

## 肝细胞腺瘤 1 例报道及文献复习

张世春, 谭 辉<sup>△</sup>

(重庆市九龙坡区第五人民医院外科 401329)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.04.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)04-0415-02

肝细胞腺瘤(hepatocellular adenoma, HCA)是一种十分少见的肝脏良性肿瘤,患者常无任何临床症状,但肿瘤有破裂出血及癌变的可能,临床上与原发性肝癌鉴别困难。通过对本院收治的 1 例 HCA 患者的临床资料进行总结,并结合文献对此类疾病的临床病理特征进行分析,现报道如下。

### 1 临床资料

患者,男,64 岁,肿瘤为单发,肿瘤大小为 3 cm×2.5 cm,病灶位于肝右叶,行右肝前叶切除术并经术后病理检查确诊。临床表现:该患者无明显临床症状,无右上腹隐痛及不适感,无恶心、呕吐、发热等,为体检时发现,无服用雄性激素或其他类固醇药物史。实验室检查:肝功能评级为 Child A 级, HbsAg 阴性,丙型肝炎抗体阴性, AFP 3.65 μg/L, CA-125、CA19-9、CEA 均在正常范围。影像学检查:此患者未行 B 超检查。行 CT 平扫加增强扫描,平扫结果:肝右前段见片状高密度影,边界清楚,术后病理证实为瘤内新鲜出血;增强结果:动脉期有轻度强化,静脉期及平衡期降低与肝实质密度相等。行 MRI 检查:肝左右叶交界区近膈区见一结节样影(稍高 T1、T2 信号),增强后动脉期明显强化,静脉期及实质期强化程度降低,包膜明显强化。CT 及 MRI 均怀疑患者为原发性肝癌。

该患者术前在外院诊断为原发性肝癌,进行过一次穿刺注射无水乙醇治疗,肿瘤由 3 cm×1 cm 缩小为 1 cm×1 cm,约 4 年后肿瘤增大至 3 cm×2.5 cm。2010 年 8 月 20 日在本院行包括肿瘤在内的右肝部分切除术,手术顺利,患者术后恢复良好出院。病理检查:大体标本观察,瘤灶切面呈灰黄色,中间可见出血坏死,边界清楚,周围可见纤维包膜。镜下观察,肿瘤细胞呈梁索状排列,细胞索由 1~2 排肝细胞组成,这些细胞较正常肝细胞稍大,但异型性不明显,无核分裂象。

### 2 讨论

**2.1 病因** HCA 是一种十分少见的肝脏良性肿瘤,其病因尚不明确<sup>[1]</sup>。本病绝大多数患者为女性,也偶见于儿童和老年男性,大部分女性患者年龄在 20~39 岁,平均为 30 岁。主要见于以下 3 种情况:(1)自发性 HCA。患者多为儿童及成年男性,女性病例无长期口服避孕药史。大多数病例属自发性 HCA。(2)与雌激素有关的 HCA:此种类型国外多见,主要见于生育期妇女,其中 85%~90% 患者有超过 5 年的口服避孕药史,并发现停药后部分 HCA 可以自然消退,故多认为此种类型与长期口服避孕药有密切关系。(3)与代谢性疾病相关的 HCA。多见于 I 型糖原累积症患者<sup>[2]</sup>。

**2.2 临床病理特点** HCA 多发生于无肝硬变的肝右叶内(左叶少见),70% 为单个结节,直径一般大于 10 cm,最大可达 20~30 cm<sup>[3]</sup>。偶尔肿瘤可呈多个结节。肿瘤边界清楚,常有不完整的纤维包膜。切面上肿瘤稍隆起,质地与周围肝组织相近

但颜色稍浅,可见出血及梗死。镜下肿瘤细胞呈索状排列,细胞索由 1~2 排肝细胞组成,这些细胞较正常肝细胞稍肥大,但异型性不明显,核分裂象偶见或缺乏。偶见细胞异型性,这种情况常见于长期使用同化类固醇或口服避孕药者<sup>[4]</sup>。

