维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)04-0620-02

原发性肝癌 51 例误诊分析

刘 芳[1],徐玲素[1],李志斌[2],李 卫[3]

(1.四川内江医科学校,四川 内江 641100;2.四川内江市二人民医院,四川 内江 641100;
3.四川内江市一人民医院,四川 内江 641100)

【摘 要】目的:分析原发性肝癌(HCC)误诊原因,增强 HCC 肝外表现的认识,提高 HCC 早期诊断水平。方法:回顾性分析 51 例误诊 HCC 临床资料。结果:误诊率 19.4%(51/263);误诊病种为慢性肝炎、肝硬化、肝脓肿、胆囊炎、胆石症、急性梗阻性化脓性胆管炎、肝血管瘤、脑血管意外、美尼尔氏病、急腹症、消化性溃疡、胃肠炎、骨关节疾病、肺部感染肺癌、胸膜炎等。结论:HCC 早期缺乏特异性表现,中晚期临床表现多样化,容易误诊;重视 HCC 特殊临床表现与转移灶症状,全面细致查体,动态观察实验室检查与影像学资料,可以减少误诊。

【关键词】原发性肝癌;误诊
【中国图书分类法分类号】R735.7 【文献标识码】B 【收稿日期】 2006-03-01

Analysis on Misdiagnosis of 51 Cases of Primary Hepatic Carcinoma

LIU Fang,et al

(Neijiang Medical School)

【Abstract】*Objective:* To identify the reasons for misdiagnosis of primary hepatic carcinoma (PHC) in order to promote its diagnosis. *Methods:* 51 misdiagnosed PHC cases were analyzed retrospectively. *Results:* The misdiagnosis rate of PHC was 19.4%(51/263). The misdiagnosed cases included chronic hepatitis, hepatic cirrhosis, liver abscess, cholecystitis, gall-bladder stone, acute obstructive suppurative cholangitis, liver hemangioma, Meniere's disease, acute abdomen, peptic ulcer, gastroenteritis, joint diseases, pulmonary infections, lung cancer and pleuritis, etc. *Conclusion:* No specific manifestation at early stage and diversified features mid-late stage of HPC cause misdiagnosis. For the purpose of decreasing misdiagnosis rate of HPC, clinicians should pay attention to the special and metastatic signs of HPC, overall physical examination and continuous laboratory and imaging examinations to lessen the occurrence of misdiagnosis.

【Key words】Primary hepatic carcinoma; Misdiagnosis

原发性肝癌(HCC)是临床上常见的恶性肿瘤之一,由于起病隐匿,早期缺乏特异性表现,中晚期临床表现多样化,临床医生易被 HCC 的并发症或转移灶症状迷惑,从而导致误诊,文献报道误诊率 3.8%~41.75%[1-3]不等。笔者收集了市一院与市二院 2002 年 3 月~2005 年 5 月收治的符合诊断标准[4]的 263 例 HCC 临床资料,将其中在入院时和院外误诊的 51 例 HCC 临床资料分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 39 例(76.5%),女 12 例(23.5%);年龄 19~71 岁,平均年龄 44.8 岁;干部 8 例(15.8%),工人 15 例(29.4%),农民 22 例(43.1%),个体经营者 3 例(5.9%),司机 2 例(3.9%),学生 1 例(1.9%);既往肝病史 22 例(43.1%),饮酒史 8 例(15.7%),HCC 家族史 3 例(5.9%)。

1.2 实验室检查

乙型肝炎病毒(HBV)阳性 42 例(82.4%),其中 HBsAg(+)、抗 HBe(+)、抗 HBc(+)模式 21 例(41.2%),HBsAg(+)、HBeAg(+)、抗 HBc(+)模式 16 例(31.4%),HBsAg(+)、抗 HBc(+)模式 3 例(5.9%),HBsAg(+)模式 1 例(1.9%)。甲胎蛋白(AFP)<200μg/L6 例(11.8%),<400μg/L8 例(15.7%),>400μg/L32 例(62.7%)>600μg/L 例 5(9.8%)。丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高 49 例(96.1%),50~785U/L。总胆红素(TBIL)升高 39 例(76.5%),45~350μmol/L。

1.3 影像学检查

51 例病人全部进行了 B 超检查,进行彩色多普勒超声检查 22 例,进行 CT 检查 19 例,进行 MRI 检查 15 例,均发现占位性病变,其中巨块型 32 例,结节型 18 例,弥漫型 1

作者介绍:刘 芳(1963-),女,副主任医师,
主要研究方向:消化内科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

例。肝内及腹腔淋巴结肿大 6 例，肺转移 4 例，门静脉癌栓 2 例。

1.4 病理类型

经剖腹探查或手术后病理检查 26 例。肝细胞癌 23 例，胆管细胞癌 2 例，混合性肝癌 1 例。

1.5 误诊情况

误诊为慢性肝炎、肝硬化 12 例（23.5%），肝脓肿 4 例（7.8%），胆囊炎、胆石症 9 例（17.6%），急性梗阻性化脓性胆管炎 4 例（7.8%），肝血管瘤 3 例（5.9%），脑血管意外 1 例（1.9%），美尼尔氏病 1 例（1.9%），急腹症 4 例（7.8%），消化性溃疡 2 例（3.9%），胃肠炎 6 例（11.8%），骨关节疾病 2 例 3.9（3.9%），肺部感染肺癌 1 例（1.9%），胸膜炎 2 例（3.9%）。

