

病毒在回肠末端长时间滞留而被吸收,最终导致肠系膜淋巴炎症的发生^[3]。因此,肿大的肠系膜淋巴结多位于右下腹和脐周,表现为多发性充血肿大。临床根据其病因及发病机制,若及时给予抗病毒和抗感染治疗,疗效比较明显,因此,疾病的前期诊断至关重要。

因患儿年龄尚小,对疼痛的耐受程度不同,对疼痛的性质描述不清,且临床表现与急性阑尾炎极其相似,增加了临床医师诊断与治疗的困难。高频彩色多普勒超声检查具有安全、无创、无痛的优点,在临床诊断方面应用越来越广泛。研究显示^[4-6],高频彩色多普勒超声在小儿肠系膜淋巴结的诊断方面有良好的应用价值,能显著提高疾病的诊断率,为后续治疗提供科学有效的诊断依据。在高频彩超显像下,患儿肠系膜淋巴结清晰可见,可准确显示肠系膜淋巴结病变的程度和病发部位,肿大的淋巴结显出率非常高。本次研究中,观察组患儿的肠系膜淋巴结长径、短径及长短径比均要大于对照组,说明患儿肠系膜淋巴结的形态发生了显著改变,据此可对肠系膜淋巴结是否有炎症进行诊断。另外,观察组患儿肠系膜淋巴结内血流明显增多,而对照组的健康儿童肠系膜淋巴结内无血流,说明患儿肠系膜淋巴结内血流情况亦可作为诊断小儿肠系膜淋巴结炎的重要指标。

另外,因回肠区、结肠区其他种类病变较多,常

见的如恶性淋巴结瘤、急性化脓性阑尾炎、肠系膜淋巴结结核等,因此在对本病的诊断过程中应与其他疾病相区别:(1)恶性淋巴瘤:淋巴结形态多为圆形、不规则形,常融合成团,边界不清,结构较乱,长径多>2 cm,长短径比(L/S)<1.5(肠系膜淋巴结炎(L/S)≥2);(2)急性化脓性阑尾炎:一般右下腹可探及肿大的阑尾回声及少量腹腔积液,同时伴有典型的临床症状及体征;(3)肠系膜淋巴结结核:腹腔肠系膜中有多个淋巴结肿大,且常位于腹主动脉旁,淋巴结内部回声可出现液化、钙化,并可互相融合成团块,甚至可出现腹腔积液。综上所述,高频彩超可准确诊断小儿肠系膜淋巴结炎,是一种有效的检查方法,具有较高的临床应用价值,值得推广。

参考文献

[1]孙宝珍.高频超声诊断小儿肠系膜淋巴结炎的临床价值分析[J].医学影像学杂志,2013,23(7):1035-1036
[2]孙彬,陶静,初洪钢,等.浅表淋巴结病变的声像图特征及病因病理分析[J].中华超声影像学杂志,2001,10(11):679-681
[3]周永昌,郭万学.超声医学[M].第5版.北京:科学技术文献出版社,2006.1009
[4]黄月英.高频彩超诊断小儿肠系膜淋巴结炎的临床价值[J].临床医学工程,2014,21(6):687-688
[5]温美艳.高频彩超诊断小儿肠系膜淋巴结炎的临床应用体会[J].昆明医学院学报,2010,31(12):105-107
[6]蒋玲慧.高频超声与彩超对小儿肠系膜淋巴结炎的诊断[J].实用临床医学,2015,16(10):67-68

(收稿日期:2016-12-23)

探究鼻咽癌放射治疗后脑脊髓损伤的临床和影像学诊断

梁家宁

(广东省肇庆市第一人民医院 肇庆 526020)

摘要:目的:研究和分析鼻咽癌患者放射治疗后脑脊髓损伤的临床和影像学诊断。方法:选取在我院接受治疗的鼻咽癌患者,分析患者的临床症状,CT、MRI等影像资料。结果:所有接受治疗的患者中,脑损伤部位中颞叶所占比例最大,其次是脑干,颈段脊髓最少;部分患者脑损伤无临床症状表现,CT对放射治疗后脑损伤的检出率比较低;CT图像中主要突出为指状低密度,MRI检查患者绝大部分病灶都出现增强效应,其中会出现一些不增强区。结论:放射性脑损伤在临床症状上无显著特征,CT和MRI的影像表现具有一定特征,可以根据患者的病史做出诊断,MRI在脑干、脊髓损伤的诊断效果上要明显优于CT。

