

CT, MRI 对直肠癌临床术前分期的诊断价值

龚晓丽

江安县中医医院放射科 644200

〔摘要〕目的 研究 CT, MRI 对直肠癌临床术前分期的诊断价值。方法 选择 2022 年 1 月 -2022 年 10 月到本院治疗直肠癌患者共 72 例作为观察对象, 运用 CT 检查模式、MRI 检查模式判定直肠癌临床术前分期的诊断价值。结果 MRI 诊断淋巴结正确率 58/72 (80.56%), CT 诊断正确率 43/72 (59.72%) ($P<0.05$); MRI 分期诊断的精准性更高。结论 MRI 诊断模式引入到直肠癌疾病判定中, 具有较高的分期诊断价值。

〔关键词〕直肠癌; CT; MRI; 术前分期; 诊断价值

〔中图分类号〕R445.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 03-060-02

直肠癌疾病作为常见性恶性肿瘤之一, 临床中一般需要运用手术治疗模式, 在对具体的方案进行制定的时候, 需要对患者实施有效性的术前分析, 能够降低疾病出现复发的概率, 对疾病进行改善, 以便于预后。传统术前检查模式主要是运用场景检查模式, 该种模式可以精准的判定病灶的转移和浸润状况等, 在临床中并不能够被广泛性的运用。CT 技术以及 MRI 技术在近几年来被较为广泛的使用在直肠癌疾病术前的分期性诊断中, 诊断的精准性受到医师的认可。为了能够对上述二种影像学诊断效果确认, 本文将研究 CT, MRI 对直肠癌临床术前分期的诊断价值, 报道如下:

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 1 月 -2022 年 10 月到本院治疗直肠癌患者共 72 例作为观察对象, 患者存有腹痛症状、大便性状改变以及腹泻症状等, 经过手术病理判定为直肠癌疾病, 患者均接受 CT 检查、MRI 检查, 分成 CT 检查组 (72) 和 MRI 检查组 (72), CT 检查组患者年龄在 34-82 岁, 平均年龄为 62.45 ± 6.59 岁, MRI 检查组患者年龄在 34-82 岁, 平均年龄为 62.45 ± 6.59 岁, 一般资料 ($p>0.05$)。

1.2 方法

全部的患者都需要进行 MRI 检查以及 CT 检查, 这就需要对患者开展肠道准备工作, 在检查之前的四十八小时, 要告知患者食流食, 还需要口服 100 毫升的硫酸镁, 而后引入 2000 毫升的矿泉水。患者在接受检查的当天, 需要运用生理盐水对患者进行灌肠, 要求患者禁食。在检查之前的一个小时到二个小时之内将 10 毫升的山稔弱碱肌肉注入到患者体内。

1.2.1 CT 检查

选取本院中先进的 64 排螺旋 CT 设备, 将管电流数值设置成 300mA、管电压数值设置成 120Kv、重建层间距数值设置成 0.625mm、重建层厚数值设置成 0.625mm。引导患者处于侧卧体位, 在患者的膈顶实施常规性扫描, 直到耻骨联合的下缘。将欧乃派克对比剂 100ml 注入患者体内, 动脉期是注射之后的 30 秒, 而静脉期则是 60 秒~80 秒, 将延迟期控制在 240s, 扫描完成之后, 需要将图像传送到专业工作站中, 将图像实施针对性处理。

1.2.2 MRI 检查

选取本院中先进的 3.0T MRI 设备, 8 通道相控阵表面线圈, 常规行横截面、冠状面 T1W、横截面 T2W 扫描, 层间距数

值设置成 0.6mm、层厚数值设置成 6mm。增强扫描给予对比剂钆喷替酸葡甲胺药物 0.1mmol/kg, 脂肪抑制快速梯度回波序列行增强扫描, 层间距数值设置成 3.5mm、层厚数值设置成 7mm, 对患者的整个盆腔进行扫描。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 直肠癌分期判定的标准

