

七大大问题解析肝细胞癌早期筛查



肝 博 士



1 什么是肝细胞癌（HCC）？

肝细胞癌是原发性肝癌的一种，占原发性肝癌的 90%。流行病学特点是发病率和死亡率都很高。从肝炎发展至肝细胞癌的过程进展缓慢，无明显临床症状，诊断时常为晚期。有症状晚期肝细胞癌 5 年生存率不到 10%，但早期诊治 5 年生存率甚至可超过 50%。

2 中国 HCC 早期筛查方法进展？

1972-1981：采用甲胎蛋白（AFP）方法筛查自然人群，即“小肝癌”筛查，也称“亚临床肝癌”。

2

1982-1991：实时超声临床应用提高了肝癌诊断准确率。发现肝癌高危人群（HBV 阳性或肝炎患者）且其肝癌检出率比自然人群筛查提高 35 倍。

3

1992 年至今：注重固定人群的定期筛查（肝癌高危人群每 6 个月筛查一次）

3 目前筛查方法有哪些？

HCC 常规筛查方法：血清学甲胎蛋白（AFP）检测、肝脏超声（US）；西方学者主张首选 US 检测作为 HCC 筛查方法，以降低费用，而东方学者认为联合 AFP 与 US 检测筛查效果最好。

4 AFP 检测优缺点是什么？

优点

AFP 检测的灵敏度为 39-100%，特异性为 76-94%。能检测病灶小于 2cm 的肝细胞肿瘤。

缺点

单独筛查时阳性率不高，不能作为确诊方法。一些良性病变也会影响 AFP 水平。

应用

AFP 长时间高于 400ng/ml 时应高度怀疑 HCC；AFP 水平随时间持续上升但低于 400ng/ml 时，为可疑病例，需进一步检查明确诊断。不具备 US 检查条件或病灶小于 2cm（US 难以检测）时，AFP 可单独作为 HCC 筛查方法；HBV 表面抗原阳性携带者，AFP 可作为 HCC 的筛查手段。

案例

2010 年美国肝病学会研究显示 17 例 AFP 升高（大于 300ng/mL）的患者，首次 MRI/CT 无异常，平均随访 138 天（41-247 天），发现其中 10 位患者（59%）的 MRI 显示发生了 HCC，结节平均直径为 1.4cm。因此，对慢性肝病 AFP 升高的患者，密切随访 3 个月非常重要。

5 超声检测有哪些优缺点？

优点

可检测直径 2cm 以上的肿瘤，根据病灶的供血情况有助于鉴别肿瘤的良恶性。非侵入，操作简单、费用低

缺点

容易受检查者经验、手法和细致程度的影响，对微小肝癌及直径<2cm 的肝脏肿瘤敏感性差。

6HCC 早期筛查最佳间隔是多久？

6 个月。美国肝病研究学会（AASLD）推荐指南规定，HCC 危险人群的筛查时间间隔为 6 个月。研究发现筛查间隔降至 3 个月 HCC 检出率无显著差别，但能筛查更多微小病灶。

7HCC 高危人群有哪些？

高危人群

慢性病毒性肝炎、长期大量饮酒及脂肪性肝炎、肝硬化、2 型糖尿病、HIV 感染
极高危人群（风险是高危人群 50-100 倍）

- 1) 男性, ≥ 50 岁, HBsAg 持续阳性, ALT 水平持续异常
- 2) 一级亲属内有肝癌患者
- 3) 肝硬化, 6 个月血清 HBV•DNA $> 5 \times 10^5$ copies/ml
- 4) 肝硬化, B 超显示肝脏结节直径 < 2 cm, 高度/低度增生结节, 或肝 细胞不典型增生直径 < 1 cm
- 5) 肝硬化, HBV DNA 前 C 区 A1762T/G1764A 双突变, 或抗病毒耐药相关的 rtA181T、rtL80I、rtN263T 基因突变。

总之, 与其他肿瘤的筛查意义相同, HCC 筛查的重要性不仅仅在于增加 HCC 患者的检出率及生存率, 更在于降低筛查人群的病死率和 HCC 相关疾病病死率。因此对于高危人群需要定期进行 AFP 或 AFP 与 US 联合筛查。

参考文献：

- 1、Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma : an update[J]. Hepatology, 2011, 53 : 1020 —1022
- 2、魏秀丽. 超声及甲胎蛋白在肝细胞癌筛查中的应用[J]. 中国临床医学, 2014 (1): 105-107.