关键词:鼻咽癌;放射治疗;脑脊髓损伤;临床;影像学诊断

中图分类号:R730.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.060

鼻咽癌指的是出现在鼻咽腔顶部和侧壁的恶性肿瘤,是目前我国最为常见的恶性肿瘤之一,发病率比较高,在耳鼻咽喉恶性肿瘤的发病率中居于首位^[1]。其主要的临床症状为鼻塞、涕中有血、听力下降、头痛等。放射治疗是当前最为主要的治疗手段,但是由于多数患者对于放射性治疗存在敏感性,因此会在治疗之后出现一系列的并发症,其中脑脊髓损

伤是放射性治疗后比较严重的并发症之一,此表现受到相关医护人员的高度重视。放射性治疗后脑脊髓损伤会严重影响到患者的生命健康,因此,对于放射治疗后脑脊髓损伤的明确诊断意义十分重要,如果出现误诊情况,可能会使得脑脊髓损伤的后果加重。本次研究通过选取一定数量的鼻咽癌放射治疗后脑损伤患者,研究和分析脑脊髓损伤的具体诊断

方法。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月~2016 年 3 月在我院接受放射性治疗后出现脑损伤的患者 40 例以及颈段脊髓损伤的患者 5 例,其中男性 33 例,女性 12 例;年龄 28~70 岁;在本院接受全程放射性治疗的患者 36 例,部分治疗患者 9 例;使用单程放射治疗 22 例,2 程放射治疗 20 例,3 程放射治疗 3 例;首次放射治疗所使用的放射源为 6 MV 或者 8 MV X 线的患者有 21 例,使用 ⁶⁰Co 作为放射源的有 18 例,混合线放射的有 6 例;将耳前野作为主照射野 23 例,面颈联合为主照射野 22 例;使用常规分割方式治疗 32 例,使用超分割放射治疗 5 例,采用后加速超分割放射治疗 8 例。鼻咽癌患者的平均肿瘤量为 (72.3± 1.2) Gy。其中 5 例颈段脊髓损伤的患者使用面颈联合野放射治疗。

1.2 方法 回顾性分型 45 例患者临床资料,分析患者临床症状、CT、MRI 等影像资料。

1.3 诊断标准 患者之前有过鼻咽癌放射治疗的病史,在影像学上有脑脊髓损伤的临床表现或者无脑脊髓损伤的表现症状和特征^[2],排除鼻咽癌复发侵犯脑和脑脊髓转移。

2 结果

2.1 发生病变的部位 45 例患者中,病变位于颞叶 22 例,占 48.89%;位于脑干 12 例,占 26.67%;两个部位同时损伤 6 例,占 13.33%;颈段脊髓损伤 5 例,占 11.11%。

2.2 临床症状 40 例经放射性治疗后出现脑损伤的患者中,患者病变部位在颞叶的有 22 例,其中无明显临床症状 8 例(4 例是通过 CT 检查而发现,其它 4 例是鼻咽癌复发通过 CT 或者 MRI 检查发现),14 例出现临床症状的颞叶部损伤的患者中有 10 例表现出头痛,同时伴随着智力和记忆力不同程度的降低,而且会出现一侧肌体肌力下降;12 例脑干损伤患者中除了都有一定程度的肌力下降,伴随着对侧面瘫 6 例,对侧外展神经损伤有 5 例,出现说话吐字不清晰的有 1 例。两个部位同时受损的患者中出现一侧肌体肌力下降和语言模糊不清的有 2 例,伴随出现头痛、记忆力下降的有 2 例,其他的 2 例主要症状表现为头痛以及外展神经损伤。而 5 例颈段脊髓损伤患者中,3 例患者表现出双侧下肢肌力下降,其他 2 例出现一侧上肢肌力下降,而且颈部和以下部位出现皮肤感觉衰退,紧接着出现比较轻度的呼吸困难。