HCA 属于良性肿瘤,无特异临床表现,根据临床表现可以将其分为 2 型:(1)腹块型。此型较多见,患者除发现上腹部包块外,常无任何症状。体检时可触及肿瘤,其表面光滑、质硬、多无压痛,肿块随呼吸上下移动。当肿块逐渐增大而压迫邻近脏器时,可出现上腹部饱胀不适、恶心、上腹隐痛等症状。超声或 CT 检查可发现肝脏占位性病变,边界较清楚,多有包膜。(2)急腹症型。此型较少见,腺瘤由单独动脉供血,动脉一般没有结缔组织支持,瘤内常见出血,有时会导致包膜破裂,在一项研究中表明 50% 的患者经历过腺瘤内急性出血,病死率为 6%,瘤内出血时,患者可有突发性右上腹痛,伴有恶心、呕吐、发热等<sup>[5]</sup>。

**2.3 诊断与鉴别诊断** 若发现患者具有以上症状及体征,可考虑本病。但由于本病临床表现缺乏特异性,且早期常无任何症状,又无特异的血清学指标,因此影像学检查已成为术前诊断 HCA 的主要手段<sup>[6]</sup>。CT 平扫一般表现为略低密度,边界清楚,内部可有更低密度的陈旧性出血、坏死区,合并新鲜出血时出现高密度影。增强 CT 示腺瘤一般为等密度或轻度低密度,因腺瘤富含血管,在造影动脉期获得的 CT 影像更容易发现腺瘤。MRI 增强扫描后,在动脉期即出现明显强化,随后可迅速消退或与肝组织相近,少数在门静脉期仍保持一定程度强化,但延迟期几乎所有病灶内造影剂均退出。假包膜或包膜在延迟相时出现强化<sup>[7]</sup>。

HCA 主要需与原发性肝癌相鉴别。HCA 易误诊为肝癌<sup>[8]</sup>,特别是低度恶性肝癌,HCA 患者多无慢性乙型肝炎肝硬化病史,多无肝功能异常,AFP 多为阴性,增强 CT 及 MRI 肿瘤多表现为均匀强化;而原发性肝癌患者常有慢性乙型肝炎肝硬化病史,一般情况较差,肝功能多有异常,约 70% 患者 AFP 为阳性,增强 CT 及 MRI 肿瘤多表现为不均匀强化。此外 HCA 还应与肝局灶性结节性增生(focal nodular hyperplasia, FNH)相鉴别, FNH 与 HCA 在临床表现上大致相同,二者主要依靠影像学检查鉴别<sup>[9]</sup>。HCA 超声检查有包膜,边缘可见低回声环,与周围组织境界清楚,彩色多普勒超声可见瘤内供血程度不一,可乏血或富血。而 FNH 超声检查无包膜,肿块中央有强回声索向周边延伸,彩色多普勒超声显示肿块中心呈放射状分布的血流信号。FNH CT 平扫为等密度或稍低密度,中央纤维瘢痕呈低密度,病灶好发于肝脏游离缘。增强扫描动脉期病灶均匀性强化,门静脉期病灶变为等密度,最后呈低密度,中央纤维瘢痕在双期扫描始终无强化,但延迟扫描当

动脉期明显强化的组织呈低密度时,中央纤维瘢痕则见明显强化而呈高密度。

临床上可以通过对患者的临床表现、血清学指标及影像学表现综合分析,以降低 HCA 的误诊率。临床上多主张用经皮细针穿刺活检的方法来明确诊断。

总之,目前认为对于怀疑为 HCA 的患者,应尽早行手术切除,原因如下:(1)虽然 HCA 在世界范围内以生育期女性多见,其中 85%~90% 的患者有超过 5 年的口服避孕药史,停止口服避孕药后部分 HCA 可以自行消退,但在我国多属自发性 HCA,与服药无关;(2)HCA 有破裂出血的风险,个别病例还有癌变的可能;(3)从临床表现、血清学检查及影像学表现来区分 HCA 与高分化原发性肝癌比较困难;(4)HCA 患者一般情况较好,肝功能多正常,可以耐受肝脏手术<sup>[10]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] Ribeiro JMA, Chaib E, Saad WA, et al. Surgical management of spontaneous ruptured hepatocellular adenoma[J]. Clinics (Sao Paulo), 2009, 64(8):775-779.
- [2] 张磊,蔡建强,赵建军,等. 肝细胞腺瘤 10 例诊治分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2009, 15(10):738-740.
- [3] Buell JF, Tranchart H, Cannon R, et al. Management of benign hepatic tumors[J]. Surg Clin North Am, 2010, 90

(4):719-735.

