

肝细胞肝癌全程多学科规范化管理：华西 医院多学科专家共识（第二版）

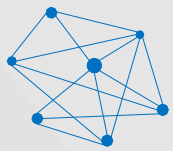
The Consensus of Expert

表 1 证据等级

证据级别	描述
I a	证据源于对多项随机对照研究的 Meta 分析结果
I b	证据源于至少 1 项设计良好的随机对照研究结果
II a	证据源于至少 1 项设计良好的前瞻性非随机对照研究结果
II b	证据源自至少 1 项设计良好的其他类型干预性临床研究结果
III	证据源于设计良好的非干预性研究, 如描述性研究、相关性研究等
IV	证据源于专家委员会报告或权威专家的临床经验报道

表 2 推荐意见级别

证据等级	描述
A	良好的科学证据提示该医疗行为带来明确获益, 建议医师对患者实施该医疗行为
B	现有证据表明该医疗行为可带来中度获益, 超过其潜在风险; 医师可建议对患者实施该医疗行为
C	现有证据表明该医疗行为可能获益较小, 或获益与风险接近; 医师可根据患者个体情况有选择地向患者建议或实施该医疗行为
D	现有证据表明该医疗行为无获益, 或其潜在风险超过获益; 医师不宜向患者实施该医疗行为
E	缺乏科学证据, 或现有证据无法评价该医疗行为的获益与风险; 医师应帮助患者理解该医疗行为存在的不确定性



从肝脏占位性病变初诊到诊断肝癌

国际上公认，可以采用临床诊断标准的实体瘤，唯有肝癌。临床诊断肝癌主要依据 3 个方面：即慢性肝病背景、影像学特征、及血清 AFP 水平。

1

慢性肝病背景

具有肝硬化以及 HBV 和（或）HCV 感染 [HBV 和（或）HCV 抗原阳性] 的证据，或非酒精性脂肪肝病史。

2

影像学特征

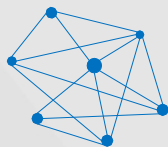
（1）如果肝脏病灶直径为 1~2 cm，需要 CT 和 MRI 两项检查都显示具有肝癌典型影像学特征，可诊断肝癌，以加强诊断的特异性。

