

原发性肝癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E8_c22_305557.htm 名称原发性肝癌所属

科室普通外科诊断一、病理诊断1. 肝组织学检查证实为原发性

肝癌者。2. 肝外组织的组织学检查证实为肝细胞癌。二、

临床诊断1. 如无其他肝癌证据，AFP对流法阳性或放免法AF
> 400ng/ml，持续四面以上，并能排除妊娠、活动性肝病、

生殖腺胚胎源性肿瘤及转移性肝癌者。2. 影像学检查有明确

肝内实质性占位病变，能排除肝血管瘤和转移性肝癌，并具

有下列条件之一者： AFP > 20ng/ml。 典型的原发性肝癌

影像学表现。 无黄疸而AKP或r - GT明显增高。 远处有明

确的转移性病灶或有血性腹水，或在腹水中找到癌细胞。

明确的乙型肝炎标志物阳性的肝硬化。三、定性诊断原发性

肝癌的定性诊断需综合分析病人的症状、体征及各种辅助检

查资料。1. 症状、体征同前。2. 辅助检查。 甲胎蛋

白(AFP)实验：对电泳法阳性或放免法测定 > 400mg/ml；持

续四面，并排除妊娠、活动性肝病及生殖腺胚胎源性肿瘤。

其他标志检查：碱性磷酸酶(A1(P)约有20%的肝癌病人增

高。r-谷丙氨酰转**酶(r-GT)70%肝癌病人升高。5alpha. - 抗

胰蛋白酶(mdash.3cm以下的微小肝癌。2. 放射性核素肝脏显

像，病变的大小在2c2n以上才能呈现阳性结果。3.CT及MRI

：有利于肝癌的诊断。当肝癌直径小于2cm或密度近似正常

肝实质CT难以显示。肝癌呈弥漫性，CT不易发现；区别原发

性或继发性肝癌有困难。经造影增强肝影后可显示直径在1

~ 2cm的病灶。MRI具有叮的优点，能更清楚的显示肝癌的转

移性病灶，可作不同方位的层面扫描。4. 选择性肝动脉造影

及数字减影造影，选择性肝动脉造影(DSA)，是一种灵敏的检查方法，可显示直径在1cm以内的肝癌。治疗1.适于癌肿局限一叶，未侵及肝门、膈肌、腹膜及邻近器官，无黄疸、腹水，远处无转移，全身情况良好者。2.肝切除术。多行非规则性肝切除术。为减少失血及尽可能保护肝细胞，可应用间歇性肝门阻断15~20分钟或用各种类型止血带、器械阻断病变处肝脏血运。用低温(4℃)、类固醇药物或维生素E可适当延长肝缺血时间。3.中晚期肝癌经手术探查后不能切除者，可行肝固有动脉或肝右(左)动脉结扎。肝动脉插管灌注化疗药物。肝动脉栓塞术，栓塞物可选用明胶海绵、氧化纤维素，肌肉，硅酮橡胶球，聚乙稀醇海绵，导丁-2-氰丙稀酯，脑膜组织等，也可按Seldinger操作法作超选择性插管将栓塞剂加造影和抗癌药物推入进行栓塞，近年来证实应用碘化油栓塞有良效。肝动脉伴脐静脉插管滴注化疗药物。注重在有严重肝硬化时滴注速度宜慢，防止门脉高压食道静脉曲张破裂出血。抗甲胎蛋白单克隆载体化疗药物导向治疗。激光气化或-196℃液氮冷冻治疗。肝脏移植，术后应用环孢素A可减少受体的排异反应，提高存活率，较长期生存的患者多数死于癌肿复发。4.肝癌破裂出血患者，经非手术治疗不能控制时，可行肝动脉结扎术或纱布填塞术。对全身情况较好，病变局限，亦可行急诊肝叶切除术。

100Test
下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com