

肝癌 γ 刀治疗致肝衰竭和顽固性腹水

顾生旺, 孙瑶瑶, 孙杉杉(解放军第82医院 感染内科, 淮安市 223001)

肝癌患者放化疗后肝衰竭和顽固性腹水发生率较高, 但易被肿瘤科医生忽视, 本文报告7例并分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2006年1月至2010年8月收治并进行 γ 刀治疗和(或)经肝动脉介入化疗的14例患者, 其中7例合并肝衰竭和顽固性腹水, 包括男性6例, 女性1例, 年龄35~62岁, 平均(51.1 \pm 9.4)岁, 确诊后生存5.26~36个月, 平均(15.2 \pm 12.0)个月, 住院2~6次, 平均(3.1 \pm 1.5)次, 住院医疗费1.7383万~11.485万元, 平均(5.44 \pm 3.32)万元。其余7例未合并肝损害组, 包括男性6例, 女性1例, 年龄48~72岁, 平均(57.4 \pm 8.2)岁, 确诊后生存1~84个月, 平均(23.2 \pm 37.5)个月, 住院1~5次, 平均(2.1 \pm 1.5)次, 住院医疗费1.7325万~23.967万元, 平均(5.52 \pm 8.17)万元。

1.2 临床表现

1.2.1 慢性重症肝炎1例 男性, 37岁, 2007年8月10日行超声和CT诊断为右肝癌, 肝功能: ALT 55 U/L, AST 47 U/L, γ -GT 125 U/L, Ft 492.48 ng/ml, AFP未查。行 γ 刀和氟尿嘧啶、羟喜树碱、丝裂霉素、澳沙利泊经肝动脉插管化疗栓塞(transcatheter arterial chemoembolization, TACE), 于2008年1月2日检查肝功能TBil 340~520 μ mol/L, ALT 493 U/L, AST 540 U/L, ALB 23 g/L, PT 36秒, HBV DNA 1.2×10^6 拷贝/ml, 经保肝、利尿、退黄等综合治疗仍无效后自动出院。

1.2.2 肝功能衰竭或肝损害加重伴顽固性腹水4例其

中男性3例, 女性1例。翟某, 男性, 62岁, 3年前经MRI诊断为肝癌, AFP > 3000 ng/ml, γ 刀治疗1疗程、介入治疗2次, 尿黄半个月, 肝功能: TBil 260.3 μ mol/L, ALT 60.7 U/L, AST 151 U/L, ALB 30.7 g/L, AFP 803.4 ng/ml, MRI示右肝癌, 放疗后肝内转移, 于2010年7月17日入院再次行 γ 刀治疗后, 肝功能: TBil 574.9 μ mol/L, ALT 113.3 U/L, AST 247 U/L, ALB 26 g/L, AFP > 1000 ng/ml, 超声示腹水伴胸水, 自动出院。另外3例AFP分别339 ng/ml、56972 ng/ml、41.56 ng/ml, TBil 49~111 μ mol/L, ALT 125~176 U/L, AST 172~165 U/L, ALB 22~26 g/L, HBVDNA $1 \times 10^6 \sim 4.81 \times 10^5$ 拷贝/ml。其中1例经阿德福韦酯、托拉塞米治疗, 已存活2年; 1例经腹水浓缩回输好转出院; 1例女性必须经腹腔留置管放腹水, 才能控制腹胀。

1.2.3 胆总管梗阻1例 男性, 53岁, 2006年1月经CT诊断为肝癌伴腹腔淋巴结、胸椎转移。经 γ 刀治疗后左第4前肋、肱骨、骶髂关节转移。MRI水成像示肝癌伴肝内多发转移, 胆总管上段梗阻伴双侧胸水、腹水。再次行 γ 刀姑息治疗, 自动出院前肝功能TBil 154 μ mol/L, ALB 34 g/L。

1.2.4 黑便1例 男性, 53岁, 乙型肝炎肝硬化多年, 2008年4月28日因车祸入院检查发现肝脏巨大占位, AFP 4.54 mg/ml, CA-199 156.7 KU/L, 病理诊断胃癌肝转移, 经 γ 刀治疗1个月后肝动脉灌注表阿霉素、羟喜树碱、顺铂, 病程中复查ALB 24 g/l, 有数次黑便。

