

# 七例误诊为贲门癌的病例分析

中国医学科学院日坛医院 外科

胃贲门癌是消化道常见恶性肿瘤之一，其治疗效果远不能令人满意，原因多系发现较晚，未能早期治疗之故。然而由于贲门区的解剖关系，较早期贲门癌的诊断有时确有一定困难，因而漏诊和误诊的病例时有发生。本文总结分析我院15年来误诊为贲门癌并行阴性开胸探查术的7例病人的临床资料，以期吸取有益的经验和教训。

## 临床资料

**一般统计：**自1961至1973年底，我院在临床诊断为贲门癌并行手术治疗的530例，有7例（占1.3%）术时未发现肿瘤而成阴性探查。这7例的年龄在31~45岁之间。病史特点是：（一）下咽困难：病期在5年以上及2年以上者各2例，1岁以下者3例。入院时能进半流食者4例，软食2例，普食1例。（二）疼痛：4例有上腹和心窝部疼痛。

**术前检查结果：**7例中，行食管镜检查者1例，未发现肿瘤。行食管脱落细胞学检查者4例，均阴性。7例X线检查的主要发现是贲门狭窄和通过受阻，食管有不同程度的扩张，2例有轻度粘膜改变，2例有可疑软组织阴影（图1）。

**手术情况：**7例手术均未摸到肿瘤，其中3例切开胃进行检查，有1例还做了粘膜活检和涂片，均未发现癌。6例于术中发现贲门区有不同程度的狭窄，做了食管贲门部粘膜外肌层切开术（Heller's术）。

**随诊结果：**本组未做肌层切开手术的1例，已生存7年多，情况良好。做过肌层切开手术的6例中1例失访，其余5例已生存2~5年以上，但有1例并发裂孔疝和反流性食管炎，4例症状明显好转，但仍有不同程度的残余症状，详见表1。这些病例在随诊期间均未发生贲门癌。

表1 本组7例的临床表现及治疗经过

病例	住院号	主要症状及体检	细胞学检查	食管镜检查	X线检查	手术情况	随诊情况
1	85432 男，43	下咽不顺3个月，有下咽疼痛，上腹疼，饱胀，呃逆食欲减退。吃半流食	拉网一次（-）	未	贲门狭窄，钡剂通过受阻，食管中度扩张	未见肿瘤。切开胃，贲门部粘膜涂片和活检冰冻切片均阴性	术后7年多，除稍有胃胀外，一切正常。一直参加劳动
2	172868 男，45	下咽发噎5年。近二年加重，有胃疼，呃逆。吃半流食	未	未	贲门狭窄，钡剂通过受阻，食管明显扩张。有一条粘膜纹理中断	未见肿瘤，切开胃探查无癌。因贲门区狭窄，食管扩张而作肌层切开手术	术后2.5年，有心窝部疼痛，呃逆、返酸、吐血。X线示：裂孔疝及反流性食管炎

病例	住院号	主要症状及体检	细胞学检查	食管镜检查	X线检查	手术情况	随诊情况
3	109532 男, 32	下咽发噎 5 年, 近二月加重, 上腹疼 10 年。 吃半流食	未	正常	贲门狭窄, 银 剂通过受阻, 食管明显扩张。 有一假性憩室	未见肿瘤。未 切开胃, 因贲 门区狭窄, 而 作肌层切开和 幽门成型术	术后 5 年多, 病 情好转, 但进食 仍需用水送, 恶 心, 反胃, 消瘦
4	103396 男, 42	下咽发噎 2.5 年, 饭后呃逆。 可吃软食	拉网三次 (-)	未	贲门狭窄, 银 剂通过受阻。 食管明显扩张。 有不典型的软 组织阴影	未见肿瘤。未 切开胃, 因贲 门区狭窄, 而 行肌层切开术	术后 4 年多, 进 食不甚通畅, 胃 疼, 透视: 贲门 通过受阻, 瘢挛, 食管扩张
5	172754 男, 31	下咽不顺 9 个 月, 可吃软食, 进食甚慢, 食 后吐, 心窝部 疼	拉网三次 (-)	未	贲门狭窄, 银 剂通过受阻。 小弯侧粘膜紊 乱, 有可疑软 组织阴影	未见肿瘤, 未 切开胃。因贲 门区肌层厚, 管腔窄, 而行 肌层切开术	术后 2.5 年多, 一般情况好, 进 食慢, 有时胃痛, 呃逆透视: 贲门 稍窄通过稍慢
6	173076 女, 44	下咽发噎 2 年 多, 时好时坏 可吃普食	拉网一次 (-)	未	贲门狭窄, 银 剂通过受阻。 食管中度扩张	未见肿瘤。未 切开胃, 因贲 门区狭窄, 而 行肌层切开术	术后 2 年多, 一 般情况良好。进 食有时噎, 胃疼
7	173307 男, 45	下咽困难 3 个 月。可吃半流 食	未	未	贲门狭窄, 银 剂通过受阻, 食管扩张	未见肿瘤。切 开胃探查无癌。 因贲门区狭窄 行肌层切开术	失访

