

原发性肝癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E8_c22_302015.htm 名称原发性肝癌所属科室消化内科病因迄今尚不清楚，根据高发区流行病学调查，以下因素可能与肝癌流行有关。

一、病毒性肝炎和肝硬化

乙型肝炎病毒和肝癌关系的研究发现：肝癌患者血清中慢性肝炎标志物高达90%以上（对照组仅约15%）；肝癌高发区HBsAg阳性者发生肝癌机会比阴性者高6~50倍；分子生物学研究显示，我国肝癌病人中单纯整合型HBV-DNA占51.5%；HBV的X基因可改变HBV感染的肝细胞的基因表达与癌变可能有关。以上说明乙型肝炎病毒与肝癌关系密切，是肝癌发生的重要危险因素。近年来丙型肝炎与肝癌关系引起注重，我国资料显示肝细胞癌中5~8%患者抗HCV阳性，对照组为0~2%，肝癌病例中抗HCV与HBV合并感染者多，HCV与肝癌的关系在日本极为重要，在中国还有待证实。

肝硬化与肝癌关系亦令人注目，在500例肝癌尸检材料中，肝癌和肝硬化合并率为83.6%，肝硬化与肝癌伴发率为49.9%，其中大结节性肝硬化占73.3%显示肝癌与肝硬化关系密切。在合并肝硬化者中56.5%有不同程度的慢性活动性肝炎病变，说明肝硬化尚在进行中。结果提示慢性肝炎病毒持续感染与肝细胞癌有密切关系。推测其过程可能是乙型肝炎病毒引起肝细胞损害继而发生增生或不典型增生，从而对致癌物质敏感，在多病因参与和阶段的发病过程中可能有多种基因发生改变，即一群原癌基因被激活为癌基因，以及一个或多个抗癌基因失活，其结果引起细胞生长的失控，肝细胞出现持续增殖，最后导致癌变。

二、黄曲霉毒素在肝癌高发区尤以南方以玉

米为主粮地方调查提示肝癌流行可能与黄曲霉毒素对粮食的污染有关，人群尿液黄曲霉毒素B1代谢产物黄曲霉毒素M1含量很高。黄曲霉毒素B1是动物肝癌最强的致癌剂，但与人肝癌的关系迄今尚无直接证据。

三、饮水污染 江苏启东饮用沟漕水者肝癌发病率为60~101/10万，饮用井水者仅0~19/10万。饮用沟水者相对危险度为3.00。调查发现沟漕水中有一种兰绿藻产生藻类毒素可能是饮水污染与肝癌发生的有关线索。

四、遗传因素 在高发区肝癌有时出现家族聚集现象，尤以共同生活并有血缘关系者的肝癌罹患率高。可能与肝炎病毒垂直传播有关，但尚待证实。

五、其他 引起肝癌的其他致癌物质或致癌因素被疑及的尚有：酒精中毒；亚硝胺；农药如有机氯类等；微量元素，肝癌流行区水、土壤、粮食、人头发及血液中含铜、锌较高，钼较低；中华分枝睾吸虫，刺激胆管上皮增生而产生胆管细胸癌。微量元素、性激素、放射性物质、寄生虫、酗酒、吸烟、遗传因素等。本病病情发展迅速，病死率高，严重的危害生命健康。由于目前尚难以一种因素满足解释我国和世界各地肝癌的发病原因和分布情况，故肝癌的发生可能由多种因素经多种途径引起；不同地区致癌和促癌因素可能不完全相同，什么是主要因素，各因素之间相互关系如何尚有待研究。

临床表现 起病常隐匿，多在肝病随访中或体检普查中应用AFP及B型超检查偶然发现肝癌，此时病人既无症状，体格检查亦缺乏肿瘤本身的体征，此期称之为亚临床肝癌。一旦出现症状而来就诊者其病程大多已进入中晚期。不同阶段的肝癌，其临床表现有明显差异。

一、肝癌的症状 肝痛、乏力、纳差、消瘦是最具特征性的临床症状。

1.肝区疼痛：最常见，间歇持续性，钝

痛或胀痛，由癌迅速生长使肝包膜绷紧所致。肿瘤侵犯膈肌，疼痛可放射至右肩或右背。向右后生长的肿瘤可致右腰疼痛。忽然发一在剧烈腹痛和腹膜刺激征提示癌结节包膜下出血或向腹腔破溃。

