

原发性肝癌诊疗指南（2024年版）（转载）

中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司

【关键词】 肝细胞癌；诊断；治疗；指南

【文章编号】 2095-834X(2024)09-06-48

DOI: 10.26939/j.cnki.CN11-9353/R.2024.09.002

本文著录格式：原发性肝癌诊疗指南(2024年版)(转载)[J]. 当代介入医学电子杂志, 2024, 1(9):06-53.

Guideline for diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma (2024 edition) (reprinted)

Bureau of Medical Administration, National Health Commission of the People's Republic of China

【Keywords】 Hepatocellular carcinoma; Diagnosis; Treatment; Guideline

根据中国国家癌症中心发布的数据,2022 年全国原发性肝癌发病人数为 36.77 万例,列各种癌症新发病人数第 4 位(肺癌、结直肠癌、甲状腺癌、肝癌),发病率列第 5 位(肺癌、女性乳腺癌、甲状腺癌、结直肠癌、肝癌);2022 年,因原发性肝癌死亡人数为 31.65 万例,死亡人数和病死率均列第 2 位(肺癌、肝癌)^[1-2]。原发性肝癌主要包括肝细胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)、肝内胆管癌(intrahepatic cholangiocarcinoma, ICC)和混合型肝细胞癌胆管癌(combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, cHCC-CCA)3 种不同病理学类型,三者发病机制、生物学行为、病理组织学、治疗方法以及预后等方面差异较大,其中 HCC 占 75%~85%、ICC 占 10%~15%^[3-4]。本指南中的“肝癌”仅指 HCC。

为进一步规范我国肝癌诊疗行为,2017 年 6 月原国家卫生和计划生育委员会医政医管局主持制定并颁布了《原发性肝癌诊疗规范(2017 年版)》,之后国家卫生健康委员会医政医管局于 2019 年 12 月和 2021 年 12 月分别进行了 2 次更新,并最终修订颁布了《原发性肝癌诊疗规范(2019 年版)》和《原发性肝癌诊疗指南(2022 年版)》。《原发性肝癌诊疗指南(2022 年版)》反映了当时我国肝癌诊断和多学科综合治疗以及研究的状况,对规范肝癌的诊疗行为、改善肝癌病人预后、保障医疗质量和医疗安全以及优化医疗资源发挥了重要作用。自《原发性肝癌诊疗指南(2022 年版)》发布后,国内、外在肝癌的诊断、分期及治疗方面出现了许多符合循证医学原则的高级别

证据,尤其是适应我国国情的研究成果相继问世。为此,国家卫生健康委员会医政司委托中华医学会肿瘤学分会,联合中国抗癌协会肝癌专业委员会、中国医师协会介入医师分会、中国医师协会外科医师分会和中华医学会超声医学分会等组织全国肝癌领域的多学科专家,结合肝癌临床诊治和研究的最新实践,再次修订并更新形成《原发性肝癌诊疗指南(2024 年版)》(以下简称指南),以更好地规范肝癌的诊疗行为,反映肝癌诊治的最新进展,提高肝癌病人的总体生存率,进一步推动落实并达成中国政府《“健康中国 2030”规划纲要》中实现总体癌症病人 5 年生存率提高 15% 的目标。

证据评价与推荐意见分级、制定和评价方法学(grading of recommendations, assessment, development and evaluation, GRADE)是目前使用最广泛的证据评价和推荐意见分级系统^[5]。GRADE 系统包括两部分,第一部分为证据评价,根据证据中的偏倚风险、不一致性、间接性、不精确性和发表偏倚,GRADE 系统将证据质量分为高、中、低和极低 4 个水平^[6]。第二部分为推荐意见分级,GRADE 系统考虑医学干预的利弊平衡、证据质量、价值观念与偏好,以及成本与资源耗费等因素来制定推荐意见,并且将推荐意见分为强推荐和弱推荐(有条件推荐)2 种^[7]。医学干预的利弊差别越大,证据质量越高、价值观念与偏好越清晰越趋同、成本与资源耗费越小,则越应该考虑强推荐。反之,则应考虑弱推荐(有条件推荐)。本指南中的循证

医学证据等级评估参照了上述 GRADE 分级的指导原则,采用了《牛津循证医学中心分级 2011 版》(OCEBM levels of evidence)作为辅助工具来具体执行证据分级(证据等级 1~5)(附录 1)。在从证据转换成推荐意见的方法上,指南专家组主要参考了上述的 GRADE 对推荐意见分级的指导原则,同时结合了美国临床肿瘤学会(American Society of Clinical Oncology, ASCO)指南的分级方案对推荐意见分级做了相应的修改^[8](附录 2)。最终将推荐强度分为 3 个等级,分别是强推荐、中等程度推荐和弱推荐(指南正文中分别用推荐 A、推荐 B 和推荐 C 表示)。强推荐(推荐 A)代表专家组对该推荐意见反映了最佳临床实践有很高的信心,绝大多数甚至所有的目标用户均应采纳该推荐意见。中等程度推荐(推荐 B)代表专家组对该推荐意见反映了最佳临床实践有中等程度的信心,多数目标用户会采纳该推荐意见,但是执行过程中应注意考虑医患共同决策。弱推荐(推荐 C)代表专家组对该推荐意见反映了最佳临床实践有一定的信心,但是应该有条件地应用于目标群体,强调医患共同决策。

1 筛查和诊断

1.1 肝癌高危人群的筛查与监测 对肝癌高危人群的筛查与监测[超声显像联合血清甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)检测],有助于肝癌的早期发现、早期诊断和早期治疗,同时可以显著降低病人的死亡风险^[9-10](证据等级 1,推荐 A)。肝癌高危人群的快速、便捷识别是实施大范围肝癌筛查的前提,而对人群肝癌风险的分层评估是制定不同肝癌筛查策略的基础。在我国,肝癌高危人群主要包括:有乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)和(或)丙型肝炎病毒(hepatitis C virus, HCV)感染、过度饮酒、脂肪肝变性或代谢功能障碍相关性肝病,饮食中黄曲霉毒素 B1 暴露,其他各种原因引起的肝硬化及有肝癌家族史等人群,尤其年龄>40 岁的男性。目前,抗 HBV 和抗 HCV 治疗可显著降低肝癌的发生风险,但仍无法完全避免肝癌的发生^[11]。我国学者提出的适用于多种慢性肝病和各种族的肝癌风险评估模型 aMAP 评分(age-male-albi-platelets score)可便捷地将肝病人群分为肝癌低风险(aMAP 评分 0~50 分)、中风险(aMAP 评分 50~60 分)和高风险(aMAP 评分 60~100 分)人群,各组人群肝癌的年发病率分别为 0~0.2%、0.4%~1.0%和 1.6%~4.0%^[12](证据等级 2,推荐 B)。此外,基于多变量纵向数据(aMAP、AFP)和循环游离 DNA (cell-free DNA, cfDNA)特征构建的两种新型肝癌预测模型 aMAP-2 和 aMAP-2 Plus,可进一步识别出肝癌发病率高达 12.5% 的超高风险人群^[13]。肝癌筛查应重视

将肝癌风险预测评分作为有效工具,开展社区、医院一体化的精准筛查新模式,从而有效提高肝癌早期诊断率,降低病死率^[14]。高危人群至少每隔 6 个月进行 1 次筛查^[9](证据等级 2,推荐 A)。

1.2 肝癌的影像学检查 不同影像学检查手段各有特点,应该强调综合应用、优势互补、全面评估。

1.2.1 超声显像 超声显像具有便捷、实时、无创和无辐射等优势,是临床上最常用的肝脏影像学检查方法。常规灰阶超声显像可以早期、敏感地检出肝内占位性病变,鉴别其是囊性或实性,初步判断良性或恶性。典型肝癌灰阶超声表现为肝内实性占位性病变,圆形或椭圆形,周边常可见低回声的声晕。内部多为低回声,也可表现为等回声、高回声或不均匀回声。灰阶超声还可观察到合并肝硬化的表现,如肝脏回声增粗、肝脏体积缩小、肝表面凹凸不平、门静脉高压等。少数弥漫型肝癌与肝硬化难以区分。同时,灰阶超声显像可以初步筛查肝内或腹腔内其他器官是否有转移灶、肝内血管及胆管侵犯情况等。肝内转移灶多表现为肝内肿块周边或肝内其他部位出现大小不等的实性结节,数目不定,直径多<3 cm,周边可见声晕。门静脉、肝静脉及胆管癌栓表现为管腔内低回声。癌栓完全充满门静脉管腔时周边可出现细小侧支循环形成,呈蜂窝样改变。肝静脉癌栓可以延续至下腔静脉甚至右心房。肝癌直接侵犯邻近器官如胆囊、右肾等,灰阶超声也可观察到肿瘤与上述结构分界不清。

彩色多普勒血流成像可以观察病灶血供状况,辅助判断病灶良恶性,显示病灶与肝内重要血管的毗邻关系以及有无肝内血管侵犯,也可以初步判断肝癌局部治疗后的疗效情况。肝癌在彩色多普勒血流成像上表现为病灶内部血流信号增加,呈点状、短线状、树枝状、网篮状、周边环状等多种形态,病灶周围血管可见绕行或受压。脉冲多普勒检查在病灶内部可见动脉性血流信号,阻力指数多>0.6。门静脉、肝静脉及胆管出现癌栓时偶可在癌栓内检出动脉性血流信号。超声造影检查可以实时动态观察肝肿瘤血流灌注的变化,鉴别诊断不同性质的肝脏肿瘤,术中应用可敏感检出隐匿性小病灶、实时引导局部治疗,术后评估肝癌局部治疗的疗效等^[15-23](证据等级 2,推荐 A)。超声对比剂多经外周静脉注射,采用超声造影特异成像技术可追踪对比剂在瘤内、瘤周成像的动态变化。超声对比剂多使用微泡对比剂,微泡内部为惰性气体,其安全性高,过敏反应极少见。目前,常用的超声对比剂有注射用六氟化硫微泡和注射用全氟丁烷微球。前者为纯血池对比剂,可用于血管期成像;后者可被库普弗细胞吞噬,形成血管后期成像。血管期包括动脉期(注射对比剂 30 s 以内)、门静脉期(31~120 s)、延迟期(>120 s)。

血管后期一般定义为对比剂注射 8 min 后。典型肝癌超声造影多表现为病灶动脉期快速高增强,增强时间早于病灶周围肝实质,门静脉及延迟期快速减退为低回声,即“快进快出”增强模式^[22-23](证据等级 1,推荐 A)。超声造影表现与病灶大小相关,直径>3.0 cm 的肝癌多表现为上述典型增强模式,但少数直径<2.0 cm 者超声造影表现趋于不典型。门静脉及延迟期对比剂消退速度与肿瘤分化程度有关,高分化者消退慢而低分化者消退较快。

由于超声造影对微细血流的高敏感度,可用于观察肝癌发生发展不同阶段,如再生结节、低度异型增生、高度异型增生、高度异型增生合并局部癌变、早期肝癌、进展期肝癌等的血流变化并辅助诊断,因此超声造影还可用于肝癌高危人群的筛查以及监测肝内结节的演变情况^[18]。有肝癌高危风险的病人可以考虑采用超声造影肝脏影像报告与数据系统(liver imaging reporting and data system, LI-RADS)提高肝癌诊断的特异度(证据级别 3,推荐 B)。肿瘤在超声造影延迟期或血管后相多表现为低增强,与周围肝实质分界明显,因此超声造影尤其适用于肝内多发微小病灶的检出、消融或手术后监测以早期发现复发灶。当肝内病灶延迟期或血管后期表现为低增强时,可在 10 min 后再次注射超声对比剂,观察病灶动脉期有无增强,进而判断病灶的有无及性质。血管后期对比剂(如注射用全氟丁烷微球)显影时间长(30~120 min),适合用于检出病灶^[23]。

超声造影可用于肿瘤消融的术前规划、穿刺引导、消融后即刻评估和追踪随访;消融即刻评估有助于及时发现未完全消融的残留病灶,及时补充治疗。定量超声造影可测量对比剂到达时间、达峰时间、渡越时间、峰值强度、血流灌注量等指标,可用于评估系统抗肿瘤治疗(化疗、靶向治疗、免疫治疗等)后的疗效以及在早期预测病人对系统抗肿瘤治疗的反应性,辅助临床决策^[24-25]。

超声联合动态增强 CT、MRI 扫描的影像导航技术为肝癌,尤其是常规超声显像无法显示的隐匿性肝癌的精准定位,提供了有效的技术手段^[26-28](证据等级 3,推荐 B)。超声融合影像导航在肝癌消融术前计划、术中监测及安全边缘判断、术后即刻评估疗效中具有一定价值。融合导航中使用超声造影能进一步提高准确率,特别是针对微小病灶、等回声病灶和较大病灶的消融范围的评估^[28-29]。

超声剪切波弹性成像可以定量评估肝肿瘤的组织硬度及周边肝实质的纤维化或硬化程度,为规划合理的肝癌治疗方案提供有用的信息^[30-31](证据等级 3,推荐 B)。定量超声技术可测量非酒精性脂肪性肝病肝内脂肪含量,为非酒精性脂肪性肝病相关肝癌的预警提供辅助信息^[32-33]。联合应用多模态超声显像技术,可

对肝癌精准的术前诊断、术中定位、术后评估发挥重要作用。术中超声(超声造影)、腹腔镜超声(超声造影)在肝外手术中的应用也越来越普及,可辅助检出隐匿性微小病灶、判断手术切除范围和切缘情况^[34]。高频超声检查有助于发现肝包膜下或位置较表浅的隐匿病灶^[16]。超声影像组学对肝癌的鉴别诊断、预测肝癌微血管浸润等生物学行为、选择治疗手段等有一定的意义^[35]。随着人工智能技术发展,通过融合病人临床信息和肿瘤影像信息建立肝癌智能预测模型,精准预测肝癌的复发转移,有望为临床选择消融或手术治疗提供科学、合理决策^[36-37]。

1.2.2 CT 和 MRI 动态增强 CT、MRI 扫描是肝脏超声和(或)血清 AFP 筛查异常者明确肝癌诊断的首选影像学检查方法。肝脏动态增强 MRI 具有无辐射、组织分辨率高、多方位多序列动态增强成像等优势,且具有形态结合功能(包括弥散加权成像等)综合成像能力,成为肝癌临床检出、诊断、分期和疗效评价的优选影像技术。动态增强 MRI 对直径≤2.0 cm 肝癌的检出和诊断能力优于动态增强 CT^[38-39](证据等级 1,推荐 A)。动态增强 MRI 在评价肝癌是否侵犯门静脉、肝静脉主干及其分支,以及腹腔或腹膜后间隙淋巴结转移等方面,较动态增强 CT 具有优势。采用动态增强 MRI 扫描评价肝癌治疗效果时,可使用实体瘤临床疗效评价标准(modified response evaluation criteria in solid tumor, mRECIST)加 T2 加权成像及弥散加权成像进行综合判断。

CT 或 MRI(非特异性钆类对比剂)动态增强三期扫描包括:动脉晚期(门静脉开始强化,通常注射对比剂后约 35 s 扫描);门静脉期(门静脉已完全强化,肝静脉可见对比剂充盈,肝实质通常达到强化峰值,通常注射对比剂后 60~90 s 扫描);延迟期(门静脉、肝静脉均有强化但低于门脉期,肝实质可见强化但低于门静脉期,通常注射对比剂后 3 min 扫描)。肝细胞特异性 MRI 对比剂[钆塞酸二钠(Gd-EOB-DTPA)]动态增强四期扫描包括:动脉晚期(同上);门静脉期(同上);移行期(肝脏血管和肝实质信号强度相同,肝脏强化是由细胞内及细胞外协同作用产生,通常在注射 Gd-EOB-DTPA 2~5 min 后扫描);肝胆特异期(肝脏实质信号高于肝血管,对比剂经由胆管系统排泄,通常在注射 Gd-EOB-DTPA 12~20 min 后扫描;肝功能正常者,一般肝胆特异期 12~15 min 扫描,而肝功能明显降低者,一般只需延迟 20 min 即可)。

肝癌影像学诊断主要根据为动态增强扫描的“快进快出”强化方式^[40-42](证据等级 1,推荐 A)。动态增强 CT 和 MRI 动脉期(主要在动脉晚期)肝肿瘤呈均匀或不均匀明显强化,门静脉期和(或)延迟期肝肿瘤强化低于肝实质。“快进”为非环形强化,“快出”为非周

边廓清。“快进”在动脉晚期观察,“快出”在门静脉期及延迟期观察。Gd-EOB-DTPA 通常在门静脉期显示“快出”征象,但移行期及肝胆特异期“快出”征象可以作为辅助恶性征象。

Gd-EOB-DTPA 增强 MRI 检查显示:肝肿瘤动脉期明显强化,门静脉期强化低于肝实质,肝胆特异期常呈明显低信号。但仍有 5%~12% 分化较好的肝癌,尤其是小肝癌(直径 ≤ 2.0 cm),肝胆特异期可见肿瘤部分呈吸收对比剂的稍高信号^[43]。动态增强 MRI 扫描,尤其用于诊断肿瘤直径 ≤ 2.0 cm 肝癌,强调尚需要结合其他征象(如包膜样强化、T2 加权成像中等信号和弥散受限等)及超阈值增长(6 个月内病灶最大直径增大 50%)进行综合判断^[44](证据等级 3,推荐 B)。包膜样强化的定义为:光滑,均匀,边界清晰,大部分或全部包绕病灶,特别在门静脉期、延迟期或移行期表现为环形强化。

直径 ≤ 1.0 cm 的肝癌定义为亚厘米肝癌(subcentimeter hepatocellular carcinoma, scHCC)。根据文献报道,scHCC 局部切除病人术后 5 年生存率为 98.5%,明显高于直径为 1.0~2.0 cm 的小肝癌(5 年生存率为 89.5%)^[45]。在高危人群中,排除确定的良性病变后,推荐使用 Gd-EOB-DTPA 增强 MRI 诊断 scHCC^[46-51](证据等级 2,推荐 B),尤其适用于合并肝硬化的病人,同时有助于与高度异型增生结节等癌前病变相互鉴别^[52]。

目前,CT 平扫及动态增强扫描除常应用于肝癌的临床诊断及分期外,也应用于肝癌局部治疗的疗效评价,尤其是用于观察经导管动脉化疗栓塞(transcatheter arterial chemoembolization, TACE)后碘油沉积状况及肿瘤存活有一定优势,特别是有助于决定是否需要再次行 TACE 治疗^[53-55]。基于术前 CT 的影像组学技术也可以用于预测首次 TACE 治疗的效果^[56]。同时,借助 CT 后处理技术可以进行三维血管重建、肝脏体积和肝肿瘤体积测量。三维可视化重建技术可以进行肝脏分叶分段处理,术前模拟手术,辅助医生制定最优手术方案。

基于肝癌动态增强 CT 和(或)MRI 信息的临床数据挖掘建立融合模型,有助于改善临床决策(病人治疗方案选择、疗效评价及预测等)^[57]。对于术前预测肝癌微血管侵犯(microvascular invasion, MVI),影像学征象特异度高但敏感度较低,人工智能(包括影像组学和深度机器学习模型)是术前预测 MVI 的可能突破点^[58-60](证据等级 3,推荐 B)。

1.2.3 数字减影血管造影 数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)是肝癌病人血管内介入治疗前必须进行的检查,常采用经选择性或超选择性肝动脉插管进行。DSA 检查可以清楚显示

肝动脉解剖和变异以及肿瘤血管、染色,明确肿瘤数目、大小及其血供丰富程度^[61]。DSA 联合锥形束 CT(cone beam computed tomograph, CBCT)可更清楚显示肿瘤病灶、提高小肝癌的检出率,明确肿瘤供血动脉分支的三维关系、指导肿瘤供血动脉分支的超选择性插管^[62](证据等级 2,推荐 A)。经肠系膜上动脉或脾动脉的间接门静脉造影,可以评价门静脉血流和门静脉主干或一级分支癌栓栓塞等情况。

1.2.4 核医学影像学检查 (1)正电子发射计算机断层成像(positron emission tomography and computed tomography, PET-CT):18F-氟代脱氧葡萄糖(18F-fluorodeoxyglucose, 18F-FDG) PET-CT 全身显像的优势在于:①对肿瘤进行分期,通过 1 次检查能够全面评价有无淋巴结转移及远处器官的转移^[63-64](证据等级 1,推荐 A);②再分期,因 PET-CT 功能影像不受解剖结构的影响,可以准确显示解剖结构发生变化后或者解剖结构复杂部位的复发转移灶^[65](证据等级 2,推荐 B);③对于抑制肿瘤活性的靶向药物的疗效评价更加灵敏、准确^[66-67](证据等级 2,推荐 A);④指导放射治疗生物靶区的勾画、确定穿刺活检部位^[65];⑤评价肿瘤的恶性程度和预后^[68-70](证据等级 2,推荐 B)。PET-CT 对肝癌的诊断敏感度和特异度有限,可作为其他影像学检查的辅助和补充,在肝癌的分期、再分期和疗效评价等方面具有优势。采用碳-11 标记的乙酸盐(11C-acetate)或胆碱(11C-choline)等对比剂 PET 显像可以提高对高分化肝癌诊断的敏感度,与 18F-FDGPET-CT 显像具有互补作用^[71-72]。镓-68 或氟 18 标记的成纤维激活蛋白抑制剂-04(68Ga-DOTA-FAPI-04/18F-NOTA-FAPI-04)PET-CT 可有效提高癌原发灶、转移灶的诊断敏感度,尤其是中高分化肝细胞癌及肝内胆管癌,弥补 18F-FDGPET-CT 显像的不足(证据等级 3,推荐 C)^[73-74]。(2)单光子发射计算机断层成像(single photon emission computed tomography and computed tomography, SPECT-CT):SPECT-CT 已逐渐替代 SPECT 成为核医学单光子显像的主流设备,选择全身平面显像所发现的病灶,再进行局部 SPECT-CT 融合影像检查,可以同时获得病灶部位的 SPECT 和诊断 CT 图像,显著提高了诊断准确率^[75](证据等级 3,推荐 B)。(3)正电子发射计算机断层磁共振成像(positron emission tomography and magnetic resonance imaging, PET-MRI):1 次 PET-MRI 检查可以同时获得解剖结构、动态增强 MRI 信息及 PET 功能代谢信息,提高肝癌诊断敏感度^[76](证据等级 4,推荐 C)。

1.3 肝癌的血液学分子标记物 血清 AFP 是当前诊断肝癌和疗效监测常用且重要的指标。血清 AFP ≥ 400 $\mu\text{g/L}$,在排除妊娠、慢性或活动性肝病、

生殖腺胚胎源性肿瘤以及其他消化系统肿瘤后,高度提示肝癌;而血清AFP轻度升高者,应结合影像学检查或作动态观察,并与肝功能变化对比分析,有助于诊断。异常凝血酶原[protein induced by vitamin K absence/antagonist-II (PIVKA II)或des-gamma carboxyprothrombin (DCP)]、血浆游离微小核糖核酸(microRNA)和血清甲胎蛋白异质体(lens culinaris agglutinin-reactive fraction of AFP, AFP-L3)也可以作为肝癌早期诊断标记物,特别是对于血清AFP阴性人群^[77]。基于性别、年龄、AFP、PIVKA II和AFP-L3构建的GALAD模型在诊断早期肝癌的敏感度和特异度分别为85.6%和93.3%,有助于早期诊断AFP阴性肝癌^[78](证据等级1,推荐A)。目前,已有基于我国人群大样本数据的优化的类GALAD模型(C-GALAD、GALAD-C、C-GALAD II等)用于肝癌的早期诊断。另外,基于性别、年龄、AFP、PIVKA II构建的简化的GAAD模型及ASAP模型与GALAD模型诊断效能类似^[79-80](证据等级1,推荐A)。基于7个microRNA组合的检测试剂盒诊断肝癌的敏感度和特异度分别为86.1%和76.8%,对AFP阴性肝癌的敏感度和特异度分别为77.7%和84.5%^[77](证据等级1,推荐A)。

近年来,“液体活检”包括循环游离microRNA、循环肿瘤细胞(circulating tumor cell, CTC)、cfDNA、循环肿瘤DNA(circulating tumor DNA, ctDNA)、游离线粒体DNA、游离病毒DNA和细胞外囊泡等,在肿瘤早期诊断和疗效评价等方面展现出重要价值^[81-84](附录3)。

1.4 肝癌的穿刺活检 具有典型肝癌影像学特征的肝占位性病变,符合肝癌临床诊断标准的病人,通常不需要进行以诊断为目的的肝病灶穿刺活检^[41,85-87](证据等级1,推荐A),特别是对于具有外科手术指征的肝癌病人。能够手术切除或准备行肝移植的肝癌病人,不建议术前行肝病灶穿刺活检,以减少肝肿瘤破裂出血、播散风险。对于缺乏典型肝癌影像学特征的肝脏占位性病变,通过肝脏病灶穿刺活检可获得明确的病理诊断。肝脏病灶穿刺活检可以明确病灶性质及肝癌分子分型,为明确肝病病因、指导治疗、判断预后和进行研究提供有价值的信息,故应根据肝病灶穿刺活检的病人受益、潜在风险以及医师操作经验综合评估穿刺活检的必要性^[88]。

肝病灶穿刺活检通常在超声或CT引导下进行,可以采用18G或16G肝穿刺空芯针活检获得病灶组织。其主要风险是可能引起出血和肿瘤针道种植转移。因此,术前应检查血小板和凝血功能,对于有严重出血倾向的病人,应避免肝病灶穿刺活检。穿刺路径应尽可能经过正常肝组织,避免直接穿刺肝脏表面结节。穿刺部位应选择影像检查显示肿瘤活跃的肿瘤内和肿瘤旁,取材后肉眼观察取材的完整性以提高诊断准确

性。另外,受病灶大小、部位深浅等多种因素影响,肝病灶穿刺病理学诊断也存在一定的假阴性率,特别是对于直径 ≤ 2 cm的病灶,假阴性率较高。因此,肝病灶穿刺活检阴性结果并不能完全排除肝癌的可能,仍需观察和定期随访。对于活检组织取样过少、病理结果不支持但临床上高度怀疑肝癌的病人,可以重复进行肝病灶穿刺活检或者密切随访。

要点论述:(1)借助肝脏超声显像联合血清AFP进行肝癌的早期筛查,建议高危人群至少每隔6个月进行1次筛查。

(2)动态增强CT、MRI扫描、Gd-EOB-DTPA动态增强MRI检查以及超声造影是肝脏超声显像和(或)血清AFP筛查异常者明确诊断的首选影像学检查方法。

(3)肝癌影像学诊断依据主要根据“快进快出”的强化方式。

(4)肝脏动态增强MRI检查是肝癌临床诊断、分期和疗效评价的优选影像手段。

(5)PET-CT扫描有助于对肝癌进行分期及评价疗效。

(6)血清AFP是诊断肝癌和疗效监测常用且重要的指标。对血清AFP阴性人群,可以借助DCP、基于7个microRNA组合的检测试剂盒、AFP-L3检测进行早期诊断。

(7)具有典型肝癌影像学特征的肝占位性病变,符合肝癌临床诊断标准的病人,通常不需要以诊断为目的的肝病灶穿刺活检。

1.5 肝癌的病理学诊断

1.5.1 肝癌病理学诊断术语 原发性肝癌:统指起源于肝细胞和肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤,主要包括HCC、ICC和cHCC-CCA。(1)HCC:是指肝细胞发生的恶性肿瘤。不推荐使用“肝细胞肝癌”或“肝细胞性肝癌”的病理学诊断名称。(2)ICC:是指肝内胆管衬覆上皮细胞和胆管旁腺发生的恶性肿瘤,以腺癌最多见。2019年版《WHO消化系统肿瘤分类》已不推荐对ICC使用胆管细胞癌(cholangiocellular carcinoma)的病理学诊断名称,且不推荐对细胆管癌使用细胆管细胞癌(cholangiolocellular carcinoma)的病理学诊断名称^[89]。组织学上可以分为:①大胆管型ICC,起源于肝小叶隔胆管以上至邻近肝门区之间较大的胆管,腺管口径大而不规则,周围可见黏液腺体;②小胆管型ICC,起源于小叶间胆管及隔胆管,腺管口径较小,排列较规则;③细胆管癌,起源于肝闰管或细胆管,癌细胞呈小立方形,在透明变性的胶原纤维间质内呈松散的成角小导管或分枝状排列;④胆管板畸形型ICC,肿瘤腺管呈不规则囊状扩张,管腔内含乳头状突起。有研究显示,大胆管型ICC的生物学行为和基因表型特点与其他类型ICC有所不同,临床预

后更差^[90]。关于HCC和ICC分子分型的临床和病理学意义多处在研究和论证阶段。近年研究表明,EB病毒相关的ICC具有特殊的临床病理、免疫微环境及分子特征,并对免疫检查点抑制剂治疗有较好的获益,推荐采用EB病毒编码小核糖核酸(Epstein-Barr virus encoded ribonucleic acid, EBER)原位杂交检测来筛选免疫检查点抑制剂治疗获益人群^[91];而丙糖磷酸异构酶 1(triose phosphate isomerase 1, TPI1)在ICC组织中高表达是评估术后复发转移风险的有用指标^[92]。

(3) cHCC-CCA: 是指在同一个肿瘤结节内同时出现HCC和ICC两种组织成分,不包括碰撞癌。有研究建议以两种肿瘤成分占比分别 $\geq 30\%$ 作为cHCC-CCA的病理学诊断标准,但是目前仍无国际统一的cHCC-CCA两种组织学成分占比的病理诊断标准,有待于大样本多中心研究^[93]。为此,建议在cHCC-CCA病理诊断时对两种肿瘤成分的比例加以标注,并注意分别对HCC及ICC成分进行组织学分级及亚型分型、MVI分级、淋巴管侵犯描述,以供临床评估肿瘤生物学特性和制定诊疗方案时参考。对于某种肿瘤成分占比极少时慎用cHCC-CCA的诊断。

1.5.2 肝癌病理诊断规范 肝癌病理学诊断规范由标本处理、标本取材、病理检查和病理报告等部分组成^[88,93]。(1)标本处理要点:①手术医师应在病理检查申请单上明确标注送检标本的部位、种类和数量,是否曾接受转化或新辅助治疗以及方案与周期,对手术切缘和重要病变可以用染料或缝线加以标记;②尽可能在离体 30 min 以内将肿瘤标本完整地送达病理科,由病理医师切开固定。组织库留取标本时应在病理科的指导下进行,以保证取材的准确性,并应首先满足病理诊断的需要;③ 10% 中性缓冲福尔马林溶液固定 12~24 h。(2)标本取材要点:肝癌周边区域是肿瘤生物学行为的代表性区域。为此,要求采用“7点”基线取材法(图 1),在肿瘤的 12 点、3 点、6 点和 9 点钟位,于癌与癌旁肝组织交界处,按 1:1 取材;在肿瘤内部至少取材 1 块;对距肿瘤边缘 ≤ 1 cm(近癌旁)和 >1 cm(远癌旁)范围内的肝组织分别取材 1 块。肝脏最近切缘及单独送检的门静脉栓子需分别取材。ICC标本还应胆管切缘进行取材。对于单个肿瘤最大直径 ≤ 3 cm的小肝癌,应全部取材检查。实际取材的部位和数量还须根据肿瘤的直径和数量酌情增加取材^[94-95](证据等级 3,推荐 B)。

1.5.3 肝癌病理检查要点 (1)大体标本观察与描述。对送检的所有手术标本全面观察,重点描述肿瘤的大小、数量、颜色、质地、与血管和胆管的关系、包膜状况、周围肝组织病变、肝硬化类型、肿瘤至切缘的距离以及切缘情况等^[96]。(2)显微镜下观察与描述。对所有取材组织全面观察,肝癌的病理诊断可参照 2019

