

供合理指导。研究结果显示,联合检测效果明显优于单一检测法($P<0.05$)。综上所述,联合运用液基细胞学与细胞块免疫组化检测有助于提高肺癌组织的早期诊断率,且在组织活检标本获取困难的晚期患者中应用价值更为显著。

参考文献

[1]朱燕燕,怀建国,蒋艳,等.细胞 DNA 定量分析结合液基细胞学检测在肺癌诊断中的价值 [J]. 临床与实验病理学杂志,2016,32(5): 573-575
[2]杨新,王秋实,李艳青,等.细胞蜡块结合免疫组化有效提高胸水细胞学阳性检出率的临床研究 [J]. 现代肿瘤医学,2014,22(12):

2894-2897
[3]刘汉忠,王岚,何惠华,等.液基薄层细胞学检查在肺癌诊断中的应用研究[J].临床与病理杂志,2014,34(6):688-692
[4]李亚洁,陈凯,蔡媛,等.液基细胞学检测结合经支气管针吸活检在肺癌分期中的临床应用[J].国际呼吸杂志,2015,35(8):590-595
[5]田伟,田延龙,殷喜梅,等.支气管冲洗液细胞块免疫组化染色在肺癌病理诊断中的价值[J].现代肿瘤医学,2014,22(10):2354-2356
[6]谢刚,原庆会,柯琦,等.免疫组化在老年胸腔积液细胞块病理诊断中的应用[J].四川医学,2015,36(7):935-937
[7]王静,陈张琴,李瑛,等.纤支镜下液基细胞学检查对肺癌患者的诊断效果[J].临床肺科杂志,2016,21(6):1086-1088
[8]邹俊勇,黄春鑫,潘登,等.液基薄层细胞学与组织学在超声支气管镜获取标本诊断中的作用[J].浙江医学,2016,38(12):952-955
(收稿日期:2017-02-20)

原发性胃肠道恶性淋巴瘤的 X 线钡餐、CT 检查及病理基础

王石磊

(河南省许昌县人民医院 许昌 461000)

摘要:目的:分析原发性胃肠道恶性淋巴瘤的 X 线钡餐、CT 检查及病理基础。方法:选取 2015 年 3 月~2016 年 3 月我院收治的 52 例原发性胃肠道恶性淋巴瘤患者为研究对象,分析患者 X 线钡餐、CT 表现特征,并与病理切片结果进行对比。结果:48 例患者进行 X 线钡餐检查,其中 32 例充盈缺损,8 例呈肠管浸润改变,3 例成溃疡性改变,5 例无阳性改变。52 例患者进行 CT 检查,34 例管壁增厚、变硬,10 例隆起性肿块,基底变大,6 例巨大溃疡,2 例无阳性改变。结论:针对原发性胃肠道恶性淋巴瘤患者,结合 X 线钡餐和 CT 检查能够为临床诊断提供有价值的参考,值得临床推广。

关键词:原发性胃肠道恶性淋巴瘤;X 线钡餐;CT 检查;病理基础

中图分类号:R445

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.072

原发性胃肠道淋巴瘤 (Primary Gastrointestinal Lymphoma, PGIL) 是结外非霍奇金淋巴瘤最常发生的部位,也是胃肠道最常见的淋巴瘤,占全部胃肠道淋巴瘤的 40%~50%^[1],其中的原发性胃肠道恶性淋巴瘤是成人比较少见的胃肠道恶性肿瘤^[2],由于该病缺乏特异性临床表现,实现术前诊断具有一定的难度^[3]。随着临床影像学技术的不断发展,X 线、CT 检查在胃肠道恶性淋巴瘤诊断中发挥着越来越重要的作用。本研究对 52 例原发性胃肠道恶性淋巴瘤患者影像学检查进行临床分析,探讨其影像学表现与病理特征。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2016 年 3 月我院收治的 52 例原发性胃肠道恶性淋巴瘤患者为研究对象,均经组织病理学检查确诊。其中,男 32 例,女 20 例;年龄 23~76 岁,平均年龄 (49.03±4.24) 岁。所有患者均表现出上腹痛、食欲不振、体重下降、恶心呕吐等症状。患者了解本次研究目的并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 X 线钡餐检查 检查前禁食 12 h;于检查前 30 min 给予患者肌肉注射丁溴东莨菪碱注射液 20 mg,口服 3~5 g 产气粉,使胃充分扩张;协助患者站

