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

异，了解 MTX 化疗对 PEP 发病率的影响。

1.3 统计学处理

数据均采用 SPSS 10.0 软件行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 停经时间及不同 β-HCG 水平对 PEP 发病率的影响

停经时间 <40 d 或 >60 d PEP 发病率分别为 11.9%（5/42）、15.4%（4/26）明显高于停经时间为 40～60 d 的 PEP 发病率 2.5%（3/122）（$P<0.05$）；但停经时间 <40 d 与 >60 d 之间无显著性差异（$P>0.05$）。

术前 β-HCG≥3 000 IU/L 的 PEP 发病率[8.2%（9/110）]明显高于 β-HCG <3 000 IU/L 的 PEP 发病率[3.8%（3/78）]（$P<0.05$）。

2.2 不同手术方式及术中或术后 MTX 化疗与非化疗对 PEP 发病率的影响

结果见表2。

表2 不同手术方式及术中或术后 MTX 化疗与非化疗对 PEP 发病率的比较

项目	PEP 例数	PEP 感染率（%）
腹腔镜手术	102	9(8.8)
开腹手术	86	3(3.4)[a]
输卵管内胚胎取出术	48	7(14.5)
输卵管开窗术	140	5(3.5)[b]
MTX 化疗组	108	2(1.9)
非化疗组	80	10(12.5)[c]

a：$P<0.05$，与腹腔镜手术比较；b：$P<0.05$，与输卵管内胚胎取出术比较；c：$P<0.01$，与 MTX 化疗组比较

3 讨论

PEP 的发生主要由于滋养叶细胞深入管壁肌层或妊娠滋养细胞植入处界限不清或病变范围大，未能将滋养细胞完全清除，残留滋养细胞继续生长所致。对 PEP 的定义很多，但一般认为在保守性手术后血 β-HCG 升高或下降不明显，需用药物治疗或再次手术治疗。PEP 的发生率为 5%～8%[2]。

本组资料结果提示年龄与 PEP 的发病无直接关系。而停经时间短（<40 d）或时间长（>60 d）PEP 发病率明显增高。与范保维等[3]的研究结果一致。停经时间短、包块小，侵入的滋养细胞与种植部位间缺少明确的分界面，使得胚囊更不容易完全去除，易于发生 PEP。而停经时间较长者，发生 PEP 较高则可能与绒毛组织侵入输卵管肌层，术中难取干净有关。

术前 β-HCG >3 000 IU/L PEP 发病率明显高于 β-HCG <3 000 IU/L（$P<0.05$），提示 PEP 的发病与术前 β-HCG 水平高有关。Lundorff 等[4]认为术前 β-HCG >3 000 IU/L，术后易发生 PEP。Hagstorm 等[5]也认为 PEP 与术前 β-HCG、孕酮水平过高有关。可能与绒毛活力强，组织过多或种植过深，难于清除有关。手术方式也影响了 PEP 的发病。本组资料显示腹腔镜手术明显高于开腹手术组（$P<0.05$），腹腔镜手术组 PEP 发生率为 8.8%。有文献[6,7]报道腹腔镜手术发生率为 3%～20%，而开腹手术发生率为 3%～5%。同本组情况基本类似。腹腔镜手术促使异位妊娠保守性手术增多，也使 PEP 发生的机会增多。推测可能与腹腔镜技术熟练程度有关。输卵管内胚胎取出术与输卵管开窗术 PEP 发病率比较有显著性差异（$P<0.05$）。挤压法将妊娠物自输卵管伞端挤出，易造成滋养细胞残留和出血，我们现在主要采用开窗术。输卵管膨大处主要内容物为血块和妊娠物，而真正的滋养细胞侵入部位在该处的近子宫端。所以作线形切开手术时，切口还应足够长，并注意冲洗和探查病变部位的近子宫侧，以防残留滋养细胞组织。所以有行根治性切除术后仍有 PEP 发生的个案报道[8]。

本组资料也显示术中或术后使用 MTX 化疗，可明显降低 PEP 的发生率。MTX 是一种滋养细胞高度敏感的化疗药物，它可使滋养细胞内叶酸在无活性的氧化状态下积贮，抑制了细胞内胸腺嘧啶核苷酸和嘌呤核苷酸的合成，致使滋养细胞死亡。妊娠时滋养细胞处于增殖状态，对 MTX 的抑制作用更加敏感。也有文献报道 MTX 治疗异位妊娠的作用主要表现在抑制细胞型滋养细胞的增殖，进而影响中间型及合体型滋养细胞的形成[9]。

综上所述，异位妊娠保守手术后发生 PEP 的高危因素有：停经时间短（<40 d）或时间长（>60 d）；术前 β-HCG >3 000 IU/L；腹腔镜输卵管内胚胎取出术；术中术后未行 MTX 化疗等。为了预防 PEP 的发生，我们认为不能盲目扩大保守性手术的指征，在决定异位妊娠手术方式时需综合考虑各方面的因素，不应一味强求保留输卵管。因为目前普遍认为，异位妊娠后的生育能力更多地取决于对侧输卵管的状态而不是手术方式，当对侧输卵管正常时切除患侧输卵管后仍有 80% 的生育率。再者 PEP 的出现，患者和家属往往难以理解，容易引起医疗纠纷，临床医生应给予高度重视。对于存在 PEP 高危因素时，应术中或术后行预防性化疗，定期 hCG 测定是监测的主要手段，要求每周测定血 β-hCG 水平。成功的保守性手术后血 β-hCG 下降速度与输卵管切除术无明显差异。同时注意患者有无突然出现的下腹痛、肛门坠胀或阴道出血等情况，注意跟踪观察，术后 1 个月后月经来潮则保守性手术成功。

关键词：持续性异位妊娠；相关因素；防治措施
中图法分类号：R714.22 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 张 健，谢康云，花 琪. 血清 β-绒毛膜促性腺激素在预测持续性异位妊娠中的价值[J]. 上海医学，2003，26(10)：714－716.
[2] 彭 林. 持续性异位妊娠的预防及监测措施[J]. 实用妇产科杂志，2000，16(5)：263.
[3] 范保维，毛玲芝，和秀魁. 腹腔镜下保守性手术后的持续性异位妊娠[J]. 中国内镜杂志，9(5)：73－74.
[4] LUNDORFF P，HAHLIN M，SJOBLOM P，*et al*. Persistent trophoblast after conservative treatment of tubal pregnancy：prediction and detection[J]. Obstet Gynecol，1991，77(2)：129－133.
[5] HAGSTROM H G，HAHLIN M，BENNEGGARD-EDEN B，*et al*. Prediction of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy[J]. Obstet Gynecol，1994，84(5)：798－802.
[6] SEIFER D B，GUTMANN J N，DOULY M B，*et al*. Persistent ectopic pregnancy following laparoscopic linear salpingostomy[J]. Obstet Gynecol，1990，76(3)：1121－1125.
[7] VERMESH M，SILVA P D，ROSE G F，*et al*. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy：a prospective，randomized，clinical trial of laparoscopy versus laparotomy[J]. Obset Gynecol，1989，73(3 Pt 1)：400－403.
[8] 刘珠凤，孙正怡，杨佳欣，等. 持续性异位妊娠的诊断及治疗[J]. 中华医学杂志，2001，81(20)：1261－1263.
[9] 欧 俊，吴效科，周珊英. 异位妊娠的治疗现状[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2003，19(5)：309－312.

（编辑 薛国文）