

fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries[J]. NEJM, 1994, 331(17): 1105-1109.

[23] Curry N, Hopewell S, Doree C, et al. The acute management of trauma hemorrhage: a systematic review of randomized controlled trials[J]. Critical Care, 2011, 15(2): 92.

[24] Stahel PF, Smith WR, Moore EE. Hypoxia and hypotension, the “lethal duo” in traumatic brain injury: implications for prehospital care[J]. Inten Care Med, 2008, 34(3): 402-404.

[25] Mc Swain NE, Salomone J, Pons P, et al. PHTLS: Prehospital trauma life support[M]. 7th ed. Amsterdam: Elsevier, Int, 2011: 640.

[26] Dutton RP, Mackenzie CF, Scalea TM. Hypotensive resuscitation

during active hemorrhage: impact on in-hospital mortality[J]. J Trauma, 2002, 52(6): 1141-1146.

[27] Morrison CA, Carrick MM, Norman MA, et al. Hypotensive resuscitation strategy reduces transfusion requirements and severe postoperative coagulopathy in trauma patients with hemorrhagic shock: preliminary results of a randomized controlled trial[J]. J Trauma, 2011, 70(3): 652-663.

(收稿日期: 2011-09-01; 修回日期: 2011-09-19)

(本文编辑: 黄攸生)

• 个 案 •

儿童巨大肝癌 1 例

杜振双, 何 谦, 张诚华

[关键词] 儿童; 巨大肝癌; 肝切除术  
[中图分类号] R735.7 [文献标志码] B  
[文章编号] 1672-271X(2012)02-0148-01

1 病例报告

患者男, 12 岁。反复中上腹闷痛 1 月余, 于 2011 年 5 月 8 日入院。体温 39.1℃, 脉搏 130 次/min, 呼吸 23 次/min, 血压 113/69 mmHg。急性痛苦肝病面容, 贫血貌, 全身皮肤、巩膜无黄染, 无肝掌, 腹稍膨隆, 未见胃肠形及蠕动波, 无腹壁静脉曲张, 腹肌软, 肝肋下 13 cm 可触及, 质硬, 表面不平。既往有乙型肝炎病史。腹部 B 超: ①肝大、肝右叶实性病变; ②脾门处中低回声(副脾?); ③右下腹少量积液; ④胆、胰、双肾、输尿管未见明显异常。甲胎蛋白 100 万 IU/ml。血常规、生化肝功基本正常。CT 示: 肝右叶巨大低密度灶(最大为 23 cm × 11 cm), CT 值约 39 Hu, 肝脏体积明显增大, 肝实质可见弥漫混杂高密度影, 边界模糊; 门静脉右支、左支及门静脉主干走形自然, 管腔充盈正常, 扩张或狭窄不明显, 未见明显低密度充盈缺损, 亦未见变异血管分支; 主干管腔内径约 0.9 cm, 肠系膜诸静脉管腔充盈良好, 未见明显血栓或癌栓形成; 胆囊及胰腺未见异常; 脾脏体积增大。5 月 12 日手术所见: 肿瘤位于肝右叶, 大小与 CT 相符, 为 23 cm × 11 cm × 18 cm, 压迫结肠, 并与结肠致密粘连。行“肝右叶巨大肝癌切除术 + 右半结肠切除术”, 手术顺利。术后病理: 肝细胞肝癌。术后恢复好出院, 现门诊随访中。

2 讨 论

肝癌切除术是目前公认的治疗肝癌的首选方法<sup>[1]</sup>。小儿肿瘤早期不容易发现, 大多数儿童肝癌临床确诊时多属大肝癌或巨大肝癌, 如不早期治疗患者自然生存时间一般 < 3 个月<sup>[2]</sup>。早期诊断, 早期手术治疗是提高小儿肝癌生存率的重要途径。本例患儿 CT 及手术所见确诊为巨型肝细胞癌, 在肝癌中较为罕见。病理为多中心起源, 形成多个结节并融合为一巨块, 数个结节在 CT 上表现为低密度结节, 结节间残存正常肝组织成网格状影像, 无包膜、无坏死、瘤体硕大, 向右下腹部延伸, 因此强化时仅有结节间残存肝组织强化呈网格状表现。据报道: 小儿肝肿瘤的自身特点是, 肿瘤体积大、多有包膜<sup>[2]</sup>。但本例病灶巨大而无门静脉癌栓和腹膜后无淋巴结转移的表现亦较为罕见, CT 诊断较为困难, 甲胎蛋白明显增高为本病的诊断提供很大帮助。本病应与肉瘤相鉴别, B 超及 CT 检查均能提示肝内占位病变。CT 增强扫描时肝肉瘤呈单发, 分叶状或不规则形, 边缘不清晰, 往往强化不明显, 肿瘤较大时在肿瘤内部可出现较大液性暗区, 中间有明显囊变; 无肝炎、肝硬化病史, 肝功能正常, 血甲胎蛋白阴性等特点; 肝肉瘤除平扫时为低密度灶外, 在强化扫描时病灶明显强化, 并且有早期动静脉短路等表现可区别之。

【参考文献】

[1] 陈 中, 倪家连, 刘鲁岳, 等. 极限量肝切除治疗巨大肝癌的安全分析[J]. 肝胆外科杂志, 2011, 19(2): 92-94.

[2] 王兴国, 李 杰, 田 虎, 等. 巨大肝癌的外科治疗分析(附 86 例报告)[J]. 中国现代普外科进展, 2010, 13(5): 354-356.

(收稿日期: 2011-11-18; 修回日期: 2012-01-09)

(本文编辑: 黄攸生)