DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.04.032

3.1 对粪乳糖和pH测定诊断LM在判断水平上的评价

本文研究41例小儿由U-gal测定证实为LM 24例和LA 17例，把8 h内任一次粪pH≤5.5为LM和≥6.0为LA与U-gal法比较，敏感性为75%，特异性82.4%；而把粪乳糖（≥±）～（≥卅）分别判断为LM和（＜±）～（＜卅）为LA，与U-gal比较，敏感性为83.3%～33.3%，特异性29.4%～100%，表明单独应用诊断LM均不甚理想。若应用平行测定，即粪乳糖和/或pH联合应用作为LM的诊断标准，则能提高敏感性和特异性。将粪乳糖（≥卅）和/或pH≤5.5定为LM的诊断标准为理想（敏感性83.3%，特异性82.4%）。LTTE半乳糖法采用负荷药物剂量乳糖（2.0 kg/kg），间接反映的是有无乳糖酶缺乏[3]；国内报道把母乳或其它含乳糖食品喂养的小儿粪乳糖（≥卄）作为LM的诊断标准[4]，事实上是负荷生理剂量的乳糖（0.5 g/kg）。这种乳糖负荷剂量的不同可以解释粪乳糖测定作为诊断LM时的判断水平上的差别。

3.2 粪乳糖和pH测定对诊断LM发生率与动态变化的评价

在全部观察小儿中，LTTE前粪乳糖测定均阴性，除1例pH5.5外，均≥6.0。LTTE 8 h内任一粪乳糖和pH测定结果随时间进展有一定差异。图中可以看出不论粪乳糖判断水平如何，诊断LM发生率的峰值在6 h左右；＜4或＞8 h粪乳糖检出率偏低，而pH≤5.5诊断LM发生率随时间而增高，似乎说明粪乳糖和pH用于判断LM时，应考虑到乳糖在肠道传递时间的因素，否则准确性降低。本文有2例LTTE后30 min内即出现腹泻且粪乳糖（≥卅），至3h腹泻缓解，粪乳糖（≤＋）和pH6.0尚属例外。

本研究结果认为：(1)粪乳糖或pH测定可作为LM诊断的粗筛方法，联合使用能提高诊断的敏感性和特异性；(2)负荷药物剂量乳糖（2.0 g/kg）时应以粪乳糖（≥卅）和/或pH≤5.5为LM的诊断标准，而负荷生理剂量时可以粪乳糖（≥卄）为标准；(3)负荷乳糖4～8 h的粪标本测定较为准确和标本新鲜，测定及时及多次测样能提高诊断的准确性。

关键词 乳糖不耐/诊断；乳糖耐量试验

中图法分类号 R574.5

参考文献

1 Arola H, Koivula T, Jokela H, et al. Comparison of indirect diagnostic methods for hypolactasia. Scand J Gastroenterol,1988,23(3):351

2 Soeparto P, Stobo EA, Walker JA. Role of chemical examination of the stool in diagnosis of sugar malapsorbtion in childtren. Arch Dis Child,1972,47(1):56

3 赵聪敏，李为明，杨 颖. 乳糖酶缺乏的间接诊断法. 实用儿科临床杂志，1994,9(1):3

4 姚福宝，王建奎，史文生. 粪便乳糖检测法诊断乳糖吸收不良与不耐受. 实用儿科杂志，1991,6(3):123

5 赵聪敏. 乳糖吸收不良和不耐症. 国外医学：儿科分册，1992,19(3):131

（收稿：1993-12-13，修回：1994-04-19）

乳腺癌的介入治疗8例报告

A report of interventional therapy for 8 cases of breast cancer

彭 勇 邹利光 席道友 （第三军医大学新桥医院放射科）630037

经动脉灌注抗癌药物及栓塞剂治疗乳腺癌文献报道不多[1]，均系国外报道。我院自1991年12月至1992年4月，开展经动脉灌注化疗药物后栓塞肿瘤供血动脉治疗晚期及复发性乳腺癌。本文报告8例，探讨乳腺癌的介入治疗的有关问题。

