

急性胰腺炎采用 CT 诊断的价值分析

弥 兴

甘肃省宁县中医院 甘肃庆阳 745200

〔摘 要〕目的 探讨急性胰腺炎采用 CT 诊断的价值。方法 回顾分析 2016 年 4 月至 2018 年 9 月期间接收的 40 例急性胰腺炎患者，均运用超声与 CT 检查分析，分析检查后检查的准确性。结果 在急性胰腺炎的阳性率上，CT 为 85%，超声为 52.5%，两组数据对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在具体脂肪层模糊、胰腺局部增大、小灶液区等影像学征象方面，CT 显著高于超声检查，两组数据对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论 急性胰腺炎采用 CT 诊断可以有效的提升阳性率，对临床诊治工作提供更多帮助。

〔关键词〕急性胰腺炎；CT；诊断价值

〔中图分类号〕R576 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-020-02

急性胰腺炎属于常见且高发的急腹症，具体病因较为复杂，病发后病情变化迅速，需要及时确诊后进行治疗干预。CT 影像诊断技术可以保证更为迅速的影像采集效果，分辨率相对较高，有助于对胰腺血管与胰周积液状况做有效掌握，对临床诊断工作提供一定帮助。本文回顾分析 2016 年 4 月至 2018 年 9 月期间接收的 40 例急性胰腺炎患者，均运用超声与 CT 检查分析，分析检查后检查的准确性，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析 2016 年 4 月至 2018 年 9 月期间接收的 40 例急性胰腺炎患者，其中男 24 例，女 16 例；年龄为 43 岁至 71 岁，平均 (55.01 ± 3.95) 岁；患者症状表现为黄疸、腹痛、高热、脂肪酶与血清淀粉酶等水平超过正常标准上限的 3 倍，患者不存在其他器官组织损害，属于单纯性的急性胰腺炎问题。

1.2 方法

均运用超声与 CT 检查分析。其中 CT 检查中，运用平扫。参数标准中，电流置为 120kV，电流设置为 250mA；层厚为 2.0 至 4.0mm，重建层厚为 5 至 7mm。辅助患者做好仰卧位，扫描范围从肝顶部至肾脏下极位置。

1.3 评估标准

分析检查后检查的准确性，包括急性胰腺炎阳性率，同时对实质不均、胰管扩张、胆总管结石、脂肪层模糊、胰腺局部增大、小灶液区等影像学征象做观察。

1.4 统计学分析

将诊断结果通过 spss17.0 分析，计量资料运用 t 检验，计数资料使用卡方检验， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者急性胰腺炎的阳性率检出情况

见表 1，在急性胰腺炎的阳性率上，CT 为 85%，超声为 52.5%，两组数据对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1：患者急性胰腺炎的阳性率检出情况 [n(%)]

分组	n	案例数	阳性率
CT	40	34	85%
超声	40	21	52.5%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 患者检查影像学征象结果

在具体脂肪层模糊、胰腺局部增大、小灶液区等影像学征象方面，CT 显著高于超声检查，两组数据对比有统计学意义 ($*p<0.05$)。

表 2：患者检查影像学征象结果 [n(%)]

分组	n	脂肪层模糊	胰腺局部增大	小灶液区	胰管扩张	胆总管结石	实质不均
CT	40	9 (22.50) *	12 (30.00) *	10 (25.00) *	4 (10.00) *	2 (5.00) *	8 (20.00)
超声	40	4 (10.00)	5 (12.50)	4 (10.00)	11 (27.50)	7 (17.50)	10 (25.00)

注：两组对比， $*p<0.05$

3 讨论

急性胰腺炎属于多因素影响引发的胰腺内胰酶的大量激活，由此导致疾病反应^[1]。患者会呈现出腹部剧痛，同时有腹膜炎体征，同时脂肪酶与血尿酸淀粉酶水平提升^[2]。如果属于轻症情况，一般为胰腺水肿状况；如果属于重症胰腺炎，则可能合并休克与继发性感染^[3]，需要及时的抢救控制来减少好疾病威胁。在诊断技术中，腹部超声、MRI 与 CT 等技术均可以，但是各技术有自身的优劣势，甚至需要配合多种技术联合辅助诊断，由此提升诊断的效果。

常规超声诊断便捷、成本低，反复操作较为灵活。但是容易因为气体影响而导致检查结果偏差。MRI 会有较高的假阴

性，容易有漏诊情况。多层螺旋 CT 则可以达到快速的检查效果，同时可以在多平面重建技术支持来达到多方位图像，影像清晰度较高，不会因为体型过胖、呼吸运动以及胃肠气体影响检查结果。同时在增强扫描的辅助下，可以有效的确定病灶区域，对胰腺脓肿量、胰腺坏死病灶与小坏死病灶都可以有更高的检出效果。对于急性胰腺炎的诊断有更好的辅助作用。

本研究中，在急性胰腺炎的阳性率上，CT 为 85%，超声为 52.5%，两组数据对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在具体脂肪层模糊、胰腺局部增大、小灶液区等影像学征象方面，CT 显著高于超声检查，两组数据对比有统计学意义 ($p<0.05$)。急性胰腺炎在病情早期阶段主要表现为胰腺体积相对增大，

(下转第 23 页)

表 2: 两组患者不良反应发生情况

组别	n	放射性皮炎	放射性肠炎	放射性膀胱炎	骨髓抑制	泌尿症状
参照组	75	27(36.00)	31(41.33)	21(28.00)	13(17.33)	11(14.67)
考察组	75	12(16.00)	14(18.67)	10(13.33)	4(5.33)	3(4.00)
χ^2	-	7.796	9.175	4.920	5.374	5.042
P	-	0.005	0.002	0.027	0.0220	0.025

