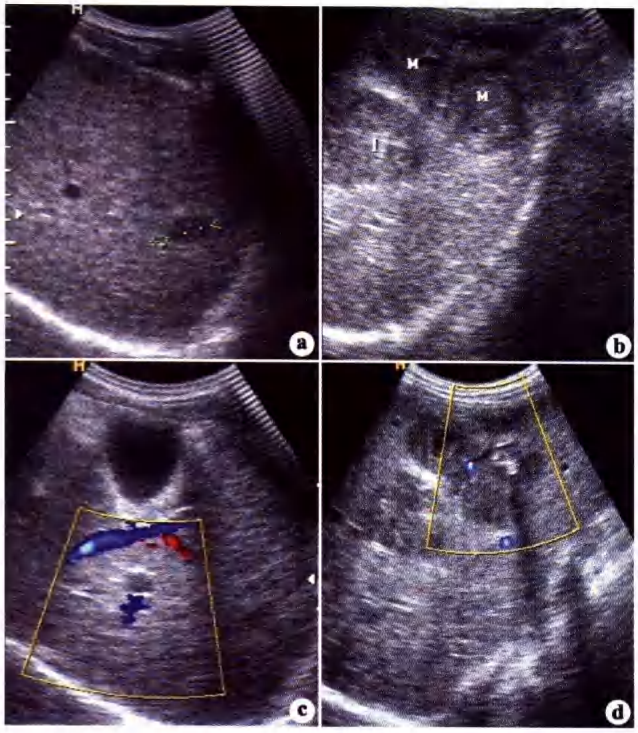
维普资讯 http://www.cqvip.com



a:实质性低回声团块;b:病灶边界欠清,外形不规则,多结节融合;c:病灶内缺乏血供;d:病灶周边可见细线状彩色血流

图1 肝脏炎性假瘤的B超图像

等全身各处。发生于肝脏的炎性假瘤较为少见,但有作者认为肝脏是除肺以外全身第二个炎性假瘤的好发部位。近年来随着影像诊断技术的进步以及对该类疾病认识的提高,国内外文献报道肝脏炎性假瘤逐年增多[1-3]。其发生的病因尚不清楚,可能与感染或免疫因素有关,与之对应的病理组织学分为组织细胞型和淋巴浆细胞型两类,前者以多核巨细胞和中性粒细胞浸润为主,后者以淋巴浆细胞浸润为主[4-5]。本病可发生于任何年龄,但以中青年居多。本文20例全为37~59岁的中年人,与文献报道基本一致[1]。男女皆可发病,以男性为主,男女比为3.5:1,本组男女比为3:1,略低于文献报道[6]。单云峰等[3]指出肝脏炎性假瘤发病无规律,无特异性症状和体征,可有发热、右上腹疼痛或胀闷不适、乏力,其他消化道症状少见,当肝门部或多发性假瘤压迫胆管时可出现黄疸,因此临床不易发现。本组病例除1例因右上腹隐痛不适,临床疑诊为"慢性胆囊炎"做B超检查时意外发现外,其余19例均无临床症状,都是常规健康体检偶然发现。这与肝脏早中期恶性肿瘤的表现极其相似,二者易于混淆,应高度警惕。

目前,肝脏的炎性假瘤尚无特异性诊断手段,B超作为一种无创性价廉、简便的诊断技术常为首先发现肝内占位病变的有效方法。本组皆为B超检查发现,结合CT、化验、诊断性治疗等手段最后确诊。肝脏炎性假瘤的超声图像多表现为低回声病灶,边界可辨,内部回声不均,多无声晕。本组15例假瘤内部低回声不均甚至杂乱,周边无声晕,这可能与假瘤结构的多成分性有关。丁红等[7]应用低机械指数成像技术和声诺维造影剂对5例炎性假瘤进行观察发现无论是动脉相、门脉相还是实质相均无回声增强,据此认为该技术诊断肝脏炎性假瘤的准确率为100%。本文20个病灶做彩色多普勒探查,病灶均未见明显血流信号,3个病灶周边可见细线状彩色血流频谱,预示炎性假瘤无血管增生,这是否能作为诊断指标还有待进一步探索。

[参考文献]

[1] 臧国礼. 肝脏炎性假瘤的超声表现[J]. 浙江临床医学,2007,9(1):130.

[2] 戴燕彬,张庭辉,卓岳鹏,等. 肝脏炎性假瘤的超声和CT对比研究[J]. 海南医学,2006,17(5):18-19.

[3] 单云峰,周伟平,傅思源,等. 50例肝脏炎性假瘤的临床分析[J]. 肝胆外科杂志,2002,10(5):342-344.

[4] Zen Y,Fujii T,Sato Y,et al. Pathological classification of hepatic inflammatory pseudotumor with respect to IgG4-related disease[J]. Mod Pathol,2007, 20(8): 884-894.

[5] Koide H,Sato K,Fukusato T,et al. Spontaneous regression of hepatic inflammatory pseudotumor with primary biliary cirrhosis: case report and literature review[J]. World J Gastroenterol,2006,14,12(10):1645-1648.

[6] 钟 崇,郭荣平,石 明,等. 肝脏炎性假瘤18例临床特点与治疗探讨[J]. 新医学,2005,36(7):391-392.

[7] 丁 红,王文平,黄备建,等. 肝脏实质性占位病灶的超声造影检测[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2007,4(1):28-30.

(编辑:蒋登金)

关于统计学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律都用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母$\bar{x}$,卡方的符号是希腊字母χ^2,自由度的符号是希腊文"υ",不是拉丁文"V"。样本的相关系数是英文"r",不能误为希腊文"γ"。

(本刊编辑部)