

超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变的 Meta 分析

吴亮群 刘雪红 栾智勇 邓凯莉 谢 天

摘要 目的 应用 Meta 分析评价超声造影对胰腺良恶性病变的鉴别诊断价值。方法 从 Cochrane 图书馆、PubMed、Embase、CNKI、万方及维普数据库检索超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变方面的文献,检索时间限定为从数据库建立到 2017 年 8 月 7 日。由两名研究者分别进行文献筛选并提取相关信息。采用 QUADAS 工具对纳入文献的质量进行评价,采用 Meta-Disc 1.4 软件进行统计学分析。结果 共 20 项研究(1356 例研究对象)纳入。超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变的汇总敏感性为 0.88 [95%可信区间(0.85~0.90)],汇总特异性为 0.73 [95%可信区间(0.69~0.77)],汇总阳性似然比为 3.25 [95%可信区间(2.36~4.48)],汇总阴性似然比为 0.18 [95%可信区间(0.13~0.25)],汇总诊断比值比为 23.88 [95%可信区间(12.94~44.09)],汇总曲线下面积为 0.8985,汇总 Q^* 指数为 0.8297。各研究间存在异质性,未发现产生异质性的来源。结论 超声造影对胰腺良恶性病变具有较好的鉴别诊断价值。

关键词 超声检查;造影剂;胰腺病变,良恶性;Meta 分析

[中图法分类号] R735.9;R445.1

[文献标识码] A

Meta-analysis on the differential diagnosis of benign and malignant pancreatic masses by contrast-enhanced ultrasound

WU Liangqun, LIU Xuehong, LUAN Zhiyong, DENG Kaili, XIE Tian

Department of Special Diagnosis, the 97th Hospital of PLA, Jiangsu 221004, China

ABSTRACT Objective Use meta-analysis to explore the differential diagnostic value for benign and malignant pancreatic masses by contrast-enhanced ultrasound. **Methods** Related data of Cochrane library, PubMed, Embase, CNKI, Wanfang database and VIP database were searched during the time from establishment to 7 August 2017. The two researchers screened the literature and extracted relevant information respectively. The quality of the literature was evaluated by QUADAS tools, and the meta-disc 1.4 software was used for statistical analysis. **Results** A total of 20 articles (1356 cases) were included in this study. The overall sensitivity, specificity, positive likelihood ratio, negative likelihood ratio and diagnostic odds ratio of contrast-enhanced ultrasound in the diagnosis of benign and malignant pancreatic masses were 0.88 [95% CI (0.85~0.90)], 0.73 [95% CI (0.69~0.77)], 3.25 [95% CI (2.36~4.48)], 0.18 [95% CI (0.13~0.25)], 23.88 [95% CI (12.94~44.09)], respectively. The AUC and Q^* index were 0.8985 and 0.8297, respectively. There was heterogeneity among the studies, and no source of heterogeneity was found.

Conclusion Contrast-enhanced ultrasound is a valuable diagnostic method for benign and malignant pancreatic masses.

KEY WORDS Ultrasonography; Contrast agent; Pancreatic masses, benign and malignant; Meta-analysis

胰腺恶性肿瘤的发病率呈逐年上升趋势,目前在美
国居恶性肿瘤的第 4~5 位,消化道恶性肿瘤的第 2 位^[1]。
其死亡率占我国居肿瘤死亡率的第 7 位^[2]。胰腺恶性
肿瘤发病通常较为隐匿,且具有发展快、预后差等特
点,因此早期准确诊断并采取相应的治疗措施,对改善
患者预后具有重要意义。经腹部常规超声检查具有安
全、方便、价格低及无创等优点,已作为筛查胰腺病
变的重要检查手段在临床上广泛应用,但其对胰腺良

恶性病变的定性诊断非常困难。近年来,随着影像学技
术的不断发展,超声造影已广泛应用于临床,该技术通
过注入造影剂并清晰显示病灶内部的微血管,进而对
病变部位的性质进行诊断。目前,已有不少机构对超
声造影鉴别胰腺良恶性病变进行了研究,但其研究结
果仍存在一些差异,尚缺乏系统性的评价。本研究对
已发表的文献进行系统分析,旨在更好地评价超声造
影对胰腺良恶性病变的鉴别诊断价值。

