

临床误诊误治

CLINICAL MISDIAGNOSES AND MISTHERAPIES

• 6 •

专题与综述

- 胃癌158例延误诊疗原因分析 赵乾元等 (1)
- 胃癌并发微血管病性溶血性贫血的诊断 武淑兰等 (3)
- 提高直视下辨别胃癌的能力 (附20例分析) 张 啸等 (5)
- 纤维胃镜检查漏诊原因分析 陈在忠等 (9)
- 16例胰腺癌误诊的分析 杨福钧等 (15)
- 410例直肠癌临床资料分析——直肠癌的误诊误治 僧国珍等 (18)
- 易误诊为癌的浆细胞性乳腺炎 (附20例报告) 陈从心 (30)
- 盆腔充血症误诊病例分析 周文隆 (43)

经验与教训

- 如何认识脊柱转移瘤 (附4例误诊病例报告) 曲铁兵等 (38)
- 骨肿瘤误诊为骨与关节结核的教训 (附9例报告) 俞朝栋等 (41)
- CT扫描对诊断颅内占位病变的某些不足 方文荣等 (25)

病案分析

- 特殊起病的原发性肝癌误诊分析 杨秉煌等 (12)
- 早期肾肿瘤误诊3例 何家扬等 (24)
- 鼻咽癌误诊原因的分析 (附6例报告) 吴家晔 (32)
- 鼻咽癌误诊4例分析 翁盛贤 (33)
- 3例血管外科病例误诊误治分析 朱仕钦等 (50)
- 误诊为脑血管病与颅内高压症的白血病患者3例分析 陈芷若等 (37)
- 急性单核细胞白血血病误诊1例报告 王振生等 (36)
- 69例脊髓神经纤维瘤延误诊断的原因分析 孙永奎等 (28)

老年病

- 老年患者麻醉的处理和教训 胡玉明等 (52)
- 老年溃疡病临床表现多样化与误诊的关系 (附1例分析) 夏穗生 (55)

临床病例讨论

- 腹腔手术遗留异物(纱垫)进入小肠腔内误为肿瘤病例.....天津第二医学院附属医院(45)

引以为戒

- 滥用小夹板致右小腿严重坏死1例.....王保明(58)
- 拔牙不当 险些丧生.....罗秋华(58)

短篇报道

- 原发性肝癌转移致环枢椎病理性脱位1例报告.....李世骥等(14)
- 空肠肠系膜纤维肉瘤误诊左肾癌1例.....陈荣山(16)
- 肠癌与癌旁症候群及夹杂病(2例右半结肠癌误诊报告).....宋奇思(21)
- 阑尾癌误诊3例.....庄乾贞(17)
- 腹腔内囊性淋巴管瘤误诊为结核性腹膜炎7年1例.....梅拥平(22)
- 肺癌小肠转移1例报告.....赵增顺等(30)
- 貌似脑脊髓膜炎的脑膜转移性癌病1例报告.....许民辉等(27)
- 1例骨纤维异常增殖症误诊误治的原因分析.....武连生等(42)
- 恶性组织细胞病2例报告.....张述兴(35)
- 以躯体不适为主要症状的隐匿性抑郁症(附2例误诊报告).....李毅精(58)
- 舒张期振荡波误诊为U波1例报告.....马殿龙等(51)

特殊病例

- 服用藿香正气水后昏迷15小时1例报告.....张宾辉(49)
- 肥胖-通气不良综合征2例.....张宾辉等(47)

来稿摘登

- 腹膜假性粘液瘤2例报告.....张怀明(23)
- 溃疡性结肠炎误诊为结肠肿瘤1例.....程 喙等(17)
- 误诊为缺血性脑血管病的脑肿瘤3例.....邹志杰(27)

译文与文摘

- 涎腺肿瘤的误诊及其排除法.....(62)
- 大量输注甘露醇后致急性肾衰.....(63)
- 高渗性、高营养液心内灌注引起急性右室梗塞.....(64)
- 放射性同位素肝闪烁扫描诊断右侧膈破裂.....(60)
- 某些血液病入院前未及时诊断的原因.....(61)
- 急性阑尾炎的误诊.....(62)

问题解答

- 什么是军团病?(64) 直肠癌的Dukes分期标准如何?(64) 什么是骨纤维异常增殖症?(64)

胃癌 158 例延误诊疗原因分析

南京市第一医院外科 赵乾元 郑裕隆

我国胃癌发病率居所有恶性肿瘤的首位，每年死于胃癌达10余万人，占全部恶性肿瘤的23%^[1]。术后生存5年以上的，仅为外科胃癌住院病例的10%左右^[2]。胃癌的预后差，主要原因是未能早期发现，以及延误治疗。我院外科自1963年至1974年共收治胃癌518例。其中病历记载较完整可供分析延误诊疗原因的中、晚期胃癌158例。兹分析延误诊疗的原因，以便从中吸取经验教训。

一般资料

本组误诊病例系指曾在本院或他院就诊，以其他疾病诊治，延误诊疗在2个月以上，住院后经手术、病理检查证实为胃癌者。男性129例，女性29例。年龄28~76岁。30岁以下者2例（1.2%），31~40岁7例（4.4%），41~50岁50例（31.6%），51~60岁60例（37.9%），60岁以上39例（24.6%）。

1. 症状 胃癌早期症状隐匿，无特征性表现，临床症状见表1。

2. 肿瘤部位 幽门窦癌91例，胃体癌43例，胃底贲门癌24例。

3. 治疗 近侧胃切除食管胃吻合术8例，全胃切除食管空肠吻合术1例，胃大部切除术68例，胃空肠吻合术42例，剖腹探查加活检36例，癌穿孔修补术2例，癌灶楔形切除1例。

误诊原因分析

胃癌早期缺乏特征性症状，与溃疡病、胃炎症状常相类似。较常见者为腹部饱胀、隐痛、嗝气、反酸、胃嘈等（见表1）。本组54例曾误诊为溃疡病，47例误诊为胃炎。这些病例因经内科治疗与控制饮食后，腹痛及其他“溃疡病”或“胃炎”的症状暂时缓解，以致未引起医生或病员的重视，较长时间内按“溃疡病”或“胃炎”治疗，未及时或重复进行X线或/和纤维胃镜等检查，至症状加重始进一

步检查，才发现胃癌（溃疡恶变除外）。因此延误诊断自2个月~2年，平均为5.8个月，最长1例达2年之久，该例剖腹探查时，腹腔内癌瘤已广泛转移。

病员就诊时间晚。本组有17例当出现癌瘤晚期或转移灶症状时始就诊，误诊为肝癌、肠梗阻、阻塞性黄疸、下腹部肿瘤、局限性腹膜炎等疾病（见表2）而住院。就诊延缓的原因可能为：（1）老年人（8例）对疾病症状反应迟钝，常为家人发现后促使他们来就诊。（2）2例病灶位于胃体或胃底等胃内“静区”，癌瘤未发展到一定程度前自觉症状不明显或轻微。（3）个别病例的“痛阈”高，对腹痛的反应不敏感。（4）医生对30岁以下胃癌患者警惕性不高。

本组1例22岁的病员，男性，因右下腹隐痛60小时，于1978年10月诊断为阑尾炎住院进行阑尾切除术。术后阑尾病理诊断为阑尾转移癌可能来自胃。此后经X线钡餐检查，发现胃底胃体部龛影，胃液脱落细胞检查找到癌细胞。事后追问病史，平时偶有胃区不适。该病例于阑尾术后6个月死亡。

胃癌并发症误认为溃疡病并发症计14例，因此手术治疗措施不力。如8例胃溃疡恶变，均有2年以上的溃疡病史，不仅术前长期以慢性溃疡治疗，即使在剖腹探查手术中，由于肉眼观察良性溃疡的特征性改变不明显，误以良性溃疡处理，致胃切除不充分。其中术后病检残胃切线尚有癌细胞残留的有4例。误诊为溃疡出血3例，其中施行高位小弯侧溃疡切除、胃管成型远侧胃切除2例，仅作出血癌灶楔形切除1例。溃疡穿孔单纯修补2例，术后致病人症状加重，分别在4个月、5个月再次手术，胃癌已广泛转移，不难推断病初即系胃癌。误诊溃疡病伴幽门梗阻1例，亦因胃切除不够，胃切线有癌

表1 胃癌临床症状

症 状	腹部饱胀 或 隐 痛	嗝 气	反 酸	胃 嘈	黑 便	食 欲 减 退	消 瘦	乏 力	呕 血	消 化 不 良
病例数	149	95	94	64	51	49	47	52	17	16
百分比	94.3	60.1	59.5	40.5	32.2	31.0	29.7	32.9	10.7	10.1

