

文章编号:1005-6947(2007)08-0797-03

· 专家论坛 ·

以循证医学为原则,科学决策肝海绵状血管瘤的诊治

杨甲梅

(第二军医大学东方肝胆外科医院 特需科, 上海 200438)

摘要:笔者在总结东方肝胆医院治疗肝血管瘤1296例经验的基础上结合文献报道,提出在肝血管瘤的诊治中必须遵循循证医学(EBM)的科学原则。笔者认为,肝血管瘤预后良好,决策诊治应慎之又慎,应科学合理,有效合理地利用宝贵的医疗卫生资源,使患者最大获利。

[中国普通外科杂志,2007,16(8):797-799]

关键词:肝海绵状血管瘤;肝切除;循证医学

中图分类号:R 732.23

文献标识码:A

循证医学(evidence based medicine, EBM)是20世纪90年代迅速兴起的一门新兴学科,是指遵循证据的医学。著名临床流行病学专家 David Sackett 将 EBM 定义为“慎重、准确和明智的应用当前所能获得的最好研究依据,同时结合医生个人专业技能和多年临床经验,考虑患者的价值和愿望,将三者完美地结合,制定出患者的治疗措施”。医生在为患者做出医疗决策诊治疾病时,EBM 是必须遵循的科学原则。随着医学影像学技术的进步和普及,肝海绵状血管瘤(下称肝血管瘤)的发现日渐增多,仅1996年1月—2004年12月东方肝胆医院共收治手术治疗的肝血管瘤达1296例^[1],其中2000年1月—2004年12月就共收治1033例^[2],包括手术切除869例,大血管瘤切除+小血管瘤缝扎76例,血管瘤切除+微波固化3例,单纯瘤缝扎3例,非手术治疗(瘤内无水酒精注射、射频等治疗)以及瘤较小未治疗者共161例。由于肝血管瘤的发现增多,对其诊治决策也各抒己见。临床上常可见不必要的过分治疗导致极严重的并发症甚至死亡。所以如何科学地决策肝血管瘤的诊治是当前学者们最为关注的问题。科学诊治决策的来源,首先必须建立在诊治过程中权衡所选择的诊治方法的利弊,依据循证医学原则,考虑患者所处临床环境和他

本人的意愿,然后再综合以下多种因素,做出正确的诊治决策。

1 病因及预后

肝血管瘤的确切病因目前仍不清楚,但有以下几种学说。

(1)发育异常学说:先天性发育异常是最受广泛接受的学说。在胚胎发育过程中,由于肝血管的发育异常,引起瘤样增生,出生时即发现肝血管瘤的存在,说明可能为先天发育异常。

(2)其他学说:如有的认为,肝血管瘤是肝内毛细血管感染后变形,致毛细血管扩张成空泡状,其周围血管充血、扩张,区域性血循环停滞,致使血管形成海绵状扩张。最近有学者发现肝血管瘤组织来源均为肝动脉系统。所以本病发展缓慢,预后良好。妊娠或长期剧烈运动可促瘤体增大。瘤体破裂偶有报道,可威胁生命。笔者在临床实践中和所见文献,未见有自发性破裂出血^[3]和恶变者,仅偶见特大血管瘤有程度不等的、以消耗性凝血机能障碍(consumptive coagulopathy)为特征的 kasabachK-Merritt 综合征^[3-4]。所以,依据上述病因和预后,对一个无症状生活质量完全正常的确诊肝血管瘤的患者,在采取诊治措施时应极为慎重。