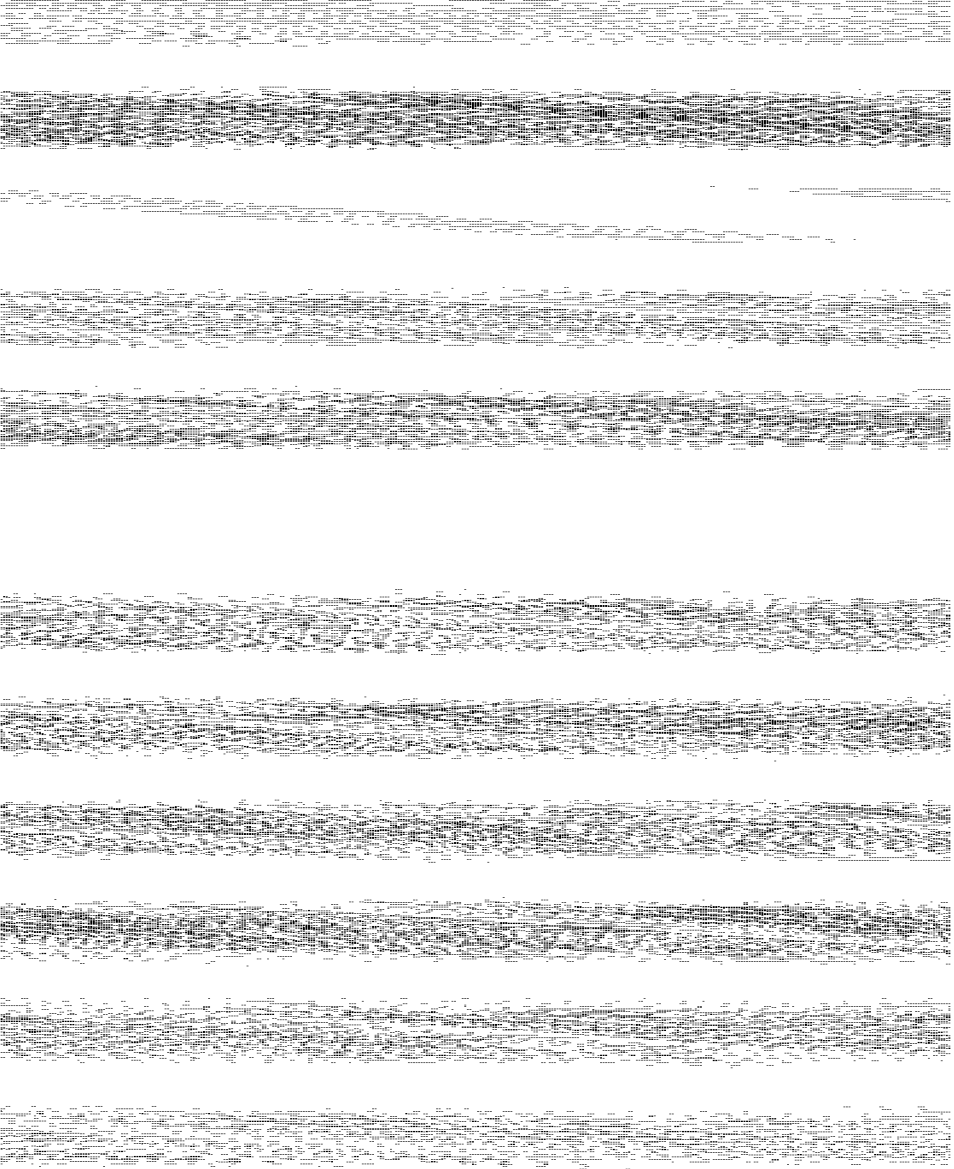
1 资料和方法

本组8例女性，年龄37～61岁，平均46.2岁，均经临床手术和病理证实。原发4例，其中介入治疗后获Ⅱ期手术切除3例；术后复发4例，1例介入治疗后作皮下肿块切除。病灶分布右侧4例，左侧4例；内侧病灶1例，余7例肿瘤均位于外侧。肿瘤分期：Ⅰ～Ⅳ期。乳腺肿块直径2～14 cm，平均8.8 cm。

