



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.024
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3770.shtml

· 简要论著 ·

肝脏原发性鳞状细胞癌的诊断及治疗： 附 23 例报告并文献复习

张晓辉，王锦波

(中国人民解放军第三七一医院 肝胆外科中心，河南 新乡 453000)

摘要

目的：探讨肝脏原发性鳞状细胞癌的临床表现及影像学特征、病因及治疗方法的选择和预后，提高对肝脏原发性鳞状细胞癌的认识、诊断及治疗水平。

方法：以“肝脏”、“肝脏肿瘤”、“肝脏占位”“鳞状细胞癌”对中国期刊网全文数据库、维普资讯网中文科技期刊数据库、万方数据库在 1990—2013 年国内公开发表的中文文献进行检索，统一纳入和排除标准；结合我院自 2008—2010 年诊治的 2 例患者，系统回顾临床资料，包括一般情况、症状体征、实验室和影像学检查、术前诊治情况、手术方式，进行随访，并复习病理切片。

结果：23 例具有详细临床资料的肝脏原发性鳞状细胞癌患者中，21 例行手术治疗，2 例保守治疗，其中肝部分切除术 10 例，肝脏移植术 2 例，胆囊切除 + 胆管探查术 1 例，肝脏脓肿引流术 3 例，腹腔镜探查活检术 1 例，肝部分切除 + 胆管探查 + T 管引流术 1 例，肝门部胆肠吻合术 1 例，剖腹探查活检术 2 例；生存超过 6 个月的 5 例，其余均在 6 个月内死亡。

结论：应提高对 PSCCL 的认识，减少临床工作中的误诊和漏诊；早期诊断、早期治疗是该病治疗的关键。

[中国普通外科杂志，2014，23(1):121-126]

关键词

肝肿瘤 / 外科学；癌，鳞状细胞；预后；综述文献
中图分类号：R735.7

肝脏原发性鳞状细胞癌 (primary squamous cell carcinoma of liver PSCCL) 极为罕见，因临床表现及影像学检查缺乏特异性，难以做出早期诊断及进行恰当的治疗。笔者收集我院 2008 年 2 月—2010 年 4 月诊治的 2 例 PSCCL 临床资料结合国内外文献，分析其临床特征、诊治经验及预后，企以提高对此病的认识，为临床治疗提供参考及依据。

1 临床资料

1.1 资料来源

以“肝脏”、“肝脏肿瘤”、“肝脏占位”“鳞

状细胞癌”为检索词，对中国期刊网全文数据库、维普资讯网中文科技期刊数据库、万方数据库在 1994—2013 年期间公开发表的临床病例报道进行检索。共检索到 20 篇含有肝脏原发性鳞状细胞癌的文章，其中符合纳入标准的有 23 例 (包括我院 2008 年 2 月—2010 年 4 月诊治的 2 例 PSCCL 患者) (表 1)。

1.2 临床表现

本组研究对象共 23 例，其中男 16 例，女 7 例；最小发病年龄 30 岁，最大 74 岁，平均发病年龄 55.7 岁。患者主要以左上腹隐痛不适 12 例 (52.17%)，发热、寒战 4 例 (17.39%)，左上腹包块 3 例 (13.04%)，黄疸 1 例 (4.35%)，在体检时发现 1 例 (4.35%)，乏力 1 例 (4.35%)，消瘦 1 例 (4.35%) 等非特异性症状及体征。

