



· 论 著 ·

小肝癌和肝硬化小结节应用彩超进行鉴别诊断的价值

刘玉瑞 (北流市中医院超声科 广西北流 537400)

摘要: **目的** 讨论小肝癌和肝硬化小结节应用彩超进行鉴别诊断的价值。**方法** 选取 100 例我院自 2016 年 8 月至 2017 年 8 月期间进行诊断的肝病患者, 根据彩超诊断结果显示其中有患有微小肝癌结节, 有患有肝硬化结节, 分析比较微小肝癌结节与肝硬化结节, 在彩色多普勒诊断中各指标 (肝动脉的直径, 血流速度以及血液流量) 之间的差异。**结果** 在彩超检验中, 微小肝癌结节和肝硬化结节在肝动脉的直径, 血流速度以及血液流量等方面的比较, 具有显著性差异, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 彩超诊断可以通过几种指标的不同来分辨微小肝癌结节与肝硬化结节, 在诊断肝病中, 彩色多普勒具有一定的诊断价值。

关键词: 彩超 肝硬化结节 微小肝癌

中图分类号: R445.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 20-056-02

肝癌是全世界人类的一大杀手, 每年都有无数人死于肝癌。一般来说, 肝癌的发展要经历病毒性肝炎, 肝硬化, 肝癌这几个过程。在肝病早期能诊断出来将有利于肝病的早发现早治疗, 现代医学的发展越来越先进, 彩超在医学诊断中的作用也越来越多。本文针对我院 2016 年 8 月至 2017 年 8 月期间进行诊断的肝病患者, 根据彩超诊断结果显示其中有患有微小肝癌结节, 有患有肝硬化结节, 分析比较微小肝癌结节与肝硬化结节, 在彩色多普勒诊断中各指标 (肝动脉的直径, 血流速度以及血液流量) 之间的差异^[1]。具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 8 月至 2017 年 8 月期间进行彩色多普勒诊断的肝病患者, 共 100 例, 其中 36 例患有微小肝癌结节, 64 例患有肝硬化结节。女性患者 46 人, 男性患者 54 人, 年龄区间为 40 到 70 岁, 平均年龄为 (53±2.6) 岁。本院选取的患者, 都经过病理诊断, 得出患者都属于肝内病变。

1.2 仪器和方法

先后采用 Acuson128X, GE-LOGIQ7, 百胜魅力 50 和 Acuson Sequoia512 彩色多普勒超声诊断仪, 频率 3.5-5MHz, 全部患者均在清晨空腹时行全肝扫查, 标准断面检查方法、超声测量方法及注意事项等参照相关文献方法。肝硬化患者每 3~6 个月复查 1 次, 检查时嘱患者屏气以仔细测量病变大小和声像图特征, 至少观察两个以上不同切面, 发现有结节癌变者交由课题组专职医师检查, 并建议行肝 CT 检查作为对比, 此后每 2 个月复查 1 次。对无肝穿刺禁忌证、有肝活检指征的 11 例患者行肝穿刺活检, 预设最佳穿刺点, 病灶较小者采用 21G 细活检针, 病灶较大者采用 18G 粗活检针, 射程选择为病灶直径 > 2.0cm 者选择远程, 否则选择短程。由有经验的超声医生和临床医生共同完成, 取出标本后用甲醛固定送病理组织学检查, 因患者原因未能作 2 次肝穿刺活检。限于条件, 未能进行 MRI 及超声造影等检查。经确诊的 16 例小肝癌患者中有 9 例选择手术治疗, 对术中诊断及病理结果进行了跟踪记录^[2]。

1.3 统计学方法采用

SPSS18.0 系统软件统计分析资料; 计数资料用 (n, %) 表示, 并用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

