

巨淋巴细胞增生症胸腹部 CT 诊断与分析

王秋萍

贵州省黔南州福泉市马场坪社区卫生服务中心 贵州福泉 550500

【摘要】目的 分析巨淋巴细胞增生症胸腹部 CT 诊断及其临床意义。**方法** 选出本院于 2022 年 1 月-2023 年 12 月诊治的 32 例巨淋巴细胞增生症患者，均行胸腹部 CT 扫描。以临床诊断结果为准，分析胸腹部 CT 的诊断准确率、影像学表现。**结果** 32 例患者，经胸腹部 CT 诊断检出 29 例，检出率为 90.63%。19 例 (65.52%) 位于腹部；病变直径为 14-140mm，平均 (35.56±8.42) mm；20 例 (68.97%) 呈类圆形，9 例 (31.03%) 呈不规则形；18 例 (62.07%) 边缘清晰，5 例 (17.24%) 边缘不清晰，6 例 (20.69%) 边缘呈分叶状。5 例 (17.24%) 呈低或稍低密度，4 例 (13.79%) 密度不均匀；主要表现为均匀密度，部分病灶中心可见不规则低密度影，胸腹部肿块部分内部可见钙化样高密度影。**结论** 胸腹部 CT 在巨淋巴细胞增生症诊断中可发挥一定的应用价值，影像学表现明显，可为临床诊断提供可靠参考，值得应用。

【关键词】 巨淋巴细胞增生症；胸腹部 CT；诊断；准确率；影像学表现

【中图分类号】 R445

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2024) 06-057-02

巨淋巴细胞增生症是一种发病率非常罕见的良性淋巴结增生性疾病，主要是由于各种因素的刺激，导致淋巴结发生变态反应，并引起局部增生和淋巴肿大所致^[1]。该病的发病机制尚不明确，可能与免疫调节缺陷导致淋巴结中 B 淋巴细胞及浆细胞的过度增生有关。病毒感染，特别是 EB 病毒和人疱疹病毒 8 的感染，也被认为是该病的重要诱因。另外，白介素 6 的过度产生也可能与该病症的发病有关。在症状表现方面，该病通常以无痛性淋巴肿大为突出特点，这些肿大的淋巴结可能出现在身体的各个部位，如颈部、腋窝、腹股沟等^[2]。除了淋巴肿大外，患者还可能出现其他症状，如疼痛、红肿、发热等，这些症状会影响患者的日常生活和工作^[3]。值得一提的是，尽管巨淋巴细胞增生症大多数情况下是良性的，但部分患者可能会出现恶性病变，如淋巴瘤等，这种恶性转化的风险增加了疾病的严重性，应及早诊治。CT 扫描是一种重要的医学影像检查技术，能够提供详细的内部结构信息，帮助医生更准确地诊断疾病。本文为了分析巨淋巴细胞增生症的胸腹部 CT 诊断，就 32 例患者的诊断过程及结果展开分析，汇报如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选出本院于 2022 年 1 月-2023 年 12 月诊治的 32 例巨淋巴细胞增生症患者，其中男 15 例，女 17 例；年龄 18-64 (38.84±5.21) 岁；就诊原因：体检者 14 例，体表淋巴肿大 13 例，腹部不适 5 例。

1.2 纳排标准

纳入标准：(1) 病历完善；(2) 诊断结果明确；(3) 行胸腹部 CT 检查；(4) 对研究知悉。

排除标准：(1) 腹部手术史；(2) 癌症；(3) 孕产妇；(4) 精神疾病；(5) CT 检查禁忌证。

1.3 方法

所有患者均行胸腹部 CT 扫描。仪器使用 GE Optima 660128 层螺旋 CT 扫描仪，行胸腹部扫描。患者仰卧于 CT 扫描床上，身体与扫描床保持水平。扫描开始前，指导患者进行深呼吸后屏气的动作，以减少呼吸运动对图像质量的影响。确定扫描范围，从膈顶至耻骨联合右肾下极进行连续扫描。参数设置：电压 120kV，电流 100mA，转率 0.4s/r，Pitch 为 0.531，FOV 为 20-24cm，矩阵、层厚、层距、螺距依次为 512×512、5mm、7.5mm、1.5。按照设定的参数进行胸腹部连续扫描，获

取初步图像。发现病变后行局部 0.625 薄层扫描，使用高分辨率算法重建图像，参数设定：电压 120kV，电流 100mA，矩阵、层厚、层距、准直依次为 512×512、1.5mm、5mm、0.625mm×2。部分患者行动态强化扫描，团注 100ml 非离子造影剂，速率 2ml/s，静止 25s 后平扫。扫描完成后，对图像进行初步的后处理，如降噪、增强等，以提高图像质量。使用 Light speed VCT GE AW5.0 系统处理原始图像，包括 3D-容积再现、MRP 多维度观察、MinIP 重组。由 2 名经验丰富的影像学医生进行独立判断，采取双盲法阅片，根据图像特征，结合患者的临床表现和其他检查结果，对巨淋巴细胞增生症进行诊断。若出现意见分歧，则经协商达成一致。

