

控制营养状况评分对雄激素剥夺治疗前列腺癌患者 预后的预测价值

陈志刚，郭海锋，徐海飞，王小林*
(南通市肿瘤医院泌尿外科，江苏 南通 226006)

摘要：目的 探讨控制营养状况 (CONUT) 评分对雄激素剥夺治疗前列腺癌患者预后的预测价值，为临床预测治疗效果提供参考依据。**方法** 回顾性分析 2018 年 2 月至 2020 年 3 月南通市肿瘤医院收治的雄激素剥夺治疗的 98 例前列腺癌患者的临床资料，均完成 2 年随访，根据患者 CONUT 评分分为 CONUT 评分 ≥ 3 分组 (53 例) 和 CONUT 评分 < 3 分组 (45 例)。分析两组患者一般资料的差异，不同 CONUT 评分前列腺癌患者生存率，影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的单因素，并对其中差异有统计学意义的因素进行多变量 Cox 回归分析，筛选出影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的独立危险因素。**结果** CONUT 评分 ≥ 3 分组 TNM 分期 III ~ IV 期、前列腺癌格里森评分系统 (Gleason) 评分 > 7 分、淋巴结转移、肿瘤切缘阳性的患者占比均显著高于 CONUT 评分 < 3 分组；前列腺癌患者雄激素剥夺治疗后随访 2 年生存情况，共有 66 例 (67.35%) 患者存活，其中 CONUT 评分 ≥ 3 分组生存率为 54.72% (29/53)，CONUT 评分 < 3 分组生存率为 82.22% (37/45)，CONUT 评分 < 3 分组患者 2 年生存率显著高于 CONUT 评分 ≥ 3 分组 (均 $P < 0.05$)；TNM 分期、Gleason 评分、淋巴结转移、CONUT 评分、肿瘤切缘阳性均为前列腺癌雄激素剥夺治疗患者预后的危险因素 (HR 值 = 2.237、2.309、2.125、2.784、1.958，均 $P < 0.05$)；多变量 Cox 回归分析显示，TNM 分期 III ~ IV 期、CONUT 评分 ≥ 3 分、Gleason 评分 > 7 分均是前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的独立危险因素 (HR 值 = 1.917、3.370、2.020，均 $P < 0.05$)。**结论** CONUT 评分与前列腺癌患者预后密切相关，对于预测前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后具有重要的指导价值，CONUT 评分 ≥ 3 提示患者有预后不良风险。

关键词：前列腺癌；雄激素剥夺治疗；控制营养状况评分；预后；预测价值

中图分类号：R737.25

文献标识码：A

文章编号：2096-3718.2022.21.0034.05

Predictive value of controlling nutritional status score on the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy

CHEN Zhigang, GUO Haifeng, XU Haifei, WANG Xiaolin*

(Department of Urology Surgery, Nantong Tumor Hospital, Nantong, Jiangsu 226006, China)

Abstract: Objective To explore controlling nutritional status (CONUT) score on the predictive value for prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy, and provide reference for the clinical prediction of treatment effect. **Methods** The clinical

