

· 病例报告 ·

肝细胞癌合并感染误诊为肝脓肿的临床分析

曹卫刚

肝细胞癌 (hepatocellular carcinoma, HCC) 合并感染多表现为畏寒、发热、肝区疼痛等临床表现, 腹部超声或平扫 CT 检查, 极易误诊为肝脓肿, 但二者的治疗方案及预后却截然相反, 为提高早期诊断率, 将本院 2005 年 1 月至 2012 年 12 月收治 4 例肝细胞癌合并感染误诊为肝脓肿患者的临床资料及诊疗经过, 报道如下。

一、资料与方法

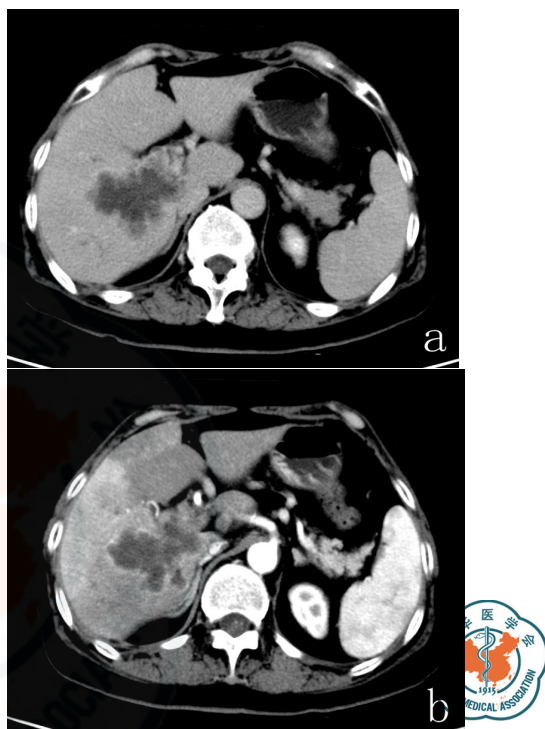
1. 一般资料: 入组患者中男性 3 例, 女性 1 例; 年龄 41 ~ 63 岁, 平均年龄 46.7 岁。4 例患者均有畏寒、发热, 体温最高 38.3 ~ 40.0 °C; 肝区胀痛者 3 例, 剑突下疼痛者 1 例; 肿瘤位于肝右叶者 2 例, 肝左叶者 1 例, 肝左、右叶者 1 例; 单发者 3 例, 多发 1 例; 肿瘤直径 2 ~ 13 cm, 平均 8.4 cm; 合并糖尿病患者 3 例; 原发性肝癌 3 例, 结肠癌肝转移 1 例, 慢性乙型病毒性肝炎 1 例; 1 例癌胚抗原 (carcino-embryonic antigen, CEA) 72 ng/ml 和甲胎蛋白 (alpha fetoprotein, AFP) 水平均正常; 血常规提示白细胞 ($9.9 \sim 20.5$) $\times 10^9/L$, 中性粒细胞 73% ~ 93%; 腹部超声检查多提示肝内可见不规则低或中等回声区, 边界不清, 多分布在肝右叶。腹部 CT 检查, 平扫表现为低密度灶, 密度不均匀, 边界模糊 (图 1a); 增强扫描病灶边缘可见强化, 内部密度不均匀 (图 1b)。

2. 治疗方法: 患者入院后予以抗感染、补液、降温等对症治疗, 1 周后患者体温基本控制, 复查腹部超声, 患者肝脓肿液化不明显, 为明确诊断行肝脏组织活检提示肝癌者 3 例, 结肠癌肝转移腺癌 1 例。肝脏穿刺引流液细菌培养提示大肠埃希菌 2 例, 金黄色葡萄球菌并大肠埃希菌 1 例, 无细菌生长 1 例; 3 例性肝部分切除术, 1 例行肝癌射频消融术 (RFA) + 经导管肝动脉化疗栓塞 (TACE) 术。

二、结果

3 例患者行肝部分切除术, 术后恢复可, 其中 2 例患者术后予以 TACE 治疗, 术后生存期 9 ~ 21 个月; 1 例行 RFA + TACE 术后 4 个月死亡。