## 讨 论

一、从表 1 及图 1 可以看出, 本组 7 例均有共同的临床表现, 主要是吞咽困难的症状和 X 线造影所显示的贲门部不同程度的狭窄和通过受阻。这些表现均不足以作为其他疾病如贲门痉挛或食管裂孔疝等的典型诊断根据, 因而, 术前从严考虑诊断为贲门癌是可以理解的。但手术证明并无贲门癌存在, 其误诊原因, 从回顾分析, 主要有下列几方面。

(一) 病期较长。全组 7 例中有 4 例病史在 2 年以上, 其中 2 例在 5 年以上, 远较一般贲门癌的平均病史为长。

(二) 吞咽困难的进行性不够明显。贲门癌这一症状常较食管癌病人为轻, 其出现的时间也较晚, 但一旦出现, 则常有较明显的进行性, 逐渐加重。而本组病例则缺乏这些表现。

(三) 缺乏肯定的粘膜破损或溃疡形成。也没有明显或典型的软组织阴影。贲门癌的软组织阴影在胃泡充气适度和按照角度合宜时可见有脐征或喇叭口(图 2、3), 显示为阴影中的相对透亮区, 这是典型的表现。本组虽

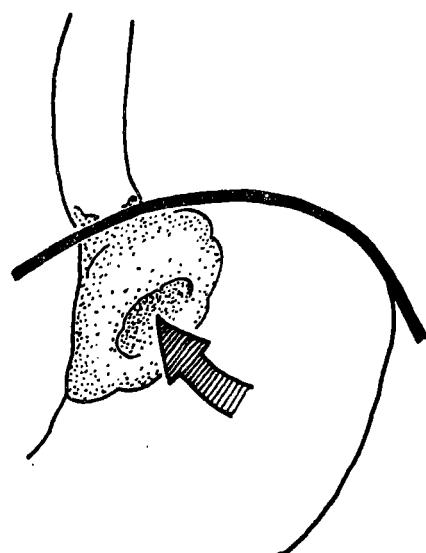


图 2 贲门癌软组织阴影的典型脐征或喇  
叭口(箭头所指)示意

有 2 例有可疑的软组织阴影，但均无典型表现。

病期的长短和吞咽困难的轻重及其进展的快慢是相对的，可供贲门癌诊断和鉴别诊断的参考。而明确的粘膜破损和典型的软组织阴影则是可靠的诊断依据。具备这两项 X 线征象，贲门癌的诊断可以无误。因而设法从 X 线检查中显示这些征象，是避免误诊的重要步骤。

二、上述 X 线征象虽是贲门癌的可靠诊断依据，但却不是它的早期征象。因此，如何准确诊断较早期贲门癌而避免漏诊或误诊确有十分重要的临床意义。

早期贲门癌多无症状或症状较轻，病人很少主动就诊，有时只在食管脱落细胞学普查（拉网）时被发现。但也有少数早期贲门癌病人表现上腹部或剑突下疼痛或灼烧感，特别在吃硬食时加重。有的表现下咽不顺，或有嗳气，反酸，食欲减退等。这些症状，常常时有时无，时轻时重。这些病人就诊时有时被轻易当作“胃病”、“胃溃疡”、“消化不良”等等而延误诊断。

