

## 食管下端肿瘤细针穿刺细胞学检查

朱 琪

王 琨

近年来腹部病变经皮细针活检已成为许多疾病的常规诊断程序。影像导向手段的进步已能把活检针送入非常小的靶区。近来我们在 X 线引导下,运用细针抽吸技术对累及腹段食管的肿瘤进行了细胞学检查,其中部分病例内窥镜活检阴性。现予以报道。

### 病人及方法

9 例病人 (男 6 例,女 3 例,年龄 41~68 岁)。临床均有吞咽困难或胸骨后疼痛病史,时间长者年余,短者仅数天。X 线检查提示为食管下端恶性病变。其中 5 例内窥镜钳取病理检查阴性,3 例因体弱而未能作内窥镜检查,1 例拒绝内窥镜检查。我们采用 X 线导向细针穿刺活检作出诊断,具体方法如下。

病人空腹,先透视胃内气体情况,如气体太少则应口服产气剂,使胃内产生中少量气体为宜。口服 200% W/V 钡剂 30~50ml,卧位翻动数次,使胃呈气钡双对比态,这样有利于显示贲门部肿块。病人取坐位<sup>[1]</sup>,皮肤消毒,局部麻醉。用上海产千叶针,外径 0.7mm,长 150mm。取剑突下进针,针尖略向左向上倾斜,经皮肤、肝左叶向肿瘤穿刺,针尖达肝包膜时应屏气,快速刺入数厘米后可平静呼吸。再正侧位透视,直到刺入病变部位为止。此时食管内应有少量钡剂存留,以引导进针。针尖确定在病变内(最好距管腔 0.5~1cm)。即接 20ml 注射器,抽拉成持续负压,提插旋转数次,在轻微负压下拔针。涂片 4~5 张,以固定液固定、送检。

### 结 果

8 例找到恶性细胞,1 例阴性 (该例手术病理证实为腺癌,溃疡形成)。阳性率为 88.8%。

细胞学检查阴性可能是由于肿瘤坏死和溃疡、取材不当所致。9 例病人穿刺后除轻微、短暂上腹部疼痛外,未见其他并发症。

### 讨 论

食管癌最终确诊需要组织学或细胞学。内窥镜虽可取得组织,但仍有不足之处,局部狭窄性病变,浸润型肿瘤,表面坏死以及粘膜下肿瘤的假阴性百分比非常高<sup>[2]</sup>。本组结果说明在影像技术引导下施行细针穿刺细胞学检查对腹段食管病变是一种安全有效的诊断方法。我们认为穿刺时针尖距食管腔 (钡剂所占部位) 0.5~1cm 较妥。因为本组病人都经食管钡透。病变肯定,这样,理论上讲距管腔愈近阳性率愈高。但过于靠近表面,恐有组织坏死,反有假阴性可能。本组一例假阴性可能与此有关。穿刺时还应避开主动脉,因此,当主动脉扩张或左下肺病变而使降主动脉轮廓不清时,一般不作该项检查。癌肿针道种植是十分罕见的并发症,鉴于食管癌的自然病程,这种危险可能性极小。我们认为当钡剂检查疑有腹段食管癌时,细针抽吸细胞学检查可能作为内窥镜的替代方法。在病人不愿意接受内窥镜检查以及内窥镜检查阴性时,更应考虑应用该项技术。

### 参考文献

1. 朱琪,沈林祥,何炳轩,等. 利用旋转座椅施行经皮肺穿术. 介入放射学杂志,1994,3:17.
2. Green J, Katz S, Phillips G, et al. Percutaneous sonographic needle aspiration biopsy of endoscopically negative gastric carcinoma. Amer J Gastroenterology, 1988, 83: 1150.
3. Smith EH. Complication of percutaneous abdominal fine needle biopsy. Radiology, 1991, 178: 253.

作者单位:223900 江苏省泗洪县人民医院放射科