2 讨 论

全世界每年新发肝癌 26 万例，其中 42.5%在中国[5]。据上海医科大学肝癌研究所的资料显示，直径小于 5cm 的小肝癌根治性手术切除后的 5 年生存率达 72.9%，小于 2cm 的肝癌手术切除后的 5 年生存率达 86.4%，中晚期肝癌经综合治疗后生存期也明显延长。一般来说，具有典型临床表现者容易确诊，但临床所见患者大多已属中晚期，失去了手术等积极治疗的机会，因此减少 HCC 的误诊，争取早期诊断尤为重要。

2.1 误诊原因分析

HCC 起病隐匿，中晚期症状复杂而缺乏特异性是导致误诊的主要原因。

忽略了慢性肝炎、肝硬化背景。6 例病人因呕血、黑便同时伴肝硬化腹水误诊为肝硬化上消化道出血；4 例病人因腹胀、腹水就诊，B 超提示肝硬化；2 例因厌油、黄疸、ALT 升高而诊断为肝炎。这些病人在肝炎肝硬化的基础上发生 HCC，肝炎肝硬化的症状体征典型，临床医生疏漏了 AFP 与影像学的动态观察，仅满足于肝炎肝硬化诊断。

对 HCC 肝外症状认识不足。4 例病人因急性腹痛、腹膜刺激征、休克入院诊断为宫外孕、重型胰腺炎、脾破裂等经剖腹探查发现 HCC 自发性破裂；1 例因眩晕、耳鸣误诊美尼尔氏病，1 例因突发意识障碍误诊为脑血管意外，进一步检查发现为肝癌低血糖所致；1 例病人因咳嗽、咯血、胸片提示肺部占位性病灶而误诊为肺癌；2 例病人因胸痛、气紧误诊为胸膜炎，2 例病人因骨关节痛等转移灶症状就诊误诊为骨质疏松症和风湿性关节炎。

过分依赖 AFP 与影像学检查结果。6 例病人因症状不典型，AFP 在 200μg/L，而误诊为其他疾病；4 例病人因发热、肝区痛、肝大就诊，B 超、CT 报告为肝脓肿，经抗感染等治疗后效果不佳复查发现 HCC。

2.2 减少误诊对策探讨

重视 HBV 与 HCC 的关系。WHO 肝癌预防会议指出：HBV 与肝癌有密切的关系，两者相关率高达 80%，我国肝癌患者 HBV 检出率 60.0%～94.4%不等[5]。本组资料乙肝病毒携带者 82.4%，证实 HBV 与肝癌有密切特定的因果关系。所以对 35 岁以上，HBsAg(+)或有肝炎病史的 HCC 高危对象，定期监测 AFP 与 B 超并不增加患者负担，却可以早期发现 HCC。本组资料年龄最小患者 19 岁，确诊时已有肝外转移，40 岁以下 15 例（29.4 %），青壮年发生 HCC 增多也应引起临床医师高度重视。

正确对待 AFP 检查结果。AFP 为肝癌诊断可靠性的血清学标志物，敏感度可达 60%～70%，特异性约 90%左右，但是约 18%的 HCC 患者 AFP 无升高[6]，其原因是 AFP 血清浓度除与癌肿大小有关外，更重要的取决于癌肿分化程度与生长情况，并与变性坏死程度有关[3]。对 AFP 低浓度者常须结合影像诊断技术进行随访，认识到 AFP 检查结果可能存在持续高浓度、持续低浓度、逐渐升高、反复波动等几种动态变化，有条件者可进行其他 HCC 标记物监测，或在超声引导下对可疑区进行细针穿刺活检，以提高诊断准确率。总之 AFP 检查结果必须结合临床、影像学检查才有诊断价值。

增强影像学基本知识的学习。B 超、CT、MRI 等影像学技术在医学领域的广泛应用，显著提高了 HCC 的诊断水平，但影像学检查也有局限性。临床医生虽然不是影像学专业技师，但应掌握影像学基本知识，亲自审阅影像检查图片，敢于对影像报告提出质疑，将影像学报告提出的定位诊断或定性诊断某些方面的鉴别要点，结合临床表现、体格检查与实验室检查，进行综合分析判断，才不易误诊。

保持对病人极端负责的精神，详细采集病史与体格检查，不放过任何蛛丝马迹，善于透过现象看本质，保持对 HCC 的高度警惕性，增强 HCC 特殊表现与转移灶的认识，是避免误诊的重要举措。

参 考 文 献

[1] 皮执民，李铁刚，姚宏亮，等.原发性肝癌的误诊[J].中国普通外科杂志，2000；9（1）：95-96.

[2] 赵春元，刘增连. 原发性肝癌 28 例误诊分析[J].临床误诊误治，2004；17（4）：296-297.

[3] 陈 民. 原发性肝癌 86 例误诊分析[J].中国误诊学杂志，2001；1（4）：588-589.

[4] 中国抗癌协会肝癌专业委员会.原发性肝癌的临床诊断与分期标准[J].中华肝脏病杂志，2001；9（6）：324.

[5] 肖开银. 原发性肝癌流行病学研究进展[J].中国普外科基础与临床杂志，2000；7（4）：272-274.

[6] 袁登峰，王海菊.TSGF、AFP、CEA 联检对消化道肿瘤早期诊断及筛查的意义[J].放射免疫学杂志，2003；16（5）：291-292.