资料与方法

一、文献检索策略

对 Cochrane 图书馆、PubMed、Embase、CNKI、万方及维普数据库进行了检索,检索时间限定为从数据库建立至 2017 年 8 月 7 日。英文检索策略:①“pancreatic neoplasm” or “pancreatic carcinoma” or “pancreatic tumor” or “pancreatic cancer” or “pancreatic masse”;②“ceus” or “contrast enhanced”;③“ultrasound” or “sonography” or “ultrasonography”。中文检索策略:①“胰腺肿瘤”或“胰腺癌”或“胰腺占位”;②“超声造影”或“增强超声”。此外,还对纳入的参考文献进行了筛查。

二、文献纳入标准

纳入标准:①从数据库建立至 2017 年 8 月 7 日,已公开发表的有关超声造影对胰腺良恶性病变的鉴别诊断的研究;②恶性肿瘤以病理检查结果为金标准,良性病变需至少 6 个月的随访确认;③数据可以直接或间接获得。排除标准:①不同数据库间检索到的相互重复的文章;②数据不全的文章;③数据重复的研究;④非中、英文发表的文章。基于 PRISMA 的流程图对检索到的文献进行筛查。

三、数据提取及质量评价

采用统一的数据收集表,由两位研究者分别进行检索、筛查及数据提取。主要提取资料信息包括:作者、发表年份、发文国家、样本量、平均年龄、研究类型、质量分级,以及真阳性、假阳性、假阴性及真阴性例数。如果数据存在分歧时,通过协商以达成一致。

采用评价诊断性试验质量的 QUADAS 工具对纳入文章进行质量评估^[3]。共包含了 14 项标准,每一项标准均以“是”、“否”、“不清楚”进行评价,其中“是”为符合此项标准;“否”为不符合此项标准或未提及;“不清楚”为部分符合或无法获得足够的信息进行评价。若研究符合 14 条标准,该研究质量等级评定为“A”;若研究有一条以上为“不清楚”,评定为“B”;若研究出现“否”时,评定为“C”。

四、统计学处理

应用 Meta-Disc 1.4 统计软件,采用 χ^2 检验分析各研究间的异质性,以 I-square 值进行衡量, I-square $\geq 30\%$, 采用随机效应模型进行统计学分析; I-square $< 30\%$, 则采用固定效应模型。对纳入的文献采用 Spearman 相关分析,检测阈值效应是否存在。 $P < 0.05$ 为存在阈值效应, $P \geq 0.05$ 为不存在阈值效应。若不存在阈值效应,则进一步进行回归分析。对研究国家(中国或国外)、研究类型(前瞻性研究或非前瞻性研究)、样本量($n < 50$

或 $n \geq 50$)进行单个因素的回归分析。计算汇总敏感性、特异性、阳性似然比、阴性似然比、诊断比值比及其对应的 95% 可信区间(CI)。绘制汇总受试者工作特征(SROC)曲线,并获取曲线下面积和 Q^* 指数。

结 果

一、文献检索结果

初步获取文献 833 篇,首次排除重复文章 271 篇,经浏览标题和摘要,再次排除不相关文章 455 篇,经阅读全文剔除文章 87 篇(不相关文章 57 篇、数据不全 24 篇、数据重复 6 篇),最后共 20 篇文章^[4-23]纳入本研究,包括 5 项^[4-8]国外研究和 15 项^[9-23]国内研究,其中 11 项^[5,8,10,15-16,18-23]样本量 ≥ 50 , 9 项^[4,6-7,9,11-14,17]样本量 < 50 ; 5 项^[4,7-8,10,21]为前瞻性研究, 15 项^[5-6,9,11-20,22-23]为非前瞻性研究。根据 QUADAS 的评估标准,其中 7 项评定为 A 级, 13 项评定为 B 级。详细信息见表 1。