2. 消化道症状：胃纳减退、消化不良、恶心、呕吐和腹泻等，因缺乏特异性而易被忽视。

3. 乏力、消瘦、全身衰弱。晚期少数病人可呈恶病质状。

4. 发热：一般为低热，偶达39℃以上，呈持续或午后低热或弛张型高热。发热与癌肿坏死产物吸收有关。癌肿压迫或侵犯胆管可并发胆道感染。

5. 转移灶症状：肿瘤转移之处有相应症状，有时成为发现肝癌的初现症状。如转移至肺可引起咳嗽咯血，胸膜转移可引起胸痛和血性胸水。癌栓栓塞肺动脉或分支可引起肺梗塞，可忽然发生严重呼吸困难和胸痛。癌栓阻塞下腔静脉，可出现下肢严重水肿，甚至血压下降；阻塞肝静脉可出现Budd-Chiari综合征，亦可出现下肢水肿。转移至骨可引起局部疼痛，或病理性骨折。转移到脊柱或压迫脊髓神经可引起局部疼痛和截瘫等。颅内转移可出现相应的定位症状和体征，颅内高压亦可导致脑疝而忽然死亡。

6. 其他全身症状：癌肿本身代谢异常或癌组织对机体发生各种影响引起的内分泌或代谢方面的症候群称之为伴癌综合症，有时可先于肝癌本身的症状。常见的有：

自发性低血糖症：10~30%患者可出现，系因肝细胞能异位分泌胰岛素或胰岛素样物质；或肿瘤抑制胰岛素酶或分泌一种胰岛素样物质。肝细胞癌增高者占70~90%。通常AFP浓度与肿瘤大小有相关，但个体差异较大，一般认为病理分化接近正常肝细胞或分化程度极低者AFP常较低或测不出。国外公认标准往往偏高，易于漏诊。我国重视中等和低浓度AFP增高的动态观察。临床实践

中对AFP低浓度者常须结合影像诊断技术进行随访，有助于及早确立诊断。肝癌常发生在慢性肝病基础上故须加以鉴别。慢性肝炎，肝炎后硬化有19.9%~44.6%患者AFP增高，浓度多在25~200 μ g/L。一过性acute、 μ g/L、 μ g/L plusmn.27.20%（0~100%），<75%为肝癌诊断标准，阳性率86.0%，随病情恶化而降低。非癌肝病AFP-N-L

为93.30 μ g/L plusmn.259.5ng/L肝癌者较正常高5倍，在小肝癌阶段即明显增高，分化愈差M2-PyK值得高愈明显。阳性率5.2%，消化道肿瘤亦可升高，而肝炎、良性肝肿瘤不高。

同工铁蛋白（AIF）：同工铁蛋白在肝癌时由于肝癌细胞合成增多，释放速度加快故对肝癌诊断有一定意义。正常人为16~210 μ g/L为诊断界值，肝癌患者72.1%超过此值，假阳性为10.3%，AFP阴性或低浓度AFP肝癌阳性率66.6%，<5cm的小肝癌阳性率62.5%。

“声晕”绒纹征 γ 照像或单光子发射计算机断层仪（SPECT）近年来为提高显像效果致力於，寻找特异性高、亲和力强的放射性药物，如放射性核素标记的特异性强的抗肝癌的单克隆抗体或有关的肿瘤标志物的放射免疫显象诊断已始用于临床，可有效的增加放射活性的癌/肝比； ^{99m}Tc -PMT(^{99m}Tc -吡多醛五甲基色氨酸)为一理想的肝胆显像剂，肝胆通过时间短，肝癌、肝腺瘤内无胆管系统供胆汁排泄并与PMT有一定亲和力故可在肝癌、肝腺瘤内浓聚停留较长时间，在延迟显像（2~5小时）时肝癌和肝腺瘤组织中的 ^{99m}Tc -PMT仍滞留，而四周肝实质细胞中已排空，使癌或腺瘤内的放射性远高于正常肝组织而出现“。故临床应用于肝癌的定性定位诊断；如用于AFP阴性肝癌的定性诊断；鉴别原发性和继发性肝癌；肝外转移灶