- [4] 陈孝平,陈汉. 肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:438-441.
- [5] Toso C, Majno P, Andres A, et al. Management of hepatocellular adenoma: solitary-uncomplicated, multiple and ruptured tumors [J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(36):5691-5695.
- [6] Papanikolaou V, Giakoustidis D, Patsiaura K, et al. Management of a giant ruptured hepatocellular adenoma: report of a case[J]. Hippokratia, 2007, 11(2):86-88.
- [7] 吕明德,杨建勇. 腹部外科影像诊断与介入治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:178-183.
- [8] 耿利,林川,王义,等. 肝细胞腺瘤 36 例临床分析[J]. 肝胆外科杂志, 2007, 15(1):21-23.
- [9] Van Aalten SM, Terkivatan T, De Man RA, et al. Diagnosis and treatment of hepatocellular adenoma in the Netherlands: similarities and differences[J]. Dig Surg, 2010, 27(1):61-67.
- [10] 段伟东,蔡守旺,张文智,等. 肝细胞腺瘤的诊治[J]. 中华消化外科杂志, 2008, 7(2):120-123.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-05-22)

(上接第 403 页)

**3.2.5 完善医疗纠纷投诉处理流程** 面对发生纠纷后患者的投诉,结合临床实践经验,科领导和高年资医护人员针对医院和科室的具体情况制订《医疗事故争议投诉处理流程》,致力于让患者满意,尽力缓解患者的不满情绪,尽快解决纠纷。具体程序为:详细登记投诉材料→深入科室调查→科室研究提出初步处理意见→医事法规办公室向医护处及分管院长汇报→答复家属。答复家属时,通知科主任共同参加。达成协议与患者家属签订协议书。遇患者死亡时,动员家属签尸解协议书并进行尸体解剖,从而实现医患双方在认识上的一致,避免大多数医患矛盾的发生<sup>[11]</sup>。协商困难或遇无理取闹时申请医疗事故鉴定,在有第三方调解机构时可将纠纷引向调节机构,因第三方调解机构与医院无利益关系,患者及家属较能接受其调解结论。在能进行调解的情况下尽量不通过司法程序解决<sup>[12]</sup>。

**3.2.6 提倡鉴定,完善鉴定程序** 《医疗事故处理条例》实施以来,鉴定成为处理医疗纠纷重要途径。鉴定结论是解决纠纷和人民法院依法判决的重要证据。由于医患双方对鉴定的认识角度不同,也成为其实施的重点和难点。由于医学鉴定结论作为证据的特殊性,专业性更强,给法官判案带来一定的困难。我国现有的《医疗事故处理条例》对涉及医疗事故鉴定委员会的组成及医疗事故鉴定结论的性质等方面的规定仍不尽人意。所以尽快以法律法规形式完善医疗争议的鉴定程序极其重要。

#### 参考文献:

- [1] 周院生. 医疗纠纷[M]. 北京:中国检察出版社, 2009:1-2.
- [2] 吴雪松,王莉媛,马建群,等. 法学视域中的病历及其作用

实现[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(10):66-68.

- [3] 肖鹏. 论孕妇李丽云母子双亡案件的法律对策[J]. 中国卫生事业管理, 2008(8):538-539.
- [4] 殷欣,李文涛,安力彬,等. 好撒玛利亚人法对我国院前急救的启示[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(2):53-54.
- [5] 王琼,吴小翎. 医患沟通从医学生抓起[J]. 重庆医学, 2010, 39(1):123-126.
- [6] 赵宁,张正伟,赵建. 浅谈医德在急救医疗中的作用[J]. 中国卫生事业管理, 1998(9):499-500.
- [7] 方燕君,郑晓. 和谐医患关系的构建[J]. 重庆医学, 2010, 39(16):2231-2233.
- [8] 张莉琴,赵世霞. 精神科护理中潜在的法律问题及防范对策[J]. 卫生职业教育, 2008, 26(3):146-147.
- [9] 苏银利,李乐之,李建光,等. 医患不同群体对手术知情同意书签字的态度调查[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2009, 30(3):44-45, 50.
- [10] 徐玉生. 医疗纠纷案例分析与防范对策[M]. 北京:军事医学科学出版社, 2002:117-118.
- [11] 薛锋. 规范院前急救法律法规的必要性[J]. 社区医学杂志, 2009, 7(14):6-7.
- [12] 种衍军,朱玉久. 第三方调解解决医患纠纷的实践与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2009, 16(4):65-68.

(收稿日期:2011-03-09 修回日期:2011-05-22)