二、Meta 分析

1. 异质性分析:异质性检验提示超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变的敏感性(I-square=70.2%, $P=0.0000$)、特异性(I-square=73.0%, $P=0.0000$)、阳性似然比(I-square=73.9%, $P=0.0000$)、阴性似然比(I-square=58.7%, $P=0.0005$)、诊断比值比(I-square=64.0%, $P=0.0001$)均存在一定异质性,故均采用随机效应模型进行分析。SROC 曲线的散点图为非典型的“肩臂形”分布,敏感性对数与(1-特异性)对数的 Spearman 相关系数为 0.420 ($P=0.065$),提示不存在阈值效应引起的异质性。进一步对单个因素进行回归分析,结果显示研究国家、研究类型及样本量均非构成研究间异质性的主要来源($P=0.2183$ 、 0.7812 、 0.9224)。

2. Meta 分析结果:超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变的汇总敏感性为 0.88 [95% CI (0.85~0.90)], 汇总特异性为 0.73 [95% CI (0.69~0.77)], 汇总阳性似然比为 3.25 [95% CI (2.36~4.48)], 汇总阴性似然比为 0.18 [95% CI (0.13~0.25)], 汇总诊断比值比为 23.88 [95% CI (12.94~44.09)]。见图 1~5。SROC 曲线下面积为 0.8985(图 6), 汇总 Q^* 指数为 0.8297。

讨 论

胰腺局灶性病变通常发病隐匿,其症状和体征在早期均不明显,加之胰腺的位置较深且周围器官相对复杂,很难早期诊断。常规超声是临床胰腺疾病的首选筛查手段,但由于其自身的局限性,很难鉴别病变的良恶性。超声造影技术是在常规超声基础上对患者注

表1 所纳20篇文献的详细信息

作者	发表年份	发文国家	样本量(例)	平均年龄(岁)	研究类型	质量分级	真阳性(例)	假阳性(例)	假阴性(例)	真阴性(例)
Scialpi 等 ^[4]	2005	意大利	26	56.8	前瞻性	A	16	5	0	5
D'Onofrio 等 ^[5]	2006	意大利	173	59.7	回顾性	B	126	2	12	33
Malagò 等 ^[6]	2009	意大利	38	51	回顾性	A	13	3	3	19
Grossjohann 等 ^[7]	2010	丹麦	49	66	前瞻性	B	38	1	6	4
Vasile 等 ^[8]	2012	罗马尼亚	76	59.53	前瞻性	A	52	4	6	14
许尔蛟等 ^[9]	2008	中国	49	57.5±13.9	回顾性	A	38	3	2	6
于晓玲等 ^[10]	2008	中国	140	51.8±14.1	前瞻性	A	68	5	12	55
陈艳春 ^[11]	2010	中国	21	51.9±15.6	不清楚	B	8	1	3	9
邵静和方菁 ^[12]	2011	中国	24	58.9±18.3	不清楚	B	10	1	4	9
金赟杰等 ^[13]	2011	中国	37	52.0±14.9	回顾性	B	8	2	2	15
徐慧和冯蕾 ^[14]	2011	中国	42	58.3±14.7	不清楚	B	30	2	4	6
魏莹 ^[15]	2013	中国	71	57.93±11.85	不清楚	B	44	6	13	8
谢飒 ^[16]	2013	中国	64	63.16±10.45	回顾性	B	48	8	0	8
彭莉晴等 ^[17]	2013	中国	36	52.3±17.7	不清楚	B	26	3	3	4
吴春华等 ^[18]	2013	中国	69	62.35±11.35	回顾性	B	50	5	0	14
董磊和沈晓青 ^[19]	2014	中国	166	57±5	回顾性	B	93	24	28	21
程力 ^[20]	2015	中国	80	52.37±12.25	不清楚	B	55	7	2	16
韩洁 ^[21]	2015	中国	72	51.7±12.7	前瞻性	A	33	20	3	16
翟渊鹏等 ^[22]	2017	中国	63	54±17	回顾性	B	27	5	5	26
王燕等 ^[23]	2017	中国	60	46.31±11.22	不清楚	A	26	7	6	21