（2）如果肝脏病灶直径 >2 cm，CT 和 MRI 两项检查中有一项显示肝脏占位具有肝癌典型影像学特征，即可诊断肝癌。

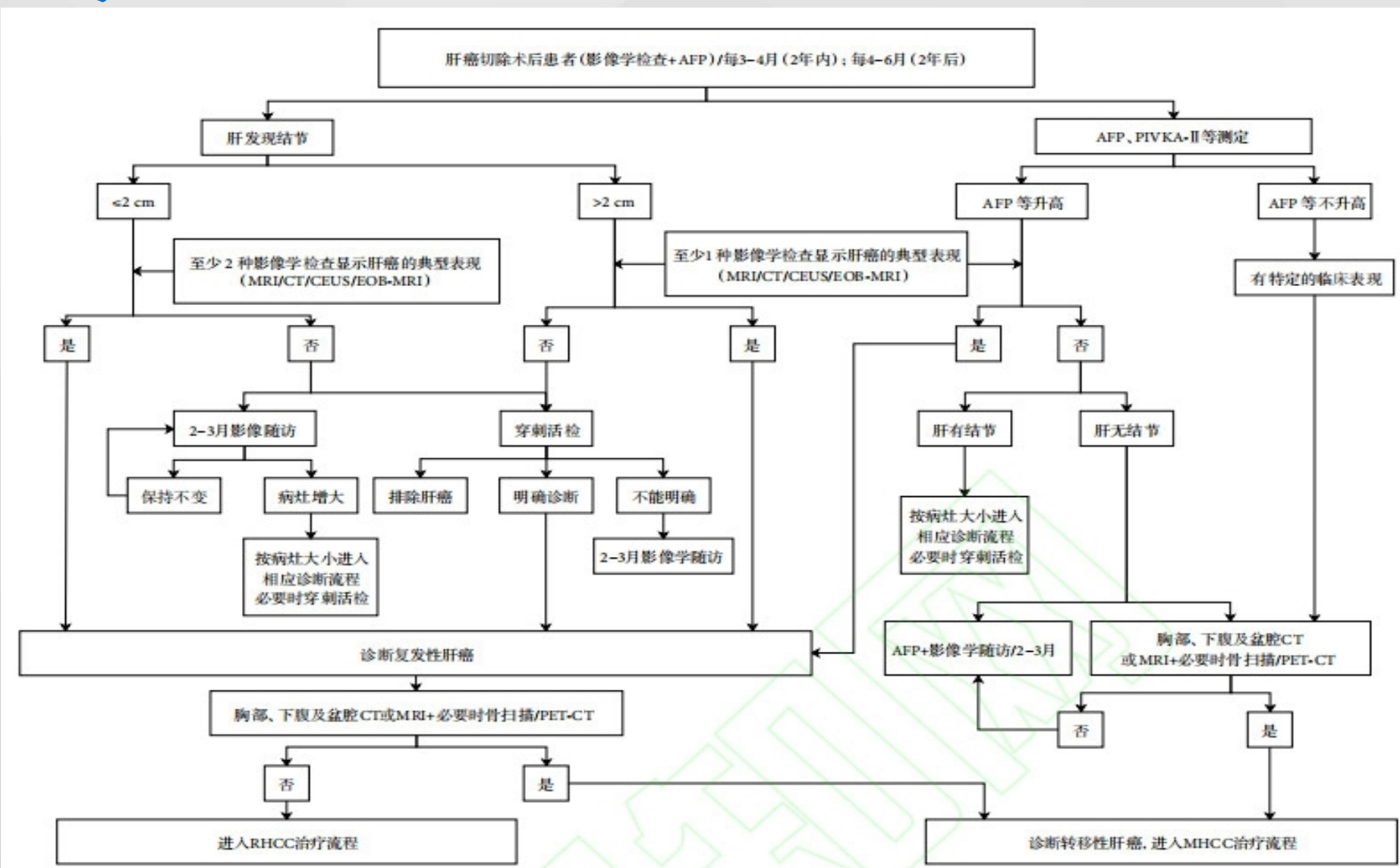
3

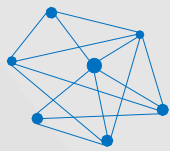
血清 AFP 水平

血清 AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ 持续 1 个月或 $\geq 200 \mu\text{g/L}$ 持续 2 个月，并能排除其他原因引起的 AFP 升高，包括妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝病、消化道肿瘤等。



复发性肝癌的诊断标准





不能切除肝癌的转化切除

对初诊不能够切除的肝癌进行介入治疗、靶向治疗、化疗、放射治疗和免疫治疗，其中达到部分缓解和完全缓解的患者，再次评估后可进行第二步切除，也称降期切除，现统称为转化切除。

1

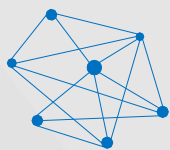
增加剩余肝体积

包括门静脉栓塞（PVE）、联合肝脏离断和门静脉结扎的二步肝切除术（ALPPS）、肝静脉系统栓堵术（LVD）等措施；

2

缩小肝癌

包括肝动脉化疗栓塞（TACE）、系统治疗（靶向治疗、免疫治疗和化疗）、放疗等方式；



可切除肝癌术前对预后的预测和考虑



肝癌肝切除术前对复发高危风险的预测

肝癌肝切除术后复发高危风险是指伴血管癌栓、微血管侵犯（MVI）和多结节肝癌。

中危风险是指肝癌直径大于 5 cm。大体病理观察和影像学检查显示，单结节肝癌的预后好于多结节融合型肝癌。随着肝癌的增大，发生 MVI 的可能性逐渐增加。

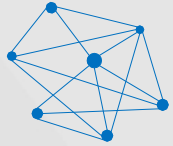


肝癌的新辅助治疗

在肝癌可切除但预后不佳的患者中，已经初步显现术前新辅助治疗可以改善预后，让患者更多获益。

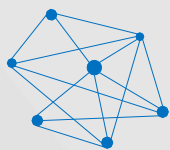
Allard 等报道，对 TACE 有病理学反应的肝癌患者在肝切除或肝移植后的预后好于无或较差病理学反应的肝癌患者。

程树群团队报道的一项多中心 RCT 显示：术前加用三维适形放疗可以明显改善肝癌伴 PVTT 患者行肝切除术后的无复发生存率（RFS）和总体生存率（OS）。



肝癌切除术中预防复发转移的措施

- (1) 右肝大肝癌，特别是影像学检查提示膈肌受侵者，应行前入路肝切除。
- (2) 如预估断肝出血达到600~800 mL，应行入肝血流阻断或半入肝血流阻断。术中大量出血、输血会影响患者的预后；而入肝血流阻断不会影响肿瘤患者的预后。
- (3) 肝癌手术中超声甚至超声造影可进一步显示癌旁有无卫星结节、癌栓、余肝有无结节、病灶与第一、第二和第三肝门的关系，并帮助确定切线。ICG 荧光技术也可发现卫星结节、帮助确定解剖性肝切除的切线等。如术中发现明确或可疑病灶，应考虑同时切除或消融治疗。
- (4) 根据肿瘤范围、肝硬变程度、肝功能与肝储备功能、预测的残肝体积等应依次选择解剖性肝切除、或宽切缘非规则性肝切除、或肿瘤局部切除术，以尽可能切除癌周可能存在的 MVI和卫星结节。



