



主管单位:中国科学院
主办单位:中国科学报社
学术顾问单位:
中国人体健康科技促进会
国内统一连续出版物号:CN11-0289

学术顾问委员会:(按姓氏笔画排序)
中国科学院院士 卞修武
中国工程院院士 丛斌
中国工程院院士 吉训明
中国科学院院士 陆林
中国工程院院士 张志愿
中国科学院院士 陈凯先
中国工程院院士 林东昕
中国科学院院士 饶子和
中国工程院院士 钟南山
中国科学院院士 赵继宗
中国工程院院士 徐兵河
中国科学院院士 葛均波
中国工程院院士 廖万清
中国科学院院士 蔡秀军
中国科学院院士 滕皋军

编辑指导委员会:
主任:
赵彦
夏岑灿

委员:(按姓氏笔画排序)
丁佳 王岳 王大宁 计红梅
王康友 朱兰 朱军 孙宇
闫洁 刘鹏 祁小龙 安友仲
邢念增 肖洁 谷庆隆 李建兴
张明伟 张思玮 沈根兴 张海澄
金昌晓 赵越 赵端 胡学庆
栾杰 薛武军 魏刚

总编辑:张明伟
主编:魏刚
执行主编:张思玮
排版:郭刚、蒋志海
校对:何工劳
印务:谷双双
发行:谷双双
地址:
北京市海淀区中关村南一条乙3号
邮编:100190
编辑部电话:010-62580821
发行电话:010-62580707
邮箱:ykb@stimes.cn

广告经营许可证:
京海工商广登字 20170236 号
印刷:廊坊市佳艺印务有限公司
地址:
河北省廊坊市安次区仇庄乡南辛庄村
定价:2.50 元
本报法律顾问:
郝建平 北京灏礼默律师事务所

院士之声

科学肝切除能有效减少肝癌复发

● 陈孝平



陈孝平

肝细胞癌是我国常见的恶性肿瘤之一,在我国恶性肿瘤新发病例数中占第4位、死亡病例数中占第2位。近年来,随着手术技术、影像诊断以及系统治疗的不断进步,肝细胞癌病人的预后也在不断获得改善。但是目前肝癌手术后的5年复发率仍在70%左右,合并肝硬化、血管侵犯等危险因素的病人手术后的无复发生存时间以及总生存时间还会进一步缩短。

如何降低肝癌病人肝切除术后的复发率、延长病人的生存时间是当前肝癌外科领域的核心议题。外科医师除了需要考虑肝癌手术切除的可行性,更需要全面考虑肝癌的发生以及复发与基础肝病、肝癌生物学特性(如肝硬化、血管侵犯等)的关系,科学制定肝癌肝切除的策略。

将肝硬化程度分级加入
肝癌肝切除手术前评估

与欧美国家不同,我国80%以上的肝癌病人伴有不同程度的肝炎、肝硬化。随着肝硬化程度的加重,肝脏的储备功能越差,肝切除术后肝功能衰竭发生率越高。肝硬化程度评估应该作为一项独立的指标纳入肝癌肝切除的手术评估中。

那么如何精准地评估肝硬化的严重程度呢?

华中科技大学同济医学院附属同济医院肝脏外科团队根据手术前食管胃底静脉曲张程度、门静脉宽度、脾脏厚度以及血细胞计数等临床指标建立了肝癌病人的手术前肝硬化评分系统(TJ-CSS)。根据该评分系统,若总分为0~1分可判定为无/轻度肝硬化,2~3分为中度肝硬化,4分为重度肝硬化。

一项多中心前瞻性研究也进一步证实,该评分系统与Laennec分级系统的一致性良好。在入组研究中的327例肝癌病人中,3例术后出现肝功能衰竭导致死亡。上述死亡病人的TJ-CSS评分均为3~4分,术前ICG-R15均<10%,病人均进行了两个肝段或以上的肝切除。