1.3 辅助检查

所有患者均行彩超及 CT 平扫见肝脏内不均匀低回声 / 等或低密度占位。行 CT 增强扫描

收稿日期：2013-10-18；修订日期：2013-12-22。

作者简介：张晓辉，中国人民解放军第三七一医院主治医师，主要从事肝胆微创及消化道肿瘤方面的研究。

通信作者：张晓辉，Email: mashuai0373@126.com

15 例,提示病灶大部分没有强化,部分边缘强化;延迟期后肿瘤边缘呈等密度,有 9 例为延迟期强化。行 MRI 检查 7 例, T1WI 像为低信号, T2WI 序列均为高信号或等信号改变。周边有少量的纤维组织和毛细血管包绕,对比剂进入血管外间隙中聚集后不能快速廓清,故肿块可表现为周边的轻度强化,而内部的坏死区由于无血供或乏血供而不出现强化。术前均未明确诊断,术后病理证实。肿瘤最大直径 15.0 cm,最小直径为 6.5 cm,平均直径为 8.48 cm。大多以单发为主,多发仅为 4 例。PSCCL 标本大体切面呈灰白色或红白色,中央区大部分坏死,肿瘤边缘部分呈灰白色,肿瘤周边肝内胆管扩张,可伴有充满泥砂样胆色素性结石,肝内胆管易合并感染,肿瘤与肝组织分界不清楚,无完整的包膜,大多肿物内部可见坏死灶,钙化灶、出血等。本组大多数有免疫组化资料病例免疫组化提示:CK7(弱+),CK14(+),CK18(弱+),P53(+),CD34(-)。

表 1 23 例患者报告时间及例数

作者	病例来源杂志	报道时间及期 (卷)	n
莫伟钊,等 ^[1]	中国临床医学影像学杂志	2012, 23(9)	1
卢浩浩,等 ^[2]	放射学实践	2010, 25(12)	1
高海峰,等 ^[3]	中国医学影像技术	2012, 28(3)	1
刘军,等 ^[4]	第二军医大学学报	2009, 30(1)	1
廖谦和,等 ^[5]	中华消化杂志	2005, 25(8)	1
张晓辉,等 ^[6]	中国现代医生(本院)	2009, 47(9)	1
文彬,等 ^[7]	肿瘤研究与临床	1997, 9(3)	1
孙爱华,等 ^[8]	实用医药杂志(本院)	2010, 7(27)	1
邓荣海,等 ^[9]	中国组织工程研究与临床康复	2011, 15(44)	1
刘萍,等 ^[10]	实用肿瘤杂志	2009, 24(1)	1
庄莉,等 ^[11]	浙江医学	2006, 28(9)	4
何小平,等 ^[12]	中华消化杂志	2001, 21(4)	1
刘伟信,等 ^[13]	诊断病理学杂志	2001, 8(6)	2
李郎芳 ^[14]	江西医学院学报	1982, 1(1)	1
曹希贤,等 ^[15]	临床肝胆病杂志	1985, 1(4)	1
肖影群 ^[16]	实用癌症杂志	1999, 9(3)	1
刘国实,等 ^[17]	世界华人消化杂志	1998, 6(1)	1
陈涛,等 ^[18]	第一军医大学学报	1994, 14(3)	1
何德平,等 ^[19]	四川肿瘤防治	2004, 17(3)	1
合计			23

1.4 实验室检查

所查文献报道的肿瘤标志物实验室检查:癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、糖类抗原(CA19-9和CA125)及鳞状细胞抗原(SCC-Ag)(表2)。

1.5 部位及既往病史

23 例患者肿瘤部位及既往病史见表 3。

表 2 23 例患者的各项肿瘤指标

肿瘤标志物	正常	较正常 2 倍	较正常 2 倍以上
CEA	8	9	6
CA19-9	2	3	18
CA125	4	7	12
AFP	12	6	5
SCC-Ag	2	7	14

注:甲胎蛋白正常范围:0~20.00 μg/L;癌胚抗原正常范围:0~5.00 μg/L;糖类抗原 199 正常范围:0~35.00 U/mL;鳞状细胞癌抗原正常范围:0~1.50 μg/L

表 3 23 例患者术前肿瘤部位及既往史

肿瘤部位	n	既往合并病史	n
左肝	12	乙肝	4
		肝硬化	3
右肝	7	丙肝	1
		胆囊息肉	1
		肝囊肿	3
全肝	4	胆道蛔虫	1
		胆管结石	16
		胆囊结石	7
合计	23		

