维普资讯 http://www.cqvip.com

(19) 217-218 R730.44

结肠双对比钡灌肠检查结肠癌漏诊原因探讨

结肠肿瘤，双对比钡灌肠术后，漏诊，才线诊断

第二医院放射科 曾 燕 李鼎寰

中图分类号 R445

结肠双对比钡灌肠检查(Double-Confrast Barium-Enema Examination of the Conlon以下简称DCBE)是广泛应用的最好的结肠X线检查方法，它具有灵敏、正确、简便易行、能清晰显示结肠粘膜面微小病变等优点，国内外不少医院已将DCBE作为结肠的常规检查方法或普查手段。但DCBE检查中也可能出现缺陷而引起漏诊。本文搜集了我院自1986年5月～1994年5月间经DCBE诊断为结肠癌的172例X线片，其中有4例在初次阅片诊断时被漏诊，占这段时期内所诊断结肠癌的2.3%。目的是复习文献资料，结合本文报告的几例，提高认识和正确诊断率。

1 资料与方法

我科自1986年来结肠X线检查均采用DCBE法，为了保证检查质量，制定有完整检查常规，包括：

1.1 彻底的结肠道清洁：系采用下行性清洗方法，包括24小时流质饮食、大量饮水、口服硫酸镁泻剂，辅以开寒露导便。结肠道清洁效果满意率可达93.7%。

1.2 双对比灌肠检查采用1cm大孔径导管和塑料袋作注钡、注气及直肠泄放一次完成的直接双重造影法。直肠—乙状结肠显示优良率为87.3%，其余各段结肠优良片率为77%，故本文所讨论的中心不包括检查方法。

来我院求治，检查：阴蒂双小阴唇色白苔藓样变，活检外阴LS，局部粒层，棘层细胞增生。生有一女现年12岁未发病。

1.5 **家庭5** 王某某，56岁、工人。外阴痒15年，1988年来我院检查，阴蒂双大小阴唇萎缩、苔藓样变、浸渍、弹性差、阴道口缩窄，色素减退区呈典型的哑铃型改变，活检外阴LS。共生三女，长女患此病。

患者长女，张某某，30岁，工人。外阴变白，偶痒3年，1990年与母同来我院检查，阴蒂双小阴唇稍萎缩，色素减退、弹性差、活检外阴LS。生一女现年9岁未发病。

2 讨论

国外文献报道LS曾有连续几代发生，通常在母女间，也可见姐妹间，母子间，兄弟姐妹间，偶见于单卵双胎的女孩中[1,2,3,4]见附表。

一些学者提出LS与遗传因素有关，从本文五个小家系谱分析，系谱双亲为常染色体隐性遗传，表现型正常是致病基因携带者，按常染色体隐性遗传规律子女间有1/4发病；系谱分析中母亲为患者，父亲为正常个体，从系谱分析来看，每代均有患者，且子女发病率高约为1/2，显性遗传可能性大，本文五个家庭中基本符合以上规律，但第三代部分未发病者年纪尚轻还需继续追踪观察今后是否发病。从系谱分析中某些病例为常染色体显性遗传，另一些病例为常染色体隐性遗传，由于我们积累的家系不多，还需进一步研究。

(收稿日期1994-11-16)

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 资料

本组4例中，男性1例，女性3例，年龄52—68岁。1例由于冗长的乙状结肠重迭及照片数量不够，初次检查时漏诊，后经复查诊断为结肠癌，经手术证实1例因结肠脾曲前后重迭及照片数量不够而漏诊，经结肠镜检发现后作手术及病理证实；例3为横结肠癌，因结肠脾曲与横结肠相平行，观察疏忽而漏诊，后经手术确诊；例4盲肠钡剂涂布不良而漏诊，经复查结合临床诊断为盲肠转移癌。

3 讨论

3.1 DCBE检查结肠肿瘤的敏感性主要决定于肿瘤的大小和检查的技术水平。结肠癌的早期X线表现除极少数外，皆为隆起的息肉状改变，因而对结肠息肉的检出率，可看作对早期癌肿诊断的敏感性。ott[1]等研究报告≥1cm的息肉，DCBE的检出率为96%，并认为DCBE法肯定优于单对比法，可与内镜检查相媲美，Thoeni[2]等报道，对于乙状结肠部位＞2cm的病灶。内镜与X线的灵敏度相似，分别为93%和95%而处于右半结肠的病灶，内镜的灵敏度为78%（不包括肠镜未达到者）而DCBE可达88%。至少可以认为，对于＞ 1cm的病灶，操作技术良好的DCBE与内镜具有相同的检出灵敏度。

但是仍然有一些比较大的结肠癌在DCBE检查时被漏诊。部位以乙状结肠和盲肠区占首位，据Thoeni[3]报告、漏诊病灶37.5%在Ⅰ状结肠，25%在脾曲，总之容易发生于冗长重叠的肠曲[4,5,6]。我科自从采用直肠风钡剂排放技术以来，非常明显地提高了直肠—乙状结肠区显影效果，克服了重叠和钡池掩盖的障碍，因此，我科漏诊的结肠癌无明显部位分布特征。

3.2 结肠癌漏诊原因探讨

复习文献，多数作者[4,5,6]认为结肠DCBE检查技术已发展成熟和高度奏效，因此很少会由单独的技术不当而致肿瘤漏诊。据统计[4,6]大约50%的肿瘤漏诊纯属阅片者对结肠肿瘤的DCBE成象原理缺乏深入理解，以致疏忽了一些具有重要诊断价值的细微变化。而另外50%是由于照片技术缺陷和照片数量不够，如肠曲冗长重迭、钡池掩盖、肠管扩张不满意或钡剂进入末端回肠引起重叠等，使本来应该可以发现的病变受到干扰，加上阅片者缺乏经验未能立即纠正而致漏诊。本文四例均属此类，其中2例有局部轮廓的变化、结肠袋缺失，但为相邻平行的肠袢影响而致疏忽，另外2例具有远侧壁隆起病变的细微征象，如"线样征"、"白雾征"和"小点征"[7]等，但因钡影浅谈未能引起注意，其中1例在复查中变换体位后摄片即显出轮廓改变而纠正错误。吸取以上教训，对结肠DCBE X片的观察，必须养成良好习惯，即分区分段仔细观察，即使轮廓正常，还应密切注意粘膜面钡影的细小改变，如见密度异常或难以正常解剖解释的线条影，要高度警惕，并补照局部其他体位的X光片观察。重复的读片或两人以上分别阅片，将有助于防止疏忽漏诊。

总之，熟悉结肠癌的X线表现，重复仔细阅片，加上完善熟练的DCBE技术及优质的DCBE X光片是能够避免结肠癌漏诊的。

参考文献

1. Off DJ. AJR 1986;146:993
2. Glick SN. AJR 1989;152:513
3. Thoeni RF, et al. Radiology 1977;124:631
4. Ott DJ, et al. Radiology 1980;5:99
5. Fork FT, Acta Radiologica 1988;29:3316. Kelvin FM, et al. 1981;137:307
7. 尚克中，等. 影象诊断与介入放射学 1993;2(3):174

（收稿日期199—11—23）