

肝脏增强CT技术与肝脏MRI技术诊断肝癌的准确率对比探究

张忠泽

(罗甸县人民医院 贵州)

摘要:目的: 肝癌属于世界性严重病症, 每年全球因为肝癌丧失宝贵生命的患者达到一百万。对流行病学研究发现, 肝癌的发生与地区、年龄、性别分布方面有着其独有的特点。在非洲的撒哈拉沙漠附近的区域, 中国地区是出现肝癌的高发率地区, 我国发生肝癌占比达到百分之四十, 美国属于肝癌低发病率地区, 但是对最新的数据研究表明, 美国肝癌病例也在不断增多, 这是由于东亚地区移民数量不断上升等有关, 从性别角度来看, 男性发生肿瘤疾病当中, 肝癌占比第五位, 死亡率为第二位, 女性肿瘤中, 肝癌为第七位, 死亡率在第六位, 有百分之八十的患者演变为肝癌, 曾经有过乙型肝炎、丙型肝炎病史, 对于肝脏疾病而言, 应以“预防为主, 防治相结合”为治疗原则, 对于该类疾病的确立, 临床诊断技术的选择十分关键, 此次就针对肝脏增强CT技术与肝脏MRI技术进行研究。方法: 医院每年接收的肝病病患患者居多, 研究显示肝癌患者病例占比较大, 此次主要从病例诊断是肝癌的病例进行调查, 共筛选43例, 为了确诊患者病情、病程严重程度等, 给患者实施了肝脏增强CT技术诊断, 并同时给予肝脏MRI技术检验, 对不同诊断方式的诊断结局进行调查及分析。结果: 给所有患者均实施了此次选取的两类临床诊断技术, 对诊断数据调查显示, 肝脏MRI技术诊断准确率更为突出, 有比较性 ($P < 0.05$)。结论: 此次研究充分表现, 对于肝癌病症的临床诊断, 运用肝脏MRI技术能够获得更为准确、可靠的数据。关键词: 肝脏增强CT技术; 肝脏MRI技术; 诊断; 肝癌; 准确率

前言

肝癌的发生是一件痛心的事情, 为什么这样说, 因为一个人不可能一下子患上肝癌, 它是由于人们不良生活、习惯、饮食习惯等所致的较轻的病症逐渐的演变成的一类恶性肿瘤, 如慢性丙肝、肝硬化等, 临床上将肝癌分别不同类型, 一种为转移性病变, 还有一类为原发性病变, 如果早期诊断确定为癌变^[1], 并给予相应的临床治疗干预, 能够提升患者生存质量。当前临床上对于肝癌疾病的诊断, 诊断方法有很多, 此次就针对不同诊断方法的诊断准确率进行评估, 详情见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次主要探究肝癌病症, 对临床诊断技术的诊断准确率、可靠性进行了验证, 鉴于此从科室选入部分典型病例进行回顾性分析, 有43例, 筛选开始时间2019年2月, 结束时间2020年9月, 年龄不超过87岁, 癌变类型: 混合型、肝细胞型、胆管细胞型各为8例、14例、21例。入选准则: 患者与肝癌疾病诊断标准相一致; 有身体无力、食欲下降、体重下降等临床表现; 患者对本次研究表现同意。排除准则: 急性肝病病变者; 药物过敏者; 妊娠期孕妇。对患者年龄、文化程度、患病史、治疗经历等资料评估无比较性 ($P < 0.05$)。

1.2 诊断方法

本次研究对象分别使用了肝脏增强CT技术、肝脏MRI技术两类诊断方式进行临床检验, 第一类诊断步骤: 诊断前, 检验人员需与患者进行主动沟通, 要求患者查体前需禁食8小时, 并完成碘过敏实验, 检验为阴性才能选择肝脏增强CT诊断。扫描前需要求患者摄入1500mL的饮用水, 这样能够促进检验工作的有序实行, 要求患者在扫描时屏住呼吸, 如果患者不能坚持, 需引导患者正确浅或慢呼吸。使用科室购买的西门子64排CT设备对患者开展肝脏平扫、增强扫描, 层厚及矩阵设定为5mm、512×512, 周期设定在1

秒, 功率在130~145kV范围内, 电流强度为300~320mA。先平扫患者肝脏位置, 然后完成溶剂扫查, 持续扫查患者动脉、门静脉部位^[2], 以患者扫描数据对扫描时间进行适当调整, 在增强扫描时使用的对比剂为欧乃派克, 速度为每秒2.5mL, 选择肘静脉给剂。第二类检验操作行为如下: 要求患者术前6小时内禁食, 情况特殊者需给予MRI阴性对比剂, 对飞利浦1.5TMR进行调整, 设定VIBE腹部加权序列横断扫描患者右肾下缘至膈顶间, 选定扫描技术为空间编码技术, 参数层厚和层数各为2.5mm、64, 视野、矩阵分别是300mm×420mm、228×320, FA120~150, 加权T1设定680ms, TE/TR是2.38/5.40ms。平扫接收后, 开展增强扫描, 横断面为T1WI, 欧乃影浓度0.3~0.5mmol/L内, 剂量每千克0.2mmol。给患者注入对比剂, 速度为每秒2.5mL, 选择肘静脉给剂。然后注入0.5%的氯化钠溶液, 剂量为10mL。注射20秒后进行扫查, 具体为肝动脉期, 30秒后为门脉期, 55秒为增强扫查, 肝脏位置选择多层连续扫描, 对二次扫描数据进行详细记录, 设定参数间距、矩阵为0.6mm、256mm×128mm, 层厚及TE各6mm、7.0ms, FOV、TR为375mm×370mm、30~35ms^[3]。

1.3 观察指标

本次主要运用不同的诊断技术, 对诊断后的临床准确率进行比较和分析。

1.4 统计学方法

对患者的一般资料、诊疗期间产生的不同数据信息内容选择有效软件包进行记录和分析, 并对两种诊断技术可靠性进行临床验证, 有对比性 ($P < 0.05$)。

2 结果

为了确定患者临床病症具体类型、病情程度等, 进行了不同诊断方法的检验, 对诊断结局调查, 肝脏MRI检查技术更为突出 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 不同诊断技术的检验结局对比分析[n(%)]

组别	例数	混合型肝癌	肝细胞型肝癌	胆管细胞型肝癌	准确率(%)
肝脏MRI	43	7(77.78)	11(84.82)	20(95.24)	38(88.37)
肝脏增强CT	43	5(55.56)	8(61.54)	17(80.95)	30(69.77)
t		--	--	--	--
p		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肝癌病变发生迅速, 早期症状不明显, 患者生存质量不佳, 癌细胞转移情况较为严重, 只有准确的临床诊断才能为后期治疗提供有效依据, 此次针对患者给予肝脏CT技术诊断, 检验准确率高, 能够清晰显示患者具体病灶、癌变形态、病情程度等, 临床诊断价值高。

参考文献

[1]赵颖, 孟成立. 超声造影诊断原发性肝癌的价值和增强CT对

比观察[J]. 中国CT和MRI杂志, 2021, 19(1): 129-131.

[2]方勇超, 王强, 唐权, 等. MSCT与MRI动态增强扫描对高血供肝胆管癌与肝细胞癌的诊断价值分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2020, 23(6): 131-134.

[3]荆航, 李兰涛, 王振光. MRI与CT多期动态增强扫描在肝硬化合并原发性肝癌中的诊断价值比较[J]. 医疗卫生装备, 2019, 40(3): 69-71, 92.