

2010年肿瘤护理：肝癌各种治疗方法护士资格考试 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E8_82_BF_c21_1242.htm

一、外科手术治疗外科手术治疗仍是目前治疗肝癌的首选方法。近年来由于肝癌的早期诊断、定位诊断、肿瘤生物学及肝癌外科若干概念的更新进步，使肝癌外科治疗效果有了明显的提高。主要包括以下几种：1. 手术切除治疗2.不能切除的术中各种局部治疗： 术中肝动脉门静脉化疗并结扎； 置入式注药泵输注化疗； 术中置入式微波辐射治疗； 术中冷冻治疗； 术中电化学治疗； 三苯氧胺加肝脏灌注化疗； 肝癌的序贯治疗。二、放射治疗近年来随着放射物理学和放射生理学的研究进展，进展了放疗设备，采用钴60 射线或电子直线加速器的X射线、高能射线等，对肝癌的照射方法和范围也有了改进，由原来的全肝照射 - 局部照射 - 全肝移动放照射 - 手术定位局部照射和超分割照射等，使肝癌放疗效果有明显的提高，副作用则降低到最低水平。主要包括体外放射治疗和体内放射治疗。三、化学药物治疗95%的肝癌病人在诊断时已失去手术机会，多数的肝癌患者还有赖于化学药物的治疗。以往对肝癌的化疗评价不高，尤其是全身给药疗效甚微，近年来改变了化疗的给药途径，行肝动脉化疗并栓塞，使肝癌的化疗效果有明显的提高。目前认为插管化疗优于全身联合化疗，联合化疗优于单药化疗。肝动脉插管化疗被认为是不宜手术治疗肝癌病人的最好疗法。四、介入放射学治疗80年代兴起并得到迅速发展的经皮腔超选择性肝动脉灌注化疗和栓塞的介入放射学技术发挥着至关重要的作用。无论是早期局限性肝癌或

是中晚期肝癌治疗，此介入放射学技术都是决定性的治疗方法，必不可少。五、免疫治疗国内曾先后试用过卡介苗、小棒状杆菌、左旋咪唑、瘤苗、胚胎细胞、胸腺素、转移因子、免疫核糖核酸等，但均未获明显疗效。近年来应用较多的有干扰素、白细胞介素-、淋巴因子激活的杀伤细胞等，单用或联合其他疗法可程度不同的提高肝癌的治疗效果。六、无水酒精注射治疗近年来，在B超引导下无水酒精注射治疗肝癌的临床报道很多。此种疗法在缩小病灶、控制和延缓肿瘤生长方面有较明显的效果，由于采用此疗法不需特殊条件，操作方法简便，并发症少，病人痛苦小，费用低，所以临床使用很普遍。七、激光动力学治疗超声引导下进行肝癌局部激光照射并同时注入化疗药物取得了较好的效果。八、超声引导下微波凝固治疗此种疗法适用于小肝癌。九、导向治疗导向治疗是利用一种对肝癌有特殊亲和力的抗体或化合物作“载体”，或通过物理作用导向如磁，或通过肿瘤血管特异性导向如碘油，再与有杀伤肿瘤作用的“弹头”（放射性核素、化疗药物、毒蛋白、BRM等）制成交联物，以达到较多杀伤肿瘤而较少损害正常组织的目的。早期治疗是改善肝癌预后的最主要因素。早期肝癌应尽量采取手术切除。对不能切除的大肝癌亦可采用多模式的综合治疗。来源:百考试题网

（一）手术治疗肝癌的治疗仍以手术切除为首选，早期切除是提高生存率的关键，肿瘤越小，五年生存率越高。手术适应证为： 诊断明确，估计病变局限于一叶或半肝者； 无明显黄疸、腹水或远处转移者； 肝功能代偿尚好，凝血酶时间不低于50%者； 心、肝、肾功能耐受者。在肝功能正常者肝切除量不超过70%；中度肝硬化者不超过50%，或仅能

作左半肝切除；严重肝硬化者不能作肝叶切除。手术和病理证实约80%以上肝癌合并肝硬化，公认以局部切除代替规则性肝叶切除无期效果相同，而术后肝功能紊乱减轻，手术死亡率亦降低。由于根治切除仍有相当高的复发率，故术后宜定期复查AFP及超声显象以监察复发。由于根治切除术后随访密切，故常检测到“亚临床期”复发的小肝癌，乃以再手术为首选，第二次手术后五年生存率仍可达38.7%。肝移植术虽不失为治疗肝癌的一种方法，国外报道较多，但在治疗肝癌中的地位长期未得到证实，术后长期免疫抑制剂的应用，病人常死于复发。对发展中国家而言，由于供体来源及费用问题近年仍难以推广。（二）姑息性外科治疗适于较大肿瘤或散在分布或靠近大血管区，或合并肝硬化限制而无法切除者，方法有肝动脉结扎和（或）肝动脉插管化疗、冷冻、激光治疗、微波治疗，术中肝动脉栓塞治疗或无水酒精瘤内注射等，有时可使肿瘤缩小，血清AFP下降，为二步切除提供机会。（三）多模式的综合治疗是近年对中期大肝癌积极有效的治疗方法，有时使不能切除的大肝癌转变为可切除的较小肝癌。其方法有多种，一般多以肝动脉结扎加肝动脉插管化疗的二联方式为基础，加外放射治疗为三联，如合并免疫治疗四联。以三联以上效果最佳。经多模式综合治疗患者肿瘤缩小率达31%，因肿瘤明显缩小，获二步切除，二步切除率达38.1%。上海医科大学肝癌研究所亦曾研究超分割放疗及导向治疗，超分割外放射和肝动脉插管化疗联合治疗的方法是：第一周肝动脉导管内化疗顺氯氨铂（CDDP）每日20mg，连续3天。第二周肝肿瘤区局部外放射上、下午各2.5Gy（250rads），连续3天；二周为一疗程，如此隔周交替可重

