

诊断,可以清晰反映骨折细节,或患者实际情况合理选择诊断方案,便于临床治疗工作的开展。

〔参考文献〕

- (1) 陈孝平,汪建平.外科学(M).8版.北京:人民卫生出版社,2013.
- (2) 陆峰.双排螺旋CT扫描技术在脊柱外伤诊断中的应用体会(J).影像研究与医学应用,2017,1(11):79-80.
- (3) 赵志勇.X线平片和CT影像在脊柱爆裂型骨折诊断中的

作用评价(J).影像研究与医学应用,2017,1(4):78-79.

- (4) 张礼坤,丁建荣.X线片与多层螺旋CT检查对脊柱爆裂型骨折的临床诊断价值研究(J).浙江创伤外科,2017,22(2):380-381.
- (5) 宋泽.分析螺旋CT三维成像技术在脊柱椎骨科的临床应用价值(J).中国继续医学教育,2015,7(8):191-192.
- (6) 陈少珍,陈正华.多层螺旋CT和X线平片检查脊柱爆裂型骨折的临床分析(J).医学影像学杂志,2015,25(11):2087-2089.

(文章编号) 1007-0893(2020)23-0083-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.038

MRI 在子宫内膜癌术前分期中的应用价值

叶成斌 张小镇 黄成华 林晓南

(福建中医药大学附属人民医院,福建 福州 350004)

〔摘要〕 目的:研究子宫内膜癌术前分期采用MRI检查的效果。方法:回顾性分析2018年2月至2020年2月期间由福建中医药大学附属人民医院收治的子宫内膜癌患者40例。并根据MRI平扫及增强图片的特点确定内膜癌的T分期。并将病理检查分期结果作为金标准进行一致性检验。结果:全部患者在手术前实施MRI后,结果显示Ia期有5例、Ib期有7例、Ic期有7例、II期有12例、III期有5例、IV期有4例。病理检查结果提示Ia期有5例、Ib期有7例、Ic期有8例、II期有10例、III期有6例、IV期有4例。MRI分期的准确率是85.00%,手术病理分期结果同MRI分期结果比较, $Kappa$ 值是0.816, $P=0.001$,表明两种检测方式一致性良好。结论:在子宫内膜癌患者手术前对其实施MRI检查,可有效掌握患者子宫内膜癌的临床分期,对于制定合理治疗方式具有积极意义。

〔关键词〕 子宫内膜癌;MRI;术前分期

〔中图分类号〕 R 737.33; R 730.44 〔文献标识码〕 B

子宫内膜癌主要是指出现的子宫内膜部位的一组上皮性恶性肿瘤,常见于围绝经期以及绝经后女性^[1]。在疾病早期通常无明显临床表现,伴随病程逐渐发展,患者可出现阴道异常流血或者是排出恶臭脓血样液体,另外下腹部隐痛也是子宫内膜癌患者常见临床表现。而在疾病晚期,在下腹部可触及增大的子宫,对于伴有脓液滞留者,还会出现显著触痛。严重降低患者生活质量水平,同时对其生命安全也产生一定威胁。因此,及时采取有效措施对疾病进行诊断,了解疾病分期,可为临床治疗方案的制定提供依据,进而提升治疗效果^[2]。随着临床影像技术的发展,MRI检查在临床多种疾病诊断中均发挥了良好的效果,但在子宫内膜癌术前分期研究较少,一定程度上限制子宫内膜癌诊断水平的提升^[3]。本研究对40例子宫内膜癌患者在手术前实施MRI检查,了解疾病分期情况,现报道如下。

1 资料以及方法

1.1 一般资料

选择本院2018年2月至2020年2月接收的40例子宫内膜癌患者作为研究对象。其中,患者年龄49~75岁,平均年龄 (62.38 ± 5.11) 岁,绝经前者有7例、绝经后者有33例。全部患者均经临床病理诊断为子宫内膜癌。

1.2 方法

全部患者在实施手术治疗前均进行MRI检查,采用Siemens Verio 3.0T磁共振扫描仪,扫描方法:指导患者呈平卧位状态,常规MRI均行T1WI、T2WI、T2脂肪抑制和DWI扫描,扫描参数如下,FL T1WI: TR 260 ms, TE 2.58 ms; TSE T2WI: TR 6000 ms, TE 96 ms; FOV 22 cm × 22 cm,层厚 5 mm,层间隔 1 mm。DWI参数: TR 8500 ms, TE 100 ms, FOV 22 cm × 22 cm,层厚 5 mm,层间隔 1 mm,