2.3 症状的潜伏期 首程放射治疗距放射性脑脊髓损伤出现的时间大概为 1~5 年,中位时间为 3 年。而再程方式治疗与放射性脑脊髓损伤出现的时间间隔为 5 个月~2 年,中位时间大约为 1 年^[3]。相较而言,再程放射性治疗之后,脑脊髓性损伤的潜伏时间出现了显著地缩短。

2.4 影像学表现 45 例患者中,进行 CT 和 MRI 同时检查的有 25 例,只进行 CT 检查的有 4 例,只进行 MRI 检查的有 16 例。在进行检查之后,所有的患者一共出现 60 个病灶,其中位于颞叶部位的有 42 个、脑干部位的有 13 个,颈段脊髓部位的有 5 个。

2.4.1 颞叶损伤的表现 在颞叶部位出现的病灶有 42 个,病灶直径范围 0.8~6.0 cm,30 个局灶性损伤都位于颅底线上 1 cm,其中只有 7 个病灶比前床突水平高,但是水肿区所包含的范围比较大已经超出前床突水平^[4],12 个局灶性损伤区比较小的病灶位于颞叶中内侧的有 10 个。经过 CT 检查的病灶中,其中大部分表现为指状低密度,有小部分病灶未出现异常。经过 MRI 检查的病灶中,均出现异常表现,在检查的 35 个病灶中,在 T₁WI 图像中出现等信号或者低信号的有 32 个,出现高信号的有 3 个;在 T₂WI 图像中出现片状高信号的病灶为 15 个,出现高信号或者混合信号,同时在周围呈现指状高信号得有 20 个;对病灶进行增强扫描,处理少数的病灶之外都出现不同程度的增强效应,主要表现为环形增强或者不规则增强的形式。

2.4.2 脑干损伤的表现 脑干损伤的病灶有 13 个,其中病灶的最大直径超过 2.0 cm 的有 2 个。所有病灶经过 MRI 检查后表明,T₁WI 图像中出现低信号的有 10 个,高低信号混合的有 3 个;对其中的 8 个病灶进行加强扫描,其中有 7 个病灶出现了增强效应,其中不规则强化和颞叶损伤表现基本一致。对 8 个病灶进行 CT 检查之后,只有 3 个出现异常情况,主要表现为脑桥部位出现低密度病变。

2.4.3 脊髓损伤的表现 在出现放射性颈段脊髓损伤的 5 例患者中,经过 MRI 检查表明,在 T₁WI 图像中表现为等信号,在 T₂WI 图像中主要表现为片状高信号,进行增强扫描之后,主要呈现不规则的环形强化。

3 讨论

3.1 鼻咽癌放射治疗后脑脊髓损伤的临床诊断 放射治疗后颞叶部损伤主要表现为不同程度的头痛,以及伴随出现的记忆力降低、智(下转第 105 页)

美沙拉嗪需长期服用,价格昂贵,所以临床依从性较低。口服中药具有调节机体免疫力的功能,灌肠则使药物直接作用于病灶局部,起效更快,诸药合用,清利肠道湿热,健脾益气,共奏扶正祛邪之功。本研究表明,采用香砂六君子汤加味结合中药灌肠治疗的患者总有效率明显高于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$),治疗后随访复查,观察组复发率明显低于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,香砂六君子汤加味结合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎临床效果确切,值得临床推广应用。

(上接第 100 页)力衰减或肢体肌力下降,而且在脑损伤病灶比较小时无明显症状^[9]。脑干损伤主要是对应的脑干阶段出现脑神经麻痹和偏瘫,在本次研究中,出现的脑干损伤的 12 例患者中有 7 例出现上述症状。而在本次研究中的 5 例颈段脊髓损伤,主要症状为进行性发展的损伤平面以下感觉或者运动觉功能的损伤。而未出现明显临床症状的 8 例患者中,与相关资料所记载的相一致,4 例患者是 2 程放射治疗后经过 MRI 复查发现,4 例是鼻咽癌原发病灶复发经过 MRI 检查发现,损伤性病灶都比较小。相关研究证明,高剂量的放射治疗、分割放射以及再程放射会使得脑脊髓损伤的发病几率急剧增加,因此,对于具有上述因素的患者要加强定期随访,以便可以在早期确诊进行及时的治疗。在本次研究中,通过超分割放射治疗后,会有患者出现脑损伤的发病率增加,主要是由于在使用该手段时所用的放射剂量过大,同时间隔时间比较短,还未使得组织的放射损伤得到较好的修复。因此,在使用该技术时要进行合理的考虑。