1.6 治疗方法及预后

2 例术前予以超声引导下穿刺活检,其中 1 例多次多点穿刺,最终诊断为 PSCCL;化疗 2 个疗程后病灶未见变小,后出现肿瘤多发转移,多器官功能衰竭死亡。21 例行手术治疗,术后病理确诊。本组 23 例中,生存期 >6 个月者 5 例,其中肝脏移植术 2 例;年轻患者 2 例,行肝脏大部分切除,成活 8 个月和 11 个月,后出现肝内多发转移死亡;另 1 例患者确诊较早,及时行手术治疗,生存 13 个月。其余生存时间均 <6 个月(表 4)。

表 4 23 例患者手术治疗方式及治疗后生存时间(n)

手术方式	n	生存时间(个月)		
		3	3~6	>6
肝部分切除术	10	3	6	3
肝脏移植术	2	—	—	2
胆囊切除+胆管探查术	1	1	—	—
B 超或线定位肿瘤 穿刺术(保守)	2	1	1	—
脓肿引流术	3	2	1	—
腔镜探查活检术	1	—	1	—
肝部分切除+胆管探查 +T 管引流术	1	—	1	—
肝门部胆肠吻合术	1	1	—	—
剖腹探查活检术	2	1	1	—

2 讨论

2.1 概述

鳞状细胞癌常发生于身体鳞状上皮覆盖的部位,如皮肤、口腔、子宫颈、阴道、食管等处,有些也发生在鳞状细胞化生的部位,如支气管、肾盂、胆囊等^[20]。但因肝内无鳞状上皮,发生鳞状细胞癌者极其罕见,大多肝脏鳞状细胞癌都是其他部位转移所致,因而确诊PSCCL需要排除其他部位转移癌,如食管癌,肺癌,胃癌、鼻咽癌、胆管癌等。

PSCCL是一种罕见的肝脏原发性恶性病变,国外1966年报道第1例PSCCL,以后国内外陆续有个案和少数病例报告。查询相关国外文献至今报道51例,国内查阅有详细资料报道27例。

近年来随着医学影像学、病理学及免疫组化等技术的发展以及认识的加深,此病的报告有明显增多趋势。目前综合国内外文献报道78例,所有患者发病年龄在25~75岁,平均发病年龄53.6岁,无明显性别差异。此病其发病原因及发生机制尚不明确。没有典型的临床表现,影像上缺乏特异性特征,术前定性诊断困难,加之临床医生认知度不够,误诊率极高,导致此病长期的误诊误治。对于一些早期明确诊断的患者,因没有明确的治疗方法及措施,没有形成公认的治疗准则,导致治疗上无法有依有据地科学有效地治疗,耽误了最佳治疗时机。本文结合我科诊治的病例,以及检索总结国内外病例报告,从病因、临床表现和影像学特征、病理特点、治疗方案的选择及预后等方面进行讨论,提高对此病的认识,为临床提供参考及治疗依据。

2.2 组织来源

本病的组织来源在学术界仍存在一定争论,相关研究^[21-22]表明其发生与先天性非寄生虫性肝囊肿、肝内胆管结石、胆囊结石、慢性胆管炎、肝硬化、肝脏畸胎瘤、胆道蛔虫等疾病相关;也有学者^[23]认为可能的病因是胆道系统或囊肿内壁的单层立方或柱状上皮在长期慢性炎症刺激作用下先发生鳞状上皮细胞化生,进一步发展成不典型增生,重度不典型增生,原位癌,最后演变成浸润性鳞状细胞癌;也有人^[24]认为囊肿的形成是由于肝内未与胆道系统相通的胆管残留,随着胆汁的潴留发生异常的囊性扩张所致,其囊内壁由单层立方或柱状上皮衬覆;还有相当一部分学

者^[25]认为本病可能是因为肝脏内多潜能干细胞在多种致癌因素的作用下,转化为含有鳞状细胞、肝细胞和胆管上皮细胞成分的癌组织,继而发展成鳞状细胞癌;还有少数学者^[26]认为可能来自肝细胞癌的鳞形化或腺癌细胞鳞化或血管内皮细胞癌变导致。本文入选的23例中,病因未明确,大多患者合并有胆管结石、胆囊结石、胆管炎及肝囊肿,故此病的发病的确切病因需要进一步研究证实。