实践证明，脱落细胞学（食管拉网）检查是早期食管和贲门癌的比较有效和相当准确的诊断方法。在 X 线尚无表现以前，细胞学检查往往可以发现癌细胞，从而提示有食管或贲门癌的可能，用不同深度进行食管分段拉网细胞学检查，可以进一步了解病变的部位，有助于早期贲门癌的诊断。光导纤维食管镜可以直接观察病变，也可进行活检和细胞学涂片检查，由于它视野角度比直管式食管镜为宽，阳性诊断率较高。因此是贲门癌的重要诊断工具之一。

在 X 线检查方面，早期贲门癌的特点是粘膜改变和不同程度的贲门痉挛现象。由于癌组织的增长和浸润，可使粘膜纹理增粗，紊乱、断裂、破坏或消失。癌组织有小溃疡时，也可有龛影表现。贲门痉挛常出现于早期贲门癌病例<sup>[1]</sup>，有人认为这是贲门癌的始发症状<sup>[2]</sup>，是食管壁神经丛被癌细胞浸润破坏而产生的现象<sup>[3]</sup>。这种贲门痉挛是间发性的，在吞钡检查时也可能消失。

上述拉网细胞学检查，X 线检查以及食管镜检查的综合利用常常可以对早期贲门癌做出正确的诊断。在诊断不能明确的时候，应该在短期内复查，以便进一步确定或否定诊断。

三、对于有下咽困难而 X 线显示有贲门狭窄的病例，用上述各种检查方法不能确定或否定贲门癌的诊断时，应该如何处理，是值得认真商榷的问题。对这类病例，我们曾有经过较长期甚至十余年的观察仍无癌的证据。但也有经数月或年余后，出现明显的或晚期贲门癌表现的病例，这些正反的经验都是值得吸取的。

在本组 7 例的时期内，有更多的类似病例经手术探查而证实为贲门癌，从而获得及时的处理。因而对于可疑贲门癌但不能明确诊断的病例，我们认为应当采取较为积极的态度。即在身体及其他条件许可下，进行开胸探查，而不采取长期观察的态度<sup>[4]</sup>。开胸探查时，如病变不显，应切开胃检查，必要时做粘膜涂片细胞学检查或活检冰冻切片检查以求明确诊断。如未发现肿瘤，应进一步确定有无裂孔疝或贲门痉挛。根据本组治疗经验，在无明确贲门痉挛表现时，不宜做食管贲门粘膜外肌层切开手术（Heller's）。只在有明确的贲门痉挛存在时，才作强力扩张术或 Heller's 手术。在此同时，应该采取防止术后发生裂孔疝的措施。

## 小 结

本文报告 7 例术前误诊为贲门癌而行阴性开胸探查的临床资料及误诊原因，并对早期贲门癌的诊断依据，以及对于既不能肯定也不能否定贲门癌病例的处理问题等进行了讨论。

### 参 考 资 料

1. 河南省肿瘤防治研究队等 内部资料。
2. Asherson, N.: Brit. J. Tuberc. 47:39, 1952.
3. Seaman, W. B. et al: Amer. J. Roentgenol. 90(2):778, 1963.
4. 吴英恺、黄国俊：“食管癌和贲门癌” 1965。

### 附图说明（见 94 页）

图 1 本组中 6 例的食管贲门造影

(1)例 1, 贲门通过受阻, 明显狭窄, 食管中度扩张, 有可疑软组织阴影。 (2)例 2, 贲门狭窄, 通过受阻。食管明显扩张, 有一条粘膜纹理中断。(3)例 3, 贲门狭窄, 通过受阻。食管明显扩张并有假性憩室形成。(4)例 4, 贲门狭窄, 通过受阻。食管明显扩张, 有不典型软组织阴影。(5)例 5, 贲门狭窄, 通过受阻。小弯侧粘膜紊乱, 有可疑软组织阴影。(6)例 6, 贲门狭窄, 通过受阻。食管中度扩张。

图 3 贲门癌 X 线造影片显示有脐征或喇叭口的典型软组织阴影。

# 食管平滑肌瘤的诊断和治疗

## 附外科治疗 20 例报告

中国医学科学院日坛医院 外科

食管良性肿瘤中, 以平滑肌瘤最为多见。因其症状轻, 病程长, 往往因其他疾病作检查时而发现, 有时则是尸检时偶然发现, 有些则因瘤体较大而有较明显的症状才为患者重视, 如临床及放射诊断医师对本病有足够的认识, 则可望获得及时正确的诊断和满意的治疗。本文总结我院自 1962~1973 年底经手术治疗及病理证实为食管平滑肌瘤共 20 例的临床资料, 并着重在诊断和治疗方面进行讨论。食管癌根治术中偶然发现的小平滑肌瘤未包括在内。