2 讨论

γ 刀是一种中晚期肝癌的有效无创治疗方法^[1], 但放射治疗不可避免会对邻近组织和器官造成不

同程度损伤, γ 刀治疗肝癌主要并发症有肝功能损害^[2]、骨髓抑制及消化道反应和严重梗阻性黄疸^[3], 最常见长期不良反应有放射性纤维化和坏死, 且多不可逆。黄健辉等^[4]治疗30例患者中, 60%患者有肝功能损害, 其程度与肿瘤数量、放疗面积、肝功能Child-Pugh分级、肿瘤分期显著相关, 肝功能好转程度与肿瘤消退情况呈正比。张建设等^[5]对70例肝癌伴乙型肝炎病毒感染者行放射治疗, 发生放射性损伤者占45.71%, 而在HBV DNA阳性者中占88.88%, 其中以“HBsAg、HBeAg、抗-HBc”阳性的肝癌患者肝损伤程度最重。

本组肝癌 γ 刀治疗致放射性肝损伤和(或)顽固性肝硬化腹水占50%, 表现为TBil、ALT、AST升高, ALB下降, 出现慢性重症肝炎1例, 肝衰竭或肝损害加重伴顽固性腹水4例, 胆总管梗阻1例, 黑便1例。由于肝癌多伴HBV活跃复制, 合并放射性肝炎后, 肝损害严重且恢复更慢, 部分病例因 γ 刀治疗尤其是合并介入化疗后, 导致人财两空且加速死亡。笔者体会: ①严格 γ 刀和介入化疗指征并告知患者存在放射性肝损害和骨髓抑制的危险, 充分尊重患者选择, 反对片面追求经济效益甚至无

AFP及肝癌病理证据即行昂贵的有创治疗; ②有低蛋白(ALB)血症和腹水史, 血清前白蛋白、胆固醇、CHE明显下降, 血清HA明显升高, HBV DNA复制明显活跃者不宜行 γ 刀治疗, 应采取综合保守治疗, 经济负担轻, 无明显不良反应, 亦对患者更有益; ③放化疗期间, HBV再激活可发生在化疗期或疗程结束后, 部分患者因此中断治疗且影响预后^[6], 故应积极采取预防性抗乙型肝炎病毒治疗并密切监测肝功能、HBV DNA及腹水等。

参考文献

- [1] 刘松涛, 胡大荣. 不同放疗技术在肝癌治疗中的应用[J]. 医学综述, 2009, 15: 332-334.
- [2] 张江灵, 郑伟生, 陈少谊, 等. 全身伽玛刀治疗原发性肝癌的适应证探讨[J]. 国际医药卫生导报(学术版), 2005, 11: 45-47.
- [3] 王明全, 宫泳松, 贺庆. 肝癌伽玛刀治疗后梗阻性黄疸及处理1例[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2008, 17: 531, 535.
- [4] 黄健辉, 逯华, 杜娟, 等. 全身伽玛刀治疗中晚期肝癌的临床价值[J]. 广西医科大学学报, 2004, 21: 522-524.
- [5] 张建设, 刘丽丽, 申纪轩, 等. X线立体定向适形放疗对肝癌伴HBV感染者肝功的损伤[J]. 实用医药杂志, 2005, 22: 202-203, 206.
- [6] 桂红莲, 谢青. 抗肿瘤治疗期间乙型肝炎病毒再激活的诊断、治疗和预防[J]. 中华肝脏病杂志, 2007, 15: 78-80.

收稿日期: 2010-06-27

• 消息 •

本刊对来稿中表格的要求

文内表格的设置应有助于简洁、明了、直观地表达结果。若表中的内容简单, 仅少数几个统计数字, 用简洁文字可表达清楚的, 可删去表格, 选用文字描述; 若文字叙述冗长繁琐, 而用表格表达便于理解, 则建议作者选用表格。表、图、文字描述三者之间应无重复。

表格设计的基本原则是重点突出、简单明了, 主谓分明、层次清楚, 结构完整、有自明性。自明性即只看表, 不阅读正文, 即可理解统计或对比的意义。

表格一律采用三线表, 即以表顶线、表头线、表底线3条横线为基本线条构架的表。每个表均应有序号和表题, 居中排印在表的上方。表的序号一律用阿拉伯数字。全文只有一个表时, 表序号为“表1”。表题说明表的内容, 应简明扼要, 突出中心。

表头由主语横标目和谓语纵标目组成, 表明表格内的项目。所谓主语、谓语, 是根据表格所要表达的内容划分的。被研究的事物主要标志, 或者说是分组标志, 一般作为主语; 而各类统计指标, 一般作为谓语。主语一般安排在表的左侧, 谓语一般安排在表的右侧。尽量避免主谓语倒置, 影响表格的表达效果。

本刊编辑部