〔收稿日期〕 2020-09-22

〔作者简介〕 叶成斌,男,副主任医师,主要研究方向是妇科、神经及骨肌影像诊断方面。

矩阵 128×128 , 激励次数 1, b 值为 0、400、800 $s \cdot mm^{-2}$ 。进行横断面、矢状位、冠状位扫描, 必要时可从子宫长轴、短轴以及冠状位方面实施扫描。全部患者均实施动态增强扫描 T1WI 检查。对比剂使用钆喷酸葡胺, 使用剂量是 $0.1 \text{ mmol} \cdot \text{kg}^{-1}$ 。

1.3 观察项目

1.3.1 观察指标 将所有图像传至医学影像存档与通讯系统 (picture archiving and communication system, PACS), 图像的分析 and 测量是由两位副高以上职称的影像学诊断医师独立盲法阅片。两位影像医师独立作出影像分期后, 由本研究统一汇总结果。以手术病理大体标本或切片结果为金标准。病理分期采用相同方式进行处理。最后由本研究统一汇总结果。根据 MRI 平扫及增强影像图片的特点确定肿瘤在影像上的 T 分期。比较手术病理分期结果和 MRI 分期情况。

1.3.2 子宫内膜癌 MRI 诊断依据 子宫内膜下结合带形态完整, 并且子宫内膜有增厚属于 I a 期; 子宫内膜下结合带出现部分中断, 或者是子宫内膜与肌层表面不规整, 提示肿瘤信号侵入子宫肌层内小于等于 50.00 % 为 I b 期; 残余肌层厚度变薄, 并且提示肿瘤信号侵入子宫肌层超过 50.00 % 为 I c 期; 在宫颈部位也出现肿瘤信号为 II 期; 子宫四周存在肿瘤浸润, 外层肌层连续性中断为 III 期; 膀胱以及直肠壁部位低信号缺失为 IV 期^[4]。

1.3.3 子宫内膜癌病理分期诊断依据 肿瘤主要位于子宫体内属于 I 期; 肿瘤主要位于子宫内膜部位属于 I a 期; 肿瘤对子宫肌层侵犯程度小于 50.00 % 属于 I b 期; 肿瘤对子宫肌层侵犯程度大于 50.00 % 属于 I c 期; 肿瘤已经侵犯至宫颈部位, 但没有超过子宫属于 II 期; 肿瘤对子宫附件和盆腔壁产生侵犯属于 III 期; 肿瘤对膀胱或直肠黏膜产生侵犯, 和 (或) 发生远处转移属于 IV 期; 肿瘤对膀胱或直肠黏膜产生侵犯属于 IV a 期; 肿瘤发生远处转移属于 IV b 期, 主要有腹股沟淋巴结转移以及腹腔内淋巴结转移, 并且 MRI 检查提示远处器官存在肿块或是有积液出现^[5]。

2 结果

2.1 患者的 MRI 检查结果

40 例患者在实施 MRI 检查后, 经两位副主任医师一致分析 MRI 结果如下: 5 例为 I a 期、7 例为 I b 期、7 例为 I c 期、12 例为 II 期、5 例为 III 期、4 例为 IV 期。所有患者癌灶的 ADC 值均低于 $1.20 \times 10^{-3} \text{ mm}^2 \cdot \text{s}^{-1}$ 。

2.2 患者的 MRI 分期结果和手术病理分期比较

将病理分期结果作为金标准, MRI 分期准确率是 85.00 % (34/40)。MRI 在子宫内膜癌分期方面, 将 1 例 I b 期误诊为 I a 期; 将 1 例 I a 期和 1 例 I c 期误诊为 I b 期; 将 1 例 I b 期误诊为 I c 期; 将 1 例 I c 期和 1 例 III 期误诊为 II 期, 手术病理分期结果同 MRI 分期结果比较, $Kappa$ 值是 0.816, $P = 0.001$, 表明两种检测方式一致性良好, 详细数据见表 1。