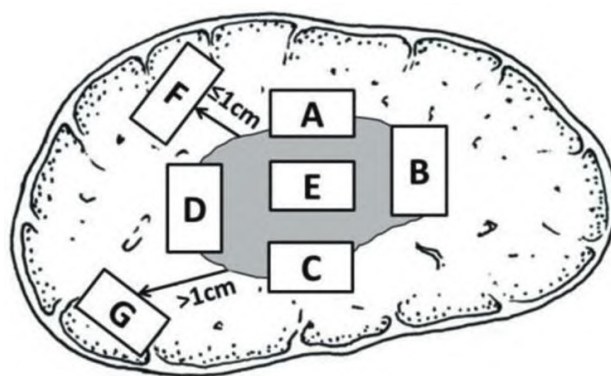


图 1 肝脏肿瘤标本基线取材部位示意图

注:A、B、C、D:分别对应肿瘤 12 点、3 点、6 点和 9 点钟位的域;E:肿瘤区域;F:近癌旁肝组织区域;G:远癌旁肝组织癌与癌旁肝组织交界处。

年《WHO 消化系统肿瘤分类》,重点描述以下内容:HCC 的分化程度可以采用国际上常用的 Edmondson-Steiner 四级(I~IV)分级法或 WHO 推荐的高中低分化^[93,96]。HCC 的组织学类型:常见有细梁型、粗梁型、假腺管型、团片型等;HCC 的特殊组织学类型:如纤维板层型、硬化型、透明细胞型、富脂型、嫌色型、富中性粒细胞型、富淋巴细胞型和未分化型等。双表型 HCC 在临床、影像学、血清学、癌细胞形态和组织结构上均表现为典型的 HCC 特征,但免疫组化标记显示同时表达肝细胞性标记物和胆管上皮标记物,这类 HCC 的侵袭性较强,对瑞戈非尼治疗可能敏感^[97-98]。转化或新辅助治疗后手术切除标本还应观察肿瘤坏死和间质反应的程度和范围;肝癌的生长方式包括癌周浸润、包膜侵犯或突破、MVI 和卫星结节等;慢性肝病评估:肝癌常伴随不同程度的慢性病毒性肝炎或肝硬化,推荐采用较为简便的 Scheuer 评分系统和我国慢性病毒性肝炎组织学分级和分期标准,并注意描述肝细胞脂肪变性所占比例,以及脂肪性肝病的诊断和鉴别诊断^[99-101]。(3) MVI 诊断:MVI 是指在显微镜下于内皮细胞衬覆的脉管腔内见到癌细胞巢团,肝癌以门静脉分支侵犯(含包膜内血管)最多见,在 ICC 可有淋巴管侵犯^[102]。MVI 病理分级方法^[103]:M0,未发现 MVI;M1(低危组),MVI 数量 ≤ 5 个,且均发生于近癌旁肝组织(≤ 1 cm);M2(高危组)中,M2a 定义为近癌旁 MVI 数量 >5 个,且无远癌旁 MVI,M2b 定义为 MVI 发生于远癌旁肝组织(>1 cm)。见图 2。随着 MVI 分级增高,术后复发转移风险依次增加,临床预后依次降低^[94-95,104]。MVI 和卫星灶可视为肝癌发生肝内转移过程的不同演进阶段,当难以区分癌旁肝组织内的卫星灶与 MVI 时,可一并计入 MVI 病理分级。MVI 是评估肝癌复发转移风险和选择治疗方案的重要参考依据,应作为组织病理学常规检查指标^[88,93,105-106]。MVI 病理分级是建立在“7 点”基线取材的基础上,当送检标本不能满足“7 点”基线取材时,应在 MVI 分级时加

以说明(证据等级 2, 推荐 A)。

1.5.4 免疫组织化学检查 肝癌免疫组化检查的主要目的是:(1)肝细胞良、恶性肿瘤之间的鉴别。(2) HCC 与 ICC 以及其他特殊类型的肝脏肿瘤之间的鉴别。(3) 原发性肝癌与转移性肝癌之间的鉴别。由于肝癌组织学类型的高度异质性,现有的肝癌标记物在诊断特异度和敏感度均存在某种程度的不足,常需要合理组合、客观评估,有时还需要与其他系统肿瘤的标记物联合使用。

1.5.4.1 HCC 常用的免疫组化标记物 以下标志物对肝细胞标记阳性,有助于提示肝细胞来源的肿瘤,但不能作为区分肝细胞良性、恶性肿瘤的依据。(1)精氨酸酶-1:肝细胞胞浆或胞核染色。(2)肝细胞抗原:肝细胞胞浆染色。(3)肝细胞膜毛细胆管缘特异性染色抗体:如 CD10、多克隆性癌胚抗原和胆盐输出泵蛋白等抗体,可以在肝细胞膜的毛细胆管面出现特异性染色,有助于确认肝细胞性肿瘤。

以下标记物有助于肝细胞良、恶性肿瘤的鉴别诊断。(1)谷氨酰胺合成酶:HCC 多呈弥漫性胞浆强阳性;部分肝细胞腺瘤,特别是 β -catenin 突变激活型肝细胞腺瘤也可以表现为弥漫阳性;在高级别异型增生结节为中等强度灶性染色,阳性细胞数 $<50\%$;在肝局灶性结节性增生呈特征性的不规则地图样染色;在正常肝组织仅中央静脉周围的肝细胞染色,这些特点有助于鉴别诊断。(2)磷脂酰肌醇蛋白-3:HCC 胞浆及胞膜染色。(3)热休克蛋白 70:HCC 胞浆或胞核染色。

(4) CD34:CD34 免疫组化染色虽然并不直接标记肿瘤实质细胞,但可以显示不同类型肝脏肿瘤的微血管密度及其分布模式特点,如 HCC 为弥漫型、ICC 为稀疏型、肝细胞腺瘤为斑片型、肝局灶性结节性增生为条索型等,结合肿瘤组织学形态有助于鉴别诊断。

1.5.4.2 ICC 常用的免疫组化标记物 (1) ICC 通用免疫组化标记物:细胞角蛋白 7、细胞角蛋白 19、黏蛋白 1、上皮细胞黏附分子(epithelial cell adhesion molecule, EpCAM)。(2)大胆管型 ICC:S100 钙结合蛋白、黏蛋白 5AC 等。(3)小胆管型 ICC:C 反应蛋白、神经性钙黏蛋白、神经细胞相关黏附分子(CD56)。

1.5.4.3 cHCC-CCA 常用的免疫组化标记物 HCC 和 ICC 两种成分分别表达上述各自的肿瘤标记物。此外,CD56、CD117 和 EpCAM 等标记物阳性表达则可能提示肿瘤伴有干细胞分化特征,侵袭性更强。

1.5.5 分子病理学检测肝癌分子病理学检测的主要目的:辅助诊断 HCC 特殊亚型,以及筛选 ICC 常用靶向和免疫治疗药物。根据分子病理学检测在肝癌断中的应用,不仅可以鉴别出 HCC 特殊亚型及筛选出 ICC 靶向和免疫治疗药物,指导临床预后监测及个体化治疗,同时还可以加深对 HCC 特殊亚型及 ICC 的病理学认识,临床可以依据分子病理学改变对病人进行分层管理。(1) HCC 常用的分子病理诊断标记物:①纤维板层型 HCC,具有 DNAJB1-PRKACA 基因融合^[89];②硬化型 HCC,具有结节性肝硬化 1/2 基因突变^[89]。(2) ICC 常用的靶向和免疫治疗标记物:①大胆管型 ICC,常见人类表皮生长因子受体 2 基因扩增、BRAFV600E 基因突变、神经营养因子受体酪氨酸激酶基因融合、RET 基因融合、微卫星高度不稳定性、高肿瘤突变负荷等^[107];②小胆管型 ICC,常见成纤维生长因子受体 2 基因突变(重排或融合)与异柠檬酸脱氢酶 1/2 基因突变^[108-109]。

1.5.6 转化或新辅助治疗后肝癌切除标本的病理学评估 (1)标本取材:对于临床标注有术前行转化或新辅助治疗的肝癌切除标本,可以按以下流程处理。在瘤床(肿瘤在治疗前所处的原始位置)最大直径处切开并测量三维尺寸,详细描述坏死及残存肿瘤范围及占比。病灶直径 ≤ 3 cm 的小肝癌应全部取材;而直径 >3 cm 的肿瘤应在最大直径处按 0.5~1.0 cm 间隔将肿瘤切开,选择肿瘤残留最具代表性的切面全部取材,其他切面选择性取材。注意在取材时同时留取肿瘤床及周边肝组织以相互对照,可以对大体标本照相用于组织学观察的对照。(2)镜下评估:主要评估肝癌切除标本肿瘤床的 3 种成分比例,包括存活肿瘤、坏死区域、肿瘤间质(纤维组织及炎细胞)。肿瘤床的上述 3 个面积之和等于 100%。在病理报告中应标注取材蜡块数量,在评估每张切片上述 3 种成分百分比的基础上,取均值确定残存肿瘤的总百分比,

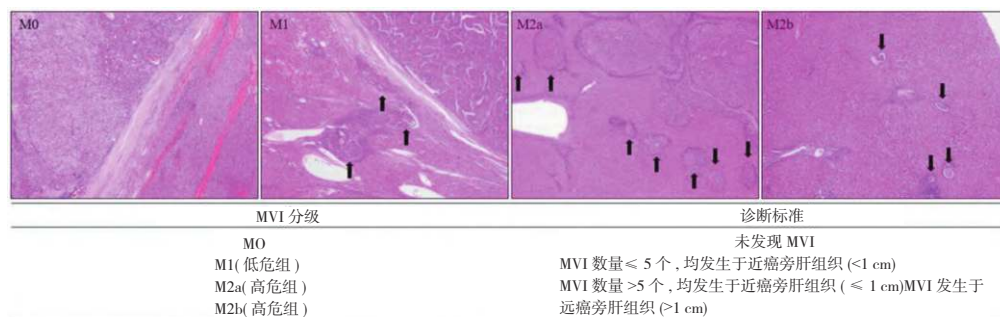


图 2 微血管侵犯病理分级标准

注:MVI:微血管侵犯。

并在病理报告中注明。(3)病理学评估:病理完全缓解(pathologic complete response, pCR)、明显病理缓解(major pathologic response, MPR)评估是评价术前治疗疗效和探讨术后合理干预的重要病理指标。①pCR是指在术前治疗后,完整评估肿瘤床标本的组织学后未发现存活肿瘤细胞。②MPR是指在术前治疗后,存活肿瘤减少到可以影响临床预后的阈值以下。在肺癌研究中常将MPR定义为肿瘤床残留肿瘤细胞减少到 $\leq 10\%$,这与肝癌术前经TACE治疗后,肿瘤坏死程度与预后的相关性研究结果也相同^[110-111]。但是在转化或新辅助治疗的肝癌切除样本中,肿瘤床残留肿瘤细胞减少到多少有临床意义,目前尚无明确定论,一般认为应至少减少 $>50\%$ 。建议对初诊为MPR的肿瘤标本进一步扩大取材范围加以明确。(4)对于免疫检查点抑制剂治疗后肝癌标本,注意描述淋巴细胞浸润程度及三级淋巴结构,同时注意观察癌周肝组织有无免疫相关性肝损伤,包括肝细胞损伤、小叶内炎症及胆管炎等^[112]。

1.5.7 肝癌病理诊断报告 主要由大体标本描述、显微镜下描述、免疫组化检查、病理诊断名称和MVI分级等部分组成,必要时还可以向临床提出说明和建议(附录4)。此外,还可以酌情开展多结节性或复发性肝癌克隆起源检测、药物靶点检测、生物学行为评估以及预后判断等相关的分子病理学检查,提供临床参考。

要点论述:

(1)肝癌切除标本的规范化处理和及时送检对保持肿瘤组织和细胞的完整及正确病理诊断十分重要。

(2)肝癌标本取材应遵循“7点”基线取材的规范,有利于获得肝癌代表性的病理生物学特征信息。

(3)肝癌病理诊断报告内容应规范全面,应特别重视描述影响肝癌预后的重要因素,如肝癌的组织学类型、分化程度、浸润性生长方式、MVI病理分级以及具有靶向治疗指导意义的靶点的分子病理检测等。

(4)关注转化或新辅助治疗后肝癌切除标本的病理学评估。

1.6 肝癌的临床诊断及路线图 结合肝癌发生的高危因素、影像学特征以及血液学分子标记物,依据路线图的步骤对肝癌进行临床诊断(图3)。(1)肝癌高危人群,至少每隔6个月进行1次超声显像及血清AFP检测,发现肝内直径 $\leq 1\text{ cm}$ 结节,动态增强MRI、动态增强CT、超声造影3种检查中至少1项检查以及Gd-EOB-DTPA增强MRI检查同时显示“快进快出”的肝癌典型特征,则可以做出肝癌的临床诊断;若不符合上述要求,可以进行每2~3个月的影像学检查随访,并结合血清AFP、DCP、7个microRNA组合以明确诊断,必要时进行肝病灶穿刺活检。(2)肝癌高危人群,随访发现肝内直径1~2 cm结节,若动态增强MRI、动态增强CT、超声造影或Gd-EOB-DTPA增强MRI的4种检查中至少2项检查有典型的肝癌特征,则可以做出肝癌的临床诊断;若上述4种影像学检查无或只有1项典型的肝癌特征,可以进行每2~3个月的影像学检查随访并结合血清AFP、DCP、7个microRNA组合以明确诊断,必要时进行肝病灶穿刺活检。(3)肝癌高危人群,随访发现肝内直径 $>2\text{ cm}$ 结节,若动态增强MRI、动态增强CT、超声造影或Gd-EOB-DTPA增强MRI的4项检查中至少1项检查有典型的肝癌特征,则可以做出肝癌的临床诊断;若上述4种影像学检查

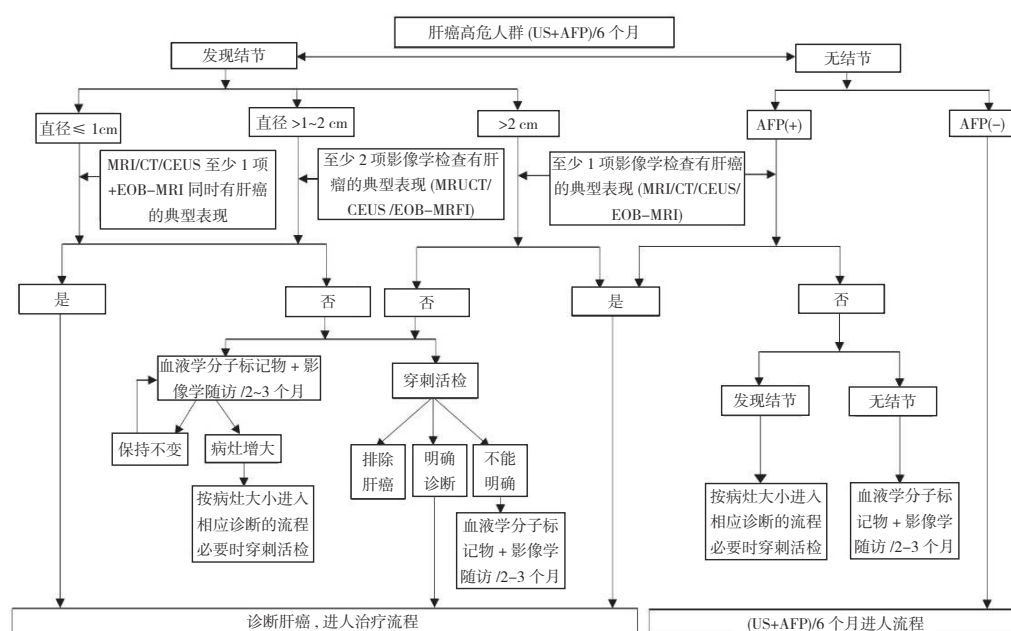


图3 肝癌诊断路线图

注:典型表现为动脉期(主要动脉晚期)病灶明显强化,门静脉期、延迟期或移行期强化下降,呈“快进快出”的强化方式。不典型表现为缺乏动脉期病灶强化,门静脉期、延迟期或移行期无廓清,甚至持续强化等。US:超声;MRI:磁共振成像;CT:计算机断层扫描;CEUS:超声造影;EOB-MRI:肝细胞特异性对比剂[钆酸二钠(Gd-EOB-DTPA)]增强磁共振扫描。血液学分子标记物包括血清甲胎蛋白(AFP)、异常凝血酶原(DCP)、7个microRNA组合。AFP(+)为超过血清AFP检测正常值。

无典型的肝癌特征, 可以进行每 2~3 个月的影像学检查随访并结合血清 AFP、DCP、7 个 microRNA 组合以明确诊断, 必要时进行肝病灶穿刺活检。(4) 肝癌高危人群, 如血清 AFP 升高, 特别是持续升高, 应进行影像学检查以明确肝癌诊断; 若动态增强 MRI、动态增强 CT、超声造影或 Gd-EOB-DTPA 增强 MRI 的 4 种检查中至少 1 项检查有典型的肝癌特征, 即可以临床诊断为肝癌; 如上述 4 种影像学检查未发现肝内结节, 在排除妊娠、慢性或活动性肝病、生殖腺胚胎源性肿瘤以及其他消化系统肿瘤的前提下, 应每隔 2~3 个月进行 1 次影像学复查, 同时密切随访血清 AFP、DCP、7 个 microRNA 组合变化。

2 肝癌的分期

肝癌的分期对于治疗方案的选择、预后评估至关重要。国外有多种分期方案,如:巴塞罗那肝癌临床分期(Barcelona Clinic Liver Cancer, BCLC)、TNM分期、日本肝病学会(Japanese Society of Hepatology, JSH)分期和亚太肝病研究学会(Asian Pacific Association for the Study of the Liver, APASL)分期等。结合我国的具体国情及实践积累,依据病人体能状态(performance status, PS)、肝肿瘤及肝功能情况,建立我国肝癌分期方案(China Liver Cancer Staging, CNLC),包括:CNLC Ia期、Ib期、IIa期、IIb期、IIIa期、IIIb期、IV期,具体分期方案描述见图4。

CNLC Ia期:PS 0~2分,肝功能Child-Pugh A或B级,单个肿瘤、直径 ≤ 5 cm,无影像学可见血管癌栓

和肝外转移。CNLC Ib 期:PS 0~2 分,肝功能 Child-Pugh A 或 B 级,单个肿瘤、直径>5 cm,或 2~3 个肿瘤、最大直径≤3 cm,无影像学可见血管癌栓和肝外转移。

CNLC IIa期:PS0~2分,肝功能Child-Pugh A或B级,2~3个肿瘤、最大直径>3 cm,无影像学可见血管癌栓和肝外转移。

CNLC IIb期:PS 0~2分,肝功能Child-Pugh A或B级,肿瘤数目 ≥ 4 个,不论肿瘤直径大小,无影像学可见血管癌栓和肝外转移。

CNLC IIIa期:PS 0~2分,肝功能Child-Pugh A或B级,不论肿瘤直径大小和数目,有影像学可见血管癌栓而无肝外转移。

CNLC IIIb 期:PS 0~2 分,肝功能Child-Pugh A 或 B 级,不论肿瘤直径大小和数目,不论有无影像学可见血管癌栓,但有肝外转移。

CNLC IV期:PS 3~4分,或肝功能Child-Pugh C级,不论肿瘤直径大小和数目,不论有无影像学可见血管癌栓,不论有无肝外转移。

3 治疗

肝癌治疗的特点是多学科参与、多种治疗方法共存,其常见治疗方法包括肝切除术、肝移植术、消融治疗、血管内介入治疗、放射治疗、系统性抗肿瘤治疗、中医药治疗等多种手段,各种治疗手段均存在其特有的优势和局限性,且适应证互有重叠。规范而准确的治疗决策应基于指南及高级别循证医学证据,同时也

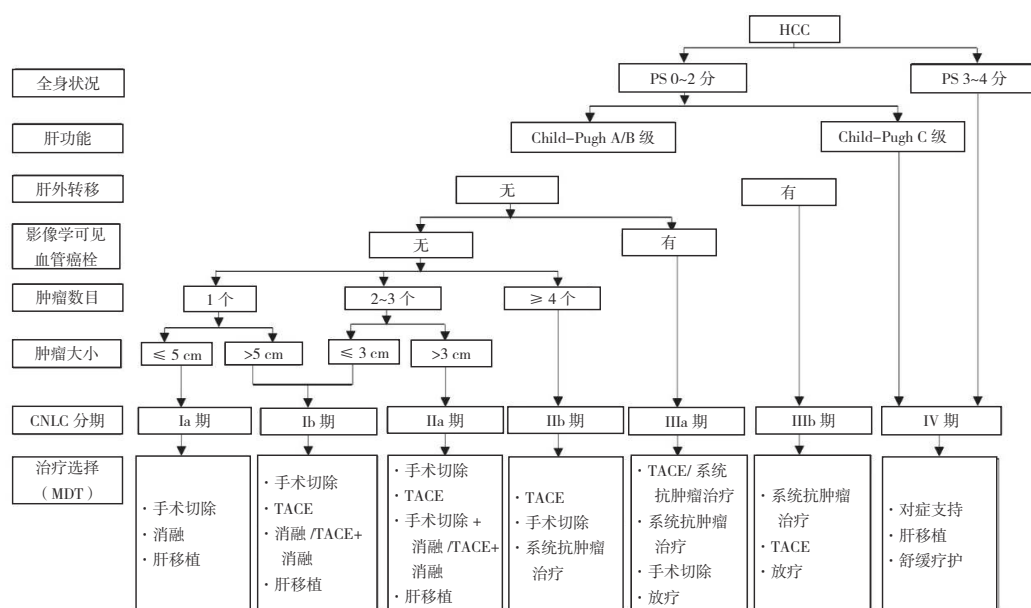


图4 中国肝癌临床分期与治疗路线图

注:HCC: 肝细胞癌;PS: 病人体能状态;CNLC: 中国肝癌分期;MDT: 多学科综合治疗协作组;TACE: 经导管动脉化栓栓塞术。系统 抗肿瘤治疗包括一线治疗:阿替利珠单抗
 降抗体+贝伐珠单抗降抗体、信迪利单抗降抗体+贝伐珠单抗降抗体类似物、甲磺酸 阿帕替尼+卡瑞利珠单抗降抗体、多纳非尼、仑伐替尼、替雷利珠单抗降抗体、索拉非尼、
 FOLFOLX4。二线治疗:瑞戈非尼、阿帕 替尼、雷莫西尤单抗降抗体(血清甲胎蛋白 $\geq 400 \mu\text{g/L}$)、帕博利珠单抗降抗体、卡瑞利珠单抗降抗体、替雷利珠单抗降抗体。

需兼顾各领域的最新进展及研究结果,而单一学科对其他领域治疗方法的知识更新可能存在局限性和滞后性,因此,肝癌诊疗须重视多学科综合治疗协作组(multidisciplinary team, MDT)的沟通与合作,以确保为病人选择最适合的治疗决策,并不断推动肝癌治疗的进步。目前肝癌MDT的重要性与必要性已成为业界广泛共识,然而受实际条件的影响,不同地区和不同单位之间肝癌MDT的实施方式和水平仍存在较大差异。建议开展肝癌诊疗工作的各级医院将MDT管理纳入医疗质量管理体系,由医疗行政主管部门和指定的MDT负责人共同管理,以固定时间、固定地点、固定人员的多学科会诊模式开展,基层医院如因条件所限难以自行组织MDT,可通过“医联体”或者“远程医疗”等方式实施。随着国家癌症中心《中国肝癌规范诊疗质量控制指标(2022版)》的公布和实施,将进一步推进全国肝癌诊疗的规范性与同质化。

3.1 外科治疗 肝癌的外科治疗是肝癌病人获得长期生存的重要手段(证据等级2,推荐A),主要包括肝切除术和肝移植。

3.1.1 肝切除术的基本原则 (1)彻底性:完整切除肿瘤,切缘无残留肿瘤。(2)安全性:保留足够体积且有功能的肝组织(具有良好血供以及良好的血液和胆汁回流)以保证术后肝功能代偿,减少手术并发症、降低病死率。

3.1.2 病人的全身情况、肝脏储备功能评估及随访在术前应对病人的全身情况、肝脏储备功能及肝脏肿瘤情况(分期及位置)进行全面评价,常采用美国东部肿瘤协作组提出的功能状态评分(Eastern Cooperative Oncology Group performance status, ECOG PS)评估病人的全身情况;采用肝功能Child-Pugh评分、吲哚菁绿(indocyanine, ICG)清除试验、瞬时弹性成像测定肝脏硬度或终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)评分,评价肝脏储备功能情况^[113-118]。研究结果提示,经过选择的合并门静脉高压症的肝癌病人,仍可以接受肝切除手术,其术后长期生存优于接受其他治疗^[119-120](证据等级3,推荐B)。因此,更为精确地评价门静脉高压的程度(如肝静脉压力梯度测定等)^[121-122],有助于筛选适合手术切除的病人。如预期保留肝脏组织体积较小,则采用CT、MRI或肝脏三维重建测定剩余肝脏体积,并计算剩余肝脏体积占标准化肝脏体积的百分比^[114]。通常认为,肝功能Child-Pugh A级、ICG 15 min滞留率(ICG-R15) <30%是实施手术切除的必要条件;剩余肝脏体积(future liver remnant, FLR)占标准肝脏体积(standard liver volume, SLV)比例>40%(伴有慢性肝病、肝实质损伤或肝硬化者)或>30%(无肝纤维化或肝硬化者),也是实施手术切除的必要条件。有肝功

能损害者,则需保留更多的FLR。非酒精性脂肪性肝炎引起肝癌的病人手术预后优于酒精性脂肪性肝病引起者^[123](证据等级2,推荐B)。肝癌术后1~2个月病人复诊1次,之后每隔3个月密切监测影像学(超声显像,必要时选择动态增强CT、动态增强MRI扫描以及Gd-EOB-DTPA增强MRI扫描)及血清AFP、DCP和7个microRNA组合等肿瘤学标记物的改变,2年后可适当延长至3~6个月,持续时间建议终身随访(证据等级3,推荐B)。目前的证据不支持更频繁的随访对生存的益处^[124]。

3.1.3 肝癌切除的适应证 (1)手术切除是肝脏储备功能良好的CNLC Ia期、Ib期和IIa期肝癌的首选治疗方式。既往研究结果显示,对于直径≤3 cm肝癌,手术切除的总体生存时间类似或稍优于消融治疗^[125-127](证据等级1,推荐A)。同时有部分研究显示,手术切除后局部复发率显著低于射频消融^[128-132]。对于复发性肝癌,手术切除的预后优于射频消融^[133](证据等级2,推荐B)。(2)对于CNLC IIb期肝癌病人,多数情况下不宜首选手术切除,而应首选TACE为主的非手术治疗。如果肿瘤局限在同一段或同侧半肝者,或可以同时行术中消融处理切除范围外的病灶;即使肿瘤数目>3个,经过MDT讨论,手术切除有可能获得比其他治疗更好的效果,也可以推荐行手术切除^[134-137](证据等级2,推荐B)。(3)对于CNLC IIIa期肝癌,大多数情况下不宜首选手术切除,尤其是合并门静脉主干癌栓者,而以TACE或TACE联合系统抗肿瘤治疗为主的非手术治疗为首选。但有研究提示,与索拉非尼相比,肝切除术治疗晚期非转移性肝癌的总体生存率(overall survival, OS)和无进展生存率(progression free survival, PFS)明显更优^[138]。手术切除治疗CNLC IIIa期肝癌的数据大部分来源于亚洲国家^[139-140],少部分来自于西方国家^[141-142]。如符合以下情况,经过MDT讨论,也可考虑行手术切除:①合并门静脉分支癌栓(程氏分型I或II型)者,若肿瘤局限于半肝或肝脏同侧,可以考虑手术切除肿瘤同时切除癌栓,术后再实施TACE、门静脉化疗或其他系统抗肿瘤治疗^[143-144](证据等级3,推荐C)。此类病人术前接受三维适形放射治疗,亦可以改善术后生存^[145](证据等级2,推荐B)。门静脉主干癌栓(程氏分型III型)者术后短期复发率较高,多数病人的术后生存不理想,故不是手术切除的绝对适应证^[146](证据等级3,推荐B)。②合并胆管癌栓但肝内病灶亦可以切除者。③部分肝静脉受侵犯但肝内病灶可以切除者。(4)对于伴有肝门部淋巴结转移(CNLC IIIb期)者,经过MDT讨论,可以考虑切除肿瘤的同时行肝门淋巴结清扫或术后外放射治疗。周围器官受侵犯可以一并切除者,也可以考虑手术切除。

此外,对于术中探查发现不适宜手术切除的肝

癌,可以考虑行术中肝动脉、门静脉插管化疗或术中其他的局部治疗措施(如消融治疗),或待手术创伤恢复后接受后续TACE治疗、系统抗肿瘤治疗等非手术治疗。

3.1.4 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无邻近器官侵犯,无肝门淋巴结或远处转移;③肝脏切缘距肿瘤边界 ≥ 1 cm,如切缘距离 <1 cm,则切除肝断面组织学检查无肿瘤细胞残留,即切缘阴性。

(2)术后判断标准:①术后1~2个月行超声、CT、MRI检查(必须有其中两项)未发现肿瘤病灶;②如术前血清AFP、DCP和7个microRNA组合等肿瘤标记物升高者,则要求术后2~3个月定量测定肿瘤标记物,其水平降至正常范围内。术后肿瘤标记物如AFP下降速度,可以早期预测手术切除的彻底性^[147]。

3.1.5 手术切除技术 常用的肝切除技术主要包括入肝和出肝血流控制技术、肝脏离断技术以及止血技术。术前三维可视化技术进行个体化肝脏体积计算和虚拟肝切除有助于在实现肿瘤根治性切除目标的前提下,设计更精准的切除范围和路径以保护剩余肝脏的管道、保留足够FLR^[148-150](证据等级2,推荐A)。

近年来,微创手术(包括腹腔镜肝切除术和机器人辅助肝切除术)飞速发展。腹腔镜肝切除术具有创伤小和术后恢复快等优点^[151-152](证据等级2,推荐B)。早期肝癌病人接受腹腔镜肝切除术与开放手术的5年OS相当^[153](证据等级2,推荐B)。与开放肝切除术相比,腹腔镜肝切除术治疗老年肝癌病人(年龄 ≥ 65 岁)的手术结局更优,肿瘤学结局相当^[154](证据等级2,推荐B)。腹腔镜肝切除术其适应证和禁忌证尽管原则上与开放手术类似,但仍然建议根据肿瘤大小、肿瘤部位、肿瘤数目、合并肝脏基础疾病以及手术团队的技术水平等综合评估、谨慎开展。对于巨大肝癌、多发肝癌、位于困难部位及中央区紧邻重要管道肝癌和肝癌合并重度肝硬化者,建议经严格选择后由经验丰富的医师谨慎实施。对于合并门静脉肉眼癌栓、肿瘤破裂出血的肝癌病人,不建议行腹腔镜肝切除术。应用腹腔镜超声检查结合ICG荧光肿瘤显像,可以有助于发现微小病灶、标记切除范围和获得肿瘤阴性切缘^[155]。初步研究表明,机器人辅助与开腹肝切除术治疗肝癌的疗效和安全性相当^[156](证据等级3,推荐C)。

解剖性切除与非解剖性切除均为常用的肝切除技术,都需要保证有足够的切缘才能获得良好的肿瘤学效果。对于伴有MVI的肝癌病例,解剖性切除与非解剖性切除比较,虽然OS没有区别,但解剖性切除术后病人局部复发率更低^[157-158](证据等级3,推荐B)。有研究发现,宽切缘(≥ 1 cm的切缘)的肝切除效果优于

窄切缘的肝切除术^[159-160](证据等级2,推荐A),特别是对于术前可预判存在MVI的病人^[161]。与腹腔镜非解剖性肝切除术相比,腹腔镜解剖性肝切除术治疗肝癌的5年无病生存率(disease-free-survival, DFS)更高,且差异有统计学意义^[162](证据等级2,推荐B)。对于巨大肝癌,可以采用最后游离肝周韧带的前入路肝切除法^[163]。对于多发性肝癌,可以采用手术切除结合术中消融治疗^[164](证据等级3,推荐C)。对于门静脉癌栓者,行门静脉取栓术时应暂时阻断健侧门静脉血流,防止癌栓播散^[165]。对于肝静脉癌栓或腔静脉癌栓者,可以行全肝血流阻断,尽可能整块去除癌栓^[166]。对于肝癌伴胆管癌栓者,切除肝脏肿瘤的同时联合胆管切除,争取获得根治切除的机会^[167-168](证据等级3,推荐C)。

3.1.6 手术为基础的综合治疗策略 基于既往的大宗病例的数据,中晚期肝癌(CNLC IIb、IIIa、IIIb期)手术后总体生存虽然不令人满意,但当前系统抗肿瘤治疗与综合治疗取得长足进步,局部治疗和(或)系统抗肿瘤治疗控制肿瘤的效果为中晚期肝癌病人提高手术切除率、降低术后复发转移率和改善预后提供更多可能^[169](证据等级4,推荐B),手术适应证的适度扩大成为共识。探索中晚期肝癌以手术为基础的综合治疗新策略已成为近期关注重点。

3.1.6.1 肝癌的转化治疗 转化治疗是指对不适合手术切除的肝癌病人,经过干预后获得手术切除的机会,干预手段包括有功能的FLR转化、肿瘤学转化等。手术切除是转化成功后病人获得长期生存的重要手段,但仍需随机对照研究的证据支持(证据等级4,推荐C)。

(1)肝癌转化治疗中有功能的FLR转化不足是肝癌外科学无法手术切除的重要原因。对于此类病人,转化治疗的目标是将FLR不足转变为有功能的FLR足够^[170]。①门静脉栓塞术(portal vein embolization, PVE):经门静脉栓塞肿瘤所在的半肝,使剩余肝脏代偿性增生后再切除肿瘤,若合理选择肝癌病人,其转化成功率可达60%~80%,并发症发生率为10%~20%。PVE术后剩余肝脏增生耗时相对较长(通常需4~6周),约 $>20\%$ 的病人因等待增生期间肿瘤进展或FLR增生不足而最终失去手术机会^[171-172](证据等级3,推荐B)。对于这部分病人,目前的治疗策略有联合TACE、肝静脉栓塞、动脉结扎,以期进一步促进FLR增生并控制肿瘤进展^[173-175];或者行拯救性联合肝脏分隔和门静脉结扎的二步肝切除术(associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy, ALPPS)切除肿瘤^[176]。PVE的禁忌证包括门静脉主干或一级分支癌栓,肿瘤广泛转移,合并严重的门静脉高压症和凝血功能障碍。对于预期有功能的FLR增生时