作者简介：陈志刚，大学本科，主治医师，研究方向：泌尿外科。

通信作者：王小林，博士研究生，主任医师，研究方向：泌尿外科。E-mail: c123568der@163.com

- 析患者生命质量的影响 [J]. 医疗装备, 2021, 34(12): 119-121.
- [4] YUAN L, YUAN H, FENG Q, et al. Effect of continuous nursing on quality of life of hemodialysis patients: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2021, 100(12): e24942.
- [5] 汪年松. 糖尿病肾病 [M]. 上海: 上海交通大学出版社, 2016: 80-96.
- [6] 郭立军, 赵小翠. 艾灸疗法结合喜辽妥对透析病人动静脉内瘘的疗效观察 [J]. 临床研究, 2019, 27(4): 139-140.
- [7] 江雪. 多磺酸粘多糖乳膏与压力冲击康复按摩对血液透析患者动静脉内瘘的影响 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(19): 195-196.
- [8] 杨翠萍, 王荣宝, 祝晶. 活血通络法预防血液透析患者动静脉内瘘并发症 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(2): 174-177.
- [9] 蔡寸, 伦龙威, 李茵, 等. 通络活血沐手方治疗血液透析患者动静脉内瘘成熟不良的临床效果 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(18): 129-132.
- [10] JOHNSON J A, SAYAH F A, BUZINSKI R, et al. A cluster randomized controlled trial for the evaluation of routinely measured patient reported outcomes in hemodialysis care (EMPATHY): A study protocol[J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1): 731.
- [11] 钟元春, 李永生, 陈璇, 等. 应用中药泡手方联合 TDP 照射促进动静脉内瘘成熟的干预研究 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(2): 155-157.
- [12] 张玲, 万芬, 易琴. 中药沐手方对促进血液透析患者动静脉内瘘成熟的应用效果分析 [J]. 临床护理杂志, 2022, 21(1): 46-48.

data of 98 patients with prostate cancer who treated with androgen deprivation in Nantong Tumor Hospital from February 2018 to March 2020 were retrospectively analyzed, they were all followed-up for 2 years, and were divided into the CONUT score ≥ 3 group (53 cases) and the CONUT score < 3 group (45 cases) according to the patients' CONUT score. The differences of general data between the two groups, the survival rates of patients with prostate cancer with different CONUT scores, the single factors affecting the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy were analyzed, and the multivariate Cox regression analysis for the factors with statistically significant differences was conducted to screen out the independent risk factors affecting the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy. **Results** The proportion of patients with TNM stage III ~ IV, Gleason score > 7 , lymph node metastasis and positive tumor resection margin in the CONUT score ≥ 3 group were significantly higher than those in the CONUT score < 3 group; after 2 years of follow-up, 66 patients (67.35%) survived, the survival rate was 54.72% (29/53) in the CONUT score ≥ 3 group, and the survival rate was 82.22% (37/45) in the CONUT score < 3 group, the 2-year survival rate of patients in CONUT score < 3 group was significantly higher than that in CONUT score ≥ 3 group (all $P < 0.05$); TNM stage, Gleason score, lymph node metastasis, CONUT score and positive tumor resection margin were risk factors for the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy ($HR=2.237, 2.309, 2.125, 2.784, 1.958$, all $P < 0.05$); multivariate Cox regression analysis showed that TNM stage III ~ IV, CONUT score ≥ 3 , Gleason score > 7 were independent risk factors for the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy ($HR=1.917, 3.370, 2.020$, all $P < 0.05$). **Conclusion** CONUT score is closely related to the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy, and which has important guiding value for predicting the prognosis of patients with prostate cancer after androgen deprivation therapy. the CONUT score ≥ 3 indicates that patients have a risk of poor prognosis.

Keywords: Prostate cancer; Androgen deprivation therapy; Controlling nutritional status; Prognosis; Predictive value

前列腺癌是临床比较常见的男性泌尿生殖系统恶性肿瘤,具有较高的发病率和死亡率,其发病率随着人们消费水平的提高和饮食结构的改变呈逐年递增趋势^[1]。雄激素水平与前列腺癌关系密切,临床上常采用雄激素剥夺治疗前列腺癌,通过手术切除或药物调节,减少雄激素的生成,而发挥抑制肿瘤生长的作用^[2]。营养不良、体能状态、合并症指数高均是前列腺癌患者的重要预后因素,营养不良在肿瘤患者中普遍存在,可导致其免疫功能下降,并对机体的恢复产生不利影响^[3]。控制营养状况(CONUT)评分由血清白蛋白水平、外周血淋巴细胞总数和总胆固醇水平计算得出,用于评估患者的营养状况,有研究报道,其可作为肿瘤患者预后的一个预测指标,并与胰腺癌、胃癌等许多恶性肿瘤患者的预后相关^[4-5]。而关于其在前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后中应用的研究较少,故本研究旨在探讨 CONUT 评分对雄激素剥夺治疗前列腺癌患者预后的预测价值,为临床预测治疗效果提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018 年 2 月至 2020 年 3 月南通市肿瘤医院收治的雄激素剥夺治疗的 98 例前列腺癌患者的临床资料。纳入标准:符合《实用泌尿生殖外科疾病诊疗学》^[6]中的有关前列腺癌的诊断标准,且术前均经尿道前列腺电切术或经前列腺穿刺活检确诊为前列腺癌者;均接受雄激素剥夺治疗者;基础资料完整者等。排除标准:合并严重肝肾功能障碍;合并其他系统恶性肿