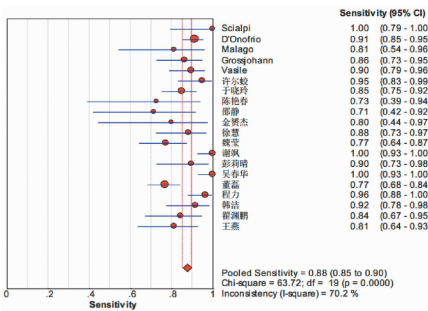


图1 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的敏感性

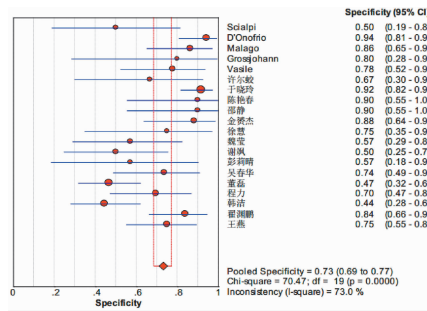


图2 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的特异性

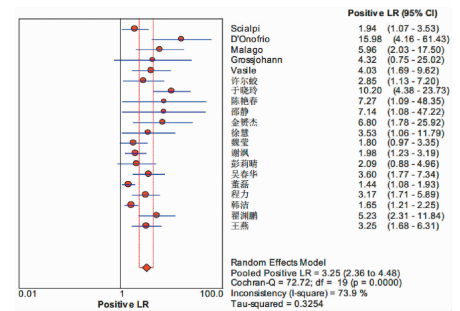


图3 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的阳性似然比

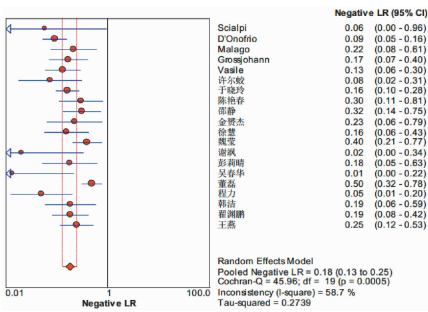


图4 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的阴性似然比

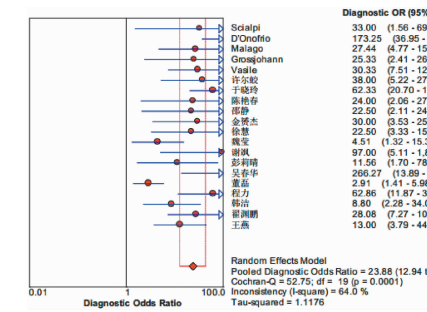


图5 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的诊断比值比

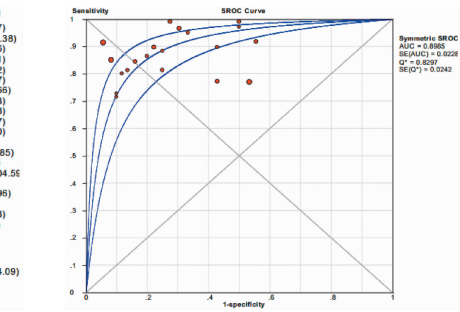


图6 超声造影鉴别胰腺良恶性病变的SROC曲线图

入造影剂,进而观察组织影像学变化。以胰腺癌为主的恶性肿瘤常血供缺乏并伴有局灶性坏死,造影后肿块内部表现为较弱的点棒状增强^[24]。因此,超声造影技术可以通过造影后影像学表现的不同对病变良恶性进行鉴别。目前,已有不少研究应用超声造影技术对胰腺病变的良恶性进行鉴别诊断,但是这些研究的结果存

在一定差异性。本研究对前期所有已发表的中英文文献进行了系统评价,以期提供更加可靠的循证医学证据。

通过系统评价纳入的各项研究,胰腺恶性肿瘤的超声造影主要影像学特征有:①增强方式主要为低增强,部分转移性肿瘤和内分泌肿瘤为高增强;②造影剂开始增强时间晚于胰腺实质;③造影剂退出时间

