



磁共振胰胆管造影和 64 层螺旋 CT 用于诊断恶性梗阻性黄疸的效果对比

李森林

(麻阳苗族自治县中医医院 湖南麻阳 419400)

摘要：目的：本次实验课题主要探讨恶性梗阻性黄疸患者应用磁共振胰胆管造影（MRCP）和 64 层螺旋 CT 诊断的效果比较。方法：将本院 2015 年 2 月-2017 年 2 月在院治疗的 72 例恶性梗阻性黄疸患者均行磁共振胰胆管造影以及 64 层螺旋 CT 进行检查诊断，将影像诊断结果与临床病理结果进行对比分析。结果：MRCP 与 64 层螺旋 CT 梗阻水平符合率均为 100%；定性诊断符合率为 95.83%、91.67%，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；梗阻原因诊断符合率分别为 91.7%、75%，具有统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：恶性梗阻性黄疸患者能够依靠磁共振胰胆管造影和 CT 准确的诊断，但磁共振胰胆管造影在梗阻原因诊断上优势更明显，CT 则能够快速诊断，在临床患者诊断中，可根据患者实际情况选择合适的方法进行诊断。

关键词：磁共振胰胆管造影；64 层螺旋 CT；恶性梗阻性黄疸

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-029-01

恶性梗阻性黄疸的诊断直接关系到患者的治疗和预后，传统的临床诊断方法中经皮肝穿刺胆管造影和经内镜逆行胰胆管造影均为有创诊断，对患者心理造成了一定的影响[1]。近些年来，随着磁共振设备以及 CT 技术在临床上的广泛使用，在诊断疾病过程中具有无创、安全性高的优点，本次择取我院恶性梗阻性黄疸患者进行研究，报告如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究在我院 2015 年 2 月到 2017 年 2 月选取恶性梗阻性黄疸患者 72 例，其中男性患者占 42 例，女性患者占 30 例，年龄 22-79 岁，平均年龄（64.1±5.14）岁，患者临床症状主要表现为呕吐、腹痛、发热、黄疸、恶心等。全部患者基本资料对比，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

磁共振胰胆管造影：使用西门子 1.5T 超导 Magnetom ESSENZA 磁共振机对患者进行诊断检查，患者保持仰卧位，患者在检查前需空腹 8 小时，依次向患者冠状位 BTFE 序列以及常规轴位 T2、T2W1、T1W1 脂肪抑制进行扫描，间隔均为 1mm，层厚分别为 3mm、5mm。

64 层螺旋 CT：采用德国西门子 SomATOM Persepective 检查，患者保持仰卧位，CT 扫描的范围从患者肝顶直至十二指肠水平段下方，先对患者实施平面扫描，随后向患者注射非离子型造影剂，注射速度保持在 2-3ml/s，随后再进行三期动态增强扫描，扫描矩阵为 512×512，扫描层厚为 0.625mm，120KV，150mAs[2]。

1.3 图像后处理及分析

磁共振胰胆管造影和 CT 的原始影像图像分别由 2 名以上有丰富经验的医师进行三维重建独立判断，诊断的内容主要包括梗阻水平定位、梗阻原因以及定性诊断，将诊断的结果与临床病理结果进行对比。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 SPSS20.0 对数据进行研究，计数资料应用卡方检验，同时计数资料采用率（%）进行描述，计量资料应用配对 t 检验，数据对比后得到的 P 值小于 0.05，则具有统计学意义。

2. 结果

2.1 梗阻水平定位诊断

72 例恶性梗阻性黄疸患者中包含 25 例近中段胆总管，16 例肝门部，31 例远段胆总管，64 层螺旋 CT 与磁共振胰胆管造影的诊断结果符合率均为 100%。

2.2 定性诊断

磁共振胰胆管造影诊断肿瘤性病变为 69 例（95.83%），CT 诊断肿瘤性病变占 66 例（91.67%），差异无统计学意义（ $\chi^2=1.0667$ 、 P 值=0.3016， $P>0.05$ ）。其中 2 例胆囊癌磁共振胰胆管造影和 CT 诊断均考虑为急性化脓性胆囊炎，有 1 例胆总管下段癌由 CT 和磁共振胰胆管造影诊断考虑为炎性狭窄，2 例胆囊癌由 CT 诊断考虑为慢性萎缩

性胆囊炎，1 例胰头癌未能定性。

2.3 梗阻原因诊断

在梗阻原因上，磁共振胰胆管造影诊断符合率为 91.7%，64 层螺旋 CT 为 75%，差异对比，统计学意义成立（ $P<0.05$ ）（见表一）。

表 1 两组诊断结果与临床病理诊断结果分析对比（%）

梗阻原因	临床病理诊断	磁共振胰胆管造影	64 层螺旋 CT
胰头癌	15	14	11
胆囊癌	4	3	2
壶腹癌	31	29	24
胆管癌	22	20	17

3. 讨论

恶性梗阻性黄疸在临床中是一类常见的多发疾病，此疾病发病原因较为复杂，主要包括胆管癌、乳头状肿瘤、胆囊炎等，恶性梗阻性黄疸一般需要通过临床影像学进行诊断和鉴别，因此需要尽早诊断，并采取及时的治疗[3]。MRCP 诊断无需对比剂，主要利用水成像原理进行诊断，采用重 T2 加权脉冲序列能够让组织器官中流动的血液呈现低信号，胰液、胆汁中含有大量的水分，信号明显增强，因此组织间和靶器官间具有明显的信号差异，胆道为自然形态，无明显扩张现象，为临床诊断提供了准确的依据。MRCP 的缺点是在诊断中扫描时间过长，会对患者胃肠蠕动以及呼吸等运动产生敏感，不适用于心脏起搏器置入患者[4]。螺旋 CT 操作简单，扫描快速，能够应用于重、急症患者的诊断，扫描层既能够显示病变周围的图像，还能够显示冠状面图像和矢状面图像，在通过曲面重建显示胆管时，胰管与胆管较为分散。CT 诊断辐射剂量较大，因此不适合孕妇、幼儿进行诊断，且 CT 在诊断恶性梗阻性黄疸中需要进行增强扫描，不适用肝肾功能损伤患者。

综上，CT 和 MRCP 应用在恶性梗阻性黄疸疾病的定位、定性诊断过程中，均具有较高的诊断价值，能够进行术前筛查和检查，具有无创、安全的优势，在但梗阻原因的诊断上，MRCP 的优势更加明显，CT 诊断更加快速和便捷，可根据患者实际情况选择适合的诊断技术。

参考文献：

- [1]刘建辉,杜艳英. 磁共振胰胆管造影与 64 层螺旋 CT 对恶性梗阻性黄疸的诊断研究[J]. 中国继续医学教育,2016,8(17):51-52.
- [2]邓光洪,银文杰. 磁共振胰胆管造影与 64 层螺旋 CT 诊断恶性梗阻性黄疸的比较[J]. 实用医院临床杂志,2015,12(06):107-109.
- [3]郭作梁,陈宁,陈晓华,马树华. 64 层螺旋 CT 在梗阻性黄疸诊断中的临床应用[J]. 中国医药导报,2013,10(12):95-97.
- [4]于春海,张瑞平,李健丁,姜增誉,李婷,赵凌倩. 64 层螺旋 CT 阴性法胰胆管成像联合磁共振胰胆管成像对胆道梗阻性病变的诊断价值[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,7(07):3158-3161.