

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

床意义。笔者针对近三年我院收治的 60 例结肠癌患者进行 CT 跟踪检查,采用 CT 检查与病理组织活检结果相对照研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 1 月~2016 年 6 月确诊的结肠癌或术后结肠癌复发患者 60 例为研究对象,男 36 例,女 24 例;年龄 38~55 岁,平均年龄 (47.7± 3.2) 岁;结肠癌 44 例,术后结肠癌复发 16 例;乙状结肠癌 23 例,升结肠癌 21 例,降结肠癌 16 例。所有患者均进行病理切片检查和 CT 扫描检查。排除其他严重内科疾病、肿瘤疾病、痔疮及精神病患者。所有患者均同意参与本次研究,且签订知情同意书。

1.2 检查方法

1.2.1 术前 CT 检查 患者于手术前 2 d 禁食,术前 1 d 服用硫酸镁和水行肠胃清洗。取仰卧位进行平扫,行连续扫描、间隔扫描、重叠扫描、薄层扫描(层厚<0.5 cm)及靶扫描等,扫描层厚为 1.0 cm。平扫完成血管注入水溶性含碘造影剂 60~100 ml 行增强扫描。若直肠癌患者,扫描前直肠中灌入 1 200~1 500 ml 温开水;若乙状结肠癌患者,扫描前直肠中灌入 2 000 ml 温开水。嘱患者术后 5 个月首次复查,随后 1 年复查 1 次。

1.2.2 病理切片检查 取术后病变组织进行化学处理及固态硬化。利用切片机切成薄片,粘于玻片并进行染色,置于显微镜下观察组织病理变化,对疑似直肠癌复发者,也需进行病理切片检查。

1.3 结肠癌分期 参照结肠癌病理 TNM 分期标准。T: 原发肿瘤。Tx 无法评估原发肿瘤,T0 无原发肿瘤证据,Tis 原位癌,T1 肿瘤侵及黏膜下层或者黏膜肌层,T2 肿瘤侵及肠壁固有肌层,T3 肿瘤侵及浆膜下层,T4 肿瘤穿透浆膜层;N: 淋巴结转移。Nx 无法评估淋巴结,N0 尚未出现淋巴结转移,N1 表示存在 1~3 区域淋巴结转移,N2 表示大于 4 个区域存在淋巴结转移;M: 淋巴结远处转移。Mx 无法评估远处转移,M0 尚未发生远处转移,M1 存在远处转移现象^[2]。

1.4 观察指标 观察 CT 扫描诊断结果,并与病理切片检查结果对比,计算 CT 扫描准确率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 *t* 检验。计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 术前 CT 诊断与术后病理诊断比较 术前 CT

诊断总准确率为 86.67%(52/60),其中,M 分期诊出率高达 90.00%(9/10),其次为 N 分期诊出率 86.96%(20/23),T 分期为 85.19%(23/27)。见表 1。

表 1 术前 CT 诊断与术后病理诊断比较(例)								
CT 诊断	T 分期(n=27)		N 分期(n=23)		M 分期(n=10)		总体	
	+	-	+	-	+	-	+	-
+	18	1	14	2	6	0	38	3
-	3	5	1	6	1	3	5	14

2.2 结肠癌术后复发 CT 诊断与病理诊断比较 16 例结肠癌术后复发患者中,CT 诊断准确度为 87.50%(14/16)。见表 2。

表 2 结肠癌术后复发 CT 诊断与病理诊断比较(例)								
CT 诊断	T 分期(n=8)		N 分期(n=6)		M 分期(n=2)		总体	
	+	-	+	-	+	-	+	-
+	6	0	3	0	1	0	10	0
-	1	1	1	2	0	1	2	4