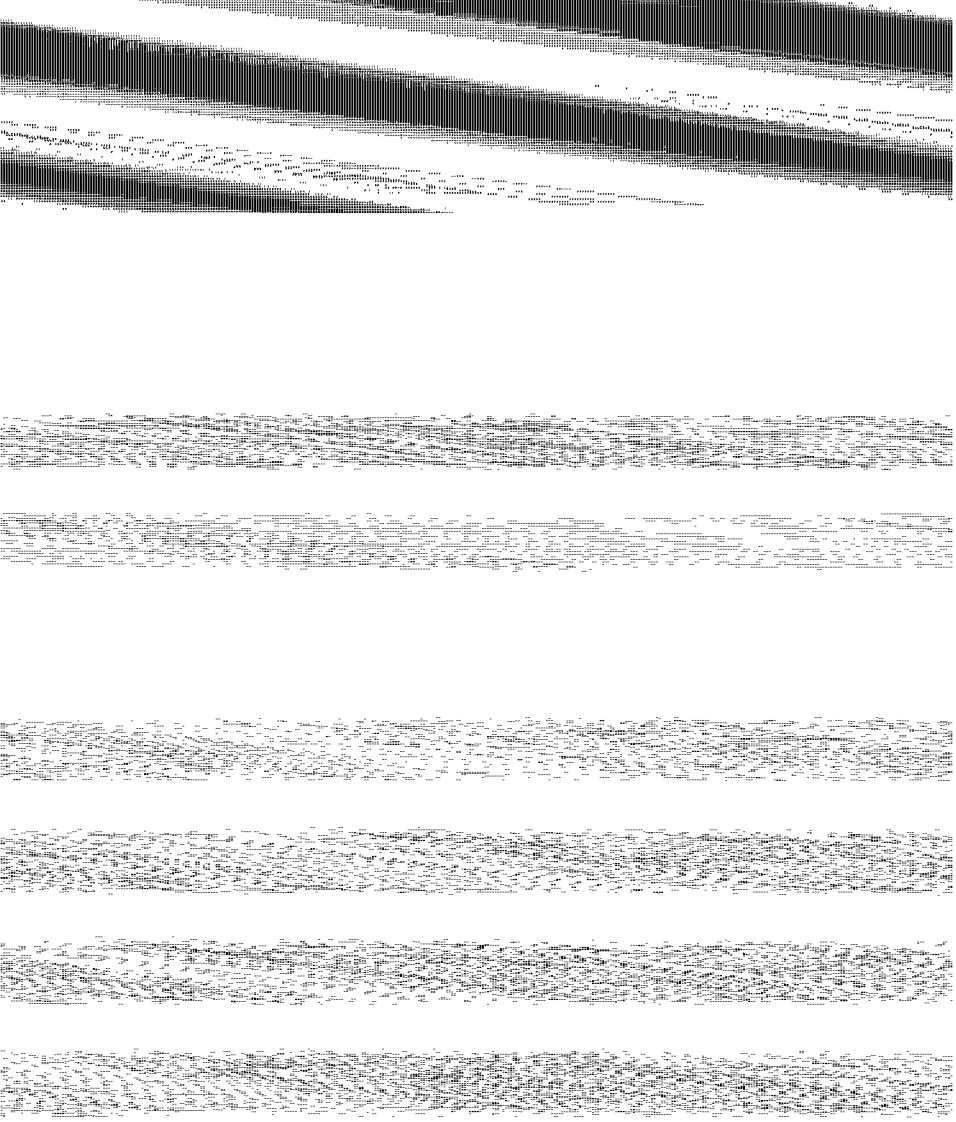
用Seldinger's方法，经股动脉穿刺，选6、6.5F右冠状动脉管或Cobra型导管，逆行送入主动脉弓内，经锁骨下动脉、腋动脉，分别超选择性插管，行乳腺癌供血动脉造影，正位拍片。然后将阿霉素60 mg、环磷酰胺1.0 g、5－Fu 1.0 g[2,3]，用生理盐水稀释后，分别注入有肿瘤供血的乳腺供血动脉内，并用明胶海绵颗粒（1 mm^3）混和造影剂栓塞主要的肿瘤供血动脉[1]。

