

- and organ failure: pathophysiology, natural history, and management strategies [J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2004, 6(2):99-103.
- [2] 张敏杰,王成友,詹勇强,等. 早期空肠内营养防治大鼠重症急性胰腺炎肠源性感染的实验研究[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(8):626-628.
- [3] Uhl W, Warshaw A, Imrie C, *et al.* IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis [J]. *Pancreatology*, 2002, 2(6):565-573.
- [4] 中华医学会外科学会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案[C]. 全国第八届胰腺外科学术研讨会. 杭州, 2000.
- [5] 董瑞,王自法,吕毅,等. 5-氟尿嘧啶治疗急性胰腺炎的机制探讨[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(2):113-115.
- [6] Makhija R, Kingsnorth AN. Cytokine storm in acute pancreatitis [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2002, 9(4):401-410.
- [7] Laborada G, Rego M, Jain A, *et al.* Diagnostic value of cytokines and C-reactive protein in the first 24 hours of neonatal sepsis [J]. *Am J Perinatol*, 2003, 20(8):491-501.
- [8] 屈振亮,杨春明. 血清C-反应蛋白,白细胞介素6和肿瘤坏死因子 $\alpha$ 在肠梗阻、肠穿孔患者的动态观测及临床意义[J]. *中国普通外科杂志*, 2000, 9(4):326-328.
- [9] Riche FC, Cholley BP, Laisne MJ, *et al.* Inflammatory cytokines, C reactive protein, and procalcitonin as early predictors of necrosis infection in acute necrotizing pancreatitis [J]. *Surgery*, 2003, 133(3):257-262.
- [10] Mandi Y, Farkas G, Takacs T, *et al.* Diagnostic relevance of procalcitonin, IL-6, and sICAM-1 in the prediction of infected necrosis in acute pancreatitis [J]. *Int J Pancreatol*, 2000, 28(1):41-49.
- [11] Pettila V, Hynninen M, Takkunen O, *et al.* Predictive value of procalcitonin and interleukin 6 in critically ill patients with suspected sepsis [J]. *Intensive Care Med*, 2002, 28(9):1220-1225.
- [12] Lipsett PA. Serum cytokines, proteins, and receptors in acute pancreatitis: mediators, markers, or more of the same [J]. *Crit Care Med*, 2001, 29(8):1642-1644.

文章编号:1005-6947(2005)07-0515-01

· 病例报告 ·

## 肝脏间质错构瘤合并胆囊癌 1 例

吉敏<sup>1</sup>, 崔彦<sup>1</sup>, 周金莲<sup>2</sup>

(解放军第三〇六医院 1. 普通外科 2. 病理科, 北京 100101)

**关键词:** 肝肿瘤/并发症; 错构瘤/并发症; 胆囊肿瘤/并发症; 病例报告

**中图分类号:** R735.7; R735.8

**文献标识码:** D

患者 男, 52 岁。因上腹部胀满不适 1 个月入院。体查: 剑下饱满, 轻压痛, 未扪及肿物。r-GT 243 U/L (正常值 8~50 U/L), AKP 224 U/L (正常值 8~50 U/L), AFP (-), CEA (-)。B 超和 MRI 检查: 肝左外叶囊实混合性圆形肿物, 直径 15 cm, 边界清楚, 凸向左膈下, 占据左上腹腔, 贴近肝脏上极, 胃及肠管受压变形; 胆囊体部占位性病变, 不除外肿瘤。拟诊为肝脏肿瘤并胆囊肿瘤。于 2001 年 11 月 7 日行剖腹探查术, 术中见大块形肿瘤位于肝脏左外叶, 伸展到左膈下, 并与左

侧膈肌和胃小弯之间形成较紧密粘连, 表面凹凸不平呈结节状, 包膜尚完整, 触之有囊性感, 穿刺出少许淡黄色液体。胆囊大小如常, 张力稍高, 体部与大网膜有粘连。行肝左外叶并肿瘤切除术、胆囊切除术。肿瘤切面呈蜂窝状, 有大小不等的囊腔, 内含黄色胶冻物。胆囊体部菜花样肿物向腔内突出, 3.0 cm × 3.0 cm × 1.5 cm 大小。术后病理结果: (1) 肝脏间质错构瘤, 部分退变坏死; (2) 胆囊体部高分化腺癌, 侵及浅肌层, 未见淋巴结转移 (Nevin II)。患者术后恢复顺利, 未做其他辅助治疗, 痊愈出院, 随访 3 年余至今健在。

**讨论** 肝脏间质错构瘤是一种极为罕见的先天性肝脏肿瘤样畸形, 有增生的胆管、肝细胞及不成熟的间叶组织构成。1904 年 Albrecht 首先提出

“错构瘤”(Mesenchymalhamartoma of the liver)这一病名。患者以幼儿为主, 85% 在 2 岁之内, 男性占 60%。常发生于肝包膜下, 多为单发, 一般质硬, 表面凹凸不平呈结节状, 与正常肝组织间界很清楚, 假包膜多为周围组织受压而形成。因其没有特殊临床表现, 所以很难与其他肝脏肿瘤相鉴别, 确诊只能依靠病理诊断。手术切除是最好的治疗方法, 预后良好。也有学者发现, 曾做活检但未经手术切除病例的生存情况亦很好, 目前尚无直接证据能说明肝间质错构瘤会发生恶变。

本例病程不详。肝脏间质错构瘤发生在成人者罕见, 合并胆囊癌更特殊, 结合文献认为, 两者之间在发病上应无关联。

**收稿日期:** 2005-04-30。

**作者简介:** 吉敏(1972-), 男, 江苏扬州人, 解放军第三〇六医院主治医师, 主要从事普通外科临床和基础方面的研究。

**通讯作者:** 崔彦 电话: 010-66356138; E-mail: dryancui@yahoo.com.cn。