2.3 临床表现

PSCCL无典型的特异性的临床表现,患者大多表现为发热,肝区不适、腹部胀满、纳差,随着肿瘤生长的部位、生长时间、大小不同而出现上腹不适、疼痛,肿块,消化道症状或发热、贫血、乏力、消瘦等全身症状,但无特异性。本资料有1例患者无任何临床症状及体征,而在常规体检时发现,其他患者的症状及体征也无明显特异性。故从临床表现方面无法诊断及鉴别PSCCL。

2.4 影像学检查

2.4.1 超声检查 PSCCL在B超检查无特征性征象,主要表现为肝内单个或多个圆形或类圆形的边界欠清楚的低回声或高回声的囊性或实性病灶,肿瘤囊壁厚薄不均匀,内有不均质回声。病灶内可有钙化,可见散在的增强光点伴声影,也可有出血,则表现为无回声区。病灶内及周围常伴丰富的血流信号显示。本文纳入的23例行彩超检查的病例,均发现肝内囊性或实性占位性病变,B超提示肿物周围有丰富的血液供应。

2.4.2 CT检查 CT平扫显示为等密度或稍低密度单发或多发肿块,边界多不清晰,无完整包膜,可伴有斑片状或沙砾样钙化或小片状坏死所致低密度影。增强扫描动脉期病变多无明显强化,肿块边缘可出现高密度环绕^[1]。延迟期后肿物边缘多呈等密度(图1)。本文有15例患者行CT增强扫描时有动脉期边缘有强化表现。

2.4.3 MRI检查 磁共振检查T1WI序列大多以低信号为主,提示其中主要为纤维成分,T2WI也可以高信号或等信号为主。本资料纳入的病例中,7例行MRI检查提示T1WI序列为低信号改变。周边有少量的纤维组织和毛细血管包绕,对比剂进入血管外间隙中聚集后不能快速廓清,故肿块可表现为周边的轻度强化,而内部的坏死区由于无血供或

乏血供而不出现强化,故有作者认为病灶周围轻度强化及包膜环状强化,对 PSCCL 的诊断有较重要的意义^[2]。

2.4.4 PET/CT 检查 目前国内多家综合性医院

PET/CT 检查已经普及,可以对一些疑难及少见疾病诊断提供一定帮助。PET/CT 可同时获得功能代谢和解剖图像,并对患者情况进行全面评估,在肿瘤的诊断、评估、分期等方面具有重要临床价值^[3]。

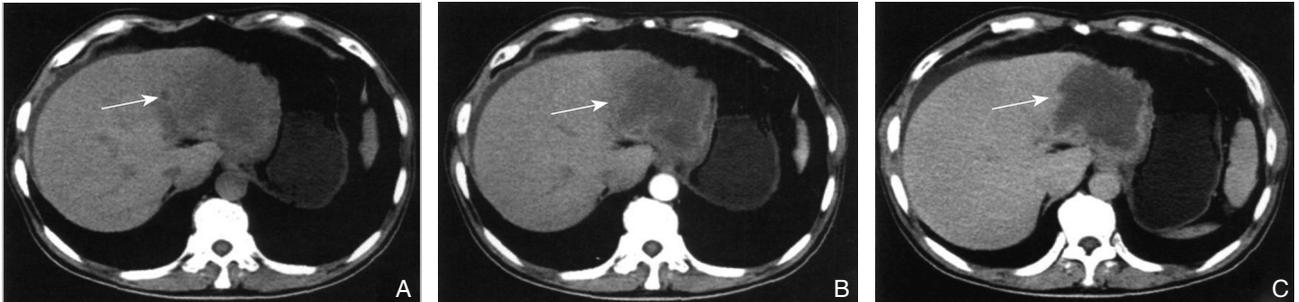


图 1 PSCCL 的 CT 表现 A: CT 平扫示肝左外叶见截面大小约 10.1 cm×6.2 cm 团片状低密度影(箭头),CT 值约 24 HU,边界不清,其内见点状钙化,肝缘见少量弧形液样密度影;B: CT 增强示肝左外叶病灶大部没有强化,部分边缘强化(箭头);C: 延迟后边缘呈等密度(箭头)