的诊断和肝腺瘤的诊断。由于肝细胞癌阳性率仅60%左右，且受仪器分辨力影响，2cm以内的病变尚难显示，故临床应用尚不够理想。

3.肝组织活检或细胞学检查

近年来在实时超声或CT导引下活检或细针穿刺行组织学或细胞学检查，是目前获得2cm直径以下小肝癌确诊的有效方法。但近边缘的肝癌易引起肝癌破裂，此外，并有针道转移的危险。综上所述，若AFP明显升高，加上典型超声图像可初步诊断原发性肝癌；对AFP阴性或低浓度者应适当选择AFP以外的肝癌标志物，影像学诊断亦有定性、定位诊断价值，CT检查造影剂增强或动态增强扫描，有助于肝癌诊断。磁共振的特征性表现可助肝癌的诊断和鉴别诊断，放射免疫显象诊断有较高特异性。微小肝癌的诊断和与某些小的良性病变的鉴别尚有待深入研究。

诊断一、病理诊断

1. 肝组织学检查证实为原发性肝癌者。
2. 肝外组织的组织学检查证实为肝细胞癌。

二、临床诊断

1. 如无其他肝癌证据，AFP对流法阳性或放免法AFP > 400ng/ml，持续四面以上，并能排除妊娠、活动性肝病、生殖腺胚胎源性肿瘤及转移性肝癌者。
2. 影像学检查有明确肝内实质性占位病变，能排除肝血管瘤和转移性肝癌，并具有下列条件之一者：
AFP > 20ng/ml。典型的原发性肝癌影像学表现。无黄疸而AKP或r - GT明显增高。远处有明确的转移性病灶或有血性腹水，或在腹水中找到癌细胞。明确的乙型肝炎标志物阳性的肝硬化。

三、定性诊断

原发性肝癌的定性诊断需综合分析病人的症状、体征及各种辅助检查资料。

1. 症状、体征同前。
2. 辅助检查。
甲胎蛋白(AFP)实验：对电泳法阳性或放免法测定 > 400mg/ml；持续四面，并排除妊娠、活动性肝病及生殖腺胚胎源性肿瘤。

其他标志检查：碱性磷酸酶(A1(P)约有20%的肝癌病人增高。r-谷丙氨酰转***酶(r-GT)70%肝癌病人升高。5alpha. - 抗胰蛋白酶(mdash.3cm以下的微小肝癌。2. 放射性核素肝脏显像，病变的大小在2c2n以上才能呈现阳性结果。3.CT及MRI：有利于肝癌的诊断。当肝癌直径小于2cm或密度近似正常肝实质CT难以显示。肝癌呈弥漫性，CT不易发现；区别原发性或继发性肝癌有困难。经造影增强肝影后可显示直径在1~2cm的病灶。MRI具有叮的优点，能更清楚的显示肝癌的转移性病灶，可作不同方位的层面扫描。4. 选择性肝动脉造影及数字减影造影，选择性肝动脉造影(DSA)，是一种灵敏的检查方法，可显示直径在lcm以内的肝癌。鉴别诊断原发性肝癌有时须与下列疾病相鉴别。一、继发性肝癌（secondary liver cancer）肝脏血源丰富，其他癌肿可转移至肝脏。我校病理解剖资料，继发性肝癌为原发性肝癌的1.2倍，其中以继发于胃癌的最多，其次为肺、结肠、胰等的癌肿。继发性肝癌大多为多发性结节，临床以原发癌表现为主，少数可仅有继发性肝癌的征象如肝肿大、肝结节、肝区痛、黄疸等。除个别来源于胃、结肠、胰的继发性肝癌病例外，血清AFP多呈阴性。二、肝硬化、肝炎原发性肝癌常发生在肝硬化基础上，两者鉴别常有困难。鉴别在于具体病史、体格检查联系实验室检查。肝硬化病情发展较慢有反复，肝功能损害较显著，血清AFP阳性多提示癌变。少数肝硬化、肝炎患者也可有血清AFP升高，但通常为rdquo.且往往伴有转氨酶显著升高，而肝癌则血清AFP持续上升，往往超过500ng/ml，此时与转氨酶下降呈曲线分离现象。甲胎蛋白异质体LCA非结合型含量>75%提示非癌肝病。三、肝脓肿 临床表现发热、肝区疼痛