瘤者;合并急性或严重感染性疾病者;合并全身免疫性疾病者等。本研究获得南通市肿瘤医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 前列腺癌患者均采用雄激素剥夺治疗^[7]。随访从患者接受雄激素剥夺治疗结束后开始,采用门诊随访与电话随访的方式对入组患者进行 2 年随访,每 3 个月随访 1 次,详细记录患者生存情况。

1.2.2 营养状态评估方法 CONUT 评分主要通过血清白蛋白(ALB)、总胆固醇(TC)、外周血淋巴细胞计数(ALC)进行计算。在患者入院后,抽取空腹静脉血 2 mL,采用全自动生化分析仪[日立高新技术(上海)国际贸易有限公司北京分公司,型号:7600 型]检测血清 ALB、TC、ALC 水平,ALB ≥ 35.0 g/L 计 0 分,30.0~34.9 g/L 计 2 分,25.0~29.9 g/L 计 4 分,ALB < 25.0 g/L 计 6 分;ALC $\geq 1.60 \times 10^9$ 个/L 计 0 分, $(1.20 \sim 1.59) \times 10^9$ 个/L 计 1 分, $(0.80 \sim 1.19) \times 10^9$ 个/L 计 2 分,ALC $< 0.80 \times 10^9$ 个/L 计 3 分;TC ≥ 180 mg/dL 计 0 分,140~179 mg/dL 计 1 分,100~139 mg/dL 计 2 分,TC < 100 mg/dL 计 3 分,按照上述标准对 3 种指标评分相加,CONUT 总分 12 分,CONUT 评分越高表示患者营养不良,不利于患者康复,分数越低提示营养状态正常^[8]。并根据 CONUT 评分将患者分为 CONUT 评分 ≥ 3 分组、CONUT 评分 < 3 分组。

1.3 观察指标 ①统计并比较两组患者临床一般资料,包括年龄、体质量指数(BMI)、TNM 分期^[9]、组织类

型、前列腺癌格利森评分系统 (Gleason) 评分^[10]、淋巴结转移、远处转移、血清前列腺特异抗原 (PSA)、肿瘤切缘阳性等。Gleason 评分: 分为 1~5 级, 总分 10 分, 分数越低提示肿瘤分化良好, 恶性程度较低, 分数越高提示肿瘤分化越差, 恶性程度高; 采集患者入院后静脉血 3 mL, 以 3 000 r/min 转速离心 10 min 后提取血清, 采用免疫放射法测定患者入院后 PSA 水平。②统计并对比随访 2 年 CONUT 评分 ≥ 3 分组、CONUT 评分 < 3 分组前列腺癌患者的生存情况, 并绘制生存曲线图。③分析影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的单因素。④将单因素分析结果中差异有统计学意义的因素纳入多变量 Cox 回归研究, 通过多变量 Cox 回归分析法分析影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的独立危险因素。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 两组间比较采用 χ^2 检验; 经 S-W 法检验计量资料均符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用 t 检验; 采用多变量 Cox 回归分析法分析影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的危险因素。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同 CONUT 评分患者的临床资料比较 CONUT 评分 ≥ 3 分组患者 TNM 分期 III~IV 期、Gleason 评分 > 7 分、淋巴结转移、肿瘤切缘阳性占比均显著高于 CONUT 评分 < 3 分组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

