本结果显示头孢他啶亦有较好疗效，对细胞的敏感率达80%，环丙沙星的细菌敏感率为70%，但近年来，大肠杆菌对后者的耐药率已近50%。值得注意的是，氨基糖苷类虽有较高的细菌敏感率，但由于其肾毒性在SBP时应避免应用。另外，17例腹水培养阳性的菌株中，G⁺球菌占36.8%，其中肠球菌比例高，我们认为因SBP腹水培养阳性率低，当选用针对G⁻杆菌的抗生素及早经验治疗48～72 h后，如临床症状或实验室指标无如何改善，应考虑G⁺球菌致病的可能，必要时加用针对G⁺球菌的抗生素。而在G⁺球菌的治疗中，万古霉素具有不可替代的优势，为尽量减少其肾毒素，建议应用去甲万古霉素或替考拉宁。SBP治疗初期须静脉给用抗生素，平均疗程10～14 d。现也有主张短程疗法，有研究显示头孢噻肟、头孢曲松的5 d疗程亦获较好疗效[2]。放腹水治疗和腹腔内用药理论上可提高腹腔局部抗生素浓度，但临床有效性有待进一步证实。

SBP的病死率高达20%～40%，但因感染直接导致死亡的仅1/3，而肝肾功能及并发症则与预后密切相关[1]。由于SBP是高复发率、高病死率，所以预防性治疗相当必要。目前，主要的预防措施为选择性肠道去污治疗(SID)，诺氟沙星/环丙沙星/氧氟沙星400 mg每日1次的方案已被广泛接受[3]。预防对象为SBP高危患者：既往有SBP史者，合并消化道出血的肝硬化患者，体内存在其他部位感染的肝硬化腹水患者，严重肝功能失代偿患者[2,6]。SBP的预后改善重在早期诊断，及时治疗，避免SBP-RI等并发症。

关键词：肝硬化；自发性细菌性腹膜炎；抗生素
中图法分类号：R572.206 文献标识码：B

参考文献：

1 王吉耀. 现代肝病治疗理论与进展[M]. 上海：上海医科大学出版社，1999：272－281.
2 梁德芳. 肝硬化[M]. 北京：北京科学技术出版社，2000：517－528.
3 RODRIGUEZ-RAMOS C, GALAN F, DIAZ F, *et al*. Expression of proinflammatory cytokines and their inhibitors during the course of spontaneous bacterial peritonitis[J]. Dig Dis Sci, 2001, 46(8)：1668－1676.
4 邱德凯. 慢性肝病临床并发症－现代诊治概念[M]. 上海：上海科学技术出版社，2001：226－230.
5 FRANCA A, GIORDANO H M, SEVA-PEREIRA T, *et al*. Five days of ceftriaxone to treat spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients[J]. J Gastroenterol, 2002, 37(2)：119－122.
6 李红文. 肝炎后肝硬化并自发性细菌性腹膜炎52例临床分析[J]. 郑州大学学报：医学版，2003，38(6)：1005.

(编辑 张大春)

# 经验交流

文章编号：1000-5404(2006)15-1632-02

## 乳腺癌的钼靶摄影误诊分析13例

翁海莺，张 兵 (福建省泉州市人民医院放射科，泉州 362000)

钼靶高频乳腺X线机在诊断乳腺疾病方面的已得到广泛应用[1]，通过对误诊病例X线表现的回顾性分析，以期提高乳腺癌及早期不典型乳腺癌的诊断水平。

### 1 临床资料

收集整理我院1997－2004年X线误诊的13例乳腺癌患者的影像学资料，均为女性，年龄34～55岁，平均42岁。7例误诊为良性肿瘤或囊肿，5例误诊为乳腺增生。病例投照体位均为乳腺轴斜位片，结合临床进行回顾性分析。

### 2 结果

误诊为纤维瘤1例，年龄42岁，表现为右乳均匀高密度的圆形块状影，境界光整，有细的透光影，直径约2.5 cm，无钙化影，无异常血管影，无腋下淋巴结影，术后病理诊断为乳腺髓样癌。

误诊为小纤维腺瘤3例，年龄36～40岁，均为小结节状阴影，最大直径1.2 cm，2例边缘毛糙，1例有牛角状突起，血管影稍增多，无钙化影，术后病理诊断1例为黏液腺癌，2例为浸润性导管癌(图1)。



图1 小纤维瘤癌变

误诊为乳腺囊肿3例，年龄46～55岁，为不规则的团状阴影，最大直径1.8 cm，密度不均，境界部分模糊或分叶，1例有较浅的簇水钙化影，2例伴有乳腺结构不良，术后病理诊断1例为单纯癌，2例乳腺囊肿癌变(图2)。



图2 乳腺囊肿癌变

作者简介：翁海莺(1956－)，女，福建省福清县人，副主任医师，主要从事乳腺疾病的影像诊断方面的研究。电话：(0592)22161290
收稿日期：2005-09-25；修回日期：2006-04-03

误诊为乳腺增生5例:年龄36~45岁,2例有腺体异常增生,术后病理证实乳腺增生癌变;2例为片状阴影,密度不均,境界模糊;1例双乳腺腺体分布对称,但一侧有散在点状钙化影,术后病理证实为乳腺早期癌3例。