于检查台,遵医嘱做出相应的身体动作并吞服 50 ml 的医用纯硫酸钡混悬液,取俯卧位进行胃窦部、胃体摄像,取立位,服用 150 ml 医用纯硫酸钡混悬液,观察胃部充盈情况,再进行仰卧位摄像。观察患者胃部充盈后的形态、大小、位置及蠕动情况。

1.2.2 CT 检查 检查前禁食 8 h,行 CT 扫描前嘱患者口服温开水 600~800 ml,盆腔扫描前直肠保留 3%泛影葡胺或者温开水 500 ml 灌肠;嘱咐患者取仰卧位,完成平扫后经肘静脉按 1~2 ml/kg 体重的总量、2.5~3.5ml/s 的流率注射非离子型碘剂 (300 mgI/ml);注射后以 25~30 s 行动脉期扫描,60~70 s 后行静脉期扫描。采用我院 Siemens Sensation 64 排螺旋 CT,管电压 120 kV,管电流 289 mA,层厚均为 5~10 mm。扫描结束后将得到的数据以层厚 1 mm,间隔 1 mm 重组,并将图像传入工作站,通过重建观察病变的部位、大小、形态、密度以及与周围组织的关系。

1.3 观察指标 分析患者的 X 线钡餐、CT 表现特征。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,以率表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 X 线钡餐和 CT 检查结果分析 本组研究中,

48 例患者进行 X 线钡餐检查,其中 32 例充盈缺损,8 例呈肠管浸润改变,3 例成溃疡性改变,5 例无阳性改变;52 例患者进行 CT 检查,34 例管壁增厚、变硬,10 例隆起性肿块,基底变大,6 例巨大溃疡,2 例无阳性改变。

2.2 原发性胃肠道恶性淋巴瘤的 X 线表现 (1) 肿块性改变:肿块基底宽大,表面可见多发粗大迂曲黏膜或小溃疡,边界可见锐利的隆起性肿块。(2) 浸润性改变:病变蔓延至黏膜下,胃壁增厚、变硬,黏膜皱襞迂曲、粗大,表面可见小溃疡、小结节。(3) 溃疡性改变:溃疡巨大,深浅不一,边界锐利,周围呈弥漫性隆起,范围大,与正常组织分界不清。(4) 息肉结节性改变:正面观形似鹅卵石,呈圆形透亮影,大小不一;侧面观为半球状,外观光滑;部分肠道淋巴瘤病例呈动脉瘤样改变。

2.3 原发性胃肠道恶性淋巴瘤的 CT 表现 (1) 胃肠壁增厚明显,肿块边界清晰,呈分叶状或圆形,有低密度回声区;(2) 胃与邻近器官脂肪间隙完整;(3) 肠道部分病例可见坏死或出血,胃部分病例可见穿孔;(4) 后腹膜淋巴结肿大;(5) 部分病例肿瘤在肠道内形成套叠,呈分层状影。

3 讨论

原发性胃肠道恶性淋巴瘤作为最常见的结外淋巴瘤,以胃部受累最常见^[4]。临床研究显示^[5],EBV 病毒和幽门螺杆菌感染以及各种自身免疫性疾病和继发性免疫功能异常病例患者的增多,导致原发性胃肠道恶性淋巴瘤的发病率逐渐上升。其中,结肠淋巴瘤与相应部位结肠癌的临床表现极为相似,多表现出腹痛、腹部包块、排便习惯改变、便血、有或无发热等,但缺乏特异性的临床表现,术前及时诊断较为困难。口服钡剂造影或气钡双对比造影是进行上消

