

胃肠道肿瘤肝转移血管内介入治疗效果分析

李雅清 周琼林 汪 勇
鹰潭一八四医院 江西 鹰潭 335000

【摘要】：目的：探讨多次动脉化疗栓塞术治疗胃肠道肿瘤肝转移患者的效果。方法：选择2022年9月至2023年9月间本院接收的肝动脉化疗栓塞术的患者60例，按照患者的病况，将其分为多血供转移瘤和乏血供转移瘤，病例人数分别为25例、35例，两类患者均在第三次化疗后的2-4个月进行复查，对所述患者的灶瘤反应观察。结果：结果显示，所述患者的有效率共32例，其中，完全缓解的人数为5例、部分缓解的人数为27例，无变化的人数为15例，进展的患者人数为13例。对其生存率随访的结果显示，6个月生存率的患者人数为55例、12个月生存率的人数为42例、两年的生存人数为8例。所述患者研究数据间的差异显著，有统计学意义。结论：在胃肠道肿瘤肝转移患者中实施血管介入治疗，对多血供转移瘤患者的治疗效果更佳。

【关键词】：胃肠道肿瘤；肝转移；血管内介入治疗；效果分析

DOI:10.12417/2811-051X.25.01.045

引言

在肿瘤患者中，发生肝转移的比例占到了30%左右，肝转移是肿瘤患者死亡的主要原因之一^[1]。由于肝转移灶体积大、血供丰富、血流速度快，其与周围组织和器官存在着广泛的血管交织，因此治疗难度相对较大。胃肠道恶性肿瘤肝转移是胃癌、肠癌、肝癌等常见的转移部位，临床上对这些肿瘤的治疗方法相对较多，包括手术、放疗、化疗及靶向治疗等，但是对于一些难以切除的小肿瘤如肝转移灶，可采用局部射频消融术、经皮肝穿刺动脉化疗栓塞术等微创介入治疗方法，但是这些方法均存在一定的局限性。近年来，随着介入技术和设备的进步与发展，血管内介入疗法也逐渐被应用到肝转移灶的治疗中，尤其是对于晚期或手术切除后复发患者效果更为显著^[2]。血管内介入治疗具有操作简单、创伤小等优点，且不需要开刀，避免了手术创伤及术后并发症的发生，可以达到与开腹手术相同的疗效。本文将对肝转移灶血管内介入治疗的方法、效果进行研究分析，以期为临床应用提供参考。具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2022年9月至2023年9月间本院接收的肝动脉化疗栓塞术的患者60例，按照患者的病况，将其分为多血供转移瘤和乏血供转移瘤，病例人数分别为25例、35例，所有患者中，男性人数为36例、女性人数为24例，患者年龄为32-75岁，平均 53.98 ± 3.33 岁。其中，胃癌及贲门癌、直肠癌、结肠癌的人数分别为32例、8例、20例。进行病理诊断的患者人数为30例，高、中、低分化狭窄患者人数分别为6例、10例、11例，平滑肌肉瘤患者人数为2例，高功能自主神经瘤患者人数为1例。所述患者均符合本研究要求，且患者基本资料差异较小， $P > 0.05$ ，有可比性。

1.2 方法

采用Seldinger法经单侧股动脉穿刺，4-6 F管插入腹腔动

脉，DSA造影确定病灶的部位、尺寸和血供情况。然后将导管的前端送入肝部固有动脉，将其移至叶段分支，将化疗药通过导管内注射。常规给药方式为：5-FU1250mg、丝裂霉素10mg、表阿霉素40-60mg，然后将丝裂霉素10mg、表阿霉素10-30mg加3-15mg的超液碘油进行乳化，然后通过导管将其栓塞。4个疗程后再重复进行一次，三次为一个疗程，治疗次数在4-12次，平均5.6次。第3个疗程结束后2~4个月进行CT、DSA复查，比较两组患者的病变面积、病变数量，以WHO的临床评价为依据，将其分为：完全缓解（CR）、部分缓解（PR）、无变化（NC）、进展（PD），并检测其栓塞后碘化油的沉积情况，比较所述患者治疗后不同时间段的生存率。

2 结果

2.1 所述患者治疗效果比较

对于有多血供转移的胃肠道肿瘤肝转移病人，采用血管内介入疗法可取得的效果更佳，且 $P < 0.05$ ，见表一。

表1 所述患者治疗效果比较（例/%）

组别	多血供转移瘤	乏血供转移瘤	总计	T	P
例数	25	35	-	-	-
完全缓解	3 (12.00)	2 (5.71)	5	5.624	0.002
部分缓解	13 (52.00)	14 (40.00)	27	1.003	0.024
无变化	5 (20.00)	10 (28.57)	15	8.754	0.015
进展	3 (12.00)	9 (25.71)	13	6.991	0.006
总有效率	16 (64.00)	16 (45.71)	32	1.754	0.038

