

漏诊。

3.3 肝硬化患者肝脏 DSA 造影时, 以下几点有助于避免 MHCC 的漏诊或误诊: ①注意减少呼吸、肠管运动及心脏搏动伪影。靠近肝表面或肝裂的微小病变, 特别是肝左右叶交界近心膈角处的微小病变, 易受呼吸及心脏运动双重影响, 常规正位投照常显示不清。加照右前斜位 30° 投照造影, 可以提供与正位像对比观察的信息。此角度可将肝左右叶展开, 能更好地显现肝实质及边缘、减少伪影, 亦可清楚显示供血动脉。②肝硬化患者肝左叶常明显增大, 有时甚至达左季肋部, DSA 造影时应注意包括全左肝, 否则有可能漏掉肝左叶病变。③MHCC 除需与肝海绵状血管瘤及动静脉畸形鉴别外, 肝内微小局灶性非肿瘤性肝动脉-门静脉分流(arteriportal shunt, APS)与 MHCC 的鉴别应引起重视。本组肝硬化患者 DSA 检查中微小 APS 并不少见, 而微小 APS 相关的结节形浓染与 MHCC 染色形态的 DSA 影像形态十分相似。其鉴别方法: 微小 APS 在 DSA 检查时, 动脉期可见比小动脉分支稍显宽大和直行的小门静脉显影供应异常染色区, 且局限性肝实质异常染色消退较快, 一般 15 s 以内 APS 异常浓染区即与周围肝实质染色相一致, 其形态多为类结节样或边界欠清晰的不规则片状染色。而 MHCC 的 DSA 特点是在肝动脉造影早期至中期出现结节状染色区(由小动脉分支供血), 边缘较清楚, 随动脉期延长而逐渐加深, 结节状染色持续时间长, 15 s 以上, 仍高于周围肝实质^[6]。

本组资料提示, DSA 对肝硬化并发 MHCC 的检

出能力优于常规 B 超及增强 CT 检查, 适时应用 DSA 能提高肝硬化患者并发 MHCC 的早期检出率。我们认为, 以下情况可以推荐做 DSA 检查, 明确是否发生肝癌: ①肝硬化患者临床可疑发生肝癌(AFP 阳性), 但是 B 超、CT 检查未见肝内占位。②肝硬化患者 AFP 阴性, B 超和或 CT 检查可疑肝内占位, 怀疑肝癌, 但又缺乏肝癌典型表现。

【参考文献】

- [1] 刘颖斌, 朱锦辉, 彭淑福, 等. 肝硬化合并微小肝癌的诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 9: 566 - 568.
- [2] 张同琳, 宋世兵, 修典荣, 等. 肝癌的影像学检查与病理结果的对比研究[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 2: 177 - 179.
- [3] 初建平, 陈伟, 王于, 等. CT 与 DSA 诊断原发性肝癌灶灶的对比研究[J]. 影像诊断与介入放射学, 2005, 1: 27 - 29.
- [4] Nathali G, Claude C, Francoise C, et al. Predictive score for the development of hepatocellular carcinoma and additional value of liver large cell dysplasia in western patients with cirrhosis[J]. Hepatology, 1996, 23: 1112 - 1118.
- [5] Tsai JF, Jeng JE, Ho MS, et al. Effects of hepatitis C and B virus infection on risk of hepatocellular carcinoma: a prospective study[J]. Br J Cancer, 1997, 76: 968 - 974.
- [6] 马少华, 张同琳, 宋世兵, 等. 肝癌的影像学检查与病理结果的对比研究[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 2: 771.
- [7] 张建淮, 马曾辰, 王建营. 甲胎蛋白低浓度阳性肝细胞癌 424 例的诊断分析[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 9: 945.
- [8] 李京雨, 张强, 刘涛, 等. 肝硬化非肿瘤性肝动脉门静脉分流 DSA 诊断[J]. 介入放射学杂志, 2006, 15: 660 - 663.

