DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.04.033

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

1.1.2 胃溃疡6例：2例照片未显示龛影，其中1例小弯侧溃疡1.5 cm×1.5 cm，溃疡较浅，由于合并胃窦痉挛，误认为大弯缘残缺而诊为胃癌；1例胃窦部溃疡0.8 cm×0.8 cm，溃疡亦较浅，照片仅见胃粘膜粗乱，未显示龛影，误诊为胃窦炎。2例龛影已显示，但未能识别；1例幽门部分梗阻，卧位片幽门处有一小龛影未认出，而球部充盈不良，误为球部溃疡。1例胃前壁穿透性溃疡与腹膜粘连形成3 cm×3 cm大小的包块，X线将已显示的龛影(2 cm×2 cm)误为球部前移，且照片时充钡过多，而误诊为腹膜后肿块。1例胃小弯穿透性溃疡，显示龛影为3 cm×2.7 cm，立位龛影内有三层现象，口部光滑，粘膜集中，环堤征可见，胃壁稍硬而误为恶性变。1例胃窦大弯不恒定凹凸不平，为痉挛切迹，误为充盈缺损，未照粘膜相而误诊为胃癌。

1.1.3 慢性胃炎4例：1例严重的萎缩性胃炎伴疣状增生，胃壁增厚，X线见外形僵硬，胃窦狭窄，和胃镜结果一样均误诊为胃癌。2例误诊为溃疡病，其中1例见胃小弯上部粘膜粗大，皱壁间钡影不规则，疑为龛影误诊为溃疡恶变，手术证实为胃小弯近贲门处与肝脏少许粘连。另1例的胃窦炎，其窦部和球部粘膜增粗，双重法球部充盈、扩张差，又受胃镜的影响误为球部溃疡，手术为慢性胃窦炎合并十二指肠球炎。余1例为胃窦小弯侧有明显恒定的充盈缺损约为2.6 cm×1.5 cm大小，外院良好的双重造影片也误诊为胃癌，结果为萎缩性胃炎，粘膜息肉状增生伴胃粘膜脱垂。回顾此例的照片，确与胃癌难以鉴别。

1.1.4 胃部其它病变5例：2例息肉，1例位于胃窦小弯缘有一半圆形直径0.6 cm的缺损漏诊。另1例为幽门梗阻，充钡太多，片质差，但胃窦及球部均可见充盈缺损未认出，而诊为幽门不全梗阻，手术见胃窦部3 cm×8 cm的菜花状息肉。1例胃肺吸虫病，胃窦大弯侧有大块充盈缺损，未重视病人有皮下肺吸虫结节，而诊为淋巴瘤。2例胃平滑肌瘤，1例已显示胃窦小弯侧龛影，对其周围的残缺错误解释为良性溃疡的征象，透视下也未注意该处有无包块。另1例主要向胃腔外生长，虽表现为胃粘膜局限压迹及局部粘膜变平、消失、难与胃外肿瘤鉴别，该例在术中亦误为腹膜后包块。

1.2 十二指肠疾患4例

1例为溃疡所致球部变形，幽门偏向小弯侧，大弯穹窿形成假憩室而误为球后憩室。1例球部远端有恒定的狭窄畸形未识别，把幽门前区误为球部而误为胃粘膜脱垂。1例球部有小指头大龛影漏诊，误认为正常球部，却把胃窦部粗大的粘膜皱壁及加压过重造成的假象误为充盈缺损而诊断为胃癌。另1例球部有充盈缺损的类癌误为腺癌，此例X线定性较困难。

1.3 其它5例

1例正常胃，因将胃窦压迫过重造成的假性充盈缺损误诊为胃窦区占位，手术仅见肝左叶肿大。1例胰腺炎合并胃窦痉挛，大弯缘凸凹不平而误为充盈缺损。1例胰尾部囊肿将胃大弯向右前推移，胃底充盈不良，误诊为胃壁肿块。1例胰头癌，有十二指肠周围粘连而误为十二指肠球部溃疡。1例腹膜后恶性肿瘤，未识别胃体部的压迫移位，仅注意卧位胃底、体部大弯上方的充盈缺损，此例与胃外肿块侵及胃难以区别。

2 讨论

本组误诊病例，占同期消化道手术病人的3.4%。综合分析其误诊的主要原因：(1)准备工作不良：3例胃内潴留液多而使检查失败，所以，病人预先的准备，如禁食、水，抽洗胃液等非常重要。(2)检查技术不良：本组有6例，如表浅的幽门溃疡合并痉挛和纤维组织增生等，如采用双重法可提高病灶显示率；还有胃上前壁的病变，双重法、多体位可提高诊断的正确率[1]。本组只有3例双重造影，因而难以显示病灶。此外，对粘膜相重视不够，个别病例或因充钡太多而掩盖了病变。因此，重视粘膜相对于发现和分析病灶很有帮助[2]；检查时恰当使用药物，如胃溃疡合并胃窦痉挛者，肌注654-2后痉挛未缓解而误诊为胃癌的病人，此类病人长期服用解痉药物，故对抗胆碱能药物有一定的耐受性，所以一般剂量则难以使胃窦扩张，而改用胰高血糖素效果则较好；检查时不仔细，步骤不严格，如胃的形态如何？胃壁是否柔软？有无包块等？个别照片时机掌握不佳，误把功能性变化看成器质性变化，如胰腺炎引起的胃痉挛，如认真观察或短期内复查则可识别。(3)对照片显示的病变未能识别或未能正确解释者17人次(63%)，是本组病例误诊的最主要原因。因此要求检查医生，应结合透视所见，对照片既要一丝不苟地观察，又要恰当地解释，不能主观臆断。对有些照片征象不能肯定或有疑问时，应复查病人。(4)关于少数病例的鉴别，如早期胃癌和慢性萎缩性胃炎、十二指肠类癌和腺瘤的鉴别等，在定性诊断上有一定困难，但要注意借鉴病人的临床和其它检查，有可能提出合理的意见。

以上就误诊的主要原因作了一些粗浅的分析，应吸取教训，改进检查方法，严格顺序观察，抓住要点综合分析，发现疑点，追根求源，结合透视，力争确诊。

关键词 胃肠疾病/放射造影术；误诊

中图法分类号 R816.5

参考文献

1 中村信美，羽間弘，川本幸一. 胃上部X線撮影法的探討. 影像医学，1992，5(1)：9～25

2 DANIEL J NOLAN. Radiological Atlas of Gastrointestinal Disease Buckinghamshire. HM+MP Publishers，1983：99～102

(收稿：1994-01-22；修回：1994-05-19)

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