DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.03.029

胰腺癌的诊断探讨——附22例的误诊分析

徐纬中 于世远（第二附属医院 消化内科）

我院近十年来经手术及/或病理证实的胰腺癌患者共62例，其中误诊22例，误诊率为35.5%。本文着重分析此22例的误诊原因，吸取教训，提高警惕，以期能较早得出正确诊断。

误诊疾病

22例胰腺癌误诊疾病见表：

表 22例胰腺癌误诊疾病

误诊疾病		例数
胆系良性疾病	慢性胆囊炎、胆囊结石	4
	急性胆囊炎	1
	胆道残余结石	1
胰腺良性疾病	急性胰腺炎	2
	胰腺假性囊肿	1
胃肠恶性疾病	胃溃疡癌变	1
	胃 癌	2
	结肠癌	1
胃十二指肠良性疾病	十二指肠球部溃疡后壁穿孔	1
	胃粘膜脱垂症	1
	上消化道出血急性胃粘膜病变	1
	上消化道出血十二指肠球部溃疡	1
肝脏良性疾病	无黄疸 慢性迁延性肝炎	1
	门脉性肝硬化	1
	有黄疸 急性黄疸型病毒性肝炎	3
合 计		22

讨 论

一、误诊原因分析 本组22例误诊病例中，19例为无黄疸病例，占86.4%。究其原因，首先不能不归咎于受“黄疸是胰头癌常见的早期症状”、“无痛性持续进行性黄疸是胰头癌典型的临床表现和诊断依据”等传统概念的影响，故对临床上无黄疸、有上腹痛特别是有“典型胆绞痛”或有波动性黄疸病例，往往只考虑胃十二指肠良、恶性或胆系良性疾病，很少考虑胰腺癌的可能性。如本组误诊的19例无黄疸病例中诊断为胃恶性疾病者3例、胃十二指肠良性疾病4例、胆系良性疾病6例，占68.4%，甚至有2例在上腹部已触及包块，因无黄疸而只考虑胃癌而没有考虑胰腺癌。其实，胰腺癌即使是胰头癌，在其病程的某一阶段，甚至已有广泛转移、有胆道梗阻存在，只要其增高的胆道内压不超过肝内分泌压，就可以不出现黄疸，随着病程进展，胆道梗阻加重、胆道内压不断增高，超过了肝内分泌压，黄疸才出现。最近我们遇到1例黄疸出现前40天B超就已发现有肝内外胆管扩张等胆道梗阻的影象，后手术证实为全胰癌。另据本组资料，虽多系晚期病例，有黄疸者不到$\frac{2}{3}$(61%)，而有腹痛者占93.5%，其中33.9%在病程中有阵发性腹痛加剧，23.2%病例腹痛与进食有关，常在进油腻食物或饭后诱发或加重。误诊的19例无黄疸病例中，有14例为胰头、头体或全胰癌，在B超、PTC检查或在手术中9例发现有胆囊肿大、肝内外胆管扩张等胆道梗阻的表现。故我们同意曾氏的看法：即在癌肿缓慢生长和逐渐加重胆道阻塞的过程中，胆道内压增高和胆道系统的扩张常先于黄疸而出现。而胆道内压的增高和强烈蠕动收缩常表现为上腹持续隐痛、胀痛、闷胀不适和阵发性的剧痛发作，且常在饭后或进油腻食物后加重或诱发。癌肿的坏死、脱落、胆道内压的降低、炎症的控制可使黄疸呈波动性[1]。刘彤华等[2][3]发现“围管浸润”是胰腺癌的组织学特点，即使病灶很小且远离总胆管，也可使总胆管壁发生明显的

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

围管浸润，造成胆道出口处管壁失去“弹性”，逐步形成近端胆管的扩张，继之出现临床黄疸。故改变传统概念，认识胆道内压增高的临床表现，提高警惕，及早运用纤维胃镜、B超等检查手段，排除胃十二指良恶性病变，发现胆系扩张的存在，寻找胰腺的异常表现，有可能对胰腺癌患者在黄疸出现前或一些无黄疸病例，较早作出正确诊断。

其次满足于并存疾病的发现和一、二次特殊检查的结果，即主观臆断，忽视对病史、体检及实验室检查结果作全面分析判断，是造成误诊的另一个重要原因。属于这类情况的有11例，占误诊数的50%。如误诊为急性黄疸型肝炎的3例，有2例GPT、浊度试验、凝血酶元时间正常，相反3例皆有陶土色大便、AKP、r-GT明显增高的淤胆表现，1例还有胆囊肿大等肝外胆道梗阻表现。如能全面分析一下，就会发现用拟诊疾病不能解释其全部症状、体征和实验室检查结果而给予进一步检查。

二、B超对胰腺癌诊断的评价　本组B超对胰腺癌的诊断正确率为88.1%，5例无黄疸病例在入院时能怀疑到胰腺癌，皆因在门诊已作了B超检查，发现胰、胆系有异常之故。本组B超定位与手术发现符合率为94.6%，癌肿最小者3×3cm^2，与国内一组报道相似[4]。主要异常表现有胰腺局限或弥漫性增大（33例），失去正常形态(9例)，包膜增厚、表面高低不平（5例），在病变区可见光团反射(18例)、回声减弱(10例)、增强(4例)、反射不匀质(13例)，以及继发性的肝内外胆管扩张（30例）、胆囊肿大（29例）、胰管扩张（8例）。B超检查为非创伤性，可反复复查，如能配合在B超引导下经皮细针胰腺穿刺细胞学检查，则可望在手术前获得病理学依据，据报道其阳性率可达81～86%[5]。因此，对可疑病例，特别对(1)年龄40岁以上，间歇或持续上腹不适、上腹胀或上腹、腰背部隐痛不适，初步排除胃肠和肝胆疾病者；（2）40岁以上既不肥胖又无家族史，突然发生胰腺炎和糖尿病者；（3）原因不明的乏力、消瘦者[6]；应尽早给予B超检查和短期内复查，以期较早发现胰腺癌患者。

参考文献

1. 曾宪九。有关胰头癌、壶腹癌诊断的一些问题。中华内科杂志 1979；18:232
2. 刘彤华，等。胰头壶腹区癌的形态学研究Ⅰ、形态特点和造成黄疸的病理基础。中华病理学杂志 1982；2:83
3. 刘彤华，等。胰头壶腹区癌的形态学研究Ⅱ、组织发生。中华病理学杂志 1982；3:172
4. 闻恽，等。胰腺癌的超声实时显象。中华消化杂志 1981；1:245
5. 燕山，等。超声引导的腹腔穿刺术。国外医学消化分册 1981；(3):147
6. 鲁重美，等。胰腺癌早期诊断的探讨—261例胰腺癌临床分析。中华内科杂志 1986；25(5):262

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