早于胰腺实质；④造影剂增强回声不均匀、形态不规则、边缘不整齐。临床医师进行鉴别诊断时可基于以上特征并结合自身经验进行综合的评判。

本研究共纳入文献 20 篇(英文 5 篇,中文 15 篇),1356 例研究对象。结果显示:超声造影鉴别诊断胰腺良恶性病变的敏感性和特异性分别为 88%和 73%,存在一定的漏诊率(12%)和误诊率(27%);阳性似然比为 3.25、阴性似然比为 0.18、诊断比值比为 23.88,表明超声造影对胰腺良恶性病变的判别效果较好;SROC 曲线下面积为 0.8985, Q^* 指数为 0.8297,表明超声造影具有较高的诊断效能,可作为诊断胰腺良恶性病变的有效检查手段。本研究的结果有一定异质性,但不存在阈值效应,异质性可能主要由非阈值效应产生。本研究对所研究国家(中国或国外)、研究类型(前瞻性或非前瞻性)及样本量($n < 50$ 或 $n \geq 50$)分别进行单因素回归分析,但结果未发现以上因素是引起异质性的主要来源。本研究对胰腺恶性肿瘤的诊断标准并不完全一致:Scialpi 等^[4]研究以病灶内血管的尺寸和数量作为诊断标准;D'Onofrio 等^[5]和 Grossjohann 等^[7]研究以低增强或高增强作为诊断标准;Malagò 等^[6]研究以不均匀增强作为诊断标准;许尔蛟等^[9]、陈艳春^[11]、谢飒^[16]、吴春华等^[18]及王燕等^[23]研究以低增强为诊断标准;金赞杰等^[13]研究以低增强和早减退为诊断标准;徐慧和冯蕾^[14]研究以低增强和晚增强为诊断标准;彭莉晴等^[17]研究以造影时相的晚增强、早减退和增强模式的低增强、不均匀增强进行诊断;Vasile 等^[8]、于晓玲等^[10]、魏莹^[15]、董磊和沈晓春^[19]、程力^[20]、韩洁^[21]及翟渊鹏等^[22]研究的具体诊断标准未描述;邵静和方苇^[12]的研究是基于造影时相和增强方式进行诊断的,具体诊断标准也未描述。这些诊断标准的差异性较多,导致本研究无法根据诊断标准进行亚组分析,仅对明确以低增强为诊断胰腺恶性肿瘤标准的 5 项研究进行了分析,结果显示,部分数据的异质性明显降低,这说明诊断标准的差异可能是产生异质性的一个重要来源。此外,各研究间异质性,还可能由以下原因引起:①超声造影的设备和检测技术的更新发展较为迅速,导致各研究所使用仪器设备的性能等存在差异;②超声造影的诊断结果和操作人员水平密切相关,导致结果的判读存在差异;③各研究所选胰腺局灶性病变的种类存在差异;④各研究的设计方案和研究方法不完全相同。

本研究存在以下局限性:①纳入的研究的样本量少,仅 20 篇;②仅纳入以中文或英文公开发表的文章,存在语种的选择性偏倚;③回顾性研究及不清楚设计类型的研究较多,降低了研究的质量。