T1-T2 期: 病变段存在清晰肠外壁脂肪间隙, 开展增强扫描之后, 具有光滑肠壁外缘; T3 期: 有小斑片影在病变段肠管附近脂肪间隙, CT 可以清晰的看见高密度, MRI 能够见到低信号影, 开展增强扫描之后, 可以看出结节影外突亦或是肠壁外缘出现不平整状况; T4 期: 未见病变段肠管与周围脏器间脂肪间隙, 增强扫描见模糊边界。

1.3.2 淋巴结阳性判定的标准

淋巴结的边界呈现出模糊状况, 其直径大于 5mm, CT 增强扫描亦或是 MRI 增强扫描之后, 会有明显的强化趋势。

1.4 数据处理

将数据复制到 excel 表格中, 用 SPSS17.0 软件进行对数据的统计和整理, 用 ($\bar{x} \pm s$) 来表示, 计数资料用 (χ^2) 校验, $p<0.05$, 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术前 CT 分期结果详情见表 1。

表 1 术前 CT 分期结果

CT 检查	术后病理分析			合计
	T1-T2 期	T3 期	T4 期	
T1-T2 期	8	7	0	15
T3 期	7	15	10	32
T4 期	0	5	20	25
合计	15	27	30	72

2.2 术前 MRI 分期结果详情见表 2。

表 2 术前 MRI 分期结果

MRI 检查	术后病理分析			合计
	T1-T2 期	T3 期	T4 期	
T1-T2 期	15	4	0	19
T3 期	2	31	6	39
T4 期	0	2	12	14
合计	17	37	18	72

2.3 淋巴结阳性诊断结果

(下转第 63 页)

3 讨论

导致小儿肠套叠发生的因素,包块解剖结构、肠蠕动紊乱、病毒感染等。在小儿发热的时候,存在明显负同等额问题,肠套叠实际发病率增加。因为患儿年龄较小,不会对病情进行表达,如果临床诊断存在误诊的情况,则会对后续治疗产生影响。因此,需要提出适当的诊断方式,实行对症治疗与干预^[3]。以往对小儿肠套叠实行 X 射线诊断的方式,但因为患儿的年龄小,机体实际抵抗力、免疫力较弱。在接受 X 射线检查的过程中,可能面临 X 射线辐射的损伤与影响,患儿耐受力较差,家属接受起来比较困难,使得做这一诊断方式具有较强的局限性。基于超声技术的持续进步与应用,腹部超声、浅表超声联合检查的方式得到了关注,这一检查方式具备价格具有经济性特点、无创性特点的优势,不会给患儿的身体带来一定的损伤,也不容易受到外部因素的制约,影响诊断的实际准确性^[4-5]。腹部超声检查,无法对包块、包块内部细节进行监测。所以,在对小儿肠套叠进行诊断的时候,容易发生漏诊、误诊的情况。浅表超声的分辨率、探头相对较高,整个诊断过程中的敏感

度更高,可以体现包块每部的超声影像。基于此,实行两种诊断方式联合,可以避免发生漏诊的问题,改善患儿治疗效果。

综上所述,对小儿肠套叠诊断方式来说,实行腹部超声与浅表超声联合,能够切实提升患儿家属的满意率,保证诊断的准确性,避免不必要的纠纷事件发生,为后续治疗提供更多可参考依据,建议临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李晓莹.小儿肠套叠诊断中联合采取腹部超声与浅表超声的诊断价值[J].中国医疗器械信息,2021,27(24):89-91.
- [2] 梁春艳.超声对小儿肠套叠的诊断价值评价[J].中国现代药物应用,2021,15(13):85-87.
- [3] 丛莉.腹部超声联合浅表超声对小儿肠套叠的诊断价值研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(13):136-137.
- [4] 方华容.腹部超声、浅表超声联合诊断小儿肠套叠的价值分析[J].影像研究与医学应用,2021,5(08):34-35.
- [5] 孙全红.腹部超声联合高频超声对小儿肠套叠诊断结果的影响[J].影像研究与医学应用,2020,4(22):138-140.