2.2 不同 CONUT 评分前列腺癌患者的生存率分析 98 例前列腺癌患者雄激素剥夺治疗后随访 2 年, 共有 66 例 (67.35%) 患者存活, 其中 CONUT 评分 ≥ 3 分组生存率为 54.72% (29/53), CONUT 评分 < 3 分组生存率为 82.22% (37/45), CONUT 评分 < 3 分组患者 2 年生存率显著高于 CONUT 评分 ≥ 3 分组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 8.372$, $P < 0.05$), 见图 1。

2.3 影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的单因素分析 自变量赋值: 年龄 < 60 岁 = 0, ≥ 60 岁 = 1; BMI < 24 kg/m² = 0, ≥ 24 kg/m² = 1; TNM 分期 I~II 期 = 0, III~IV 期 = 1; 组织类型腺癌 = 0, 鳞癌 = 1; Gleason 评分 ≤ 7 (4+3) 分 = 0, > 7 (4+3) 分 = 1; 淋巴结转移为无 = 0, 有 = 1; 远处转移为无 = 0, 有 = 1; CONUT 评分 < 3 分 = 0, ≥ 3 分 = 1; PSA < 20 μ g/L = 0, ≥ 20 μ g/L = 1; 肿瘤切缘阳性否 = 0, 是 = 1。单因素分析结果显示, TNM 分期、Gleason 评分、淋巴结转移、CONUT 评分、肿瘤切缘阳性均为前列腺癌雄激素剥夺治疗患者预后的危险因素, 差异均有统计学意义 (HR 值 = 2.237、2.309、2.125、2.784、1.958, 均 $P < 0.05$), 见表 2。

表 1 不同 CONUT 评分患者的临床资料比较 [例 (%)]

因素	例数	CONUT 评分 ≥ 3 分组 (53 例)	CONUT 评分 < 3 分组 (45 例)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)				1.349	> 0.05
≥ 60	41	25(47.17)	16(35.56)		
< 60	57	28(52.83)	29(64.44)		
BMI(kg/m ²)				0.208	> 0.05
≥ 24	46	26(49.06)	20(44.44)		
< 24	52	27(50.94)	25(55.56)		
TNM 分期				10.027	< 0.05
I~II 期	62	26(49.06)	36(80.00)		
III~IV 期	36	27(50.94)	9(20.00)		
组织类型				1.735	> 0.05
腺癌	87	45(84.91)	42(93.33)		
鳞癌	11	8(15.09)	3(6.67)		
Gleason 评分 (分)				5.479	< 0.05
≤ 7	42	17(32.08)	25(55.56)		
> 7	56	36(67.92)	20(44.44)		
淋巴结转移				6.965	< 0.05
有	33	24(45.28)	9(20.00)		
无	65	29(54.72)	36(80.00)		
远处转移				1.066	> 0.05
有	3	3(5.66)	0(0.00)		
无	95	50(94.34)	45(100.00)		
PSA(μ g/L)				2.117	> 0.05
< 20	16	6(11.32)	10(22.22)		
≥ 20	82	47(88.68)	35(77.78)		
肿瘤切缘阳性				7.671	< 0.05
是	54	36(67.92)	18(40.00)		
否	44	17(32.08)	27(60.00)		