间较长(例如较严重肝硬化、年龄较大的病人),肿瘤进展可能较快的病人须谨慎使用。②ALPPS:作为近期肝脏外科的主要创新技术,ALPPS通常在1~2周诱导产生的剩余肝脏增生率达47%~192%,远高于PVE。因两期手术间隔时间短,故能最大程度减少肿瘤进展风险,肿瘤切除率达95%~100%^[178-179]。随着手术技术的进步和经验的积累,与ALPPS相关的手术并发症发生率及病死率已较其开展初期明显减少。近年出现了多种ALPPS改进术式,主要集中于一期手术肝断面分隔操作(部分分隔和使用射频消融、微波、止血带等方式分隔)以及采用腹腔镜微创入路行ALPPS,进一步提高了ALPPS的安全性。若ALPPS一期术后2周,有功能的FLR仍不足以达到手术切除要求,则可以行动脉栓塞(transarterial embolization, TAE),此术式被称为TAE挽救性ALPPS(TAE-salvaged ALPPS),1周后几乎达到100%的二期手术切除率^[179]。有随机对照研究已经证实,ALPPS较PVE在快速诱导FLR增生的能力方面具有显著优势^[180](证据等级2,推荐A)。ALPPS一般应限定于以下病人:年龄<65岁、肝功能正常(Child-Pugh A级, ICG-R15<20%)、FLR不足(正常肝脏者,FLR/SLV<30%;伴有慢性肝病和肝损伤者,FLR/SLV<40%)、一般状态良好、手术耐受力良好、无严重肝硬化、无严重脂肪肝、无严重门静脉高压症者。

(2)肝癌转化治疗中的肿瘤学转化。①局部治疗在肿瘤学转化中的应用TACE、肝动脉灌注化疗(hepatic arterial infusion chemotherapy, HAIC)、放疗等局部治疗手段为初始不可切除肝癌病人创造手术切除机会,并且能够转化为生存获益^[181-182](证据等级3,推荐B)。TACE或HAIC与系统抗肿瘤治疗的联合可进一步提高转化率^[183-184]。对于肿瘤负荷较大或合并门脉癌栓(尤其是主干癌栓),暂时不能接受外科手术的肝癌病人,多项临床研究显示HAIC治疗具有较高的客观缓解率(objective response rate, ORR),部分病人经HAIC治疗后肿瘤体积缩小或门脉癌栓退缩,提高了转化治疗的成功率(证据等级3,推荐C)。HAIC联合TACE、放疗、靶向药物和(或)免疫治疗可能进一步提高转化的成功率^[185-186]。②系统抗肿瘤治疗在肿瘤学转化中的应用:抗血管生成药物联合免疫治疗、靶向药物和(或)联合免疫治疗已成为不可切除或中晚期肝癌的重要治疗方式,也是肝癌转化治疗的重要手段(证据等级4,推荐B)。单从系统抗肿瘤治疗方案选择的角度,需要鉴别无法行根治切除的原因、重视病因学的处理、在MDT框架下严格随访肿瘤缓解的持续时间和缓解深度,严密监测系统抗肿瘤治疗的毒性及对转化治疗手段的可能影响,积极探索转化治疗前后肿瘤免疫微环境的变化,积极开展高级别循证医学证据的大型临床研究,力争使病人最大程

度获益。

3.1.6.2 肝癌的新辅助治疗 新辅助治疗是指对于适合手术切除但具有术后高危复发转移风险的肝癌病人(CNLC Ib~IIa期和部分CNLC IIb、IIIa期),在术前先进行局部治疗或系统抗肿瘤治疗,以期消灭微小病灶、降低术后复发转移率、延长生存期(证据等级4,推荐C)。术前评估的高危复发转移因素包括:血管侵犯、单发肿瘤直径>5 cm、多发肿瘤、邻近器官受累、术前AFP水平较高、术前血清HBV DNA高载量等。新辅助治疗也存在风险,应严格选择适宜人群,同时根据新辅助治疗的目标选择适宜的治疗方案。治疗方案选择HAIC上,在考虑ORR同时应该考虑选择更高疾病控制率的方案,以免因疾病进展而失去手术机会。同时也应选择相对安全、不良反应小的治疗手段,避免增加并发症的发生。

3.1.6.3 肝癌术后辅助治疗 肝癌切除术后5年肿瘤复发转移率高达50%~70%^[187-188]。术后辅助治疗是降低肿瘤复发转移风险,改善病人生存的重要手段(证据等级2,推荐B)。相比于新辅助治疗,术后辅助治疗可以根据术后病理及分子分型更进一步精准选择治疗人群及个体化治疗方案,且不会因此而延期手术。术后辅助治疗的人群主要是适合手术切除且具有高危复发转移风险的肝癌病人。虽然不同研究定义的高危复发转移因素不同,但术后评估的高危复发转移因素一般包括:肿瘤破裂、肿瘤直径>5 cm、多发肿瘤、微血管侵犯、大血管侵犯、淋巴结转移、切缘阳性或窄切缘、组织分化Edmondson III~IV级等^[189-191]。

对于具有术后高危复发转移风险的病人,目前尚无国际标准的辅助治疗方案。两项随机对照研究证实术后TACE治疗可以有效减少复发转移,延长生存^[192-193](证据等级1,推荐A)。采用氟尿嘧啶+奥沙利铂+亚叶酸钙(mFOLFOX)方案的HAIC可以降低合并MVI的肝癌病人复发转移,改善生存^[194](证据等级1,推荐B)。对于手术切除、射频消融(radiofrequency ablation, RFA)或无水乙醇注射(percutaneous ethanol injection, PEI)的肝癌病人,活化的细胞因子诱导的杀伤细胞治疗亦可显著延长中位无复发生存时间^[195](证据等级2,推荐B);免疫调节剂(如胸腺法新)也具有类似作用^[196]。另一项前瞻性多中心随机对照Ⅲ期临床研究证明,中药槐耳颗粒可以减少术后复发转移,延长总生存期^[197](证据等级1,推荐A)。另外,对于HBV感染的肝癌病人,核苷类似物抗病毒治疗有助于降低术后复发转移,应长期服用^[198](证据等级1,推荐A)。对于病毒性肝炎相关肝癌病人,术后辅助使用聚乙二醇化干扰素,可以提高OS及无复发生存率(recurrence free survival, RFS),并且不会带来严重的不良反应^[199]

(证据等级 1, 推荐 B)。对于 HCV 感染的肝癌病人, 直接抗病毒药物以获得持续的病毒学应答, 目前没有确凿的数据表明直接抗病毒药物治疗与肝癌术后肿瘤复发转移风险增加或降低、复发时间或术后生存时间的差异相关^[200-201](证据等级 3, 推荐 C)。此外, 对于伴有门静脉癌栓病人术后经门静脉置管化疗联合 TACE, 也可以延长病人生存期^[144](证据等级 3, 推荐 B)。

近年来, 系统抗肿瘤治疗在肝癌辅助治疗中的研究也在不断深入, 多项在晚期肝癌中有效的治疗方案正在积极探索在辅助治疗中的价值。其中 IMbrave050 研究结果显示, 阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗联合治疗可以减少 28% 的术后复发转移风险^[202](证据等级 1, 推荐 A)。

要点论述:

(1) 肝切除术是肝癌病人获得长期生存的重要手段。

(2) 完善的术前肝脏储备功能评估与肿瘤学评估非常重要。一般认为肝功能 Child-Pugh A 级、ICG-R15<30% 是实施手术切除的必要条件; FLR/SLV>40% (伴有慢性肝病、肝实质损伤或肝硬化者) 或>30% (无肝纤维化或肝硬化者), 也是实施手术切除的必要条件。有肝功能损害者, 则需保留更多 FLR。术前评估, 还包括肝脏硬度、门静脉高压程度的测定等。

(3) 肝脏储备功能良好的 CNLC Ia、Ib 和 IIa 期肝癌病人的首选治疗方式是手术切除。在 CNLC IIb 期和 IIIa 期肝癌病人中, 经 MDT 评估, 部分病人仍有机会从手术切除中获益。

(4) 肝切除时经常采用入肝(肝动脉和门静脉)和出肝(肝静脉)血流控制技术; 术前三维可视化技术有助于提高肝切除的准确性; 腹腔镜技术具有创伤小和术后恢复快等优点, 但对于巨大肝癌、多发肝癌、位于困难部位及中央区紧邻重要管道肝癌和肝癌合并重度肝硬化者, 建议经严格选择后由经验丰富的医师实施。

(5) 肝癌术后病人需每隔 3 个月密切监测影像学(超声显像, 必要时选择动态增强 CT、动态增强 MRI 扫描以及 Gd-EOB-DTPA 增强 MRI 扫描)及 AFP、DCP 和 7 个 microRNA 组合等肿瘤标记物的改变, 2 年后可适当延长至 3~6 个月, 建议终身随访。

(6) 转化治疗指不适合手术切除的肝癌病人, 经过干预后获得手术切除的机会, 干预手段包括有功能的 FLR 转化、肿瘤学转化等。对于 FLR 不足的肝癌病人, 在合适人群中采用 ALPPS 或 PVE 以短期内增加有功能的 FLR; ALPPS 较 PVE 具有更高的转化效率。系统抗肿瘤治疗和(或)联合局部治疗已成为不可切除或

中晚期肝癌的重要治疗方式, 也是肝癌转化治疗的重要手段。

(7) 新辅助治疗是指对于适合手术切除但具有术后高危复发转移风险的肝癌病人, 在术前先进行局部治疗或系统抗肿瘤治疗, 以期消灭微小病灶, 降低术后复发率、延长生存期; 但新辅助治疗也存在风险, 应严格选择适宜人群, 同时根据新辅助治疗的目标选择适宜的治疗方案。

(8) 对于适合手术切除同时具有术后高危复发转移风险的肝癌病人, 术后可采取抗病毒、TACE、HAIC、放射治疗、系统抗肿瘤治疗等辅助治疗以降低术后复发转移率, 延长生存时间。

3.1.7 肝移植术

3.1.7.1 肝癌肝移植适应证 肝移植是肝癌根治性治疗手段之一, 尤其适用于肝功能失代偿、不适合手术切除及消融治疗的小肝癌病人(证据等级 2, 推荐 A)。合适的肝癌肝移植适应证是提高肝癌肝移植疗效、保证宝贵的供肝资源得到公平合理应用、平衡有或无肿瘤病人预后差异的关键^[203](证据等级 3, 推荐 B)。

关于肝癌肝移植适应证, 国际上主要采用米兰(Milan)标准、美国加州大学旧金山分校(University of California at San Francisco, UCSF)标准、美国器官共享联合网络(United Network for Organ Sharing, UNOS)标准等。国内尚无统一标准, 已有多家单位和学者陆续提出了不同的标准, 包括上海复旦标准^[204]、杭州标准^[205]、华西标准^[206]和三亚共识^[207]等, 这些标准对于无大血管侵犯、淋巴结转移及肝外转移的要求均一致, 但对于肿瘤大小和数目的要求不尽相同。上述国内标准在未明显降低术后 OS 的前提下, 均不同程度地扩大了肝癌肝移植的适用范围, 使更多的肝癌病人因肝移植手术受益, 但需要多中心协作研究以支持和证明, 从而获得高级别的循证医学证据。经专家组充分讨论, 现阶段本指南推荐采用 UCSF 标准, 即: 单个肿瘤直径 ≤ 6.5 cm; 肿瘤数目 ≤ 3 个, 其中最大肿瘤直径 ≤ 4.5 cm, 且肿瘤直径总和 ≤ 8.0 cm; 无大血管侵犯。中国人体器官分配与共享基本原则和核心政策对肝癌肝移植有特别说明, 规定肝癌受体可以申请早期肝特例评分, 申请成功可以获得 MELD 评分 22 分(年龄 ≥ 12 岁肝脏移植等待者), 每 3 个月进行特例评分续期。符合肝癌肝移植适应证的肝癌病人在等待供肝期间可以接受桥接治疗控制肿瘤进展, 以防止病人失去肝移植机会, 是否降低肝移植术后复发转移概率目前证据有限^[208-209](证据等级 2, 推荐 B)。桥接治疗的方式目前主要推荐局部治疗, 包括 TACE、钇-90(⁹⁰Y)放射栓塞、消融治疗、体部立体定向放射治疗(stereotactic body radiation therapy, SBRT)等。移植

术前使用免疫检查点抑制是否会增加术后排斥和移植物损失的风险,有待进一步观察^[210]。

部分肿瘤负荷超出肝移植适应证标准的肝癌病人可以通过降期治疗将肿瘤负荷缩小而符合适应证范围。对于降期治疗成功后的肝癌病人,行肝移植者预后优于非肝移植病人^[211-212](证据等级 2,推荐 B)。近期的一项多中心前瞻性研究进一步证实,肝癌肝移植术前肿瘤降期的可行性以及降期后对生存的益处^[213]。降期治疗这个过程也可以作为一种选择工具来识别具有有利的肿瘤生物学特性的肝移植受者。降期治疗引起肝功能失代偿的风险必须重视。外科技术的发展扩大了可供肝的范围。活体肝移植治疗肝癌的适应证可以尝试进一步扩大^[214-215](证据等级 4,推荐 C)。活体肝移植预后仍与受体的选择密切相关^[216-218]。

3.1.7.2 肝癌肝移植术后复发转移的预防和治疗 肿瘤复发转移是肝癌肝移植术后面临的主要问题^[219]。其危险因素包括肿瘤分期、肿瘤血管侵犯、术前血清 AFP 水平以及免疫抑制剂用药方案等。术后早期撤除或无激素方案、减少肝移植后早期钙调磷酸酶抑制剂的用量可以降低肿瘤复发转移率^[220-221](证据等级 3,推荐 B)。肝癌肝移植术后采用以哺乳动物雷帕霉素靶蛋白抑制剂(如雷帕霉素、依维莫司)为主的免疫抑制方案可以减少肿瘤复发转移^[222-226](证据等级 2,推荐 B)。

肝癌肝移植术后一旦肿瘤复发转移(75%的病例发生在肝移植术后 2 年内),病情进展迅速,复发转移后病人的中位生存时间约为 1 年^[227-228]。在 MDT 基础上,采取包括变更免疫抑制方案、再次手术切除、TACE、消融治疗、放射治疗、系统抗肿瘤治疗等综合治疗手段,可能延长病人生存时间^[229-230](证据等级 3,推荐 B)。免疫检查点抑制剂于肝癌肝移植术后的治疗仍需慎重^[231](证据等级 4,推荐 C)。

与标准他克莫司相比,依维莫司联合减量他克莫司方案治疗活体肝移植受者的肝癌复发转移率相似,但肾小球滤过率更高^[232]。肝癌肝移植术后最常见的复发转移部位是肺(约 40%)及肝脏(33%)。移植术后的密切监测与接受潜在的根治性治疗和改善复发转移后生存有关^[233]。

要点论述:

(1)肝移植是肝癌根治性治疗手段之一,尤其适用于肝功能失代偿、不适合手术切除及消融治疗的小肝癌病人。

(2)推荐 UCSF 标准作为中国肝癌肝移植适应证标准。

(3)肝癌肝移植术后早期撤除或无激素方案、减少肝移植后早期钙调磷酸酶抑制剂的用量、采用以哺乳动物雷帕霉素靶蛋白抑制剂(如雷帕霉素、依维莫司)

为主的免疫抑制方案等有助于减少肿瘤复发转移。

(4)局部治疗在肝癌肝移植的降期治疗或桥接治疗中具有重要作用。

(5)肝癌肝移植术后一旦肿瘤复发转移,病情进展迅速,在 MDT 基础上的综合治疗,可以延长病人生存时间。

3.2 消融治疗 目前,消融治疗已经被认为是手术切除之外治疗小肝癌的根治性治疗方式,消融治疗具有对肝功能影响少、创伤小、疗效确切的特点,在一些早期肝癌病人中可以获得与手术切除相类似的疗效。肝癌消融治疗是借助医学影像技术的引导,对肿瘤病灶靶向定位,局部采用物理或化学的方法直接杀灭肿瘤组织的一类治疗手段。主要包括 RFA、微波消融(microwave ablation, MWA)、PEI、冷冻消融(cryoablation, CRA)、高强度超声聚焦消融(high intensity focused ultrasound ablation, HIFU)、激光消融(laser ablation, LA)、不可逆电穿孔(irreversible electroporation, IRE)等。消融治疗常用的引导方式包括超声、CT 和 MRI,其中最常用的是超声引导,具有方便、实时、高效的特点。CT、MRI 可以用于观察和引导常规超声无法探及的病灶。CT 及 MRI 引导技术还可以应用于肺、肾上腺、骨等肝癌转移灶的消融治疗。

消融的路径有经皮、腹腔镜、开放或经内镜 4 种方式。大多数的小肝癌可以经皮穿刺消融,具有经济、方便、微创等优点。位于肝包膜下的肝癌(特别是突出肝包膜外的肝癌经皮穿刺消融风险较大),影像学引导困难的肝癌或经皮消融高危部位的肝癌(如贴近心脏、膈肌、胃肠道、胆囊等),可以考虑采用经腹腔镜消融、开放消融或水隔离技术的方法。

消融治疗主要适用于 CNLC Ia 期及部分 Ib 期肝癌(即单个肿瘤、直径 ≤ 5 cm;或 2~3 个肿瘤、最大直径 ≤ 3 cm);无血管、胆管和邻近器官侵犯以及远处转移,肝功能 Child-Pugh A 或 B 级者,可以获得根治性的治疗效果^[131,234-238](证据等级 1,推荐 A)。对于不适合单纯手术切除的直径 3~7 cm 的单发肿瘤或多发肿瘤,可以采用消融联合手术切除或 TACE 治疗,其效果优于单纯的消融治疗^[239-243](证据等级 2,推荐 B)。

3.2.1 常用消融治疗手段 (1) RFA: RFA 是肝癌微创治疗常用消融方式,其优点是操作方便、住院时间短、疗效确切、消融范围可控性好,特别适用于高龄、合并其他疾病、严重肝硬化、肿瘤位于肝脏深部或中央型肝癌的病人。对于能够手术的早期肝癌病人, RFA 的总体生存时间类似或略低于手术切除,但并发症发生率低、住院时间较短^[126,131,234,236-238,244](证据等级 1,推荐 A)。对于单个直径 ≤ 2 cm 肝癌,有证据显示 RFA 的疗效与手术切除类似,特别是位于中央型的

肝癌^[245-246](证据等级 2, 推荐 A)。RFA 治疗的技术要求是肿瘤整体灭活和具有足够的消融安全边界,并尽量减少正常肝组织损伤,其前提是对肿瘤浸润范围的准确评估和卫星灶的识别。因此,强调精确治疗前多模态影像学检查和治疗前后影像学评估。超声造影技术有助于确认肿瘤的实际大小和形态、界定肿瘤浸润范围、检出微小肝癌和卫星灶,尤其在超声引导消融过程中为制定消融方案、完全灭活肿瘤提供可靠的参考依据。(2) MWA: 近年来 MWA 应用比较广泛,在局部疗效、并发症发生率以及远期生存方面与 RFA 相比差异无统计学意义^[247-251](证据等级 1, 推荐 A)。其特点是消融效率高、所需消融时间短、能降低 RFA 所存在的“热沉效应”,尤其对于邻近血管的肿瘤、富血供肿瘤和较大肿瘤具有更彻底的消融毁损效果。利用温度监控系统有助于调控功率、时间等参数,确定有效热场范围,保护热场周边组织避免热损伤,提高 MWA 消融安全性。对于 MWA 和 RFA 的选择,可以根据肿瘤的大小、位置,选择更适宜的消融方式。(3) PEI: PEI 对直径 ≤ 2 cm 的肝癌消融效果确切,远期疗效与 RFA 类似,但 >2 cm 肿瘤局部复发率高于 RFA^[252](证据等级 2, 推荐 B)。PEI 的优点是安全,特别适用于病灶邻近肝门、胆囊及胃肠道组织等高危部位,但需要多次、多点穿刺以实现药物在瘤内弥散作用,因而目前多用于热消融技术的辅助治疗。(4) CRA: CRA 治疗途径与 RFA 和 MWA 相同,可经皮、经腹腔镜或开放直视下完成。CRA 治疗直径 ≤ 2 cm 肝癌效果与 MWA、RFA 治疗手段相近^[253](证据等级 2, 推荐 B)。

3.2.2 基本要求 (1)操作医师必须经过严格培训和积累足够的实践经验,掌握各种消融技术手段的优缺点与治疗选择适应证。治疗前应该全面充分地评估病人的全身状况、肝功能状态、凝血功能及肿瘤的大小、位置、数目以及与邻近器官的关系,制定合理的穿刺路径、消融计划及术后照护,在保证安全的前提下,达到有效的消融安全范围。(2)根据肿瘤的大小、位置,强调选择适合的影像引导设备(超声或 CT 等)和消融方法(RFA、MWA、CRA 或 PEI 等),有条件的可采用多模态融合影像引导。(3)邻近肝门部或靠近一、二级胆管的肝癌需要谨慎应用消融治疗,避免发生损伤胆管等并发症。采用 PEI 的方法较为安全,或消融联合 PEI。如果采用热消融方法,肿瘤与一、二级肝管之间要有足够的安全距离(至少 >5 mm),并采用安全的消融参数(低功率、短时间、间断辐射)。对于有条件的消融设备推荐使用温度监测方法。(4)消融范围应力求覆盖包括至少 5 mm 的癌旁组织,以获得“安全边缘”,彻底杀灭肿瘤。对于边界不清晰、形状不规则的病灶,在邻近肝组织及结构条件许可的情况下,建议适当扩大消融范围。

3.2.3 直径 3~5 cm 的肝癌治疗选择 数项前瞻性随机对照临床试验和系统回顾性分析显示,对于直径 3~5 cm 的肝癌宜首选手术切除^[132,237,254](证据等级 1, 推荐 A)。在临床实践中,应该根据病人的一般状况和肝功能,肿瘤的大小、数目、位置决定,并结合从事消融治疗医师的技术和经验,全面考虑后选择合适的初始治疗手段。通常认为,如果病人能够耐受肝切除术,尤其是肝癌位置表浅、位于肝脏边缘或不适合消融的高危部位肝癌,均应首选手术切除。对于直径 3~5 cm 的单发肝癌,我国最新多中心回顾性研究数据显示, MWA 可取得和腹腔镜肝切除术相近的 OS, 而 DFS 稍劣于切除^[235]。对于 2~3 个病灶位于不同区域、或者位居肝脏深部或中央型的肝癌,可以选择消融治疗或者手术切除联合消融治疗。

3.2.4 肝癌消融治疗后的评估和随访 局部疗效评估的推荐方案是在消融后 1 个月左右,复查动态增强 CT、动态增强 MRI 扫描或超声造影,以评价消融效果。另外,还要检测血清学肿瘤标记物动态变化。影像学评判消融效果可以分为^[255]: (1)完全消融。经动态增强 CT、动态增强 MRI 扫描或超声造影随访,肿瘤消融病灶动脉期未见强化,提示肿瘤完全坏死。(2)不完全消融。经动态增强 CT、动态增强 MRI 扫描或超声造影随访,肿瘤消融病灶内动脉期局部有强化,提示有肿瘤残留。对治疗后有肿瘤残留者,可以进行再次消融治疗;若 2 次消融后仍有肿瘤残留,应放弃消融疗法,改用其他疗法。完全消融后应定期随访复查,通常情况下每隔 2~3 个月复查血清学肿瘤标记物、超声显像、增强 CT 或动态增强 MRI 扫描,以便及时发现可能的局部复发病灶和肝内新发病灶,利用消融治疗微创安全和简便易于反复施行的优点,有效地控制肿瘤进展。

3.2.5 肝癌消融术后预防复发转移的辅助治疗 近期,IMbrave050 研究结果显示,在以治愈为目的的手术切除或消融后具有术后高危复发转移风险的肝癌病人中,阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗抗体与主动监测相比,提高了 RFS^[202]。此项研究中,消融后高危复发转移风险的标准定义为:单个肿瘤且最大肿瘤直径为 $>2\sim 5$ cm,或多发肿瘤 ≤ 4 个且最大肿瘤直径 ≤ 5 cm。有研究显示,消融治疗可提高肿瘤相关抗原和新抗原释放,增强肝癌相关抗原特异性 T 细胞应答,激活或者增强机体抗肿瘤的免疫应答反应^[256-258];消融治疗联合免疫治疗可以产生协同抗肿瘤作用^[256,259-260]。目前多项相关临床研究正在开展之中。

要点论述:

(1)消融治疗适用于 CNLC Ia 期及部分 Ib 期肝癌(即单个肿瘤、直径 ≤ 5 cm;或 2~3 个肿瘤、最大直径

≤ 3 cm), 可以获得根治性的治疗效果。对于不能单纯手术切除的直径 3~7 cm 的单发肿瘤或多发肿瘤, 可以消融治疗联合 TACE 或手术切除。

(2) 对于直径 ≤ 3 cm 的肝癌病人, 消融治疗的总体生存时间类似或稍低于手术切除, 但并发症发生率、住院时间低于手术切除。对于单个直径 ≤ 2 cm 肝癌, 消融治疗的疗效类似于手术切除, 特别是中央型肝癌。

(3) RFA 与 MWA 在局部疗效、并发症发生率以及远期生存方面, 两者差异无统计学意义, 可以根据肿瘤的大小、位置来选择。

(4) PEI 对直径 ≤ 2 cm 的肝癌远期疗效与 RFA 类似。PEI 的优点是安全, 特别适用于病灶贴近肝门、胆囊及胃肠道组织等高危部位, 但需要多次、多点穿刺以实现药物在瘤内弥散作用。

(5) CRA 治疗可借助超声、CT 等引导, 在腹腔镜或直视下进行, 对于 ≤ 2 cm 肝癌消融效果与微波、射频相似。

(6) 消融治疗后定期复查动态增强 CT、动态增强 MRI 扫描、超声造影和血清学肿瘤标记物, 以评价消融效果。

3.3 经动脉介入治疗 根据动脉插管化疗、栓塞操作的不同, 经动脉介入治疗通常分为: (1) HAIC 是指经肿瘤供血动脉灌注化疗药物, 包括 HAIC, 常用化疗药物有蒽环类、铂类和氟尿嘧啶类等, 需根据病人的肿瘤负荷、体表面积、肝肾功能状态、血细胞水平、体能状态、既往用药及合并疾病等情况选择配伍与用量, 同时根据化疗药物的药代动力学特点设计灌注药物的浓度和时间^[261]。(2) TACE 是指将带有化疗药物的碘化油乳剂或载药微球、辅以颗粒型栓塞剂(如明胶海绵颗粒、空白微球、聚乙烯醇颗粒)等经肿瘤供血动脉支的栓塞治疗。(3) TAE: 单纯用颗粒型栓塞剂栓塞肿瘤的供血动脉分支。(4) 经动脉放射性栓塞(transarterial radioembolization, TARE) 指经肿瘤供血动脉注射带有放射性核素的物质(其具体应用见附录 6)。其中 TACE 是肝癌最常用的经动脉介入治疗方法^[262-267]。

3.3.1 TACE 的基本原则 (1) 要求在 DSA 机下进行。

(2) 必须严格掌握适应证和禁忌证。(3) 必须强调超选择插管至肿瘤的供血动脉分支再进行治疗。(4) 必须强调保护病人的肝功能。(5) 必须强调治疗的规范化和个体化。(6) 经过 3~4 次 TACE 治疗后, 治疗的靶病灶仍处于疾病进展, 应考虑更换 TACE 方案或联合其他治疗方法, 如消融治疗、系统抗肿瘤治疗、放射治疗以及外科手术等。

3.3.2 TACE 适应证 (1) CNLC IIb、IIIa 期肝癌病人, 为首选治疗推荐。(2) 有手术切除或消融治疗适应证, 但由于高龄、肝功能储备不足、肿瘤高危部位等非手

术原因, 不能或不愿接受上述治疗方法的 CNLC Ia、Ib 和 IIa 期肝癌病人。(3) 预计通过 TACE 治疗能控制肝内肿瘤生长而获益的 CNLC IIIb 期肝癌病人。(4) 门静脉主干未完全阻塞, 或虽完全阻塞但门静脉代偿性侧支血管丰富或通过门静脉支架植入可以恢复门静脉血流的肝癌病人。(5) 肝动脉-门静脉分流造成门静脉高压出血的肝癌病人。(6) 具有高危复发因素(包括肿瘤较大或多发、合并肉眼或镜下癌栓、姑息性手术、术后 AFP 等肿瘤标记物未降至正常范围等)肝癌病人手术切除后的辅助性 TACE 治疗。(7) 初始不可切除, 但可接受术前转化治疗后为手术切除、肝脏移植、消融创造机会的肝癌病人。(8) 肝癌肝移植病人等待期的桥接治疗及降期治疗。(9) 肝癌自发破裂病人。

3.3.3 TACE 禁忌证 (1) 肝功能严重障碍(Child-Pugh C 级), 包括严重黄疸、肝性脑病、难治性腹腔积液或肝肾综合征等。(2) 无法纠正的凝血功能障碍。(3) 门静脉主干完全被癌栓或血栓栓塞, 门静脉侧支代偿不足且不能通过门静脉成形术有效复通门静脉向肝血流者。(4) 严重感染或合并活动性肝炎且不能有效控制者。(5) 肿瘤弥漫或远处广泛转移, 估计生存期 < 3 个月。(6) ECOG 评分 > 2 分、恶病质或多器官功能衰竭者。(7) 肿瘤占全肝体积的比例 ≥ 70% (非绝对禁忌, 如肝功能基本正常, 可考虑采用分次栓塞)。(8) 外周血白细胞和血小板显著减少, 白细胞 < $3.0 \times 10^9/L$, 血小板 < $50 \times 10^9/L$ (非绝对禁忌, 如脾功能亢进者、排除化疗性骨髓抑制)。(9) 肾功能障碍: 血肌酐 > $176.8 \mu\text{mol/L}$ 或者血肌酐清除率 < 30 mL/min 。(10) 严重碘对比剂过敏者。

3.3.4 TACE 操作程序要点和分类

3.3.4.1 动脉造影 全面、规范的动脉造影是 TACE 成功的基础。通常采用 Seldinger 方法, 经皮穿刺股动脉(或桡动脉)途径插管, 将导管置于腹腔动脉或肝总动脉行 DSA 造影^[268-269]。造影图像采集应包括动脉期、实质期及静脉期, 以明确肿瘤部位、大小、数目及供血动脉情况。结合术前影像学检查仔细分析造影表现, 若发现肝脏区域血管稀少或缺乏, 或肿瘤染色不完全, 应做肠系膜上动脉、胃左动脉、膈下动脉、肾动脉、胸廓内动脉、肋间动脉、腰动脉等动脉造影, 以发现异位起源的肝动脉及肝外动脉侧支供养血管^[61]。推荐使用 DSA 联合 CBCT 以提高肿瘤病灶显示率和供血动脉分支判断的准确性^[62](证据等级 2, 推荐强度 A)。对于严重肝硬化、门静脉主干及一级分支癌栓者, 推荐经肠系膜上动脉或脾动脉行间接门静脉造影, 了解门静脉血流情况。

3.3.4.2 分类 根据栓塞剂的不同, TACE 分为常规 TACE (conventional-TACE, cTACE) 和药物洗脱微球 TACE (drug-eluting beads-TACE, DEB-TACE)^[268-269]。

cTACE是指采用以碘化油化疗药物乳剂为主,辅以明胶海绵颗粒、空白微球或聚乙烯醇颗粒的栓塞治疗。通常先灌注一部分化疗药物,一般灌注时间不应 <20 min,然后将另一部分化疗药物与碘化油混合成乳剂进行栓塞。碘化油与化疗药物需充分混合成乳剂,单次用量一般为 $5\sim 20$ mL,最多不超过 30 mL。在透视监视下依据肿瘤区碘化油沉积是否浓密,肿瘤周围是否出现门静脉小分支显影为碘化油乳剂栓塞的终点。在碘化油乳剂栓塞后加用颗粒性栓塞剂,尽量避免栓塞剂反流栓塞正常肝组织或进入非靶器官。DEB-TACE是指采用加载化疗药物的药物洗脱微球为主的栓塞治疗,又称载药微球TACE。载药微球通常加载蒽环类化疗药物,在栓塞肝癌供血动脉使肿瘤缺血坏死的同时作为化疗药物的载体,使化疗药物持续稳定释放,达到肿瘤局部较高血药浓度。根据肿瘤大小、血供丰富情况和治疗目的选择不同粒径的微球,常用为 $100\sim 300$ 、 $300\sim 500\ \mu\text{m}$ 。载药微球推注速度推荐 1 mL/min ,需注意微球栓塞后再分布,尽可能充分栓塞远端肿瘤滋养动脉,同时注意保留肿瘤近端供血分支,减少微球反流对正常肝组织损害^[270-271]。cTACE与DEB-TACE治疗的总体疗效差异无统计学意义,但在肿瘤的客观有效率方面,DEB-TACE具有一定的优势^[272](证据等级1,推荐B)。

3.3.4.3 精细TACE治疗 为减少肿瘤的异质性导致TACE疗效的差异,提倡精细TACE治疗。精细TACE包括:(1)规范的动脉造影。(2)微导管超选择插管至肿瘤的供血动脉分支进行栓塞^[273]。(3)术中采用CBCT技术为辅助的靶血管精确插管及监测栓塞后疗效^[274]。(4)栓塞材料的合理联合应用,包括碘化油、明胶海绵颗粒、空白微球、药物洗脱微球等^[275]。(5)根据病人肿瘤状况、体能状态、肝功能状态和治疗目的采用不同的栓塞终点。治疗前确定个体化的TACE治疗目标至关重要。对于局限于肝段或直径 $<5\text{ cm}$ 的肝癌,应使肿瘤完全去血管化和(或)周边门静脉小分支显影,达到肝动脉和门静脉双重栓塞效果^[276-277];对于巨块型肝癌需结合病人的肝功能、体能状态、门静脉通畅等情况,尽量使肿瘤去血管化;对于肿瘤累及全肝且肿瘤负荷较高的病人,可采用分次TACE治疗,先处理负荷较高肝叶的肿瘤,待 $2\sim 4$ 周病人肝功能恢复后再处理剩余肿瘤,以减少病人肝功能损伤,提高TACE治疗的安全性。