2 诊断过程中方法的选择及其原则

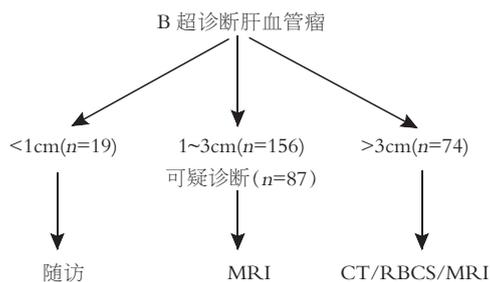
通过循证医学达到物有所值医疗措施利用,防止无效措施引入医学实践。注意限制使用

收稿日期:2007-03-27; 修订日期:2007-07-31。

作者简介:杨甲梅,男,湖南益阳人,第二军医大学东方肝胆外科医院主任医师,主要从事肝脏外科方面的研究。

通讯作者:杨甲梅 E-mail:newway82@gmail.com

昂贵低效的措施,有效合理地利用宝贵的医疗卫生资源,使患者最大获利。对于一个无病毒性肝炎病史或病毒性肝炎指标均阴性的患者,Herman等^[5]认为依据放射学程序进行诊断的结果有很好的参考价值。他报道的全组患者均行B超检查,小病灶($\leq 1\text{cm}$)仅根据B超进行诊断和观察,较大结节患者、B超不能成立诊断者,再行其他检查,如磁共振成像(MRI)、计算机断层扫描(CT)或红细胞闪烁照相(RBCS)(附图)。结果显示,B超诊断敏感率67.4%,CT确诊率75.3%,MRI确诊率92.0%。在病灶 $> 5\text{cm}$ 的24个患者行RBCS检查,阳性率91.6%,依据影像技术99.6%可做出诊断。Yoon等^[3]报道,B超确诊率为57%,CT73%,MRI84%,CT血管成像确诊93%。蔡守旺等^[6]报道,84例经手术治疗证实的肝血管瘤术前总确诊率为95.2%,B超检查确诊率为90.5%,CT92.2%,MRI92.7%,同位素及肝血池扫描87.5%,肝动脉造影62.5%。综上所述,根据无肝病病史、血清学检查均无异常以及无其他特殊临床表现者,疑诊肝海绵状血管瘤的患者,经B超检查,或经B超结合CT或MRI多可确诊。对基本已确诊,又无需要特殊处理的患者,几乎无必要再进行其他进一步检查,尤其是诸如正电子发射断层+CT扫描等昂贵的检查和一些具有一定风险的有创检查。



附图 放射学程序进行诊断

3 处理措施选择

3.1 肝血管瘤的处理原则

应以临床实践与文献报道结果相结合,多方面综合考虑,以患者利益为核心思考决策,多种因素间权衡。Herman等^[5]报道,249例肝血管瘤中仅8例瘤体直径14~30cm者,其中6例伴有疼痛,1例胃压迫症状,1例诊断不明,进行了手术切除,而且年龄均在47岁以下。其余未经手

术治疗的241例,其中也包括10例瘤体直径10cm以上者,经过平均78个月随访,未发现任何与肝血管瘤相关的并发症。全组中仅1例0.4%(1/249)瘤体有明显增大。Yoon等^[3]引用Farge及同事报告163例肝血管瘤长期随访,平均92个月,结果仅9例瘤体有增大,还有7例瘤体缩小,并发症包括2例kasabach-Merritt综合征,1例肝内出血,2例布卡氏征,最终16位患者做了治疗:8例手术切除,5例动脉栓塞,2例经颈静脉肝内门体分流(TIPS),1例右肝动脉结扎,1例肝移植。根据笔者从事肝胆外科30多年的临床实践,近年来已愈来愈加同意以许多国外学者长期随访的结果为指导,对于无症状的肝血管瘤不要过分强调以瘤体大小为标准作出诊治决策。鉴于肝血管瘤的病因可能为先天性发育异常,未见有恶变的报道,自发性破裂出血极为罕见等因素考虑,认为:对于基本明确诊断的肝血管瘤,无需再进行更多的昂贵检查以进一步确诊。可在门诊随访,复查资料对比,每3个月复查1次B超,持续1年,如肿瘤无增大,征象无改变,多可确诊为肝血管瘤。

3.2 腹痛与手术指征

尽管肝区疼痛与瘤体大小有一定相关性,总的合并疼痛的发生率为30.9%,4cm直径以上巨大肝血管瘤为44.2%,而14cm直径以上者全部合并有疼痛。故主张对有疼痛表现的血管瘤进行处理。但也有学者建议对合并有疼痛者可先进行止痛治疗,如治疗后疼痛消失,也不要行手术治疗。确实,对肝内4cm直径以下的血管瘤是否确属血管瘤所致腹痛,值得很好的分析判定。因有个别患者,肝血管瘤切除后,腹痛仍不能消失者。另有合并胆囊结石(8%),胆囊切除后腹痛消失者^[3]。所以腹痛一定要与瘤体大小、生长部位(如近肝包膜生长可能与腹壁有粘连者)等因素综合考虑,决定肝血管瘤是否作为手术切除的指征之一。

3.3 严格掌握手术指征

目前由于肝脏外科技术的逐步普及,肝血管瘤的手术指征似乎过宽。依笔者30多年的肝胆外科临床实践体会结合近年文献,建议:(1)年龄与手术。对年龄50岁以上患者,手术治疗应非常慎重,尤其对无明显症状和生活质量无明显影响的患者,不应考虑行任何特殊处理。对年龄小于50岁的患者,瘤体有明显增大趋势者,应考虑手术治疗。(2)新发病灶与手术。新近发现“肝