和压痛明显，反复多次超声检查常可发现脓肿的液性暗区。超声导引下诊断性肝穿刺，有助于确诊。四、其他肝脏良性肿瘤或病变如血管瘤、肝囊肿、肝包虫病、胆吓癌、胆管癌、结肠肝曲癌、胃癌、胰腺癌及腹膜后肿瘤等易与原发肝癌相混淆。除甲胎蛋白多为阴性可助区别外，病史、临床表现不同，非凡超声、CT MRI等影像学检查、胃肠道X线检查等均可作出鉴别诊断。目前与小肝癌相混淆的肝脏良性病变如腺瘤样增生、肝硬化再生结节、局灶性结节性增生等鉴别尚有一定困难，定期随访必要时作实时超声引导下穿刺活检可助诊断。不能排除恶性肿瘤时为不失早期根治机会必要时亦可考虑剖腹探查。并发症并发症可由肝癌本身或并存的肝硬化引起，常见于病程晚期，故常是致死的原因。一、肝性脑病 常为终末期的并发症，占死亡原因的34.9%。二、消化道出血 占死亡原因的15.1%。合并肝硬化或门静脉、肝静脉癌栓者可因门静脉高压而引起食管或胃底静脉曲张破裂出血。也可因胃肠粘膜糜烂、凝血机制障碍等而出血。三、肝癌结节破裂出血 发生率约9~14%。肝癌组织坏死、液化可致自发破裂或因外力而破裂。如限于包膜下可有争骤疼痛，肝迅速增大；若破入腹腔引起急腹痛，腹膜刺激征，严重者可致血性休克或死亡。轻者经数天出血停止，疼痛渐减轻。四、血性胸腹水 膈面肝癌可直接浸润或经血流或淋巴转移引起血性胸水，常见于右侧。五、继发感染 因癌肿长期的消耗，抵抗力减弱，尤其在放射和化学治疗后血白细胞下降者，易并发各种感染，如肺炎、肠道感染、真菌感染等。治疗 早期治疗是改善肝癌预后的最主要因素。早期肝癌应尽量采取手术切除。对不能切除的大肝癌亦可采用多模式的综合治疗。一、手

术治疗肝癌的治疗仍以手术切除为首选，早期切除是提高生存率的关键，肿瘤越小，五年生存率越高。手术适应证为：诊断明确，估计病变局限于一叶或半肝者；无明显黄疸、腹水或远处转移者；肝功能代偿尚好，凝血酶时间不低于50%者；心、肝、肾功能耐受者。在肝功能正常者肝切除量不超过70%；中度肝硬化者不超过50%，或仅能作左半肝切除；严重肝硬化者不能作肝叶切除。手术和病理证实约80%以上肝癌合并肝硬化，公认以局部切除代替规则性肝叶切除远期效果相同，而术后肝功能紊乱减轻，手术死亡率亦降低。由于根治切除仍有相当高的复发率，故术后宜定期复查AFP及超声显象以监察复发。由于根治切除术后随访密切，故常检测到复发的小肝癌，乃以再手术为首选，第二次手术后五年生存率仍可达38.7%。肝移植术虽不失为治疗肝癌的一种方法，国外报道较多，但在治疗肝癌中的地位长期未得到证实，术后长期免疫抑制剂的应用，病人常死于复发。对发展中国家而言，由于供体来源及费用问题近年仍难以推广。

二、姑息性外科治疗 适于较大肿瘤或散在分布或靠近大血管区，或合并肝硬化限制而无法切除者，方法有肝动脉结扎和（或）肝动脉插管化疗、冷冻、激光治疗、微波治疗，术中肝动脉栓塞治疗或无水酒精瘤内注射等，有时可使肿瘤缩小，血清AFP下降，为二期切除提供机会。

三、多模式的综合治疗 是近年对中期大肝癌积极有效的治疗方法，有时使不能切除的大肝癌转变为可切除的较小肝癌。其方法有多种，一般多以肝动脉结扎加肝动脉插管化疗的二联方式为基础，加外放射治疗为三联，如合并免疫治疗四联。以三联以上效果最佳。经多模式综合治疗患者肿瘤缩小率达31%，

