



B超检查对肝血管瘤的超声诊断分析

张青玲(宁远县人民医院B超室, 425600)

摘要:目的 分析探讨肝血管瘤的彩超表现, 提高肝血管瘤的临床诊断率。方法 回顾性分析本院64例肝血管瘤患者的临床资料, 用彩色多普勒超声进行检查并详细记录, 分析肝血管瘤切面的超声特征性表现、血管形态表现、血流动力学参数等。结果 64例肝血管瘤经手术或穿刺活检病理证实, 彩超诊断58例为肝血管瘤(确诊率90.6%)、6例诊断为原发性肝癌(误诊率9.4%); 本组64例中有9例为低回声型(占14.1%), 50例为高回声型(占78.1%), 5例混合回声型(占7.8%); 大部分小于3cm的肿块内部及周边未发现明显的血流信号, 少部分小肝血管瘤内部可有斑点状红色或蓝色血流信号, 阻力指数约0.50—0.55。结论 彩超诊断肝血管瘤具有操作简便、耗时短、干扰小的优点, 结合CT扫描、MRI等影像学手段可提高肝血管瘤的诊断率。

关键词:肝血管瘤 彩超 诊断

中图分类号: R445.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)11-161-01

肝血管瘤是肝脏常见的良性肿瘤, 其声像图不仅表现高回声, 也有可能是低回声或者等回声, 肝血管瘤不易与肝结核瘤、肝癌等肝内其他病灶回声区别, 报道显示, 国内采用超声诊断肝血管瘤, 诊断准确率约80%。本文主要探讨彩超检查诊断肝血管瘤的临床价值, 为临床诊治肝血管瘤提供参考文献依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2012年8月至2015年8月本院的64例肝血管瘤患者, 均作超声诊断、CT、MRI扫描, 后由手术病理或穿刺细胞学确诊为肝血管瘤; 其中男35例, 女29例, 年龄23—68(43.3±5.2)岁。

1.2 彩超检查

采用GEL7型彩色多普勒超声诊断仪, 频率3.5MHz。受检对象取仰卧位和左侧卧位, 通过右肋间、右肋缘下、剑突下等部位, 分别作纵、横、斜等多切面扫描, 进行常规二维超声检查, 观察并记录病灶的形态、大小、位置、边界、内部回声情况, 用CDFI了解肿块内部血流及周边血流的分布。

2 结果

2.1 病理诊断结果

64例肝血管瘤经手术或穿刺活检病理证实, 彩超诊断58例为肝血管瘤(确诊率90.6%)、6例诊断为原发性肝癌(误诊率9.4%)。病理诊断病灶大小0.5~6.5(4.54±0.61)cm, 其中26例为单发病灶, 余36例为多发病灶。右后叶(VI、VII)31例、右前叶(V、VIII)16例、左内叶(IV)7例、左右肝叶2例。

2.2 二维超声表现

①低回声型: 本组64例中有9例为低回声型, 占14.1%, 直径3.0~5.0cm, 肿块内部呈均匀低回声, 肿块多呈圆形, 其边界规则, 部分有散在分布的细小结节状稍高回声, 均可见强回声型肿块包膜。②高回声型: 64例中有50例为高回声型, 占78.1%, 直径小于3.0cm, 肿块内部多呈网络状改变或细小囊泡, 多呈圆形或类圆形, 病灶区与周围组织境界清晰, 病灶区多可见小圆形无回声, 该处为肝血管瘤中增大的血窦。③混合回声型: 5例为混合回声型, 占7.8%, 直径大于5.0cm, 肿块内部回声不均, 3例呈椭圆形、1例为分叶状、1例多边形, 边界清晰, 病灶低回声区内还可有无回声区, 肿块边界有部分完整的高回声包膜, 2例血窦丰富者瘤体后回声增强较为明显。

2.3 CDFI及PW检查

大部分小于3cm的肿块内部及周边未发现明显的血流信号。部分小肝血管瘤内部可有斑点状红色或蓝色血流信号, 阻力指数约0.50~0.55, 短棒状或斑点样血流信号多见于混

合回声型血管瘤, 树枝状血流信号可见于大的混合回声型血管瘤(血管走行平滑均匀), 此外, 低回声型中等大小及实质性强回声型肝血管瘤还可见蚯蚓状或环状血流信号。

3 讨论

肝血管瘤在正常人群中的发病率约0.5%~0.7%, 肝血管瘤占肝脏良性肿瘤约41.6%。从组织学上可分为硬化性血管瘤、血管内皮细胞瘤、海绵状血管瘤和毛细血管瘤, 毛细血管瘤较为少见, 并可转化为海绵状血管瘤, 最常见的为海绵状血管瘤。肝血管瘤大多继发于肝硬化、肝脏局灶性结节增生、遗传性毛细血管扩张症, 肿瘤病理结构为扩张的血窦, 内部有大小不等的血腔。大多数肝血管瘤患者无任何临床症状, 经彩超检查偶然发现, 少部分患者主诉右上腹部疼痛, 瘤体较大者可因压迫胃肠道而出现恶心、呕吐、消化不良、食欲不振等症状, 极少数因肝脏包膜下方血管瘤破裂出血而发生急腹症。肝血管瘤超声声像图的病理基础是正常内皮细胞排列成血管腔。其内部的回声强弱主要决定于血窦、血窦壁、血管之间的纤维隔, 强回声型多见于血窦腔小、纤维隔多且厚者, 低回声型则多见于血窦腔大、纤维隔少且薄者, 如果血管瘤内纤维化则多表现为混合回声。高回声型多见于较小的肝血管瘤, 肿块实质回声较致密、均匀, 瘤体实质可有小筛孔状变化。低回声型多见于较大肝血管瘤, 在瘤体边缘或可发现彩色多普勒血流信号, 有脂肪肝的病理呈低回声型。混合回声型也多见于较大肝血管瘤, 瘤体实质内部可发现蜂窝状结构, 回声强弱不等。CDFI检查结果显示, 肝血管瘤内血流信号稀少, 部分可发现血流速度<20cm/s的低速静脉血流频谱, 较大血管瘤可发现血流速度<50cm/s的动脉型血流信号, 大部分血管瘤周围并无明显血流信号。大部分肝血管瘤的血液流速太低, 只有高灵敏度的彩色多普勒诊断仪可检出病灶内部及边缘的低流速血流频谱, 阻力指数约0.50~0.55。彩超检查肝血管瘤操作简便, 干扰因素较少, 耗时短, 对肝血管瘤的检出率较高, 结合CT、MRI等医学影像技术可提高临床检出率, 彩超检查为肝血管瘤诊断的首选手段。

参考文献

- [1] 段承祥, 王培军, 等. 肝胆胰影像学[M]. 上海: 科学技术文献出版社, 2004: 135.
- [2] 曹海根, 王金锐. 实用腹部超声诊断学[M]. 人民卫生出版社, 2006: 58-61.
- [3] 姜玉新, 张缙熙. 彩色多普勒超声技术上岗资质考试指南[M]. 国家行政学院音像出版社, 2007: 125.
- [4] 许玉芳. 72例肝血管瘤的彩超诊断分析[J]. 黑龙江医学, 2011, 35(5): 371072.
- [5] 王玉红. 肝血管瘤彩超检查的价值分析[J]. 当代医学, 2010, 16(7): 68-69.