

缺血性肠病患者的腹部CT影像及诊断价值

轩翠华¹ 王圆圆²

中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院 河南 洛阳 471000

摘要：目的：初步了解腹部CT检测下缺血性肠病呈现的影响学特点以及该检测方式的临床诊断价值。方法：以2020年10月至2021年10月确诊的42例缺血性肠病患者为基本研究主题，腹部CT影像学查验其发病原因，并对不同结局的患者的CT影像学差别。结果：缺血性肠病患者发病原因种类多，CT影象具体表现为腹腔积液与游离气体、门静脉积气、肠管扩张与肠壁增厚或者肠梗阻等多类异常性的变化。2组不一样结局的缺血性肠病患者肝腹水及分散气、肠壁气、门静脉积气的调研分析，死亡组发病率分别是66.7%和33.3%，及其54.2%和45.8%，生存组发病率分别是27.8%和0.0%及其11.1%统计分析说明 $p < 0.05$ ，即有关差有统计学差异^[1]。结论：缺血性肠病患者并不存在特异性的特点，因而临床实践中存在一定的漏诊与误诊的概率。该病患者经由腹部CT影像学检测发现，其存在腹腔积液与游离气体以及肠壁气体和门静脉积气等情况，而上述情况与患者的预后具有一定的相关性。

关键词：缺血性肠病；腹部CT；诊断价值

缺血性肠病主要是肠道的血、氧供应不足所致。研究表明，非肠系膜血管阻塞、上静脉血管或动脉形成血栓、上动脉栓塞均是该病的风险源。缺血性肠病对患者的不良影响很严重，在一定程度上能够造成患者身亡，因而立即对患者开展诊断与治疗至关重要。此病伤害比较大，而缺乏主要症状，基本方式无法精确诊断高效病情评估。因而，选用前沿的诊断方式至关重要，都是患者的急需解决。伴随着CT心血管造影技术发展，慢慢用于肠道血管病的医学检验，且效果比较好。本分析关键阐述了缺血性肠病的影像诊断特征和诊断使用价值，总结出了一些结果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究以2020年10月至2021年10月期间确诊为缺血性肠病的42例患者作为主要研究对象，在其中急性肠系膜上静脉血栓产生(ASMate)14例、急性肠系膜上静脉血栓形成(ASMVT)15例、非阻塞性肠系膜缺血(Nomi)2例、慢性肠系膜缺血(CMI)8例，并结合患者结局的差异划分为生存组(18例)与死亡组(24例)。全部患者及家属悉知本研究并同意参加并签定同意书，本研究由伦理委员会许可。全部参与本研究的缺血性肠病患者均满足现行标准诊断依据，其病历、心电监护和临床表现均一致。患者年龄范围为24—66岁，平均 46.1 ± 6.8 岁；疾病类型包含12例急性肠系膜上静脉血栓产生患者、12例急性肠系膜上静脉血栓形成患者、9例慢性肠系膜缺血患者、6例非梗阻

肠系膜缺血患者和3例缺血性肠胃病患者^[2]。

1.2 检查方法于CT影像工作站检索每例患者腹部CT影像资料。两位解决腹腔影像的中级职称医师各自复习了CT影像材料，如出现分歧，相互之间探讨并得到最后结果。全部CT检查都在采用64排多层CT(Simens公司，德国)上完成，扫描仪范畴从膈肌至坐骨结节平面图。并没有内服肠胃化疗药物。提高CT表明，静脉碘对比剂欧乃派克(Iohexol, 350mg/ml)以3.5ml/s速率静脉团注，总剂量100ml，25s后采集1.25mm动脉期影像，60s后采集5mm门脉期影像，70~90s采集平衡期对比增强序列。

为了防止伪影，病人在拍螺旋式影像时要屏息。CT影像点评参照下列规范。①AMI的CT诊断依据：肠系膜动脉或静脉阻塞最直接的迹象最少伴随2个间接性迹象：肠壁变厚、肠胃扩大、腹水、系膜浮肿、普遍粘膜强化、部分强化消退、门静脉系统汽体、肠壁积气、本质内脏器官梗塞、腹部分散气、肠梗塞。②肠壁变厚：肠壁厚超出3mm。③强化减弱：小肠壁强化与十二指肠和直乙状结肠强化较为。小肠壁相对密度小于十二指肠或乙状结肠时，可以考虑强化和减弱。④肠壁积气：小肠壁内汽体。⑤肠管扩张：结肠孔径超出2.5cm，直肠孔径超出5cm。⑥肠系膜水肿：系膜脂肪密度增高。⑦腹水：腹腔内积液。

