

## · 读者来信 ·

## “514 例肝血管瘤的治疗与临床评分”的疑问

贾中芝 李绍钦 王凯 213003 南京医科大学附属常州市第二人民医院介入血管科

《中华消化外科杂志》编辑部:

阅读贵刊 2015 年第 2 期周成明等<sup>[1]</sup>撰写的“514 例肝血管瘤的治疗与临床评分”一文受益匪浅。笔者存在以下疑问:

(1)肝血管瘤临床评分系统。该文作者提出肝血管瘤临床评分系统的评价指标之一为症状:轻度症状为 1 分,明显症状为 2 分。首先,并没有指出具体哪些症状,如腹部不适、腹痛、食欲不振、恶心、呕吐、暖气、餐后饱胀等;其次,也没有指出轻度症状与明显症状如何区分,此处给读者带来一定的困惑。

(2)患者一般资料。该文 4 类患者例数相差较大,作者并没有提及 4 类患者一般资料是否一致,各类患者是否具有可比性。

(3)并发症。该文手术患者并发症发生率为 15.26% (58/380),另外有 37 例患者术中大出血(出血量 >1 000 mL);肝动脉栓塞术(transcatheter arterial embolization, TAE)患者并发症发生率为 5.41% (2/37);RFA 患者无并发症发生。作者

并未对 3 类并发症发生率进行统计学分析,但从百分比来看, TAE 及 RFA 患者并发症发生率低于手术患者,作者在推荐治疗方案时应考虑并发症的情况。

(4)采用体积缩小率进行疗效评价。TAE 及 RFA 术后血管瘤肿瘤体积的缩小率与术后随访时间有一定相关性,但作者并没有提及术后的平均随访时间;因为 TAE 术后碘油沉积于血管瘤,虽然血管瘤被灭活,但体积不会缩小或体积稍有缩小;RFA 术后血管瘤虽然全部液化坏死,但是体积缩小率较低,所以作者采用血管瘤肿瘤体积缩小率评价疗效欠妥。

因此,“手术切除是治疗肝血管瘤的有效方法, TAE 及 RFA 具有创伤小的优点,但疗效欠佳”的结论仍需进一步严格的、大样本的随机对照研究验证。

## 参考文献

- [1] 周成明,张金辉,任伟新,等. 514 例肝血管瘤的治疗与临床评分[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(2): 102-105.

## 对贾中芝、李绍钦和王凯来信的答复

周成明 830054 乌鲁木齐,新疆医科大学第一附属医院肝脏·腹腔镜外科

《中华消化外科杂志》编辑部:

文章提出的肝血管瘤临床评分为新疆医科大学第一附属医院肝胆胰外科、影像科、肿瘤科、病理科、介入放射科及个案随访师等多学科专家组共同讨论制订的共识,其最大的目的及意义是规范肝血管瘤的治疗,避免过度治疗。

针对所提出的问题给予相应的答复:

(1)临床评分第一个指标为症状。文章在“1.1 一般资料”中已详细描述患者的临床症状,如腹上区疼痛、腹胀及饱胀感,亦有食欲下降、恶心、暖气等。关于症状的赋分,笔者通过查阅文献,并向笔者单位疼痛科及心理医学科咨询,同时结合患者症状的多样性,目前尚无统一的量表及尺度,故仅将笔者单位的共识加以阐述:无症状赋分为 0 分,表示患者无任何不适症状,仅在健康体检(影像学检查)时发现;轻度症状赋分为 1 分,表示患者确有不适症状,并通过胃镜、腹部影像学检查(B 超、CT、MRI 等)及一定时间的随访排除肝脏其他良恶性肿瘤、消化性溃疡、反流性食管炎、胆道疾病、肋软骨炎、肋间神经炎等疾病,轻度症状不影响患者日常生活及工作;明显症状赋分为 2 分,表示该症状确由肝血管瘤引起,并明显影响患者的日常生活及工作。故本文轻度症状与明显症状的界限以是否影响患者的日常生活及工作为尺度,如有不妥,敬请不吝

指正。

(2)文章中 4 类患者病例数相差较大(手术切除 380 例、TAE 37 例、RFA 16 例、随访观察 81 例),这为笔者单位肝血管瘤实际治疗情况,手术切除及 TAE 患者肿瘤体积较大,而 RFA 及随访观察患者肿瘤体积较小,4 类患者基线不一致,故本文未进行比较,仅通过描述分析。本文手术切除及 TAE 患者虽然基线一致,但两类患者例数相差悬殊,故亦未进行比较。文章重点通过各类患者的治疗效果、病死率及并发症发生情况来判断治疗效果。