表2 延误原因及误诊疾病统计表

延误原因	误诊病名	例数	百分比
经内科治疗症状暂时缓解	溃疡病	54	34.1
	胃炎	47	29.7
癌症晚期或/及转移灶症状出现始就诊	肝癌	2	1.2
	结肠癌	1	0.6
	下腹部肿瘤	2	1.2
	肠系膜肿瘤	1	0.6
	肝硬化腹水伴感染	1	0.6
	局限性腹膜炎	1	0.6
	阻塞性黄疸	2	1.2
	胆道感染	1	0.6
	阑尾炎	1	0.6
	阑尾炎术后肠粘连	1	0.6
	肠梗阻	3	1.8
	结核性腹膜炎	1	0.6
胃癌并发症误诊为胃溃疡并发症	胃溃疡出血	3	1.8
	胃溃疡急性穿孔	2	1.2
	胃溃疡伴幽门梗阻	1	0.6
	溃疡恶变	8	5.0
胃癌为夹杂症症状所掩盖	胆囊炎	4	2.5
	结肠炎	6	3.7
	慢性肝炎	2	1.2
	血吸虫病	2	1.2
	胆囊切除术后综合征	1	0.6
	贫血	1	0.6
X线钡餐检查误诊或漏诊	胃溃疡	3	1.8
	胃窦炎	2	1.2
	食管炎	1	0.6

续上表

延误原因	误诊病名	例数	百分比
X线钡餐检查误诊或漏误	胃体癌漏诊	1	0.6
	贲门癌漏诊	1	0.6
	胃底癌漏诊	2	1.2

细胞残留。因此在医院条件允许时,对可疑为癌的溃疡,术中应尽可能送快速病检,以免误治。

胃癌患者并发其他疾病时,胃癌症状为其他疾病症状所掩盖,或由于医生满足于一种疾病的发现而失去对胃癌的警惕,以致造成漏诊或误诊。本组病例有慢性肝炎、肝硬化、胆囊炎、结肠炎等夹杂症并生存者16例。均按夹杂症进行一系列的治疗,病情未见改善,胃癌症状进行性加重,进一步检查才发现,因而延误治疗2~25个月,平均4.2个月。兹举一例因治疗慢性胆囊炎而延误胃癌治疗达25个月之久的病例作为借鉴。该例为女性,52岁。因上腹不适经胆囊造影诊断为慢性胆囊炎,于1979年10月在他院施行胆囊切除,术中未注意检查全胃,术后病人仍诉上腹隐痛饱胀,术后半年内曾先后至数家医院进行钡餐上消化道检查均未发现胃癌,嗣后,长期按胆囊切除术后胆道综合征治疗,症状始终未改善。至1981年11月因骤然上消化道出血,进行纤维胃镜检查并活检,病理报告为贲门腺癌。住院剖腹探查,见癌瘤已侵及胃浆膜外,胃周围、腹腔动脉邻近及下肺韧带附近已有广泛的淋巴结转移。行姑息性胃贲门癌切除,术后仅1年因癌复发死亡。

本组大多数病例住院前曾经X线钡餐检查,由于检查者经验不足,受检查条件限制,或因检查不够仔细,造成误诊6例,初次检查时漏诊4例。其中胃体癌1例漏诊,胃窦癌2例误诊为胃窦炎,以后因胃部症状加重,经纤维胃镜检查及钳取活组织发现为表浅性胃癌。贲门癌X线表现在不同个体变异较大,早期癌瘤易被漏诊或误诊。本组1例误诊为食管炎,1例漏诊,均在病人出现阻塞症状时重复钡餐检查才发现。其次胃底癌诊断较困难,一般须头低位才能显影。本组2例初次钡餐检查时漏诊,直至肿瘤增大累及贲门时再次X线检查始发现。另有3例小弯侧凹陷性溃疡癌,X线征象不够典型,以致误诊为良性胃溃疡。

讨 论

I、II、III、IV期胃癌治疗的5年生存率分别为77.8%、59.4%、24.2%及2.3%^[2]。显然延误诊疗的危害性极大。为了提高胃癌手术治疗的存活率,须早期发现及时治疗。凡有胃区不适,即使症状轻微亦应及时就医。医生对经1个月内科治疗胃病症状依然存在,或暂时缓解不久又复发或进行性加重的,必须进行大便、胃液潜血或胃液脱落细胞等检查;对可疑者须行X线钡餐检查,必要时应用纤维胃镜或/与X线双重对比检查,在确实排除胃癌后,才能诊断胃溃疡或胃炎等良性疾病。难以鉴

别的疾病或夹杂症经内科治疗症状不改善,即应进一步检查,警惕与胃癌共同存在。虽经X线或胃镜检查阴性,而胃病症状经治疗仍存在,特别是40岁以上的病员,不可轻易放过,应作为重点随访,定期做必要的检查。如胃镜检查在病变部位一次取材病理报告为阴性而临床仍怀疑胃癌时,应继续多次在不同部位取材做病理检查。

参 考 文 献

1. 徐大毅: 山西医药杂志 13(2):103, 1984
2. 徐光炜: 中华肿瘤杂志 4(2):105, 1982

胃癌并发微血管病性溶血性贫血的诊断

北京医科大学第一医院血液内科 武淑兰 谢光潞

例1. 女性, 47岁, 1980年2月18日入院。主诉一月来头晕无力, 一周来加重, 伴食欲减退, 恶心, 呕吐, 上腹胀痛。三天前曾查血红蛋白6.1克, 来院时仅4克, 乃经急诊收住院。

查体: 体温37.2℃, 神清, 重度贫血貌, 无出血及黄疸, 浅淋巴结不大, 心肺(-), 肝脾不大, 胸骨有轻压痛。

血象: 血红蛋白2.8g, 红细胞计数75万, 网织红细胞3.1%, 血小板1.8万, 白细胞计数7300, 早幼粒1%, 中幼粒1%, 杆状10%, 分叶43%, 淋巴37%, 嗜酸3%, 单核5%, 晚幼红27/100白细胞。成熟红细胞大小形态不一, 有多染及点彩红细胞。畸形红细胞占11.9%。

血清胆红素直接1.2mg/dl, 间接1.7mg/dl, 尿胆红素(-), 尿含铁血黄素(-), Coombs试验(-), 尿素氮14.6mg/dl, GPT、TTT及A/G均正常。

骨髓象: 三次均示红细胞系统增生活跃, 最高占46.5%, 以中晚幼红细胞增生为主, 有核红细胞PAS反应阴性。M:E=0.7:1, 骨髓涂片尾部找到少数转移癌细胞。骨髓活检经病理检查见有少数腺癌细胞。

消化道造影示胃窦部癌累及胃体。

入院后经输血、抗生素、氢化考的松等治疗, 高烧不退, 黄疸、贫血进行性加重, 于入院第九天死亡。

例2. 女性, 37岁, 1983年3月17日入院。主诉低热、全身骨痛二月余, 贫血二十余日, 院外检

查发现幼粒、幼红细胞血象, 网织红细胞升高, 血小板减少, 经输血及肾上腺皮质激素治疗无效而转来我院。

查体: 精神萎靡, 巩膜皮肤黄染, 结膜苍白, 浅淋巴结不大, 心肺(-), 肝肋下1.5cm, 脾(-), 双肩胛骨、髂嵴骨、股骨、肱骨均有压痛。

血象: 血红蛋白2.8g, 红细胞计数160万, 网织红细胞13%, 血小板2万, 白细胞计数11000, 杆状5%, 分叶62%, 单核10%, 淋巴23%, 中幼红细胞40/100白细胞, 晚幼红细胞5/100白细胞。成熟红细胞大小形态不整, 可见破碎红细胞呈盔形、棘形、半月及三角形, 共占18%。

血清胆红素间接1.5mg/dl, 直接0.5mg/dl, 尿胆红素(-), 尿含铁血黄素(-), Ham试验(-), Coombs试验(-), 血清结合珠蛋白消失, 血FDP15.36μg/ml(正常值为10μg/ml以下), 尿素氮16.8mg/dl, GPT、TTT正常。

骨髓象: 增生明显活跃, 红细胞系统增生明显, 以中晚幼红细胞为主, 占88%, 有核红细胞PAS反应阴性。M:E=0.11:1。未见肿瘤细胞。

胃冲洗液病理检查见到成团的肿瘤细胞, 以低分化的胃腺癌可能性大。

入院后未见明显出血, 虽经大量输血, 贫血进行性加重, 持续高热, 于第八日自动出院。

讨 论

(一)微血管病性溶血性贫血(MAHA)是

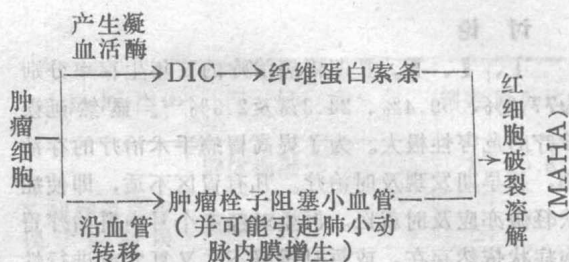
指在微血管病变的基础上,因机械性因素致使红细胞在微血管内碎裂而导致的溶血性贫血,畸形红细胞为其特征性改变,并常伴有血小板减少。这个综合征主要发生在尿毒症、TTP或转移癌。肿瘤并发MAHA虽属少见,但其病情严重,预后极坏。Antman等^[1]复习及报告的55例中,从确诊MAHA到死亡为3~90天,平均21天。因此,有必要提高对本综合征的认识。