3.3.5 TACE术后常见不良反应和并发症 TACE治疗的最常见不良反应是栓塞后综合征,主要表现为发热、疼痛、恶心和呕吐等。发热、疼痛的发生原因是肝动脉被栓塞后引起局部组织缺血、坏死,而恶心、呕吐主要与化疗药物有关。此外,还有一过性肝功能异常、肾功能损害以及骨髓抑制等其他不良反应。TACE治疗后的不良反应可持续 $5\sim 7\text{ d}$,经对症治疗后大多数

病人能完全恢复。

TACE治疗的并发症:急性肝肾功能损害,消化道出血,胆囊炎和胆囊穿孔,肝脓肿和胆汁瘤形成,栓塞剂异位栓塞(包括肺和脑栓塞、消化道穿孔、脊髓损伤、膈肌损伤等)。

3.3.6 TACE的疗效评价 常采用mRECIST和(或)欧洲肝病研究学会(European Society for the Study of Liver Diseases, EASL)标准评价TACE疗效^[87,278]。分短期疗效评价和长期疗效评价。短期疗效评价指标有ORR、PFS等,长期疗效评价指标为OS。基于mRECIST标准评估的ORR与OS有一定相关性,早期获得肿瘤客观缓解,特别是完全缓解者,预后较好^[279-281](证据等级2,推荐强度B)。

3.3.7 影响TACE疗效的主要因素 (1)肿瘤分期。(2)肿瘤负荷。(3)肿瘤包膜完整性。(4)肿瘤血供情况。(5)肿瘤的病理分型。(6)血清AFP水平。(7)肝硬化程度。(8)肝功能状态。(9)伴慢性HBV感染者的血清乙型肝炎e抗原(hepatitis B e antigen, HBeAg)状态、HBV DNA水平。(10)ECOGPS评分。(11)是否联合消融、分子靶向治疗、免疫治疗、放射治疗以及外科手术等综合治疗。

3.3.8 随访及TACE间隔期间治疗 一般建议第1次TACE治疗后 $4\sim 6$ 周时复查动态增强CT和(或)动态增强MRI扫描、肿瘤相关标记物、肝功能和血常规检查等;再次TACE治疗应遵循按需原则,若影像学随访显示肝脏肿瘤灶内碘油沉积浓密、肿瘤组织坏死无强化且无新病灶,暂时可以不做TACE治疗^[282-283]。后续是否需要TACE治疗及频次应依随访结果而定,主要包括病人对上一次治疗的反应、肝功能和体能状况的变化。随访问隔 $1\sim 3$ 个月或更长时间,依据动态增强CT和(或)动态增强MRI动态增强扫描评价肝脏肿瘤的存活情况,以决定是否需要再次TACE治疗。对于大肝癌或巨块型肝癌常要 $3\sim 4$ 次或以上的TACE治疗,目前主张TACE联合其他治疗方法,目的是控制肿瘤、提高病人生活质量和延长生存。

3.3.9 以TACE为基础的综合治疗需重视 TACE联合其他局部治疗和(或)系统抗肿瘤治疗,以进一步提高TACE疗效^[262]。

(1)在TACE基础上采用门静脉内支架置入术联合 ^{125}I 粒子条或 ^{125}I 粒子门静脉支架置入术,有助于恢复门静脉向肝血流、缓解门静脉高压、有效处理门静脉主干癌栓^[284-286](证据等级2,推荐B)。采用 ^{125}I 粒子条或直接穿刺植入 ^{125}I 粒子治疗门静脉一级分支癌栓^[287-289](证据等级2,推荐B)。

(2)TACE联合消融治疗:为了提高TACE疗效,主张在TACE治疗基础上酌情联合消融治疗,包括RFA、MWA以及CRA等治疗^[290-291]。对不能手术

切除的 CNLC Ib、IIa 期直径 3~7 cm 的单发或多发肿瘤,效果优于单纯消融治疗^[240-241,292](证据等级 2,推荐 B)。目前临床有两种 TACE 联合热消融治疗方式:①序贯消融,即先行 TACE 治疗,术后 1~4 周内加用消融治疗;②同步消融,即在 TACE 治疗的同时给予消融治疗,可以明显提高临床疗效,并减轻肝功能损伤^[290,293]。

(3) TACE 联合外放射治疗:TACE 联合外放射治疗可提高肿瘤局部缓解率。联合治疗常用于局限性大肝癌介入治疗后、伴有门静脉或下腔静脉癌栓及肝外转移的 CNLC III 期肝癌^[294-295](证据等级 2,推荐 B)。

(4) TACE 联合外科治疗。①外科治疗前桥接、降期或转化治疗:TACE 可有效降低肿瘤负荷,将部分超越肝移植标准的病人转化至符合肝移植标准,提高肝移植率,降低移植术后复发转移率,转化后的肝移植病人 OS 与标准内病人类似^[211,296-298](证据等级 2,推荐 B)。TACE 还可为初始不可切除肝癌病人创造潜在手术切除机会,并转化为长期生存获益^[181]。TACE 联合 HAIC、放疗等局部治疗以及靶向或免疫治疗可以提高转化成功率^[299-300](证据等级 2,推荐 B)。②外科术后高危复发转移病人辅助性 TACE 治疗:辅助性 TACE 可及时发现外科术后残留或复发的肝癌病灶,并进行有效治疗。对存在术后复发高危因素者,如术前肿瘤破裂、直径>5 cm、多病灶肿瘤、MVI 或脉管癌栓、切缘阳性、组织分化差、术后肿瘤标记物水平未降至正常水平,推荐术后辅助性 TACE 治疗^[192-193,301-303](证据等级 1,推荐 A)。

(5) TACE 联合 HAIC 治疗:对于肝癌伴门静脉癌栓(尤其是主干癌栓)、明显或广泛动-静脉瘘 TACE 不能良好栓塞、巨大肿瘤以及多次 TACE 治疗产生抵抗的肝癌病人,采用 TACE 联合 mFOLFOX-HAIC 治疗能进一步提高 TACE 疗效^[304-305](证据等级 3,推荐 B)。

(6) TACE 联合系统抗肿瘤治疗:对于中或高肿瘤负荷、TACE 治疗抵抗或失败的病人,应尽早联合分子靶向药物治疗^[306-307](证据等级 2,推荐 B)。目前,TACE 联合分子靶向药物疗效优于单一分子靶向药物^[184,308](证据等级 2,推荐 B)。采用 TACE 联合靶向和免疫治疗能延长中晚期肝癌病人生存期,疗效优于单一 TACE 治疗^[309-311](证据等级 2,推荐 A)。

(7) TACE 联合抗病毒治疗:对有 HBV、HCV 背景肝癌病人 TACE 治疗时应积极抗病毒治疗^[312-313](证据等级 1,推荐 A)。

3.3.10 HAIC HAIC 作为一种经动脉介入治疗方式,目前尚未形成统一治疗技术标准。近年来,我国学者采用 mFOLFOX 为基础的灌注方案使晚期肝癌病人 HAIC 疗效得以提高^[314]。研究表明,mFOLFOX-HAIC 治疗对于多次 TACE 治疗产生抵抗、肝癌伴门静

脉癌栓、肝外寡转移的肝癌病人,疗效优于索拉非尼治疗^[182-183,315](证据等级 1,推荐 A);另外,对肝癌伴门静脉癌栓病人(CNLC IIIa 期)采用 HAIC 联合索拉非尼治疗疗效优于单用索拉非尼治疗^[183](证据等级 1,推荐 A)。

要点论述:

(1) TACE 是肝癌最常用的经血管内介入治疗方法,主要适用于 CNLC IIb、IIIa 和部分 IIIb 期肝癌病人。

(2) TACE 必须遵循规范化和个体化的方案,提倡精细 TACE 治疗,以减少肿瘤异质性导致 TACE 疗效的差异。

(3) 对肝癌伴门静脉主干或一级分支癌栓可以在 TACE 基础上联合使用门静脉内支架联合¹²⁵I 粒子条或¹²⁵I 粒子门静脉支架治疗或直接穿刺植入¹²⁵I 粒子治疗。

(4) 提倡 TACE 联合消融治疗、放射治疗、外科手术、HAIC、分子靶向药物、免疫治疗和抗病毒治疗等综合治疗,以进一步提高 TACE 疗效。

(5) mFOLFOX-HAIC 治疗对于多次 TACE 治疗产生抵抗、肝癌伴门静脉癌栓、肝外寡转移的肝癌病人,疗效优于索拉非尼治疗。

3.4 放射治疗 放射治疗分为外放射治疗和内放射治疗。外放射治疗是利用放疗设备产生的射线(光子或粒子)从体外进入体内对肿瘤照射。内放射治疗是利用放射性核素,经机体管道或通过针道植入肿瘤内。肝癌对放射敏感,中等剂量的放疗,就可以获得较好的肿瘤缓解率。

3.4.1 外放射治疗

3.4.1.1 外放射治疗适应证 (1) CNLC Ia、部分 Ib 期肝癌病人,如无手术切除或消融治疗适应证或不愿接受有创治疗,可以考虑采用 SBRT 作为有效治疗手段^[316-323](证据等级 2,推荐 B)。(2) CNLC IIa、IIb 期肝癌病人,TACE 联合外放射治疗,可以改善局部控制率、延长生存时间,较单用 TACE、索拉非尼或 TACE 联合索拉非尼治疗的疗效好,可以适当采用^[294,318,324-330](证据等级 2,推荐 B)。(3) CNLC IIIa 期肝癌病人,可以切除的伴门静脉癌栓的肝癌行术前新辅助放射治疗或术后辅助放射治疗,延长生存^[145,331-332](证据等级 2,推荐 B);对于不能手术切除的,可行姑息性放射治疗,或放射治疗与 TACE 等联合治疗,尤其 TACE 前放疗,可显著延长病人生存时间^[294,329-330,333-334](证据等级 2,推荐 B)。(4) CNLC IIIb 期肝癌病人,部分寡转移灶者,可以行 SBRT,延长生存时间;淋巴结、肺、骨、脑或肾上腺等转移灶,外放射治疗可以减轻转移灶相关疼痛、梗阻或出血等症状,延长生存时间^[295,335-337](证据等级 3,推荐 B)。(5) 放疗可与手术联合,能改善部分肝癌病人生存。外放射治疗可用于等待肝癌肝

移植术前的桥接治疗^[338-339](证据等级 2, 推荐 B); 与可切除门静脉癌栓的肝癌类似, 部分中央型肝癌(指紧邻肝门, 与主要的血管结构距离 <1 cm 的肝癌, 其通常位于 Couinaud 1、4、5、8 段, 或者位于中央段的交界处)可行术前新辅助放疗, 其疗效较好且病人耐受性佳^[340]; 放射治疗可联合介入或免疫检查点抑制剂治疗^[300], 使部分无法手术切除的肝癌病人, 在肿瘤缩小或降期后转化为手术切除^[295, 320](证据等级 3, 推荐 B); 肝癌术后病理提示有 MVI 者、肝癌手术切缘距肿瘤 ≤ 1 cm 的窄切缘者, 术后辅助放射治疗可以减少病灶局部复发或远处转移延长病人无瘤生存期^[341-344]

(证据等级 2, 推荐 B)。(6)放疗可与分子靶向类、免疫检查点抑制剂联合: 部分 CNLC III 期或伴 MVI 等不良预后因素的病人, 放射治疗前、后使用索拉非尼等分子靶向药可能延长生存时间^[345-348], 但同步使用这类药物须谨慎^[349-350]; 免疫检查点抑制剂联合 SBRT 治疗肝癌, 有研究结果提示可能起到相互协同增效的作用^[351-355](证据等级 3, 推荐 C)。

3.4.1.2 外放射治疗禁忌证 肝癌病人如肝内病灶弥散分布, 或 CNLC IV 期者, 不建议行外放射治疗。

3.4.1.3 外放射治疗实施原则与要点 肝癌外放射治疗实施原则为综合考虑肿瘤照射剂量, 周围正常组织耐受剂量, 以及所采用的放射治疗技术。肝癌外放射治疗实施要点为: (1)放射治疗计划制定时, 肝内病灶在增强 CT 中定义, 必要时参考 MRI 影像等多种影像资料, 可以利用正常肝组织的增生能力, 放射治疗时保留部分正常肝不受照射, 以期部分正常肝组织获得增生。(2)肝癌照射剂量, 与病人生存时间及局部控制率密切相关, 基本取决于周边正常组织的耐受剂量^[186, 356]。肝癌照射剂量: SBRT 一般推荐 $\geq 45\sim 60$ Gy/3~10 分次 (fraction, Fx)^[357]、放射治疗生物等效剂量 (biological effective dose, BED) ≥ 80 Gy (α/β 比值取 10 Gy), 病灶可获得较好的放疗效果^[317]; 常规分割放射治疗为 50~75 Gy; 新辅助放射治疗门静脉癌栓的剂量可以为 3 Gy $\times$ 6 Fx^[145]。具有图像引导放射治疗 (image guided radiation therapy, IGRT) 技术条件者, 部分肝内病灶、癌栓或肝外淋巴结、肺、骨等转移灶可行低分割放射治疗者尽量采用低分割放疗, 以提高单次剂量、缩短放射治疗时间、疗效不受影响甚至可以提高^[358-360]; 非 SBRT 的低分割外放射治疗, 可以利用模型计算 BED, 有 HBV 感染病人的肝细胞 α/β 比值取 8 Gy, 肿瘤细胞 α/β 比值取 10~15 Gy, 作为剂量换算参考^[186, 295, 361]。(3)正常组织耐受剂量需考虑: 放射治疗分割方式、肝功能 Child-Pugh 分级、正常肝(肝脏—肿瘤)体积、胃肠道淤血和凝血功能状况等^[362](附录 7)。(4)肝癌放射治疗技术: 建议采用三维适形或调强放射治疗、IGRT 或 SBRT 等技术。IGRT 优于

非 IGRT 技术, 螺旋断层放射治疗适合多发病灶的肝癌病人^[356]。呼吸运动是导致肝脏肿瘤在放射治疗过程中运动和形变的主要原因, 目前可以采取多种技术以减少呼吸运动带来的影响, 如门控技术、实时追踪技术、呼吸控制技术以及腹部加压结合 4D-CT 确定内靶区技术等^[363]。(5)目前尚缺乏较高级别的临床证据以支持肝癌病人质子放射治疗的生存率优于光子放射治疗^[318]。

3.4.1.4 放疗疗效评估 肝癌放疗的疗效可以参考 EASL 或 mRECIST 标准进行评价^[318]。增强 CT 和(或)动态增强 MRI 扫描常用来评价肝癌放疗后疗效。放疗后早期(3 周至 3 个月)肿瘤多为凝固坏死, 缩小缓慢, 疗效评价多为稳定^[364]; 放疗后期(3~6 个月后), 肿瘤坏死被逐渐吸收表现为肿瘤明显缩小, 可平均缩小 36% 以上, 肿瘤动脉期强化显著降低或不强化^[365]。

3.4.1.5 外放射治疗主要并发症 放射性肝病 (radiation-induced liver disease, RILD) 是肝脏外放射治疗的剂量限制性并发症, 分典型性和非典型性两种。(1)典型 RILD: 碱性磷酸酶升高 >2 倍正常值上限、无黄疸性腹腔积液、肝肿大。(2)非典型 RILD: 碱性磷酸酶 >2 倍正常值上限、丙氨酸氨基转移酶 (ALT) $>$ 正常值上限或治疗前水平 5 倍、肝功能 Child-Pugh 评分下降 ≥ 2 分, 但是无肝肿大和腹腔积液。诊断 RILD 必须排除肝肿瘤进展、病毒性或药物性所致临床症状和肝功能损害^[295, 362]。临床影像学所见局灶放射性肝损伤是对应于肝脏受到较高剂量照射的区域, 如在此基础上出现 RILD 相关临床症状体征、实验室指标异常, 并需临床干预治疗, 才可诊断放射性肝病。早期, 局灶放射性肝损伤 CT 表现多为边界清楚肝内低密度区, MRI 表现为 T1 加权成像低信号和 T2 加权成像高信号, T 加权成像增强动脉期强化下降^[364]。晚期, 增强 CT 或 MRI 均表现为病变区局部萎缩、动脉及延迟期呈不均质强化, 该强化退出缓慢, 随访时需与局部复发或进展相鉴别^[295, 366-369]。

3.4.2 质子束放射疗法与内放射治疗 质子束放射疗法对于术后复发或残留肝癌病灶(病灶直径 <3 cm, 数目 ≤ 2 个)的疗效与 RFA 相似^[370](证据等级 2, 推荐 B)。内放射治疗是肝癌局部治疗的一种方法, 包括 90 Y 微球疗法、¹³¹I 单克隆抗体、放射性碘化油、¹³¹I 粒子植入等^[336-337]。RFA 治疗肝癌后序贯使用 ¹³¹I 美妥昔单抗克隆抗体治疗, 可以降低 RFA 治疗后局部复发率, 改善病人生存^[371](证据等级 2, 推荐 B)。粒子植入技术包括组织间植入、门静脉植入、下腔静脉植入和胆道内植入, 分别治疗肝内病灶、门静脉癌栓、下腔静脉癌栓和胆管内癌或癌栓。氯化锶(⁸⁹Sr)发射出 β 射线, 可以用于靶向治疗肝癌骨转移病灶^[372](证据等级 3, 推荐 C)。

要点论述:

(1) CNLC IIIa 期肝癌病人,合并可切除门脉癌栓的肝癌病人可以行术前新辅助放射治疗或术后辅助放射治疗,延长生存;对于不能手术切除者,可以行姑息性放射治疗,或放射治疗与 TACE 等联合治疗,延长病人生存。

(2) CNLC IIIb 期肝癌病人,淋巴结、肺、骨、脑或肾上腺转移可采用外放射治疗减轻疼痛、梗阻或出血等症状。

(3) 肝肿瘤照射剂量:SBRT 一般推荐 $\geq 45 \sim 60$ Gy/3~10 Fx,常规分割放射治疗一般为 50~75 Gy,照射剂量与病人生存密切相关。部分肝内病灶或肝外转移灶可以行低分割放射治疗,以提高单次剂量、缩短放射治疗时间。

(4) 正常组织的耐受剂量必须考虑:放射治疗分割方式、肝功能 Child-Pugh 分级、正常肝(肝脏—肿瘤)体积、胃肠道淤血和凝血功能状况等。

(5) IGRT 优于三维适形放射治疗或调强放射治疗,SBRT 必须在 IGRT 下进行。

(6) 内放射治疗是肝癌局部治疗的一种方法。

3.5 系统治疗 系统治疗(或称为全身性治疗),主要指抗肿瘤治疗,包括分子靶向药物治疗、免疫检查点抑制剂治疗、化学治疗和中医中药治疗等;另外还包括了针对肝癌基础疾病的治疗,如抗病毒治疗、保肝利胆和支持对症治疗等。由于肝癌起病隐匿,首次诊断时只有 <30% 的肝癌病人适合接受根治性治疗,系统抗肿瘤治疗在中晚期肝癌的治疗过程中发挥重要的作用。系统抗肿瘤治疗可以控制疾病的进展,延长病人的生存时间,部分病人可获得肿瘤部分或完全缓解。

系统抗肿瘤治疗在不可手术切除的中晚期肝癌中的适应证主要为:(1) CNLC IIIa、IIIb 期肝癌病人。

(2) 不适合手术切除或 TACE 治疗的 CNLC IIb 期肝癌病人。(3) TACE 治疗抵抗或失败的肝癌病人。

3.5.1 一线系统抗肿瘤治疗 (1) 阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗:阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗被批准用于既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。IMbrave150 全球多中心 III 期研究结果显示,阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗治疗病人(联合治疗组)的中位生存时间和 PFS 较索拉非尼组均有明显延长,死亡风险降低 34%,疾病进展风险降低 35%^[373-374]。对于中国亚群人群,联合治疗组病人也有明显的临床获益,与索拉非尼组相比死亡风险降低 47%,疾病进展风险降低 40%。并且联合治疗延迟了病人报告的中位生命质量恶化时间。常见的不良反应有高血压、蛋白尿、肝功能异常、腹泻以及食欲下降等。

(2) 信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物:信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物已在我国被批准用于既往

未接受过系统抗肿瘤治疗的不可切除或转移性肝癌的一线治疗(证据等级 1,推荐 A)。ORIENT-32 全国多中心 III 期研究结果显示,信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物疗效显著优于索拉非尼,死亡风险下降 43%,疾病进展风险下降 44%。安全性较好,其最常见的不良反应为蛋白尿,血小板减少、天冬氨酸氨基转移酶(AST)升高、高血压和甲状腺功能减退等^[375]。

(3) 甲磺酸阿帕替尼联合卡瑞利珠单抗:甲磺酸阿帕替尼联合卡瑞利珠单抗在我国被批准用于不可切除或转移性肝癌病人的一线治疗(证据等级 1,推荐 A)。CARES-310 国际多中心 III 期研究结果显示,甲磺酸阿帕替尼联合卡瑞利珠单抗治疗(联合治疗组)与索拉非尼治疗(单药治疗组)相比,联合治疗组病人死亡风险降低 38%,疾病进展风险下降 48%;联合治疗组 Clavien-Dindo 分级 $\geq$ III 级不良事件主要为高血压、手足综合征和氨基转移酶升高^[376]。

(4) 多纳非尼:多纳非尼在我国已被批准用于既往未接受过全身系统性抗肿瘤治疗的不可切除肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。与索拉非尼相比,多纳非尼能够明显延长晚期肝癌病人的中位生存时间,死亡风险下降 17%;多纳非尼和索拉非尼两组的中位 PFS 相似,但多纳非尼组具有良好的安全性和耐受性^[377]。最常发生的不良反应为手足皮肤反应、AST 升高、总胆红素升高、血小板降低和腹泻等。

(5) 仑伐替尼:仑伐替尼适用于不可切除的肝功能 Child-Pugh A 级的晚期肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。临床 III 期对照研究结果显示,仑伐替尼组病人总体生存期非劣于索拉非尼组,研究达到非劣效终点($HR=0.92$, 95%CI 0.79-1.06)^[378]。仑伐替尼组中位 PFS 显著优于索拉非尼组,疾病进展风险下降 34%,ORR 也高于索拉非尼组。常见不良反应为高血压、蛋白尿、腹泻、食欲下降、疲劳、手足综合征以及甲状腺功能减退等。

(6) 替雷利珠单抗:替雷利珠单抗在我国被批准用于一线治疗不可切除或转移性肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。RATIONALE-301 全球多中心 III 期研究结果显示,与索拉非尼相比,替雷利珠单抗达到了预设的主要研究终点,OS 为非劣效性($HR=0.85$, 95%CI 0.71-1.02),死亡风险降低了 15%。常见不良反应为 AST 和 ALT 升高和总胆红素升高^[379]。

(7) 索拉非尼:索拉非尼是第一个被批准用于肝癌系统抗肿瘤治疗的分子靶向药物。多项临床研究表明,索拉非尼对于不同国家地区、不同肝病背景的晚期肝癌病人都具有一定的生存获益^[380-381](证据等级 1,推荐 A)。索拉非尼可以用于肝功能 Child-Pugh A 或 B 级的病人,但是相对于肝功能 Child-Pugh B 级,Child-Pugh A 级的病人生存获益比较明显^[382]。治疗过程中应

定期评估疗效和监测毒性。常见的不良反应为腹泻、手足综合征、皮疹、高血压、纳差以及乏力等,一般发生在治疗开始后的 2~6 周内。治疗过程中需要密切监测血压,定期检查肝肾功能、HBVDNA、血常规、凝血功能以及尿蛋白等。在治疗过程中,还需要注意心肌缺血风险,特别高龄病人应给予必要的监测和相关检查。

(8)系统化疗:FOLFOX4 方案在我国被批准用于一线治疗不适合手术切除或局部治疗的局部晚期和转移性肝癌^[383-384](证据等级 1,推荐 A)。另外,三氧化二砷对中晚期肝癌具有一定的姑息治疗作用^[385](证据等级 3,推荐 C),在临床应用时应注意监测和防止肝肾毒性。

(9)其他一线系统抗肿瘤治疗进展:双免疫联合治疗在不可手术切除的中晚期肝癌一线治疗领域也取得了成功。全球 III 期临床试验 HIMALAYA 研究结果显示,与索拉非尼对比,程序性死亡受体配体 1(PD-L1)抑制剂量伐利尤单抗联合细胞毒性 T 淋巴细胞相关抗原 4 抑制剂替西木单抗(STRIDE 方案:单次给药 300 mg 替西木单抗+度伐利尤单抗 1500 mg 每 4 周 1 次常规间隔给药)具有较好的临床疗效和可控的安全性,死亡风险降低 22%^[386]。STRIDE 方案使得亚洲(除日本以外)病人死亡风险降低了 29%,HBV 阳性病人的死亡风险降低了 34%。STRIDE 方案被美国 FDA、欧盟和日本批准用于治疗不可切除的肝癌病人。但该方案用于不能切除肝癌的一线治疗在我国尚未得到批准。

此外,免疫检查点抑制剂单药在肝癌一线治疗中也获得了一定的进展。如 HIMALAYA 研究中,度伐利尤单抗与索拉非尼对比用于晚期肝癌一线治疗,度伐利尤单抗达到了预设的非劣效终点,死亡风险降低了 14%^[386]。目前,多项免疫检查点抑制剂及双免疫联合抗血管生成药物、免疫检查点抑制剂联合化疗、多免疫检查点抑制剂联合等一线治疗不可切除肝癌的临床研究正在进行中,结果值得期待^[387]。

3.5.2 二线系统抗肿瘤治疗(1)瑞戈非尼:瑞戈非尼被批准用于既往接受过索拉非尼治疗的肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。国际多中心 III 期 RESORCE 研究评估了瑞戈非尼用于索拉非尼治疗后出现进展的肝癌病人的疗效和安全性。其结果显示,与安慰剂相比,瑞戈非尼组病人死亡风险显著降低 37%,疾病进展风险下降 54%。常见不良反应为高血压、手足皮肤反应、乏力及腹泻等。其不良反应与索拉非尼类似,因此,不适合用于对索拉非尼不能耐受的病人^[388]。

(2)阿帕替尼:甲磺酸阿帕替尼是我国自主研发的小分子靶向新药,已被批准单药用于既往接受过至少一线系统性抗肿瘤治疗后失败或不可耐受的晚期肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。阿帕替尼二线治疗我国晚期肝癌病人的 III 期临床研究结果表明,与安慰剂相比,阿帕替尼显著延长二线或以上晚期肝癌病人的中

位生存时间,死亡风险降低 21.5%,疾病进展风险下降 52.9%^[389]。常见不良反应是高血压、蛋白尿、白细胞减少症以及血小板减少症等。在使用过程中,应密切随访病人的不良反应,需要根据病人的耐受性给予必要的剂量调整。

(3)雷莫西尤单抗:雷莫西尤单抗被批准用于既往接受过索拉非尼治疗且 AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ 的肝癌病人的治疗(证据等级 1,推荐 A)。REACH-2 研究结果显示,在既往索拉非尼治疗失败,AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ 的晚期肝癌病人中,与安慰剂相比,雷莫西尤单抗显著改善病人的 OS 和 PFS,死亡风险降低 29.0%,疾病进展风险下降 54.8%^[390]。REACH-2 China III 期扩展研究结果提示,与安慰剂相比,雷莫西尤单抗在既往接受过索拉非尼治疗且 AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ 的我国肝癌病人中,死亡风险降低 14.6%,疾病进展风险降低 51.2%。常见不良反应为疲劳、外周水肿、高血压和食欲下降^[391]。

(4)帕博利珠单抗:帕博利珠单抗在我国批准单药用于治疗既往接受过索拉非尼或含奥沙利铂化疗的肝癌病人(证据等级 1,推荐 A)。KEYNOTE-394 研究评估帕博利珠单抗或安慰剂联合最佳支持治疗对此前接受索拉非尼或奥沙利铂化疗的亚洲晚期肝癌病人的疗效,其中 80% 的病人来自中国^[392]。结果显示,与安慰剂相比,帕博利珠单抗组死亡风险降低 21%,疾病进展风险降低 26%。常见的不良反应为 AST 和 ALT 升高、皮疹、瘙痒和血胆红素增高。

(5)卡瑞利珠单抗:卡瑞利珠单抗已被批准用于既往接受过索拉非尼治疗和(或)含奥沙利铂系统化疗的晚期肝癌病人的治疗(证据等级 3,推荐 B)。卡瑞利珠单抗在既往接受系统抗肿瘤治疗的我国肝癌病人的 II 期临床研究结果显示,ORR 为 14.7%,6 个月 OS 为 74.4%,12 个月 OS 为 55.9%^[393]。常见的不良反应是反应性毛细血管增生症、ALT 和 AST 升高、甲状腺功能减退和乏力等。多项临床研究表明,卡瑞利珠单抗和阿帕替尼联合应用后,反应性毛细血管增生症的发生率明显下降^[394-395]。

(6)替雷利珠单抗:替雷利珠单抗被批准用于既往接受过索拉非尼或仑伐替尼或含奥沙利铂全身化疗的晚期肝癌病人的治疗(证据等级 3,推荐 B)。一项全球、多中心旨在评估替雷利珠单抗用于治疗既往接受过至少一种全身治疗的不可切除的肝癌的疗效和安全性的 II 期研究(RATIONALE-208)结果显示,中位无进展生存时间为 2.7 个月,中位总生存时间为 13.2 个月^[396]。总人群的 ORR 为 13%。安全性良好,主要不良反应为 ALT 和 AST 升高、无力、瘙痒和甲状腺功能减退等。

(7)其他二线系统抗肿瘤治疗方案:美国 FDA 批准纳武利尤单抗联合伊匹木单抗用于既往索拉非尼治疗后进展或无法耐受索拉非尼的肝癌病人,卡博替尼

用于一线系统抗肿瘤治疗后进展的肝癌病人^[397-398]。免疫检查点抑制剂治疗与靶向药物、化疗药物、局部治疗等的联合方案,以及双靶点免疫检查点抑制剂[程序性死亡受体 1 (PD1)/细胞毒性T淋巴细胞相关抗原 4 双抗、PD1/血管内皮生长因子双抗]用于肝癌的二线治疗的研究也在不断地探索之中。

3.5.3 系统抗肿瘤治疗的选择 鉴于IMbrave 150、ORIENT-32 和CARES-310 研究结果显示,肝癌一线治疗中阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗、信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物和甲磺酸阿帕替尼联合卡瑞利珠单抗近期及远期疗效均优于索拉非尼单药治疗,可作为一线治疗的优先选择。2023 年更新的AASLD、美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)、JSH 等肝癌指南和共识对系统抗肿瘤治疗一线方案均优先推荐阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗或度伐利尤单抗联合替西木单抗组合(STRIDE 方案)^[399-401]。STRIDE 方案在欧盟、美国及日本批准用于肝癌的一线治疗,其优势是不增加门静脉高压导致的出血风险。但该方案用于不可切除肝癌的一线治疗在我国尚未获得批准。

由于贝伐珠单抗有导致出血的风险,建议使用阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗或信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物治疗前接受胃镜检查,评估高危静脉曲张或其他胃肠道出血风险,并依据相关指南进行治疗。对于最近 6 个月内发生胃肠道出血和内镜检查显示高危出血的病人,贝伐珠单抗治疗前充分治疗食管胃底静脉曲张,或选用其他治疗方案。系统抗肿瘤治疗对于中重度肝功能不全病人(Child-Pugh 评分 ≥ 7 分)的研究数据有限,此类病人需在医师指导下谨慎使用,并严密监测肝功能。

目前,二线治疗药物的适应证获批是基于针对一线索拉非尼或系统化疗失败后与安慰剂对照的 III 期临床研究。对于一线接受免疫联合方案、免疫单药或酪氨酸激酶抑制剂单药治疗的病人,二线治疗方案国内外目前尚未提供高级别循证医学证据。可根据疾病进展情况及一线治疗的具体方案,选择批准的二线治疗药物,也可选择未使用过的一线治疗药物。

3.5.4 系统抗肿瘤治疗的疗效评价 对于采用系统抗肿瘤治疗的病人,目前多采用RECIST 1.1 标准进行疗效评价。对于接受抗血管分子靶向治疗的病人,可以联合应用mRECIST标准。对于接受免疫检查点抑制剂治疗的病人,也可以应用iRECIST标准^[402]。

3.5.5 中医传统方药治疗 在病证辨治中西医结合临床医学体系指导下,针对肝癌早期、中晚期、终末期等不同阶段,采取病证结合临床诊疗模式,以肝癌的核心病机“癌毒盛衰”为着眼点,综合运用中国医药学方药、现代中药制剂以及中医药特色诊疗技术,与现代医

