维普资讯 http://www.cqvip.com

8-9

4

肝胆手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

肝血管瘤 16 例分析

广西医科大学第一附属医院 苏明媚
（广西南宁市，邮政编码 530021）

R735.704

[提要] 在我院职工 1675 人进行体检中，发现肝血管瘤 16 例，低于国外健康人群检出率（1～20%），其中单个瘤 11 例，多个 5 例，共 23 个血管瘤，分于左半肝 7 个，右半肝 11 个，左、右半肝 5 个。瘤体直径最小 0.8cm，最大 5.5cm。诊断主要靠 B 型超声，鉴别诊断目的是排除肝癌。经 4 年观察未见血管瘤明显变化。

肝肿瘤，血管瘤

[关键词] 肝血管瘤；B 超。

诊断

随着影像学的发展，肝血管瘤发现越来越多，已引起临床的重视[1]。1990 年我院对本院职工进行体检，检出肝血管瘤 16 例，现结合文献讨论报告如下。

临床资料：受检者是我院各级医护工作者及行政人员。男 457 人，女 1218 人，年龄 17～84 岁。结果发现男 7 例、女 9 例肝血管瘤患者。年龄为 30～57 岁。血管瘤共 23 个，位于右半肝 9 例，左半肝 5 例，左、右半肝 2 例。单个瘤 11 例，多发（2～3 个）5 例。瘤体直径 0.8～3cm14 例，4.8～5.5cm2 例。

诊断：本组 B 超诊断 16 例，CT 诊断 3 例。所有患者均作 AFP 定性、定量及 γ－GT 检查。HBsAg 阳性者 2 例。

处理：本组除 2 例有时感上腹部不适或隐胀痛外，其余无自觉症状，故未作特殊治疗，在 4 年内行 B 超、AFP 等复查，结果患者肝血管瘤大小无明显变化。

讨论：①肝血管瘤是肝脏良性肿瘤中最常见的一种[2,3]。早在 1863 年 Vizchow 就对本病的形态学作了描述。过去此病多在尸检或手术时意外发现，Edmondson 在 50000 例尸检中发现 176 例，占 0.35%；而 Feldman 在 1 319 例成人尸检检出 96 例，占 7%。1962 年北京医学院外总教研组曾报道肝海绵状血管瘤的病例讨论，1976 年第二军医大学第一附院外科报道 21 例及 1 例手术切除重达 18kg 特大肝血管瘤病例[2]。近年文献报道增多[2～6]。我院外科也行手术治疗 26 例肝血管瘤患者。国外文献报道[3]在健康人群中检出肝血管瘤占 1～20%，高于本组 0.096%（16/1675）。②病因和病理：确切的病因至今不明，一般认为是先天性血管错构瘤，亦有认为是非先天性的肝窦状隙合并，扩张而成，或是间叶组织返祖现象[1]。也有人指出与性激素有关[5]。病理分为海绵状血管瘤，硬化性血管瘤，血管内皮细胞瘤和肝毛细血管瘤 4 型，其中以肝海绵状血管瘤常见。李国威等[1]研究证实肝海绵状血管瘤的血供全部来自肝动脉，无动静瘘，改变了肝海绵状血管瘤发生于门静脉畸形的旧观点。③诊断和鉴别诊断：B 超、CT、磁共振成像、肝动脉造影、核素肝扫描和肝血池扫描等对肝血管瘤的诊断有重要价值。这些检查方法各有优缺点，应根据每个病人的不同情况而选用。首选方法是 B 超，它对身体无损伤、可反复检查及动态观察[5]。一般对≥2cm 肿瘤可在早期发现[7]。对肝血管瘤的定位、定性均有较大价值。单个小血管瘤与小肝癌（≤3cm）的鉴别目的是排除肝癌，消除患者心理压力。肝癌和单个小血管瘤皆无临床症状，多因其腹部疾病作 B 超检查发现[4]。有报道 B 超运动试验为诊断肝血管瘤和其它肝肿瘤鉴别的一种简易手段[8]。最新的彩色 Deppler 与常规超声相结合对肝癌定性诊断的特异性高达 97.22%[9]，磁共振成像特异性为 92%[10]。合并乙肝 HBeAb 阳性者是肝癌的高危人群，一些慢性活动肝炎和少数肝硬变者 AFP 轻度升高，应查 AFP 异质体如 AFP－岩藻糖，如呈阳性为肝癌的小病灶。如无上述检查条件可由同一医生作 B 超检查、每 1/2～1 个月 1 次，观察 2～3 个月，若肿瘤明显增大结合其他指标多为肝癌[4]，本组病例诊断主要靠 B 超检查及复查，先后每例 4～9 次，结合 AFP、r－GTase 等作出肝血管瘤的诊断而排除肝癌。