复3~4个疗程。导向治疗，以¹³¹I-抗肝癌铁蛋白抗体或抗肝癌单克隆抗体或¹³¹I-lipiodol肝动脉导管内注射，每隔1~2月一次，治疗间期动脉内化CDDP20mg每日一次，连续3~5天。若上述治疗同时加免疫治疗如干扰素、香菇多糖、白介素-2等则更佳。

www.Examda.CoM

（四）肝动脉栓塞化疗（TAE）

这是80年代发展的一种非手术的肿瘤治疗方法，对肝癌有很好疗效，甚至被推荐为非手术疗法中的首选方案。多采用碘化油（lipiodol）混合化疗法药或¹³¹I或¹²⁵I-lipiodol、或⁹⁰钷微球栓塞肿瘤远端血供，再用明胶海绵栓塞肿瘤近端肝动脉，使之难以建立侧支循环，致使肿瘤病灶缺血坏死。化疗药常用CDDP80~，加100mg5Fu1000mg丝裂霉素10mg〔或阿霉素（ADM）40~60mg〕，先行动脉内灌注，再混合丝裂霉素（MMC）10mg于超声乳化的Lipiodol内行远端肝动脉栓塞。肝动脉栓塞化疗应反复多次治疗，效果较好。根据我院放射科资料，345例不能手术切除的较大肝癌，单纯肝动脉灌注化疗一年生存率仅为11.1%，合并肝动脉栓塞治疗一年生存率提高到65.2%，随访生存最长52月，30例肿瘤缩小获手术切除机会。对肝功能严重失代偿者此法属禁忌，门脉主干癌栓阻塞者亦不相宜。

（五）无水酒精瘤内注射超声导下经皮肝穿于肿瘤内注入无水酒精治疗肝癌。

以肿瘤直径 3cm，结节数在3个以内者伴有肝硬化而不能手术的肝癌为首选。对小肝癌有可能治愈。 5cm效果差。

（六）放射治疗

由于放射源、放射设备和技术的进步，各种影像学检查的准确定位使放射治疗在肝癌治疗中地位有所提高，疗效亦有所改善。放射治疗适于肿瘤仍局限的不能切除肝癌，通常如能耐受较大剂量，其疗效也较好，外放射治疗经历全肝放射、局部

放射、全肝移动条放射、局部超分割放射、立体放射总量超过近有用质子作肝癌放射治疗者。有报道放射总量超过40Gy（4000rads容气量）合并理气健脾中药使一年生存率达72.7%，五年生存率达10%，与手术、化疗综合治疗可起杀灭残癌之作用，化疗亦可辅助放疗起增敏作用。肝动脉内注射Y-90微球、¹³¹I-碘化油、或同位素标记的单克隆抗体等可起内放射治疗作用。（七）导向治疗应用特异性抗体和单克隆抗体或亲肿瘤的化学药物为载体，标记核素或与化疗药物或免疫毒素交联进行特异性导向治疗，是有希望的疗法之一。临床已采用的抗体有抗人肝癌蛋白抗体、抗人肝癌单克隆抗体、抗甲胎蛋白单克隆抗体等。“弹头”除¹³¹I¹²⁵I外已试用⁹⁰Y，此外毒蛋白和化疗药物与抗体的交联人源单抗或基因工程抗体等正在研究中。来源:百考试题网（八）化疗对肝癌较为有效的药物以CDDP为首选，常用的还有5Fu、阿霉素（ADM）及其衍生物、丝裂霉素、VP16和氨甲喋呤等。一般认为单个药物静脉给药疗效较差。采用肝动脉给药和（或）栓塞，以及配合内、外放射治疗应用较多，效果较明显。对某些中晚期肝癌无手术指征，且门静脉主干癌栓阻塞不宜肝动脉介入治疗者和某些姑息性手术后患者可采用联合或序贯化疗，常用联合方案为顺氯氨铂20mg 5Fu750mg~100mg静脉滴注共5天，每月一次，3~4次为一疗程。阿霉素40~60mg第一天，继以5Fu500mg~750mg静脉滴注连续5天，每月一次连续3~4次为一疗程，上述方案效果评价不一。（九）生物治疗生物治疗不仅起配合手术、化疗、放疗以减轻对免疫的抑制，消灭残余肿瘤细胞的作用。近年来，由于基因重组技术的发展，使获得大量免疫活性因子或细胞因子成为可能。应