本文报告两例由胃癌引起的MAHA,均由X线和/或病理证实胃癌,然就诊时均以血液学改变为突出所见。其特点为迅速进展的重度贫血,伴有以间接胆红素升高为主的黄疸,网织红细胞升高,血清结合珠蛋白带消失(例2),周围血出现幼稚红细胞及破碎红细胞,诊断胃癌并发MAHA是肯定的。然在不同的医院初诊时,由于血液学的明显异常均被误诊为急性红白血病或溶血性贫血。可吸取的教训是对这类患者应仔细检查血涂片。畸形红细胞增多对于MAHA的诊断是有肯定价值的,而一旦MAHA的诊断肯定后,应考虑到转移癌的可能。Lohrmann等^[2]为研究红细胞形态曾仔细筛选了3200名住院病人的血涂片,在140例转移癌患者中,发现MAHA 8例,而其中4例是在MAHA诊断以后,成功地提示了肿瘤的诊断。红细胞碎片的范围在4.6~21%,正常对照不超过0.2%。该作者指出即使1%的异常红细胞也是有意义的发现。

(二)肿瘤并发MAHA常见于分泌粘液的腺癌,其中以胃癌最多见。除本文两例外,笔者见到另外三例有类似血液学异常的患者,尽管或缺乏消化道症状,或病史提供了“胃镜检查结果正常”,或有乳腺肿块疑及乳腺癌,最终均取得胃癌的直接或间接证据。Antman等^[1]复习及报告的55例肿瘤并发MAHA中,能肯定原发癌在胃的共30例,占55%。这一点为临床工作者减少检查项目以尽快确定原发癌的部位提供了经验。

(三)关于肿瘤引起MAHA的可能机理以图示:

分泌粘液的肿瘤可产生凝血活酶而促发DIC, MAHA则是DIC的表现之一,这一点已被公认。值



得指出的是DIC与MAHA是不平行的^[1,2,3],表现在:(1)肿瘤并发DIC相对常见,且常见于胰、肺、前列腺癌等,而肿瘤并发MAHA者罕见,并常见于胃癌;(2)肿瘤并发MAHA时,不一定都有DIC, Antman等复习文献的55例中有DIC证据的仅28例;(3)当MAHA与DIC同时存在时,两者之发展过程又是不平行的,DIC可能因肝素治疗获得好转,而MAHA却持续存在,并常导致死亡;(4)一些凝血参数尚属正常的病人已有纤维蛋白原转换率的明显增加和红细胞寿命的缩短。因此,Brain指出MAHA可能由亚临床的DIC所引起,并在尸解中已证实,无论临床有无DIC的证据,均可能发现纤维蛋白栓,从而进一步说明了MAHA与DIC是密切相关的。本文两例均有血小板进行性下降,例2尚有FDP升高,提示DIC,遗憾的是因病情危重以及认识不足,未能抓紧时机做有关凝血参数的检查。

小结:对贫血、血小板减少和幼稚红血象的患者,应仔细检查红细胞形态。如同时伴有红细胞碎片时,提示MAHA。成年人如无尿毒症或高血压而存在MAHA时,最可能的原因是转移癌,其中以胃癌多见。肿瘤并发MAHA时可以有临床或亚临床的DIC。

参考文献

1. Antman K H et al; A review Med 58:377 1979
2. Lohrmann H P et al; Ann Intern Med 79: 386, 1973
3. Brain M C et al; Br J Haematol 18: 183 1970

提高直视下辨别胃癌的能力

(附 20 例分析)

杭州市第一人民医院 张 啸 邹立人* 胡坚勇 戴源澄 吴能定 徐如君

自纤维胃镜广泛用于临床以来,胃部疾病诊断的准确性有了很大提高,但仍有少数病人在直视下难以确定病变性质^[1~3]。本文收集我院近8年来胃镜和术时直视下酷似胃癌表现,但被病理检查排除的20例资料作一回顾性分析,旨在进一步提高直视下辨别胃癌的能力,尽力减少不必要的胃扩大根治术。

资 料 分 析

(一)一般资料 我院自1976年至1984年共进行胃镜检查4566例,胃镜和术时直视下首先考虑胃癌并经术后病理证实的有236例,但被排除的有20例,占同期胃癌的7.8%。该20例中,男18例,女2例。年龄最小21岁,最大为62岁,平均40.8岁。病程最短4个月,最长30年,平均10.8年。8例表现无规律性疼痛,9例有反酸、嗝气,7例胃镜检查前有呕吐,6例有近期食欲下降和体重减轻,9例有不同程度的消化道出血,2例可扪及上腹部肿块。

(二)20例酷似胃癌的病例胃镜和术时主要所见 见下页表。

讨 论

据本组资料,直视下酷似胃癌表现的其他病变主要有以下几种。

(一)胃溃疡 胃镜和术时直视下区别良性或恶性溃疡有时仍有困难,且经胃镜活检有时也可因取材小、数目少或部位不准而不能满意地弥补胃镜直视的不足^[1~7],本组胃镜、术时直视下酷似胃癌达13例之多(65%),足见溃疡与胃癌之间的鉴别相当困难。典型的良性溃疡肉眼较易识别。本组13例不典型的溃疡大致可归纳为三种特殊表现:(1)溃疡愈合后的疤痕出现增生性改变共5例(例1、2、4、7、11)。从表中可见大多数增殖性病变具有浸润性,质地硬,组织脆和表面不平,且部分病例有糜烂、出血和周围淋巴结肿大。(2)溃疡

形态不规则共5例(例3、5、8、12、13)。溃疡呈不规则形态,边缘全部或部分有结节样隆起,周围粘膜皱襞有中断、增粗、紊乱或表面糜烂。

(3)有9例(例2、3、4、5、6、7、8、10、13),除有上述部分改变外,同时尚有明显的胃壁功能异常,如局部僵硬、蠕动差或消失,胃腔狭小不能张开,胃角或胃窦变形等。以上情况说明,即使在溃疡慢性期,也常有缓解阶段的退行性改变与活动阶段的急性表现的并存现象^[2,4]。本组的活检病理所见有力地支持这一论点。故有人主张,初次胃镜检查倘若无病理证实,不应贸然首先考虑胃癌,而应作短期胃镜复查和增加活检数目或采取其他手段随访,并同时加强药效观察。

(二)胃毛霉菌感染 本组共3例(例14、15、16、),占15%。胃镜均见一较大溃疡,边缘不整,基底部高低不平,周围粘膜皱襞紊乱、增粗或水肿和胃角变形。术中见病变为浸润性的大肿块,且胃周有肿大的淋巴结,均首先考虑胃癌。吴能定^[8]曾报告(1978)46例外检的胃毛霉菌感染病人,观察到部分病例表现为一巨大溃疡;而另一部分很象一个溃疡型胃癌,溃疡较浅,边缘不整,周围胃壁增厚、僵硬,粘膜皱襞不大明显,溃疡表面高低不平,呈肉芽状。本组3例胃镜所见大体与上述后者相似。虽然在溃疡的基础上伴发毛霉菌感染尤其是溃疡较浅者,于直视下确难与胃癌鉴别,但本组3例均未见病变周围的粘膜皱襞有增粗、紊乱、中断或糜烂现象,此点或可与胃癌相鉴别,但有待进一步的观察。此外,表现为巨大溃疡、边缘不整、底部污秽的胃毛霉菌感染亦常易与癌肿混淆,值得引起注意。目前虽不能肯定毛霉菌感染与胃癌的因果关系,但少数病人的感染边缘区发现有早期癌灶^[8]。孙鹤龄等^[9]调查结果表明,真菌与胃癌关系密切,设想可能在慢性胃炎的基础上,由于真菌毒素,或真菌通过亚硝酸盐合成的亚硝基化合物作用,或两者的协同作用,而最终诱发胃癌。故对可疑病人的溃疡边缘多取活检,无疑对检出毛