表 1 患者的 MRI 分期结果和手术病理分期比较 ($n = 40$)

MRI 分期	病理分期						合计
	I a 期	I b 期	I c 期	II 期	III 期	IV 期	
I a 期	4	1	0	0	0	0	5
I b 期	1	5	1	0	0	0	7
I c 期	0	1	6	0	0	0	7
II 期	0	0	1	10	1	0	12
III 期	0	0	0	0	5	0	5
IV 期	0	0	0	0	0	4	4
合计	5	7	8	10	6	4	40

3 讨论

在我国, 子宫内膜癌患病率仅次于宫颈癌, 已经成为第二常见的妇科恶性肿瘤, 在全部妇科恶性肿瘤中约占 20.00 % ~ 30.00 %^[6]。临床对于 I 期、II 期子宫内膜癌通常是先实施手术治疗, 之后依据病理检查结果决定是否采取其他干预措施; 而对于 III 期、IV 期患者则先实施放化疗, 之后再决定是否实施其他干预措施^[7]。因此, 对于子宫内膜癌进行有效分期, 可指导临床合理制定干预方案。

MRI 在软组织方面具有较高的分辨率, 同时可多方位成像及功能成像, 一方面可清晰显示子宫内膜癌肿瘤的位置以及形态, 另一方面还可对肿瘤侵袭子宫肌层程度做出有效判断。在本研究中, 所有患者实施 MRI 检查, 结果显示 MRI 分期准确率是 85.00 %。分析结果可知, 在 I a 期方面, T1WI 检查提示子宫呈现等信号, 并且在形态以及体积方面无明显异常, T2WI 有局部子宫内膜增厚, DWI 提示为高或较高信号, 并且用四周低信号结合带形成明显对比, 动态增强扫描提示早期子宫内膜下出现强化连续, 绝经前患者超过 10 mm, 绝经后患者超过 5 mm。在 I b 期和 I c 期方面, T1WI 呈现等信号, T2WI 以及 DWI 均提示结合带完整性破坏, 动态增强扫描提示黏膜下结合带出现部分或全部中断。在 II 期方面, 子宫体积有明显增大, T1WI 呈现等信号或低信号, T2WI 以及 DWI 均提示肿瘤信号侵入宫颈基质或宫颈管, 动态增强扫描后提示宫颈上皮出现连续性中断。III 期、IV 期子宫内膜癌通常会对子宫四周器官产生侵袭, 例如膀胱、直肠以及阴道等, 上述组织均会出现异常信号, 在 T1WI 方面呈现等信号, 在 T2WI 方面呈现高信号。因此在子宫内膜癌分期方面术前盆腔 MRI 检查具有一定指导意义。

综上, 子宫内膜癌患者在手术前实施 MRI 检查, 不仅在内膜病变的良恶性上能提供参考, 还可有效掌握疾病分期, 依据其分期制定合理的干预措施, 可提升治疗效果。

〔参考文献〕

- (1) 叶秋霖, 胡悦欣, 勾睿, 等. MRI、分段诊刮及宫腔镜下刮宫诊断子宫内膜癌宫颈间质浸润效能比较 (J). 现代肿瘤医学, 2020, 28(19): 3391-3395.
- (2) 田士峰, 刘爱连, 郭妍, 等. 基于 MK 图像的影像组学方法鉴别不同风险病理类型子宫内膜癌的价值 (J). 中国医学影像学杂志, 2020, 28(9): 688-691, 695.
- (3) 朱梦颖, 陈萍, 常才, 等. 影像学技术在子宫内膜癌诊断中的应用 (J). 实用妇产科杂志, 2020, 36(6): 408-412.