用重组淋巴因子和细胞因子等生物反应调节因子（BRM）对肿瘤生物治疗已引起医学界普遍关注，已被认为是第四种抗肿瘤治疗，目前临床已普遍应用 和 干扰素（IFN）进行治疗，天然和重组IL-2，TNF业已问世，此外，淋巴因子激活的杀伤细胞-LAK细胞肿瘤浸润淋巴细胞（TIL）等已开始试用。所用各种生物治疗剂的疗效仍有待更多的实践和总结。基因治疗为肝癌的生物治疗提供了新的前景。（十）中药中药扶正抗癌适用于晚期肝癌患者和肝功能严重失代偿无法耐受其他治疗者，可起改善机体全身状况，延长生命的作用，亦可配合手术、放疗和化疗以减少不良反应，提高疗效。肝动脉化疗栓塞术（TACE）肝动脉化疗栓塞术是目前常用的原发性肝癌介入治疗方法，与手术切除相比创伤小，恢复快，对小肝癌与手术切除有相当的疗效，适用于不能手术的中晚期患者或年老体弱不能耐受手术的患者。操作方法是经股动脉穿刺插管、直到肝叶或肝段动脉注射化疗药物，然后插入肿瘤动脉注入超液化碘油和明胶海绵等栓塞剂，堵塞肿瘤供血动脉使肿瘤缺血坏死。TACE发展非常迅速，已成为不能手术切除肝癌的首选治疗方法，只有完全门静脉癌栓阻塞和严重肝硬化门静脉高是其禁忌症，其余大多数患者都可进行TACE治疗。经皮无水酒精注射无水酒精直接作用于肿瘤细胞，可使肿瘤细胞变性坏死，在20世纪80年代已开始普遍应用无水酒精注射治疗肝癌，其治疗效果基本肯定。方法一般是在B超引导下经皮经肝穿刺至肿瘤中心，注射无水酒精，常用剂量23ml/cm.适用直径小于5cm的肝癌，因肿瘤部位特殊、或严重肝硬化、或伴其他脏器功能损害不宜手术切除和切除后复发者。但有中、大量腹水，重度黄疸，凝血功能障碍，病变

广泛，结节超过5个，或接近肝包膜，有肝内或远处转移，全身功能差及酒精过敏者，不宜应用。来源：考试大

射频消融术就是利用中高频电磁波产生的热效应，使细胞内的蛋白质等生命物质变性，脂质溶解细胞膜破坏，引起肿瘤凝固坏死，对手术中发现不能切除的病灶可同时应用射频治疗。近年来在B超引导下经皮肝穿刺射频消融术作为一种微创介入治疗技术，开始进入临床，取得与无水酒精注射相似效果，受到国内外肝癌专家关注。高强度聚焦超声治疗（HIFU），HIFU以超声波为治疗源，利用超声波的可视性，软组织穿透性和可聚焦性等物理学特殊，将体外低能量超声波聚焦在肝内肿瘤处，产生高能效应，使焦点区内肿瘤组织破坏，而焦点区外组织损伤，从而安全有效的破坏肿瘤组织。除以上常用方法外，尚有冷冻治疗、激光治疗、放射介入治疗、基因治疗等均已在临床应用，但目前原发性肝癌上缺乏“特异性治疗”方法，临床所应用的各种方法多是姑息性治疗，无论手术切除或非手术方法各有优缺点，它们之间有互补作用。因此，原发性肝癌的治疗进展，除积极开发新方法外，更重要的是联合多种治疗方法的综合治疗。综合治疗决不是各种治疗方法简单的叠加，而是根据疾病特点，患者身体状况及家庭经济条件，制定合理的治疗计划，应用两种以上方法联合或序贯治疗。近几年逐渐发展了以TACE为轴心治疗原发性肝癌的多种综合治疗模式，如TACE手术切除、TACE无水酒精注射、TACE射频消融术、TACE放射治疗、TACE基因治疗、TACE肝移植等。目前国内多家医院在协作完成肝癌综合介入治疗的规范化方案，届时将有力推动我国原发性肝癌综合介入治疗工作的开发展，对临床工作起很好的指导

作用，目前研究发现原发性肝癌的病理类型、门静脉有无癌栓、有无淋巴结或远处器官转移肝功能情况，患者的整体情况，综合介入治疗对象的选择等都是影响肝癌远期疗效主要因素。患者只有在医生指导下选择合理的治疗方案，才能取得满意的治疗效果。更多信息请访问：百考试题护士网校 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com