

急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断及临床研究

胡 刚, 王子真, 吴新淮(北京军区总医院放射诊断科 100700)

【摘要】 目的 评价螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断中的应用价值。**方法** 分析北京军区总医院收治的 40 例急性胰腺炎患者临床资料, 所有患者均行 GE HD750 宝石 CT 机扫描, 上腹部平扫加增强扫描, 观察其在螺旋 CT 下的影像学特征。**结果** 40 例急性胰腺炎患者中, 有 36 例胰腺体积增大, 其中局限性增大 24 例, 弥漫性增大 12 例; 5 例患者胰腺出血, 10 例胰腺坏死。**结论** 螺旋 CT 应用于急性胰腺炎诊断有助于疾病的治疗, 值得临床推广使用。

【关键词】 急性胰腺炎; 螺旋 CT; 诊断

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 15. 031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-1984-02

随着老龄化人口增加及饮食习惯的改变胰腺炎患者人数呈上升趋势^[1-2]。临床诊断主要依靠临床表现、实验室检查结果及 CT 影像学表现^[3]。螺旋 CT 可根据患者不同影像学表现对急性胰腺炎作出诊断及鉴别诊断, 亦可对轻重程度作出鉴别, 还可准确反映是否累及胰腺周围重要器官, 对该病早期诊断、早期治疗有重要价值^[4-6]。本文分析了 40 例急性胰腺炎患者在螺旋 CT 下的影像学表现, 探讨螺旋 CT 在该病诊断中的临床价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院收治的 40 例急性胰腺炎患者。患者年龄 21~67 岁, 平均(37.4±3.21)岁, 其中男 24 例, 女 16 例。患者均因持续性上腹部疼痛入本院诊治, 发病时间 10 h~2.5 d, 伴恶心、呕吐、腹胀等症状, 患者感觉腰背部放射痛, 经问诊 12 例患者有胆石症, 10 例患者有长时间饮酒史。经查体: 患者收缩压 104~138 mm Hg, 平均(113.4±9.1)mm Hg, 舒张压 61~83 mm Hg, 平均(71.3±4.5)mm Hg; 心率 59~83 次/分, 平均(71.4±6.2)次/分, 血氧饱和度均高于 95%, 所有患者生命体征均平稳无异常。部分患者经触诊示腹部压痛、反跳痛、肌紧张。40 例患者均经生化检查证实为胰腺炎。

1.2 方法 所有患者检查前均禁食禁饮, 均未口服造影剂以免加重病情, 使用 GE HD750 宝石 CT 机扫描。患者常规仰卧位, 先依据定位像行容积扫描, 扫描层厚为 3 mm, 间隔为 3 mm, 200 MA 管电流, 120 KV 扫描管电压; 然后经患者肘静脉注入适量碘海醇(非离子型造影剂), 注射速度为 2~3 mL/s, 行增强扫描, 扫描部位从肝顶至胰腺钩突下方。

2 结 果

2.1 胰腺肿大 经螺旋 CT 检查, 40 例急性胰腺炎患者中, 36 例患者出现胰腺体增大, 其中 24 例为局限性肿大, CT 显示胰腺增粗、外隆, 外形非正常, 局限性肿大病例中主要为胰尾肿大; 其余 12 例显示弥漫性肿大, 胰腺轮廓外形因水肿显示不清, 胰腺密度减低; 4 例胰腺形态正常。

2.2 胰腺出血、坏死 5 例患者在螺旋 CT 下显示局限性高密度灶, 大多在胰体尾部; 10 例患者经 CT 显示胰腺坏死, 可见单发、大片状或多发、小斑片状低密度灶, 且边界不清楚。

2.3 胰周改变 14 例主要表现为胰腺周围组织水肿、积液等。

2.4 假性囊肿 2 例胰周假性囊肿, 可见低密度灶, 类圆形, CT 值约 5 Hu, 壁薄。

2.5 并发症 胆囊炎 10 例, 胆结石 7 例。

3 讨 论

3.1 病因 急性胰腺炎多见于长期饮酒、胆道系统疾病, 如胆

结石、胆囊炎、胆道寄生虫, 或者食用过多油腻食物, 胰腺分泌的消化液因胰导管梗阻, 胰液渗入间质及周围组织, 可对胰腺本身组织及周围组织产生自我消化从而导致炎性反应, 也可导致胰腺肿大、胆汁淤积, 侵蚀小血管引起出血, 也可导致腹膜后液体滞留^[7]。

