

文章编号:1005-6947(2004)03-0231-02

· 简要论著 ·

超声引导自动肝穿刺活检对 AFP 阴性肝占位病变的临床诊断价值

刘建辉, 梁捷, 张敏, 刘志敏, 王素英, 陈玲玲

(河北省保定市第二医院 肝胆外科, 河北 保定 071051)

摘要:为探讨应用超声引导自动活检枪肝穿刺活检对血 AFP 阴性肝占位病变的临床诊断价值。笔者近3年来应用彩色超声引导下自动活检枪肝穿刺对23例 HBsAg 及 AFP 均为阴性的肝实性占位性病变患者行活组织病理检查。结果显示23例患者均为 B 超、CT 检查发现占位病变,无临床典型表现。肿瘤大小 2~4cm,13 例为单发结节,10 例为多发结节。其中既往有肿瘤手术病史的 11 例,均无肝炎病史。经超声引导自动肝穿活检获得明确诊断。无腹壁针道肿瘤种植。提示彩超引导下自动活检枪肝穿刺活检病理检查对肝脏实性占位性病变,尤其是血 AFP 阴性、临床诊断有疑问的患者有确诊意义。

关键词:肝肿瘤/病理学;活组织检查,针吸;肝穿刺

中图分类号:R735.7;R446.8 **文献标识码:**B

随着现代影像学的发展,肝脏实性占位性病变大多可做到早期发现。但要明确其良、恶性质则较为困难。而定性诊断为临床所迫切需要。近年来超声引导肝穿活检技术的应用解决了这一难题,可取得病理学诊断,对治疗方案的选择及预后有重要的指导作用。我科自2000年4月~2003年4月对23例 HBsAg 及 AFP 均为阴性的肝实性占位性病变患者行彩超引导下自动活检枪肝穿刺活组织病理检查,均获得明确诊断,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我科近3年来共收诊的 HBsAg 及 AFP 均为阴性的肝实性占位性病变患者 23 例。男 10 例,女 13 例;年龄 32~73(平均 46)岁。均为 B 超、CT 检查发现,无临床典型表现。肿瘤大小 2~4cm,13 例为单发结节,10 例为多发结节。其中既往有肿瘤手术病史的 11 例(结肠癌 4 例,胃癌 2 例,胰头癌 2 例,胆囊癌、乳腺癌、甲状腺癌各 1 例)。均无肝炎病史。

1.2 仪器和方法

仪器使用美国 Agilent 公司生产带有穿刺架的影像之星彩超仪及美国 Manan 生产的保险式自动活检枪。患者穿刺前 4h 禁食禁水。取仰卧位或左侧卧位,手置于头侧。彩超测记肿块的部位、个数及大小。定位选择穿刺道,测量穿刺距离。左叶肿物自剑突下右侧肋缘下进针,右前叶自腋前线或接近肿物的 7,8,9 肋间进针,右后叶自右后部肋缘下进针,避开胸腔、大血管及腹腔脏器,尽量少经过正常肝组织。局麻下尖刀破皮,穿刺针经穿刺架进入穿刺道,嘱患者平静呼吸后屏气,迅速进针当针尖进入肿瘤约 1cm 时开枪取材,取材后迅速拔出穿刺针。彩超监视穿刺全过程。穿刺取材 2~3 次。标本福尔马林固定后送病理检查。穿刺前常规查血常规,血小板计数,凝血酶原时间及活动度。严格掌握穿刺的禁忌证。穿刺后绝对卧床 24h,监测生命体征酌情应用抗生素及止血药。卧床 24h 后复查 B 超以排除肝被膜下血肿再恢复正常活动。

2 结果

本组行彩超引导下自动活检枪肝穿活检 23 例,取材组织完整,符合病理检查要求。均获得明确的病理学诊断:原发性肝细胞癌 5 例,肝内胆管细胞癌 2 例,转移性肝癌 9 例,肺结核球 1 例,肝良

