DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.05.017

值低40%～63%，90%的上升角小于70度，顶夹角变大呈钝角（>120°），流入容积速度减慢减少66%。上述结果表明，截瘫患者的肢体血管紧张度增高，血管壁弹性降低，局部组织灌注量减少，有重度搏动性血液循环功能障碍，这与瘫痪的双下肢苍白、肌肉萎缩、肌力降低、肢体变细等临床体征相一致。

我们认为，肢体血流图作为检测截瘫病人肢体血运和血管舒缩功能是有一定价值的，为临床观察防治效果提供科学依据。

参考文献

1. Osferholm JL. J Neurosurg 1974; 40(1):5
2. 刘英炳。大批脊髓损伤早期治疗的探讨。人民军医 1977；11:23～27
3. 吴指地。外伤性截瘫分类。伤骨科论文汇编 1978:111～116
4. 郑豁然编著。临床血流图学。吉林人民出版社，1980:316～331

（收稿：1988.11.25；修回：1989.6.13）

溃疡病和胃癌的内镜、X线钡餐及手术对照研究

文国义 钱银山 于世远 徐纬中 胡淑碧 丁 玉（新桥医院 消化内科）
初铭忠（新桥医院 放射科）

为了解内镜与X线钡餐检查（简称钡餐）对胃十二指肠溃疡、胃癌的诊断能力，我们试图通过手术病例，结合病理检查，客观比较两者诊断的符合率，达到提高认识，合理应用的目的。

本文收集我院1980年以来，手术前同时进行内镜与钡餐检查，且两者一般间隔时间不超过半个月，资料完整的病例共72例，计胃癌31例、胃溃疡27例、十二指肠球部溃疡13例。现分析报告如下。

临床资料

一、胃癌

31例，男25女6例，年龄23～70岁，平均51岁。钡餐与手术符合率27/31占87.1%，完全不符（漏诊）3/31占9.68%，性质不符1/31占3.2%。内镜肉眼诊断与手术符合率30/31占96.9%，不符1例占3.2%。内窥下活检诊断符合率23/31占74.2%。

二、胃溃疡

27例，男26女1例，年龄25～66岁，平均48岁。钡餐与手术符合率22/27占81.5%，不符3/27占11.1%，性质不符2/27占7.4%。内镜与手术符合率18/27占66.7%，完全不符3/27占11.1%。镜下肉眼性质不符5/27占18.5%，镜下部位性质均不符1/27占3.7%。

三、十二指肠球部溃疡

13例均为男性，年龄31～65岁，平均49岁。钡餐与手术符合率4/13占30.8%，不符9/13占69.2%。内镜与手术符合率12/13占92.3%，不符1/13占7.7%。

讨论

临床上用内镜及X线钡餐检查对胃癌、胃十二指肠溃疡的诊断常有分歧。国外虽有不少对照研究的文章[1][2]，但常以内镜来核实X线诊断的正确性。由于两者各有其一定的局限性及误差，可比性常受一定的限制。采用手术及病理检查的结果来核实两者诊断的正确率，相对可靠，国内亦有类似报道[3]。胃癌、胃十二指肠溃疡经手术治疗的病例很多，但术前均进行钡餐与内镜检查，且两者相隔时间在半月左右，而手术在1个月左右进行者，为数则有限，尤其对单纯球部溃疡采用手术治疗者则更少，很难找到足够的病

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

例来说明问题。本文所收集的病例基本符合上述条件，作一分析讨论。

一、胃癌

钡餐符合率为87.1%，完全不符的3例（9.68%）全部为漏诊，而此3例内镜诊断均为癌。究其原因，检查者经验不足，透视未发现病灶，照片少不能作出诊断。性质漏诊的原因，1例因透视下胃窦还能扩张，仅充盈不良，边缘较光滑，故考虑为良性，但重新阅片见胃窦狭窄比较明显，且边缘不整具有肿征（图1），此征象仍应首先考虑



图1 胃窦狭窄、边缘不整，具有肿征

为癌。本文1例胃小弯溃疡，X线下见溃疡边缘有结节影，不排除癌，病理检查为早期胃癌，说明对溃疡边缘X线征象的观察很重要。内镜肉眼符合率达96.9%，但活检符合率只74.2%，不符的8例中，4例为Ⅱ～Ⅲ级不典型增生，3例为中度化生萎缩性胃炎，1例仅见坏死组织，此8例均非胃癌早期病变，而活检符合率过低，究其原因显然是活检数过少，一般我们取活检数4～6块，少数最多10块左右。Serck-Hanssen报告[4]，活检数从2～4块增加至16～20块时，胃癌组织学诊断阳性率可从43%提高至85%。近年来不少文献报告[5-7]均强调胃镜下多取活检至关重要，约90～95%的胃癌病例可获正确诊断，若怀疑恶性可能而活检阴性者，特别是组织学显示明显异常时，亦应于数日至1月之内重复检查。Myren[8]报道Iabashi于1972～1982年对771例早期胃癌病人术前内镜下活检，其结果同术后切除标本组织学比较，首次组织活检诊断正确率87%，阴性病例重复内镜下活检，诊断正确率可达96%。假阴性的原因，主要由于对Ⅱc型浅凹病变及腺瘤性息肉病人的隆起病变非典型增生鉴别困难。此外活检取材不准或组织块太小（有技术因素亦有器械因素），亦可影响活检的阳性率，取材时还需特别注意第1块组织挟取的部位，应选择溃疡边缘最低的位置，以免出血后影响以后的取材。