- (4) 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 (M). 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- (5) 沈铿, 马丁. 妇产科学 (M). 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- (6) 齐文彩, 赵卫东, 高飞, 等. 术前磁共振检查及术中探查对 I 型子宫内膜癌系统淋巴清扫评估的临床价值分析 (J). 中国临床保健杂志, 2020, 23(4): 547-551.
- (7) 朱辛茹, 李宁. 阴道彩色多普勒超声、MRI 及宫腔镜在子宫内膜癌诊断及分期中的应用 (J). 中国 CT 和 MRI 杂志, 2020, 18(1): 118-120.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)23-0085-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.039

年轻宫颈癌患者的临床病理学特征分析

苏钱法¹ 陈锡红²

(1. 惠安县医院, 福建 惠安 362100; 2. 惠安县中医院, 福建 惠安 362100)

〔摘要〕 **目的:** 详细分析年轻宫颈癌患者的临床病理学特征。**方法:** 选取 2017 年 2 月至 2020 年 2 月在惠安县医院接受治疗的 98 例被确诊的宫颈癌患者为研究对象, 根据患者的年龄将其分为年轻组 (年龄 ≤ 36 岁, 63 例) 和非年轻组 (年龄 > 36 岁, 35 例), 采用免疫组化 SP 法对两组 Survivin、P27 蛋白水平进行检测, 分析并比较两组患者临床病理学特征。**结果:** 通过与非年轻宫颈癌患者相比较, 年轻宫颈癌患者早期宫颈癌比例更高 (临床分期主要为 I ~ II a)、大多数患者瘤体直径 ≥ 4 cm、病理类型主要为鳞癌、病理分级主要为 II 级、且病灶主要呈现为深间质浸润、出现人乳头状瘤病毒 (HPV) 感染的患者较多、Survivin 水平稍高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但是只有少部分患者病灶对脉管造成累及, P27 蛋白水平与其差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 年轻宫颈癌患者临床分期多为早期、患者的瘤体直径较大, 病灶主要呈现为深间质浸润, 并且出现 HPV 感染的患者比较多, 其有着相对高危的病理因素。

〔关键词〕 宫颈癌; 病理学特征; 年轻女性

〔中图分类号〕 R 737.33 〔文献标识码〕 B

宫颈癌在临床上比较常见, 其属于妇科肿瘤中的一种恶性肿瘤, 有研究数据显示, 近年来, 随着女性生活及工作压力的增加、生活方式的改变, 宫颈癌的患者呈现出了逐年增多的趋势, 并且患者逐步年轻化^[1]。宫颈癌前病变患者并没有特异性的临床症状, 部分患者只表现出了一般宫颈炎的症状, 比如白带增多、下腹疼痛、瘙痒等症状。还有部分患者表现为白带带血, 性接触后阴道出现少量流血症状。由于宫颈高级别上皮内病变属于癌前病变, 其比较特殊, 不但具有可逆性, 还具有发展性, 随着病情的发展一部分病变会自然消失, 但是还有一部分病灶会继续发展, 甚至有癌变的可能。笔者在经过一系列的研究后发现, 此种癌前病变的可逆性与发展性也与病变的浸润程度、累及范围等因素有关。本研究通过对年轻宫颈癌患者与非年轻宫颈癌患者病理分级、临床分期、瘤体大小等的比较, 详细分析了年轻宫颈癌患者及病理学特征, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 2 月至 2020 年 2 月在惠安县医院接受治

疗的 98 例被确诊的宫颈癌患者为研究对象, 纳入标准:

(1) 符合宫颈癌的诊断标准^[2], 且被确诊; (2) 已婚, 性生活史超过 3 年; (3) 患者临床资料完整; 排除标准:(1) 合并严重的心、肝、肾等器官功能障碍; (2) 合并其他恶性肿瘤; (3) 合并精神疾病。根据患者的年龄将其分为年轻组 (年龄 ≤ 36 岁, 63 例) 和非年轻组 (年龄 > 36 岁: 35 例), 年轻组患者年龄 19 ~ 36 岁, 平均年龄 (31.54 ± 4.28) 岁, 非年轻组患者年龄 37 ~ 70 岁, 平均年龄 (50.01 ± 11.34) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对两组患者的资料进行详细的分析并统计, 采用免疫组化 SP 法对两组 Survivin、P27 蛋白水平进行检测, 由于 Survivin 阳性染色定位于细胞浆中, P27 蛋白水平阳性染色定位于细胞核中, 如细胞浆、细胞核中出现异常颜色 (淡黄色至棕黄色) 的颗粒物, 则判定为结果阳性, 采用图像分析仪对检测到的阳性信号进行定量分析。

1.3 观察指标

分析并比较两组患者临床病理学特征。

〔收稿日期〕 2020-08-11

〔作者简介〕 苏钱法, 男, 副主任医师, 主要从事病理科工作。