3 讨论

结肠癌是严重威胁人类生命健康的疾病之一。其发病与人们饮食习惯、生活习惯等有着密切关系,如食用高脂肪、高蛋白食物,吸烟、酗酒及缺乏运动锻炼等^[3]。结肠癌发病较隐匿,犯病初期常表现为消瘦、贫血、乏力、低热及浮肿等,多易被患者忽略而导致病情延误。随着病情加重会出现肠梗阻、腹部包块等症状,将严重威胁患者生命安全。目前结肠癌诊断方法较多,如结肠内镜检查、B 超检查、结肠气钡造影及活体组织病理检查等,但均存在一定不足^[4]。如活体组织病理切片检查虽是结肠癌诊断的金标准,准确度可达 99%以上,但该法操作繁琐,为有创检查,需取患者病变组织进行涂片检查。B 超检查虽方便快捷,但易出现漏诊。多研究认为,CT 在结肠癌诊断中具有较高临床价值,CT 扫描具有无创性、可重复性,检查过程方便、迅速,分辨率高,检查结果清晰可见,已广泛用于临床疾病检查。

本次研究以组织病理切片检查为参考,对比分析 CT 诊断结果的准确性。本组研究结果显示,CT 检查对术前及术后复发结肠癌的总体准确度高达 85%以上(术前 CT 诊断 86.67%,术后复发 CT 诊断 87.50%),其中 N 分期准确率达 90%以上。CT 检查是横断位成像,同时可进行冠状面、矢状面成像,另外根据检查需要可进行三维立体图像重建,将病变部位清晰逼真地显示出来且分辨力高。CT 扫描图像能非常清晰明确地观察到结肠癌淋巴转移情况、细胞浸润形状和方向、周围组织及脏器累及情况,并对癌症进行分期。陈倩等^[5]研究认为,通过 CT 高度准直的 X 线围绕特定部位进 (下转第 165 页)

[7]戴晓彬.柴胡疏肝散加减治疗功能性消化不良的临床观察[J].时珍国医国药,2014,25(3):653

[8]彭金平.柴胡疏肝散加味治疗粘连性肠梗阻 98 例总结[J].湖南中医杂志,2010,26(3):36-37

[9]曾浩,郑翔.郑翔治疗肝硬化经验[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(1):148-149

[10]谢正兰,李铁强,卢斌.柴胡疏肝散对早期肝硬化患者门脉内径的影响[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(8):100-101

[11]郭占芳,张乾.阿德福韦酯联合柴胡疏肝散治疗乙型肝炎后早期肝硬化 70 例[J].时珍国医国药,2013,24(10):2441-2442

[12]张良登,孙晓红,魏玮,等.柴胡疏肝散治疗非酒精性脂肪肝的系统评价与 Meta 分析[J].世界中西医结合杂志,2014,9(9):1004-1007

[13]陈富强,胡玉芝.柴胡疏肝散加减治疗腹腔镜胆囊摘除术后综合征 19 例[J].新中医,2008,40(2):80-81

[14]李惠东,洪阳春,陈玲,等.柴胡疏肝散治疗胆囊切除术后综合征疗效观察[J].新中医,2010,42(8):37-38

[15]刘芳.柴胡疏肝散加减治疗冠脉痉挛性心绞痛的临床研究[J].辽宁中医杂志,2015,42(3):512-513

[16]裴国宪.柴胡疏肝散治疗心脏神经症疗效观察[J].中国伤残医学,2013,21(10):174-175

[17]夏柔娟,郑俊,孙耀先.柴胡疏肝散加减治疗心脏神经症 128 例[J].中国实用医药,2011,6(27):156

[18]魏冬梅.柴疏肝散加减治疗原发性痛经 45 例[J].陕西中医,2014,35(9):1201-1202

[19]李红,陈莹,吕绍光,等.柴胡疏肝散干预围绝经期气郁体质妇女 35 例临床观察[J].福建中医药大学学报,2014,24(6):4-6

[20]丁超,陈慧.柴胡疏肝散加减治疗经断前后诸症 38 例[J].实用中医药杂志,2013,29(9):729

[21]陈汉锐,李阳.林丽珠教授运用疏肝养肝法治疗乳腺癌经验介绍[J].新中医,2010,42(6):136-137

[22]唐艺洪.柴胡疏肝散治疗带状疱疹 60 例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(9):47-48