学技术互补协作,形成系统规范方案,以期达到协同抗癌、提高治疗耐受性、减少术后并发症、预防复发转移、减轻不良反应及延长生存期的作用^[403-404]。

3.5.5.1 中国医药学方药分阶段治疗 (1)早期肝癌(CNLC Ia~IIa期)。治疗原则:应着眼于正气受损、癌毒未净,重点在于预防治疗术后复发转移,包括维护肝功能储备、增强机体免疫力、提高手术成功率、减少术后并发症。此阶段中医辨证常见以下两种证型:①肝气郁结证。辨识要点:胁肋胀痛,痛无定处,脘腹胀满,胸闷、善太息,急躁易怒,舌质淡红,苔薄白,脉弦。治疗理法:舒肝解郁,理气和胃。治疗推荐:《景岳全书》柴胡舒肝散加减:柴胡、陈皮、白芍、枳壳、香附、川芎、郁金、八月札、石见穿、土茯苓、鸡内金、甘草等,常规剂量,每日 2 次水煎送服治法。②气滞血瘀证。辨识要点:症见上腹肿块,质硬,有结节感,疼痛固定拒按,或胸胁掣痛,入夜尤甚,或见肝掌、蜘蛛痣和腹壁青筋暴露,甚则肌肤甲错,舌边瘀暗或暗红,舌苔薄白或薄黄,脉弦细或细涩无力。兼有郁热者多伴烦热口苦,大便干结,小便黄或短赤。治疗理法:活血化瘀,软坚散结。推荐治疗:《医林改错》膈下逐瘀汤加减:生地、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、五灵脂、枳壳、桔梗、甘草、柴胡、玄参等,常规剂量,每日 2 次水煎送服。(2)中晚期肝癌(CNLC IIb~IIIb期)。治疗原则:应着眼于癌毒内壅、正气未衰,综合运用中药方剂,有利于减少或缓解并发症、提高疗效及生活质量。此阶段中医辨证常见以下两种证型:①肝郁脾虚证。辨识要点:胸腹胀满,食后尤甚,肿块触痛,倦怠消瘦,短气乏力,纳少失眠,口干不欲饮,大便溏数,甚则腹水黄疸,下肢浮肿,舌质胖大,苔白,脉濡。治疗理法:疏肝健脾,理气消癥。推荐治疗:《太平惠民合剂局方》逍遥散加减。柴胡、当归、白芍、党参、白术、茯苓、薏苡仁、半枝莲、七叶一枝花、干蟾皮、蜈蚣、厚朴、甘草等。②湿热毒蕴证。辨识要点:右胁胀满,疼痛拒按,发热,口苦或口臭,身黄目黄,小便黄,黄如橘色或烟灰,腹水或胸腔积液,恶心咽吐,大便秘结或黏腻不爽,舌质红,苔黄腻,脉滑数。治疗理法:清热利湿,解毒消癥。推荐治疗:《伤寒论》茵陈蒿汤合五苓散加减。茵陈蒿、大黄、栀子、猪苓、茯苓、白术、泽泻、虎杖、白花蛇舌草、八月札、半枝莲、赤芍、人工牛黄、猫人参、石见穿、山慈菇、鸡内金等。(3)终末期肝癌(CNLC IV期)。治疗原则:应着眼于癌毒炽盛、正气亏虚,治疗以扶正为主,治疗目标在于发挥整体调节优势、减轻症状、提高生活质量、适当延长生存期。终末期肝癌常见肝肾不足、气阴两亏等证候表现。

辨识要点:疲乏无力,纳呆厌食,常伴腹胀肢肿,腹大,青筋暴露,四肢消瘦,短气喘促,颧红口干,潮热或手足心热,烦躁不眠,便秘,甚则神昏谵语,齿衄鼻

衄,或二便下血,舌红少苔,脉细数无力。治疗理法:益气养阴、扶正消癥。治疗推荐:《柳州医话》一贯煎加减;生地黄、麦冬、沙参、枸杞子、五味子、黄芪、当归、党参、白术、茯苓、山茱萸、西洋参、八月札、龟板、鳖甲、猫人参、石见穿、山慈菇、鸡内金等,常规剂量,每日 2 次水煎送服。

3.5.5.2 现代中药制剂治疗 阿可拉定(淫羊藿素)软胶囊是一种从天然药用植物暨传统草本中药淫羊藿中提取、分离和纯化获得的单分子创新药物,具有抑制肿瘤生长、调节免疫等多重作用^[405]。在我国已经附条件批准用于不适合标准治疗的晚期肝癌病人的治疗,具体的适应证:不适合或拒绝接受标准治疗,且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝癌病人,同时病人外周血复合标记物满足以下检测指标的至少 2 项:AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$;TNF- $\alpha < 2.5 \text{ ng/L}$;IFN- $\gamma \geq 7.0 \text{ ng/L}$ 。

除阿可拉定软胶囊外,我国国家药品监督管理局已经批准了若干种现代中药制剂用于治疗晚期肝癌,如槐耳颗粒、榄香烯注射液、华蟾素、康莱特注射液、康艾注射液、艾迪注射液、肝复乐胶囊、金龙胶囊、鸦胆子油软胶囊、复方斑蝥胶囊和慈丹胶囊等^[406-413]。另外,槐耳颗粒、华蟾素注射液联合解毒颗粒、慈丹胶囊联合 TACE 可以用于肝癌手术切除后的辅助治疗^[197,413-414]。

3.5.5.3 中医药现代特色诊疗技术 (1)针灸治疗:根据病情及临床实际可以选择应用体针、头针、电针、耳针、腕踝针、眼针、灸法、穴位埋线、穴位敷贴、耳穴压豆和拔罐等方法。针灸治疗的取穴以肝俞、足三里为主穴,配以阳陵泉、期门、章门、三阴交等;穴位敷贴以章门、期门、肝俞、内关、公孙主穴,疼痛者配外关、足三里、阳陵泉;腹水配气海、三阴交、阴陵泉等。(2)其他治疗:根据病情酌情使用活血化瘀、清热解毒等中药、中成药,进行外敷治疗、中药泡洗、中药熏洗等。

3.5.6 抗病毒治疗及其他保肝治疗 对于所有确诊肝癌病人,应常规筛查乙型肝炎表面抗原(hepatitis B surface antigen, HBsAg)、乙型肝炎表面抗体(hepatitis B surface antibody, HBsAb)和乙型肝炎核心抗体(hepatitis B core antibody, HBcAb)。对于 HBsAg 阳性或 HBcAb 阳性病人,应进一步行血清 HBVDNA 定量检测。HBV 相关肝癌病人只要 HBsAg 阳性,无论 HBVDNA 是否可检测出,均建议给予一线抗病毒治疗^[415]。对既往 HBV 感染,即 HBcAb 阳性、HB-sAg 阴性的肝癌病人,应密切监测 HBsAg、HBVDNA、ALT 指标变化^[416]。HBV 相关肝癌病人推荐使用一线抗病毒药物恩替卡韦、替诺福韦酯、丙酚替诺福韦或艾米替诺福韦(证据等级 1,推荐 A)^[415-416]。合并 HBV 感染的肝癌病人,口服核苷(酸)类似物抗病毒治疗应始终贯穿治疗的全过程。接受核苷(酸)类似物抗病毒治疗的病人,每 3~6 个月检测病毒学、血生化

等指标;未接受抗病毒治疗的病人,每 3~6 个月检测 HBVDNA、HBsAg 及 ALT 等指标。推荐使用高灵敏血清 HBVDNA 检测,及时发现低病毒血症病人,调整抗病毒治疗药物,最大限度抑制病毒复制。对于 HCV 相关肝癌,HCV RNA 阳性均建议采用直接抗病毒药物行抗病毒治疗(证据等级 1,推荐 A)^[416-417]。抗病毒治疗终点为治疗结束后 12 周,采用敏感检测方法检测不到血清或血浆中 HCV RNA。

肝癌病人在自然病程中或治疗过程中可能会伴随肝功能异常,应及时适当地使用具有抗炎、利胆、抗氧化、解毒和肝细胞膜修复保护作用的药物,如异甘草酸镁注射液、甘草酸二铵、复方甘草酸苷、腺苷蛋氨酸、熊去氧胆酸、双环醇、水飞蓟素、还原型谷胱甘肽、多烯磷脂酰胆碱和乌司他丁^[418]等。

3.5.7 对症支持治疗 肝癌病人往往合并有肝硬化、脾脏肿大,并因抗肿瘤治疗等导致一系或多系血细胞减少,可考虑给予药物治疗或血制品输注。中性粒细胞减少病人可酌情给予粒细胞集落刺激因子(granulocyte colony stimulating factor, G-CSF),包括聚乙二醇化重组人粒细胞集落刺激因子(PEG-rhG-CSF)和重组人粒细胞集落刺激因子(rhG-CSF)^[419]。血红蛋白 $< 80 \text{ g/L}$ 的病人,可根据贫血的病因给予铁剂、叶酸、维生素 B₁₂ 和促红细胞生成素等治疗。慢性肝病引起血小板减少的病人根据病情需要可以使用重组人血小板生成素或血小板生成素受体激动剂(如阿伐曲泊帕、芦曲泊帕)等提升血小板计数^[420]。对于终末期肝癌病人,应给予最佳支持治疗,包括积极镇痛、纠正低白蛋白血症、加强营养支持,控制合并糖尿病病人的血糖水平,处理腹腔积液、黄疸、肝性脑病、消化道出血及肝肾综合征等并发症。针对有症状的骨转移病人,可以使用双膦酸盐类药物或地舒单抗。另外,适度的康复运动可以增强病人的免疫功能。同时,要重视病人的心理干预,增强病人战胜疾病的信心,把消极心理转化为积极心理,通过舒缓护理让其享有安全感、舒适感,而减少抑郁与焦虑。

要点论述:

(1)系统抗肿瘤治疗在不可手术切除的中晚期肝癌中的适应证主要为:CNLC IIIa、IIIb 期肝癌病人,不适合手术切除或 TACE 治疗的 CNLC IIb 期肝癌病人,TACE 治疗抵抗或 TACE 治疗失败的肝癌病人。

(2)一线系统抗肿瘤治疗方案可以优先选择阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗、信迪利单抗联合贝伐珠单抗类似物或甲磺酸阿帕替尼联合卡瑞利珠单抗。多纳非尼、仑伐替尼、替雷利珠单抗、索拉非尼或者 FOLFOX4 方案的系统化疗仍然用于肝癌的一线治疗。

(3)二线系统抗肿瘤治疗方案,在我国可以选择瑞戈非尼、阿帕替尼、帕博利珠单抗、雷莫西尤单抗(血

清 AFP 水平 $\geq 400 \mu\text{g/L}$)、卡瑞利珠单抗和替雷利珠单抗。对于一线接受免疫联合方案、免疫单药或酪氨酸激酶抑制剂单药治疗的病人,二线治疗方案选择可根据疾病进展方式和具体一线方案不同,选择批准的二线治疗药物,也可选择未曾使用过的一线治疗的药物。

(4)可根据病情选择中医传统方药治疗。除阿可拉定软胶囊外,我国已经批准了若干种现代中药制剂用于治疗晚期肝癌。另外,槐耳颗粒可以用于肝癌手术切除后的辅助治疗。

(5)在抗肿瘤治疗的同时,抗病毒治疗应始终贯穿治疗全过程。

3.6 肝癌自发破裂的治疗 肝癌自发破裂是肝癌潜在的致死性并发症,单纯保守治疗在院病死率极高,但并非影响病人长期生存的决定因素,获得手术切除可以使部分病人具有明显的生存获益^[421]。因此,在最初抢救成功后,应充分评估病人血流动力学、肝功能、全身情况以及肿瘤是否可切除,制订后续个体化的治疗方案^[422-426]。(1)对于肝肿瘤可切除、肝脏储备功能良

好、血流动力学稳定的病人,首选手术切除^[427-428](证据等级 3,推荐 B)。(2)对于肝脏储备功能差,血流动力学不稳定、无手术条件的病人,可以选择 TAE^[429](证据等级 4,推荐 B)。(3)受急诊条件限制,肝功能及肝肿瘤情况无法充分评估,可以先行 TAE,结合后续评估再选择相应治疗方案,若能行二期手术切除可以获得显著的生存获益^[427](证据等级 3,推荐 B)。(4)肝癌自发破裂是手术后的高危复发因素,术中应充分的冲洗腹腔;术后辅助治疗有助于延长生存^[421,430];术后应加强监测,术后单纯腹膜转移的病人可以考虑行积极根治性切除^[431](证据等级 3,推荐 C)。

要点论述:

肝癌自发破裂是肝癌潜在的致死性并发症,应充分评估病人血流动力学、肝功能、全身情况以及肿瘤是否可切除,制订个体化的治疗方案。

4 声明 本指南的编撰工作独立于任何赞助单位,并且所有编写人员都承诺编撰内容是否与是否受到资助无关

附录 1 证据等级(牛津循证医学中心 2011 版)

(临床)问题	步骤 1 (证据等级 1 ¹⁾)	步骤 2 (证据等级 2 ¹⁾)	步骤 3 (证据等级 3 ¹⁾)	步骤 4 (证据等级 4 ¹⁾)	步骤 5 (证据等级 5 ¹⁾)
这个疾病有多普遍?(患病率)	当地的、当前的随机样本调查(或普查)	与当地情况相匹配调查的系统综述 ¹⁾	当地的、非随机样本调查 ²⁾	病例系列 ²⁾	N/A
诊断或监测实验是否准确?(诊断)	一致地应用了参考标准和盲法的横断面研究的系统综述	一致地应用了参考标准和盲法的横断面研究	非连续病例研究,或研究未能一致地应用参考标准 ²⁾	病例对照研究,或应用了差的或非独立的参考标准 ²⁾	基于机制的推理
若不给予这个治疗会发生什么?(预后)	起始队列研究的系统综述	起始队列研究	队列研究或随机研究的对照组 ¹⁾	病例系列或病例对照研究,或低质量预后队列研究 ²⁾	N/A
这个治疗有用吗?(治疗效益)	随机试验或单病例随机对照试验的系统综述	随机试验或具有巨大效果的观察性研究	非随机对照队列/随访研究 ²⁾	病例系列,病例对照研究,或历史对照研究 ²⁾	基于机制的推理
这个治疗常见的伤害是什么?(治疗伤害)	随机试验的系统综述,巢式病例对照研究的系统综述,针对你所提临床问题病人的 n-of-1 试验,具有巨大效果的观察性研究	单个随机试验或(特殊地)具有巨大效果的观察性研究	非随机对照队列/随访研究(上市后监测)提供,足够数量来排除常见的伤害(对长期伤害需要足够长随访时间 ²⁾	病例系列,病例对照研究,或历史对照研究少 ²⁾	基于机制的推理
这个治疗少见的伤害是什么?(治疗伤害)	随机试验或 n-of-1 试验的系统综述	随机试验或(特殊地)具有巨大效果的观察性研究			
这个试验(早期发现)值得吗?(筛查)	随机研究的系统综述	随机试验	非随机对照队列/随访研究 ¹⁾	病例系列,病例对照研究,或历史对照研究 ²⁾	基于机制的推理

注: 1)根据研究质量、精确度、间接性,各个研究间不一致,若绝对效应值小,证据等级会被调低;若效应值很大,等级会被上调; 2)系统综述普遍地优于单项研究。

附录 2 推荐强度

推荐强度	定义描述
强推荐	非常确信真实值接近效应估计值: 基于: 高质量研究证据支持净获益(例如, 利大于弊); 研究结果一致性好, 没有或很少有例外; 对研究质量轻微或没有疑虑; 和(或)获得专家组成员的同意。其他基于高质量证据, 确信利明显大于弊(包括指南的文献回顾和分析中讨论的内容)也可支持强推荐。
中等程度推荐	对效应估计值有中等程度信心。基于: 较好研究证据支持净获益(例如, 利大于弊); 研究结果一致, 有轻微和(或)少数例外; 对研究质量轻微或少量疑虑; 和(或)获得专家组成员的同意, 其他基于中等质量证据且利大于弊(包括指南的文献回顾和分析中讨论的内容)也可形成中度推荐。
弱推荐	对效应估计值信心有限, 该推荐为临床实践提供了目前最好的指导, 基于: 有限的研究证据支持净获益(例如, 利大于弊); 研究结果一致, 但有重要的例外; 研究质量有重要的疑虑; 和(或)获得专家组成员的同意。其他基于有限的证据(包括指南的文献回顾和分析中讨论的内容)也可导致弱推荐。

注: 推荐强度“强推荐、中等程度推荐、弱推荐”正文中分别用“A、B、C”表示。

附录 3 肝癌的液体活检

液体活检技术具有无创取样、多次检测、高度敏感等特性,常用标记物包括循环肿瘤细胞(circulatingtu-morcell, CTC)、循环游离 DNA (cell-freeDNA, cfDNA), 循环肿瘤 DNA (circulatingtumorDNA, ctDNA) 等,在肝癌的早期筛查及诊断、预后评估、疾病监测、疗效评估中展现出较高价值^[432]。CTC 检测可以成为一种肝癌预后预测和疗效评价的临床新工具^[81,433]。有报道,外周血上皮细胞黏附分子阳性 CTC 具有干细胞样特性,是肝癌切除术后早期复发转移的独立预测指标^[434];检测 CTC 总体负荷、CTC 异质性亚型对肝癌病人经导管动脉化疗栓塞治疗后及放射治疗后肿瘤复发转移和进展具有预测作用^[435-436];不同部位、不同时间点检出的 CTC 能预测不同器官转移类型^[437-438];术前 CTC 负荷可以指导外科手术切缘大小,降低复发转移可能^[439]。此外,动态检测 CTC 可以用于监控肝癌肝移植术后肿瘤复发转移^[440]。

cfDNA 是通过细胞凋亡、坏死和分泌释放到血液中的 DNA 物质。在癌症病人中,总 cfDNA 的主要

成分是由肿瘤细胞释放的特异性突变 DNA 片段,即 ctDNA 组成,能够反映肿瘤的遗传信息。据报道,ctDNA 用于肝癌早期诊断的敏感度和特异度均优于血清甲胎蛋白(AFP)^[83,441],还可以动态反映肝癌手术切除效果、评估仑伐替尼、免疫检查点抑制剂治疗的疗效^[442-445]。有研究报道利用外周血低覆盖率全基因组 cfDNA 片段组学特征,可实现肝癌早期诊断和鉴别诊断,曲线下面积达 0.995,有望在临床推广应用^[82]。

近期研究发现,利用特定基因表观遗传修饰特征,如甲基化、5-hmc 等也可以用于肝癌早期诊断^[84,446-447]。基于外周血 cfDNA 甲基化检测的 ELSA-seq 技术平台,所建立的 MCDTB-1 模型可以用于癌症溯源和肝癌早期筛查,显著优于其他癌种^[448]。也有研究报道,通过对 cfDNA 的体细胞突变和甲基化特征的多重同步分析,相互补充,可以更为有效地发现早期肝癌^[449]。此外,其他新型液体活检标志物如血清自身抗体,血浆代谢物、肿瘤相关血小板、循环 T 细胞受体库、外周血免疫细胞亚群检测等在肝癌早期诊断、疗效监测中也表现出一定潜力^[450-453]。

附录 4 推荐肝癌病理诊断报告及主要描述指标

请临床协助填写: 肿瘤部位及术式: 肝叶切除 / 肝段切除 / 局部切除 / 其他: 术前治疗: 无 / 有, 介入 / 消融 / 靶向 / 免疫检查点抑制剂 / 其他:	肿瘤数量 (n=) 肿瘤大小: (多结节性肿瘤应尽可能逐一测量 cm × cm × cm) 肿瘤取材方式: “7 点”取材; 其他:
大体类型: 肝细胞癌: 单结节型有包膜 / 单结节型无包膜、多结节型、巨块型、弥漫型、 其他: 肝内胆管癌: 管周浸润型、肿块型、混合型、其他: 坏死: 无 / 有 (具体比例)	组织学类型: 肝细胞癌: 细梁型、粗梁型、假腺管型、团片型 特殊亚型: 双表型、纤维板层型、硬化型、透明细胞型、富脂型、嫌色型、 富中性粒细胞型、富淋巴细胞型和未分化型、其他: 肝内胆管癌: 大胆管型、小胆管型、细胆管癌、胆管板畸形型 特殊亚型: 腺鳞癌、淋巴上皮瘤样型、肉瘤样型、其他: 混合型肝细胞癌-胆管癌 (分别描述两种肿瘤成分的比例)
分化分级: 肝细胞癌 (I、II、III、IV/ 高、中、低) 肝内胆管癌 (高、中、低)	卫星灶: 无 / 有 MVI: 无 / 有 血管内松散悬浮癌细胞: 无 / 有
大血管癌栓 (巨检 / 手术所见): 无 / 有 大血管癌栓位置 (根据临床信息): MVI 病理分级: M0. 未发现 MVI; M1 (低危组): MVI 数量 ≤ 5 个, 均发生于近癌旁肝组织 (≤ 1 cm); M2a (高危组): MVI 数量 >5 个, 均发生于近癌旁肝组织 (≤ 1 cm); M2b (高危组): MVI 发生于远癌旁肝组织 (> 1 cm)。	大胆管癌栓 (巨检 / 手术所见): 无 / 有 小胆管癌栓 (显微镜下所见): 无 / 有
肝细胞异型增生结节: 无 / 有, 低级别 / 高级别 肝硬化: 无 / 有, 小结节 / 大结节 / 混合结节型 切缘: 无癌, 距肿瘤最近距离 cm	胆管上皮内瘤变: 无 / 有, 低级别 / 高级别 胆管内乳头状肿瘤: 无 / 有, 低级别 / 高级别 肝被膜: 未侵犯 / 侵犯
癌周围肝组织: 肝细胞异型增生: 无 / 肝细胞大、小细胞变 脂肪变程度: 无、轻度、中度、重度 肝炎: 无 / 有, 肝炎程度 G, 纤维化分期 S 胆囊侵犯: 无 / 有	周围神经侵犯: 无 / 有 淋巴结 / 远处转移: 无 / 有, 部位: 膈肌侵犯: 无 / 有
转化治疗 / 新辅助治疗后切除肝癌标本的病理学评估: pCR、SIPR 百分比:	免疫检查点抑制剂治疗后癌旁肝组织免疫相关肝损伤: 无 / 有, 肝细胞损伤、 小叶内肝炎、胆管炎

注: MVI 为微血管侵犯; pCR 为病理学完全缓解; MPR 为明显病理学缓解

附录 5 经动脉介入治疗进展

1 肝动脉灌注化疗(hepatic artery infusionchemot

herapy, HAIC)

作为一种动脉内灌注化疗的介入治疗方式,

HAIC 目前尚未形成统一治疗技术标准,疗效差异较大。日本多中心、随机对照 II 期临床试验研究 (SCOOP-2 试验) 对比顺铂 HAIC 序贯索拉非尼与标准索拉非尼单药治疗晚期肝癌病人,结果显示 HAIC 联合治疗组的中位生存期为 10 个月,对比索拉非尼单药治疗组的 15.2 个月,疗效不理想。HAIC 联合治疗组中有 23% 的病人由于一般状况恶化而无法在 HAIC 后接受任何进一步的治疗^[455]。多中心随机 III 期试验 (SILIUS 试验) 除证实了该前瞻性随机 II 期试验的阴性结果外,还测试了不同的 HAIC 方案 (低剂量顺铂-氟尿嘧啶) 联合索拉非尼对比索拉非尼单药治疗日本晚期肝癌病人,同样为阴性结果^[456]。目前,日本将 HAIC 推荐为 TACE 失败/抵抗后肝功能 Child-Pugh A 级,且靶向药物等系统抗肿瘤进展的肝癌病人或肝功能 Child-Pugh B 级晚期肝癌病人的治疗方式^[457] (证据等级 2, 推荐 B)。近年来我国学者采用 mFOLFOX 为基础的灌注方案使晚期肝癌病人 HAIC 疗效得以提高。目前普遍认为经导管动脉化疗栓塞 (transcatheter arterial chemoembolization, TACE) 疗效优于 HAIC,但有一项针对不伴血管浸润或肝外转移的不可切除大肝癌病人的随机对照研究显示 mFOLFOX-HAIC 疗效优于 TACE^[458]。与 TACE 类似, mFOLFOX-HAIC 对部分肿瘤最大径 > 7 cm, 初始不适合外科手术切除的肝癌病人,有助于转化,但一般建议连续完成 ≥ 4 次的 HAIC 治疗才能达到转化治疗的机会。2023 年,我国学者发表了肝癌 mFOLFOX-HAIC 中国专家共识,为 HAIC 治疗提供了规范化指引和推荐^[459]。

2 TACE 预后的术前预测模型

(1) “Six-and-twelve” 模型: 即将肿瘤大小+数量之和分为 ≤ 6、>6~12、>12 共 3 组。该模型对接受 TACE 治疗的肝癌病人进行个体化预后评估和危险分层,病人的风险分层不同,其中位生存时间差异显著。因此,使用 “Six-and-twelve” 模型,能为肝癌病人 TACE 术前提提供术后预期生存的参考值,辅助病人选择不同的治疗方式^[306] (证据等级 2, 推荐 B)。

(2) TACE 的预后列线图模型: 包含门静脉侵犯、肿瘤数目、肿瘤包膜、血清 AFP、谷草转氨酶、吲哚菁绿 15 min 滞留率等因素。该模型经 868 例肝癌病人验证,其预测生存相关的 C-指数达 0.755^[460]。因此,使用上述两种模型能为肝癌病人 TACE 术前提提供术后预期生存的参考值,辅助病人选择不同的治疗方式。

(3) “TACE-predict” 模型: 是针对肝癌 TACE 人群,可以在术前应用并在术后再次校准的个体化预后评估和危险分层模型。研究发现,肿瘤数目与直径、

AFP、白蛋白、胆红素、血管侵犯、病因是 TACE 术前病人的预后因素; 肿瘤数目与直径、AFP、胆红素、血管侵犯及影像学应答是 TACE 术后病人的预后因素。据此建立了 Pre-TACE-Predict 模型和 Post-TACE-Predict 模型,该模型可分别在 TACE 术前和术后计算病人生存概率。Pre-TACE-Predict 模型和 Post-TACE-Predict 模型的预测能力优于 HAP 和 mHAPIII 评分。Post-TACE-Predict 模型能够在术后对病人进行进一步预后评估和危险分层,并有助于辅助 TACE 后续的治疗决策,对指导临床实践具有重大意义^[461] (证据等级 2, 推荐 B)。

3 TACE/HAIC 联合分子靶向、免疫检查点抑制剂治疗

TACTICS II 期研究表明, TACE 联合索拉非尼较单一 TACE 明显改善不可手术切除 BCLCA/B 期肝癌病人的无进展生存时间 [25.2 个月 vs. 13.5 个月, $P=0.02$, 风险比 (HR) = 0.59], 但总生存时间差异无统计学意义 (36.2 个月 vs. 30.8 个月, $P=0.40$)^[462]。STAH 研究表明, 对于 BCLCC 期的肝癌病人, TACE 联合索拉非尼较单一索拉非尼无生存获益 (12.8 个月 vs. 10.8 个月, $HR=0.91$)^[463]。LAUNCH 研究表明, TACE 联合仑伐替尼较单一仑伐替尼可明显提高晚期肝癌病人的客观缓解率 (54.1% vs. 25%)、无进展生存时间 (10.6 个月 vs. 6.4 个月, $HR=0.43$) 和总生存时间 (17.8 个月 vs. 11.5 个月, $HR=0.45$)^[184]。DEB-TACE 联合仑伐替尼较单一仑伐替尼的真实世界、多中心、回顾性研究显示, 联合治疗能明显提高不可手术切除肝癌病人的客观缓解率 (46.5% vs. 13.1%) 和总生存时间 (15.9 个月 vs. 8.6 个月, $P=0.002$)^[308]。在一线标准系统抗肿瘤治疗耐药后, TACE 联合瑞戈非尼二线治疗的单臂、真实世界研究显示可延长中晚期肝癌病人无进展生存时间至 9.1 个月及总生存时间至 14.3 个月^[464]; 回顾性对照研究也显示, TACE 联合瑞戈非尼较单一瑞戈非尼延长晚期肝癌病人的总生存时间 (11.3 个月 vs. 8.2 个月, $P=0.034$)^[465]。CHANCE001 是目前国内 TACE 联合靶向及免疫治疗肝癌样本量最大的多中心真实世界研究, 证实联合治疗较单纯 TACE 治疗显著改善中晚期肝癌病人的无进展生存时间 (9.5 个月 vs. 8.0 个月, 风险比 0.70) 和总生存时间 (19.2 个月 vs. 15.7 个月, $HR=0.63$)^[309]。CHANCE2211 是 TACE 联合卡瑞利珠单抗克隆抗体和阿帕替尼治疗 BCLCB 或 C 期肝癌的全国多中心、回顾性队列研究, 研究结果显示联合治疗组的中位总生存时间、无进展生存时间和客观缓解率显著优于单纯 TACE 治疗组 (中位总生存时间: 24.1 个月 vs. 15.7

个月, $HR=0.41$; 中位无进展生存时间: 13.5 个月 vs. 7.7 个月, $HR=0.52$; 客观缓解率: 59.5% vs. 37.4%)^[310]。目前, 多项TACE/HAIC联合系统抗肿瘤治疗的III期临床研究正在进行中。

附录 6 TARE 治疗进展

TARE是指采用经皮穿刺将导管插管至肿瘤供血动脉内, 注射带有放射性核素的物质, 通过放射性核素在肿瘤局部聚集和持续内照射毁损并杀灭肿瘤, 从而达到控制肿瘤生长的治疗方法。TARE属内放射范畴, 也称为选择性内放射治疗(selective internal radiation therapy, SIRT)^[466]。与TACE主要通过化疗药物细胞毒作用和肿瘤动脉分支栓塞使肿瘤缺血坏死不同, TARE主要通过放射性核素释放高能量射线(β 射线)持续近距离照射使肿瘤组织坏死。同时, 放射性微球直径较小(20~60 μm), 血管栓塞作用较TACE轻微^[466]。

TARE最常用的放射性微球为钇-90(^{90}Y)微球。根据载体不同, ^{90}Y 微球分为玻璃微球(TheraSphere)和树脂微球(SIR-Sphere)两种^[467]。TheraSphere和SIR-Sphere分别于1999年和2002年获得美国FDA批准用于肝脏恶性肿瘤的TARE治疗, 其中TheraSphere的适应证为治疗不可切除的肝癌, SIR-Sphere的适应证为联合氟脲苷动脉化疗治疗不可手术切除的结直肠癌肝转移。这两种微球在临床实际应用中互有交互。在欧洲、亚洲部分国家和地区还被批准用于治疗其他不能手术切除的肝脏恶性肿瘤, 如胆管细胞癌、神经内分泌肿瘤肝转移等^[468]。

TARE治疗需要由介入放射科、肝脏外科、核医学科、放射肿瘤科和肿瘤内科等组成的多学科团队共同完成。根据病人一般状况、肝功能状况、肿瘤分期、治疗目的等情况以及肝-肺分流等因素制定治疗计划和计算放射性剂量^[467, 469]。

肝癌病人TARE的临床应用主要包括^[470-473]:

(1)早期肝癌病人的根治性治疗, 可使肿瘤完全坏死。(2)中期肝癌病人的降期治疗, 为外科手术切除或肝移植创造条件。(3)晚期肝癌病人(伴门静脉癌栓)的姑息性治疗, 延长病人生存期。(4)放射性肝段或肝叶切除, 治疗肿瘤的同时使余肝体积增加, 为外科手术切除创造机会。(5)与系统抗肿瘤治疗联合, 提高肝癌病人疗效。

尽管TARE是肝癌病人有效的血管内介入治疗方法, 已经在国外临床应用了20余年, 但国内目前仍未获批用于原发性肝癌病人的治疗, 也缺乏中国肝癌病人TARE的数据。期待 ^{90}Y 微球的获批和临床应用, 为我国肝癌病人增加新的治疗方法。

附录 7 肝癌外放射治疗正常组织具体耐受剂量参考

1 立体定向放射治疗

(1)肝功能Child-Pugh A级, 放射治疗分次数3~5 Fx, 正常肝体积[肝脏体积-大体肿瘤体积(Liver-gross tumor volume, Liver-GTV)] $>700\text{ mL}$ 或 $>800\text{ mL}$, Liver-GTV平均剂量分别 $<15\text{ Gy}$ 或 $<18\text{ Gy}$; 放射治疗分次数6 Fx, Liver-GTV体积 $>800\text{ mL}$, 平均剂量 $<20\text{ Gy}$; 每次肿瘤分割剂量4~8 Gy, Liver-GTV平均剂量 $<23\text{ Gy}$ 为安全剂量(证据等级3, 推荐B)^[474-475]。(2)亚洲肝癌病人常伴有肝硬化和脾功能亢进, 导致胃肠道淤血和凝血功能差, 胃肠道的放射耐受剂量低于RTOG推荐的剂量^[476]; 目前文献及专家共识认为, 放射治疗分次数3~5 Fx, 胃和小肠最大剂量均应 $<22.2\sim 35.0\text{ Gy}$, 最佳 $<30\text{ Gy}$ 。(3)放射治疗分次数3~5 Fx, 双肾平均剂量最佳 $<10\text{ Gy}$, 脊髓最大剂量 $<21.9\sim 30\text{ Gy}$, 最佳 $<18\sim 23\text{ Gy}$ ^[477]。

2 常规分割剂量放射治疗

(1)肝功能Child-Pugh A级, Liver-GTV平均剂量 $<28\sim 30\text{ Gy}$; 肝功能Child-Pugh B级者, 肝脏对射线的耐受量明显下降, 最佳 $<6\text{ Gy}$, 避免肝功能Child-Pugh C级病人行肝区放射治疗^[295, 475]。(2)胃和小肠最大剂量均应 $<54\text{ Gy}$, 胃V45 $<45\%$, 小肠V50 $\leq 5\%$ 。(3)双肾平均剂量 $\leq 15\text{ Gy}$, 如一侧肾脏平均剂量 $>19\text{ Gy}$, 则另一侧肾脏尽量避开; 脊髓最大剂量 $<45\text{ Gy}$ ^[474]。