讨论 在我国, 原发性肝癌多存在于慢性乙型肝炎肝硬化基础上, 肝功能储备差, 治疗效果差, 被称为“癌王”。因此, 临床诊断肝细胞癌多以乙型肝炎病史、AFP 和超声或 CT 为基础^[1]。早期肝细胞癌多无明显临床症状, 与肝脓肿的畏寒、发热、肝区疼痛



注: a: 腹部 CT 平扫表现为低密度灶, 密度不均匀, 边界模糊; b: 增强扫描病灶边缘可见强化, 内部密度不均匀

图 1 患者腹部 CT

等临床表现大相径庭, 因此, 肝细胞癌合并感染极易误诊为早期肝脓肿, 单纯予以抗炎、补液以及降温等对症治疗, 等待肝脓肿液化后行肝脏穿刺引流, 延误治疗时间 13 ~ 21 d, 因此, 对于以畏寒、发热为主要表现的“肝脓肿”, 临床中应该考虑到肝癌合并感染的可能性, 并及早诊断、及早治疗。

肝细胞癌合并感染与早期肝脓肿的误诊分析^[2-6]: 临床表现: 肝癌多无明显的临床表现, 肝细胞癌合并感染可表现为畏寒、发热、肝癌的临床表现, 酷似“肝脓肿”, 对肝癌的相关合并症状不熟悉、不了解, 极易误诊。我国 80% 的肝细胞癌合并有慢性乙型肝炎病史, 对于无乙型肝炎既往病史, AFP 水平不升高, 血象升高, 临床表现畏寒、感染, 尤其是合并有糖尿病病史的, 多诊断为肝脓肿, 诊断思维不开阔, 死板教条, 未深入掌握肝癌的病理生理变化及并发症的表现, 缺乏诊断疾病的整体的临床思维, 导致误诊。

腹部超声普遍用于早期肝细胞癌的筛查, 腹部彩色多普勒超声下早期肝脓肿表现为低或中等回声的实性包块, 边缘不清, 与肝癌相似, 鉴别困难; 腹部

CT 或 MRI 对鉴别早期肝脓肿和肝细胞癌也相对困难,因此,影像学对鉴别早期无液化的肝脓肿和肝癌,定性困难,结合患者的临床表现,临床医师极易误诊;对于液化的肝脓肿,腹部 CT 或 MRI 的诊断率会明显提高。对于感染性疾病,予以抗菌药物治疗后能够控制炎症,患者临床症状好转,想当然的认为疾病诊断明确,治疗方案有效,未予认真的临床复查及随访疾病的进展,导致误诊。

对于肝脏占位性病伴有畏寒、发热的临床表现,影像学检查能够准确定位,定性的金标准是病理组织学检查,因此,对于影像学鉴别困难,临床诊断困难的疾病。重视肝脏组织学活检的重要性及必要性,肝脏组织活检能够为临床医生提供明确的诊断和指导治疗方案的制定,提高疾病的诊断率。因此,在临床上应该详细询问病史,认真查体,加强多学科的学习和

联系,综合提高临床能力,密切观察疾病的演变过程,根据病情的变化,及时调整治疗方案。

参 考 文 献

- 1 曹卫刚,邱宝安,安郁利. 肝癌的个体化综合序贯治疗[J]. 国际肿瘤学杂志,2013,40(3):222-225.
- 2 钟腾猛,黄俊铃,曹聪. 肝癌误诊为肝脓肿6例临床分析[J]. 中国实用医药,2013,8(2):163-164.
- 3 林志云. 原发性肝癌19例误诊分析[J]. 临床误诊误治,2013,26(8):39-42.
- 4 张向化,孙经建,朱倩,等. 以发热为主要表现的肝癌的诊断与治疗:附10例分析[J]. 中国普通外科杂志,2012,21(7):804-806.
- 5 任俊,余开焕,陈辰,等. 以发热为首表现的肝癌误诊为肝脓肿3例报告[J]. 中国普通外科杂志,2011,20(7):787-788.
- 6 李红霞,郝玉霞. 肝癌并感染误诊为肝脓肿五例分析[J]. 临床误诊误治,2011,24(12):56-57.

(收稿日期:2013-11-07)

(本文编辑:孙荣华)

曹卫刚. 肝细胞癌合并感染误诊为肝脓肿的临床分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2014,8(3):432-433.