(上接第 60 页)

MRI 诊断淋巴结正确率 58/72 (80.56%), CT 诊断正确率 43/72 (59.72%) ($P < 0.05$)。

3 讨论

直肠癌属于消化道恶性肿瘤之一,随着人们生活节奏的加快以及饮食习惯的改变,近几年来,我国直肠癌发病人数呈现出逐年上升趋势^[1]。患者患病早期常表现出血便、脓血便、下肢水肿等症状,病死率高达 50%-60%^[2]。由于人们对该病缺乏足够了解,在经确诊时,往往已经发展至病情中晚期,耽误治疗时机,延误病情,降低生活质量,对患者生命安全构成严重威胁。因此,临床应重视直肠癌检查工作,采取有效诊治措施准确判断直肠癌疾病以及术前分期,方便医务人员为后续治疗制定合理计划^[3]。CT、MRI 是临床常用检查仪器,CT 仪器主要测定人体组织对 X 线不同程度的吸收率与物理密度,当正常组织与异常组织对所呈现出的 X 线无明显变化时,则影响诊断结果,误差增大。对于中晚期直肠癌患者,肠内

阻塞严重,无法进行灌肠操作,此时 CT 检查难以准确辨别肠内容物与肿瘤情况,适应范围具有局限性。MRI 对于软组织分辨能力强,在检查、时能够提供较高空间分辨率以及大范围扫描影响,清晰显示出直肠壁各层结构,灵敏度高。对于中晚期患者,可以根据肠内容物与肿瘤之间的不同信号提供准确参考数据。

[参考文献]

- [1] 张洪涛.CT、MRI 影像诊断对直肠癌临床术前分期价值的研究[J].系统医学,2020,5(2):98-100.
- [2] 孙鑫.CT、MRI 影像诊断对直肠癌临床术前分期的价值研究[J].中国医药指南,2018,16(25):160-161.
- [3] 刘胜.CT、MRI 影像诊断对直肠癌临床术前分期的价值研究[J].健康必读,2020(35):14.
- [4] 潘静容.CT、MRI 影像诊断对直肠癌临床术前分期价值研究[J].神州,2020(10):278.

(上接第 61 页)

观察组 33 例患者的肺部感染种类 CT 征象,详情况见表 2:

3 讨论

肺部感染疾病好发于四季,临床症状主要包括头痛、咽痛以及咳嗽等,同时也极易引起患者的呼吸道感染、咽炎、肺炎、扁桃体炎等疾病,此外还极有可能对肾脏、心肌以及神经系统造成一定损伤。并且该疾病会对患者机体免疫功能造成一定损伤,发病后会随着病情的进一步发展,出现少痰或者无痰的顽固性咳嗽,且夜间症状更为明显,致使患者无法正常休息。如果病情严重还会出现较严重的炎症反应,若未开展及时有效地治疗会严重威胁患者生命^[3]。在本次实验中,观察组初期肺部感染患者均开展胸部 X 线联合 CT 检查,结果显示,观察组阳性诊断率及诊断准确率均高于对照组,组间差异较大存有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明二者对早期肺部感染诊断具有较高灵敏度、特异度、准确率。且 X 线检查

可以清楚地显示与定位患者病灶,CT 检查则能明确患者肺部感染种类征象。两种检查方式的联合使用,可有效地对初期肺部感染疾病做出诊断,诊有利于患者的尽早确诊、尽早治疗。并为医生正确合理地制定治疗方案提供了图像与数据的支持,使临床治疗效率得到提升。

综上所述,对早期肺部感染患者应用胸部 X 线联合 CT 检查,可降低误诊率及漏诊率,并提高诊断准确率,值得在临床诊断早期肺部感染中进行推广应用。

[参考文献]

- [1] 练小江.胸部 X 线联合 CT 检查在早期肺部感染中的诊断[J].基层医学论坛,2021,22(17):2395-2396.
- [2] 李百鑫.螺旋 CT 联合胸部 X 线在早期肺部感染诊断中的应用[J].中国实用医刊,2020,46(14):53-56.
- [3] 姜海涛.胸部 X 线联合 CT 检查对早期肺部感染诊断的临床意义[J].深圳中西医结合杂志,2022,28(2):66-67.