收稿日期:2003-10-08; 修订日期:2004-01-26。

作者简介:刘建辉(1970-),男,河北保定人,河北省保定市第二医院主治医师,主要从事肝胆疾病临床诊治方面的研究。

性病变6例。无胆汁漏、腹腔出血、肝被膜下血肿、气胸等并发症发生。无腹壁针道肿瘤种植。

3 讨论

肝脏恶性占位病变以原发性肝细胞癌(肝癌)最为多见,典型病例根据有肝炎背景(70%~80%),HBsAg阳性,血清AFP高于400 $\mu\text{g/L}$ 连续4周,B超、CT检查发现肝实性占位,除外妊娠、生殖肿瘤、肝炎活动后即可确诊为肝癌。其中血AFP明显升高对肝癌诊断有特异性。但部分患者,如小肝癌(<3cm)、癌细胞分化较好、癌组织坏死严重等情况血AFP可为阴性。有报导^[1]当瘤体<3cm时血清AFP阳性率仅25%~50%。肝内胆管细胞癌及转移性肝癌血AFP亦常为阴性。经皮肝穿活检进行病理形态诊断已广泛应用于临床,阳性结果有确诊意义。但以往多为针吸细胞学检查,取材受一定限制,虽可作出良恶性诊断,但缺乏组织学特点,无法区分病理类型及分化程度^[2]。笔者使用保险式自动活检枪、在超声引导下肝穿刺活检,超声监视全过程,操作安全。取材迅速,力量强而均匀,组织完整,不易破碎,能充分满足组织切片及诊断分型的需要,符合病理检查要求。

超声引导自动肝穿活检对小肝癌的确诊有重要价值,其中判断肝细胞来源最可靠的依据为细胞内见胆汁滴。判断为癌瘤最可靠依据为侵犯静脉或包膜,癌细胞排列为不规则小梁,小梁间为血窦,肝癌肿瘤常侵犯门静脉及肝静脉形成癌栓^[3]。肝内胆管细胞癌临床少见,镜下胆管细胞癌多为分泌型腺癌,癌细胞呈立方形或柱形,胞浆中量透明,淡染,不含粉红粗颗粒,无胆汁滴。胞核呈圆形或椭圆形,体积比肝细胞癌小,比较一致。核仁也较小,间质常见黏液,癌细胞常排列呈腺管状,这与肝癌不同^[4]。转移性肝癌临床多见,镜下转移癌组织形态与原发灶相似,肠腺癌转移细胞细长呈栅栏状排列,细胞呈腺体状,胞核深染。胃癌转移细胞呈印戒状,胰腺癌转移瘤细胞核呈玻璃状,乳腺癌转移癌细胞小,胞浆界限不清似淋巴细胞。未分化癌或小细胞癌的成年人多来自肺癌,黑色素染色阳性为黑色素瘤,嗜银染色为类癌。肝结核临床罕见,病理变化肝内有多肉芽肿及局灶性慢性炎细胞浸润,典型者可见朗格汉斯巨细胞和干酪样变^[5]。

本组病例中即有1例肝结核球患者,该患者无典型结核表现,多家医院曾诊断为肝癌。来我院行超声自动肝穿活检病理检查,镜下见慢性炎细胞浸润及干酪样坏死,考虑为肝结核,给予抗痨治疗3个月症状缓解,治疗有效。本组病例诊断肝脏良性病变6例,为除外取材因素的影响,避免误诊,嘱患者定期复查B超随访。

本法适应证和禁忌证:肝内单发或多发实性结节,临床资料难以确诊,诊断有疑问的病例均为肝穿活检的适应证。如患者有明显出血倾向、肝血管瘤、肝包膜下肿瘤、梗阻性黄疸胆道高压、重度贫血及大量腹水者为肝穿活检的禁忌证。

肝穿刺活检的并发症:文献报道^[6]有局部疼痛,肝被膜下血肿及腹腔内出血,胆汁性腹膜炎,一过性低血压或胸膜休克,误伤右肺、右肾、结肠肝区等脏器,本组病例除局部疼痛外无严重并发症发生。

本组病例显示:彩超引导下自动活检枪肝穿刺活检病理检查对肝脏实性占位性病变,尤其是血AFP阴性、临床诊断有疑问的患者有确诊意义。具有穿刺准确、取材完整迅速,操作简便、痛苦小,并发症少,安全可行等特点。并可“一针两用”,可同时获得细胞学和组织病理学诊断,穿刺时间短,患者易于接受。病理诊断可为临床提供重要的诊治依据。

参考文献:

- [1] 江绍基,姚光弼,巫协宁. 临床肝胆系病学[M]. 上海:科学技术出版社,1994.400.
- [2] 张文杰,魏丽晶,徐伟,等. 针吸细胞学对肝占位病变的诊断价值[J]. 临床肝胆病杂志,2001,17(2):116-117.
- [3] 天津医学院病理教研室. 肿瘤病理诊断[M]. 第2版. 天津:天津人民出版社,1999.320-324.
- [4] 同济医科大学病理学教研室,中山医科大学病理学教研室. 外科病理学[M]. 第2版. 武汉:湖北科学技术出版社,1999.204-211.
- [5] 江绍基,姚光弼,巫协宁. 临床肝胆系病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1994.362.
- [6] 王正国,王代科. 新编外科诊疗手册[M]. 北京:金盾出版社,1997.38.