3.2 鼻咽癌放射治疗后脑脊髓损伤的影像学诊断

3.2.1 CT 和 MRI 检查 本研究表明,在鼻咽癌进行放射性治疗后,最主要的脑损伤是颞叶部位,出现的损伤在 60 个病灶中,出现在颞叶部位 42 个,占到总病灶数的 70%。CT 检查对于颞叶部位损伤的检出率比较高,而对于脑干损伤的检出率比较低,这主要是受到颅底骨质的影响,其会在检查过程中出现伪影,使得检查结果受到影响,而 MRI 检查可以有有效的检查颞叶损伤和脑干损伤。CT 检查对于颞叶损伤虽然有着比较好的检查效果,但是利用 MRI 检查可以有效检查出比较小的病灶。而脊髓损伤只能利用 MRI 进行检查,因此,在鼻咽癌放射性治疗后,脑脊髓损伤的诊断应该以 MRI 为主^[6]。

参考文献

[1]梁洁,周林,沙素梅,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年 广州) 溃疡性结肠炎诊断部分解读 [J]. 胃肠病学,2012,17(12): 712-720
[2]张向阳,魏红,郑海萍,等.地榆炭的研究进展[J].环球中医药,2014,7 (2):158-160
[3]孙文君,周灵君,丁安伟.矿物药赤石脂的研究进展[J].广州化工, 2010,38(11):39-41
[4]冯丽,赵文静,常惟智.牡蛎的药理作用及临床应用研究进展[J].中 医药信息,2011,28(1):114-116
[5]康绿娜,李学麟.香砂六君子汤近 10 年药理研究及临床应用概述 [J].江西中医药,2010,41(10):67-69

(收稿日期: 2016-12-26)

3.2.2 PET 显像检查 PET 显像在检查放射性脑脊 髓损伤中的阳性检出率达到 90%以上,而且,PET 显像能够及时和较为准确的发现脑脊髓损伤,是当 前头颈部进行放射性治疗之后的有效检测手段。PET 显像可以反映出脑组织细胞的代谢功能,病变 细胞的代谢要比正常的细胞代谢出现的时间早很 多,因此 PET 可以在早期诊断出放射性治疗之后 出现的脑损伤而且可以检测到脑细胞的代谢变化, 少数的脑脊髓损伤在 PET 显像中也呈现出比较 高的代谢表现,但是由于成本比较高,因此这一新 型技术没有得到普及。

综上所述,当前鼻咽癌放射治疗后脑脊髓损伤 的诊断主要是依靠临床症状和影像学的图像证据, 对于在临床症状上无明显表现而在影像学诊断中 出现明显的病灶,应该更多的想到是放射治疗导 致的脑损伤。CT 检查以及 MRI 检查有着一定的 特征,特别是 MRI 增强图像中呈现出环形增强 的不规则增强。对于鼻咽癌放射治疗后脑脊 髓性损伤应该使用 MRI 检查,而对于颞叶部位 的脑损伤可以选择 CT 检查,也可以选择 MRI 检查。

参考文献

[1]殷立亮,陈博,郎锦义.鼻咽癌放射性脑损伤研究进展[J].肿瘤预防 与治疗,2012,25(3):198-201
[2]宁柳金.MR 增强扫描在鼻咽癌放疗后放射性脑损伤中的临床诊断价 值[J].亚太传统医药,2013,9(5):208-209
[3]王奋,孔繁忠,林少民.三维适型放疗对中晚期鼻咽癌放射性脑损伤 影响研究[J].现代预防医学,2012,39(1):188-189,191
[4]王振鹏.鼻咽癌患者的 CT 与 MRI 诊断效果比较[J].中国实用医 药,2015,10(23):78-79
[5]周和超,陈兴贵,王镇南,等.依达拉奉联合丹参粉针治疗鼻咽癌放 疗后脑损伤的近期疗效观察[J].中国现代医生,2014,52(22):42-44
[6]康巍,苏丹柯,刘丽东.磁共振成像新技术在鼻咽癌中的研究进展 [J].中国 CT 和 MRI 杂志,2013,11(1):117-120

(收稿日期: 2016-12-09)