1.4 观察指标

以临床诊断结果为准，分析胸腹部 CT 的诊断准确率、影像学表现。

1.5 统计学分析

运用 SPSS20.0 软件，计数、计量数据分别以 %、($\bar{x} \pm s$) 表示，行 χ^2 、t 检验， $P < 0.05$ 为有差异。

2 结果

2.1 胸腹部 CT 的诊断准确率

32 例患者，经胸腹部 CT 诊断检出 29 例，检出率为 90.63%。

2.2 胸腹部 CT 的影像学表现

(1) 病变部位、大小、形态及边缘：胸腹部 CT 诊断检出的 29 例患者中，19 例 (65.52%) 位于腹部，5 例位于胰头后方，5 例位于腹膜后肾门区，5 例位于腹膜后-盆腔区，4 例位于腹膜后。病变直径为 14-140mm，平均 (35.56±8.42) mm。20 例 (68.97%) 呈类圆形，9 例 (31.03%) 呈不规则形。18 例 (62.07%) 边缘清晰，5 例 (17.24%) 边缘不清晰，6 例 (20.69%) 边缘呈分叶状。(2) CT 表现：5 例 (17.24%) 呈低或稍低密度，4 例 (13.79%) 密度不均匀；主要表现为均匀密度，部分病灶中心可见不规则低密度影，胸腹部肿块部分内部可见钙化样高密度影。

3 讨论

巨淋巴细胞增生症以病理学诊断为金标准，通过淋巴结穿刺活检或手术切除活检等方式，获取淋巴结的组织样本，进行病理学检查，观察是否存在异型细胞或异常生长，可获得明确的诊断。然而，病理学诊断属于有创性操作，会对机体

(下转第 60 页)

术下,观察患者的宫腔形态变化,通过三维图像获得患者宫腔冠状面成像,确定宫腔内膜显示区的观察结果,确定是否观察到完整的宫腔形态,确定对宫腔的轮廓观察细致,在直观观察下取得结果。同时,对宫底、宫腔等侧壁和肌层交界部位进行细致的观察。在此同时,发现宫腔内膜表现出低回声状态,存在明显的内膜下化,发现有宫腔积液等问题,要对各种问题发生的位置、涉及到的范围明确,获得清晰的图像,以此取得准确的结论。可见,基于三维宫腔形态观察下,应用二维超声观察内膜病变情况,可以作为诊断宫腔粘连重要的技术手段。通过对二维超声与三维超声诊断结果对比,结果发现,将两种技术联合应用,才能取得更准确的结论,而单一一种诊断技术漏诊和误诊率较高。这是由于针对轻度、中度宫腔粘连的患者,如果粘连处于宫底、宫角和侧壁等部位时,同时粘连内膜过薄,通过超声观察,并不会有明显的回声变化,很容易发生漏诊。对于内膜薄、粘连带细或膜状时,粘连在宫腔周围时,通过三维成像也只能观察到宫壁处于比较毛糙的状态,很难做出准确的鉴别。

二维超声主要是对患者子宫内厚度、回声的变化得出诊断结论,具有较高的漏诊率。而三维超声通过对宫腔冠状面成像,对显示区不断拓展,直观了解宫腔形态、轮廓的变化。

(上接第 57 页)

造成损伤,导致其应用受限。影像学检查是确诊巨大淋巴结增生症的重要手段,通过超声、CT 或 MRI 等影像学检查,可以观察到淋巴结的结构和形态,判断是否存在异常增生。其中 CT 扫描具有扫描时间快、图像清晰、分辨率高等优势,能够为临床诊断提供重要参考依据^[4]。胸腹部 CT 扫描能够观察胸部和腹部的各器官和结构,有助于了解淋巴结的肿大、形态和结构异常,以及与周围组织的关系,从而为诊断提供重要依据^[5]。本文结果中,32 例患者经胸腹部 CT 诊断检出 29 例,检出率为 90.63%,提示胸腹部 CT 可获得较高的诊断准确率。在巨淋巴结增生症的 CT 表现中,病变可能位于胸部、胰头后方、腹膜后盆腔区或腹膜后肾门区等多个部位,这些病变在 CT 扫描上可能表现为肿大的淋巴结或肿块,其强化特点可能与胸腹部的主动脉保持同步,可以更加准确地判断病变的性质和范围,提高诊断的准确率。