2.5 肿瘤标志物

肿瘤标志物 CA199、CA125、CA242 明显升高,AFP 为阴性,部分患者鳞状细胞癌相关抗原(SCC-Ag)也明显升高^[27]。肿瘤标志物的检测临床上常用于监测肿瘤治疗效果、复发、转移或评价预后,有学者^[28-29]正在探讨其与肝脏鳞癌有无关联。

2.6 病理及免疫组化

2.6.1 病理特点 PSCCL 是一种肿瘤样病变,因肿瘤为鳞状细胞癌,其必定有鳞癌的病理特征,如:癌细胞大小不等,巢团状,可见细胞间桥,核大深染,异型,核分裂相,胞浆丰富,嗜双色,癌细胞角化不全及角化珠形成,未见腺管样癌组织结构(图 2)。综合国内大多学者总结的 PSCCL 有以下病理特点:(1)有典型的肝癌细胞。因为肝鳞状细胞常发生在原发性肝癌的基础上,肝癌细胞鳞状化生一般仅限于癌瘤的一个局部。(2)肿瘤由主要由鳞状上皮细胞组织所组成,棘细胞呈瘤性增生,呈条索状或巢状细胞团,边缘以基底细胞层,中心部有角化珠形成,呈巢状排列,并可见嗜酸性透明胞质及细胞间桥等存在,在癌细胞团内有很多分裂象,周围淋巴细胞和浆细胞浸润^[30]。

2.6.2 免疫组织化学染色 国外学者 Lee 等^[31]报道了 1 例角化型中分化肝鳞状细胞癌 CK10、CK14、CK19、CEA 阳性,CK18 个别阳性。本组大多数有免疫组化资料病例免疫组化提示:CK7(弱+),CK14(+),CK18(弱+),P53(+),CD34(-)。目前国内许多学者用 CK14(+),

CK18(+)作为 PSCCL 的诊断参考(图 3),但因病例较少,需要更多的证据证实^[4-5]。

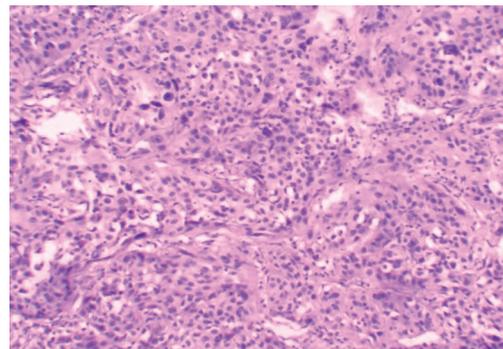


图 2 PSCCL 病理切片(HE×100)

2.7 诊断与鉴别诊断

2.7.1 肝脓肿 本病大多以肝脓肿表现,极易误诊为肝脓肿^[6],需要与肝脓肿重点鉴别^[32]。肝脓肿分细菌性肝脓肿和阿米巴性、真菌性。肝脓肿具体比较在:细菌性肝脓肿常与近期手术、阑尾炎等疾病有关;阿米巴性肝脓肿发生于热带或曾经到过热带气候旅游患者,临床表现为发热、恶心、呕吐和腹泻等症状,有些可累及膈肌,有脓胸倾向;真菌性肝脓肿常见病原菌为白色念珠菌,常累及肝脏和脾脏,预后不良。影像学检查:典型肝脓肿 CT 表现为肝实质内圆形或类圆形,低密度影低度之间出现气体及液气平面,脓肿壁周围可出现环状水肿带,边缘模糊,可呈多房蜂窝状改变。增强后明显强化,脓腔及周围水肿带无强化,形成环靶征(可出现单环、双环或三环强化征象),