二、胃溃疡

钡餐与手术符合率81.5%，不符原因除经验不足外，主要是X线征象对良恶性病变不易鉴别。如本文1例胃窦小弯有3 cm大小龛影，且向腔内突出，有半月征(图2)，

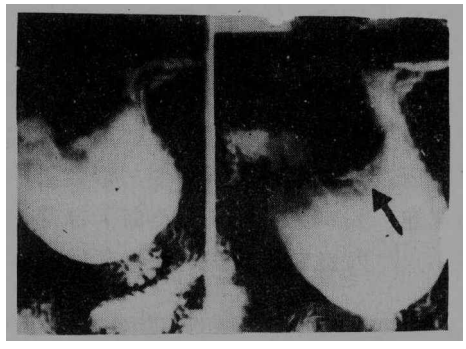


图2 胃窦小弯有3cm大小龛影，且向腔内突出，有半月征

疑为癌，但手术病理检查为良性溃疡。另1例溃疡较大，周围粘膜呈结节状似指印改变疑有恶变，而病理证实仍为良性溃疡。本文胃溃疡内镜与手术符合率亦低（66.7%），除经验及技术因素如镜下糜烂与浅溃疡的混淆（本文3例溃疡镜下均描写为糜烂）；满足于一处病灶而忽略多病灶特别是胃底部病灶的存在；以及胃底部巨大溃疡首先诊断为癌外，主要原因还是内镜肉眼对鉴别溃疡性质有困难，故仍应于溃疡边缘避开坏死组织多作活体组织检查。值得提出的是，本组1例因上消化道大出血入院，急诊内镜检查为幽门管溃疡约0.7×0.4cm，上附血痂及分

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

泌物，予以输血止血，甲氰咪胍口服等治疗，11天后行钡餐检查未见溃疡征象，22天后手术亦未发现溃疡。推测溃疡可能已愈合。最近又遇见1例上消化道出血病例，入院后即给甲氰咪胍静注止血，后改为雷尼替丁口服，急诊内镜于胃体后壁和胃窦可见2个溃疡，分别为1.5×1 cm和0.5×0.8cm，上复黄白色分泌物，边缘不齐似结节状增生，活检为中度萎缩性胃炎。故疑多发性溃疡有恶变可能。于13天后钡餐检查未发现溃疡，再1周后复查钡餐仍未见病变。为慎重起见术前再次复查内镜(距首次检查22天)，溃疡已愈合，仍遗留疤痕。本例说明经内科正规治疗，溃疡可以愈合。因此内镜检查距手术时间过长，可影响两者符合率。此亦可部分解释内镜与手术符合率低之原因。

三、十二指肠球部溃疡

钡餐符合率明显低于内镜。由于X线对球部溃疡的诊断主要依据球部的变形。而球部变形除溃疡外，大多可因球部炎症或球部疤痕，以及球部周围器官病变，以致影响球部的充盈。如本文1例X线诊断为球部溃疡（图3），内镜未见溃疡，手术证实为多发

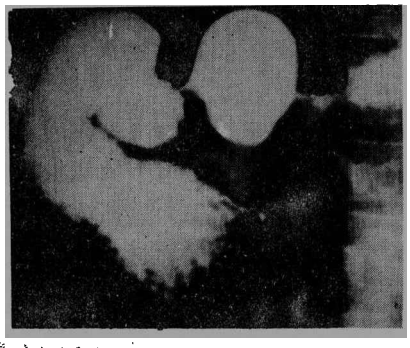


图3 十二指肠球部充盈不良

性胆囊结石，而球部正常。国内于氏[9]报告X线以畸形表现诊断为球部溃疡的58例，内镜证实仅6例，其余皆为球部炎症。说明X线对球溃的诊断单凭球部变形，其可靠性较低，应结合局部的压痛，激惹征象以及龛影的发现来考虑，才有较大的诊断价值。内镜对球溃的可靠性较大。但仍有遗漏之可能，如球基底部溃疡紧靠幽门，此处退镜时常易滑出而观察不细。另外此处病变定位常易与幽门管病变混淆不清。

钡餐与内镜检查两者各有优缺点，必须取长补短互相补充，这就需要内镜医生与X线医生的密切配合。对可疑病例或两者结果截然不同时，必须在短期内进行必要的复查。特别是决定需行手术者，更应慎重，借以提高术前诊断率。

参考文献

1. Cotton PB. Fibreoptic endoscopy and the barium meal results and implications. Brit Med J 1973; 2:161
2. Laufer I, et al. The diagnostic accuracy of barium studies of the stomach and duodenum——correlation with endoscopy. Radiology 1975; 115:569
3. 王述静，等。上消化道病变的双重造影和胃内镜的对照研究。临床放射学杂志 1987; 3:129
4. Serck-Hanssen A. The detection of early gastric carcinoma. Scand J Gastroenterol 13 Suppl 1979; 54:106
5. Kiil J, et al. Biopsy and brush cytology in the diagnosis of gastric cancer. Scand J Gastroenterol 1979; 14:189
6. Jorde R, et al. Canecr detection in biopsy specimens taken form different types of gastric lesions. Cancer 1986; 58:376
7. Green PHR, et al. Early gastric cancer. Gastroenterology 1981, 81:247
8. Myren J. Early detection of gastric cancer and precursor lesions. First Shanghai International Symposium on Gastrointestinal Cancers 1988:89:14～16
9. 于正龙。X线球部畸形对诊断球部溃疡价值的商榷。中华消化杂志1986; 1:21

(收稿：1989.1.18；修回：1989.8.14)

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