(收稿日期: 2007-12-18)

·临床研究 Clinical research·

原发性肝癌自发性破裂出血的介入治疗

陈家焱, 姬广翠, 钱建华, 于江, 周明珠

【摘要】目的 探讨介入治疗原发性肝癌自发性破裂的疗效。方法 对 3 例原发性肝癌自发性破裂患者, 采用肝动脉化疗栓塞术进行治疗, 先行化疗灌注, 再用明胶海绵颗粒及明胶海绵条进行栓塞。结果 3 例肝右叶巨块型肝癌破裂均一次性栓塞成功, 其中 1 例加用超液化碘油已带瘤生存 20 个月。结论 肝动脉化疗栓塞术急诊止血效果显著, 可达到止血和治疗肿瘤的双重效果。

【关键词】原发性肝癌; 自发性破裂; 栓塞

作者单位: 223700 江苏省宿迁市泗阳县人民医院

通讯作者: 陈家焱

中图分类号:R735.7 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2008)-06-0436-03

Interventional treatment of primary liver cancer with spontaneous bleeding (3 cases report) CHEN*Jia-yan, Ji Guang-cui, QIAN Jian-hua, YU Jiang, ZHOU Ming-zhu. Siyang County People's Hospital, Siyang, Shuqian 223700, China*

【Abstract】 Objective To evaluate the efficiency of interventional treatment for primary liver cancer with spontaneous rupture. **Methods** Three cases of spontaneous rupture of primary liver cancer were undertaken hepatic arterial chemoembolization with prior chemo-infusion and followed by gelfoam partical and stripes for embolization **Results** 3 cases of massive type of primary liver carcinoma with spontaneous rupture were all successfully once embolized, including one with additional super liquefied lipiodal as embolic agent who has been survived for more than 20 months. **Conclusions** Hepatic arterial chemo-embolization shows prominent hemostasis during emergency for spontaneous rupture of primary hepatic carcinoma providing double effectiveness of hemostasis and treatment.(J Intervent Radiol, 2008, 17: 436-438)

【Key words】 Primary liver cancer; Spontaneous rupture; Embolization

原发性肝癌在我国常见,通常预后不佳,常见且致命的并发症是原发性肝癌的自发性破裂出血。肝癌一旦破裂出血,如不采取适当的治疗,其病死率常达 50%~80%^[1],甚至 100%^[2],占原发性肝癌病死率的 9%~10%^[3]。我院采用肝动脉栓塞术治疗肝癌自发性破裂 3 例,效果满意,报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

3 例患者均为男性,年龄分别为 38、55 和 79 岁,入院至手术时间 7 h~3 d。

1.1.1 例 1 男,55 岁。右上腹隐痛不适 10 余 d,外院 CT 及 MRI 检查示:肝占位、肝包膜下出血,药物治疗症状好转后转我院。彩色多普勒超声:肝右叶占位、肝包膜下出血。右上腹轻度压痛,心率 80 次/min,血压 120/80 mm Hg,药物止血保肝及预防感染等治疗,3 d 后介入治疗,术中先灌注 5-FU 1 000 mg、顺铂 40 mg、吡柔比星 40 mg + 超液化碘油 5 ml 栓塞后再用明胶海绵栓塞。

1.1.2 例 2 男,38 岁。上腹部疼痛加重 2 d,腹部略隆起,腹肌紧张,上腹部压痛反跳痛,CT 显示肝内巨大低密度占位病灶,肝脾周围水样密度影,考虑肝癌破裂出血伴腹腔积血。彩色多普勒超声:肝右叶 7.9 cm × 5.7 cm 实质性占位伴不规则暗区(肝癌液化伴出血),腹腔大量积液(10.2 cm)。腹腔穿刺见不凝血液,心率 80/min,血压 120/70 mm Hg。给予药物止血、输血及保肝等治疗,10 h 后介入治疗,术中灌注 5-FU 750 mg,顺铂 40 mg,丝裂霉素 8 mg。

1.1.3 例 3 男,79 岁。恶心、呕吐、腹泻,全身皮肤湿冷 3 h,心率 90/min,血压 70/50 mm Hg,拟感染

性休克入院,4 h 后腹部隆起,彩色多普勒超声:肝癌破裂出血(右叶 15.9 cm × 11.9 cm)伴门静脉不全癌栓,腹腔大量积液(11.2 cm);腹穿抽出不凝血液,药物止血、输血、输液后行明胶海绵栓塞。

1.2 治疗方法

所有患者均先药物止血、保肝、预防感染等治疗或在输血基础上再行介入手术。

采用 Seldinger 技术,局麻后经右侧股动脉穿刺插管,将导管置腹腔动脉造影后,选择性将导管置肝固有动脉造影,确定出血血管及出血部位,再超选择插至靶动脉,前 2 例患者先经导管注入适量的化疗药物(5-FU、顺铂、丝裂霉素或阿霉素),例 1 先注入 5 ml 超液化碘油栓塞,在 X 线电视透视下用混有对比剂的明胶海绵颗粒经导管缓慢栓塞,直至中远段小动脉不显影且血流缓慢,再用明胶海绵条加强栓塞出血动脉主干,术后继续保肝,保护胃黏膜及预防感染等治疗。