综上所述,超声造影可以作为鉴别胰腺良恶性病变的有效检查手段。但本研究也存在一定局限性,在将来的研究中,仍需要更多设计更严谨的大样本试验以获得更加可靠的诊断依据。

参考文献

- [1] Huguet F, Goodman KA, Azria D, et al. Radiotherapy technical considerations in the management of locally advanced pancreatic cancer: American-French consensus recommendations[J]. *Int J Radiat Oncol Bio Phys*, 2012, 83 (5): 1355-1364.
- [2] 王丽, 杨功焕, 李辉, 等. 中国胰腺癌病死率的变迁[J]. *中华内科杂志*, 2005, 44(7): 509-513.
- [3] Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, et al. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews[J]. *BMC Med Res Methodol*, 2003, 3(1): 25.
- [4] Scialpi M, Midiri M, Bartolotta TV, et al. Pancreatic carcinoma versus chronic focal pancreatitis: contrast-enhanced power Doppler ultrasonography findings[J]. *Abdom Imaging*, 2005, 30(2): 222-227.
- [5] D'Onofrio M, Zamboni G, Tognolini A, et al. Mass-forming pancreatitis: value of contrast-enhanced ultrasonography[J]. *World J Gastroenterol*, 2006, 12(26): 4181-4184.
- [6] Malagò R, D'Onofrio M, Zamboni GA, et al. Contrast-enhanced sonography of nonfunctioning pancreatic neuroendocrine tumors[J]. *Am J Roentgenol*, 2009, 192(2): 424-430.
- [7] Grossjohann HS, Rappoport ED, Jensen C, et al. Usefulness of contrast-enhanced transabdominal ultrasound for tumor classification and tumor staging in the pancreatic head[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2010, 45 (7-8): 917-924.
- [8] Vasile TA, Feier D, Socaciu M, et al. Contrast enhanced ultrasound and computer tomography diagnosis of solid and mixed pancreatic tumors - analysis of confounders[J]. *J Gastrointest Liver Dis*, 2012, 21(3): 285-292.
- [9] 许尔蛟, 谢晓燕, 徐辉雄, 等. 胰腺实性局灶性病变超声造影与增强 CT 的对照研究[J]. *中国超声影像学杂志*, 2008, 17(9): 768-772.
- [10] 于晓玲, 梁萍, 董宝伟, 等. 超声造影诊断胰腺局灶性病变的诊断价值[J]. *中国医学影像学杂志*, 2008, 16(3): 170-173.
- [11] 陈艳春. 超声造影诊断胰腺局灶性病变及超声造影与增强 CT 对比分析[D]. 北京: 中国医科大学, 2010.
- [12] 邵静, 方苇. 超声造影对胰腺占位病变的鉴别诊断价值[J]. *福建医药杂志*, 2011, 33(5): 141-143.
- [13] 金赞杰, 丁红, 袁海霞, 等. 超声造影对胰腺实性病变的诊断及临床价值[J]. *中国医学超声杂志*, 2011, 8(7): 1408-1414.
- [14] 徐慧, 冯蕾. 即时超声微泡造影诊断胰腺占位病变的价值[J]. *中国医学影像学杂志*, 2011, 19(9): 650-654.
- [15] 魏莹. 超声造影在胰腺实性局灶性病变中的应用[D]. 北京: 解放军医学院, 2013.
- [16] 谢飒. 不同超声造影参数在胰腺原发性良恶性病灶鉴别诊断中的应用[J]. *中国医药导报*, 2013, 10(32): 105-108.
- [17] 彭莉晴, 周静, 张煜, 等. 超声造影与增强 CT 在诊断胰腺占位性病变的对比研究[J]. *临床超声医学杂志*, 2013, 15(9): 625-627.
- [18] 吴春华, 李凤华, 杜晶, 等. 相对造影参数在胰腺原发良恶性病灶

鉴别诊断中的应用价值[J]. 中国医学影像学杂志, 2008, 16(3): 170-173.

[19] 董磊, 沈晓青. 超声造影和内镜超声弹性成像在胰腺良恶性疾病鉴别诊断中的应用[J]. 中华胰腺杂志, 2014, 14(4): 269-270.

[20] 程力. 实时灰阶超声造影在胰腺局灶性病变诊断中的价值[J]. 医学临床研究, 2015, 32(9): 1730-1732.

[21] 韩洁. 超声造影和声触诊组织定量技术在胰腺局灶性病变中的应用研究[D]. 北京: 中国医学科学院, 2015.

[22] 翟渊鹏, 张珉, 刘银龙, 等. 超声造影对胰腺囊实性病变良恶性鉴别诊断价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2017, 31(6): 583-585.

[23] 王燕, 高军喜, 苏力担卡扎·仇曼, 等. 三维与二维超声造影在胰腺癌与肿块型胰腺炎的鉴别价值[J]. 中国超声医学杂志, 2017, 33(5): 437-439.