3.2 临床表现及病理特征 患者主要以饱餐、饮酒后腹痛为主诉入院诊治, 可伴有腹胀、恶心、呕吐、体温升高等临床症状, 胆石症患者腹痛一般始发于右上腹, 渐转移向下左侧。对患者查体可有肌紧张、压痛、反跳痛。重症坏死性胰腺炎可有脉搏细速、低血压等症状, 甚至休克, 病死率极高。胰腺炎病理学表现主要因炎性反应导致水肿、充血、出血甚至坏死, 水肿型胰腺炎水肿部位多位于尾部, 肿胀变硬、出血, 显微镜下可见间质充血并有炎性反应细胞浸润, 甚至可见脂肪坏死^[9]。

3.3 诊断标准及螺旋 CT 影像学表现 急性胰腺炎在螺旋 CT 下主要表现为弥散性体积增大, 局限于胰头部患者少见。胰腺水肿是 CT 值减低, 一般低于 30~50 Hu。CT 常显示胰腺轮廓模糊不清, 甚至可在胰腺周围发现积液, 但据报道, 大概有 20% 急性胰腺炎患者在 CT 上没有形态、体积大小和密度的改变。增强扫描多显示为均匀强化。重症胰腺炎在 CT 下多表现为密度不均匀、体积明显增大, 甚至出现程度不同的坏死、出血。据临床研究表明, 出血区在 CT 下多为高密度, CT 值约为 60~70 Hu^[10]。

本文 40 例患者均经血生化检查各项指标证实为急性胰腺炎, 由此可见螺旋 CT 扫描在急性胰腺炎诊断、分期、严重程度分级及并发症诊断方面准确率较高。相较于超声检查方法, 螺旋 CT 检查具有巨大优点^[11]: 分辨率高, 扫描速度快, 一般情况下完成整个胰腺扫描只需要一屏气时间, 大大减少因患者疼痛或者呼吸运动等躯体运动而产生的移动伪影, 有助于清楚显示胰腺病变部位、出血、坏死程度, 甚至可区分胰腺周围是否受累以及是否合并发生并发症, 对病情允许的患者还可行增强扫描。而螺旋 CT 相较于普通 CT 机而言, 速度更快, 扫描范围也更大, 还有良好的密度分辨率及空间分辨率, 可更清晰了解胰腺坏死程度以及观察炎性反应是否侵犯其他周围组织, 对判断预后有重大作用^[12]。

由此可见, 螺旋 CT 在临床使用上有重要价值, 在疑似急性胰腺炎患者诊断中可首先使用螺旋 CT 检查, 值得在临床上推广使用。

参考文献

[1] 廖素清, 江东, 胡俊川. 早期微创腹腔置管灌洗治疗重症

急性胰腺炎 46 例分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(13): 1632-1633.

[2] 孙耀辉, 付克广, 滕录侠, 等. 急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断 (附 62 例分析)[J]. 实用放射学杂志, 2007, 23(1): 137-138.

[3] 周立新. 肾前筋膜增厚对急性胰腺炎 CT 诊断的价值 (附 55 例分析)[J]. 广西医学, 2005, 27(6): 808-809.

[4] 龚建山. 急腹症的螺旋 CT 评价[J]. 国外医学: 临床放射学分册, 2002, 25(1): 25-28.

[5] 严志汉, 闵鹏秋, 宋彬, 等. 急性胰腺炎累及肾旁后间隙与其临床严重程度及 CT 严重指数的相关性研究[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39(4): 375-378.

[6] 陈伯超, 饶中和, 姚小刚, 等. CT 对非创伤性急腹症的诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(12): 1071-1073.

[7] 李敏, 王可武, 钱铭辉. 65 例胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析 [J]. 中国医学影像学杂志, 2007, 15(2): 148.

[8] 韦英伟, 黎昕. 螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断中的应用价值 [J]. 实用医技杂志, 2006, 13(10): 1652-1653.

[9] 沉伯饶, 饶中和, 姚小刚, 等. CT 对非创性急腹症的诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(2): 1071-1073.

[10] 张卫东, 何开镜. 螺旋 CT 的扫描中断故障与滑环维护保养[J]. 中国医学装备, 2007, 4(10): 51-52.

[11] 陶颖, 刘志成, 彭明辰, 等. 多排螺旋 CT 图像的高对比度与扫描参数的关系[J]. 北京生物医学工程, 2008, 28(5): 479-481.

[12] Balthazalr EJ, Freeny PE. Imaging and intervention in acute pancreatitis[J]. Radiology, 1994, 192(2): 297-306.