2 结果

本组 3 例患者经导管栓塞出血动脉均一次成功,出血停止,病情稳定。血管造影见血管明显扭曲,呈抱球状,对比剂明显外溢。在随访中,例 3 休克患者因出血量较大,肾灌注量不足所致急性肾功能衰竭诱发呼吸衰竭,3 d 后死亡。例 2 患者 5 个月死亡,例 1 患者带瘤已生存 20 个月。

3 讨论

肝癌破裂是指肝癌包膜与肝包膜之间肝实质完整性遭到破坏。位于肝包膜距离越近的肿瘤长到一定体积时,将肝包膜顶起,即可侵及肝包膜,甚至

向肝外生长,此时肝癌与周围组织仅一膜之隔,当受外力或腹内压增高时可突然破裂出血。肿瘤越大发生液化坏死概率越高;离肝包膜越近发生破裂的可能性越大。有报道行肝动脉栓塞术或无水乙醇注射治疗肝癌,术后因肿瘤大面积坏死而导致原发性肝癌破裂出血^[4]。其诊断主要靠超声和 CT 及腹腔穿刺,CT 对原发性肝癌的自发性破裂出血的诊断率为 100%^[5]。李爱军等^[6]报道一组 15 例均为住院期间发生肝癌破裂的男性患者,外科手术 10 例,保守治疗 3 例,介入治疗 2 例。随访中外科手术 10 例中 6 例发生转移,腹腔种植 3 例,肝内转移 2 例,肺转移 1 例。保守治疗 2 例 2 个月后再次破裂死亡,1 例消化道大出血死亡。介入治疗 2 例中 1 例半年后死亡,1 例行二期外科手术。据统计,肝癌自发性破裂的发生率在东南亚为 12%~15%,日本为 10%,我国香港和台湾分别为 14.5%和 12.4%,我国大陆为 3%~14.5%。血管造影的直接征象为对比剂外溢。出现假阴性的原因可能为出血量较大,达外周部分的对比剂量太少,不足以显示出血灶和出血血管。

肝癌无论大小,只要破裂均属于晚期,远期疗效不佳^[7],同时增加腹腔种植机会。传统的治疗方法是首选外科手术:切除肿瘤,清除失活组织和腹腔出血,以减少复发和腹腔种植的机会。由于肝脏的代偿能力很强,肝癌早期无症状,不少患者合并肝硬化;据统计,日本约为 20%,欧美占 10%~20%,非洲 60%以上,我国在 53.9%~85%。因此,一旦发生破裂出血,不少患者失去外科手术切除机会。一期手术后出血的发生率为 23%~36%,30 d 生存率为 65%,1 年生存率为 25%^[8]。

内科保守治疗效果很差,院内病死率高达 85%~100%,平均生存率仅为 13 d^[9]。保守治疗的决定性因素是:患者就诊时或初步复苏后的血流动力学稳定,同时也适于肝癌小破裂而致的少量内出血,经卧床输液、输血恢复血容量和预防感染及止血药物应用可达到控制出血。

肝动脉栓塞治疗不能外科手术切除的肝癌或计划二期手术切除的肝癌,现已用于急诊肝癌破裂出血的治疗。有报道患者平均生存期为 98.5 d,近期止血率达 75%~100%^[9]。根据造影所显示病变的部位、大小决定插管深度和栓塞范围,原则上栓塞靶血管,本组 3 例均插至肝右动脉进行栓塞,在栓塞

治疗的同时对肿瘤进行化疗,以期取得止血和治疗肿瘤的双重效果,同时降低腹腔种植的概率。郑加生等^[10]在急诊肝动脉栓塞术止血治疗时不主张应用化疗药物,考虑急性期以止血为目的,在急性失血期内消除药物对患者的损伤及不良反应。我们对此持相同的观点,本组例 3 休克患者仅用明胶海绵栓塞未应用化疗药物;同时因栓塞的前提条件为门静脉无癌栓或不全性癌栓,以防栓塞后肝坏死所致的急性肝功能衰竭。本组例 1 已带瘤生存 20 个月,仍在随访中。