* 浙江医科大学杭州分校内科教研室

20例误诊胃癌的胃镜、手术大体所见和活检病理报告

真正病变	病例编号	胃镜的主要表现	手术大体所见	胃镜粘膜活检病理报告
溃	1	胃角可见大片浸润性病变, 表面不平, 活检时易出血	胃小弯扣及一质硬肿块, 未见淋巴结浸润。胃内小弯侧有一直径2cm、深0.9cm之溃疡, 底不清, 边缘隆起	胃角部小块胃粘膜, 胃小凹轻度扩张, 固有膜内有少数炎性细胞浸润。固有胃腺未见明显改变(浅表性胃炎)
	2	胃角前壁粘膜可见一半圆形隆起, 局部僵硬, 粘膜水肿并有一糜烂面, 胃角变形	胃小弯浆膜面可见一蚕豆大的溃疡疤痕; 胃内有两处溃疡, 分别为 $1 \times 1.2 \times 0.3 \text{cm}$ 和 $2 \times 1.6 \times 0.2 \text{cm}$, 小弯后壁下切缘另有 $0.5 \times 0.5 \text{cm}$ 溃疡一个	胃小弯小块胃粘膜, 固有膜内有炎性细胞浸润; 水平部小块粘膜表面有炎性纤维索性渗出物沉着, 下方腺体之间有多数炎性细胞浸润(慢性溃疡)
	3	胃小弯水平部可见三角形巨大溃疡, 底部污秽, 有陈旧性出血。胃窦变形, 胃小弯胃壁僵硬, 蠕动差	胃小弯有一硬结样肿块, 与胃后壁组织粘连, 面粗糙; 溃疡面 $1.5 \times 1.5 \text{cm}$, 穿透胃壁	胃小弯小块粘膜, 表面上皮增生, 固有膜内有多数炎性细胞浸润; 另有小块炎性纤维坏死组织(慢性溃疡)
	4	幽门孔周围有颗粒状增生, 幽门孔被掩盖, 幽门大弯侧有 $3 \times 1.5 \text{cm}$ 粘膜增生, 表面高低不平; 其后壁有 $0.5 \times 0.5 \text{cm}$ 之糜烂面; 近幽门侧有一被有污苔的深溃疡, 胃窦部僵硬, 蠕动消失	幽门部肿块约 $2 \times 1 \times 1 \text{cm}$, 质硬, 并与胰体粘连, 附近组织水肿。胃内下缘有一 $2 \times 1 \text{cm}$ 、深 0.2cm 溃疡, 周围粘膜皱襞存在	胃窦部小块表浅胃粘膜有明显肠上皮化生, 固有膜内有多数炎性细胞浸润, 另可见炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)
	5	幽门窦部小弯侧见一浅溃疡面, 周围呈堤状隆起, 直径约 0.7cm , 局部收缩僵硬	十二指肠球部和胃小弯浆膜有疤痕。胃窦小弯侧有一直径 1cm 、深 0.3cm 之溃疡	胃窦部小块胃粘膜, 固有膜内有炎性细胞浸润, 另有少许纤维索性渗出物(浅表性胃炎)
病	6	胃角部可见一约 $2 \times 2 \text{cm}$ 巨大溃疡, 较深, 底部不清洁, 并可见活动性出血, 蠕动差	胃小弯后壁触及 $6 \times 7 \text{cm}$ 大小肿块, 穿透浆肌层和胰腺粘连。胃内溃疡面直径 1.2cm , 深 1.0cm 。	未作活检
病	7	胃窦腔狭小, 不能张开, 粘膜僵硬, 窦部小弯侧可见一浸润性隆起病灶, 胃体后壁可见黄豆大糜烂面, 胃角变形	胃窦部可扣及一 $2 \times 2 \text{cm}$ 肿块, 尚活动, 质硬, 与胰、十二指肠、横结肠系膜有粘连, 胃内小弯偏后壁有一凹陷型溃疡, 约 $1.5 \times 1.3 \times 1.5 \text{cm}$, 底部不洁	小块胃粘膜, 表层上皮有增生, 固有膜内有炎性细胞浸润(浅表性胃炎)
	8	胃小弯上部与水平部交界区可见一约蚕豆大溃疡凹陷, 周围明显充血; 窦部粘膜皱襞粗大紊乱且有中断; 胃角变形	小弯后壁有一 $2 \times 1.5 \text{cm}$ 溃疡, 与胰包膜、结肠系膜浸润粘连。胃小弯距上切缘 3.5cm 处有一凹陷型溃疡, 约 $1.8 \times 1.5 \times 1 \text{cm}$, 底部不洁, 边缘粘膜隆起	小块胃粘膜, 表层上皮增生, 胃小凹扩张, 固有膜内有多数炎性细胞浸润, 另可见小块炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)
	9	胃体及窦部粘膜充血、水肿, 胃体上部有一约 2cm 之溃疡	胃体上方后壁有一 $1 \times 1 \text{cm}$ 溃疡样疤痕。胃内溃疡面直径约 1.5cm , 底部不洁。周围有浸润感	小块胃粘膜, 固有膜内有多数炎性细胞浸润及炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)

续表 1

真正病变	病例编号	胃镜的主要表现	手术大体所见	胃镜粘膜活检病理报告
溃疡病	10	胃角可见一 $1.5 \times 1.5\text{cm}$ 溃疡, 周缘明显充血, 溃疡底被覆黄白色苔, 未见堤状隆起。活检时感组织坚硬。胃体上部小弯侧可见 $4 \times 3\text{cm}$ 之糜烂面, 局部蠕动差	小弯部有一 $1.2 \times 1.5\text{cm}$ 之溃疡疤痕。胃内溃疡面 $1.4 \times 1.2 \times 1\text{cm}$, 边缘整齐, 底部洁, 溃疡边缘质硬, 小弯周围有数粒肿大淋巴结	小块胃粘膜, 上皮有肠腺化生, 固有膜内有炎性细胞浸润, 另见有小块炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)
	11	幽门孔变形, 胃窦缩小, 有米粒至黄豆大之结节状改变, 僵硬。胃窦前壁可见黄豆大之溃疡基底部被覆灰黄污苔, 周缘粘膜呈环堤状隆起, 不规则。活检时有坚硬感, 胃体前壁有一条粗大皱襞, 胃角中央可见蚕豆大增生, 表面有糜烂	胃窦部小弯侧前壁有一 0.8cm 之溃疡, 幽门下发现一串约 $4 \sim 5$ 粒肿大之淋巴结, 质中	小块胃粘膜, 固有膜内有中等量炎性细胞浸润(浅表性胃炎)
	12	胃角中央可见一 $2 \times 2\text{cm}$ 之溃疡, 基底被覆污苔, 周缘不平整, 周围粘膜有大片糜烂	胃小弯处触及 $3 \times 3\text{cm}$ 溃疡形肿块, 溃疡面约 $2 \times 2\text{cm}$, 胃周有数个淋巴结	小块胃粘膜, 表面上皮增生, 胃小凹积脓, 有肠上皮化生, 固有膜内炎性细胞浸润, 另有小块粘膜表面有坏死(慢性溃疡)
	13	胃角垂直部可见一大于 $4 \times 4\text{cm}$ 之溃疡。但苔面清洁。边缘呈堤状隆起, 僵硬状	胃小弯垂直部有一约 $5 \times 4.5\text{cm}$ 的肿块, 与横结肠系膜、胰腺包膜粘连, 小弯侧成串淋巴结肿大。溃疡面 $2.5 \times 3.0 \times 1.5\text{cm}$, 周围粘膜粗大, 糜烂	小块胃粘膜, 表面上皮增生, 固有膜内有炎性细胞浸润, 固有腺轻度萎缩、减少。另可见小块炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)
胃毛霉菌感染	14	胃小弯见一 $2 \times 2\text{cm}$ 溃疡, 边缘不整, 基底部高低不平, 色泽污秽, 周围粘膜明显水肿、充血、脆易出血, 胃角变形	胃小弯部有 $6 \times 4\text{cm}$ 肿块浸润胃后壁, 沿胃小弯淋巴结肿大呈蚕豆样, 胃内小弯侧距上切缘 1.5cm 有一 $3 \times 2.6 \times 1.5\text{cm}$ 溃疡, 底不洁, 周围部分粘膜粗糙	小块胃粘膜, 表面上皮增生并有少数肠上皮化生, 固有膜内有炎性细胞浸润, 另有小块炎性纤维索性坏死物(慢性溃疡)
	15	胃角处可见一巨大溃疡, 约 $2.5 \times 2\text{cm}$, 边缘隆起, 溃疡底不清, 蠕动差	小弯侧有一 $4.5 \times 3.5 \times 1.8\text{cm}$ 巨大溃疡, 底不清, 粘膜隆起。整个溃疡区呈一质硬肿块, 并与胰腺粘连。胃大、小弯均有肿大的淋巴结	小块炎性渗出物及坏死组织, 其中可见毛霉菌孢子及菌丝(胃溃疡伴毛霉菌感染)
	16	幽门孔周围被窦部粗大紊乱的粘膜遮盖, 胃体上部后壁可见约 $2 \times 2.5\text{cm}$ 巨大溃疡, 凹陷深, 周围不光滑	胃体近小弯侧有一小鸭蛋大肿块, 与横结肠系膜粘连。整个胃后壁亦与腹后壁粘连。胃体内后壁距上切缘 2cm 可见一 $3 \times 2.2 \times 2.2\text{cm}$ 溃疡	小块胃粘膜, 有炎性细胞浸润, 另有小块炎性纤维索性坏死物, 其中有毛霉菌孢子及菌丝(胃溃疡伴毛霉菌感染)