注: CONUT: 控制营养状况评分; BMI: 体质量指数; Gleason: 前列腺癌格利森评分系统; PSA: 前列腺特异性抗原。

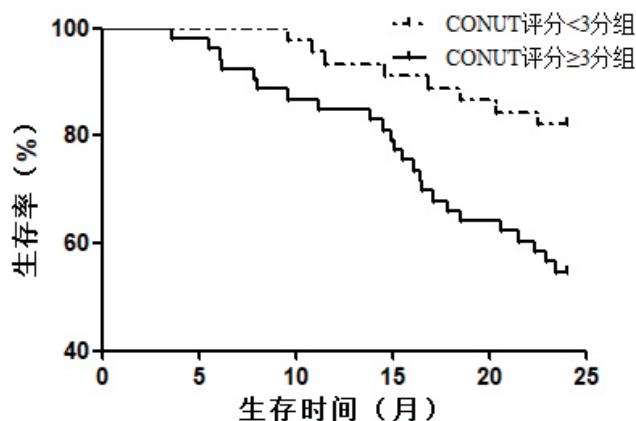


图 1 两组患者生存曲线图

表 2 影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的单因素分析

因素	β 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	HR 值	95%CI 值
年龄	0.417	0.352	1.403	>0.05	1.517	0.761~3.025
BMI	-0.552	0.334	2.731	>0.05	0.576	0.299~1.108
TNM 分期	0.805	0.337	5.706	<0.05	2.237	1.155~4.330
组织类型	0.547	0.356	2.361	>0.05	1.728	0.860~3.472
Gleason 评分	0.837	0.401	4.357	<0.05	2.309	1.052~5.068
淋巴结转移	0.754	0.357	4.461	<0.05	2.125	1.056~4.279
远处转移	0.706	0.375	3.544	>0.05	2.026	0.971~4.225
CONUT 评分	1.024	0.349	8.609	<0.05	2.784	1.405~5.518
PSA	0.711	0.434	2.684	>0.05	2.036	0.870~4.767
肿瘤切缘阳性	0.672	0.334	4.048	<0.05	1.958	1.018~3.768

2.4 影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的多变量 Cox 回归分析 将单因素分析有差异的指标纳入多变量 Cox 回归分析发现,TNM 分期Ⅲ~Ⅳ期、CONUT 评分 ≥ 3 分、Gleason 评分 >7 分是前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的独立危险因素,差异均有统计学意义(HR 值=1.917、3.370、2.020,均 $P<0.05$),见表 3。

表 3 影响前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的多变量 Cox 回归分析

因素	β 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	HR 值	95%CI 值
TNM 分期Ⅲ~Ⅳ期	0.651	0.316	4.244	<0.05	1.917	1.032~3.562
CONUT 评分 ≥ 3 分	1.215	0.357	11.583	<0.05	3.370	1.674~6.785
Gleason 评分 $>7(4+3)$ 分	0.703	0.316	4.949	<0.05	2.020	1.087~3.752

3 讨论

前列腺癌是发生在前列腺上皮的肿瘤,是男性泌尿生殖系统最常见的恶性肿瘤,一旦前列腺癌细胞开始快速生长或扩散到前列腺外,则提示病情加重。雄激素剥夺治疗是前列腺癌的一线治疗方案,尤其是晚期前列腺癌患者,主要包括双侧睾丸切除、使用黄体生成激素释放激素激动剂或拮抗剂,但由于手术治疗创伤大,故临床多采用药物治疗,但雄激素剥夺治疗易引起营养与代谢问题^[11-12]。因此,临床上需对前列腺癌雄激素剥夺治疗患者进行风险分层,并寻找一种有效预测患者预后的指标。

CONUT 评分是依据 ALB、TC、ALC 进行计算得出的一种营养状况筛查工具,其中 ALB 可直接反映体内蛋白质营养状况,其水平下降可导致体内蛋白质分解代谢异常,引起机体免疫炎症反应,与肿瘤患者的不良预后相关^[13-14]。本研究结果显示,CONUT 评分 ≥ 3 分组 TNM 分期Ⅲ~Ⅳ期、Gleason 评分 >7 分、淋巴结转移、肿瘤切缘阳性患者占比均显著高于 CONUT 评分 <3 分组,2 年生存率显著低于 CONUT 评分 <3 分组,可见不同 CONUT 评分患者其生