原发性肝癌自发性破裂出血的总体预后差,综合文献,在急诊止血方面,采用肝动脉栓塞术能起到立竿见影的效果,并且在栓塞止血的同时可对肿瘤进行化疗。因此,我们认为肝癌一旦发生破裂出血,应首选肝动脉化疗栓塞术,如能进行二期外科手术切除,可进一步提高患者的生存率。

【参考文献】

- [1] 吕新生,何跃明,刘志苏,等.肝切除治疗原发性肝癌自发性破裂[J].中华肝胆外科杂志,2004,10:668-669.
- [2] Coop Chan M, Lau WY, Metreveli C, et al. The role of hepatic arterial embolization in the management of rupture hepatocellular carcinoma[J]. Clin Radiol, 1993, 48: 163-168.
- [3] 姚小平,吴孟超.原发性肝癌自发性破裂的外科治疗(附 39 例分析)[J].普外临床,1987,2:358-359.
- [4] 椎名秀一郎,丹羽泰朗.肝细胞癌の対するエタノール注入疗法[J].日消志,1994,91:821-828.
- [5] 孔健,窦永充,冯敢生.肝癌自发破裂出血的机制,诊断及治疗[J].介入放射学杂志,2001,10:378-379.
- [6] 李爱军,周伟平,吴孟超,等.原发性肝癌自发性破裂大出血的诊治体会[J].中华肝胆外科杂志,2004,10:637-638.
- [7] Mashat FM, Sibiany AM, Kashgari RH, et al. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma[J]. Saudi Med J, 2002, 23: 866-870.
- [8] Cherqui I, Panis Y, Rotman N, et al. Emergency liver resection for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma complicating cirrhosis[J]. BJS, 1993, 80: 747.
- [9] Kew MC, Hodgkinson J. Rupture of hepatocellular carcinoma as a result of blunt abdominal trauma[J]. AJG, 1991, 86: 1083-1085.
- [10] 郑加生,催雄伟,禹纪红.自发性肝癌破裂出血的急诊动脉栓塞治疗[J].介入放射学杂志,2006,15:228-231.

(收稿日期:2007-12-04)

原发性肝癌自发性破裂出血的介入治疗

作者: [陈家焱](#), [姬广翠](#), [钱建华](#), [于江](#), [周明珠](#), [CHEN Jia-yan](#), [JI Guang-cui](#), [QIAN Jian-hua](#), [YU Jiang](#), [ZHOU Ming-zhu](#)

作者单位: [江苏省宿迁市泗阳县人民医院, 223700](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC PKU](#)

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2008, 17(6)

被引用次数: 0次

参考文献(10条)

1. [吕新生](#), [何跃明](#), [刘志苏](#) [肝切除治疗原发性肝癌自发性破裂](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2004
2. [Coorp Chan M](#), [Lau WY](#), [Metreuei C](#) [The role of hepatic arterial embolization in the management of rupture hepatocellular carcinoma](#) 1993
3. [姚小平](#), [吴孟超](#) [原发性肝癌自发性破裂的外科治疗\(附39例分析\)](#) 1987
4. [椎名秀一郎](#), [丹羽泰朗](#) [肝细胞癌の対するエタノール注入療法](#) 1994
5. [孔健](#), [窦永充](#), [冯敢生](#) [肝癌自发破裂出血的机制, 诊断及治疗](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2001
6. [李爱军](#), [周伟平](#), [吴孟超](#) [原发性肝癌自发性破裂大出血的诊治体会](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2004
7. [Mashat FM](#), [Sibiany AM](#), [Kashgari RH](#) [Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma](#) 2002
8. [Cherqui I](#), [Panis Y](#), [Rotman N](#) [Emergency liver resection for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma complicating cirrhosis](#) 1993
9. [Kew MC](#), [Hodkinson J](#) [Rupture of hepatocellular carcinoma as a result of blunt abdominal trauma](#) 1991
10. [郑加生](#), [催雄伟](#), [禹纪红](#) [自发性肝癌破裂出血的急诊动脉栓塞治疗](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006

相似文献(10条)