手术治疗问题：一般认为，小的无症状的肝血管瘤不需治疗。大的或有症状者应视其大小、部位、生长速度、病理变化和全身情况来选择适当的治疗方法[10]。有报道[5]目前认为肝血管瘤最好的治疗方法是手术切除。术中无法切除者可行肝动脉结扎和/或肝动脉栓塞，瘤内无水酒精注射或/和微波固化等。并认为瘤体直径＞10cm；肿瘤直

维普资讯 http://www.cqvip.com

径在 5～10cm；肿瘤位于肝表面且临床症状明显者一般应手术治疗。瘤体直径<5cm 者一般可定期观察；瘤体无论大小不能排除原发性肝癌者应尽早手术探查。亦有报道[4]瘤体直径>5cm 以上不论部位、单发或者多发，都适于治疗，并以经肝动脉栓塞治疗最优。Trastek 观察 36 例未手术病人 15 年（平均 5.5 年）无死亡，无破裂出血或恶变，故认为可以观察，不需手术[1]。本组病例观察 4 年，未见症状加重或瘤体明显变化。患者均健在，与 Trastek 的结果相似。

参考文献

1. 李国威，等. 肝海绵状血管瘤血供来源及硬化、栓塞治疗的研究. 中国肿瘤 1994；3（2）：25.
2. 孙宏训编著. 肝脏病学. 第 1 版. 南京：江苏科学技术出版社 1990：709.
3. Paul M，et al. CT and MRI of the Liver and Biliary System. 1st ed，Churchill—Livingstone，New York. 1990：98，293.
4. 郑光琪，等. 肝血管瘤的外科治疗. 腹部外科杂志 1994；7（2）：68.
5. 梁安民，等. 肝血管瘤的诊断和治疗（附 62 例报告）. 广西医学 1994；16（4、5）：362.
6. 胡德心，等. 微波治疗肝、胆肿瘤的临床研究. 中国肿瘤临床 1994；21（5）：374.
7. 王玲山. 肝血管瘤的早期诊断与外科治疗. 哈尔滨医科大学学报 1993；27（5）：391.
8. 曾永芳，等. B 超运动试验诊断肝脏血管瘤. 中国超声医学杂志 1993；9（4）：238.
9. 王文华，等. Doppler 超声和 CT 在肝癌定性诊断中对照研究. 中国超声影像学杂志 1994；3（2）：49.
10. 裘礼主编. 现代普通外科学. 第 1 版，浙江科学技术出版社 1993：293～295.

（收稿日期：1996－03－20）

胃类癌 1 例误诊分析

铜陵市有色金属公司职工总医院 沈世红 童帮兴

（安徽铜陵，邮政编码 244000）

病历摘要：张某某，女，66 岁。因上腹部疼痛，发现肿块 2 月，伴返酸，消瘦，乏力。无呕血，黑便，在外地医院诊治，检查及治疗情况不详，未予手术治疗。病情逐渐加重，出现频繁呕吐。于 1987 年 1 月拟诊“晚期胃癌并发幽门梗阻”收住我院。检查：一般情况尚可，体形消瘦，锁骨上淋巴结未触及，心肺无异常，腹软，上腹部隆起，可触及约 11×10cm² 大小肿块，无压痛，可以推动，表面光滑，边界尚清，质硬，胃有振水音，腹腔无移动性浊音，肠鸣音正常，肛门指检阴性。术前各项化验检查基本正常。

术中所见：胃呈等张型，胃窦部见 10×10cm² 大小肿块，侵及浆膜层，呈菜花样改变，并与胰包膜粘连，幽门上下淋巴结肿大，融合成块，肝无转移，肝门腹主动脉旁、脾门、贲门左右淋巴结无肿大。行胃大部切除术（毕Ⅰ式）（并切除大网膜及幽门上下淋巴结）。术后恢复顺利，10 天拆线，20 天出院，随访至今仍生存，生活能自理。病理报告示：胃类癌侵及浆膜外，局部淋巴结转移、成块。（标本号：8723）

讨论：①类癌最早是由 Nicholas Kulchitzky（1897）所记述，认为是 Kultschitzky 氏细胞的一种特殊肿瘤，是一种低度恶性肿瘤，以回肠末段和阑尾多见，然而此种肿瘤毕竟少见，出现在胃就更少见。②类癌临床上有些没有症状，有些可在腹部触及肿块，出血的机会不多。有些患者可出现类癌综合征，表现为皮肤阵发性潮红、腹痛和腹泻等。该病例术后行回顾性追问有以上类似症状。③类癌临床上偶而可看到转移的征象，但对于已有转移的类癌患者，愈后仍良好。该病例术中发现已有淋巴结转移，经手术切除，目前仍健在。④对于临床可疑为晚期胃癌的病人，不应放弃积极的检查，特别是行纤维胃镜检查以取得病理学上的诊断，这样可避免误诊，指导治疗方案，以获得比较满意的疗效。该例患者就是教训。

（收稿日期：1996－05－16）