存率存在明显差异性,提示 CONUT 评分与患者的临床特征和预后情况密切相关,与王为等^[15]研究结果相符。陈一鸣等^[16]研究发现结合患者 ALB 水平可预测前列腺癌患者出现去势抵抗的风险,对前列腺癌的预测和治疗具有指导作用。ALC 与癌症患者的免疫状态有关,晚期癌症患者 ALC 减少促进癌细胞增殖和转移,增加肿瘤复发的风险;TC 可反映机体的能量储备状态,与巨噬细胞和树突状细胞分化、抗肿瘤免疫应答有关^[17-18]。因此,CONUT 评分可用于评估患者的营养状况,其评分较高提示患者有营养不良、全身性炎症及免疫反应受损,前列腺癌患者经雄激素剥夺治疗后可能存在治疗耐受性较差和预后不良。本研究多变量 Cox 回归分析发现,TNM 分期Ⅲ~Ⅳ期、CONUT 评分 ≥ 3 分、Gleason 评分 >7 分均是前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的独立危险因素。TNM 分期与患者的病情严重程度有关,故Ⅲ~Ⅳ期患者相比于Ⅰ~Ⅱ期患者在雄激素剥夺治疗后具有更高的复发和转移风险。CONUT 评分 ≥ 3 分,可提示前列腺癌患者的免疫和营养状态较差,经雄激素剥夺治疗后易发生复发和出现去势抵抗,导致患者生存率较低。Gleason 评分可反映前列腺癌的组织恶性程度,其评分越高,则分化越差,肿瘤恶性程度越高^[19]。CONUT 评分与前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后密切相关,其评分计算方便,经济而高效,可成为预测前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后的临床指标,帮助指导临床治疗和预后^[20]。

综上,CONUT 评分与前列腺癌患者临床和预后密切相关,对于预测前列腺癌患者雄激素剥夺治疗预后具有重要的指导价值,CONUT 评分 ≥ 3 分提示患者有不良预后风险,建议临床提前关注患者营养状态,及时补充营养,以促进患者康复。

参考文献

- [1] 曹德宏,柳良仁,魏强,等.前列腺癌的治疗研究进展[J]. 华西医学,2017,32(2): 277-281.
- [2] 周茜,熊伟,王浪,等.行雄激素剥夺治疗的前列腺癌患者骨健康管理现状[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2016,8(1): 57-60.
- [3] 杨丽萍.食管癌术后护理中应用鼻空肠管营养支持对患者免疫功能恢复的影响[J]. 山西医药杂志,2018,47(11): 1348-1349.
- [4] 马作红,宫学宇,尚海,等.基于控制营养状况评分生存预测模型构建及其预测晚期胰腺癌患者预后价值[J]. 临床军医杂志,2020,48(7): 787-790.
- [5] 叶维,毕延智,何光照,等.控制营养状态评分评估接受一线化疗晚期胃癌患者预后的临床价值[J]. 慢性病学杂志,2020,21(12): 1778-1782.
- [6] 杨登科,陈书奎,周占松.实用泌尿生殖外科疾病诊疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2015: 479-490.

超声诊断甲状腺微小乳头状癌腺外侵犯的影响因素分析

李焕秋

(哈尔滨市第五医院物理诊断科, 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要: 目的 探讨采用超声诊断甲状腺微小乳头状癌 (PTMC) 腺外侵犯的诊断效能及相关影响因素, 为临床诊断该疾病提供依据。

方法 回顾性分析哈尔滨市第五医院 2020 年 1 月至 2022 年 2 月收治的 156 例 (200 个结节病灶) PTMC 患者的临床资料, 术前所有患者均行超声检查, 以术后病理检查结果为金标准, 分析术前超声检查对 PTMC 腺外侵犯的诊断结果及诊断效能, 对超声诊断 PTMC 腺外侵犯的准确性进行单因素分析, 并对其中差异有统计学意义的因素进行多因素 Logistic 回归分析, 筛选影响超声检查 PTMC 腺外侵犯结果假阳性的独立危险因素。**结果** 156 例 (200 个结节病灶) PTMC 患者经手术病理证实存在腺外侵犯的结节 106 个, 未出现腺外侵犯的结节 94 个, 超声诊断结果显示同甲状腺被膜存在接触的结节 88 个, 未见同包膜存在密切接触的结节 112 个, 其中真阳性 76 个 (真阳性组), 假阴性 30 个 (假阴性组); 超声对结节直径 $>5\text{ mm}$ 的病灶腺外侵犯诊断的灵敏度、特异度、准确度、阳性预测值及阴性预测值均显著高于结节直径 $\leq 5\text{ mm}$ 的病灶。单因素分析结果显示, 假阴性组结节直径 $\leq 5\text{ mm}$ 、微钙化、结节未邻近气管、单侧叶病变的病灶数占比均显著高于真阳性组 (均 $P<0.05$); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 结节直径 $\leq 5\text{ mm}$ 、微钙化、单侧叶病变、结节未邻近气管均是影响超声检查 PTMC 腺外侵犯结果假阳性的独立危险因素 ($OR=3.415$ 、 3.884 、 4.121 、 2.556 , 均 $P<0.05$)。**结论** 针对 PTMC, 采取超声检查方式对于结节直径 $>5\text{ mm}$ 的病灶具有较高的诊断效能, 结节直径 $\leq 5\text{ mm}$ 、微钙化、单侧叶病变、结节未邻近气管均是影响超声检查诊断 PTMC 腺外侵犯准确性的独立危险因素, 因此存在上述危险因素时, 应采取病理检测以进一步确认, 提高诊断的准确性。