综上,胸腹部 CT 在巨淋巴结增生症诊断中可发挥一定

(上接第 58 页)

位效果显著,而定性效果仍待提升。采取 CT 诊断时,显像清晰,可显现患者微小病灶,且其可显示肿瘤与周边脏器之间的包绕、推压状况,因此定位诊断效果显著^[5]。临床诊断肿瘤良性多采取肿瘤边界、包膜、周边血管及组织、肿瘤内部状况实施判定。本次研究中,3 种类型肿瘤患者 CT 图像显示部分患者存在不同程度的肿瘤密度、钙化、周边组织侵犯状况,可辅助患者的肿瘤定性判定。而采取 CT 诊断原发性腹膜后肿瘤无特异性,因此对患者肿瘤原发组织类型诊断具有一定限制,诊断效果不佳,但采取 CT 诊断时,不同类型肿瘤患者的肿瘤大小、密度、钙化、脂肪、转移等状况均存在一定差异,因此可通过图像辅助肿瘤类型诊断^[6]。综上,原发性腹膜后恶性肿瘤采取 CT 诊断效果显著,可有效辅助患者的肿瘤定位,且在肿瘤定性中也具有一定价值,可辅助患者治疗方案制定,推广运用价值高。

参考文献

在诊断时发现患者的宫腔内膜低回声,存在内膜钙化和宫腔积液,就可以对病灶部位进行准确的判断。二维+三维超声的联合应用,二维超声为三维成像提供补充,配合人工干预手段,改善图像质量。通过观察宫腔形态改变,可以准确检出宫腔粘连,并对病情严重程度判断的敏感度更高。

综上所述,三维宫腔形态联合二维内膜观察,将其用于宫腔粘连诊断,效果显著,可推广。

参考文献

[1] 陈晓艺,王金萍,李燕,等.基于三维宫腔形态联合二维内膜观察的超声指标对宫腔粘连诊断、程度分级的临床价值[J].现代妇产科进展,2023,32(11):840-844.

[2] 孟春梅,贺铭,何云渝,等.经阴道二维联合三维超声在宫腔粘连诊断中的应用价值[J].中国妇产科临床杂志,2023,24(06):634-636.

[3] 施玉霞.经阴道二维联合三维超声成像技术诊断子宫腔粘连的研究[J].现代医用影像学,2023,32(11):2149-2152.

[4] 高洁,唐春莲,丁学谨,陈丹丹.经阴道三维超声检查定量对宫腔粘连的诊断价值[J].医学影像学杂志,2023,33(07):1223-1227.

的应用价值,影像学表现明显,可为临床诊断提供可靠参考,值得应用。

参考文献

[1] 毛茂,于丰洋.临床诊断巨淋巴结增生症 1 例[J].承德医学院学报,2022,39(5):431-432.

[2] 郑建栋.巨淋巴结增生症 20 例胸腹部 CT 诊断结果分析[J].中国乡村医药,2017,24(20):68-69.

[3] 谷艳梅,田斌,郭静,等.巨淋巴结增生症胸腹部 CT 表现及诊断结果分析[J].CT 理论与应用研究,2015,24(3):451-457.

[4] 刘尼军,刘小庆,张华文,等.多层螺旋 CT 诊断小网膜巨淋巴结增生症 1 例[J].中国临床医学影像杂志,2015,26(1):73-75.

[5] 朱庆强,陈翔,吴晶涛,等.纵隔巨淋巴结增生症的多层螺旋 CT 诊断[J].中华消化病与影像杂志,2016,6(4):150-153.

[1] 丁重阳,李天女,吉爱兵,等.原发性腹膜后恶性肿瘤的 18F-FDG PET/CT 显像特征[J].中国临床医学影像杂志,2023,25(9):674-676.

[2] 代茂良,苟文静,周瀚,等.原发性腹膜后恶性肿瘤的 CT 表现及其应用价值[J].医学影像学杂志,2022,25(12):2184-2188.

[3] 代茂良,苟文静,高靳,等.原发性腹膜后恶性肿瘤的 CT 诊断价值[J].四川医学,2021,35(4):563-566.

[4] 刘克勤,全冠民,袁涛,等.CT 征象分析对原发性腹膜后肿瘤鉴别诊断的价值[J].放射学实践,2023,29(9):1067-1071.

[5] 冯京京(综述),滑炎卿(审校).CT、MRI 在原发性腹膜后肿瘤诊断中的应用[J].实用放射学杂志,2021,32(4):632-634.

[6] 徐宏刚,罗浩,杨蕊梦,等.多层螺旋 CT 在原发性腹膜后肿瘤术前评估中的应用[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2024,21(2):90-93.