化道和结肠最基本的影像检查方法,通过对胃淋巴瘤 X 线钡餐检查可以发现黏膜粗大、结节或肿块以及全胃浸润^[6],结肠淋巴瘤钡剂造影可表现为黏膜粗大、多发结节的充盈缺损或肠壁僵硬而肠腔稍窄。CT 检查能够明确胃肠系统以及肝、脾等脏器和腹腔淋巴结情况^[7-8],为临床诊断和治疗提供更加准确的信息,利于治疗后进行对比,是非常必要的检查手段。同时,CT 检查还可以显示胃肠淋巴瘤的病理特征,如病变胃肠段壁呈弥漫或局限增厚,局部可形成肿块,胃肠外缘脂肪间隙清晰,常不伴胃肠梗阻,需要注意的是肠壁明显增厚但肠腔可不变窄,甚至扩张,此征象被认为是诊断肠道淋巴瘤的特异性征象。本研究中检查结果显示,48 例患者进行 X 线钡餐检查,其中 32 例充盈缺损,8 例呈肠管浸润改变,3 例成溃疡性改变,5 例无阳性改变。52 例患者进行 CT 检查,34 例管壁增厚、变硬,10 例隆起性肿块,基底变大,6 例巨大溃疡,2 例无阳性改变。说明 X 线钡餐检查与 CT 检查可早期观察到恶性淋巴瘤的影像学表现,利于临床早期诊断,具有重要的临床价值。

参考文献

[1]韦永春.原发性胃肠道恶性淋巴瘤的 X 线钡餐 CT 检查及病理基础[J].基层医学论坛,2012,16(4):483-484
[2]李力,金震东,蔡敏,等.CT 联合微超声探头检查对原发性胃肠道恶性淋巴瘤的诊断价值 [J]. 同济大学学报 (医学版),2014,35(1): 110-113
[3]黄祥成,巴明臣,卿三华,等.原发性胃恶性淋巴瘤诊治分析[J].中华消化内镜杂志,2004,21(5):343-344
[4]张雪凤,刘崎.原发性小肠淋巴瘤影像诊断及进展[J].癌症进展, 2013,11(3):202-206
[5]曾远程,陆志平,黄国进.原发性胃恶性淋巴瘤的术前诊断问题探讨 (附 7 例报告)[J].临床消化病杂志,2011,23(5):273-275
[6]胡良波,赵建农,张翱.肠道恶性淋巴瘤的 CT 及 MRI 分析[J].临床放射学杂志,2010,29(5):634-637
[7]马升高,孟凡升,胡祥鹏,等.原发性大肠恶性淋巴瘤临床特点与误诊分析[J].中国全科医学,2009,12(10):1887-1889
[8]王陆本,宋军,刘玉强,等.原发性胃肠道恶性淋巴瘤 25 例临床分析 [J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(24):3052-3053

(收稿日期: 2017-02-25)

CT 诊断对术前结肠癌及术后结肠癌复发的临床分析

杨金霞

(辽宁省辽阳市辽化总医院放射科 辽阳 111003)

关键词:结肠癌;CT 诊断;术后复发;临床分期

中图分类号:R735.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.073

结肠癌是一种常见的胃肠道恶性肿瘤,多发于直肠、直肠与乙状结肠交界处,好发于 40~50 岁,且发病率具有逐年递增的趋势。文献报道,结肠癌术后局部复发率高达 6%~21%^[1],严重影响患者生存质量。病理组织活检是临床结肠癌诊断与分期的金

标准,但随着 CT 等影像设备及诊断技术的不断发展,CT 在结肠癌诊断中的良好应用价值突显,通过 CT 扫描不仅能准确判断结肠病变性质,还能显示病变是否侵袭邻近器官? 是否存在淋巴结及远处转移? 对术前评估及手术治疗方式选择具有重要临