2.2 所述患者生存率汇总

对所述患者进行生存率随访追踪发现6个月活下来的病人有55个，12个月活下来42个，两年活下来8个，且 $P < 0.05$ ，具体占比如下。

表2 所述患者生存率汇总（例/%）

患者总例数	存活率		
	6个月	12个月	2年
60	55（91.67）	42（70.00）	8（13.33）

3 结论

胃肠道肿瘤（如胃癌、结肠癌等）是临床上最常见的恶性肿瘤，具有较高的致残率和致死率，对病人的生命健康带来了严重威胁，也给患者后续的治疗及疾病预后带来极大的困难^[3]。肝转移是胃肠道肿瘤后期最常见的一种并发症，但其临床应用效果不佳，尤其是针对多处、大范围的转移灶。近年来，血管内介入治疗作为一种微创、高效的治疗手段，在胃肠道肿瘤肝转移的治疗中显示出了显著的优势^[4]。

血管内介入治疗是指在影像技术的指导下，利用穿刺针或导管等器械，将导管插入到肿瘤的供血血管中，从而达到对肿瘤的局部治疗。其在临床上的应用机制主要表现在以下几方面：

局部灌注治疗：将较高浓度的化学制剂经导管向肿瘤内输送，增加其在肿瘤内的浓度，在增强药物杀伤效果的同时减少对患者全身的副作用；血管栓塞治疗：利用碘化油、明胶海绵等介入性药物，阻断肿瘤的营养血管，造成肿瘤局部缺血缺氧而发生坏死。介入疗法既能有效地抑制癌细胞的增殖，又能提高化疗的效果；综合疗法：联合局部灌注化学疗法与血管栓塞疗法，在药物作用于肿瘤本身的同时，也能封闭其滋养血管，达到“饿死”与“杀死”癌细胞的双重作用^[5]。

在消化道肿瘤中，肝脏是最容易发生血源性转移的部位。胃肠道肿瘤原发灶的组织学特点是腺癌，在本研究中，选取的很大一部分患者为腺癌，都是通过门脉进入肝脏，并且有类似的临床特征，可以将其归为同一种类型。

胃癌发生肝转移是晚期胃癌患者中常见的并发症，目前尚无有效的防治手段。常规的化疗、外科手术等治疗手段疗效不佳，易对患者预后及经济造成沉重负担。血管内干预为此类病人开辟了一条新的道路^[6]。在此基础上，研究人员提出了血管内介入治疗法，即将选择性插管插至微动脉和肝动脉中，对肿瘤进行局部灌注化疗和栓塞治疗，从而达到抑制癌细胞增殖、改善病人生活质量的目的。研究表明，动脉内灌注化疗及化疗栓塞对胃癌肝转移患者的总有效率为64.00%，且富含多血供的胃癌患者疗效更好，这一研究结果与以往研究结果相符^[7]。

肝转移癌患者预后差，目前临床上以手术切除为主，而这时大部分患者已经处于晚期，并且大部分患者已经丧失了手术时机，因此，目前的外科手术已经是最好的选择。其目标在于提高患者的生存时间和生活质量。国内对于TACE在肝转移癌患者的存活率报道各不相同，且差异较大，不同国家的报告存

在很大差异，12个月生存率46%至71%不等。原因可能是样本数尚不足，且病人原发病及前期治疗不尽相同。

本次研究结果显示，患者治疗后6个月、1年的生存期较其他相关报道相比处于较高水平，其主要原因可能与本次研究所选患者完成三次以上的治疗有关。因患者病情、原发灶病情、治疗结果等因素的制约，TACE对肝部转移瘤的预后评价存在一定的局限性^[8]。本研究以肝脏转移瘤病变自身的疗效评估为主要评估方法。采用TACE法治疗，其总有效率与国内外文献相比有所下降。结合相关文献进行比较分析发现：①随访期为首次化疗4-6月，有局部复发或有新转移灶的发生。②部分患者经治疗后没有及时进行随访，治疗间隔较久，病情进一步恶化。③本组患者原发性肿瘤多为腺癌，且对药物敏感性较差；然而，病人的自觉症状得到的好转效果，明显高于影像学上的好转，排除病人的主观原因，可能是因为化学药物的介入，对肿瘤的发展起到了很好的抑制作用，降低了肝脏的损伤和体力的损耗^[9]。