8例中，单纯化疗1例，化疗＋栓塞7例。4例乳腺癌（3例原

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net



?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net



?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

动脉分支，造影后注意观察，治疗中尽量避免刺激损伤。作栓塞动脉治疗应尽量接近肿瘤病灶。

3.3 疗效评价

介入法治疗乳腺癌，不论是对术前病人、术后复发病人，或是不能手术的晚期病人，近远期疗效都是肯定的[2,3,4]。Koyama 等报告经动脉持续灌注化疗药物治疗晚期乳腺癌，近期观察，大多数缩小50%以上，Stephens 报告联合手术或/和放疗可使5年生存率达80%～90%。由于我们治疗的病人例数少，观察的时间不长，远期疗效有待进一步的观察总结。拟行手术切除的病人，在术前行动脉化疗栓塞治疗，不仅能有效杀死癌细胞，缩小病灶，而且能减少术中出血，使病灶容易切除，还能有效地控制病灶转移，对不能扪及的转移淋巴结也能控制，这是非常有意义的。对一些浸润型（炎症型）的乳腺癌和一些肿瘤较大的病灶，手术有一定困难，甚至一些不能切除的病灶，经动脉化疗栓塞后，病灶缩小，浸润、转移得到局限和控制，也可以达到Ⅰ期手术切除[2,4]。对术后复发的病人和不能手术的晚期病人，动脉内灌注化疗及栓塞治疗，能控制病灶发展，减轻临床症状，改善生活质量，提高生存率。与静脉化疗相比其优点是：病灶局部药物浓度高，作用增强；栓塞供血动脉阻断血供，破坏肿瘤生存条件；其次，化疗反应轻、时间短[1,2,4]，疗程之间病人恢复身体的时间长。

关键词 乳腺肿瘤；介入治疗

中图法分类号 R737.9

参考文献

1 Horinaka E, Seisho U, Ishige H, et al. A Comprehensive Study of TAE Therary for Local Advanced Breast Cancer. 日癌疗志，1990，25(2)：494

2 Stephens FO. Intraarterial Induction Chemotherapy in Locally Advanced Stage Ⅲ Breast Cancer. Cancer，1990，66：645～650

3 Shimizu T, Fujimori M, Takahashi S, et al. Intra-Arterial Infusion Chemotherapy of Locally Advanced and Recurrent Breast Cancer. 癌化疗，1989，16(8Part Ⅱ)：2707～2711

4 Koyama H, Wada T, Takahashi Y, et al. Intra-Arterial Infusion Chemotherapy as a Preoperative Treatment of Locally Advanced Breast Cancer. Cancer，1975，36：1603～1612

5 河北医学院人体解剖学编写组. 人体解剖学. 上册，北京：人民卫生出版社，1980：840

（收稿：1993-09-18；修回：1994-05-19）

上消化道钡餐检查误诊30例分析

Analysis of 30 cases of misdiagnosis in barium meal examination of upper digestive tract

王文献 易习之 初铭忠 （第三军医大学新桥医院放射科）630037

上消化道钡餐检查是放射科日常工作之一，由于机器设备陈旧，检查方法未能改进，加之限于技术经验水平和工作粗疏等，常易发生漏诊、误诊、影响临床及时治疗，甚至造成不良后果。为总结经验，我们收集近10年来的30例误诊病例，进行回顾性分析。

1 资料与分析

误诊30例，其中男20例，女10例，年龄14～73岁。普通钡餐检查27例，双重法3例。全部病例均经手术病理证实。误诊情况为：胃癌6例，X 线误诊为溃疡3例，慢性胃炎3例；良性溃疡9例，误诊为胃癌4例，胃炎2例，胃粘膜脱垂、十二指肠憩室、胃外包块各1例；慢性胃炎4例，误诊为胃癌2例，球部溃疡2例；胃部其它病变5例，分别误诊为胃溃疡、胃外包块、淋巴瘤、幽门梗阻、正常胃肠；1例十二指肠球部类癌误诊为腺癌；其它5例；误诊为胃癌4例，球部溃疡1例。

1.1 胃部疾患

1.1.1 胃癌6例：回顾术前照片显示有不同程度的充盈缺损者4例，其中1例胃窦狭窄、大弯缘残缺未识别，误诊达半年之久。2例仅重视充盈相，未注意粘膜相，其中1例胃体大小弯残缺未认出，另1例幽门梗阻胃内食物残渣太多，立位相未显示充盈缺损，而卧位胃窦少量钡剂时已显示大弯缘弧形残缺未认出。余1例仅重视胃窦小弯穿透性溃疡，而忽略了大弯缘的充盈缺损。有3例还因检查技术不良，如胃幽门梗阻未抽出胃液，充盈缺损部位与小肠重叠未转动位置照片或照片太小未包及病灶，以及未注意胃窦的扩张情况。1 例贲门处肿块约为7 cm×7 cm×3 cm 大小，立位照片局部充盈欠佳，卧位片仅见贲门区粘膜稍不规则，未能充分显示病变。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net