[23]易铁良,文明昌.柴胡疏肝散加减治疗扁平疣探讨[J].贵阳中医学院学报,2014,36(1):86-87

[24]翁鹤,曹毅.柴胡疏肝散加味治疗寻常痤疮疗效观察[J].山西中医,2013,29(3):18-19

[25]刘梅根,马文军.加味柴胡疏肝散治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察[J].广西中医药,2008,31(4):25-26

[26]林冰,夏进.加味柴胡疏肝散治疗抑郁症临床研究[J].新中医,2011,43(8):36-37

[27]陈贺华,刘勇,沈晓明.柴胡疏肝散加味治疗卒中后抑郁的临床观察与机制分析[J].辽宁中医杂志,2013,40(1):112-114

[28]刘展华,陆嵩,赵燕.柴胡疏肝散干预乳腺癌术后伴发抑郁症临床观察[J].新中医,2010,42(7):63-64

[29]曹宗黎,左明晏,吕海燕.柴胡疏肝散治疗慢性疲劳综合征 36 例[J].光明中医,2012,27(2):292

[30]杨晓琴.柴胡疏肝散治疗高原地区亚急性甲状腺炎[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(10):187-189

[31]郭建辉,石艳芬.柴胡疏肝散合五味消毒饮加减治疗亚急性甲状腺炎 30 例[J].福建中医药,2014,45(4):20-21

[32]张玉层.柴胡疏肝散加味治疗血管性头痛 35 例[J].浙江中医杂志,2009,44(9):650

(收稿日期: 2017-02-28)

(上接第 113 页)行断层扫描,通过正常部位与病变部位 X 线衰减差值,将解剖结构清晰显示出来,提高了临床诊断的准确率。沈燕等^[9]研究认为,CT 检查能准确提供结肠癌的基本征象、浆膜及临近器官受侵情况、淋巴结转移及远处转移情况。对结肠癌的诊断具有较高临床价值,建议作为结肠癌手术前的常规检查。综上所述,CT 诊断可对结肠癌术前分型、术后复发结肠癌患者病情确证,同时临床分期诊断的准确度较高,可为临床手术治疗提供有利参考,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]白顺军.结肠癌的 CT 诊断与探讨[J].中国老年保健医学,2012,10(6):57,60

[2]郭晓艳.CT 诊断术前结肠癌以及术后结肠癌复发的临床价值[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2014,12(5):81-83

[3]黄琦.研究 CT 术前诊断结肠癌以及术后结肠癌复发的临床价值[J].影像技术,2016,28(6):37-38

[4]陈建国.结肠癌的 CT 诊断及其应用价值[J].中外医学研究,2014,12(26):68-70

[5]陈倩,郭昊.CT 诊断术前结肠癌以及术后结肠癌复发的临床价值[J].临床医学研究与实践,2016,1(21):147-148

[6]沈燕,何志明.结肠癌的 CT 诊断与价值[J].现代中西医结合杂志,2009,18(25):3101-3102

(收稿日期: 2017-02-05)

征订启事

本刊由江西省中医药研究院、江西省中西医结合学会主办,江西省卫生和计划生育委员会主管。系综合性中西医结合学术期刊 (ISSN 1671-4040, CN36-1251/R, 邮发代号 44-126, 国外代号 BM1734),为《中国核心期刊(遴选)数据库》、《中国学术期刊(光盘版)》、《中国期刊网》全文数据库入选期刊,获《CAJ-CD 规范》执行优秀期刊奖。本刊以宏

扬中西医结合学术、贴近临床、注重实用、鼓励创新、中西医并重为宗旨;适用于中西医结合、中医、中西药、西医临床教学科研人员和基层医护人员订阅。本刊为大 16 开,96 页,单月刊,定价 8.50 元,全年 12 期共 102 元,可在全国各地邮局订阅。亦可直接汇款至本编辑部订阅。地址:南昌市文教路 529 号,电话:0791-88528704。