附录 8 《原发性肝癌诊疗指南(2024 年版)》编写专家委员会

名誉主任委员: 汤钊猷, 刘允怡, 郑树森,
王学浩, 陈孝平, 董家鸿,
窦科峰, 滕皋军

主任委员: 樊 嘉

执行主任委员: 周 俭

副主任委员: 秦叔逵, 蔡秀军, 沈 锋, 蔡建强,
李 强, 王伟林, 陈敏山, 孙惠川,
陆骊工, 吴 泓

介入及局部治疗学组组长: 滕皋军

副组长: 韩国宏, 颜志平, 王茂强, 刘瑞宝,
郭金和, 曾昭冲, 梁 萍, 邵国良

内科及系统治疗组组长: 秦叔逵

副组长: 任正刚, 侯金林, 张艳桥, 刘秀峰,
潘宏铭, 毕 锋

外科学组组长: 周 俭

副组长: 周伟平, 刘连新, 文天夫, 匡 铭,

张必翔,陶开山

影像学组组长: 曾蒙苏

副组长: 梁长虹,陈 敏,严福华,徐辉雄,

谢晓燕,居胜红

病理学组组长: 丛文铭

副组长: 纪 元,云径平,李增山

委员(按姓氏汉语拼音排序):

白雪莉,蔡定芳,陈卫霞,陈亚进,陈拥军,

成文武,程树群,代 智,戴朝六,高 强,

郭荣平,郭文治,郭亚兵,花宝金,黄晓武,

蒋涵羽,荚卫东,李 秋,李 涛,李相成,

李 汛,李亚明,李晔雄,梁 军,梁 霄,

凌昌全,刘 辉,刘 嵘,刘天舒,卢实春,

吕国悦,毛一雷,孟志强,彭 涛,任伟新,

施国明,石洪成,石 明,史颖弘,宋天强,

谭 广,王建华,王 葵,王 鲁,王文涛,

王晓颖,王 征,王志明,向邦德,夏 君,

肖永胜,邢宝才,徐建明,徐 钧,杨建勇,

杨欣荣,杨业发,杨云柯,姚小红,尹震宇,

袁振刚,曾永毅,曾 勇,张博恒,张雷达,

张水军,张 倜,张志伟,赵 明,赵永福,

郑红刚,周乐杜,朱继业,朱康顺

秘书长: 孙惠川

副秘书长: 王 征,史颖弘,刘 嵘,张 岚

秘书组: 肖永胜,杨 春,吴志峰,丁振斌,

朱小东,唐 政,黄晓勇,韩 红

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Han BF, Zheng RS, Zeng HM, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. J National Cancer Cent, 2024, 4: 47–53.
- [2] Zheng RS, Zhang SW, Zeng HM, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. J Natl Cancer Center, 2022, 2(1): 1–9.
- [3] Zhou M, Wang H, Zeng X, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2019, 394(10204): 1145–1158.
- [4] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394–424.
- [5] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction– GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 383–394.
- [6] Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 401–406.
- [7] Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation–determinants of a recommendation's direction and strength [J]. J Clin Epidemiol, 2013, 66(7): 726–735.
- [8] American Society of Clinical Oncology. ASCO Guidelines Methodology Manual[EB/OL]. (2021–09–09)[2023–12–15]. <https://society.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/practice-and-guidelines/documents/2023-Guidelines-Methodology-Manual-4-5-23.pdf>
- [9] Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2004, 130(7): 417–422.
- [10] Zeng H, Cao M, Xia C, et al. Performance and effectiveness of hepatocellular carcinoma screening in individuals with HBsAg seropositivity in China: A multicenter prospective study[J]. Nat Cancer, 2023, 4(9): 1382–1394.
- [11] Hou JL, Zhao W, Lee C, et al. Outcomes of long-term treatment of chronic HBV infection with entecavir or other agents from a randomized trial in 24 countries[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(2): 457–467. e21.
- [12] Fan R, Papatheodoridis G, Sun J, et al. aMAP risk score predicts hepatocellular carcinoma development in patients with chronic hepatitis[J]. J Hepatol, 2020, 73(6): 1368–1378.
- [13] Fan R, Chen L, Zhao S, et al. Novel, high accuracy models for hepatocellular carcinoma prediction based on longitudinal data and cell-free DNA signatures[J]. J Hepatol, 2023, 79(4): 933–944.
- [14] 郝新,樊蓉,郭亚兵,等. 创建医院社区一体化“金字塔”肝癌筛查模式,实现肝癌早筛早诊早治[J]. 中华肝脏病杂志, 2021, 29(4): 289–292.
- [15] Dong Y, Wang WP, Lee WJ, et al. Contrast-enhanced ultrasound features of histopathologically proven hepatocellular carcinoma in the non-cirrhotic liver: A multicenter study[J]. Ultrasound Med Biol, 2022, 48(9): 1797–1805.
- [16] Wang WP, Dong Y, Cao J, et al. Detection and characterization of small superficially located focal liver lesions by contrast-enhanced ultrasound with high

- frequency transducers[J]. *Med Ultrason*, 2017, 19(4): 349–356.
- [17] Dong Y, Wang WP, Mao F, et al. Imaging features of fibrolamellar hepatocellular carcinoma with contrast-enhanced ultrasound[J]. *Ultraschall Med*, 2021, 42(3): 306–313.
- [18] Fan PL, Xia HS, Ding H, et al. Characterization of early hepatocellular carcinoma and high-grade dysplastic nodules on contrast-enhanced ultrasound: Correlation with histopathologic findings[J]. *J Ultrasound Med*, 2020, 39(9): 1799–1808.
- [19] Shen YT, Yue WW, Xu HX. Non-invasive imaging in the diagnosis of combined hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma[J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2023, 48(6): 2019–2037.
- [20] Han H, Ji Z, Huang B, et al. The preliminary application of simultaneous display of contrast-enhanced ultrasound and micro-flow imaging technology in the diagnosis of hepatic tumors[J]. *J Ultrasound Med*, 2023, 42(3): 729–737.
- [21] Barr RG, Huang P, Luo Y, et al. Contrast-enhanced ultrasound imaging of the liver: A review of the clinical evidence for SonoVue and Sonazoid[J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2020, 45(11): 3779–3788.
- [22] Dietrich CF, Nolsøe CP, Barr RG, et al. Guidelines and good clinical practice recommendations for contrast-enhanced ultrasound (CEUS) in the liver-update 2020 WFUMB in cooperation with EFSUMB, AFSUMB, AIUM, and FLAUS[J]. *Ultrasound Med Biol*, 2020, 46(10): 2579–2604.
- [23] Lee JY, Minami Y, Choi BI, et al. The AFSUMB consensus statements and recommendations for the clinical practice of contrast-enhanced ultrasound using sonazoid[J]. *J Med Ultrason*, 2020, 28(2): 59–82.
- [24] Zhao CK, Guan X, Pu YY, et al. Response Evaluation using contrast-enhanced ultrasound for unresectable advanced hepatocellular carcinoma treated with tyrosine kinase inhibitors plus anti-PD-1 antibody therapy[J]. *Ultrasound Med Biol*, 2024, 50(1): 142–149.
- [25] Zhou BY, Liu H, Pu YY, et al. Quantitative analysis of pretreatment dynamic contrast-enhanced ultrasound for assessing the response of colorectal liver metastases to chemotherapy plus targeted therapy: A dual-institutional study[J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2024, 49(2): 414–424.
- [26] 王文平, 季正标, 董怡, 等. 实时导航超声造影在小肝癌诊断中的应用研究[J]. *中华医学超声杂志(电子版)*, 2016, 13(1): 56–60.
- [27] Dong Y, Wang WP, Mao F, et al. Application of imaging fusion combining contrast-enhanced ultrasound and magnetic resonance imaging in detection of hepatic cellular carcinomas undetectable by conventional ultrasound[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2016, 31(4): 822–828.
- [28] Bo XW, Xu HX, Wang D, et al. Fusion imaging of contrast-enhanced ultrasound and contrast-enhanced CT or MRI before radiofrequency ablation for liver cancers[J]. *Br J Radiol*, 2016, 89(1067): 20160379.
- [29] Bo XW, Xu HX, Guo LH, et al. Ablative safety margin depicted by fusion imaging with post-treatment contrast-enhanced ultrasound and pre-treatment CECT/CEMRI after radiofrequency ablation for liver cancers[J]. *Br J Radiol*, 2017, 90(1078): 20170063.
- [30] Dong Y, Wang WP, Xu Y, et al. Point shear wave speed measurement in differentiating benign and malignant focal liver lesions[J]. *Med Ultrason*, 2017, 19(3): 259–264.
- [31] Zhuang Y, Ding H, Zhang Y, et al. Two-dimensional shearwave elastography performance in the noninvasive evaluation of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B: Comparison with serum fibrosis indexes[J]. *Radiology*, 2017, 283(3): 873–882.
- [32] Guan X, Chen YC, Xu HX. New horizon of ultrasound for screening and surveillance of non-alcoholic fatty liver disease spectrum[J]. *Eur J Radiol*, 2022, 154: 110450.
- [33] Huang YL, Bian H, Zhu YL, et al. Quantitative diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease with ultrasound attenuation imaging in a biopsy-proven cohort[J]. *Acad Radiol*, 2023, 30(Suppl 1): S155–S163.
- [34] Chen Y, Lu Q, Zhu Y, et al. Prediction of microvascular invasion in combined hepatocellular-cholangiocarcinoma based on pre-operative clinical data and contrast-enhanced ultrasound characteristics[J]. *Ultrasound Med Biol*, 2022, 48(7): 1190–1201.
- [35] Zhang H, Guo L, Wang D, et al. Multi-source transfer learning via multi-kernel support vector machine plus for B-mode ultrasound-based computer-aided diagnosis of liver cancers[J]. *IEEE J Biomed Health Inform*, 2021, 25(10): 3874–3885.
- [36] Ding W, Wang Z, Liu FY, et al. A hybrid machine learning model based on semantic information can optimize treatment decision for naïve single 3–5-cm HCC patients[J]. *Liver Cancer*, 2022, 11(3): 256–267.

- [37] Liu F, Liu D, Wang K, et al. Deep learning radiomics based on contrast-enhanced ultrasound might optimize curative treatments for very-early or early-stage hepatocellular carcinoma patients[J]. *Liver Cancer*, 2020, 9(4): 397–413.
- [38] Lee YJ, Lee JM, Lee JS, et al. Hepatocellular carcinoma: diagnostic performance of multidetector CT and MR imaging—a systematic review and meta-analysis[J]. *Radiology*, 2015, 275 (1): 97–109.
- [39] Liu X, Jiang H, Chen J, et al. Gadoxetic acid disodium-enhanced magnetic resonance imaging outperformed multidetector computed tomography in diagnosing small hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis[J]. *Liver Transpl*, 2017, 23(12): 1505–1518.
- [40] Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, et al. Diagnosis, staging, and management of hepatocellular carcinoma: 2018 practice guidance by the American association for the study of liver diseases[J]. *Hepatology*, 2018, 68(2): 723–750.
- [41] Vogel A, Cervantes A, Chau I, et al. Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[J]. *Ann Oncol*, 2018, 29(suppl 4): iv238–iv255.
- [42] Omata M, Cheng AL, Kokudo N, et al. Asia-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma: A 2017 update[J]. *Hepatol Int*, 2017, 11(4): 317–370.
- [43] Cho ES, Choi JY. MRI features of hepatocellular carcinoma related to biologic behavior[J]. *Korean J Radiol*, 2015, 16(3): 449–464.
- [44] Hwang J, Kim YK, Jeong WK, et al. Nonhypervascular hypointense nodules at Gadoxetic acid-enhanced MR imaging in chronic liver disease: Diffusion-weighted imaging for characterization[J]. *Radiology*, 2015, 276(1): 137–146.
- [45] Huang P, Ni X, Zhou C, et al. Subcentimeter nodules with diagnostic hallmarks of hepatocellular carcinoma: comparison of pathological features and survival outcomes with nodules measuring 1–2 cm[J]. *J Hepatocell Carcinoma*, 2023, 10: 169–180.
- [46] Zeng MS, Ye HY, Guo L, et al. Gd-EOB-DTPA-enhanced magnetic resonance imaging for focal liver lesions in Chinese patients: A multicenter, open-label, phase III study[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2013, 12(6): 607–616.
- [47] Ichikawa T, Saito K, Yoshioka N, et al. Detection and characterization of focal liver lesions: A Japanese phase III, multicenter comparison between gadoxetic acid disodium-enhanced magnetic resonance imaging and contrast-enhanced computed tomography predominantly in patients with hepatocellular carcinoma and chronic liver disease[J]. *Invest Radiol*, 2010, 45(3): 133–141.
- [48] Wang W, Yang C, Zhu K, et al. Recurrence after curative resection of HBV-related hepatocellular carcinoma: diagnostic algorithms on gadoxetic acid-enhanced MRI[J]. *Liver Transpl*, 2020, 26(6): 751–763.
- [49] Yoo SH, Choi JY, Jang JW, et al. Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI is better than MDCT in decision making of curative treatment for hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg Oncol*, 2013, 20(9): 2893–2900.
- [50] Rao SX, Wang J, Wang J, et al. Chinese consensus on the clinical application of hepatobiliary magnetic resonance imaging contrast agent: Gadoxetic acid disodium[J]. *J Dig Dis*, 2019, 20(2): 54–61.
- [51] Huang P, Zhou C, Wu F, et al. An improved diagnostic algorithm for subcentimeter hepatocellular carcinoma on gadoxetic acid-enhanced MRI[J]. *Eur Radiol*, 2023, 33(4): 2735–2745.
- [52] Renzulli M, Biselli M, Brocchi S, et al. New hallmark of hepatocellular carcinoma, early hepatocellular carcinoma and highgrade dysplastic nodules on Gd-EOB-DTPA MRI in patients with cirrhosis: a new diagnostic algorithm[J]. *Gut*, 2018, 67(9): 1674–1682.
- [53] Chang Y, Jeong SW, Young Jang J, et al. Recent updates of transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma[J]. *Int J Mol Sci*, 2020, 21(21): 8165.
- [54] Kudo M, Izumi N, Kokudo N, et al. Management of hepatocellular carcinoma in Japan: consensus-based clinical practice guidelines proposed by the Japan Society of Hepatology (JSH) 2010 updated version[J]. *Dig Dis*, 2011, 29(3): 339–364.
- [55] Shi J, Lai EC, Li N, et al. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus[J]. *Ann Surg Oncol*, 2010, 17(8): 2073–2080.
- [56] Chen M, Cao J, Hu J, et al. Clinical-radiomic analysis for pretreatment prediction of objective response to first transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma[J]. *Liver Cancer*, 2021, 10(1): 38–51.
- [57] Xu X, Zhang HL, Liu QP, et al. Radiomic analysis of contrast-enhanced CT predicts microvascular invasion and outcome in hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2019, 70(6): 1133–1144.
- [58] Chong HH, Yang L, Sheng RF, et al. Multi-scale and

- multiparametric radiomics of gadoxetate disodium-enhanced MRI predicts microvascular invasion and outcome in patients with solitary hepatocellular carcinoma ≤ 5 cm[J]. *Eur Radiol*, 2021, 31(7): 4824–4838.
- [59] Yang L, Gu D, Wei J, et al. A radiomics nomogram for preoperative prediction of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma[J]. *Liver Cancer*, 2019, 8(5): 373–386.
- [60] Lei Z, Li J, Wu D, et al. Nomogram for preoperative estimation of microvascular invasion risk in hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma within the milan criteria[J]. *JAMA Surg*, 2016, 151(4): 356–363.
- [61] Moustafa AS, Abdel Aal AK, Ertel N, et al. Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with extrahepatic collateral blood supply: Anatomic and technical considerations[J]. *Radiographics*, 2017, 37(3): 963–977.
- [62] Pung L, Ahmad M, Mueller K, et al. The role of cone-beam CT in transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis[J]. *J Vasc Interv Radiol*, 2017, 28(3): 334–341.
- [63] Lin CY, Chen JH, Liang JA, et al. 18F-FDG PET or PET/CT for detecting extrahepatic metastases or recurrent hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. *Eur J Radiol*, 2012, 81(9): 2417–2422.
- [64] Park JW, Kim JH, Kim SK, et al. A prospective evaluation of 18F-FDG and 11C-acetate PET/CT for detection of primary and metastatic hepatocellular carcinoma[J]. *J Nucl Med*, 2008, 49(12): 1912–1921.
- [65] Boellaard R, O'Doherty MJ, Weber WA, et al. FDG PET and PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour PET imaging: version 1. 0[J]. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 2010, 37(1): 181–200.
- [66] Chalian H, Töre HG, Horowitz JM, et al. Radiologic assessment of response to therapy: comparison of RECIST Versions 1. 1 and 1. 0[J]. *Radiographics*, 2011, 31(7): 2093–2105.
- [67] Wahl RL, Jacene H, Kasamon Y, et al. From RECIST to PERCIST: Evolving Considerations for PET response criteria in solid tumors[J]. *J Nucl Med*, 2009, 50(suppl 1): 122–150.
- [68] Ferda J, Ferdová E, Baxa J, et al. The role of 18F-FDG accumulation and arterial enhancement as biomarkers in the assessment of typing, grading and staging of hepatocellular carcinoma using 18F-FDG-PET/CT with integrated dual-phase CT angiography[J]. *Anticancer Res*, 2015, 35(4): 2241–2246.
- [69] Hyun SH, Eo JS, Lee JW, et al. Prognostic value of 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography in patients with Barcelona Clinic Liver Cancer stages 0 and A hepatocellular carcinomas: A multicenter retrospective cohort study[J]. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 2016, 43(9): 1638–1645.
- [70] Na SJ, Oh JK, Hyun SH, et al. 18F-FDG PET/CT can predict survival of advanced hepatocellular carcinoma patients: A multicenter retrospective cohort study[J]. *J Nucl Med*, 2017, 58(5): 730–736.
- [71] Bertagna F, Bertoli M, Bosio G, et al. Diagnostic role of radiolabelled choline PET or PET/CT in hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. *Hepatol Int*, 2014, 8(4): 493–500.
- [72] Cheung TT, Ho CL, Lo CM, et al. 11C-acetate and 18F-FDG PET/CT for clinical staging and selection of patients with hepatocellular carcinoma for liver transplantation on the basis of Milan criteria: surgeon's perspective[J]. *J Nucl Med*, 2013, 54(2): 192–200.
- [73] Siripongsatian D, Promteangtrong C, Kunawudhi A, et al. Comparisons of quantitative parameters of Ga-68-labelled fibroblast activating protein inhibitor (FAPI) PET/CT and [18F]F-FDG PET/CT in patients with liver malignancies[J]. *Mol Imaging Biol*, 2022, 24(5): 818–829.
- [74] Lan L, Zhang S, Xu T, et al. Prospective comparison of 68GaFAPI versus 18F-FDG PET/CT for tumor staging in biliary tract cancers[J]. *Radiology*, 2022, 304(3): 648–657.
- [75] Zhang Y, Shi H, Cheng D, et al. Added value of SPECT/spiral CT versus SPECT in diagnosing solitary spinal lesions in patients with extraskelatal malignancies[J]. *Nucl Med Commun*, 2013, 34(5): 451–458.
- [76] Hectors SJ, Wagner M, Besa C, et al. Multiparametric FDGPET/MRI of hepatocellular carcinoma: Initial experience[J]. *Contrast Media Mol Imaging*, 2018, 2018: 5638283.
- [77] Zhou J, Yu L, Gao X, et al. Plasma microRNA panel to diagnose hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma[J]. *J Clin Oncol*, 2011, 29(36): 4781–4788.
- [78] Best J, Bechmann LP, Sowa JP, et al. GALAD score detects early hepatocellular carcinoma in an international cohort of patients with nonalcoholic steatohepatitis[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2020, 18(3): 728–735. e4.

- [79] Piratvisuth T, Hou J, Tanwandee T, et al. Development and clinical validation of a novel algorithmic score (GAAD) for detecting HCC in prospective cohort studies [J]. *Hepatol Commun*, 2023, 7(11): e0317.
- [80] Yang T, Xing H, Wang G, et al. A novel online calculator based on serum biomarkers to detect hepatocellular carcinoma among patients with hepatitis B [J]. *Clin Chem*, 2019, 65(12): 1543–1553.
- [81] Guo W, Sun YF, Shen MN, et al. Circulating tumor cells with stem-like phenotypes for diagnosis, prognosis, and therapeutic response evaluation in hepatocellular carcinoma [J]. *Clin Cancer Res*, 2018, 24(9): 2203–2213.
- [82] Zhang X, Wang Z, Tang W, et al. Ultrasensitive and affordable assay for early detection of primary liver cancer using plasma cell-free DNA fragmentomics [J]. *Hepatology*, 2022, 76(2): 317–329.
- [83] Qu C, Wang Y, Wang P, et al. Detection of early-stage hepatocellular carcinoma in asymptomatic HBsAg-seropositive individuals by liquid biopsy [J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2019, 116(13): 6308–6312.
- [84] Cai J, Chen L, Zhang Z, et al. Genome-wide mapping of 5-hydroxymethylcytosines in circulating cell-free DNA as a non-invasive approach for early detection of hepatocellular carcinoma [J]. *Gut*, 2019, 68(12): 2195–2205.
- [85] Forner A, Vilana R, Ayuso C, et al. Diagnosis of hepatic nodules 20 mm or smaller in cirrhosis: Prospective validation of the noninvasive diagnostic criteria for hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatology*, 2008, 47(1): 97–104.
- [86] Roberts LR, Sirlin CB, Zaiem F, et al. Imaging for the diagnosis of hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis [J]. *Hepatology*, 2018, 67(1): 401–421.
- [87] European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma [J]. *J Hepatol*, 2018, 69(1): 182–236.
- [88] Cong WM, Bu H, Chen J, et al. Practice guidelines for the pathological diagnosis of primary liver cancer: 2015 update [J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(42): 9279–9287.
- [89] The WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO classification of tumours, 5th edition, digestive system tumours [M]. Lyon: IARC Press, 2019: 254–259.
- [90] 王瀚, 陈骏, 张欣, 等. 肝内胆管癌病理诊断专家共识 (2022 版) [J]. *中华病理学杂志*, 2022, 51(9): 819–827.
- [91] Huang YH, Zhang CZ, Huang QS, et al. Clinicopathologic features, tumor immune microenvironment and genomic landscape of Epstein–Barr virus-associated intrahepatic cholangiocarcinoma [J]. *J Hepatol*, 2021, 74(4): 838–849.
- [92] Yu WL, Yu G, Dong H, et al. Proteomics analysis identified TPI1 as a novel biomarker for predicting recurrence of intrahepatic cholangiocarcinoma [J]. *J Gastroenterol*, 2020, 55(12): 1171–1182.
- [93] Cong WM. Surgical pathology of hepatobiliary tumors [M]. Singapore: Springer, 2017: 145–216.
- [94] Chen L, Chen S, Zhou Q, et al. Microvascular invasion status and its survival impact in hepatocellular carcinoma depend on tissue sampling protocol [J]. *Ann Surg Oncol*, 2021, 28(11): 6747–6757.
- [95] Nara S, Shimada K, Sakamoto Y, et al. Prognostic impact of marginal resection for patients with solitary hepatocellular carcinoma: evidence from 570 hepatectomies [J]. *Surgery*, 2012, 151(4): 526–536.
- [96] 丛文铭. 肝胆肿瘤外科病理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 276–339.
- [97] Lu XY, Xi T, Lau WY, et al. Hepatocellular carcinoma expressing cholangiocyte phenotype is a novel subtype with highly aggressive behavior [J]. *Ann Surg Oncol*, 2011, 18(8): 2210–2217.
- [98] Zhuo J, Lu D, Lin Z, et al. The distinct responsiveness of cytokeratin 19-positive hepatocellular carcinoma to regorafenib [J]. *Cell Death Dis*, 2021, 12(12): 1084.
- [99] Scheuer PJ. Classification of chronic viral hepatitis: a need for reassessment [J]. *J Hepatol*, 1991, 13(3): 372–374.
- [100] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会, 中华医学会肝病学会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. *中华传染病杂志*, 2001, 19(1): 56–62.
- [101] World Health Organization. guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection [EB/OL]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305553/pdf/Bookshelf_NBK305553.pdf
- [102] Rodríguez-Perálvarez M, Luong TV, Andreana L, et al. A systematic review of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic variability [J]. *Ann Surg Oncol*, 2013, 20(1): 325–339.
- [103] Wang H, Chen JJ, Yin SY, et al. A grading system of microvascular invasion for patients with hepatocellular

- carcinoma undergoing liver resection with curative intent: A multicenter study[J]. *J Hepatocell Carcinoma*, 2024, 11: 191–206.
- [104] Zheng Z, Guan R, Jianxi W, et al. Microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: A Review of its definition, clinical significance, and comprehensive management [J]. *J Oncol*, 2022, 2022: 9567041.
- [105] Sheng X, Ji Y, Ren GP, et al. A standardized pathological proposal for evaluating microvascular invasion of hepatocellular carcinoma: a multicenter study by LCPGC [J]. *Hepatol Int*, 2020, 14(6): 1034–1047.
- [106] Isik B, Gonultas F, Sahin T, et al. Microvascular venous invasion in hepatocellular carcinoma: Why do recurrences occur?[J]. *J Gastrointest Cancer*, 2020, 51(4): 1133–1136.
- [107] Kendall T, Verheij J, Gaudio E, et al. Anatomical, histomorphological and molecular classification of cholangiocarcinoma[J]. *Liver Int*, 2019, 39(suppl 1): 7–18.
- [108] Zou Y, Zhu K, Pang Y, et al. Molecular detection of FGFR2 rearrangements in resected intrahepatic cholangiocarcinomas: FISH could be an ideal method in patients with histological small duct subtype[J]. *J Clin Transl Hepatol*, 2023, 11(6): 1355–1367.
- [109] Dong L, Lu D, Chen R, et al. Proteogenomic characterization identifies clinically relevant subgroups of intrahepatic cholangiocarcinoma[J]. *Cancer Cell*, 2022, 40(1): 70–87. e15.
- [110] Travis WD, Dacic S, Wistuba I, et al. IASLC multidisciplinary recommendations for pathologic assessment of lung cancer resection specimens after neoadjuvant therapy[J]. *J Thorac Oncol*, 2020, 15(5): 709–740.
- [111] Allard MA, Sebah M, Ruiz A, et al. Does pathological response after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients with cirrhosis predict outcome after liver resection or transplantation?[J]. *J Hepatol*, 2015, 63(1): 83–92.
- [112] Stein JE, Lipson EJ, Cottrell TR, et al. Pan-tumor pathologic scoring of response to PD–L1 blockade[J]. *Clin Cancer Res*, 2020, 26(3): 545–551.
- [113] Imamura H, Seyama Y, Kokudo N, et al. One thousand fifty-six hepatectomies without mortality in 8 years[J]. *Arch Surg*, 2003, 138(11): 1198–1206.
- [114] Kubota K, Makuuchi M, Kusaka K, et al. Measurement of liver volume and hepatic functional reserve as a guide to decision-making in resectional surgery for hepatic tumors[J]. *Hepatology*, 1997, 26(5): 1176–1181.
- [115] Bruix J, Castells A, Bosch J, et al. Surgical resection of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients: prognostic value of preoperative portal pressure[J]. *Gastroenterology*, 1996, 111(4): 1018–1022.
- [116] Cescon M, Colecchia A, Cucchetti A, et al. Value of transient elastography measured with FibroScan in predicting the outcome of hepatic resection for hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg*, 2012, 256(5): 706–713.
- [117] Shen Y, Zhou C, Zhu G, et al. Liver stiffness assessed by shear wave elastography predicts postoperative liver failure in patients with hepatocellular carcinoma[J]. *J Gastrointest Surg*, 2017, 21(9): 1471–1479.
- [118] Rajakannu M, Cherqui D, Ciacio O, et al. Liver stiffness measurement by transient elastography predicts late posthepatectomy outcomes in patients undergoing resection for hepatocellular carcinoma[J]. *Surgery*, 2017, 162(4): 766–774.
- [119] Zhong JH, Ke Y, Gong WF, et al. Hepatic resection associated with good survival for selected patients with intermediate and advanced-stage hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg*, 2014, 260(2): 329–340.
- [120] Xiao H, Zhang B, Mei B, et al. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma in patients with portal hypertension: A long-term benefit compared with transarterial chemoembolization and thermal ablation [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2015, 94(7): e495.
- [121] Bosch J, Abraldes JG, Berzigotti A, et al. The clinical use of HVPG measurements in chronic liver disease[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2009, 6(10): 573–582.
- [122] Chen X, Zhai J, Cai X, et al. Severity of portal hypertension and prediction of postoperative liver failure after liver resection in patients with Child–Pugh grade A cirrhosis[J]. *Br J Surg*, 2012, 99(12): 1701–1710.
- [123] Chin KM, Prieto M, Cheong CK, et al. Outcomes after curative therapy for hepatocellular carcinoma in patients with non-alcoholic fatty liver disease: A Meta-analysis and review of current literature[J]. *HPB (Oxford)*, 2021, 23(8): 1164–1174.
- [124] Mirdad RS, Madison Hyer J, Diaz A, et al. Postoperative imaging surveillance for hepatocellular carcinoma: How much is enough?[J]. *J Surg Oncol*, 2021, 123(7): 1568–1577.
- [125] Chen MS, Li JQ, Zheng Y, et al. A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma

- [J]. *Ann Surg*, 2006, 243(3): 321–328.
- [126] Kudo M, Hasegawa K, Kawaguchi Y, et al. A multicenter randomized controlled trial to evaluate the efficacy of surgery versus radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma (SURF trial): Analysis of overall survival[J]. *J Clin Oncol*, 2021, 39(15_suppl): 4093.
- [127] Yamashita T, Kawaguchi Y, Kaneko S, et al. A multicenter, non-randomized, controlled trial to evaluate the efficacy of surgery versus radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma (SURF trial): Analysis of overall survival[J]. *J Clin Oncol*, 2022, 40(16_suppl): 4095.
- [128] Mohkam K, Dumont PN, Manichon AF, et al. No-touch multibipolar radiofrequency ablation vs. surgical resection for solitary hepatocellular carcinoma ranging from 2 to 5 cm[J]. *J Hepatol*, 2018, 68(6): 1172–1180.
- [129] Xu XL, Liu XD, Liang M, et al. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinoma: Systematic review of randomized controlled trials with Meta-analysis and trial sequential analysis [J]. *Radiology*, 2018, 287(2): 461–472.
- [130] Liu PH, Hsu CY, Hsia CY, et al. Surgical resection versus radiofrequency ablation for single hepatocellular carcinoma ≤ 2 cm in a propensity score model[J]. *Ann Surg*, 2016, 263(3): 538–545.
- [131] Feng K, Yan J, Li X, et al. A randomized controlled trial of radiofrequency ablation and surgical resection in the treatment of small hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2012, 57(4): 794–802.
- [132] Xu Q, Kobayashi S, Ye X, et al. Comparison of hepatic resection and radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis of 16, 103 patients[J]. *Sci Rep*, 2014, 4: 7252.
- [133] Xia Y, Li J, Liu G, et al. Long-term effects of repeat hepatectomy vs percutaneous radiofrequency ablation among patients with recurrent hepatocellular carcinoma: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Oncol*, 2020, 6(2): 255–263.
- [134] Yin L, Li H, Li AJ, et al. Partial hepatectomy vs. transcatheter arterial chemoembolization for resectable multiple hepatocellular carcinoma beyond Milan Criteria: a RCT[J]. *J Hepatol*, 2014, 61(1): 82–88.
- [135] Torzilli G, Belghiti J, Kokudo N, et al. A snapshot of the effective indications and results of surgery for hepatocellular carcinoma in tertiary referral centers: is it adherent to the EASL/ AASLD recommendations? An observational study of the HCC East–West study group [J]. *Ann Surg*, 2013, 257(5): 929–937.
- [136] Hyun MH, Lee YS, Kim JH, et al. Hepatic resection compared to chemoembolization in intermediate- to advanced-stage hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis of high-quality studies[J]. *Hepatology*, 2018, 68(3): 977–993.
- [137] Tsilimigras DI, Mehta R, Paredes AZ, et al. Overall Tumor Burden Dictates Outcomes for Patients Undergoing Resection of Multinodular Hepatocellular Carcinoma Beyond the Milan Criteria[J]. *Ann Surg*, 2020, 272(4): 574–581.
- [138] Famularo S, Donadon M, Cipriani F, et al. Hepatectomy versus sorafenib in advanced nonmetastatic hepatocellular carcinoma: A real-life multicentric weighted comparison[J]. *Ann Surg*, 2022, 275(4): 743–752.
- [139] Kokudo T, Hasegawa K, Matsuyama Y, et al. Survival benefit of liver resection for hepatocellular carcinoma associated with portal vein invasion[J]. *J Hepatol*, 2016, 65(5): 938–943.
- [140] Zhang XP, Gao YZ, Chen ZH, et al. An eastern hepatobiliary surgery hospital/portal vein tumor thrombus scoring system as an aid to decision making on hepatectomy for hepatocellular carcinoma patients with portal vein tumor thrombus: A multicenter study[J]. *Hepatology*, 2019, 69(5): 2076–2090.
- [141] Govalan R, Lauzon M, Luu M, et al. Comparison of surgical resection and systemic treatment for hepatocellular carcinoma with vascular invasion: National cancer database analysis[J]. *Liver Cancer*, 2021, 10(5): 407–418.
- [142] Pawlik TM, Poon RT, Abdalla EK, et al. Hepatectomy for hepatocellular carcinoma with major portal or hepatic vein invasion: results of a multicenter study[J]. *Surgery*, 2005, 137(4): 403–410.
- [143] Lu J, Zhang XP, Zhong BY, et al. Management of patients with hepatocellular carcinoma and portal vein tumour thrombosis: comparing east and west [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2019, 4(9): 721–730.
- [144] Fan J, Zhou J, Wu ZQ, et al. Efficacy of different treatment strategies for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis[J]. *World J Gastroenterol*, 2005, 11(8): 1215–1219.
- [145] Wei X, Jiang Y, Zhang X, et al. Neoadjuvant three-dimensional conformal radiotherapy for resectable hepatocellular carcinoma with portal vein tumor

