



肝癌經動脈化療栓塞術 - 病人須知

簡介

1. 肝癌是香港最常見的一種惡性腫瘤。只有一小部分患者能通過手術治療而得以痊癒。經動脈的化療栓塞術（TACE）是肝癌治療的一種輔助性手段。
2. TACE能為難以切除的肝癌提供主要的或輔助性的治療。視乎病情的嚴重性，TACE能發揮治癒性或緩解性的作用。它亦可於前期輔助其他根治性治療，如射頻消融、手術切除或肝臟移植。
3. 此項介入手術由受過介入放射學專業培訓的放射科醫生在放射科以圖像監視系統的引導下進行。

檢查前的準備

1. 由醫生解釋檢查目的、過程及風險，簽署同意書。
2. 施行前檢查血常規、凝血功能和肝腎功能。
3. 若血小板缺乏或凝血功能不良，需要作適量補充。
4. 檢查前6小時開始禁飲食。
5. 手術前，會給予病人抗生素及靜脈輸液及止嘔藥。

檢查過程

1. 手術會在局部麻醉下進行。導管由腹股溝處股動脈進入。
2. 栓塞治療前，先進行血管造影以確定血管的解剖構造和門靜脈的暢通。血管造影後，有些病人可能不能接受TACE，例如有嚴重的動靜脈瘻。此時醫生會停止作TACE。
3. 腫瘤的供血動脈將會被選擇性插入。為了不傷及正常肝組織，可能應用高度選擇性的同軸導管插管術。然後通過導管首先注射化療藥物，再次注射栓塞材料。為了方便注射化療藥，胃十二指腸動脈可能用金屬栓塞圈先作栓塞。
4. 化療藥物與碘油（油性造影劑）混勻，以增強腫瘤對化療藥物的吸收。注射完碘油/化療藥混合物後，將使用明膠海綿顆粒進行栓塞。
5. 可能會用其他栓塞物如釋藥微球，醫生會事先和你商討。
6. 手術通常需要1到2小時。

護理和建議

1. 術後需進行生命體徵、尿排量和肝功能監控。如果生命體徵正常，患者可以恢復飲食。
2. 病人在術後數天可能有噁心，嘔吐，腹痛及發熱。藥物可舒緩這些徵狀。如有細菌感染的可能，將會給予抗生素。
3. 如無感染徵狀及肝功能穩定，病人可出院及在門診部覆診。病人會接受電腦掃描或磁共振以評估對手術的反應。
4. 視乎對手術的反應及身體情況，病人可能再接受一次或多次的TACE。亦可能用其他療法以增強TACE的效果。

可能發生的併發症

1. 栓塞後綜合症：80—90%。症狀包括發熱、噁心、嘔吐、右上腹疼痛、腸蠕動緩慢、血清肝功檢測指標增高。這些症狀都是自限性的，通常持續幾天。
2. 暫時性肝功能障礙：常見。每次TACE引致可康復的肝衰竭風險平均為20%；引致不可康復的肝衰竭風險平均為3%。因重覆TACE引致肝衰竭並需停止再作TACE的風險為10-16%。肝衰竭之徵狀為黃疸、腹水、神智不清(肝腦病)。
3. 穿刺點出血或血腫：1.6 至 7%
4. 敗血病：1.5%
5. 腎功能障礙：1 至 2.5%
6. 腫瘤破裂致腹腔積血：1.2至1.5%。
7. 肝膿腫：0.2%。
8. 多發性肝內動脈瘤：罕見。
9. 脾臟膿瘡、急性胰臟炎：罕見。
10. 栓塞材料阻塞膽囊動脈導致膽囊梗死/缺血：罕見。
11. 對腸的非靶向性栓塞造成腸梗死：罕見。
12. 血小板及血色素計數降低：罕見。
13. 與腹股溝動脈穿刺和插管操作相關的併發症如血腫，動脈受損，下肢動脈栓塞：不常見。
14. 肺動脈碘油栓塞：動脈供氧不足、呼吸窘迫綜合症等症狀會在術後2-10天出現：罕見。
15. 碘油流至其他器官如腦部或脊髓，引致中風或癱瘓：十分罕見。
16. 手術相關的死亡：罕見。
17. 一些臨床研究顯示釋藥微球TACE引起的副作用較傳統TACE少。
18. 非離子性碘造影劑引起的不良反應發生率低於0.7%。非離子性造影劑引起的死亡率低於1/250,000。

**以上資訊只供參考，並不能完全反映醫生意見，如有任何疑問，請諮詢你的醫生。