血管瘤”但与其他肝占位性病变性质难以鉴别,不能确诊为肝血管瘤者,尤其是合并有肝炎病毒指标阳性或慢性肝病病史者,应积极争取手术治疗。(3)瘤体大小与手术。因肝血管瘤自然病程不确定,有学者强调直径大于10cm中心有坏死、有较大自发性破裂出血危险,但发生者实际是非常少的,故也不能以此作为手术治疗的指征。但如发生在肝周边,甚或带蒂生长的巨大血管瘤,因受轻微外力作用可能招致破裂出血者,应考虑手术切除。(4)并发症与手术。有并发症的肝血管瘤,如腹痛、邻近器官受压, kasabach-Merritt 综合征,是明确的手术切除指征。(5)性别与手术。鉴于肝血管瘤有在妊娠期瘤体生长增大加快的特点和分娩时可致破裂大出血的危险,故对青年女性的巨大肝血管瘤应积极手术切除。(6)特殊职业与手术。对从事剧烈运动的职业或爱好者,如拳击、足球等,可能招致肝外伤的巨大肝血管瘤者,可考虑手术切除,但至今未见报道。(7)肝移植。肝内多发性血管瘤已导致肝功能失代偿或明显出血倾向的 kasabach-Merritt 综合征是明确的肝移植适应症^[4],手术效果良好。(8)手术切除风险与自然病程。毕竟手术切除存在较高手术并发症和病死率,尽管东方肝胆外科医院吴伯文等报道^[7]10年间手术治疗580例肝血管瘤,其中手术切除407例,前5年手术病死率为0.34%,后5年为0,但也还有高达2.4%者^[8]。因此,肝血管瘤原则上应尽量避免手术切除。如手术切除指征明确,也应权衡手术风险与自然病程后果的关系。对手术风险较大者应建议患者转入条件设备好、手术技术较高的、手术安全性高的专科中心。

3.4 其他非手术切除治疗

目前较流行的有经肝动脉插管栓塞(TAE)、经皮射频(PRFA)、微波凝固治疗(MCT),少见的有瘤内无水酒精注射、放射治疗等。笔者认为上述方法疗效不理想,另外还可能有严重并发症发生如胆管坏死、出血等,故不主张选用。总之,因肝血管瘤自然病程预后良好,决策诊治应慎之又慎,应科学合理,符合循证医学原则。

参考文献:

- [1] 杨甲梅. 特大肝海绵状血管瘤手术中应注意的问题[J]. 肝胆外科杂志, 2005, 13(4): 248-250.
- [2] 周伟平, 吴孟超. 肝海绵状血管瘤治疗方法的选择[J]. 肝胆外科杂志, 2005, 13(3): 232-234.
- [3] Yoon SS, Charny CK, Fong Y, et al. Diagnosis, Management, and Outcomes of 115 Patients with Hepatic Hemangioma[J]. J Am Coll Surg, 2003, 197(3): 392-401.
- [4] Kumashiro Y, Kasahara M, Nomoto K, et al. Living Donor Liver Transplantation for Giant Hepatic Hemangioma With Kasabach-Merritt Syndrome With a Posterior Segment Graft[J]. Liver Transplantation, 2002, 8(8): 721-724.
- [5] Herman P, Marcelo LVC, Machado MAC, et al. Management of Hepatic Hemangiomas: A 14-Year Experience[J]. J G Surg, 2005, 9(6): 853-859.
- [6] 蔡守旺, 刘永雄, 黄志强, 等. 肝海绵状血管瘤的诊断与治疗(附84例报告)[J]. 中华肝胆外科杂志, 2000, 6(3): 198-200.
- [7] 吴伯文, 吴孟超, 潘泽亚, 等. 肝海绵状血管瘤的外科综合治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2000, 9(1): 52-54.
- [8] Ozden I, Emier A, Alper A, et al. Long-term results of surgery for liver hemangiomas[J]. Arch Surg, 2000, 135(8): 978-981.

《医学信息》手术学分册 2008 年征订启事

《医学信息》手术学分册(ISSN 1006-1959 CN 61-1278/R)是由中华人民共和国科学技术部主管国家级科技期刊。是中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊,中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊,中国期刊全文数据库收录期刊,中国期刊网、中国学术期刊(光盘版)全文收录期刊。主要栏目有:专家论坛,临床论著,短篇论著,经验交流,综述与讲座,研究生园地,新技术与新方法介绍,经验与教训,药物与临床,护理园地等。

2008年《医学信息》手术学分册的征订工作现已开始。本刊为月刊,国内外公开发行。每本定价8元(含邮资),全年定价96元。全国各地邮局均可办理征订,邮发代号:52-88,编辑部也可直接办理订阅。

编辑部地址:河南省卫辉市健康路88号新乡医学院第一附属医院 邮编:453100

电话:0373-4402935 传真:0373-4402794 E-mail:yxxxss1987@126.com