20%以上, 或出现新病灶; 疾病稳定(SD): 靶病灶缩小或扩大在PR、PD之间。总有效率=CR+PR。(2) 对比两组患者治疗前、治疗后6个月病灶直径、甲胎蛋白(AFP)水平、肝功能分级。(3) 对比两组患者的介入次数。

1.4 统计学方法

数据应用SPSS 22.0软件处理, 计数资料、计量资料以(%)、($\bar{x} \pm s$)表示, 采取 χ^2 、t检验。 $P < 0.05$ 表示差异, 有统计学意义。

2. 结果

2.1 疗效对比

观察组患者总有效率为56.52%，对照组为54.35%，无明显差异 ($P > 0.05$)，见表1。

表1 两组患者临床疗效对比[n (%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	46	14 (30.43)	12 (26.09)	11 (23.91)	9 (19.57)	26 (56.52)
对照组	46	13 (28.26)	12 (26.09)	11 (23.91)	10 (21.74)	25 (54.35)
χ^2	--	0.05	0.00	0.00	0.07	0.04
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 病灶直径及AFP水平对比

治疗后，观察组、对照组患者病灶直径、AFP水平均无明显差异 ($P > 0.05$)，见表2。

表2 两组患者病灶直径及AFP水平对比
(n=46, $\bar{x} \pm s$)

组别	病灶直径 (cm)		AFP (ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	6.78 ± 2.02	5.07 ± 1.32	771.72 ± 54.55	433.33 ± 36.36
对照组	6.80 ± 1.98	5.10 ± 1.44	768.98 ± 56.78	420.20 ± 34.67
t	0.048	0.104	0.236	1.773
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 Child-Pugh肝功能分级对比

治疗前后两组患者Child-Pugh肝功能分级均无明显差异 ($P > 0.05$)，见表3。

表3 两组患者Child-Pugh肝功能分级对比
(n=46, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前		治疗后	
	A级	B级	A级	B级
观察组	17 (36.96)	29 (63.04)	26 (56.52)	20 (43.48)
对照组	18 (39.13)	28 (60.87)	25 (54.35)	21 (45.65)
t	0.05	0.05	0.04	0.04
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.4 介入次数对比

观察组患者介入次数为(2.30 ± 0.57)次，对照组为(3.70 ± 0.64)次，差异明显 ($t=11.079$, $P < 0.05$)。

3. 讨论

肝癌是临床上最常见的恶性肿瘤，其恶性程度较高，极易发生转移，预后较差。同时，由于该病较为隐匿，

大部分患者就诊已处于中晚期，正确诊疗对改善患者预后具有重要意义。TAE、TACE均是目前常用的介入治疗技术，对抑制肿瘤持续恶性生长可发挥积极作用，可延长患者生存周期。

肝脏具有双重供血的特点，当肝动脉血流受阻，门静脉可代偿性供血维持肝脏功能。由于肿瘤95%~99%的血供均由肝动脉提供，而TAE则是利用该理论进行治疗，通过阻断肝动脉供血，门静脉供血可继续维持肝脏组织运转^[3]。而TACE则是利用微创技术在肿瘤供血动脉中选择性插入导管，注入化疗药物、栓塞剂，从而发挥其细胞毒性作用，诱导肿瘤细胞凋亡。从总体上看，两者均能够获得肯定的临床效果，同时也不可避免的造成肝损伤。门静脉虽然能够维持肝细胞血供，但仍需要肝动脉提供氧气，而使用栓塞剂治疗后，可造成肝组织缺血、缺氧，引起肝损伤^[4]。在本次研究中，观察组患者总有效率、病灶直径、AFP水平以及Child-Pugh肝功能分级均无明显差异 ($P > 0.05$)；观察组患者介入次数明显低于对照组，差异明显 ($P < 0.05$)，可见TAE、TACE治疗的近期疗效相当，且对肝功能的影响也无明显差异，TACE应用的化疗药物并未使患者更多获益，而TAE能够减少介入次数，总体上更具应用价值。

综上所述，对原发性肝癌患者应用影像指导下TAE、TACE治疗效果相当，但TAE介入次数更少，值得推广。

参考文献:

- [1]杨培钰, 杜伟, 李正亮, 等. 匹立尼酸对肝癌经导管动脉栓塞术后癌旁肝组织氧化应激和细胞凋亡的作用[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(13): 1660-1665.
- [2]范馨予, 杜伟, 李正亮, 等. 匹立尼酸对肝癌TAE术后癌旁肝组织过氧化物酶体增殖物激活受体- α 、核因子- κ B和基质金属蛋白酶-9表达的影响[J]. 介入放射学杂志, 2020, 29(11): 1110-1115.
- [3]李娟娟, 杜伟, 郭伟莲, 等. 肝癌TAE后正常肝组织中PPAR- α 和氧化应激指标的表达[J]. 广东医学, 2019, 40(4): 488-492.
- [4]刘昊元, 刘凯元. TACE联合索拉非尼治疗老年肝癌合并肝静脉癌栓的疗效及生存情况[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(16): 3420-3423.