1.3 指标观察对两组患者的CT影像学检测结果进行观察，了解疾病的病因类型，并对腹腔积液、腹腔游离气体、肠壁气体、门静脉积气等情况的发生率进行调查

与对比分析。

1.4 统计学方法采用SPSS20.0软件对本研究中的相关数据结果进行统计学分析。其中,计数资料行 χ^2 检验,计量资料行 t 检验。若 $p < 0.05$,则表明数据差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同病因ICBD患者CT表现特点

本科学研究,缺血性肠病的病因种类经过CT影像学检测后可得到较为明显的展示,包含腹腔积液和游离气体、门静脉积气、肠胃扩大和肠壁变厚或肠梗堵。腹腔积液总发生率为48.62%,ASMATE组、ASMVT组与

NOMI组中间占比差别无显著性差异,但IC组腹腔积液占比明显下降。CMI组没有发现腹腔积液的CT主要表现。门静脉产气率为38.24%,肠壁产气率为6.14%,仅常见于ASMATE组、ASMVT组、NOMI组。腹部游离气发生率分别是2.36%,仅常见于ASMATE组与ASMVT组^[3]。

2.2 不同结局ICBD组间CT特点分析

参与本探索的42名患者中,存活组18名,身亡组24名。对两组患者的腹腔积液与游离气体以及肠壁气体和门静脉积气等情况进行调查分析发现。死亡组以上有关指标发生率远高于生存组,相对应数据分析,差别有统计学差异($p < 0.05$)。详见表1。

表1 不同结局的患者CT影像学概况分析(n [%])

组别	例数	腹腔积液	腹腔游离气体	肠壁气体	门静脉积气
死亡组	24	16(66.7)	8(33.3)	13(54.2)	11(45.8)
生存组	18	5(27.8)	0(0.0)	2(11.1)	1(5.6)
χ^2 值		4.742			
p 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

缺血性肠病患者多集中在老人,占91.2%之上,男士患者比较多。在人口老龄化的大环境下,患者经营规模仍在扩张。这个疾病也会引起大便出血、拉肚子、腹部绞痛和其它病症。由于病况进度,可引起患者身亡,病死率高,特别是危重症患者病死率达到63.7%之上。此病多见老年人患者,医治难度高,通常是老年人患者体质差,合并多种类型疾病,治疗中病发症多,并有一定几率发展成危重症^[4]。由于此病巨大的不良影响,务必采用科学合理的治疗手段,对患者正确的诊断是有效的医治的前提条件,因而一定要重视诊断方式的应用。但该病病症并不是独特,与急性肠胃炎、阑尾炎类似,因为内窥镜检查和心电监护鉴别无法精确诊断,造成误诊、错诊,耽误患者医治,发展为危重症乃至身亡。伴随着CT诊断技术性的升级与创新,并对疾病的诊断准确度提升到了一个新的水准。根据CT心血管造影,能够认真仔细患者变病,精确鉴别疾病种类,合理评定病况,使患者获得及早治疗。

缺血性肠病是一类与基础疾病相关的独立疾病。缺血性肠病通常是结肠和直肠供血不足造成肠腔萎缩。医学上,急性肠系膜缺血、局灶性缺血、肠系膜缺血和肠系膜静脉血栓形成是最常见的肠缺血。腹疼一般是食材进到胃后,胃血供要求快速提升,造成短时间肠胃血

供降低,造成缺血性剧痛。老人、血压高、糖尿病患者、心房纤颤、高凝状态、门静脉高压和手术后为主要因素。临床医学非特异性,病症多见无法承受和亚急性剧痛,但心电监护不清楚,压疼位置不规律,伴大便出血拉肚子,解痉,阿片类镇痛药失效。医学上缺血性肠病患病率低,病症心电监护欠缺非特异,临床表现不典型,常漏诊为急性肠胃炎、急性胆囊炎、胃肠穿孔、阑尾炎、自发性腹膜炎等。肠腔萎缩、腹膜炎等病发症可导致休克、身亡等严重危害。医学上是一种很严重的急腹症。除此之外,亚急性肠系膜缺血、慢性肠系膜缺血、缺血性结肠炎临床表现没有明显非特异,都与别的消化系统疾病临床表现交叉式重合。因此医学上很容易引起错诊。除此之外,因为病发快速,如未及早发现或积极主动采取有力措施,患者病死率比较高^[5]。伴随着社会老龄化,肠胃镜、心血管造影、CT等影象技术发展,诊断率逐步提高。双层螺旋式CT增强扫描可以快速精确诊断,影象检查在缺血性肠病中起到不可缺少的功效。