(收稿日期: 2013-01-27 修回日期: 2013-03-08)

• 临床研究 •

联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡的临床疗效分析

李忠华¹, 古冬平² (1. 广东省深圳市龙华新区观澜人民医院内科 518110; 2. 广东省深圳市龙岗区平湖街道计划生育指导中心妇科 518111)

【摘要】 目的 探讨和研究联合用药治疗胃炎、胃十二指肠溃疡的临床疗效。**方法** 选取深圳市龙华新区观澜人民医院 2010 年 2 月至 2012 年 10 月临床确诊的胃炎及胃十二指肠溃疡患者共计 100 例, 其中胃炎患者 40 例, 胃十二指肠溃疡患者 60 例, 随机将患者等分为对照组和观察组, 对照组给予兰索拉唑、克拉霉素和甲硝唑, 观察组给予兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林, 治疗 4 周, 观察疗效。**结果** 经过治疗, 对照组有效率为 70%, 观察组总有效率为 90%, 两组患者比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡具有显著的疗效, 其中兰索拉唑、克拉霉素联合阿莫西林的效果更好。

【关键词】 联合用药; 胃炎; 胃十二指肠溃疡; 疗效
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-1985-02

如何更好的治疗胃炎和胃十二指肠溃疡, 减轻现代人类的痛苦对于医疗界和现代社会来说有着重要的意义^[1]。本文就结合深圳市龙华新区观澜人民医院曾收治的 100 例临床胃炎和胃十二指肠溃疡患者进行联合用药的疗效分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取深圳市龙华新区观澜人民医院 2010 年 2 月至 2012 年 10 月通过胃镜进行临床确诊的胃炎及胃十二指肠溃疡患者共计 100 例, 其中胃炎患者 40 例, 胃十二指肠溃疡患者 60 例。随机将患者等分为对照组和观察组, 对照组中男 38 例, 女 12 例, 年龄 32~61 岁, 平均 (39.63±2.64) 岁, 病程 6~133 个月, 平均病程 (66.00±6.54) 个月; 观察组中男 36 例, 女 14 例, 年龄 33~60 岁, 平均年龄 (40.21±3.12) 岁, 病程 6~126 个月, 平均病程 (66.00±5.46) 个月; 两组患者相比较, 性别、年龄、病程均相似, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组: 患者每日使用兰索拉唑每次 30 mg, 每日 1 次; 克拉霉素每次 0.25 g, 每日 2 次; 甲硝唑每次 0.4 g, 每日 2 次。观察组: 患者每日使用兰索拉唑每次 30 mg, 每日 1 次; 克拉霉素每次 0.25 g, 每日 2 次; 阿莫西林每次 1.0 g, 每日 2 次。

1.3 疗效评价标准 疗效评价标准分为愈合、部分愈合、无效。愈合: 溃疡完全或基本愈合, 发病部位无疼痛或有轻微疼痛, 不影响正常的生活和工作; 部分愈合: 溃疡部分缩小 50%

以上, 疼痛感明显, 稍微影响正常的生活和工作, 需要继续治疗; 无效: 溃疡部分缩小不到 50% 或者病情无变化, 甚至明显加重, 疼痛感强烈, 严重影响正常生活和工作。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件包进行处理, 采用 χ^2 检验, 检验水准 α 为 0.05, 以 95% 为可信区间, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

按照疗效评价标准, 对照组通过胃镜检查患者中有 22 例溃疡愈合; 部分愈合患者 13 例, 无效患者 15 例, 愈合率 70%; 观察组通过胃镜检查患者中 33 例溃疡愈合; 部分愈合患者 12 例, 无效患者 5 例, 愈合率 90%; 观察组在愈合率相比对照组有明显的提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

按照疗效评价标准, 对照组患者 1 周后疼痛缓解 19 例, 疼痛缓解率为 38%; 两周后疼痛缓解的患者为 37 例, 疼痛缓解率为 74%。观察组患者 1 周后疼痛缓解 36 例, 疼痛缓解率为 72%; 2 周后疼痛缓解的患者为 47 例, 疼痛缓解率为 94%。观察组在治疗 1 周和 2 周之后的疼痛缓解率相比对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

由于受限于目前的医疗手段和医疗器械, 尚未对胃炎及胃十二指肠溃疡的病因和发病原理进行完全阐明。但经分析基本是由于幽门螺旋杆菌 (HP) 感染、胃黏膜损伤和胃液分泌功能失常引起, 这些症状可能与神经精神紧张、过度劳累、饮食失