关键词: 甲状腺微小乳头状癌; 腺外侵犯; 超声诊断; 危险因素

中图分类号: R736.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.21.0038.05

作者简介: 李焕秋, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 超声医学。

- [7] 孙文, 余良, 孙航, 等. 手术去势与药物去势治疗前列腺癌的疗效对比分析 [J]. 癌症进展, 2016, 14(4): 363-365.
- [8] 叶建, 张静, 季丽萍, 等. CONUT 评分在乳腺癌患者术后复发转移中的预测价值 [J/CD]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2022, 9(1): 101-105.
- [9] 王一宁, 陈若华, 周翔, 等. ^{68}Ga -PSMA-11 PET/CT 与 ^{18}F -FDG PET/CT 在前列腺癌术前 TNM 分期中的对比研究 [J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2021, 41(11): 647-652.
- [10] 贺慧杰, 王功伟. 前列腺癌 Gleason 评分重复性初步研究 [J]. 中华男科学杂志, 2016, 22(1): 37-41.
- [11] 余春艳, 陈帆. 雄激素剥夺治疗的前列腺癌患者癌因性疲劳状态及其影响因素 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(13): 21-24.
- [12] 周致远, 韩邦旻, 杨博宇. 前列腺癌雄激素剥夺治疗的危害及防治策略 [J]. 中华医学杂志, 2020, 100(34): 2641-2644.
- [13] 王晓兰, 韩伟, 王莹. 营养免疫与系统炎症参数在非小细胞肺癌患者中的预后意义 [J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2021, 8(5): 519-524.
- [14] 张雁, 李非, 方育, 等. 肿瘤免疫营养指标对预测胰腺癌可切除性的价值探讨 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(6): 703-707.
- [15] 王为, 华立新, 丁亮, 等. 术前控制营养状态评分对寡转移性前列腺癌患者术后 PSA 进展的预测价值 [J]. 天津医药, 2020, 48(12): 1180-1184.
- [16] 陈一鸣, 徐仁芳, 许贤林, 等. 全身炎症指标与前列腺癌去势抵抗的相关性 [J]. 江苏医药, 2017, 43(6): 403-407.
- [17] 蔡建良, 董光, 石汉平. 前列腺癌患者雄激素剥夺治疗后的代谢营养问题 [J/CD]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(2): 236-239.
- [18] 张玥, 鞠瑛, 刘义庆, 等. 外周血红细胞体积分布宽度和中性粒细胞计数与淋巴细胞计数比值对前列腺癌的预测价值 [J]. 中国医药, 2018, 13(10): 1559-1562.
- [19] 姚佳佳, 周世秋, 高华, 等. 控制营养状况评分预测弥漫大 B 细胞淋巴瘤化疗患者预后的价值 [J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(12): 1442-1444.
- [20] 秦振乾, 芮桦, 袁雪峰, 等. 术前营养风险筛查在评估前列腺癌根治术快速康复方案可行性中的作用 [J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(23): 4123-4127.