因肿瘤明显缩小，获二步切除，二步切除率达38.1%。上海医科大学肝癌研究所亦曾研究超分割放疗及导向治疗，超分割外放射和肝动脉插管化疗联合治疗的方法是：第一周肝动脉导管内化疗顺氯氨铂（CDDP）每日20mg，连续3天。第二周肝肿瘤区局部外放射上、下午各2.5Gy(250rads)，连续3天；二周为一疗程，如此隔周交替可重复3~4个疗程。导向治疗，以¹³¹I-抗肝癌铁蛋白抗体或抗肝癌单克隆抗体或¹³¹I-lipiodol肝动脉导管内注射，每隔1~2月一次，治疗间期动脉内化CDDP 20mg每日一次，连续3~5天。若上述治疗同时加免疫治疗如干扰素、香菇多糖、白介素-2等则更佳。

四、肝动脉栓塞化疗（TAE）这是80年代发展的一种非手术的肿瘤治疗方法，对肝癌有很好疗效，甚至被推荐为非手术疗法中的首选方案。多采用碘化油（lipiodol）混合化疗法药或¹³¹I或¹²⁵I-lipiodol、或⁹⁰钇微球栓塞肿瘤远端血供，再用明胶海绵栓塞肿瘤近端肝动脉，使之难以建立侧支循环，致使肿瘤病灶缺血坏死。化疗药常用CDDP80~，加100mg5Fu 1000mg丝裂霉素10mg〔或阿霉素（ADM）40~60mg〕，先行动脉内灌注，再混合丝裂霉素（MMC）10mg于超声乳化的Lipiodol内行远端肝动脉栓塞。肝动脉栓塞化疗应反复多次治疗，效果较好。根据我院放射科资料，345例不能手术切除的较大肝癌，单纯肝动脉灌注化疗一年生存率仅为11.1%，合并肝动脉栓塞治疗一年生存率提高到65.2%，随访生存最长52月，30例肿瘤缩小获手术切除机会。对肝功能严重失代偿者此法属禁忌，门脉主干癌栓阻塞者亦不适宜。

五、无水酒精瘤内注射超声导下经皮肝穿于肿瘤内注入无水酒精治疗肝癌。以肿瘤直径ge.5cm效果差。

六、放射治疗 由于放射源、放射设备和

技术的进步，各种影像学检查的准确定位使放射治疗在肝癌治疗中地位有所提高，疗效亦有所改善。放射治疗适于肿瘤仍局限的不能切除肝癌，通常如能耐受较大剂量，其疗效也较好，外放射治疗经历全肝放射、局部放射、全肝移动条放射、局部超分割放射、立体放射总量超过近有用质子作肝癌放射治疗者。有报道放射总量超过40Gy(4000rads容气量)合并理气健脾中药使一年生存率达72.7%，五年生存率达10%，与手术、化疗综合治疗可起杀灭残癌之作用，化疗亦可辅助放疗起增敏作用。肝动脉内注射Y-90微球、¹³¹I-碘化油、或同位素标记的单克隆抗体等可起内放射治疗作用。七、导向治疗应用特异性抗体和单克隆抗体或亲肿瘤的化学药物为载体，标记核素或与化疗药物或免疫毒素交联进行特异性导向治疗，是有希望的疗法之一。临床已采用的抗体有抗人肝癌蛋白抗体、抗人肝癌单克隆抗体、抗甲胎蛋白单克隆抗体等。除¹³¹I¹²⁵I外已试用⁹⁰Y，此外毒蛋白和化疗药物与抗体的交联人源单抗或基因工程抗体等正在研究中。八、化疗对肝癌较为有效的药物以CDDP为首选，常用的还有5Fu、阿霉素（ADM）及其衍生物、丝裂霉素、VP16和氨甲喋呤等。一般认为单个药物静脉给药疗效较差。采用肝动脉给药和（或）栓塞，以及配合内、外放射治疗应用较多，效果较明显。对某些中晚期肝癌无手术指征，且门静脉主干癌栓阻塞不宜肝动脉介入治疗者和某些姑息性手术后患者可采用联合或序贯化疗，常用联合方案为顺氯氨铂20mg 5Fu750mg~100mg静脉滴注共5天，每月一次，3~4次为一疗程。阿霉素40~60mg第一天，继以5Fu500mg~750mg静脉滴注连续5天，每月一次连续3~4次为一疗程，上述方案效果评价不一。九、