因此,手术前进行肝硬化状态的评估显得尤为重要,而TJ-CSS评估可以

作为手术前肝硬化程度评估的一项简单可行的方法。

最大程度保留残余肝脏
是肝癌肝切除的重要原则

肝切除术后的高复发率主要可以归咎于两个原因:一是肝脏合并肝炎、肝硬化,二是肿瘤的血管侵犯。那么能否通过解剖性肝切除或者扩大切除范围来解决肝切除术后的高复发问题?从目前的研究结果来看,这个答案应该是否定的。

根据一项回顾性研究,在对比了1102例解剖性肝切除和非解剖性肝切除病人的疗效差异后,两种手术方式没有改变肝癌病人的术后复发模式,也没有延长病人的术后长期生存,对于伴有微血管侵犯的肝癌病人而言,二者的2年复发率也没有明显差异。另一项研究也得出了同样的结论。解剖性肝切除肝癌的病人术前肝功能条件更好、肿瘤体积更小,但是解剖性肝切除与非解剖性肝切除之后的肝癌复发率差异没有统计学意义。

因此解剖性肝切除只是肝癌手术切除的一种方式,并没有办法改善肝癌病人的手术预后,相反可能增加病人肝功能衰竭的风险。

对于合并中重度肝硬化的病人,在条件允许的情况下,可能肝移植的疗效会更好。针对中重度肝硬化的肝癌病人,其切除范围一定要慎重考虑,保留更多的肝实质,减少手术后肝功能衰竭的发生,加快病人的手术后康复,为病人提供更多术后治疗的可能性,才是延长手术后病人生存时间的正确方法。

对于合并肝硬化的肝癌病人,尤其是中重度肝硬化的病人,其肝脏储备功能已经明显下降。在满足根治性切除的

条件时,需要充分考虑其安全性以及肿瘤复发后进一步治疗的问题。不能为了追求解剖性肝切除而浪费较多的肝脏。在保证切缘的前提下最大程度地保留残余肝脏应是肝癌肝切除的重要原则。

围手术期治疗
在科学肝切除理念中需要探索

近年来,肝癌的非手术治疗方式飞速发展。系统抗肿瘤治疗方面,除了靶向药物联合免疫检查点抑制剂治疗,双联合治疗也开始进入晚期肝癌一线治疗之中。随着联合治疗在晚期肝癌病人中的应用,部分晚期不可手术的肝癌病人可能出现肿瘤分期下降甚至转化为可以手术切除的状态。

针对转化成功的肝癌病人,采用系统治疗为基础的围手术期治疗的模式可能更为有效。对于可切除的肝癌病人,新辅助治疗或者术后辅助治疗价值在恶性黑色素瘤、肺癌等多种肿瘤中已得到了证实,但是肝癌中相关的研究结果却并非一帆风顺。

需要强调的是,联合治疗治疗效果在不断地改善,但是随着治疗方式的叠加和融合,其不良反应发生率也逐渐升高。尤其在肝癌病人中,肝硬化、脾功能亢进正是我国肝癌病人常见合并症。因此如何安全、有效地将联合治疗应用于合并肝硬化的肝癌病人,仍有极大的探讨和研究的空间。

手术治疗仍然是目前肝癌病人获得长期生存的重要方法,但是手术切除并非提高肝癌长期疗效的唯一手段。肝硬化和血管侵犯是影响肝癌病人长期生存的两个重要因素。扩大手术范围或者刻意追求解剖性肝切除并不能解决问题。

对不同程度的肝硬化、不同分期的肝癌病人而言,是否需要选择围手术期治疗、围手术期治疗的安全性和获益如何平衡都需要进一步探讨和研究。随着研究的进一步推动,在科学评估、科学实施、科学管理的核心理念指导下,肝切除将会进一步提高肝癌的疗效。

(作者系中国科学院院士、华中科技大学同济医学院附属同济医院外科学系主任。本文原刊发于《中华普通外科杂志》,略有删改)