结合临床发热、恶寒、血常规等实验室检查等多可确诊。肝脓肿常为圆形单发或多发,在MRI检查上T₁加权像上脓腔为不均匀的低信号,周围常有一信号强度介于脓腔与周围肝实质之间的晕环,T₂加权像脓腔为高信号,可伴有不规则低信号。

2.7.2 转移癌 转移癌多有原发病,CT表现为肝内单发或多发类圆形低密度灶,大多呈软组织密度,边界模糊,密度不均匀,较大病灶中心可出现液化坏死,也可出现钙化及出血,增强后会有高密度,典型的转移癌增强后呈环形强化,典型者呈“牛眼征”,即在增强扫描时低于肝脏周围密度,病灶之间可出现更低的密度。

2.7.3 肝脏血管瘤 肝血管瘤多无症状,多无肝

炎病史,中年女性多见。病变可单发,也可多发。多见于肝右叶后段。肿瘤被覆结缔组织被膜,肿瘤由扩张的异常血窦和不完全间隔(纤维组织)组成,形成海绵状结构。可有肿瘤内血栓形成及钙化;较大肿瘤可出现囊性变。临床可无症状,病灶大、接近肝脏包膜多有症状。CT平扫提示肝内低密度灶,轮廓清楚,密度均匀,少数不均匀。增强扫描:(1)早期(动脉期)病变边缘显著强化呈结节状或“岛屿状”,密度与邻近腹主动脉相近,持续时间超过2 min。随时间延长,增强范围向病变中央推进。实质期及延时扫描病变呈等密度或略高密度(平扫时病变内更低密度无变化)。