1. 期刊论文 涂发政, 王铎, 张成静, 冯林 原发性肝癌自发性破裂的诊断与治疗—临床急杂志2005, 6(10)
原发性肝癌自发性破裂在我国有较高的发生率, 可达5.4%~14.5%[1]。肿瘤自发性破裂引起腹腔内出血是造成肝癌者死亡的严重并发症之一, 为肝癌患者死亡原因的4位或第5位[2]。我院1988年3月~2001年6月共收治原发性肝癌自发性破裂患者23例, 现对其临床资料进行回顾性分析, 并对其诊断及治疗进行探讨。
2. 期刊论文 成干波 原发性肝癌自发性破裂大出血10例诊治体会—河南外科学杂志2006, 12(3)
目的探讨肝癌自发性破裂大出血的诊治方法。方法回顾性分析10例肝癌破裂大出血的手术临床资料。结果10例均行手术切除出血的肝肿瘤, 清除积血, 清洗腹腔, 腹腔内放置化疗药物, 术中死亡病例。结论原发性肝癌自发性破裂大出血复发率高, 腹腔种植机会多, 预后差, 手术切除肿瘤为首选方法, 术后应行综合治疗。
3. 期刊论文 毕恩旭, 王颖 原发性肝癌自发性破裂诊治分析—中国现代医学杂志2004, 14(2)
目的原发性肝癌破裂出血是肝癌病人晚期的一种严重并发症, 预后差, 临床死亡率较高。进一步探讨诊治方法改善原发性肝癌破裂出血预后。方法对13例原发性肝癌破裂出血诊治方法及预后回顾分析。结果急诊B-US或CT确诊9例。行诊断性腹腔穿刺8例。初诊误诊率15.38%。开腹手术8例。肝动脉结扎2例。填塞缝合止血2例。介入治疗4例。保守治疗1例。住院时间0.5~152 d。住院期间死亡3例。结论B-US和腹腔穿刺可提高对原发性肝癌破裂出血的早期诊断, 抗休克, 及时选择适当治疗方法止血治疗。可明显改善预后。
4. 期刊论文 谭友春, 杨志明, 张其顺, 陈延林, 步桂林 23例原发性肝癌自发性破裂大出血一期与二期肝切除术疗效比较—肝胆外科杂志2007, 15(2)
目的探讨原发性肝癌自发性破裂(SRHC)的一期与二期肝切除术疗效差异, 找出合理手术时机和方法。方法对1992年1月~2006年5月我们手术治疗过的23例SRHC一期肝切除术(以下称A组)与二期肝切除术(以下称B组)的效果进行分析。结果 A组13例(56.5%), 平均生存期22.6个月(3 d~90个月); B组10例(43.5%), 平均生存期24.1个月(15天~85个月), $P>0.05$ 。并发症(包括术后再出血、腹腔感染、胸腔积液、应激性溃疡、伤口感染、肝功能衰竭和围手术期死亡)A组也明显高于B组 $P<0.05$ 。结论一期与二期肝切除术对SRHC病人的平均生存期无显著影响, 但二期肝切除术可明显降低术后并发症及死亡率, 选择一期还是二期肝切除术应个体化。
5. 期刊论文 耿小平, 赵红川, GENG Xiao-ping, ZHAO Hong-chuan 原发性肝癌自发性破裂—临床外科杂志2008, 16(9)
原发性肝癌(HCC)自发性破裂出血发生率约为3%~15%, 多见于亚洲及非洲, 欧美地区罕见, 在亚洲约占HCC死亡原因的10%, 且其再出血率高达43%, 急性出血期肝衰发生率为12%~42%, 死亡率更高达25%~75%[1]。因此, HCC破裂出血的治疗仍是目前临床工作中较为棘手的难题。
6. 期刊论文 叶利民, 周传政, 冷艳梅 原发性肝癌自发性破裂15例诊治分析—实用临床医学2005, 6(10)
目的: 总结对原发性肝癌自发性破裂的诊治经验, 提高对本病诊断治疗的认识。方法: 分析武汉市中医院1990至2004年收治的原发性肝癌自发性破裂15例的临床资料。结果: 12例获得手术治疗; 3例非手术治疗, 其中2例保守治疗, 1例行TAE; 手术组平均生存时间为15个月, 1、3、5年生存率为66.7%、25%、8.3%; 非手术组平均生存时间5个月, 1、3年生存率为33%、0%。结论: 肝癌自发性破裂以手术治疗为首选, 在无法手术情况下, 可采用TAE, 获得二期手术机会。
7. 期刊论文 王景毅, 梁金龙, 郝迪斯, 金政锡, 刘国津, WANG Jing-yi, LIANG Jin-long, HAO Di-si, JIN Zheng-xi.