续表 2

真正病变	病例编号	胃镜的主要表现	手术大体所见	胃镜粘膜活检病理报告
萎缩性胃炎	17	胃小弯侧前后壁各有一条粗大皱襞, 表面有小的糜烂面。胃窦小弯侧和胃体中部后壁各有一 $1 \times 2.0 \text{ cm}$ 和 $1 \times 1 \text{ cm}$ 之隆起物, 胃壁较僵硬, 活检时组织脆, 局部组织有水腫, 隆起物表面糜烂	小弯垂直部下方可触及直径约 2 cm 浸润块, 小弯与肝面粘连, 后壁与横结肠系膜粘连, 幽门下小弯侧及胃左动脉旁淋巴结明显肿大, 质中。小弯侧距上切缘 4 cm 处有一 $0.6 \times 0.6 \text{ cm}$ 溃疡, 边缘粘膜粗糙	小块表浅胃粘膜, 表层细胞增生, 胃小凹扩张有小凹积液, 胃腺体及固有膜内有炎性细胞浸润 (胃粘膜慢性活动性炎症)
胃炎	18	幽门管大弯侧近后壁可见黄豆大赘生物, 呈菜花样; 有活动性出血。胃窦后壁较僵硬, 呈细颗粒状改变	十二指肠幽门管上可触及一指尖样大小之硬结。胃内粘膜皱襞减少、平坦, 未见溃疡。胃壁较硬	小块胃粘膜, 表面上皮有增生, 固有膜内有炎性细胞浸润, 胃固有腺有轻度萎缩减少, 纤维结缔组织有增生 (轻度萎缩性胃炎)
胃血吸虫病	19	幽门孔周围见有 $6 \sim 7$ 颗息肉样隆起, 约 $0.3 \times 0.4 \text{ cm}$ 大小, 表面有糜烂, 充血较著, 蠕动较差, 幽门孔被掩盖	胃幽门部触及多个硬性圆球形结节, 质硬。胃窦小弯侧粘膜有息肉样凸隆, 约 $3 \times 1 \text{ cm}$	小块胃粘膜, 表面上皮增生, 固有膜内有炎细胞浸润 (浅表性胃炎)
异位胰腺	20	胃体下部前壁见有约 $0.7 \times 0.7 \text{ cm}$ 之隆起物, 表面轻度糜烂	胃小弯侧局部充血糜烂, 小弯近窦部有裂隙状溃疡。可扪及一有浸润感的硬块	小块胃粘膜, 有炎性细胞浸润 (胃粘膜慢性炎症)

霉菌感染和发现早期胃癌均有一定意义。

(三) 慢性活动性萎缩性胃炎 本组共 2 例 (例 17、18), 占 10%。因缺乏典型的萎缩性胃炎的表现, 如粘膜色泽苍白、粘膜层变薄、皱襞消失及可透见的粘膜下血管, 相反可见到数处有隆起的增生性病变, 局部僵硬, 表面糜烂, 组织水肿、脆弱易出血等, 故酷似胃癌表现。尤其是例 17, 术时可扪及浸润块, 且幽门下、小弯侧及胃左动脉旁淋巴结明显肿大, 并与邻近组织有粘连, 更酷似胃癌。慢性活动性萎缩性胃炎有时可有类似浅表性胃炎的表现, 长期严重的萎缩性胃炎可因胃小凹上皮增生致胃粘膜呈颗粒状或息肉形成, 亦可因粘膜下层弥漫而大量的结缔组织增生而造成胃壁变硬^[7]。本组 2 例即属此种情形。这种少见的情况恰常易被临床医师疏忽。

(四) 胃血吸虫病 由于胃镜的开展, 近年来国内相继报道了不少晚期血吸虫病病例有胃血吸虫病变。由于血吸虫卵沉积在粘膜下层及粘膜层中, 虫卵周围有大量纤维组织增生及炎性细胞浸润, 故可形成假结节甚至整个幽门部胃壁明显增厚、强直, 亦可因粘膜营养障碍而发生糜烂、溃疡。陆其林等^[10]报告 23 例胃血吸虫病合并胃癌, 占同期胃癌

的 4.13%, 其中 18 例为溃疡浸润型或溃疡型及盘状蕈伞型癌, 癌灶中央均有巨大溃疡。他们认为, 血吸虫卵引起的良性隆起性病变 (息肉或不典型增生灶) 可发展成腺癌。本文所见 1 例亦有多数息肉样隆起, 表面糜烂。故对疫区病人尤其对有晚期血吸虫感染体征者更应细加鉴别。在胃镜检查时, 对虫卵易沉积的幽门部多取活检, 可以提高检出率^[4,10]。

(五) 胰腺异位 胰腺异位临床上少见, 且多不发生症状^[4]。Barobosa 等^[11]报告胃的胰腺异位居消化道各部第二位 (25.5%), 但国内报告^[12]则以胃为最多。60% 位于粘膜下, 25% 在肌层, 4% 在浆膜下。胰腺累及粘膜后可发生炎症、溃疡和出血^[13]。文慧媛^[12]报道 2 例异位胰腺者, 其胃病变部所取活检均为慢性炎症。本组 1 例于胃体前壁见一约 $0.7 \times 0.7 \text{ cm}$ 之隆起物, 表面轻度糜烂。术后病检见异位胰腺在胃体粘膜下, 而胃镜未能见到淡黄色或淡红色单个分叶状胰腺结节的典型表现, 术时见病变部位充血糜烂和溃疡, 并可扪及有浸润性的硬块。Palmer 等^[13]报告胃胰腺异位的胃镜像为半圆形肿块, 呈圆柱状或圆锥状, 顶部可呈凹陷或开口。对本病可疑者作挖洞或活检可增加检出机会, 或在术时作快速冰冻切片, 当可避免不必要的胃扩

大根治术。(本文承钱礼教授审阅,谨表谢意)

参考文献

1. Gnoldstook, et al:Gut 22:673, 1981
2. 张锦坤等,内科讲座(4),北京,人民卫生出版社, 1981
3. Mountford R A, et al:Gut 21:9, 1980
4. 钱礼,腹部外科学,上海人民出版社,1984
5. Rotterdam H, et al:Am J Gastroenterol 78: 140, 1983
6. Peter H R et al:Gastroenterology 81:247,

1981

7. 武汉医学院病理学教研室等,外科病理学,湖北人 民出版社,1977
8. 吴能定:中华内科杂志17:203, 1978
9. 孙鹤龄等:中华肿瘤杂志5(1):19, 1983
10. 陆其林等,中华医学会,第二届传染病和寄生虫 病学术讨论文集,1983
11. Armstrong C P et al:Br J surg 68:384, 1981
12. 文慧媛:昆明医学院学报4:48, 1983
13. Nebl O T et al:Am J Gastroenterol 60:295, 1973

纤维胃镜检查漏诊原因分析

南京铁道医学院附属医院消化科 陈在忠 彭长青

纤维胃镜检查(以下简称胃镜)可以检出X线漏诊病变并通过组织学和细胞学检查确定诊断,尤其对早期发现胃癌,彻底改善其预后有很大作用。随着胃镜的普及,充分发挥其效能,提高检查技术和减少漏诊是很必要的。

胃镜漏诊可能各院皆有,然而胃镜漏诊的分析报道极少。作者曾经胃镜和病理确诊一例溃疡型胃癌,患者随即去他院复查却被漏诊,而诊为浅表性胃炎。另外,一般对胃镜诊断比较信赖,假如漏诊了恶性病变,往往延误治疗时机。因此探讨胃镜漏诊原因,具有一定普遍意义和重要性。

资 料

我院自1975年3月至1984年6月对有上消化道症状的患者共作胃镜7055例次。通过回顾性审查其中作过两次以上胃镜者,发现第一次报告某一部位“正常”,第二次在同一部位有糜烂中重度不典型增生者1例,有进展性胃癌者10例。两次检查间隔1~18个月(平均6.9个月)。因有资料指出许多早期胃癌无症状^[1],恶性肿瘤可以多年保持原先有限的大小(如原位癌)^[2],浅表性胃癌可以长期保持原状^[3],故判定这11例第一次胃镜为漏诊。另外3例第一次检查均报告慢性胃炎,第二次发现胃溃疡,两次胃镜相距3~9个月(平均6个月)。因溃疡病呈慢性经过。该3例病人第一次胃镜检查时有典型溃疡病临床表现,第二次胃镜发现的又多系较大的慢性溃疡,故判定其可能为漏诊病例。总计14例的资料见下页附表。可以想象此漏诊数比实际要低。

漏诊原因分析

(一)漏诊可能与胃镜的型号和性能有关。XW-I型胃镜系侧视镜,有效长度80cm,对食道中上段病变难以观察,并且很多不能进入十二指肠球部,可以造成食道中上段和十二指肠球部溃疡各1例(因两次胃镜相隔时间较长未列入表内),可能即由此漏诊。不过目前该型胃镜多已被淘汰。

(二)有易漏诊的客观情况,但检查不仔细是主要的。

例1因空腹上腹痛8年,呕血、黑便4天,作第一次胃镜未发现溃疡,诊断为慢性浅表性胃炎。患者以后的9个月中,又两次黑便,临床仍怀疑溃疡病。再次胃镜见胃粘膜贫血,色淡,有散在斑片状充血,幽门前区大弯侧有黄豆大溃疡,表面有淡黄苔。胃角是胃溃疡好发部位,检查者多注重在此处寻找溃疡,但对其他部位的小溃疡,尤其在出血刚停止之后,胃粘膜贫血,溃疡周围充血不明显,溃疡表面淡黄色苔与周围粘膜颜色相近,如不全面寻找,并靠近细察就会漏诊。该例可能即此种情况。

例2、例3贲门胃底癌。第一次胃镜系进修医师检查、带教医师复查的,在报告中均记载贲门胃底“正常”。工作程序一般是进修医师检查,带教医师复查,最后再交进修医师作活检。前者检查后认为没有大问题,后者只复查了胃窦、胃体,所见略同。没有边退边观察直到食道,并在胃窦也没有倒镜很好地观察胃底贲门而造成漏诊。两例漏诊发生在两位带教医师,看来食道贲门和胃底是带教

