

超音波用於診斷 B 型肝炎帶原者之肝硬化： 24 年臨床經驗

戴達英醫師 / 林口長庚醫院 肝病研究室

一般的超音波用於診斷嚴重或末期的肝硬化可信度相當高。主要是依據肝實質是否粗糙，肝表面是否平滑，肝血管是否清晰，脾臟是否腫大以及側枝循環是否存在。然而初期肝硬化如果以超音波來診斷，其可信度則令人存疑。因為肝實質是否粗糙可能為唯一之依據。其它指標可能都在正常範圍內。

雖然如此，初期肝硬化之超音波診斷仍常見於定期追蹤之 B 型肝炎帶原者。當然不同操作醫師會有不同的

結果。不同檢查時間時，炎症反應不一也有可能造成不同診斷。例如出現肝橋聯壞死時肝實質會較粗糙，很可能被認為有初期肝硬化。所以單靠一次超音波診斷就認定肝硬化，會產生很高的偽陽性。所幸慢性 B 型肝炎帶原者通常每半年至一年就會接受一次超音波檢查。以多次超音波檢查結果為診斷依據，將會大大的提高超音波用於診斷初期的肝硬化可信度。如果將超音波診斷的肝硬化限制於兩次超音波間隔一年以上都診斷為肝硬化

者，是否有臨床上的意義？

以這樣的定義，在 24 年間前來帶原者門診之一萬三千位無症狀 B 型肝炎帶原者中，約 5% 患者被超音波診斷為肝硬化。我們發現在眾多預後因素之活存分析中，被超音波診斷為肝硬化是無症狀 B 型肝炎帶原者死亡最重要的決定因素。所有死亡者，不論死因，已有 30% 被超音波診斷為肝硬化。而未能符合上述肝硬化定義之疑似肝硬化患者，其死亡率並未增加。所以超音波診斷肝硬化仍為相當可靠而且有臨床意義的診斷。

在被超音波診斷為肝硬化患者，有部分因為各種原因接受肝組織學檢查。結果 70% 也被病理醫師診斷為肝硬化。當然病理切片也不能完全診斷肝硬化。病理切片檢查常被質疑標本太小能否代表大部分肝組織之問題。超音波反而能以較廣的角度來審視肝的形象。所以超音波診斷與病理切片檢查對於為肝硬化之診斷吻合率可謂相當高。兩者各有優劣，可相輔相成。



戴達英醫師

上消化道內視鏡是另一種肝硬化診斷方式。可以由食道或胃靜脈瘤來得知有無門脈高壓之現象。在被超音波診斷為肝硬化之 B 型肝炎帶原者患者，有部分患者因為各種原因接受上消化道內視鏡檢查。結果只有 44% 被診斷有食道或胃靜脈瘤。必須強調的是我們觀察的對象是 B 型肝炎帶原者。如果是酒精性肝硬化其食道或胃靜脈瘤出現之比率會相當高。

因為酒精性肝硬化早期就會引起肝靜脈阻塞。而 B 型肝炎帶原者肝纖維化常以肝橋聯壞死為主。肝門脈與肝靜脈常有分流。食道或胃靜脈瘤之出現為較晚期之變化。肝硬化是因炎症反應逐漸累積纖維而形成。因此並沒有一個明確時間決定有或無肝硬化。必有一段時間為若有若無肝硬化期。近年有許多方法企圖建立非侵襲性肝硬化性診斷工具，如肝彈性掃

描或以血球與生化結果來估計纖維化程度，仍然無法得到令人滿意之結果。對大部份臨床醫師而言，一般的超音波檢查仍為最方便且便宜的診斷工具。B 型肝炎帶原者如果兩次超音波間隔一年都診斷為肝硬化者，已具有臨床上的意義。因此超音波為相當可靠而且有臨床意義的肝硬化非侵襲性診斷工具。