生物治疗 生物治疗不仅起配合手术、化疗、放疗以减轻对免疫的抑制，消灭残余肿瘤细胞的作用。近年来，由于基因重组技术的发展，使获得大量免疫活性因子或细胞因子成为可能。应用重组淋巴因子和细胞因子等生物反应调节因子

(BRM)对肿瘤生物治疗已引起医学界普遍关注，已被认为是第四种抗肿瘤治疗，目前临床已普遍应用gamma.干扰素(IFN)进行治疗，天然和重组IL-2，TNF业已问世，此外，淋巴因子激活的杀伤细胞-LAK细胞肿瘤浸润淋巴细胞(TIL)等已开始试用。所用各种生物治疗剂的疗效仍有待更多的实践和总结。基因治疗为肝癌的生物治疗提供了新的前景。

十、中草药 中草药扶正抗癌适用于晚期肝癌患者和肝功能严重失代偿无法耐受其他治疗者，可起改善机体全身状况，延长生命的作用，亦可配合手术、放疗和化疗以减少不良反应，提高疗效。综上所述，早期肝癌宜迟早手术切除，不能切除者首选肝动脉栓塞化疗。无水酒精瘤内注射适用于肝功能欠佳不宜手术的小肝癌，有可能起根治效果；中期大肝癌宜采用肝动脉插管结扎为主的多模式治疗或肝动脉栓塞化疗以处杀伤肿瘤细胞减少肿瘤负荷，待肿瘤缩小后争取二步或序贯手术切除。晚期肝癌以中草药为主的中西综合治疗可望改善症状延长生存期。导向治疗已取得初步成功，基因治疗已前景在望。预防及预后预防：积极防治病毒性肝炎，对降低肝癌发病率有重要意义。乙肝病毒灭活疫苗预防注射不仅起防治肝炎效果，对肝癌预防必将起一定作用。预防粮食霉变、改进饮水水质亦是预防肝癌的重要措施。在肝癌的预防尚未完善之际，肝癌的早期发现、早期诊断、早期治疗在肿瘤不上被称之为rdquo。我国自70年代应用甲胎蛋白进行肝癌普查

以来，原发性肝癌的诊断进入了亚临床水平，早期肝癌比例不断增高，五年生存率亦明显提高。80年代以来对高危人群（肝炎史、HBsAg阳性、40岁以上）普查的检出率约501/10万，是自然人群普查检出率的34.4倍，其中1/3是早期肝癌。以高敏感的甲胎蛋白检测方法每年1~2次佐以超声显像是发现早期肝癌的基本方法。二者联合检出率可达97.9%，不仅可弥补AFP阴性患者漏检的不足，对低浓度AFP肝癌的及时确诊亦有重要价值。对肝癌普查存在着“的矛盾”，亦有人认为普查的早期发现实质上是诊断治疗上的“的”（leading time）。但在目前肝癌病因预防尚未取得成效之前，普查所赢得的“的”对于检出的患者的长期生存的病例日益增多有重要价值。必须强调的是对早期发现的小肝癌应尽可能积极地采取手术切除的办法以期达到根治目的。小肝癌根治切除后五年生存率达70%左右，而非手术治疗多在二年内死亡。上海医科大学中山医院资料至今根治除后生存5年以上212例，其中绝大多数是普查发现的早期肝癌，故普查不仅提高早期诊断早期治疗的水平，也带动了早期肝癌发生发展的基础医学研究。肝癌近年来治疗有长足的进步。上海医科大学肝癌研究所报道亚临床肝癌根治切除后5年生存率高达72.9%，直径<2cm的肝癌手术切除后5年生存率高达86.4%。本病治疗效果的要害在于早期诊断。以“的”为主要预防措施。预后：肿瘤大小，治疗方法与肿瘤的生物学特性是影响预后的重要因素，根据我们的材料获根治性切除者五年生存率达53.0%，其中多为小肝癌或大肝癌缩小后切除者，姑息性切除仅12.5%，药物治疗少见生存5年以上者。早期肝癌体积小，包膜完整、瘤栓少见或无、肿瘤分化好，远处转移少，机体

免疫状态较好，这些均是进行手术根治的有利条件。中晚期肝癌虽经多种治疗综合措施，根治机会少，易有远处转移预后较差。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com