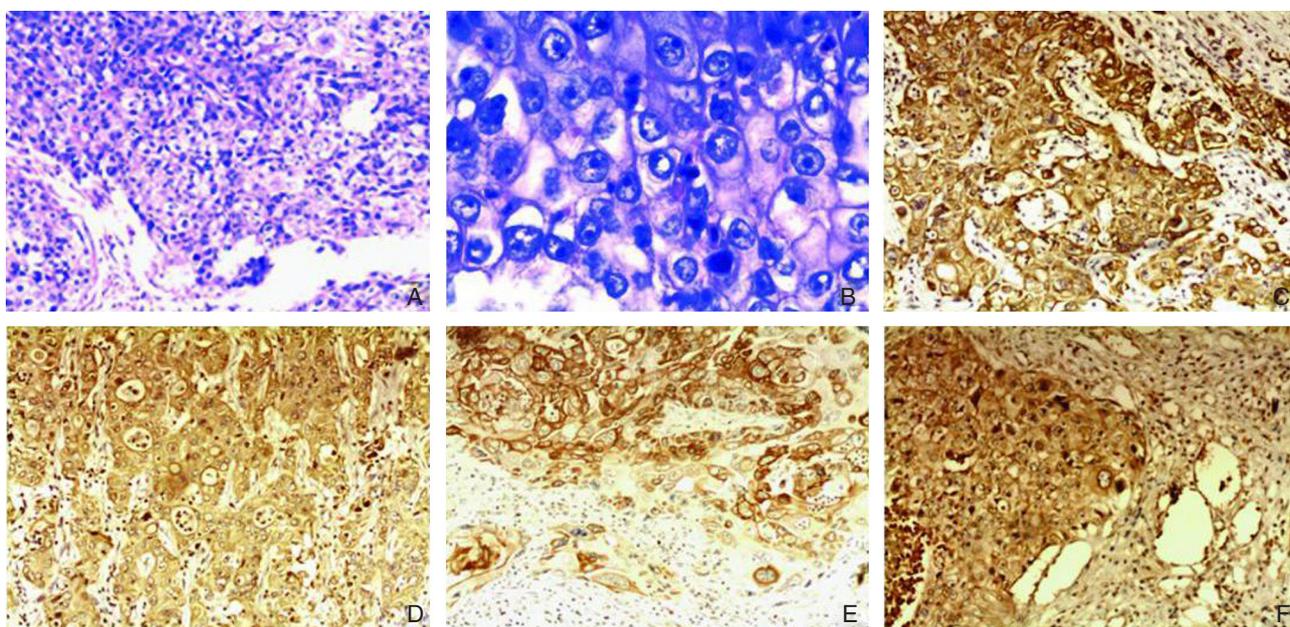


图3 肝鳞状细胞癌组织HE(A, B)及EnVision(C-F)免疫组化染色结果 A: 癌组织呈片状、巢状,癌细胞呈鳞状排列($\times 100$); B: A图的高倍($\times 400$); C: HCK 阳性($\times 100$); D: CK14 阳性($\times 100$); E: CK19 阳性($\times 100$); F: AFP 弱阳性($\times 100$)

2.8 治疗及预后

2.8.1 治疗 PSCCL的治疗包括手术切除^[7]、肝脏移植^[9]、介入局部化疗^[10-11]、全身静脉化疗及放疗等,其中以肝脏移植和手术切除为首选。外科手术能成功切除肿瘤的患者无瘤生存期约6~9个月。国内也有明确诊断后行肝动脉插管化疗的病例,但效果不满意^[12]。

2.8.2 预后 本病术前诊断困难,发现时大多已肿瘤晚期,恶性程度极高,国内外报道本病对放疗和化疗不敏感^[13],虽经积极的治疗及处理,但

仍无法阻止其复发和转移,预后极差。国内报道有2例行肝脏移植术,存活超过24个月,绝大部分患者在6个月内死亡。因而,笔者认为肝移植治疗PSCCL近期疗效及预后良好,但远期效果不确定,因随访时间有限,其对患者远期预后的影响有待进一步随访研究,可能会给此病的治疗提供一条新路。

PSCCL发病率低,术前容易误诊,加之临床医师认知度不足,容易导致误诊误治,因而,在临床工作中,应警惕恶性肿瘤可能,尽早做出诊断,及时治疗,争取获得最佳治疗效果。