(3)文章中未行各类患者比较的主要原因为病例数相差悬殊及患者一般资料不一致,故并发症亦未做比较,仅通过描述来表达。手术患者并发症发生率为 15.26% (58/380),考虑和肿瘤体积较大相关(详细资料见原文表 1),虽然并发症发生率最高,但均为术后短期并发症,对患者远期生活无任何影响,使患者得到了彻底治愈。TAE 患者虽然并发症发生率较低为 5.41% (2/37),但其临床疗效和手术切除患者比较,相差明显。RFA 患者无严重并发症发生,考虑与肿瘤体积较小相关(其中 11 例患者肿瘤直径 <5 cm),但其临床疗效和手术切除患者比较,亦相差明显。肝血管瘤的治疗注重疗效,且绝大多数患者的肝功能并未因血管瘤而受到影响,在目前的医疗

条件下,经过严格的术前评估,手术风险明显得以降低,文章中手术患者远期生活无任何影响,无手术相关的死亡患者,故围术期稍高的并发症发生率是可以接受的。另外,TAE 和 RFA 治疗肝血管瘤的疗效和操作者的技能相关,故其他中心可能有较好的临床疗效。

(4)文章中 37 例 TAE 患者,自 2002 年随访至 2014 年 6 月;16 例 RFA 患者,自 2004 年随访至 2014 年 6 月,随访情况见 2.3。

文章中 TAE 疗效评价采用的是体积缩小率,部分学者亦采用此指标<sup>[1-3]</sup>。本文 RFA 疗效评价亦采用的是体积缩小率,与其他学者采用的参考指标相同<sup>[4-6]</sup>。

另外,由于各类患者例数差别较大,未进行比较,故文章的结论需进一步的临床实践及大样本的临床随机对照研究来证实。笔者单位已联合另外两家医疗中心进行肝血管瘤不同手术方式疗效比较的研究,相信在不久的将来,该研究的结果

能够进一步阐明不同手术方式治疗肝血管瘤的疗效。

## 参考文献

- [1] 张和平,靳海英,张杰,等.平阳霉素+碘油乳剂栓塞治疗肝海绵状血管瘤的疗效观察[J].中华放射学杂志,2004,38(8):850-852.
- [2] 郭武华,冯龙,徐华,等.平阳霉素碘油乳剂联合无水乙醇治疗巨大肝海绵状血管瘤[J].中国介入影像与治疗学,2008,5(5):353-355.
- [3] 于长路,纪盛章,贾科峰,等.不同栓塞剂治疗肝巨大海绵状血管瘤的疗效[J].介入放射学杂志,2014,23(6):525-527.
- [4] 范瑞芳,柴福录,贺冠宪,等.RFA 术治疗肝脏海绵状血管瘤的临床观察[J].中华医学杂志,2005,85(23):1608-1612.
- [5] 夏锋,陈媛媛,马宽生,等.肝血管瘤的多途径射频消融治疗[J].肝胆外科杂志,2009,17(4):274-276.
- [6] 崔彦,周立艳,吉敏,等.经皮视频消融治疗肝海绵状血管瘤的疗效与安全性分析[J].肝胆外科杂志,2005,5(11):882-883.

## 专家答疑

王祖森 吴力群 266003 青岛大学医学院附属医院肝胆外科

肝血管瘤作为肝脏的良性肿瘤,其治疗方案的选择争议较大,但是手术切除仍是公认的首选方案,周成明等对肝血管瘤提出了手术评分系统颇有新意值得肯定,但是应用价值需要进一步研究。

肝血管瘤作为门诊常见良性肿瘤,临床症状是选择手术治疗最重要的依据。与肝血管瘤相关的症状包括对周围器官的压迫症状、肿瘤体积对 Glisson 鞘的挤压和 Kasabach-Merritt 综合症的凝血异常等,前两者临床鉴别困难。

TAE 和 RFA 作为肝血管瘤治疗方法的其他选择,文章中由于患者例数的限制无法进行 3 类患者组间比较,另外由于此 3 种治疗方案的评价终点不一样(手术切除评价为完全切

除,TAE 和 RFA 评价为肿瘤体积缩小率),患者的选择标准偏差较大(比如手术切除的患者巨大血管瘤比例高,而 RFA 患者为小血管瘤),可比性不高。

目前的研究数据尚不支持哪种治疗方法的优劣,肝血管瘤手术切除尽管手术并发症发生率高,但是并不阻碍是巨大肝血管瘤的最佳治疗方案。

对肝血管瘤这一良性疾病而言,目前大多数临床医师选择的手术指征只有 2 个,即压迫症状影响患者生命质量(肝外器官和肝内 Glisson 鞘)和并发症(如破裂和 Kasabach-Merritt 综合症),TAE 和 RFA 因循证依据不足,仅是心理恐惧严重患者的选择。因此,笔者认为肝血管瘤治疗方式的选择应简单化。

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 本刊对来稿中科研设计的要求

1. 前瞻性临床研究一定有伦理委员会审批(经医院伦理委员会批准中必须明确是本院或具体医院名称)和患者知情同意。要求试验组和对照组必须均衡(包括例数、患者一般情况),纳入和排除标准,是否采用随机方法均应交代。
2. 回顾性研究如果病例对比不能均衡,不宜作统计分析。
3. 临床科研设计中样本量要求,计量资料 30 例以上,计数资料 40 例以上。
4. 临床研究均应有随访,队列研究失访率不能高于 20%。