伤。正常组织对放射剂量的耐受性存在局限,一般情况下可耐受的放射剂量为 50Gy 以下,而该剂量控制肿瘤的效果有限。有些医院为了达到更好的治疗效果,就将放射剂量调高,以此来对肿瘤进行控制,但由于若盲目增加照射剂量会对正常组织造成严重放射性损伤,不但无法达到治疗目的,可能引发严重并发症,重者可危及患者生命健康。基于此,有效的将放射线集中肿瘤部位,减少对其它器官造成的影响,成为中晚期宫颈癌治疗中的重要问题。

近年来,医疗技术的不断改革,相应的中晚期照射治疗方案也在不断改革,调强配合后装放射技术逐渐应用于临床当中。武文娟^[4]研究显示,该方案在调强治疗基础上,对患者的照射剂量、区域、分割剂量等进行规划分析,针对病灶进行针对性后装放疗,合理分配照射剂量,能够减少患者周围组织、器官的照射剂量,而将放射剂量集中于肿瘤病灶上,照射范围更为准确,能够在提升肿瘤控制效果同时,降低放射性损伤发生率。本次研究予以考察组患者调强配合后装放射治疗。结果患者的治疗有效率显著提升,达到 82.67%,而

放疗相关不良反应发生率降低,仅为 4.00%,均优于参照组,差异明显($P < 0.05$)。这就与以往研究结果一致。

综合上述分析能够看出,调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌患者能够有效控制肿瘤的发展,且安全性较高,故应在临床中推广应用。

[参考文献]

- [1] 张晶.调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌的效果研究[J].世界复合医学,2018,4(1):78-80.
- [2] 赵青莲.调强适形放疗加后装放疗联合化疗在中晚期宫颈癌治疗中的临床研究[J].现代妇产科进展,2018,27(2):131-133.
- [3] 魏炜.调强放射治疗与盆野照射放射治疗在晚期子宫颈癌患者中的临床应用观察[J].实用医技杂志,2018,13(1):97-98.
- [4] 武文娟,林益匡,徐宜武,等.中晚期宫颈癌调强适形放射治疗与常规放疗疗效及不良反应的比较[J].中国医刊,2017,52(11):61-64.

(上接第 20 页)

以及胰管扩张等问题,此外 CT 值一般在 30HU,密度比胰腺正常标准更低。当病情更为严重,胰周的脂肪间隙会逐步消除,肾前筋膜会呈现变厚,胰腺轮廓会变得模糊不清。胰腺如果有炎性水肿或者组织坏死情况时,则会呈现出现胰腺低密度影,CT 值一般在 10 至 20HU 左右。水肿的病灶区域进行增强扫描则会有轻度强化状况,表现为低密度状况,坏死情况下则会有气液平面,出血情况下会有高密度影像出现。此外 CT 技术可以有效的展现急性胰腺炎中胰腺的形态与坏死的具体分级情况,由此判断其病情严重性,为预后情况做有效的判断指导。如果严重程度轻,可以运用药物保守治疗,情况严重则需要及时手术干预。因此诊断的具体程度情况直接影响的的治疗方式,CT 诊断在此方面具有一定优势。具体情况还需要依据患者的症状表现以及综合情况考虑,保证治疗方案的准确性,让诊治工作因人制宜的个性化展开。在临床诊断中,

需要不断积累检查经验,提升病情判断能力,保证诊断有关参数设置的合理性,避免差错误诊与漏诊。必要情况下,需要考虑采用联合技术诊断,发挥不同技术的优势。尤其是患者综合情况复杂时,需要发挥技术间的互补性效果。

综上所述,急性胰腺炎采用 CT 诊断可以有效的提升阳性率,对临床诊治工作提供更多帮助。

[参考文献]

- [1] 景建超.CT 对急性胰腺炎的临床诊断价值探析[J].现代医用影像学,2017,26(2):428-429.
- [2] 王斌,纪仁浩,贺启龙等.超声与多层螺旋 CT 在诊断急性胰腺炎中的应用比较[J].浙江临床医学,2018,20(8):1441-1442.
- [3] 杨红玉.CT 与 MRI 在急性胰腺炎诊断中的效果比照观察[J].中国实用医药,2017,12(9):67-69.

(上接第 21 页)

3 讨论

牙种植过程中,通常会用到引导骨再生技术,根据成骨细胞、纤维细胞、上皮细胞三者移动速度的不同,将生物膜覆盖至牙缺损部位,创造完全封闭的环境,加速牙骨组织的再生,预防牙龈结缔组织细胞、上皮组织细胞嵌入到牙缺损区域,促进骨细胞的嵌入,从而实现牙缺损部位的骨再生。

从本次研究结果来看,海奥口腔修复膜材料引导骨再生的成功率(94.74%)要显著高于 Bio-Guid 生物膜(71.05%),骨厚度和植骨厚度也更有优势,因此建议推广。

[参考文献]

- [1] 王杏松.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生中的应用分析[J].中国医药指南,2014,(4):172-172,173.
- [2] 孙欢,吴杨,赵吉宏等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应研究[J].西部医学,2016,28(5):666-669.
- [3] 何丽明,郭强,何永文等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果[J].昆明医科大学学报,2017,38(3):31-34.
- [4] 梅群英.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应分析[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(z1):80-81.
- [5] 张艺平.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果评价[J].中国医药科学,2016,6(20):197-199.