附表 胃镜漏诊病例资料

例次	性别	年龄 (岁)	第一次胃镜检查			第二次胃镜检查		两次相 距时间 (月)	病 史	X线 诊断	病理 诊断
			镜 型	诊 断	有关记录	诊断	有关记录				
1	男	24	GIF—P ₂	浅表性 胃炎	胃窦部未见 溃疡、胃粘 膜贫血外观	幽门前 区溃疡 浅表性 胃炎	幽门前区大弯 侧0.5cm直径 溃疡上有黄白 色苔。胃粘膜 贫血	9	第一次胃镜 后又两次黑 便		
2	男	47	XW—I	慢性浅 表萎缩 性胃炎	食道下段贲 门正常	贲门新 生物	胃镜在贲门受 阻未能进入	12		食道 贲门 癌	
3	男	70	XW—I	同上	胃底贲门正 常	胃底贲 门癌	胃底2×3.5 cm隆起病 变 表面不平	18			腺癌
4	男	53	GIF—K	同上	食道正常	食道中 段癌		8			鳞癌
5	女	60	GIF—K	慢性浅 表性胃 炎	食道正常	食道上 段癌	病变长4cm	5	第一次胃镜 时有吞咽困 难	食道 上段 癌	
6	男	52	GIF—K	胃角溃 疡	胃体正常	贲门下 糜烂	贲门下小弯糜 烂2×3cm	6			中重度 不典型 增生
7	女	47	GIF—K	慢性浅 表性胃 炎	胃底正常	胃底后 壁新生 生物	肿物表面高低 不平,上面布 满血迹	3	因呕血黑便 作第一次胃 镜,此后粪潜 血持续阳性		平滑肌 肉瘤
8	男	50	WCJ—I	慢性浅 表性胃 炎	胃窦皱襞粗 大待查	胃窦癌	胃窦前壁弧形 隆起3×1.5 cm,表面不平 易出血,侵及 幽门和胃角	6			腺癌
9	男	53	GIF—K	慢性浅 表性胃 炎	胃底、胃体、 胃角正常	胃癌	贲门下溃疡3 ×4cm,周围 结节状不平, 胃体、胃窦僵 硬腔狭小	5	第一次胃镜 前后反复出 血		腺癌
10	男	55	XW—I	慢性浅 表性胃 炎	胃体、胃角、 贲门正常	胃癌	贲门、胃体、 胃角病变广泛	1			腺癌
11	男	25	XS—II	浅表性 胃炎	胃底、胃体、 胃角正常	胃癌	胃窦、胃体、胃 底广泛不规则 隆起糜烂溃疡	5			腺癌
12	女	33	GIF—K	慢性浅 表性胃 炎	胃体小弯靠 前壁粘膜红 白相间	胃溃疡	胃体小弯靠前 壁 溃疡1.5× 1.5cm	3	第一次胃镜 前后有溃疡 症状		炎性坏 死符合 溃疡

续表

例次	性别	年龄 (岁)	第一次胃镜检查			第二次胃镜检查		两次相 距时间 (月)	病 史	X线 诊断	病理 诊断
			镜 型	诊 断	有关记录	诊断	有 关 记 录				
13	男	40	GIF—K	慢性萎 缩性胃 炎	胃角正常	胃角溃 疡 幽门管 溃疡	1 × 2 cm 0.3 × 0.2 cm	6	第一次胃镜 前后有溃疡 病症状		符合溃 疡
14	男	48	GIF—K	浅表性 胃炎、 胃角溃 疡愈合 期	胃底贲门正 常	胃底贲 门癌		6.5			腺癌

复查容易忽略的部位，应引起注意。

食道中上段病变也易漏诊。例4、例5第一次检查均报告食道正常，分别在8个月和5个月复查，癌病变相当明显。漏诊原因是检查申请单虽要求全面检查，但没有提供吞咽困难的病史，插镜时可能盲目推进的一段太长，镜端越过了病变，明视下胃镜在食道继续推进时未发现病变，便以为食道正常。检查完胃就好像检查已经结束，即把胃镜很快拖出，没有边退边观察把全部食道再看一遍，以至漏诊。因此这种情况也有必要引起注意。

胃体高位小弯侧是胃癌的好发部位之一，此处胃壁与胃镜平行，观察受一定影响，早期癌病变易被忽略。例6第一次胃镜检查发现胃角溃疡，胃体“正常”；6个月后复查贲门下小弯侧糜烂，病理上有中重度不典型增生。这提示要对该部注意观察。为了看得清楚，可把镜端略向上抬。对炎症明显、色泽异常、表面粗糙、糜烂或轻度隆起病变要作组织学和细胞学检查，以免漏掉早期癌病变。

胃底后壁病变也易漏诊。例7女性，47岁，因呕血、黑便作第一次胃镜，报告慢性浅表性胃炎，胃粘膜贫血，胃底“正常”。以后3个月中，大便潜血持续阳性，贫血严重，再次作胃镜。检查完十二指肠、胃窦和胃体，胃镜已退至贲门下，尚未发现病变，此时鉴于以往另一老年男性患者上消化道出血作急诊胃镜时，开始找不到病变，后在胃底后壁意外地发现一平滑肌瘤的经验，对本例随即将胃镜转向右上，在胃底后穹隆部发现一高低不平的肿块，上布满血迹，后手术证实为胃平滑肌肉瘤。胃底后穹隆向后上突出，如胃镜直进直出，即使在胃窦部倒镜也不能发现该处病变。因此检查时，当胃镜退至贲门下（约45cm），应常规地将胃镜调向

右上，观察该部^[4]。

例8是检查者对所见病变缺乏认识，警惕性不高，未能鉴别良恶性病变；活检也少，癌细胞阴性而漏诊。该例第一次胃镜诊断为慢性浅表性胃炎，胃窦部皱襞粗大待查。6个月以后复查，明显为胃窦癌。遇此情况应注意病变表面是否光滑，色泽、质地和胃蠕动等如何，认真区别良恶性，对不能肯定性质的应多作活检和细胞刷涂片，癌细胞阴性者可再作X线检查和密切随访观察，短期复查。

令人奇怪的是例9、10、11，第一次胃镜检查均诊断为浅表性胃炎，胃角、胃体、胃底“正常”，经1~5个月复查时，癌病变几乎侵犯全胃，可见结节状或不规则隆起病变，其间糜烂、溃疡、出血。其中例9因上消化道出血做第一次胃镜，以后5个月中反复出血。例10两次胃镜仅隔1个月，显然前次胃镜时，胃癌已非早期，漏诊的原因何在呢？这三例分别发生于三位检查者身上，可能并非完全由于粗心。作者曾遇一例52岁男性患者，因高热、消瘦40天入院。做胃镜时，已知胃肠钡餐报告胃底贲门癌广泛浸润，侵及胃体。然而胃镜下却未发现肿瘤，仅贲门后壁不能与前壁一致地相应扩张，胃体高位后壁有直径约1.5cm之扁平隆起，表面充血糜烂易出血。其余胃粘膜表面光滑，有几丝咖啡色粘液附着。当时虽然对此病变有怀疑，但与X线报告距离较大，不能肯定病变性质。然而活检查到腺癌细胞。此与以上3例可能一样，开始以弥漫浸润为主，粘膜表面变化不大，尤其开始于胃体中上部的病变，因为正常情况在胃镜下，此处蠕动波多不明显，不能象胃窦那样可以靠蠕动波消失帮助诊断，如癌病变尚未使胃体腔明显变小和不能扩张，就难以作出胃癌诊断。另外例9

参考文献

1. Sleisenger M H et al: Gastrointestinal Disease 3rd ed, P584, W.B.Saunders Co. 1983
2. 《实用肿瘤学》编辑委员会, 实用肿瘤学, 第一版, 第一册, P54, 人民卫生出版社, 北京, 1978
3. Spiro HM, Clinical Gastroenterology 3rd ed, P289, Macmillan Publishing Co. 1983
4. 赵东海等, 纤维胃镜检查技术, 第一版, P13, 人民卫生出版社, 北京, 1979
5. Shearman DJ, C et al: Diseases of the gastrointestinal tract and liver, 1st ed, P51, Churchill Livingstone, 1982

也可能原来是溃疡浸润型胃癌, 第一次胃镜漏掉了溃疡病变, 如此则纯系检查者的疏忽了。对弥漫浸润性癌病变尤其要全面仔细观察, 发现可疑现象。如活检未证明胃癌, X线检查可能有帮助。

(三) 如例12、13、14, 漏诊似无客观原因可寻, 可能纯系检查者的疏忽或技术上的问题。从这3例漏诊进一步看出全面细致地检查的重要性和必要性。有人说胃镜重要的不是你发现了什么病变, 而是确实把所有的部位都观察到了^[5]。即使前面某些病例的漏诊有一定的客观原因, 但只要做到这一点, 再对那些容易漏诊的部位和情况倍加注意, 细致地观察, 漏诊是可以减至最少的。

特殊起病的原发性肝癌误诊分析

江苏省盱眙县医院 杨秉煌 张亚文

原发性肝癌的首发症状以肝区痛、腹胀、上腹部块及食欲减退最为常见^[1]。典型病例诊断不难, 但起病特殊者每易误诊^[9, 10]。我院近来收治4例特殊起病的原发性肝癌, 最初分别误诊为慢性肾炎、结脑、坐骨神经痛及溃疡病穿孔出血。为引起对原发性肝癌特殊起病形式的注意, 避免误诊, 现报告并讨论如下。