目的 探讨急诊肝切除及经肝动脉插管栓塞(TAE)治疗原发性肝癌自发破裂出血的适应证、方法和疗效. 方法 回顾性分析85例原发性肝癌自发性破裂出血不同治疗方法的临床资料. 比较急诊TAE后择期部分肝切除组(A组30例)、急诊TAE治疗组(B组22例)、急诊肝切除治疗组(C组18例)、内科保守治疗组(D组15例)的止血成功率、手术并发症发生率、住院病死率和1、3年生存率. 结果 A、B 2组52例治疗前腹腔动脉造影有14例可见造影剂外渗(26.9%), 其余为富血供肿瘤染色. A、B、C 3组的止血成功率为100%(30/30、22/22、18/18), 明显高于D组40%(6/15) ($P < 0.05$). 3组的住院病死率分别为0%(0/30)、3.8%(2/52)和16.7%(3/18), 明显低于D组80.0%(12/15, $P < 0.01$). A组1年生存率为76.7%, 3年生存率为53.3%, 明显高于B组(45.5%、31.8%)、C组(44.4%、33.3%) ($P < 0.05$). D组无生存超过1年者, 与前述3组形成强烈对照 ($P < 0.01$). 结论 TAE和急诊肝部分切除术是原发性肝癌破裂急诊止血的有效、安全方法. 对可切除病例, TAE后择期手术切除应作为首选治疗方案.

8. 期刊论文 [李艳华](#), [唐天云](#), [王力征](#), [宁杰](#), [吴迎宪](#) [原发性肝癌自发性破裂急诊手术的麻醉分析](#) -中国医师杂志

2004, "" (z1)

原发性肝癌自发性破裂是肝癌较为常见而严重的一种并发症, 发生率为14.5%[1]. 肝癌破裂出血, 多为晚期病例, 麻醉处理及抢救困难. 现将我院近年来12例原发性肝癌自发性破裂急诊手术的麻醉及处理分析报告如下.

9. 期刊论文 [俞可克](#), [吴绍峰](#), [卢伟锋](#), [刘平果](#), [吴国洋](#), [李涌](#), [熊宇](#), [YU Ke-ke](#), [WU Shao-feng](#), [LU Wei-feng](#), [LIU Ping-guo](#), [WU Guo-yang](#), [LI Yong](#), [XIONG Yu](#) [急诊肝切除治疗原发性肝癌自发性破裂](#) -中华急诊医学杂志2006, 15(11)

目的 探讨急诊肝切除治疗原发性肝癌(PLC)自发性破裂的安全性和可行性. 方法 回顾性分析本院1995年1月至2002年12月肝切除治疗24例PLC自发性破裂患者的临床资料, 比较急诊肝切除组(A组, $n=14$)和延期肝切除组(B组, $n=10$)的手术并发症发生率、围手术期病死率、中位生存期和1、3年生存率. 结果 A、B两组手术并发症发生率分别为35.7%和20.0% ($P=0.653$), 围手术期病死率分别为7.1%和10.0% ($P=1.000$), 中位生存期分别为18.0个月(CI 7.0个月, 29.0个月)和18.0个月(CI 13.4个月, 22.7个月), 1年、3年生存率分别为78.6%、34.3%和70.0%、40.0% ($P=0.588$), 差异均无统计学意义. 结论 只要严格掌握手术适应证, 急诊肝切除治疗PLC自发性破裂是安全可行的, 可作为治疗的优先选择.

10. 期刊论文 [吕新生](#), [何跃明](#), [刘志苏](#), [王志明](#), [周乐杜](#) [肝切除治疗原发性肝癌自发性破裂](#) -中华肝胆外科杂志

2004, 10(10)

目的 探讨肝切除治疗原发性肝癌自发性破裂(简称肝癌破裂)的作用. 方法 分析两所医院1970年以来采用肝切除治疗肝癌破裂21例的临床资料. 结果 本组男17例, 女4例. 平均年龄42(22~65)岁. 19例为急症肝切除, 2例为2期切除, 包括左外叶切除8例, 左内叶切除2例, 左半肝切除2例, 右肝部分切除5例, 肿瘤切除4例. 本组中Child-Paugh肝功能分级A级的15例, B级6例, B级中1例术后死于肝衰, 手术死亡率4.8%. 20例生存者18例获得随访, 中位生存时间16个月, 1、3、5年生存率分别为64.7%、11.8%、5.9%. 其中1例已无瘤生存25年9个月. 结论 肝切除是治疗肝癌破裂的最好方法, 当有可能时应争取施行. 肝切除治疗肝癌破裂可能使病人获得长时间生存.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200806017.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: f997e1d5-80b9-472e-84db-9df7017d75ce

下载时间: 2010年9月20日