[24] 胡端敏, 龚婷婷, 诸奇. 造影增强超声内镜对胰腺肿块良恶性鉴别的 Meta 分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(7): 374-379.

(收稿日期: 2017-09-11)

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of spleen sclerosing angiomatoid nodular transformation: a case report

脾脏硬化性血管瘤样结节性转化超声表现 1 例

余 锴 梅云华

[中图法分类号] R733.2; R445.1

[文献标识码] B

患者女, 27 岁, 因体检发现脾门区肿瘤入院。超声检查: 脾脏切面形态失常, 实质点状强回声分布不均匀, 脾门区可见一个大小为 5.2 cm×4.3 cm×4.7 cm 的团状低回声向脾脏内凸起, 边界欠清晰, 内回声不均匀, 可见高回声条索样分隔, 呈“分叶状”改变。脾门区脾静脉受压迫(图 1); CDFI 示上述肿块内可见血流信号, 周边可见多条血管由肿块表面直插入肿块中心, 呈“轮辐状”(图 2)。超声提示: 脾门区实质性占位性病变(血管瘤? 其他占位性病变)。CT 提示: 脾门区占位, 考虑血管瘤可能。因肿块体积较大, 生长迅速, 且已压迫脾静脉, 行腹腔镜下全脾切除术。手术所见: 肿瘤为单结节状病灶, 瘤体部分位于脾脏实质内, 边界与脾组织交错, 无明显包膜。病理检查: 肿瘤切面呈灰白或灰红色, 质地较韧, 病灶内可见多条由瘢痕样灰白色条索穿插分隔形成的大小不等的灰红色结节。镜下病变表现为显著增生并胶原化的纤维组织包绕多个血管瘤样结节, 结节大小不等, 互相融合。免疫组化结果: VIM(+), SMA(+), CD31(+), CD34(散在+), CD4(散在少许+), CD8(散在少许+), CD68(散在+), IgG(散在+), IgG4(散在少许+), IgG4/IgG<40%, CD35(少许弱+), CD21(-), CD23(-), EBER(-), Ki67 LI 约 5%。符合脾脏硬化性血管瘤样结

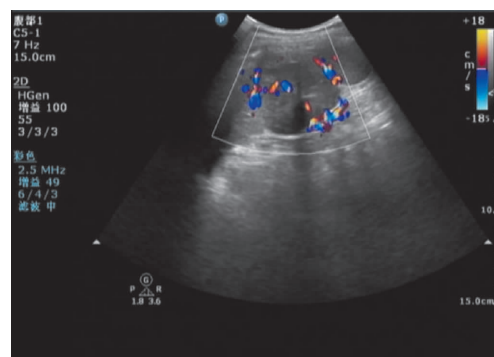


图 2 CDFI 可探及数条血管由瘤体外直插入瘤体中心

节性转化(sclerosing angiomatoid nodular transformation, SANT)。术后预后良好, 无复发。

讨论: SANT 是近年新确认的一种病因尚不明确的脾脏良性病变, 由 Martel 等^[1]于 2004 年提出, 由于该病较为罕见, 临床缺乏足够的认识, 过去常被误诊为错构瘤、血管瘤或其他恶性肿瘤。其超声影像学表现有一定的特异性, 即二维超声的瘤体“分叶状”改变, CDFI 示血管由瘤体外直插入瘤体中心呈“轮辐状”, 本病例即是如此。由于该病血供较丰富, 瘤体生长迅速, 不到一年时间内超过 5 cm。了解此特征可以提高脾脏肿瘤的术前诊断能力。但最终确诊仍需术后病理检查。SANT 的预后良好, 脾脏切除即可治愈, 随访尚未发现有复发病例的相关报道。

参考文献

[1] Martel M, Cheuk W, Lombardi L, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT): report of 25 cases of a distinctive benign splenic lesion[J]. Am J Surg Pathol, 2004, 28(10): 1268-1279.

(收稿日期: 2017-08-20)



图 1 二维超声示肿块边界不清, 内部回声不均匀, 呈分叶状改变