CT诊断方式具备迅速、安全性、便捷的优势,能够最准确地诊断临床医学疾病,而三排螺旋式CT增强扫描诊断方式能迅速诊断疾病,具备非常高的诊断精确性。此方法用以缺血性肠病的临床医学诊断具备非常高的诊断使用价值,很容易被患者接纳。CT诊断方式应用精准超声波、x线片等。融合高灵敏的探测器对患者人体某一

部分进行体层扫描仪。具备图像清晰、扫描时间快等特点,适合于各种各样疾病的诊断。除此之外,缺血性肠病病况进度快速,一部分患者可出现肝腹水、肠梗塞等不适。情况严重可引起全身中毒症状,严重危害患者身心健康。因而,立即诊断此病至关重要。CT影像诊断可确立缺血性肠病病因,腹部CT诊断适合于肠胃和血管诊断,能清楚表明血管结构,精确表明肠腔和周边构造的更改。但是对于发病原因未知或疑是肠胃缺血的腹疼患者,可以通过腹部CT诊断,表明精确,为医师疾病医治提供参考。

缺血性肠病作为一种单独的疾病,与疾病有一定相关性。有关研究报道,该类疾病的重要发病原因是直肠或结肠受一些因素的影响造成供血不足,肠壁部分组织坏死。临床医学比较常见的肠缺血性种类包含肠系膜/局灶性缺血性和肠系膜静脉血栓形成。患者脑缺血剧痛就是指摄入食材经消化系统进到胃后,肠胃血供短期内降低所引起来的腹疼。导致这样的事物的因素有很多,主要包含年纪、手术治疗危害、高血压等疾病种类。该类疾病患者一般没有明显非特异,且病发快速,痛疼强烈,可伴随腹泻与血便等情况,利用解痉剂等止痛功效很强的药品功效比较低。缺血性肠病临床医学患病率不太高,但是由于其临床表现和心电监护不典型,错诊为急性肠胃炎或阑尾炎的几率也较高。

依据此病病因种类,发生肠壁萎缩、腹膜炎等状况,如不到位合理医治,患者有可能出现休克或死亡。别的发病原因种类没有明显非特异,医学上错诊给其他消化道疾病的几率比较高。缺血性肠病是一种病发快速、不良影响相对性很严重的疾病,务必积极主动高效地防止或医治从而降低病死率。伴随着科技进步发展和发展,医学影像技术慢慢用于医疗领域。在其中,尽管

CT影像学查验技术性提升了疾病临床诊断准确度,但双层CT增强扫描技术性能更快高效地确诊疾病,准确度高,在缺血性肠病的诊断中具有一定的实用价值。本分析对42例缺血性肠病患者展开了腹部CT影像学查验,依据检验结果的差别分成死亡组与生存组。在其中死亡组24例,生存组18例。对两组患者腹腔积液与游离气体以及肠壁气体和门静脉积气等情况进行调查分析发现。死亡组患者上述指标的发生率均显著高于生存组患者,对两组患者相应数据进行统计学分析发现 $p < 0.05$,即差别有统计学差异^[6]。因而,在临床护理中,能够有效的形式根据患者、亲属、医护人员对脑缺血疾病的了解并相互配合水平,确立腹部CT等有关影像学查验的重要性、诊断的精确性,减少病死率。

参考文献:

- [1]张莹,刘欣,张文耀,等.螺旋CT检查急性缺血性肠病所致门静脉和肠壁积气的表现特点及其临床诊断价值研究[J].实用肝脏病杂志,2020,21(5):793-796.
- [2]黄汝彬.缺血性肠病患者的腹部CT影像及诊断价值分析[J].影像研究与医学应用,2020,3(19):167-168.
- [3]黄汝彬.缺血性肠病患者的腹部CT影像及诊断价值分析[J].影像研究与医学应用,2019,3(19):167-168.
- [4]郑礼禄,林燕,曹稳福,杜瑞宾,张惠娟.缺血性肠病患者的腹部CT影像及诊断价值分析[J].现代医用影像学,2019,28(07):1506-1508.
- [5]孙世龙,丁威威,王士凯,等.肠系膜上静脉血栓远期并发缺血性肠病的诊断与治疗[J].中华消化外科杂志,2020,17(9):924-928.
- [6]刘文徽,边祥兵,杨立,万军,吴本俨.缺血性肠病患者腹部CT影像特点分析[J].解放军医学杂志,2020,42(11):992-995.