

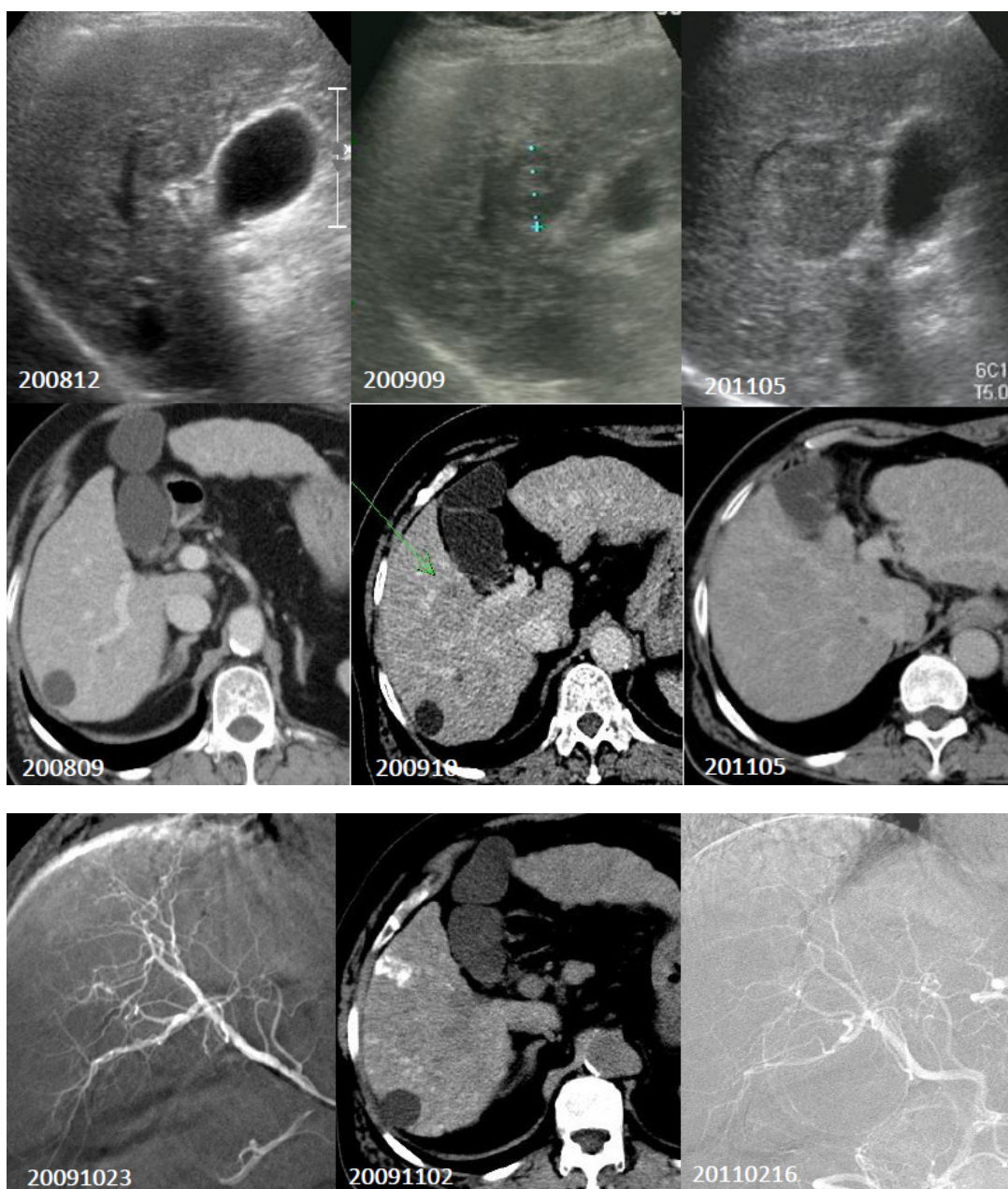
對於低血管性肝癌診斷超音波優於斷層攝影

戴達英醫師 / 長庚紀念醫院林口醫學中心

超音波是非侵襲性又無放射性的檢查利器，在台灣肝癌盛行區便宜又好用。超音波對肝實質與腫瘤之解

析度是超過斷層攝影，雖不可否認超音波檢查是有死角，腫瘤偽陽性偏高以及位置不如斷層攝影明確。

借本刊報告一例超音波診斷肝腫瘤而且逐漸變大，然而斷層攝影與血管攝影皆不能明確診斷之病例。



患者為 1944 年出生之女性，在 2002 年因健康檢查發現為 B 型肝炎帶原者，在地區醫院接受定期檢查。

2008 年 8 月超音波檢查有疑似腫瘤之發現，因此於

2008 年 9 月做了斷層攝影，結果為陰性，為了進一步確認，患者於 2008 年

12 月前來本院檢查，當時超音波顯示出肝硬化及不是很明確之結節 (圖 US

200812)，ALT 在正常值 1-2 倍，HBV DNA 為 38.3 mcps/ml，甲型胎兒蛋白 17 ng/ml，因此沒有進行特殊檢查與治療只維持追蹤。

2009 年 7 月超音波檢查在肝第五區出現 2.5 cm 腫瘤

(圖 US 200909)，甲型胎兒蛋白為 26 ng/ml，細胞抹片診斷為肝細胞癌第二級，因此做了第一次肝動脈栓塞

(圖 angio 20091023)，但是當時血管攝影並無明顯之高血管性腫瘤，隨後之 Lipiodol 斷層攝影亦無明確之腫瘤 (圖 CT 20091102)。

定期追蹤之超音波發現腫瘤持續變大，HBV DNA 為 32.76 mcps/ml，此時健保開始給付肝硬化患者之抗病毒治療。因此在 2010 年 12 月開始貝樂克每日 0.5mg 治療。雖然超音波腫瘤十分明顯，血管攝影仍然並無明顯之高血管性腫瘤 (圖 angio 20110216)。然而超音波腫

瘤持續變大至 3.5cm (圖 US 201105)。同時之斷層攝影亦無明確之腫瘤 (圖 CT 201105)。於是在患者同意下進行肝切片檢查，結果診斷為肝細胞癌第一級，組織免疫 glypican-3 陽性。由於腫瘤血管並未增加因此於 2011 年 5 月使用射頻消融術治療，腫瘤縮小至 2 cm 且維持至 2014 年 1 月未曾復發。

超音波出現持續增大之腫瘤而斷層攝影與血管攝影皆不能確認時，應做組織學確認，同時採用外科切除或局部燒灼之方式治療，此時肝動脈栓塞不是適當之治療選擇。