- thrombus: A randomized, openlabel, multicenter controlled study[J]. *J Clin Oncol*, 2019, 37(24): 2141–2151.
- [146] Wang K, Guo WX, Chen MS, et al. Multimodality treatment for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: A large-scale, multicenter, propensity matching score analysis[J]. *Medicine(Baltimore)*, 2016, 95(11): e3015.
- [147] Li XL, Zhu XD, Cai H, et al. Postoperative α -fetoprotein response predicts tumor recurrence and survival after hepatectomy for hepatocellular carcinoma: A propensity score matching analysis[J]. *Surgery*, 2019, 165(6): 1161–1167.
- [148] Yang J, Tao HS, Cai W, et al. Accuracy of actual resected liver volume in anatomical liver resections guided by 3-dimensional parenchymal staining using fusion indocyanine green fluorescence imaging[J]. *J Surg Oncol*, 2018, 118(7): 1081–1087.
- [149] Mise Y, Hasegawa K, Satou S, et al. How has virtual hepatectomy changed the practice of liver surgery?: experience of 1194 virtual hepatectomy before liver resection and living donor liver transplantation[J]. *Ann Surg*, 2018, 268(1): 127–133.
- [150] 中华医学会数字医学分会, 中国研究型医院学会数字智能化外科专业委员会, 中国医师协会肝癌专业委员会, 等. 计算机辅助联合吲哚菁绿分子荧光影像技术在肝脏肿瘤诊断和手术导航中应用指南(2019 版)[J]. *中国实用外科杂志*, 2019, 39(7): 641–650.
- [151] Jiang HT, Cao JY. Impact of laparoscopic versus open hepatectomy on perioperative clinical outcomes of patients with primary hepatic carcinoma[J]. *Chin Med Sci J*, 2015, 30(2): 80–83.
- [152] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会. 腹腔镜肝切除手术治疗肝细胞癌中国专家共识(2020 版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2020, 19(11): 1119–1134.
- [153] Zhu P, Liao W, Zhang WG, et al. A prospective study using propensity score matching to compare long-term survival outcomes after roboticassisted, laparoscopic, or open liver resection for patients with BCLC stage 0–A hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg*, 2023, 277(1): e103–e111.
- [154] Wang Q, Li HJ, Dai XM, et al. Laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma in elderly patients: Systematic review and Meta-analysis of propensity-score matched studies[J]. *Int J Surg*, 2022, 105: 106821.
- [155] Wang X, Teh CSC, Ishizawa T, et al. Consensus guidelines for the use of fluorescence imaging in hepatobiliary surgery[J]. *Ann Surg*, 2021, 274(1): 97–106.
- [156] Di Benedetto F, Magistri P, Di Sandro S, et al. Safety and efficacy of robotic vs open liver resection for hepatocellular carcinoma[J]. *JAMA Surg*, 2023, 158(1): 46–54.
- [157] 夏永祥, 张峰, 李相成, 等. 原发性肝癌 10966 例外科治疗分析[J]. *中华外科杂志*, 2021, 59(1): 6–17.
- [158] Hidaka M, Eguchi S, Okuda K, et al. Impact of anatomical resection for hepatocellular carcinoma with microportal invasion (vp1): A multi-institutional study by the kyushu study group of liver surgery[J]. *Ann Surg*, 2020, 271(2): 339–346.
- [159] Zhong FP, Zhang YJ, Liu Y, et al. Prognostic impact of surgical margin in patients with hepatocellular carcinoma: A meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(37): e8043.
- [160] Shi M, Guo RP, Lin XJ, et al. Partial hepatectomy with wide versus narrow resection margin for solitary hepatocellular carcinoma: A prospective randomized trial [J]. *Ann Surg*, 2007, 245(1): 36–43.
- [161] Yang P, Si A, Yang J, et al. A wide-margin liver resection improves long-term outcomes for patients with HBV-related hepatocellular carcinoma with microvascular invasion[J]. *Surgery*, 2019, 165(4): 721–730.
- [162] Liao K, Yang K, Cao L, et al. Laparoscopic anatomical versus non-anatomical hepatectomy in the treatment of hepatocellular carcinoma: A randomised controlled trial [J]. *Int J Surg*, 2022, 102: 106652.
- [163] Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al. Anterior approach for major right hepatic resection for large hepatocellular carcinoma [J]. *Ann Surg*, 2000, 232(1): 25–31.
- [164] Zhou C, Peng Y, Zhou K, et al. Surgical resection plus radiofrequency ablation for the treatment of multifocal hepatocellular carcinoma[J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2019, 8(1): 19–28.
- [165] Zhang ZM, Lai EC, Zhang C, et al. The strategies for treating primary hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus[J]. *Int J Surg*, 2015, 20: 8–16.
- [166] Fu SY, Lau WY, Li AJ, et al. Liver resection under total vascular exclusion with or without preceding Pringle manoeuvre[J]. *Br J Surg*, 2010, 97(1): 50–55.
- [167] Satoh S, Ikai I, Honda G, et al. Clinicopathologic evaluation of hepatocellular carcinoma with bile duct thrombi[J]. *Surgery*, 2000, 128(5): 779–783.
- [168] Kim DS, Kim BW, Hatano E, et al. Surgical outcomes of

- hepatocellular carcinoma with bile duct tumor thrombus: A Korea–Japan multicenter study[J]. *Ann Surg*, 2020, 271(5): 913–921.
- [169] Zhu XD, Huang C, Shen YH, et al. Downstaging and resection of initially unresectable hepatocellular carcinoma with tyrosine kinase inhibitor and anti-PD-1 antibody combinations[J]. *Liver Cancer*, 2021, 10(4): 320–329.
- [170] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会. 精准肝切除术专家共识[J]. *中华消化外科杂志*, 2017, 16(9): 883–893.
- [171] Aloia TA. Associating Liver Partition and Portal vein ligation for staged hepatectomy: Portal vein embolization should remain the gold standard[J]. *JAMA Surg*, 2015, 150(10): 927–928.
- [172] Piron L, Deshayes E, Escal L, et al. Portal vein embolization: Present and future[J]. *Bull Cancer*, 2017, 104(5): 407–416.
- [173] Ogata S, Belghiti J, Farges O, et al. Sequential arterial and portal vein embolizations before right hepatectomy in patients with cirrhosis and hepatocellular carcinoma[J]. *Br J Surg*, 2006, 93(9): 1091–1098.
- [174] Hwang S, Ha TY, Ko GY, et al. Preoperative sequential portal and hepatic vein embolization in patients with hepatobiliary malignancy[J]. *World J Surg*, 2015, 39(12): 2990–2998.
- [175] Dupré A, Hitier M, Peyrat P, et al. Associating portal embolization and artery ligation to induce rapid liver regeneration in staged hepatectomy[J]. *Br J Surg*, 2015, 102(12): 1541–1550.
- [176] Glantzounis GK, Tokidis E, Basourakos SP, et al. The role of portal vein embolization in the surgical management of primary hepatobiliary cancers. A systematic review[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2017, 43(1): 32–41.
- [177] Schnitzbauer AA, Lang SA, Goessmann H, et al. Right portal vein ligation combined with in situ splitting induces rapid left lateral liver lobe hypertrophy enabling 2–staged extended right hepatic resection in small-for-size settings[J]. *Ann Surg*, 2012, 255(3): 405–414.
- [178] Wang Z, Peng Y, Hu J, et al. Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy for unresectable hepatitis B virus–related hepatocellular carcinoma: A single center study of 45 patients[J]. *Ann Surg*, 2020, 271(3): 534–541.
- [179] Peng Y, Wang Z, Qu X, et al. Transcatheter arterial embolization–salvaged ALPPS, a novel ALPPS procedure especially for patients with hepatocellular carcinoma and severe fibrosis/ cirrhosis[J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2022, 11(4): 504–514.
- [180] Li PP, Huang G, Jia NY, et al. Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy versus sequential transarterial chemoembolization and portal vein embolization in staged hepatectomy for HBV–related hepatocellular carcinoma: A randomized comparative study[J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2022, 11(1): 38–51.
- [181] Zhang Y, Huang G, Wang Y, et al. Is salvage liver resection necessary for initially unresectable hepatocellular carcinoma patients downstaged by transarterial chemoembolization? Ten years of experience[J]. *Oncologist*, 2016, 21(12): 1442–1449.
- [182] Lyu N, Kong Y, Mu L, et al. Hepatic arterial infusion of oxaliplatin plus fluorouracil/leucovorin vs. sorafenib for advanced hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2018, 69(1): 60–69.
- [183] He M, Li Q, Zou R, et al. Sorafenib plus hepatic arterial infusion of oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin vs sorafenib alone for hepatocellular carcinoma with portal vein invasion: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Oncol*, 2019, 5(7): 953–960.
- [184] Peng Z, Fan W, Zhu B, et al. Lenvatinib combined with transarterial chemoembolization as first–line treatment for advanced hepatocellular carcinoma: A phase III, randomized clinical trial (LAUNCH)[J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41(1): 117–127.
- [185] Li B, Qiu J, Zheng Y, et al. Conversion to resectability using transarterial chemoembolization combined with hepatic arterial infusion chemotherapy for initially unresectable hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg Open*, 2021, 2(2): e057.
- [186] Byun HK, Kim HJ, Im YR, et al. Dose escalation by intensity modulated radiotherapy in liver–directed concurrent chemora–diotherapy for locally advanced BCLC stage C hepatocellular carcinoma[J]. *Radiother Oncol*, 2019, 133: 1–8.
- [187] Pinna AD, Yang T, Mazzaferro V, et al. Liver transplantation and hepatic resection can achieve cure for hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Surg*, 2018, 268(5): 868–875.
- [188] Tabrizian P, Jibara G, Shrager B, et al. Recurrence of hepatocellular cancer after resection: patterns, treatments, and prognosis[J]. *Ann Surg*, 2015, 261(5): 947–955.
- [189] Chan A, Zhong J, Berhane S, et al. Development of pre and post–operative models to predict early recurrence of

- hepatocellular carcinoma after surgical resection[J]. *J Hepatol*, 2018, 69(6): 1284–1293.
- [190] Wu JC, Huang YH, Chau GY, et al. Risk factors for early and late recurrence in hepatitis B-related hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2009, 51(5): 890–897.
- [191] Imamura H, Matsuyama Y, Tanaka E, et al. Risk factors contributing to early and late phase intrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma after hepatectomy[J]. *J Hepatol*, 2003, 38(2): 200–207.
- [192] Wang Z, Ren Z, Chen Y, et al. Adjuvant transarterial chemoembolization for HBV-related hepatocellular carcinoma after resection: A randomized controlled study[J]. *Clin Cancer Res*, 2018, 24(9): 2074–2081.
- [193] Wei W, Jian PE, Li SH, et al. Adjuvant transcatheter arterial chemoembolization after curative resection for hepatocellular carcinoma patients with solitary tumor and microvascular invasion: a randomized clinical trial of efficacy and safety[J]. *Cancer Commun (Lond)*, 2018, 38(1): 61.
- [194] Li SH, Mei J, Cheng Y, et al. Postoperative adjuvant hepatic arterial infusion chemotherapy with FOLFOX in hepatocellular carcinoma with microvascular invasion: A multicenter, phase III, randomized study[J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41(10): 1898–1908.
- [195] Lee JH, Lee JH, Lim YS, et al. Adjuvant immunotherapy with autologous cytokine-induced killer cells for hepatocellular carcinoma[J]. *Gastroenterology*, 2015, 148(7): 1383–1391. e6.
- [196] He C, Peng W, Li C, et al. Thymalfasin, a promising adjuvant therapy in small hepatocellular carcinoma after liver resection[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(16): e6606.
- [197] Chen Q, Shu C, Laurence AD, et al. Effect of Huaier granule on recurrence after curative resection of HCC: a multicentre, randomised clinical trial[J]. *Gut*, 2018, 67(11): 2006–2016.
- [198] Huang G, Li PP, Lau WY, et al. Antiviral therapy reduces hepatocellular carcinoma recurrence in patients with low HBV-DNA levels: A randomized controlled trial[J]. *Ann Surg*, 2018, 268(6): 943–954.
- [199] Wu J, Yin Z, Cao L, et al. Adjuvant pegylated interferon therapy improves the survival outcomes in patients with hepatitis-related hepatocellular carcinoma after curative treatment: A meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2018, 97(28): e11295.
- [200] Singal AG, Lim JK, Kanwal F. AGA clinical practice update on interaction between oral directacting antivirals for chronic hepatitis C infection and hepatocellular carcinoma: expert review[J]. *Gastroenterology*, 2019, 156(8): 2149–2157.
- [201] Cabibbo G, Celsa C, Calvaruso V, et al. Direct-acting antivirals after successful treatment of early hepatocellular carcinoma improve survival in HCV-cirrhotic patients[J]. *J Hepatol*, 2019, 71(2): 265–273.
- [202] Qin S, Chen M, Cheng AL, et al. Atezolizumab plus bevacizumab versus active surveillance in patients with resected or ablated high-risk hepatocellular carcinoma (IMbrave050): A randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial[J]. *Lancet*, 2023, 402(10415): 1835–1847.
- [203] Sapisochin G, Bruix J. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: outcomes and novel surgical approaches[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2017, 14(4): 203–217.
- [204] Fan J, Yang GS, Fu ZR, et al. Liver transplantation outcomes in 1, 078 hepatocellular carcinoma patients: A multi-center experience in Shanghai, China[J]. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2009, 135(10): 1403–1412.
- [205] Zheng SS, Xu X, Wu J, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Hangzhou experiences[J]. *Transplantation*, 2008, 85(12): 1726–1732.
- [206] Li J, Yan LN, Yang J, et al. Indicators of prognosis after liver transplantation in Chinese hepatocellular carcinoma patients[J]. *World J Gastroenterol*, 2009, 15(33): 4170–4176.
- [207] 邵卓, 杨广顺, 杨宁, 等. 三亚共识在原发性肝癌肝移植治疗中的运用[J]. *中国实用外科杂志*, 2008, 28(6): 466–469.
- [208] Kulik L, Heimbach JK, Zaiem F, et al. Therapies for patients with hepatocellular carcinoma awaiting liver transplantation: A systematic review and meta-analysis[J]. *Hepatology*, 2018, 67(1): 381–400.
- [209] Lee S, Kim KW, Song GW, et al. The real impact of bridging or downstaging on survival outcomes after liver transplantation for hepatocellular carcinoma[J]. *Liver Cancer*, 2020, 9(6): 721–733.
- [210] Nordness MF, Hamel S, Godfrey CM, et al. Fatal hepatic necrosis after nivolumab as a bridge to liver transplant for HCC: Are checkpoint inhibitors safe for the pretransplant patient?[J]. *Am J Transplant*, 2020, 20(3): 879–883.
- [211] Mazzaferro V, Citterio D, Bhoori S, et al. Liver transplantation in hepatocellular carcinoma after tumour downstaging (XXL): A randomised, controlled, phase 2b/3 trial[J]. *Lancet Oncol*, 2020, 21(7): 947–956.

- [212] Mehta N, Guy J, Frenette CT, et al. Excellent outcomes of liver transplantation following downstaging of hepatocellular carcinoma to within milan criteria: A multicenter study[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018, 16(6): 955–964.
- [213] Tabrizian P, Holzner ML, Mehta N, et al. Ten-year outcomes of liver transplant and downstaging for hepatocellular carcinoma[J]. JAMA Surg, 2022, 157(9): 779–788.
- [214] Llovet JM, Pavel M, Rimola J, et al. Pilot study of living donor liver transplantation for patients with hepatocellular carcinoma exceeding Milan Criteria (Barcelona Clinic Liver Cancer extended criteria)[J]. Liver Transpl, 2018, 24(3): 369–379.
- [215] Pinheiro RS, Waisberg DR, Nacif LS, et al. Living donor liver transplantation for hepatocellular cancer: an (almost) exclusive Eastern procedure?[J]. Transl Gastroenterol Hepatol, 2017, 2: 68.
- [216] Kulik LM, Fisher RA, Rodrigo DR, et al. Outcomes of living and deceased donor liver transplant recipients with hepatocellular carcinoma: results of the A2 ALL cohort [J]. Am J Transplant, 2012, 12(11): 2997–3007.
- [217] Wong T, Ng K, Fung J, et al. Long-term survival outcome between living donor and deceased donor liver transplant for hepatocellular carcinoma: Intention-to-treat and propensity score matching analyses[J]. Ann Surg Oncol, 2019, 26(5): 1454–1462.
- [218] Goldaracena N, Gorgen A, Doyle A, et al. Live donor liver transplantation for patients with hepatocellular carcinoma offers increased survival vs. deceased donation[J]. J Hepatol, 2019, 70(4): 666–673.
- [219] Sposito C, Cucchetti A, Mazzaferro V. Assessing competing risks for death following liver transplantation for hepatocellular carcinoma[J]. Dig Dis Sci, 2019, 64(4): 1001–1007.
- [220] Segev DL, Sozio SM, Shin EJ, et al. Steroid avoidance in liver transplantation: Meta-analysis and meta-regression of randomized trials[J]. Liver Transpl, 2008, 14(4): 512–525.
- [221] Rodríguez-Perálvarez M, Tsochatzis E, Naveas MC, et al. Reduced exposure to calcineurin inhibitors early after liver transplantation prevents recurrence of hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol, 2013, 59(6): 1193–1199.
- [222] Liang W, Wang D, Ling X, et al. Sirolimus-based immunosuppression in liver transplantation for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis[J]. Liver Transpl, 2012, 18(1): 62–69.
- [223] Zhou J, Wang Z, Wu ZQ, et al. Sirolimus-based immunosuppression therapy in liver transplantation for patients with hepatocellular carcinoma exceeding the Milan criteria[J]. Transplant Proc, 2008, 40(10): 3548–3553.
- [224] Geissler EK, Schnitzbauer AA, Zülke C, et al. Sirolimus use in liver transplant recipients with hepatocellular carcinoma: A randomized, multicenter, open-label phase 3 trial[J]. Transplantation, 2016, 100(1): 116–125.
- [225] Thorat A, Jeng LB, Yang HR, et al. Assessing the role of everolimus in reducing hepatocellular carcinoma recurrence after living donor liver transplantation for patients within the UCSF criteria: re-inventing the role of mammalian target of rapamycin inhibitors[J]. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg, 2017, 21(4): 205–211.
- [226] Schnitzbauer AA, Filmann N, Adam R, et al. mTOR inhibition is most beneficial after liver transplantation for hepatocellular carcinoma in patients with active tumors [J]. Ann Surg, 2020, 272(5): 855–862.
- [227] Filgueira NA. Hepatocellular carcinoma recurrence after liver transplantation: Risk factors, screening and clinical presentation[J]. World J Hepatol, 2019, 11(3): 261–272.
- [228] Bodzin AS, Lunsford KE, Markovic D, et al. Predicting mortality in patients developing recurrent hepatocellular carcinoma after liver transplantation: Impact of treatment modality and recurrence characteristics[J]. Ann Surg, 2017, 266(1): 118–125.
- [229] Au KP, Chok K. Multidisciplinary approach for post-liver transplant recurrence of hepatocellular carcinoma: A proposed management algorithm[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(45): 5081–5094.
- [230] Iavarone M, Invernizzi F, Czauderna C, et al. Preliminary experience on safety of regorafenib after sorafenib failure in recurrent hepatocellular carcinoma after liver transplantation[J]. Am J Transplant, 2019, 19(11): 3176–3184.
- [231] Shi GM, Wang J, Huang XW, et al. Graft programmed death ligand 1 expression as a marker for transplant rejection following anti-programmed death 1 immunotherapy for recurrent liver tumors[J]. Liver Transpl, 2021, 27(3): 444–449.
- [232] Sapisochin G, Lee WC, Joo DJ, et al. Long-term effects of everolimus-facilitated tacrolimus reduction in living-donor liver transplant recipients with hepatocellular carcinoma[J]. Ann Transplant, 2022, 27: e937988.

- [233] Lee DD, Sapisochin G, Mehta N, et al. Surveillance for HCC after liver transplantation: Increased monitoring may yield aggressive treatment options and improved postrecurrence survival[J]. Transplantation, 2020, 104(10): 2105–2112.
- [234] Zhong JH, Xing BC, Zhang WG, et al. Repeat hepatic resection versus radiofrequency ablation for recurrent hepatocellular carcinoma: retrospective multicentre study[J]. Br J Surg, 2021, 109(1): 71–78.
- [235] Wang Z, Liu M, Zhang DZ, et al. Microwave ablation versus laparoscopic resection as first-line therapy for solitary 3–5 cm HCC[J]. Hepatology, 2022, 76(1): 66–77.
- [236] Li L, Zhang J, Liu X, et al. Clinical outcomes of radiofrequency ablation and surgical resection for small hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(1): 51–58.
- [237] Huang J, Yan L, Cheng Z, et al. A randomized trial comparing radiofrequency ablation and surgical resection for HCC conforming to the Milan criteria[J]. Ann Surg, 2010, 252(6): 903–912.
- [238] Feng Q, Chi Y, Liu Y, et al. Efficacy and safety of percutaneous radiofrequency ablation versus surgical resection for small hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis of 23 studies[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2015, 141(1): 1–9.
- [239] Chen QW, Ying HF, Gao S, et al. Radiofrequency ablation plus chemoembolization versus radiofrequency ablation alone for hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2016, 40(3): 309–314.
- [240] Zhang YJ, Chen MS, Chen Y, et al. Long-term outcomes of transcatheter arterial chemoembolization combined with radio-frequency ablation as an initial treatment for early-stage hepatocellular carcinoma[J]. JAMA Netw Open, 2021, 4(9): e2126992.
- [241] Peng ZW, Zhang YJ, Chen MS, et al. Radiofrequency ablation with or without transcatheter arterial chemoembolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: A prospective randomized trial[J]. J Clin Oncol, 2013, 31(4): 426–432.
- [242] Wang L, Ke Q, Lin N, et al. The efficacy of transarterial chemoembolization combined with microwave ablation for unresectable hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. Int J Hyperthermia, 2019, 36(1): 1288–1296.
- [243] Zhou C, Zhang X, Peng Y, et al. Surgical resection plus radio-frequency ablation versus radical surgery for hepatocellular carcinoma: A propensity score matching analysis[J]. J Cancer, 2019, 10(17): 3933–3940.
- [244] Zhuang BW, Li W, Wang W, et al. Treatment effect of radio-frequency ablation versus liver transplantation and surgical resection for hepatocellular carcinoma within Milan criteria: a population-based study[J]. Eur Radiol, 2021, 31(7): 5379–5389.
- [245] Livraghi T, Meloni F, Di Stasi M, et al. Sustained complete response and complications rates after radiofrequency ablation of very early hepatocellular carcinoma in cirrhosis: Is resection still the treatment of choice?[J]. Hepatology, 2008, 47(1): 82–89.
- [246] Peng ZW, Lin XJ, Zhang YJ, et al. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for the treatment of hepatocellular carcinomas 2 cm or smaller: a retrospective comparative study[J]. Radiology, 2012, 262(3): 1022–1033.
- [247] Vietti Violi N, Duran R, Guiu B, et al. Efficacy of microwave ablation versus radiofrequency ablation for the treatment of hepatocellular carcinoma in patients with chronic liver disease: A randomised controlled phase 2 trial[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2018, 3(5): 317–325.
- [248] An C, Li WZ, Huang ZM, et al. Small single perivascular hepatocellular carcinoma: comparisons of radiofrequency ablation and microwave ablation by using propensity score analysis[J]. Eur Radiol, 2021, 31(7): 4764–4773.
- [249] Yu J, Yu XL, Han ZY, et al. Percutaneous cooled-probe microwave versus radiofrequency ablation in early-stage hepatocellular carcinoma: A phase III randomised controlled trial[J]. Gut, 2017, 66(6): 1172–1173.
- [250] Tan W, Deng Q, Lin S, et al. Comparison of microwave ablation and radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. Int J Hyperthermia, 2019, 36(1): 264–272.
- [251] Yu J, Cheng ZG, Han ZY, et al. Period-dependent survival benefit of percutaneous microwave ablation for hepatocellular carcinoma: A 12-year real-world, multicentric experience[J]. Liver Cancer, 2022, 11(4): 341–353.
- [252] Lin SM, Lin CJ, Lin CC, et al. Randomised controlled trial comparing percutaneous radiofrequency thermal ablation, percutaneous ethanol injection, and percutaneous acetic acid injection to treat hepatocellular carcinoma of 3 cm or less[J]. Gut, 2005, 54(8): 1151–1156.
- [253] 柳明, 刘超, 李成利, 等. 影像引导肝癌的冷冻消融治疗专家共识(2020 版)[J]. 中国医刊, 2020, 55(5): 489–

- 492.
- [254] Hasegawa K, Aoki T, Ishizawa T, et al. Comparison of the therapeutic outcomes between surgical resection and percutaneous ablation for small hepatocellular carcinoma [J]. *Ann Surg Oncol*, 2014, 21 (suppl 3): 348–355.
- [255] Ahmed M, Solbiati L, Brace CL, et al. Image-guided tumor ablation: Standardization of terminology and reporting criteria—a 10-year update [J]. *J Vasc Interv Radiol*, 2014, 25 (11): 1691–1705. e4.
- [256] Li L, Wang W, Pan H, et al. Microwave ablation combined with OK-432 induces Th1-type response and specific antitumor immunity in a murine model of breast cancer [J]. *J Transl Med*, 2017, 15 (1): 23.
- [257] Mizukoshi E, Yamashita T, Arai K, et al. Enhancement of tumor-associated antigen-specific T cell responses by radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatology*, 2013, 57 (4): 1448–1457.
- [258] Slovak R, Ludwig JM, Gettinger SN, et al. Immunothermal ablations—boosting the anticancer immune response [J]. *J Immunother Cancer*, 2017, 5 (1): 78.
- [259] Duan X, Wang M, Han X, et al. Combined use of microwave ablation and cell immunotherapy induces nonspecific immunity of hepatocellular carcinoma model mice [J]. *Cell Cycle*, 2020, 19 (24): 3595–3607.
- [260] Rozeman EA, Prevoo W, Meier M, et al. Phase Ib/ II trial testing combined radiofrequency ablation and ipilimumab in uveal melanoma (SECIRA-UM) [J]. *Melanoma Res*, 2020, 30 (3): 252–260.
- [261] 中国抗癌协会肿瘤介入专业委员会. 经导管动脉灌注化疗药物应用原则—中国肿瘤介入专家共识 [J]. *介入放射学杂志*, 2017, 26 (11): 963–970.
- [262] Lencioni R, de Baere T, Soulen MC, et al. Lipiodol transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A systematic review of efficacy and safety data [J]. *Hepatology*, 2016, 64 (1): 106–116.
- [263] Pelletier G, Ducreux M, Gay F, et al. Treatment of unresectable hepatocellular carcinoma with lipiodol chemoembolization: a multicenter randomized trial. Groupe CHC [J]. *J Hepatol*, 1998, 29 (1): 129–134.
- [264] Lo CM, Ngan H, Tso WK, et al. Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatology*, 2002, 35 (5): 1164–1171.
- [265] Llovet JM, Real MI, Montaña X, et al. Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 2002, 359 (9319): 1734–1739.
- [266] Cammà C, Schepis F, Orlando A, et al. Transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma: Meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Radiology*, 2002, 224 (1): 47–54.
- [267] Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: Chemoembolization improves survival [J]. *Hepatology*, 2003, 37 (2): 429–442.
- [268] 中华医学会放射学分会介入学组协作组. 原发性肝癌经导管肝动脉化疗性栓塞治疗技术操作规范专家共识 [J]. *中华放射学杂志*, 2011, 45 (10): 908–912.
- [269] 中国医师协会介入医师分会临床诊疗指南专委会. 中国肝细胞癌经动脉化疗栓塞 (TACE) 治疗临床实践指南 (2021 年版) [J]. *中华内科杂志*, 2021, 60 (7): 599–614.
- [270] 郭志, 滕皋军, 邹英华, 等. 载药微球治疗原发性和转移性肝癌的技术操作推荐 [J]. *中华放射学杂志*, 2019, 53 (5): 336–340.
- [271] Shao G, Zou Y, Lucatelli P, et al. Chinese expert consensus on technical recommendations for the standard operation of drug-eluting beads for transvascular embolization [J]. *Ann Transl Med*, 2021, 9 (8): 714.
- [272] Liang B, Makamure J, Shu S, et al. Treatment response, survival, and safety of transarterial chemoembolization with calliSpheres® microspheres versus conventional transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma: A Meta-analysis [J]. *Front Oncol*, 2021, 11: 576232.
- [273] Miyayama S, Matsui O. Superselective conventional transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: Rationale, technique, and outcome [J]. *J Vasc Interv Radiol*, 2016, 27 (9): 1269–1278.
- [274] Iwazawa J, Ohue S, Hashimoto N, et al. Survival after C-arm CT-assisted chemoembolization of unresectable hepatocellular carcinoma [J]. *Eur J Radiol*, 2012, 81 (12): 3985–3992.
- [275] Takayasu K, Arii S, Ikai I, et al. Overall survival after transarterial lipiodol infusion chemotherapy with or without embolization for unresectable hepatocellular carcinoma: propensity score analysis [J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2010, 194 (3): 830–837.
- [276] Miyayama S, Matsui O, Yamashiro M, et al. Ultraslective transcatheter arterial chemoembolization with a 2-F tip microcatheter for small hepatocellular carcinomas: relationship between local tumor recurrence and visualization of the portal vein with iodized oil [J]. *J Vasc Interv Radiol*, 2007, 18 (3): 365–376.

- [277] de Baere T, Ronot M, Chung JW, et al. Initiative on superselective conventional transarterial chemoembolization results(INSPIRE)[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2022, 45(10): 1430–1440.
- [278] Prajapati HJ, Spivey JR, Hanish SI, et al. mRECIST and EASL responses at early time point by contrast-enhanced dynamic MRI predict survival in patients with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) treated by doxorubicin drug-eluting beads transarterial chemoembolization (DEB TACE)[J]. Ann Oncol, 2013, 24(4): 965–973.
- [279] Xia D, Wang Q, Bai W, et al. Optimal time point of response assessment for predicting survival is associated with tumor burden in hepatocellular carcinoma receiving repeated transarterial chemoembolization[J]. Eur Radiol, 2022, 32(9): 5799–5810.
- [280] Kim BK, Kim KA, Park JY, et al. Prospective comparison of prognostic values of modified response evaluation criteria in solid tumours with European Association for the Study of the Liver criteria in hepatocellular carcinoma following chemoembolisation[J]. Eur J Cancer, 2013, 49(4): 826–834.
- [281] Memon K, Kulik L, Lewandowski RJ, et al. Radiographic response to locoregional therapy in hepatocellular carcinoma predicts patient survival times[J]. Gastroenterology, 2011, 141(2): 526–535. e1–e2.
- [282] Lu J, Zhao M, Arai Y, et al. Clinical practice of transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: consensus statement from an international expert panel of International Society of Multidisciplinary Interventional Oncology (ISMIO)[J]. Hepatobiliary Surg Nutr, 2021, 10(5): 661–671.
- [283] Terzi E, Golfieri R, Piscaglia F, et al. Response rate and clinical outcome of HCC after first and repeated cTACE performed "on demand"[J]. J Hepatol, 2012, 57(6): 1258–1267.
- [284] Lu J, Guo JH, Ji JS, et al. Irradiation stent with ¹²⁵I plus TACE versus sorafenib plus TACE for hepatocellular carcinoma with major portal vein tumor thrombosis: a multicenter randomized trial[J]. Int J Surg, 2023, 109(5): 1188–1198.
- [285] Luo JJ, Zhang ZH, Liu QX, et al. Endovascular brachytherapy combined with stent placement and TACE for treatment of HCC with main portal vein tumor thrombus[J]. Hepatol Int, 2016, 10(1): 185–195.
- [286] Lu J, Guo JH, Zhu HD, et al. Safety and efficacy of irradiation stent placement for malignant portal vein thrombus combined with transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A single-center experience [J]. J Vasc Interv Radiol, 2017, 28(6): 786–794. e3.
- [287] 胡鸿涛, 黎海亮, 郭晨阳, 等. ¹²⁵I 粒子植入联合动脉化学栓塞治疗原发性肝癌合并门静脉癌栓[J]. 中华放射学杂志, 2012, 46(6): 552–556.
- [288] Zhang ZH, Zhang W, Gu JY, et al. Treatment of hepatocellular carcinoma with tumor thrombus with the use of iodine-125 seed strand implantation and transarterial chemoembolization: A propensity-score analysis[J]. J Vasc Interv Radiol, 2018, 29(8): 1085–1093.
- [289] Yang SB, Zhang JH, Fu YF, et al. TACE with portal vein radioactive seeds for HCC with portal vein tumor thrombus: a meta-analysis[J]. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2022, 31(6): 856–864.
- [290] Si ZM, Wang GZ, Qian S, et al. Combination therapies in the management of large (≥ 5 cm) hepatocellular carcinoma: microwave ablation immediately followed by transarterial chemoembolization[J]. J Vasc Interv Radiol, 2016, 27(10): 1577–1583.
- [291] Lewis AR, Padula CA, McKinney JM, et al. Ablation plus transarterial embolic therapy for hepatocellular carcinoma larger than 3 cm: Science, evidence, and future directions[J]. Semin Intervent Radiol, 2019, 36(4): 303–309.
- [292] Morimoto M, Numata K, Kondou M, et al. Midterm outcomes in patients with intermediate-sized hepatocellular carcinoma: a randomized controlled trial for determining the efficacy of radiofrequency ablation combined with transcatheter arterial chemoembolization[J]. Cancer, 2010, 116(23): 5452–5460.
- [293] Yuan P, Wang F, Zhu G, et al. The clinical efficiency of TACE combined with simultaneous computed tomography-guided radiofrequency ablation for advanced hepatocellular carcinoma[J]. Invest New Drugs, 2021, 39(5): 1383–1388.
- [294] Huo YR, Eslick GD. Transcatheter arterial chemoembolization plus radiotherapy compared with chemoembolization alone for hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. JAMA Oncol, 2015, 1(6): 756–765.
- [295] 中华医学会放射肿瘤学分会, 中国生物医学工程学会精确放疗分会肝癌学组与消化系统肿瘤专家委员会, 中国研究型医院学会放射肿瘤学分会肝癌学组. 2016 年原发性肝癌放疗共识[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2016, 25(11): 1141–1150.