微小肝癌结节与肝硬化结节, 在检查结果中肝动脉的直径, 血流速度以及血液流量的差异显著。其中, 微小肝癌结节的肝动脉直径为 (5.66±1.52) mm, 肝硬化结节肝动脉直径为 (3.26±1.23) mm, 微小肝癌结节的肝动脉直径高于肝硬化结节, T 检验结果为 5.362, 由于 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。微小肝癌结节的血流速度为 (29.32±4.21) cm/s, 肝硬化结节血流速度为 (18.69±2.13) cm/s, 微小肝癌结节的血流速度高于肝硬化结节, T 检验结果为 16.579, 由于 $P < 0.01$, 差异有统计学意义。微小肝癌结节的血流量为 (387.13±85.32) ml/min, 肝硬化结节血流量为 (230.21±45.32)

ml/min, 微小肝癌结节的血流量大于肝硬化结节, T 检验结果为 16.264, 由于 $P < 0.01$, 差异有统计学意义。详情见下表 1。

表 1: 微小肝癌结节与肝硬化结节直径、血流速度以及血液流量比较 ($\bar{x} \pm s$)

类别	直径 (mm)	血流速度 (cm/s)	血流量 (ml/min)
微小肝癌	5.66±1.52	29.32±4.21	387.13±85.32
肝硬化结节	3.26±1.23	18.69±2.13	230.21±45.32
T 值	5.362	16.579	16.264
P 值	<0.05	<0.01	<0.01

3 讨论

肝硬化结节癌变是一个渐进的演变过程: 肝硬化再生结节→非典型性结节→非典型性结节伴微灶性肝细胞癌→小肝癌→大肝癌。动态观察肝实质回声改变, 掌握由肝硬化发展为肝癌的时间及规律对早期发现病变、及时治疗 and 愈后判断非常重要^[3]。本组患者病程 5~24 年不等, 提示多数患者由于病情隐匿而延误诊治, 85% 的患者有疲乏、食欲减退及腹胀等症状, 半数以上患者有慢性肝病体征, 提示详细的问诊和体格检查能协助诊断; 患者年龄较轻, 65% 以上的患者肝功能异常, 且大多有明显的 HBV 复制。在 64 例肝硬化结节中, 有 16 例在 (6.12±2.34) 年演变为小肝癌, 其中 1 例从发现肝硬化结节至发展为小肝癌仅 8 个月时间, 期间共超声跟踪检查 5 次, 末次在超声引导下下行肝穿刺活检, 经病理检查确诊为小肝癌, 予及时手术治疗。因此, 一旦发现肝硬化结节, 应缩短超声探查时间, 并逐一详细记录时间、部位、结节数量有无增多、病灶大小、回声改变等, 为临床提供依据^[4]。

肝硬化是一种常见的慢性病, 它的形成的进一步发展都不是短期内能完成的, 它往往是由多种原因造成的。潜伏期长和发病率高是肝硬化的重要特点, 它开始只是小型的肝炎, 一旦不注意或者没有及时就医, 形成肝硬化就只是时间问题^[5]。肝硬化在进一步发展将形成微小肝癌, 微小肝癌是肝癌早期的一种形态, 通过诊断的方式将肝硬化与微小肝癌区分开, 可以在肝癌早期早发现早治疗, 成为防止晚期肝癌出现的有效手段。现在肝癌患者都是治疗不及时, 误诊, 漏诊等原因导致肝癌发现时已经是中后期了。现在彩色多普勒的诊断可以通过几项重要指标来判别肝硬化和微小肝癌^[6]。本文针对我院 2016 年 8 月至 2017 年 8 月期间进行诊断的肝病患者, 分析比较患者彩超结果的几项重要指标的差别, 结果, 微小肝癌的肝动脉的直径, 血流速度以及血液流量均大于肝病患者。因此, 可以使用彩超诊断肝硬化和微小肝癌, 值得临床应用和推广。

参考文献

[1] 石秋玲, 张磊, 徐金锋, 宋红, 丁志敏, 等. 声触诊组织定量技术鉴别诊断乙肝相关性小肝癌与肝硬化增生结节的应用价值[J] 临床超声医学杂志, 2017, 19(5):305-308.