一、以下腔静脉阻塞伴柏-查综合征引起下肢浮肿起病误诊为慢性肾炎

例1. 男, 53岁, 因持续下肢浮肿50天入院。浮肿晨轻晚重, 右下肢重于左下肢, 自足部、阴囊发展到剑突水平。门诊检尿蛋白(+), WBC3~6, RBC0~1, 管型0~1, 拟慢性肾炎收治。既往有高血压病10余年。查体: BP174/100, 无黄疸, 眼睑不浮肿, 心肺(-), 腹膨, 腹壁水肿, 未见浅静脉曲张。肝脾未及, 腹水征(+), 阴囊及右下肢明显水肿, 无精索及下肢静脉曲张。辅查: BUN 15.6mg/dl, PSP正常, 腹水黄清, 李凡他(±), 有核细胞数195, 未分类。血沉10, 水反应弱阳性。右肘静脉压6cmH₂O, 下腔静脉压34cmH₂O。A超: 脾(-), 肝右叶横径9.5cm, 上下径A10, B14, 肋下0, 上界第五肋间。肝波呈较密微波, 稀疏小波, 波态欠活跃。17天后复查肝右叶横径11, 上下径A14, B16, 上界第四肋间。γ-GPT500单位, AKP17.1单位, A/G为3.8/3.2, 电泳γ25.9%, AFP对流法两次阳性(间隔4周), 外院查血凝法

1:1000卅, 火箭法>800ng/ml, B超示肝右叶顶部强反射光团。

分析: 本例初诊从常见病出发, 根据浮肿、高血压、尿异常印象诊为慢性肾炎。后注意到本例系反复出现不对称性下肢浮肿, 严重时发生阴囊、腹壁水肿及腹水。肝脏迅速增大, 脾不肿大, 下腔静脉压明显增高而上肢静脉压正常, 较为符合下腔静脉阻塞综合征的诊断^[2]。AFP阳性等进一步检查证实为原发性肝癌。肝癌患者腹水剧增伴下肢浮肿, 不能用低蛋白血症或其他原因解释者应考虑肝静脉癌栓栓塞, 即所谓柏-查综合征^[1]。Ervasti报告73例肝静脉阻塞的尸检病例中, 肝癌占29%^[8]。肝癌引起柏-查综合征的机理系因肝癌组织急剧生长, 致肝静脉受压变窄阻塞或癌细胞在血路转移中侵犯肝静脉形成癌栓并延伸至下腔静脉, 阻碍肝静脉回流所致。本例最后诊断为原发性肝癌并发下腔静脉阻塞伴柏-查综合征。

二、以重度低血糖引起阵发性昏迷起病误诊为结脑^[3]

例2. 男, 32岁, 因突然昏迷9小时急诊入院。不发热, 无呕吐抽搐。既往体健。检查: 昏迷, 颈软, 心肺(-), 肝脾未满意扪及。腹水征(-), 四肢肌张力增强, 神经系统(-)。脑脊液压力100滴/分, 蛋白19.5mg/dl, 糖<10mg/dl, 氯化物122mEq/L, 有核细胞38。考虑结脑? 乃给予10%葡萄糖、激素、甘露醇及抗痨药等治疗, 病

情迅速好转,次日即清醒能说话进食。查体除大脑反应较迟钝外,余无异常发现。遂停补液。以后在10天内夜间四次发作突然昏迷伴全身多汗,半小时后自行缓解或于喂糖水后立即清醒,查见全身多汗。面色苍白,两瞳孔时大时小。发现上腹偏左有一肿块,位于剑突下8cm,质偏硬。急测血糖为16.7mg/dl,立即给予50%葡萄糖40ml静注,患者当即清醒,面色转红,言语如常。追问病史自己发现上腹包块已半年余,无明显不适,饮食劳动如常。乃考虑其阵发性昏迷为低血糖所致并与上腹包块有关。进一步检查:水反应阳性,常规肝功正常,锌浊度17单位, γ -GPT 88单位,AKP11.3单位,HBsAg(-),AFP对流法两次阳性。葡萄糖耐量试验呈典型低扁平曲线。后作剖腹探查见肝左叶明显肿大,质地偏硬,肝腹面有核桃大肿瘤,因已有转移,仅作活检。病理诊断:原发性肝细胞肝癌合并肝硬化。

分析:本例以突然昏迷入院,经补液、激素等治疗后迅速清醒,入院后又多次于夜间发生意识障碍、出汗等,均经给糖后即刻清醒。发作时血糖极低,葡萄糖耐量试验呈典型低扁平曲线,故本例之阵发性昏迷系严重低血糖所致当无疑。本例左上腹包块,AFP对流法阳性,剖腹探查活检证实,故可确诊为原发性肝癌并发低血糖昏迷。肝癌因癌组织异位分泌胰岛素样活性物质,阻止葡萄糖释放及增加组织对葡萄糖的利用等机理引起低血糖^[3,4]。

本例之误诊一是片面注重脑部病变而详尽询问病史及全面体检不细,未及时发现腹块;二是对肝癌可引起低血糖昏迷认识不足。通过本例我们体会到,当患者有原因不明的精神症状,神志改变尤其表现为阵发性昏迷时应警惕低血糖症的可能,如为夜间发作,伴有大汗等则更高度提示低血糖症,立即作空腹血糖测定,静注葡萄糖,病情迅速缓解即可确诊,从而进一步探讨引起低血糖的有关病因如肝癌等。

三、以肿瘤早期骶骨转移致严重腰腿痛起病误诊为坐骨神经痛

例3. 男,47岁,因两下肢剧痛4月余入院。初起发现腰骶及两下肢疼痛,尚能行走,2个月来觉左下肢发麻,疼痛加重,行走时疼痛难忍。近1月已不能行走。腰腿无外伤。曾诊为坐骨神经痛给与骨宁、VB₁₂、强的松等治疗无效。半月来纳减并见消瘦。无肝炎史。查体:较瘦,痛苦貌,无黄疽,

肝肋下2cm,质中光滑无触痛,腹水(-),睾丸大小正常,无压痛,屈髋试验(±),4字试验(-),直腿抬高试验左35°,右45°,左下肢肌肉萎缩。辅查:血沉6mm/h,尿常规及本周蛋白(-),类风湿因子(-),HBsAg1:32,AKP30单位, γ -GPT63单位,肝功能及电泳正常,A超肝肋下2cm,呈较密微波,稀疏小波。AFP对流法35天内三次阳性。外院核素扫描示肝右叶顶部有放射性缺损区。胸片及骶骨X片示心肺正常,右膈上抬,膈面不整;骶骨可见一密度减低的区域,边缘不规则,骶骨左侧有明显的骨质破坏吸收征象,第五腰椎下缘受侵。本例最终诊断为原发性肝癌合并骶骨转移。

分析:在一些病例中骨内转移癌可能为仅有或首先表现的临床所见。本例入院体查发现肝大质中,辅查中AKP、 γ -GPT增高,肝功能正常,核素扫描肝有占位病变,胸片见膈面不整,特别是AFP对流法35天中三次阳性,无睾丸肿瘤的表现,根据肝癌的诊断标准^[5],本例原发性肝癌诊断可以成立。而其严重腰腿痛则系骶骨转移癌压迫神经所致。肝癌发生转移机会很多,临床转移发现率12.3~22%,尸检更高。骨转移颇常见,占总转移数11.2%^[6]。其主要临床表现为疼痛,局部肿胀和压痛,与本例完全相符。本例之误诊主要是满足于坐骨神经痛的症状学诊断。

四、以癌瘤破裂引起腹腔大出血休克起病误诊为溃疡病穿孔出血

例4. 男,27岁。因突然上腹剧痛,面色苍白8小时急诊入院。有“胃病”二月余未作查治。查体:T35°C,P126,BP74/54mmHg,神清,苍白,四肢冷,心率126,心音低,肺(-),全腹明显压痛、反跳痛、腹肌紧张。腹穿抽出暗红色不凝血,拟溃疡病穿孔出血,后考虑内脏破裂,失血性休克急诊剖腹探查。急诊检查肝功能正常,TA/G正常, γ -GPT145单位,AKP21.8单位,AFP(对流法)阳性。术中见腹腔内积血2800ml,肝肿大质硬,表面广泛结节样肿块,见肝右叶后膈面肿块破裂出血,无法缝合,以明胶海绵及大网膜填塞止血后关腹。胃肠正常。休克纠正后予支持疗法2月后病故。

分析:本例为青年男性,突然上腹剧痛,明显腹膜刺激征,休克,近有“胃病”史,故首先想到了溃疡病穿孔并出血。及至急诊化验AFP阳性,裂AKP、 γ -GTP增高,始考虑原发性肝癌癌肿破

出血之可能,剖腹探查证实了这一诊断。文献指出,肝癌患者肝区突然剧痛伴右上腹明显压痛或全腹腹膜刺激症状,常为癌肿破裂出血于肝包膜下或进入腹腔,血液刺激腹膜之结果。上海肝癌协作组报告3254例中有腹痛者3.4%。故对急腹症患者鉴别诊断中应想到肝癌破裂引起化学性腹膜炎的可能,以免误诊^[9,10]。