在转移灶栓塞治疗后，多血供病灶碘化油沉积效果较好，乏血供体组无或只有零星的散在沉积。故有人认为，本次研究对于乏血供肝转移灶应用碘油是不适宜的，且针对该问题仍存在争议。本次研究表明，在相同的病人中，即便是相同的病灶，其血液供应也是处于不恒定状态的。本次研究中有少部分患者首次动脉造影时已显示乏血供瘤，经介入后无明显碘油沉淀，经反复多次动脉灌注后，病灶变得更深、更广、更易形成碘油沉淀，并有扩大的趋势。也有患者在第1次用药后未出现碘油沉淀，第2次用药时，则出现了较大程度的增加，而在第2次用药之前，则有零星的少许碘油沉淀，之后则有更多的沉淀，6个疗程后，病灶缩小程度有较大的改善，且达到部分缓解的效果。提示，肿瘤生长机制不仅复杂，瘤体的供血情况也随着治疗的变化不断改变。本次研究还证明，肝转移瘤存在着两种不同的血液供应，即肝癌发生发展的初期，肝癌的血液供应以门脉为主，而肝癌的发生发展过程中，肝癌的血液供应受到限制。随着肿瘤不断变大，向肝脏血管转移，局部血管造影显示血管供应丰富，碘油作为介入治疗的首选方法^[10]。

综上所述，血管内介入治疗通过将化疗药物直接注入肿瘤供血血管，提高了肿瘤局部的药物浓度，增强了药物的杀伤效果。结合血管栓塞治疗，阻断了肿瘤的营养血管，使肿瘤组织缺血坏死，从而提高了整体治疗效果。血管内介入治疗在控制肿瘤生长的同时，还能改善患者的症状，提高生存质量。对于晚期无法手术切除的胃肠道肿瘤肝转移患者，介入治疗可以作为一种有效的姑息治疗手段，延长患者的生存期。

因此，本次研究认为采用TACE对胃肠道肝转移瘤具有确切的临床应用价值，并从动态角度对其临床特征及对化疗的应答进行动态观察，不能因为一次治疗效果不佳就放弃介入治疗。然而，我们也需要认识到其存在的并发症和风险，通过严

格的术前评估、术中操作和术后管理，确保患者获得最佳的治疗效果和安全保障。

参考文献:

- [1] 李敏,山雪华.洛铂与顺铂联合氟尿嘧啶在胃肠道肿瘤肝转移介入治疗中的临床应用价值分析[J].临床消化病杂志, 2023, 35(2):131-135.
- [2] 贾智,刘传波,周琴,等.肝动脉介入术联合香贝散治疗难治性乳腺癌肝转移 1 例报告及文献复习[J].中国肿瘤生物治疗杂志, 2024, 31(1):101-104.
- [3] 钱震,祝子祎,袁牧.介入治疗胃肠道恶性肿瘤肝转移瘤的效果分析[J].中国现代药物应用, 2022, 16(23):98-102.
- [4] 禹航,刘文生,张宁,刘海宽,陈洛海,姚望,范文哲,李家平,陈洁,王于.肝动脉栓塞术治疗囊性神经内分泌肿瘤肝转移的疗效及安全性分析[J].中国癌症杂志, 2022, 32(9):794-799.
- [5] 张杰,张景俊.载药微球 TACE 联合全身系统治疗方案在消化道恶性肿瘤肝转移患者中的疗效观察[J].介入放射学杂志, 2022, 31(10):995-999.
- [6] 刘松,李龙,王庆东,等.载药微球经导管肝动脉化疗栓塞治疗靶向治疗失败的胃肠道间质瘤肝转移疗效分析[J].浙江医学, 2024, 46(14):1540-1543.
- [7] YAV Sothea,孙慧怡,王飞航,等.TACE 同步微波消融与 TACE 治疗不同病理分级神经内分泌肿瘤肝转移的临床疗效比较[J].复旦学报(医学版), 2024, 51(3):323-330.
- [8] 林彧夫,李芳,张秀萍,等.肝动脉灌注化疗联合全身治疗在多线治疗失败转移性肝癌中的疗效及安全性分析[J].中国医药科学, 2023, 13(18):4-8.
- [9] 斌巴,秦元贵,吕红艳.卡培他滨联合奥沙利铂动脉灌注介入治疗晚期结肠癌并肝转移的疗效观察[J].中国实用医药, 2022, 17(24):6-9.
- [10] 张建磊,刘震坤,李庆敏,等.加味行健汤联合 TACE 对胃癌肝转移患者肿瘤局部控制及血清 HGF,VEGF 水平的影响[J].介入放射学杂志, 2022, 31(4):359-363.