### 临 床 资 料

本组食管平滑肌瘤 20 例中(表 1), 男性 14 例, 女性 6 例。年龄最小者 29 岁, 最大者 59 岁, 40 岁以下者 11 例, 占全组病例的 55%。症状方面有程度不同的吞咽困难者 11 例(包括常规钡餐检查发现后, 回顾偶觉吞咽障碍者 2 例), 占全组病例的 55%。其中病程最短者二月余, 最长者十五年。个别较重者于进餐时需用汤水送下, 但进院时均能进普食。有胸骨后或上腹部钝痛者 3 例。有与吞咽无关的其他症状者(如咳嗽、心

## 七例误诊为胃贲门癌的病例分析

图 1

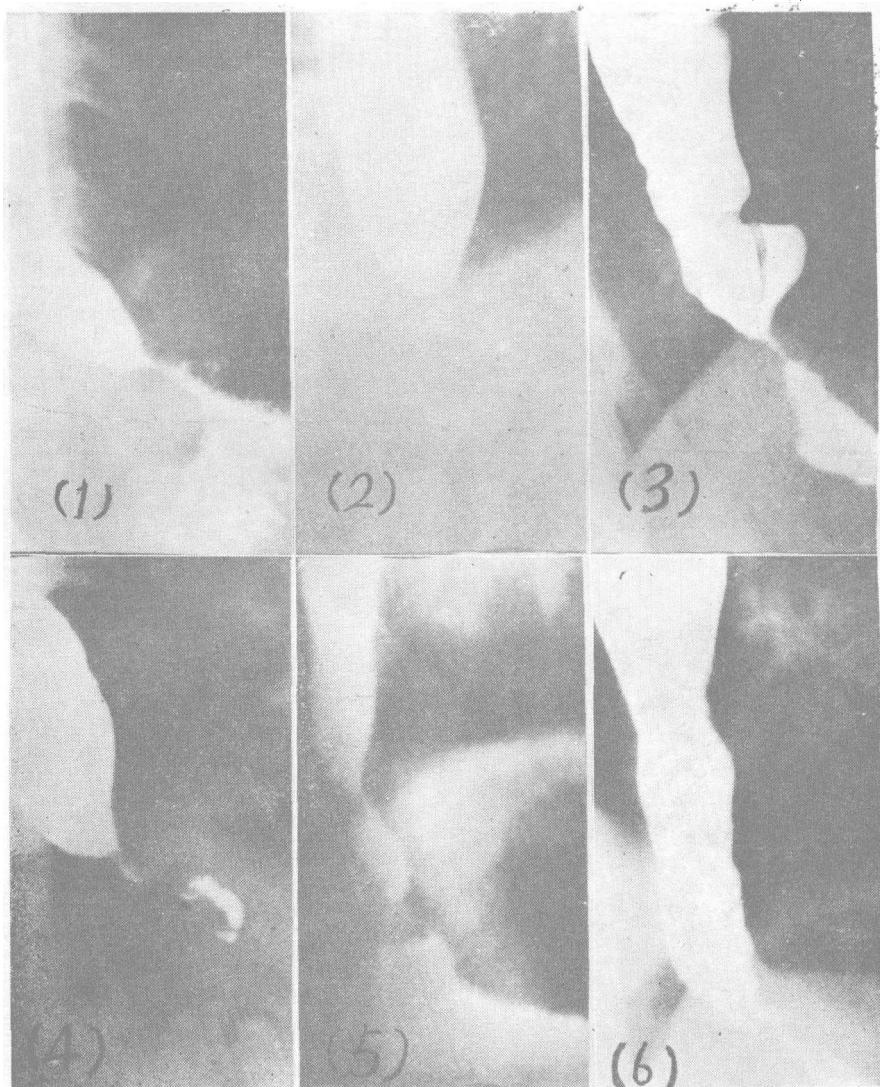


图 3