- [296] Kim Y, Stahl CC, Makramalla A, et al. Downstaging therapy followed by liver transplantation for hepatocellular carcinoma beyond Milan criteria[J]. *Surgery*, 2017, 162(6): 1250–1258.
- [297] Mehta N, Frenette C, Tabrizian P, et al. Downstaging outcomes for hepatocellular carcinoma: Results from the multicenter evaluation of reduction in tumor size before liver transplantation (MERITS–LT) consortium[J]. *Gastroenterology*, 2021, 161(5): 1502–1512.
- [298] Shi F, Wu M, Lian SS, et al. Radiofrequency ablation following downstaging of hepatocellular carcinoma by using transarterial chemoembolization: Long-term outcomes[J]. *Radiology*, 2019, 293(3): 707–715.
- [299] Wu JY, Yin ZY, Bai YN, et al. Lenvatinib combined with anti–PD–1 antibodies plus transcatheter arterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma: A multicenter retrospective study[J]. *J Hepatocell Carcinoma*, 2021, 8: 1233–1240.
- [300] Chiang CL, Chiu K, Chan K, et al. Sequential transarterial chemoembolisation and stereotactic body radiotherapy followed by immunotherapy as conversion therapy for patients with locally advanced, unresectable hepatocellular carcinoma (START–FIT): A single–arm, phase 2 trial[J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2023, 8(2): 169–178.
- [301] Li L, Li B, Zhang M. Postoperative adjuvant transarterial chemoembolization improves the prognosis of hepatocellular carcinoma patients with microvascular invasion: A systematic review and Meta–analysis[J]. *Acta Radiol*, 2020, 61(6): 723–731.
- [302] Esagian SM, Kakos CD, Giorgakis E, et al. Adjuvant transarterial chemoembolization following curative–intent hepatectomy versus hepatectomy alone for hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta–analysis of randomized controlled trials[J]. *Cancers (Basel)*, 2021, 13(12): 2984.
- [303] Chen W, Ma T, Zhang J, et al. A systematic review and meta–analysis of adjuvant transarterial chemoembolization after curative resection for patients with hepatocellular carcinoma[J]. *HPB (Oxford)*, 2020, 22(6): 795–808.
- [304] Liu BJ, Gao S, Zhu X, et al. Combination therapy of chemoembolization and hepatic arterial infusion chemotherapy in hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis compared with chemoembolization alone: A propensity score–matched analysis[J]. *Biomed Res Int*, 2021, 2021: 6670367.
- [305] Huang J, Huang W, Zhan M, et al. Drug–eluting bead transarterial chemoembolization combined with FOLFOX–based hepatic arterial infusion chemotherapy for large or huge hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatocell Carcinoma*, 2021, 8: 1445–1458.
- [306] Wang Q, Xia D, Bai W, et al. Development of a prognostic score for recommended TACE candidates with hepatocellular carcinoma: A multicentre observational study[J]. *J Hepatol*, 2019, 70(5): 893–903.
- [307] Wang Z, Wang E, Bai W, et al. Exploratory analysis to identify candidates benefitting from combination therapy of transarterial chemoembolization and sorafenib for first–line treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: A multicenter retrospective observational study[J]. *Liver Cancer*, 2020, 9(3): 308–325.
- [308] Xia D, Bai W, Wang E, et al. Lenvatinib with or without concurrent drug–eluting beads transarterial chemoembolization in patients with unresectable, advanced hepatocellular carcinoma: A real–world, multicenter, retrospective study[J]. *Liver Cancer*, 2022, 11(4): 368–382.
- [309] Zhu HD, Li HL, Huang MS, et al. Transarterial chemoembolization with PD–L1 inhibitors plus molecular targeted therapies for hepatocellular carcinoma (CHANCE001)[J]. *Signal Transduct Target Ther*, 2023, 8(1): 58.
- [310] Jin ZC, Zhong BY, Chen JJ, et al. Real–world efficacy and safety of TACE plus camrelizumab and apatinib in patients with HCC (CHANCE2211): A propensity score matching study[J]. *Eur Radiol*, 2023, 33(12): 8669–8681.
- [311] Li S, Wu J, Wu J, et al. Prediction of early treatment response to the combination therapy of TACE plus lenvatinib and anti–PD–1 antibody immunotherapy for unresectable hepatocellular carcinoma: Multicenter retrospective study[J]. *Front Immunol*, 2023, 14: 1109771.
- [312] Jang JW, Choi JY, Bae SH, et al. Transarterial chemo–lipiodolization can reactivate hepatitis B virus replication in patients with hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2004, 41(3): 427–435.
- [313] 中华医学会感染病学分会, 中华医学会肝病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南(2019年版)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2019, 35(12): 2648–2669.
- [314] Lyu N, Wang X, Li JB, et al. Arterial chemotherapy of oxaliplatin plus fluorouracil versus sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma: A biomolecular exploratory, randomized, phase III trial (FOHAIC–1)[J]. *J Clin Oncol*, 2022, 40(5): 468–480.

- [315] Lyu N, Lin Y, Kong Y, et al. FOXAI: a phase II trial evaluating the efficacy and safety of hepatic arterial infusion of oxaliplatin plus fluorouracil/leucovorin for advanced hepatocellular carcinoma[J]. *Gut*, 2018, 67(2): 395–396.
- [316] Long Y, Liang Y, Li S, et al. Therapeutic outcome and related predictors of stereotactic body radiotherapy for small liver-confined HCC: A systematic review and Meta-analysis of observational studies[J]. *Radiat Oncol*, 2021, 16(1): 68.
- [317] Chen YX, Zhuang Y, Yang P, et al. Helical IMRT-based stereotactic body radiation therapy using an abdominal compression technique and modified fractionation regimen for small hepatocellular carcinoma[J]. *Technol Cancer Res Treat*, 2020, 19: 1533033820937002.
- [318] Chino F, Stephens SJ, Choi SS, et al. The role of external beam radiotherapy in the treatment of hepatocellular cancer[J]. *Cancer*, 2018, 124(17): 3476–3489.
- [319] Hara K, Takeda A, Tsurugai Y, et al. Radiotherapy for hepatocellular carcinoma results in comparable survival to radiofrequency ablation: A propensity score analysis [J]. *Hepatology*, 2019, 69(6): 2533–2545.
- [320] Jang WI, Bae SH, Kim MS, et al. A phase 2 multicenter study of stereotactic body radiotherapy for hepatocellular carcinoma: Safety and efficacy[J]. *Cancer*, 2020, 126(2): 363–372.
- [321] Kim N, Cheng J, Jung I, et al. Stereotactic body radiation therapy vs. radiofrequency ablation in Asian patients with hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2020, 73(1): 121–129.
- [322] Su TS, Liang P, Liang J, et al. Long-term survival analysis of stereotactic ablative radiotherapy versus liver resection for small hepatocellular carcinoma[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2017, 98(3): 639–646.
- [323] Wahl DR, Stenmark MH, Tao Y, et al. Outcomes after stereotactic body radiotherapy or radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma[J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(5): 452–459.
- [324] Comito T, Loi M, Franzese C, et al. Stereotactic radiotherapy after incomplete transarterial (chemo-) embolization (TAE/TACE) versus exclusive TAE or TACE for treatment of inoperable HCC: A Phase III trial (NCT02323360)[J]. *Curr Oncol*, 2022, 29(11): 8802–8813.
- [325] Yoon SM, Kim SY, Lim YS, et al. Stereotactic body radiation therapy for small (≤ 5 cm) hepatocellular carcinoma not amenable to curative treatment: Results of a single-arm, phase II clinical trial[J]. *Clin Mol Hepatol*, 2020, 26(4): 506–515.
- [326] Meng MB, Cui YL, Lu Y, et al. Transcatheter arterial chemo-embolization in combination with radiotherapy for unresectable hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. *Radiother Oncol*, 2009, 92(2): 184–194.
- [327] Ohri N, Dawson LA, Krishnan S, et al. Radiotherapy for hepatocellular carcinoma: New indications and directions for future study[J]. *J Natl Cancer Inst*, 2016, 108(9): djw133.
- [328] Yoon SM, Ryoo BY, Lee SJ, et al. Efficacy and safety of transarterial chemoembolization plus external beam radiotherapy vs sorafenib in hepatocellular carcinoma with macroscopic vascular invasion: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Oncol*, 2018, 4(5): 661–669.
- [329] Zeng ZC, Fan J, Tang ZY, et al. A comparison of treatment combinations with and without radiotherapy for hepatocellular carcinoma with portal vein and/or inferior vena cava tumor thrombus[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2005, 61(2): 432–443.
- [330] Shen L, Xi M, Zhao L, et al. Combination therapy after TACE for hepatocellular carcinoma with macroscopic vascular invasion: stereotactic body radiotherapy versus sorafenib[J]. *Cancers (Basel)*, 2018, 10(12): 516.
- [331] Wei Z, Zhao J, Bi X, et al. Neoadjuvant radiotherapy for resectable hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: a systematic review[J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2022, 11(5): 709–717.
- [332] Sun J, Yang L, Shi J, et al. Postoperative adjuvant IMRT for patients with HCC and portal vein tumor thrombus: An open-label randomized controlled trial[J]. *Radiother Oncol*, 2019, 140: 20–25.
- [333] Su K, Gu T, Xu K, et al. Gamma knife radiosurgery versus transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: a propensity score matching study[J]. *Hepatol Int*, 2022, 16(4): 858–867.
- [334] Guo L, Wei X, Feng S, et al. Radiotherapy prior to or after transcatheter arterial chemoembolization for the treatment of hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: a randomized controlled trial[J]. *Hepatol Int*, 2022, 16(6): 1368–1378.
- [335] Rim CH, Park S, Yoon WS, et al. Radiotherapy for bone metastases of hepatocellular carcinoma: A hybrid systematic review with meta-analyses[J]. *Int J Radiat Biol*, 2023, 99(3): 419–430.

- [336] Jihye C, Jinsil S. Application of radiotherapeutic strategies in the BCLC- defined stages of hepatocellular carcinoma[J]. *Liver Cancer*, 2012, 1(3-4): 216-225.
- [337] Soliman H, Ringash J, Jiang H, et al. Phase II trial of palliative radiotherapy for hepatocellular carcinoma and liver metastases[J]. *J Clin Oncol*, 2013, 31(31): 3980-3986.
- [338] Wong TC, Lee VH, Law AL, et al. Prospective study of stereotactic body radiation therapy for hepatocellular carcinoma onwaitlist for liver transplant[J]. *Hepatology*, 2021, 74(5): 2580-2594.
- [339] Sapisochin G, Barry A, Doherty M, et al. Stereotactic body radiotherapy vs. TACE or RFA as a bridge to transplant in patients with hepatocellular carcinoma. An intention-to-treat analysis[J]. *J Hepatol*, 2017, 67(1): 92-99.
- [340] Wu F, Chen B, Dong D, et al. Phase 2 evaluation of neoadjuvant intensity-modulated radiotherapy in centrally located hepatocellular carcinoma: A nonrandomized controlled trial[J]. *JAMA Surg*, 2022, 157(12): 1089-1096.
- [341] Chen B, Wu JX, Cheng SH, et al. Phase 2 study of adjuvant radiotherapy following narrow-margin hepatectomy in patients with HCC[J]. *Hepatology*, 2021, 74(5): 2595-2604.
- [342] Shi C, Li Y, Geng L, et al. Adjuvant stereotactic body radio-therapy after marginal resection for hepatocellular carcinoma with microvascular invasion: A randomised controlled trial[J]. *Eur J Cancer*, 2022, 166: 176-184.
- [343] Wang WH, Wang Z, Wu JX, et al. Survival benefit with IMRT following narrow-margin hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma close to major vessels[J]. *Liver Int*, 2015, 35(12): 2603-2610.
- [344] Wang L, Wang W, Rong W, et al. Postoperative adjuvant treatment strategy for hepatocellular carcinoma with microvascular invasion: A non-randomized interventional clinical study[J]. *BMC Cancer*, 2020, 20(1): 614.
- [345] Chen J, He K, Han Y, et al. Clinical efficacy and safety of external radiotherapy combined with sorafenib in the treatment of hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. *Ann Hepatol*, 2022, 27(4): 100710.
- [346] Munoz-Schuffenegger P, Barry A, Atenafu EG, et al. Stereotactic body radiation therapy for hepatocellular carcinoma with Macrovascular invasion[J]. *Radiother Oncol*, 2021, 156: 120-126.
- [347] Chang WI, Kim BH, Kim YJ, et al. Role of radiotherapy in Barcelona Clinic Liver Cancer stage C hepatocellular carcinoma treated with sorafenib[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2022, 37(2): 387-394.
- [348] Li H, Wu Z, Chen J, et al. External radiotherapy combined with sorafenib has better efficacy in unresectable hepatocellular carcinoma: A systematic review and Meta-analysis[J]. *Clin Exp Med*, 2023, 23(5): 1537-1549.
- [349] Brade AM, Ng S, Brierley J, et al. Phase 1 trial of sorafenib and stereotactic body radiation therapy for hepatocellular carcinoma[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2016, 94(3): 580-587.
- [350] Wang H, Zhu X, Zhao Y, et al. Phase 1 trial of apatinib combined with intensity-modulated radiotherapy in unresectable hepatocellular carcinoma[J]. *BMC Cancer*, 2022, 22(1): 771.
- [351] Huang Y, Zhang Z, Liao W, et al. Combination of sorafenib, camrelizumab, transcatheter arterial chemoembolization, and stereotactic body radiation therapy as a novel downstaging strategy in advanced hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: A case series study[J]. *Front Oncol*, 2021, 11: 650394.
- [352] Li J, Xuan S, Dong P, et al. Immunotherapy of hepatocellular carcinoma: recent progress and new strategy[J]. *Front Immunol*, 2023, 14: 1192506.
- [353] Kimura T, Fujiwara T, Kameoka T, et al. The current role of stereotactic body radiation therapy (SBRT) in hepatocellular carcinoma (HCC)[J]. *Cancers (Basel)*, 2022, 14(18): 4383.
- [354] Zhong L, Wu D, Peng W, et al. Safety of PD-1/PD-L1 inhibitors combined with palliative radiotherapy and anti-angiogenic therapy in advanced hepatocellular carcinoma[J]. *Front Oncol*, 2021, 11: 686621.
- [355] Chen YX, Yang P, Du SS, et al. Stereotactic body radiotherapy combined with sintilimab in patients with recurrent or oligometastatic hepatocellular carcinoma: A phase II clinical trial[J]. *World J Gastroenterol*, 2023, 29(24): 3871-3882.
- [356] Bujold A, Massey CA, Kim JJ, et al. Sequential phase I and II trials of stereotactic body radiotherapy for locally advanced hepatocellular carcinoma[J]. *J Clin Oncol*, 2013, 31(13): 1631-1639.
- [357] 曾昭冲. 肝细胞癌的立体定向放射治疗[J]. *中华肿瘤杂志*, 2015, 37(9): 650-652.
- [358] He J, Shi S, Ye L, et al. A randomized trial of conventional fraction versus hypofraction radiotherapy for bone metastases from hepatocellular carcinoma[J]. *J Cancer*, 2019, 10(17): 4031-4037.

- [359] Hou JZ, Zeng ZC, Wang BL, et al. High dose radiotherapy with image-guided hypo- IMRT for hepatocellular carcinoma with portal vein and/or inferior vena cava tumor thrombi is more feasible and efficacious than conventional 3D-CRT[J]. Jpn J Clin Oncol, 2016, 46(4): 357–362.
- [360] Zhang H, Chen Y, Hu Y, et al. Image-guided intensity-modulated radiotherapy improves short-term survival for abdominal lymph node metastases from hepatocellular carcinoma[J]. Ann Palliat Med, 2019, 8(5): 717–727.
- [361] Byun HK, Kim HJ, Im YR, et al. Dose escalation in radiotherapy for incomplete transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma[J]. Strahlenther Onkol, 2020, 196(2): 132–141.
- [362] D'Avola D, Granito A, Torre-Aláez M, et al. The importance of liver functional reserve in the non-surgical treatment of hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol, 2022, 76(5): 1185–1198.
- [363] Hu Y, Zhou YK, Chen YX, et al. 4D-CT scans reveal reduced magnitude of respiratory liver motion achieved by different abdominal compression plate positions in patients with intrahepatic tumors undergoing helical tomotherapy[J]. Med Phys, 2016, 43(7): 4335.
- [364] Song SH, Jeong WK, Choi D, et al. Evaluation of early treatment response to radiotherapy for HCC using pre- and post-treatment MRI[J]. Acta Radiol, 2019, 60(7): 826–835.
- [365] Gatti M, Maino C, Darvizeh F, et al. Role of gadoxetic acid-enhanced liver magnetic resonance imaging in the evaluation of hepatocellular carcinoma after locoregional treatment[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(26): 3116–3131.
- [366] Sanuki-Fujimoto N, Takeda A, Ohashi T, et al. CT evaluations of focal liver reactions following stereotactic body radiotherapy for small hepatocellular carcinoma with cirrhosis: relationship between imaging appearance and baseline liver function[J]. Br J Radiol, 2010, 83(996): 1063–1071.
- [367] 郝光远, 庞军, 陈燕, 等. 原发性肝癌立体定向消融放疗后 CT 影像学随访观察[J]. 临床军医杂志, 2014, 42(4): 393–395+398.
- [368] Guha C, Kavanagh BD. Hepatic radiation toxicity: avoidance and amelioration[J]. Semin Radiat Oncol, 2011, 21(4): 256–263.
- [369] Zeng ZC, Seong J, Yoon SM, et al. Consensus on stereotactic body radiation therapy for small-sized hepatocellular carcinoma at the 7th Asia-Pacific Primary Liver Cancer Expert Meeting[J]. Liver Cancer, 2017, 6(4): 264–274.
- [370] Kim TH, Koh YH, Kim BH, et al. Proton beam radiotherapy vs. radiofrequency ablation for recurrent hepatocellular carcinoma: A randomized phase III trial[J]. J Hepatol, 2021, 74(3): 603–612.
- [371] Bian H, Zheng JS, Nan G, et al. Randomized trial of [¹³¹I] metuximab in treatment of hepatocellular carcinoma after percutaneous radiofrequency ablation[J]. J Natl Cancer Inst, 2014, 106(9): dju239.
- [372] 中华医学会核医学分会转移性骨肿瘤治疗工作委员会. 氯化锶[⁸⁹Sr]治疗转移性骨肿瘤专家共识(2017 年版)[J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2018, 38(6): 412–415.
- [373] Finn RS, Qin S, Ikeda M, et al. Atezolizumab plus bevacizumab in unresectable hepatocellular carcinoma[J]. N Engl J Med, 2020, 382(20): 1894–1905.
- [374] Cheng AL, Qin S, Ikeda M, et al. Updated efficacy and safety data from IMbrave150: Atezolizumab plus bevacizumab vs. sorafenib for unresectable hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol, 2022, 76(4): 862–873.
- [375] Ren Z, Xu J, Bai Y, et al. Sintilimab plus a bevacizumab biosimilar (IBI305) versus sorafenib in unresectable hepatocellular carcinoma (ORIENT-32): A randomised, open-label, phase 2–3 study[J]. Lancet Oncol, 2021, 22(7): 977–990.
- [376] Qin S, Chan SL, Gu S, et al. Camrelizumab plus rivoceranib versus sorafenib as first-line therapy for unresectable hepatocellular carcinoma (CARES-310): A randomised, open-label, international phase 3 study[J]. Lancet, 2023, 402(10408): 1133–1146.
- [377] Qin S, Bi F, Gu S, et al. Donafenib versus sorafenib in first-line treatment of unresectable or metastatic hepatocellular carcinoma: A randomized, open-label, parallel-controlled phase II – III trial[J]. J Clin Oncol, 2021, 39(27): 3002–3011.
- [378] Kudo M, Finn RS, Qin S, et al. Lenvatinib versus sorafenib in first-line treatment of patients with unresectable hepatocellular carcinoma: A randomised phase 3 non-inferiority trial[J]. Lancet, 2018, 391(10126): 1163–1173.
- [379] Qin S, Kudo M, Meyer T, et al. Tislelizumab vs sorafenib as first-line treatment for unresectable hepatocellular carcinoma: A phase 3 randomized clinical trial[J]. JAMA Oncol, 2023, 9(12): 1651–1659.
- [380] Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma[J]. N Engl J Med,

- 2008, 359(4): 378–390.
- [381] Cheng AL, Kang YK, Chen Z, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia– Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: A phase III randomised, double– blind, placebo–controlled trial[J]. *Lancet Oncol*, 2009, 10(1): 25–34.
- [382] Pressiani T, Boni C, Rimassa L, et al. Sorafenib in patients with Child–Pugh class A and B advanced hepatocellular carcinoma: a prospective feasibility analysis[J]. *Ann Oncol*, 2013, 24(2): 406–411.
- [383] Qin S, Bai Y, Lim HY, et al. Randomized, multicenter, open–label study of oxaliplatin plus fluorouracil/leucovorin versus doxorubicin as palliative chemotherapy in patients with advanced hepatocellular carcinoma from Asia[J]. *J Clin Oncol*, 2013, 31(28): 3501–3508.
- [384] Qin S, Cheng Y, Liang J, et al. Efficacy and safety of the FOLFOX4 regimen versus doxorubicin in Chinese patients with advanced hepatocellular carcinoma: a subgroup analysis of the EACH study[J]. *Oncologist*, 2014, 19(11): 1169–1178.
- [385] 屈凤莲, 郝学志, 秦叔逵, 等. 亚硫酸注射液治疗原发性肝癌的 II 期多中心临床研究[J]. *中华肿瘤杂志*, 2011, 33(9): 697–701.
- [386] Abou–Alfa GK, Lau G, Kudo M, et al. Plain language summary of the HIMALAYA study: tremelimumab and durvalumab for unresectable hepatocellular carcinoma (liver cancer)[J]. *Future Oncol*, 2023, 19(38): 2505–2516.
- [387] Qiao Q, Han C, Ye S, et al. The efficacy and safety of cadonilimab combined with lenvatinib for first–line treatment of advanced hepatocellular carcinoma (COMPASSION–08): a phase Ib/ II single–arm clinical trial[J]. *Front Immunol*, 2023, 14: 1238667.
- [388] Bruix J, Qin S, Merle P, et al. Regorafenib for patients with hepatocellular carcinoma who progressed on sorafenib treatment (RESORCE): A randomised, double–blind, placebo–controlled, phase 3 trial[J]. *Lancet*, 2017, 389(10064): 56–66.
- [389] Qin S, Li Q, Gu S, et al. Apatinib as second–line or later therapy in patients with advanced hepatocellular carcinoma(AHELP): a multicentre, double–blind, randomised, placebo–controlled, phase 3 trial[J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2021, 6(7): 559–568.
- [390] Zhu AX, Kang YK, Yen CJ, et al. Ramucirumab after sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma and increased α – fetoprotein concentrations (REACH– 2): A randomised, double–blind, placebo–controlled, phase 3 trial[J]. *Lancet Oncol*, 2019, 20(2): 282–296.
- [391] Shao G, Bai Y, Yuan X, et al. Ramucirumab as second–line treatment in Chinese patients with advanced hepatocellular carcinoma and elevated alpha–fetoprotein after sorafenib (REACH–2 China): A randomised, multicentre, double–blind study[J]. *EClinicalMedicine*, 2022, 54: 101679.
- [392] Qin S, Chen Z, Fang W, et al. Pembrolizumab versus placebo as second–line therapy in patients from asia with advanced hepatocellular carcinoma: A randomized, double–blind, phase III trial[J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41(7): 1434–1443.
- [393] Qin S, Ren Z, Meng Z, et al. Camrelizumab in patients with previously treated advanced hepatocellular carcinoma: a multicentre, open–label, parallel–group, randomised, phase 2 trial[J]. *Lancet Oncol*, 2020, 21(4): 571–580.
- [394] Xu J, Shen J, Gu S, et al. Camrelizumab in combination with apatinib in patients with advanced hepatocellular carcinoma(RESCUE): A nonrandomized, open–label, phase II trial[J]. *Clin Cancer Res*, 2021, 27(4): 1003–1011.
- [395] Xu J, Zhang Y, Jia R, et al. Anti–PD–1 antibody SHR–1210 combined with apatinib for advanced hepatocellular carcinoma, gastric, or esophagogastric junction cancer: An open–label, dose escalation and expansion study[J]. *Clin Cancer Res*, 2019, 25(2): 515–523.
- [396] Ren Z, Ducreux M, Abou–Alfa GK, et al. Tislelizumab in patients with previously treated advanced hepatocellular carcinoma (RATIONALE–208): A multicenter, non–randomized, open–label, phase 2 trial[J]. *Liver Cancer*, 2023, 12(1): 72–84.
- [397] Yau T, Kang YK, Kim TY, et al. Efficacy and safety of nivolumab plus ipilimumab in patients with advanced hepatocellular carcinoma previously treated with sorafenib: the checkMate 040 randomized clinical trial [J]. *JAMA Oncol*, 2020, 6(11): e204564.
- [398] Abou–Alfa GK, Meyer T, Cheng AL, et al. Cabozantinib in patients with advanced and progressing hepatocellular carcinoma[J]. *N Engl J Med*, 2018, 379(1): 54–63.
- [399] Benson AB, D'Angelica MI, Abrams I, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Hepatobiliary cancers. Version 1. 2023 [EB/OL]. (2023–3–10) [2024–4–15]. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1438>.
- [400] Hasegawa K, Takemura N, Yamashita T, et al. The Japan

- Society of Hepatology 2021 version (5th JSH-HCC Guidelines)[J]. *Hepatol Res*, 2023, 53(5): 383–390.
- [401] Singal AG, Llovet JM, Yarrow M, et al. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma[J]. *Hepatology*, 2023, 78(6): 1922–1965.
- [402] Seymour L, Bogaerts J, Perrone A, et al. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics[J]. *Lancet Oncol*, 2017, 18(3): e143–e152.
- [403] 蔡定芳. 病证辨治创建中国中西医结合临床医学体系[J]. *中国中西医结合杂志*, 2019, 39(9): 1034–1035.
- [404] 蔡定芳. 论病证结合临床诊疗模式[J]. *中国中西医结合杂志*, 2019, 39(2): 133–135.
- [405] Sun Y, Qin SK, Li W, et al. A randomized, double-blinded, phase III study of icaritin versus huachashu as the first-line therapy in biomarker-enriched HBV-related advanced hepatocellular carcinoma with poor conditions: Interim analysis result[J]. *J Clin Oncol*, 2021, 39(suppl 15): 4077.
- [406] Qin SK, Li Q, Ming Xu J, et al. Icaritin-induced immunomodulatory efficacy in advanced hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma: Immunodynamic biomarkers and overall survival[J]. *Cancer Sci*, 2020, 111(11): 4218–4231.
- [407] Yu Z, Guo J, Hu M, et al. Icaritin Exacerbates Mitophagy and Synergizes with Doxorubicin to Induce Immunogenic Cell Death in Hepatocellular Carcinoma[J]. *ACS Nano*, 2020, 14(4): 4816–4828.
- [408] 蔡文辉, 尹春丽, 范庆秋. 艾迪联合肝动脉化疗栓塞术治疗中晚期原发性肝癌的临床观察[J]. *中国医师杂志*, 2018, 20(11): 1723–1725.
- [409] 成远, 华海清. 榄香烯治疗原发性肝癌的研究进展[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2017, 22(10): 950–953.
- [410] 范隼, 李庆源, 周志涛, 等. TACE 联合金龙胶囊治疗原发性肝癌的效果研究[J]. *中国实用医药*, 2019, 14(21): 42–44.
- [411] 高继良. 肝复乐方剂治疗晚期原发性肝癌的前瞻性、随机对照临床研究[J]. *中国中药杂志*, 2014, 39(12): 2367–2369.
- [412] 路大鹏, 王玉强, 赵卫林, 等. 康莱特联合肝动脉化疗栓塞术治疗肝癌的临床研究[J]. *世界临床医学*, 2017, 11(5): 70–72.
- [413] Zheng DH, Yang JM, Wu JX, et al. Cidan capsule in combination with adjuvant transarterial chemoembolization reduces recurrence rate after curative resection of hepatocellular carcinoma: A multicenter, randomized controlled trial[J]. *Chin J Integr Med*, 2023, 29(1): 3–9.
- [414] Zhai XF, Liu XL, Shen F, et al. Traditional herbal medicine prevents postoperative recurrence of small hepatocellular carcinoma: A randomized controlled study[J]. *Cancer*, 2018, 124(10): 2161–2168.
- [415] 国际肝胆胰协会中国分会, 中国抗癌协会肝癌专业委员会, 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会, 等. 乙型肝炎相关肝细胞癌抗病毒治疗中国专家共识(2023 版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2023, 22(1): 29–41.
- [416] 中华医学会肝病学会肝癌学组. HBV/HCV 相关肝细胞癌抗病毒治疗专家共识(2021 年更新版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2021, 29(10): 948–966.
- [417] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学会. 丙型肝炎防治指南(2022 年版)[J]. *中华传染病杂志*, 2023, 41(1): 29–46.
- [418] Yang H, Mao Y, Lu X, et al. The effects of urinary trypsin inhibitor on liver function and inflammatory factors in patients undergoing hepatectomy: a prospective, randomized, controlled clinical study[J]. *Am J Surg*, 2011, 202(2): 151–157.
- [419] 秦叔逵, 马军. 中国临床肿瘤学会(CSCO)肿瘤化疗相关中性粒细胞减少症规范化管理指南(2021)[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2021, 26(7): 638–648.
- [420] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 促血小板生成药物临床应用管理中国专家共识(2023 年版)[J]. *中华血液学杂志*, 2023, 44(7): 535–542.
- [421] Huang A, Guo DZ, Wang YP, et al. The treatment strategy and outcome for spontaneously ruptured hepatocellular carcinoma: a single-center experience in 239 patients[J]. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2022, 148(11): 3203–3214.
- [422] Moris D, Chakedis J, Sun SH, et al. Management, outcomes, and prognostic factors of ruptured hepatocellular carcinoma: A systematic review[J]. *J Surg Oncol*, 2018, 117(3): 341–353.
- [423] Sahu SK, Chawla YK, Dhiman RK, et al. Rupture of hepatocellular carcinoma: A review of literature[J]. *J Clin Exp Hepatol*, 2019, 9(2): 245–256.
- [424] Tan NP, Majeed A, Roberts SK, et al. Survival of patients with ruptured and non-ruptured hepatocellular carcinoma[J]. *Med J Aust*, 2020, 212(6): 277–278.
- [425] Yoshida H, Mamada Y, Taniai N, et al. Spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma[J]. *Hepatol Res*, 2016, 46(1): 13–21.
- [426] Zhong F, Cheng XS, He K, et al. Treatment outcomes of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma

- with hemorrhagic shock: A multicenter study[J]. Springerplus, 2016, 5(1): 1101.
- [427] Aoki T, Kokudo N, Matsuyama Y, et al. Prognostic impact of spontaneous tumor rupture in patients with hepatocellular carcinoma: An analysis of 1160 cases from a nationwide survey[J]. Ann Surg, 2014, 259(3): 532–542.
- [428] Lai EC, Lau WY. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: A systematic review[J]. Arch Surg, 2006, 141(2): 191–198.
- (文章原载于《中国实用外科杂志》2024 年 4 月第 44 卷第 4 期)



由于篇幅所限,本文参考文献请扫描二维码查阅