[2] 袁劲松, 赵志伟, 盛练. 高场强 MRI 对肝硬化退变结节和小肝癌

(下转第 59 页)



Thompson 等^[1]对 SLE 及健康对照组之间颈动脉超声研究结论得知, SLE 相关危险因素除了一些常见的因素(心血管疾病)外, cIMT 及斑块也是危险因素之一, 颈动脉超声是管理 SLE 疾病的主要方法。因此本研究采用颈动脉超声检测颈动脉内中膜厚度研究动脉粥样硬化程度。本研究对 92 例 SLE 患者进行分析, 其中, 出现颈动脉内膜增厚或颈动脉内膜增厚症状的有 23 例子(25%), 形成 AS 斑块的有 3 例(3.26%), 这一研究结论同 John Lasseter 等^[2]研究结论相一致, 其 SLE 斑块发生率 37.1%。

一些临床研究指出, SLE 自身也会诱发 AS, 加快其 AS 恶化, 是一种独立因素^[3]。Nikpour^[4]等提出 SLE 患者冠状动脉粥样硬化危险因素包括高血压、高血脂、高敏 CRP 升高、抽烟、缺乏锻炼、肥胖、代谢综合征、活动性病变和使用糖皮质激素, 此与本研究 AS 组高血压及 CRP 较 SLE 组升高相同。本研究发现两组间 CRP 差别有统计学意义, 这支持杨景阳等提出颈动脉 IMT 联合 hs-CRP 检测可作为 SLE 患者早期动脉粥样硬化的一项预测方法^[5]。有报道^[6]抗 ds-DNA 抗体、补体水平、累积激素用量等指标与 SLE 的 AS 无明显关系, 此与本研究结果相同。相比于 AS 组, 本研究并未发现 SLE 组 aCL IgG 存在异常情况, 只是 aCL IgG 有所增长, 一些医学研究人员认为不管是抗 β 2-GPI 抗体还是 ACL 都同 AS 之间的关联性较小^[7], 无斑块组同 SLE 斑块组之间的 ACL 的差异不明显^[8]。然而, 临床上一些实践研究指出, 抗磷脂抗体(aPL)也是引起 SLE 动脉粥样硬化的主要因素^[9]。

可见, SLE 疾病本身可为 SLE 合并动脉粥样硬化的常见诱因, 但是现阶段关于是否影响动脉粥样硬化进程的研究结论还未明确。本文样本量不足, 日后将扩大样本量进行研究。

参考文献

[1]Thompson T, Sutton-Tyrrell K, Wildman RP, et al. Progression of carotid intima-media thickness and plaque in women with systemic lupus erythematosus[J]. Arthritis Rheum,

2008, 58(3):835-42.

[2]Roman MJ, Shanker BA, Davis A, et al. Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus[J]. N Engl J Med, 2003, 349(25): 2399- 2406.

[3]McMahon M, Hanhn BH, Skaggs BJ. Systemic lupus erythematosus and cardiovascular disease: prediction and potential for therapeutic intervention [J].Expert Rev Clin Immunol, 2011, 7:227-41.

[4]M Nikpour,DD Gladman,MB Urowitz.Premature coronary heart disease in systemic lupus erythematosus:what risk factors do we understand?[J].Lupus,2013,22:1243-50.

[5]杨景阳, 吕国荣, 李拾林, 等. 系统性红斑狼疮患者颈动脉内中膜厚度与血清高敏 CRP 的关系 [J]. 中国超声医学杂志, 2015, 31(3):265-7.

[6]Kiani AN, Post WS, Magder LS, et al. Predictors of progression in atherosclerosis erythe7:2over 2 years in systemic lupus erythematosus[J]. Rheumatology (Oxford), 2011, 50(11): 2071-9.

[7]Vlachoyiannopoulos PG, Kanellopoulos PG, Ioannidis JP, et al. Atherosclerosis in premenopausal women with a ntiphospholipid syndrome and systemic lupus erythematosus: a controlled study[J]. Rheumatology (Oxford), 2003, 42(5):645-51.

[8]张春燕, 吕良敬, 鲍春德, 等. 系统性红斑狼疮中疾病相关危险因素与早发动脉粥样硬化的关系 [J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(7): 468-72.