讨 论

本文介绍的4例临床表现迥异,起病方式特殊,但最终均确诊为原发性肝癌,其中AFP对流法阳性为确诊提供了极重要的依据。杨秉辉等报告在284例临床拟诊原发性肝癌病例中,166例AFP扩散法和/或对流法阳性者,其中经病理检查证实为原发性肝癌的162例,准确率达97.6%^[6],假阳性仅4例(继发性肝癌2例,胃癌1例,肝硬化1例)。上海中山医院肝癌研究室制定原发性肝癌诊断标准认为:凡SGPT正常又能排除妊娠及生殖腺胚胎瘤,ATP对流法阳性持续3周者即是^[5]。基层医院多缺乏B超、核素肝扫描、腹腔动脉造影、5'核苷酸磷酸二脂酶同工酶V等酶学检查及AFP放射免疫法测定,但AFP对流法测定简便易行,如符合上述标准,即可对原发性肝癌作出正确诊断。对临床表现怪异者如有线索怀疑肝癌当即反复检测AFP(对流

法),于诊断极有益。笔者体会,基层医院尤宜充分利用AFP对流法这一检测方法来确诊原发性肝癌。

原发性肝癌因以上腹胀痛等症状起病者多,但由于肝癌早期症状可不明显,且缺乏特征性,往往产生诊断上的困难或误诊,误诊率达8.7~37.8%^[7]。林兆耆等报告肝癌误诊可归纳为远处转移症状等九种类型^[7]。本文4例系一个县级医院连续发现特殊起病的肝癌,足以见转移病灶或并发症等引起症状首先起病机会亦非罕见,值得警惕。

参 考 文 献

1. 汤钊猷主编,原发性肝癌,上海科学技术出版社,1981, P151—154
2. 中山医学院. 内科疾病鉴别诊断学, P428
3. 杨秉辉: 医师进修杂志12:39, 1982
4. 上海华山医院. 内科专题讲座选编, P273, 1977
5. 同1. P180、160
6. 杨秉辉等. 上一医学术文报告会摘要汇编, P91, 1979
7. 钱炳奎等, 临床误诊100例, P144, 湖南科学技术出版社, 1982
8. Ervasti J: Acta Chir Scand(Suppl) 334:1, 1964
9. 季信良等: 实用内科杂志1:41, 1984
10. 王惠: 实用内科杂志5:265, 1984

原发性肝癌转移致环枢椎病理性脱位1例报告

浙江医科大学附属二院骨科 李世骥 吕江明

原发性肝癌转移至颈椎比较少见,以颈椎骨折脱位而就诊者往往容易造成误诊。本院曾遇一例,门诊误诊为外伤性环枢椎脱位,住院检查后确诊为原发性肝癌转移、环枢椎病理性脱位,现报告如下。

患者男,49岁。摇头时突然听到响声,随即颈部僵硬,不能转动,左肩部酸痛,上背部板紧,张口困难,当地医院拍片报告为第1、2颈椎脱位转来本院,门诊诊为外伤性环枢椎脱位收住入院。入院后询问病史,20年前曾患“无黄疸型肝炎”。体检发现:颈部僵硬,头偏向左侧,颈部旋转活动障碍,枕部及第1、2颈椎处压痛明显,颈部及全身无感觉障碍区,四肢肌力正常。巩膜黄染,右上腹局限性隆起,肝肋下6cm,剑下8cm,质硬,表面有结节,高低不平,压痛(+);脾肋下刚及,质

硬,压痛(+),叩诊肝上界为第5肋间,移动性浊音(+)。实验室检查:凡登白试验直接反应阳性,间接反应强阳性,黄疸指数12单位,麝香草酚浊度试验2单位,硫酸锌浊度试验12单位,总蛋白6.5g,白蛋白3.5g,球蛋白3.0g,甲胎球蛋白阳性,尿胆红质阳性,X线普通及断层摄片均报告环椎左侧侧块溶骨性破坏,第1、2颈椎病理性脱位。临床诊断:原发性肝癌转移,环枢椎病理性脱位。后经颈部穿刺活检证实。

讨 论

1. 诊断问题:颈椎脱位有先天性、外伤性和病理性之分。先天性脱位无外伤史,常见于有颈部感染史的儿童;外伤性脱位一般为暴力所致;病理性脱位常见于结核和转移性骨肿瘤。结核发生于环

枢椎少见。颈椎X线侧位片可见到寒性脓肿阴影，气管向前方推移。转移性骨肿瘤如能找到原发肿瘤，则诊断较易。如患者以转移灶为首先症状，则容易误诊。本例在门诊注重当地医院X线报告，而忽略了病史和体检，只有轻微的外伤就诊为外伤性脱位，对此，应引以为戒。根据该例病史、体征和实验室检查完全符合原发性肝癌的临床诊断标准，而环枢椎脱位系转移性骨肿瘤所致。

2. 转移途径：原发性肝癌发展较快，极易侵犯门静脉和肝静脉，引起肝内播散致门静脉高压

症，病人往往在未发生远处转移前已危及生命，所以这类病人少见。其转移途径有血行、淋巴和种植三种。血行转移中最多见的是肺，其次是肾上腺、骨、肾、脑等。在骨转移中以胸腰椎多见，转移至颈椎特别是环枢椎者更少见，查阅国内文献未见报告。颈椎转移的途径可用脊椎静脉系统解释。脊椎静脉系统是位于硬膜和脊椎周围的无瓣的静脉丛，与上、下腔静脉有许多交通支直接联系，脊椎静脉系统内血流缓慢，可以停止甚至逆流，使癌细胞逆流到颈椎，本例的转移途径可能如此。

16例胰腺癌误诊的分析

河北医学院第二医院内科 杨福钧 刘润生

胰腺癌是临床上较为常见的一种消化系统恶性肿瘤，由于胰腺解剖学和组织学的特点，诊断较为困难。我院自1974年9月至1980年9月六年间经手术及病理证实的胰腺癌共18例，除2例外，其余均被误诊。为汲取教训，现从内科角度做一回顾性分析，以供临床借鉴。

本文所选择的病例均为经手术及病理证实的中、晚期胰腺癌，其中胰头癌2例，胰体癌5例，胰体、尾癌5例，全胰腺癌4例。全部病例均有不同程度的局部及远位淋巴结转移。另外还有2例肝转移，1例大网膜转移。此16例术前分别误诊为溃疡病（6例）、黄疸型肝炎（4例）、肝癌（3例）、胃癌（3例）。

一、误诊为黄疸型肝炎

女性，26岁。3个月以来自觉腹胀、腹泻、厌食、皮肤发黄及瘙痒，大便稀、色淡。肝功能检查谷-丙转氨酶56单位，黄疸指数50单位。在当地医院一直诊为“黄疸型肝炎”，经治疗2个月黄疸反而日益加深，消瘦明显，遂转来我院。查体：消瘦，巩膜及皮肤重度黄染，无肝掌及蜘蛛痣。心肺正常，腹平软，肝肋缘下5cm，质较硬，无明显触痛，右上腹可触及胀大之胆囊，约10×10cm大小，无触痛，腹水征阴性。实验室检查：血红蛋白8克，红细胞260万。肝功能：黄疸指数90单位，谷-丙转氨酶75单位，麝香草酚浊度5单位，硫酸锌浊度12单位。总胆红素11.5毫克%，一分钟胆红素7.4毫克%，碱性磷酸酶27布氏单位，尿胆红素阳性，尿胆原阴性。上消化道造影未见异常。经手术探查

病理证实为胰头癌。

此例误诊由于只片面地注意到年龄因素及厌食腹胀、黄疸等症状，而忽视了进行性消瘦、黄疸日益加深、胆囊胀大、碱性磷酸酶明显升高，并对肝功能试验变化轻微与临床表现很不相称未予重视，以致长期误诊。

二、误诊为溃疡病

男性，52岁。上腹疼痛2个月，饥饿时加重，反酸，有时疼痛涉及腰背部，夜眠时尤甚。病后食欲明显减退，体重减轻，在当地曾按“溃疡病”治疗，效果不明显，转来我院。查体：明显消瘦，营养欠佳，巩膜皮肤无黄染，心肺正常，腹平软，上腹部剑突下有轻度压痛，未扪及肿块，腹水征阴性，肝脾未触及。肝功能正常，碱性磷酸酶1.7布氏单位，大便潜血（++），上消化道造影未见异常。经手术探查，病理证实为胰体癌。

此例由于只重视上腹痛于饥饿时加重并有反酸等表现，而忽视了疼痛于夜眠仰卧时加重，食欲减退及二个月来体重减轻以及按溃疡病治疗无效等特点，以致造成误诊。

三、误诊为胃癌

男性，61岁。上腹胀痛、食欲减退3个月，既往有慢性胃病史十余年，经常有烧灼感、反酸，但胃纳一向尚好。病后在当地检查粪潜血（+++），并在上腹部可触及一肿物，诊为“胃癌”转来我院。查体：慢性消耗性面容，消瘦明显，锁骨上淋巴结不大，心肺无异常，腹软，肝脾未触及。剑突下深触