肝癌切除术后预防复发转移的措施和定期随访



肝癌根治性切除标准：

1 术中判断标准

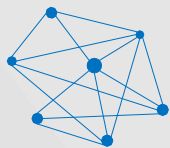
- ① 肝静脉、门静脉、胆管以及下腔静脉未见肉眼癌栓。
- ② 无邻近脏器侵犯，无肝门淋巴结或远处转移。
- ③ 肿瘤切缘 $>1\text{ cm}$ ；若切缘 $<1\text{ cm}$ ，但切除肝断面组织学检查无肿瘤细胞残留，即切缘阴性。
- ④ 术中超声和 ICG 荧光技术未发现有卫星灶、小脉管癌栓、新病灶等。

2 术后病理报告判断标准

规范性病理取材的病理报告[16]未报 MVI、卫星结节、切缘阳性等。

3 术后 2 个月判断标准

- ① 术后 2 个月行超声、CT、MRI（必须有其中两项）检查未发现肿瘤病灶；
- ② 如术前 AFP 和（或）DCP 升高，则要求术后 2 个月行 AFP 和（或）DCP 定量测定，其水平在正常范围（极个别患者 AFP 降至正常的时间超过 2 个月）。



肝癌切除术后伴有复发转移高危因素患者的预测、监测与治疗

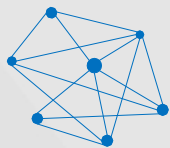


肝癌切除术后复发转移的高危因素

导致肝癌术后复发转移的危险因素很多：

- ① 手术因素，包括非解剖型肝切除、窄切缘、手术切缘肿瘤残留、较大量出血输血、术中挤压肿瘤等；
- ② 临床病理因素，包括肿瘤低分化、较晚的肿瘤分期、肿瘤破裂、无完整包膜、肿瘤直径大于 5cm、肿瘤数目 ≥ 3 个、脉管侵犯、淋巴结转移、卫星灶、邻近器官受侵、AFP 明显升高、AFP 术后 2 个月未降至正常水平、术后血管造影见残存阳性病灶等；
- ③ 背景肝病因素，包括肝炎病毒感染、肝硬变等。

推荐 1：肉眼癌栓、MVI、多个肿瘤、卫星结节、淋巴结转移、AFP 术后 2 月未降至正常水平和术后血管造影残存阳性病灶是明确的肝癌复发转移高危风险，应考虑术后辅助治疗（证据等级 IIb；推荐意见级别 B）



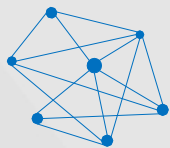
肝癌切除术后伴有复发转移高危因素患者的预测、监测与治疗



肝癌切除术后伴有复发转移高危因素患者的治疗

对于肝癌切除术后伴有复发转移高危因素的患者，目前认为应考虑辅助治疗，以预防肿瘤复发。已有较多研究显示，对伴有明确复发转移风险如 MVI、多结节和肿瘤直径 >5 cm 的肝癌切除术后患者，术后辅助 TACE 治疗，可使患者生存获益。对伴有复发转移高危因素患者根据情况还可进行联合治疗，包括胸腺肽 $\alpha 1$ 或 α -干扰素、索拉非尼或仑伐替尼、维生素 K2，还可考虑联合化疗等。

推荐 2：对伴有复发转移高危因素患者，术后可选择 TACE（证据等级 Ib；推荐意见级别 A）、胸腺肽 $\alpha 1$ 或 α -干扰素、索拉非尼或仑伐替尼等辅助治疗（证据等级 IIb；推荐意见级别 A）



肝癌切除术后伴有复发转移高危因素患者的预测、监测与治疗



肝癌切除术后患者的定期随访

目前证据表明，对于没有复发转移中高危因素的患者采取不恰当的辅助治疗如 TACE，可能引起残余肝脏的损害，导致肝功能恶化而致生活质量下降，反而影响长期生存，甚至可使肝外转移的发生率升高，预后更差。乙肝或丙肝相关性肝癌，根据情况需要行抗病毒治疗。

推荐 3： 不伴复发转移中高危因素的患者，除抗病毒治疗（乙肝丙肝相关 HCC）外，目前不推荐术后辅助治疗（证据等级 IV；推荐意见级别 B）

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/215321321111011314>