参考文献

- [1] 莫伟钊, 尚晓静, 阳宇. 原发性肝脏鳞状细胞癌 1 例误诊分析及文献复习 [J]. 中国临床医学影像学杂志, 2012, 23(9):682-683.
- [2] 卢浩浩, 曾繁静, 韩萍, 等. 肝脏原发性鳞状细胞癌一例 [J]. 放射学实践, 2010, 25(12):1415.
- [3] 高海峰, 张燕齐, 乔瑛. 肝脏原发性鳞状细胞癌. 18F-FDG PET/CT 显像 1 例 [J]. 中国医学影像技术, 2012, 28(3):606-607.
- [4] 刘军, 余宏宇, 何金, 等. 肝原发性鳞状细胞癌 1 例报告 [J]. 第二军医大学学报, 2009, 30(1):108-110.
- [5] 廖谦和. 肝原发性鳞状细胞癌临床病理学观察 [J]. 中华消化杂志, 2005, 25(8):494-495.
- [6] 张晓辉, 王锦波. 以肝脓肿为表现的原发性肝脏鳞状细胞癌 1 例 [J]. 中国现代医生, 2009, 47(9):127.
- [7] 文彬, 喻廷碧, 周继雍. 肝脏原发性鳞状细胞癌 (附 1 例报告及文献复习) [J]. 肿瘤研究与临床, 1997, 9(3): 199-200.
- [8] 孙爱华, 王锦波. 肝脏原发性鳞状细胞癌 1 例 [J]. 实用医药杂志, 2010, 27(7):670.
- [9] 邓荣海, 巫林伟, 王东平, 等. 肝移植治疗肝原发性鳞状细胞癌 1 例 [J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(44):8329-8332.
- [10] 刘萍, 高屹, 李云峰, 等. 原发性肝鳞状细胞癌 1 例报告 [J]. 实用肿瘤杂志, 2009, 24(1):68-69.
- [11] 庄莉, 凌琪, 王伟林. 肝原发性鳞状细胞癌 4 例报道 [J]. 浙江医学, 2006, 28(9):762-763.
- [12] 何小平, 朱人敏, 李南云, 等. 原发性肝鳞状细胞癌一例 [J]. 中华消化杂志, 2001, 21(4):241.
- [13] 刘伟信, 钟定荣. 肝原发性鳞状细胞癌及腺鳞癌 3 例报道并文献复习 [J]. 诊断病理学杂志, 2001, 8(6):353.
- [14] 李郎芳. 肝原发性鳞状细胞癌一例 [J]. 江西医学院学报, 1982, 1(1):68-70.
- [15] 曹希贤, 张禹. 原发性肝鳞状细胞癌一例报告 [J]. 临床肝胆病杂志, 1985, 1(4):253.
- [16] 肖影群. 肝脏原发性鳞状细胞癌 1 例报告 [J]. 实用癌症杂志, 1999, 14(4):258.
- [17] 刘国实, 王新. 肝鳞状细胞癌 1 例 [J]. 世界华人消化杂志, 1998, 6(1): 67.
- [18] 陈涛, 杨继震, 郭琳琅. 原发性肝鳞状细胞癌一例报告 [J]. 第一军医大学学报, 1994, 14(3):184.
- [19] 何德平, 韩爱军, 吴红樱. 肝原发性鳞状细胞癌 1 例 [J]. 四川肿瘤防治, 2004, 17(3):133.
- [20] 杨光华. 病理学 [M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000:80-121.
- [21] Song E, Kew M C, Grieve T, et al. Primary squamous cell carcinoma of the liver occurring in association with hepatolithiasis[J]. Cancer, 1984, 53(3):542-546.
- [22] Gresham GA, Rue LW 3rd. Squamous cell carcinoma of the Liver[J]. Hum Pathol, 1985, 16(4):413-416.
- [23] Clements D, Newman P, Etherington R, et al. Squamous carcinoma in the liver[J]. Gut, 1990, 31(11):1333-1334.
- [24] Yoshida T, Aoki H, Kurinaga A, et al. An autopsy case of primary squamous cell carcinoma of the liver associated with hepatitis C virus antibody positive liver cirrhosis[J]. Nippon S hokakibyō Gakkai Zasshi, 1998, 95(10): 1141-1146.
- [25] Arase Y, Endo Y, Hara M, et al. Hepatic squamous cell carcinoma with hypercalcemia in liver cirrhosis[J]. Acta Pathol Jpn, 1988, 38(5): 643-650.
- [26] Yagi H, Ueda M, Kawachi S, et al. Squamous cell carcinoma of the liver originating from non-parasitic cysts after a 15 year follow-up[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2004, 16(10): 1051-1056.
- [27] 吴晓霞, 黄智铭. 鳞状细胞癌抗原与肝细胞癌的关系 [J]. 国际消化病杂志, 2008, 28(1):66-68.
- [28] 赵志国, 李建辉, 冯军. 甲胎蛋白联合鳞状细胞癌抗原检测对肝细胞癌诊断的分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(13):3084-3085.
- [29] 戴捷, 金强, 刘刚. 鳞状细胞癌相关抗原研究进展 [J]. 淮海医药, 2012, 30(2):188-190.
- [30] 丛文铭. 肝胆肿瘤病理学彩色图谱 [M]. 上海: 上海科技教育出版社, 2002: 183-184.
- [31] Lee HL, Liu YY, Yeh CN, et al. Primary squamous cell carcinoma of the liver: a successful surgically treated case[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(33): 5419-5421.
- [32] 黄志强. 腹部外科学理论与实践 [M]. 北京: 科学出版社, 2003:660-664.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 张晓辉, 王锦波. 肝脏原发性鳞状细胞癌的诊断及治疗: 附 23 例报告并文献复习 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(1):121-126. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.024
 Cite this article as: ZHANG XH, WANG JB. Diagnosis and treatment of primary hepatic squamous cell carcinoma: report of 23 cases and review of literature[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(1):121-126. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.024