误诊为正常1例,病灶在乳腺后方,术后病理证实为乳腺癌。

## 3 讨论

乳腺全智能高析钼靶X线照像已成为诊断乳腺癌的首选方法,使乳腺癌诊断水平不断提高,但仍有一些病例被误诊或漏诊。

本组1例髓样乳腺癌是一种界限清楚,由低分化癌细胞和少量间质细胞构成,是一种特殊类型的浸润性导管癌,在临床和X线检查易误诊为纤维腺瘤,因此年龄较大的患者就应不排除髓样癌。而类似小纤维腺瘤和囊肿的应该有类似纤维腺瘤的征象,但用放大镜阅片时注意观察肿块是否边界毛糙、有无牛角状改变或钙化影等。这类患者提示导管受浸润而变硬、牵拉,是乳腺周围肿瘤早期浸润导管所致;血管影增多,是肿瘤组织生长旺盛,血供丰富所致;如有钙化者[2],尤其是较浅成簇钙化,更应高度怀疑。

有文献报道导管原位癌70%X线片上可发现微细的钙化,乳腺X线检查发现癌前病变,40%是通过微小钙化而检出。所以,如果周围有散在钙化应定期复查。早期癌仅表现单个或少于5枚的少量钙化,常被忽视,所以在阅片中放大镜的应用必不可少。

多数学者认为,不规则团块状阴影,局部有结构不良的病例是诊断早期乳腺癌的一项重要间接征象[3]。由于对征象认识不足,常误诊为乳腺增生,因此阅片时一定要双侧对比,或与旧片对比,提高对结构不良的认识。

要结合临床,要亲自问诊[4]、触诊,发现肿块变硬,边界不清,活动差者可与皮肤相连,在X线片上常表现为小于实际触及肿块的大小,这可能与肿瘤组织向周围浸润时密度较低有关,触及肿块而X线片上未发现明显肿块者,应对照触诊肿块部位,仔细阅片,进行综合分析。总之,触诊对发现病灶,定位诊断有重要的指导作用。

在阅片过程中,要观察X线片的质量,如果X线片的质量不好,千万不要阅片作出诊断。本组病例中就有1例因X线片的质量不好而造成误诊。观察X线片质量要注意:双侧乳腺片对比投照体位、透光度和所包括的腺体组织是否一致,双侧乳腺是否尽量包括完整(如腋下,腺体后方),X线片上是否有影响诊断的伪影。

总之,要提高乳腺癌的诊断水平就必须清楚的认识乳腺癌的直接征象和间接征象,结合临床特征和触诊也是配合X线影像诊断的重要步骤,用放大镜认真观察片上的细小特征并双侧对比等都是必要手段,提高X线片的质量也是最关键的。

**关键词**:乳腺癌;误诊;钼靶高频乳腺机
**中图法分类号**:R730.44;R737.9 **文献标识码**:B

**参考文献**:

[1] 廖翠薇,王玉锦,徐维邦.乳腺癌钼靶X线诊断[J].第三军医大学学报,2003,25(14):1288-1290.
[2] 杜国霞.乳腺钙化在乳腺疾病中诊断价值的探讨[J].肿瘤研究与临床,2000,12(1):50-51.
[3] 黄其敏.乳腺癌的钼靶X线摄影诊断(附250例分析)[J].实用放射学杂志,1999,15(12):710-713.
[4] 赵琼惠,马雪华,杜 勇.乳腺癌钼靶X线误诊分析[J].川北医学院学报,2001,16(1):48-49.

(编辑 薛国文)

文章编号:1000-5404(2006)15-1633-02

经验交流

# 持续性异位妊娠12例临床分析

何群双 (广东省肇庆市端州区人民医院妇产科,肇庆 526040)

本研究对580例异位妊娠患者行保守性手术188例,发生12例持续性异位妊娠(persistent ectopicpregnancy,PEP)的临床资料进行分析,以期探讨年龄、停经时间、术前HCG水平、手术方式以及术后处理与PEP的关系,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

1999年2月至2005年2月,本院对580例患者实施了异位妊娠手术,行保守性手术188例,其中腹腔镜保守性手术102例,开腹保守性手术86例。根治性手术无PEP发生,保守性手术共发生PEP 12例。

作者简介:何群双(1963-),女,湖北省恩施市人,副主任医师,主要从事妇科肿瘤的诊断与治疗和腹腔镜妇科方面的研究。电话:(0758)2273292

收稿日期:2005-04-20;修回日期:2005-07-06

### 1.2 方法

对188例保守性手术患者的年龄、停经时间、术前β-HCG的水平,手术方式以及术后处理方式等指标进行分析。①按年龄分为3组:<20岁组、20~30岁组、>30岁组。统计PEP发病的例数和发生率,经统计学处理,比较不同年龄组发病率的差异,了解年龄因素对PEP的影响。②将停经时间分为3组:<40 d、40~60 d、>60 d。统计每组PEP发病的例数和发生率,比较不同停经时间发病率的差异,了解停经时间对PEP的影响。③根据文献[1]将术前β-HCG水平分为2组:β-HCG<3 000 IU/L、β-HCG≥3 000 IU/L。统计每组PEP发病的例数和发生率,比较不同β-HCG水平PEP发生率的差异,了解β-HCG水平与对PEP的影响。④手术方法有腹腔镜和开腹2种方式,而处理妊娠灶的方式有输卵管开窗术和输卵管内胚胎取出术,比较各自PEP的发生率,从而了解术式对PEP发病的影响。⑤术中或术后甲氨蝶呤(methotrexate,MTX)化疗,也有部分病例未给予化疗。比较MTX化疗组与非化疗组PEP发病率的差