[9]Ahmad Y, Shelmardine J, Bodill H, et al. Subclinical atherosclerosis in systemic lupus erythematosus (SLE): the relative contribution of classic risk factors and the lupus phenotype[J]. Rheumatology (Oxford), 2007, 46(6):983-8.

(上接第 55 页)

[1]谷晔, 高鸣燕, 李娴. 胚胎停止发育危险因素 logistic 回归分析 [J]. 中国卫生统计, 2015, 35 (05):820-822.

[2]王瑞玲, 王凤兰, 蒲英杰. 早孕妊娠囊小于孕周者与胚胎停止发育的关系探讨 [J]. 中国辐射卫生, 2017, (02):240-241.

[3]闫丽. 胚胎停止发育的分子免疫机制研究 [D]. 青岛大学,

2016, 01 (01).

[4]沈怡华. 胚胎停止发育相关因素调查问卷研究 [D]. 北京中医药大学, 2016, 01 (01).

[5]高琛, 陈锦果, 徐斌. 米非司酮联合米索前列醇清宫术治疗胚胎停止发育的出血量及术后并发症研究 [J]. 中国医药科学, 2016, 13 (16):98-100+159.

(上接第 56 页)

诊断与鉴别诊断价值研究 [J] 中国 CT 和 MRI 杂志, 2017, 15(4):90-92.

[3]熊浩, 彭婕, 郑黄华, 冉小军, 刘开才, 等. 回顾性分析用 MR 和 CT 鉴别诊断肝硬化再生结节与小肝癌的临床价值 [J] 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(4):567-568.

[4]李洁, 周贵明. 肝硬化背景下不典型增生结节和小肝癌的超声造影显像观察和定量分析 [J] 中国中西医结合外科杂志, 2017,

22(3):254-257.

[5]徐振州, 陆大军, 张向阳, 马超, 岳天华. MR 和 CT 检测诊断肝硬化患者再生结节与小肝癌的临床价值研究 [J] 肝脏, 2017, 22(7):626-628.

[6]陈敏, 张大鹏, 王瑞芳, 李文秀, 刘青. 超声随访在肝硬化结节恶变筛查及诊断中的价值研究 [J] 现代生物医学进展, 2016, 16(33):6502-6504.

(上接第 57 页)

菌片联合莫沙必利, 总体疗效明显更高, 研究组总有效率为 97.44%, 对照组为 71.79%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。此外, 在本次研究中发现, 经过治疗后, 研究组患者排便困难、粪便性状评分明显下降, 与对照组相比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明凝结芽孢杆菌活菌片联合莫沙必利相比单纯采用莫沙必利, 症状改善情况更加明显, 分析其中原因, 主要因为凝结芽孢杆菌活菌片不仅可以促进肠道运动, 还能够配合莫沙必利从不同作用机制中发挥治疗功能性便秘的作用, 并且研究过程中无明显的副作用, 具有良好的安全性。

综上所述, 在功能性便秘临床治疗过程中, 凝结芽孢杆菌活菌片联合莫沙必利可以有效改善患者的症状, 无明显的副作用, 可以在临床上推广。

参考文献

[1]侯晓华, 王吉耀. 功能性便秘 [J]. 内科学 (第二版), 2015, 2:479.

[2]王伟. 聚乙二醇 4000 散联合用药治疗功能性便秘 62 例 [J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(1):30-31.

[3]蒋红侠, 吴杰斌, 李瑞红等. 小麦纤维素联合凝结芽孢杆菌活菌片治疗学龄期功能性便秘的效果观察 [J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(8):970-972.

[4]郑杰勇, 农辉. 芦荟珍珠胶囊联合凝结芽孢杆菌活菌片治疗老年功能性便秘的疗效观察 [J]. 内科, 2017, 12(2):243-244, 187.

[5]胡美玉. 观察乳果糖联合凝结芽孢杆菌活菌片治疗成人功能性便秘的疗效及安全性 [J]. 保健文汇, 2017, (11):110.