

共病致大肠癌漏诊情况分析55例

刘剑君, 詹俊, 赖林, 刘建平

刘剑君, 湖南省新化县人民医院内科, 湖南省新化县 417600
詹俊, 赖林, 刘建平, 中山大学附属第二医院消化内科, 广东省广州市 510120
通讯作者: 詹俊, 510120, 广东省广州市沿江西路107号, 中山大学附属第二医院消化内科, championliu@tom.com.
电话: 020-81332598 传真: 020-81332244
收稿日期: 2006-01-20 接受日期: 2006-02-09

摘要

目的: 总结共病状态下大肠癌漏诊的具体原因。

方法: 回顾性分析55例漏诊大肠癌的临床资料, 对率的比较采用卡方检验。

结果: 被漏诊的疾病中, 大肠癌合并痔疮18例, 合并消化性溃疡10例, 合并结直肠息肉7例, 合并急性阑尾炎5例, 合并缺铁性贫血5例, 合并慢性胆囊炎4例, 合并溃疡性结肠炎3例, 合并慢性盆腔炎2例, 合并阑尾周围脓肿1例。

结论: 不少临床医师拘泥于“一因论”的思维模式而忽视了共病的存在, 这是导致共病状态下大肠癌漏诊的主要原因。

关键词: 共病; 大肠癌; 误诊

刘剑君, 詹俊, 赖林, 刘建平. 共病致大肠癌漏诊情况分析55例. 世界华人消化杂志 2006;14(10):1019-1021
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/1019.asp>

0 引言

大肠癌属于误漏诊率较高的疾病, 文献报道其误漏诊率在30.2%-52.4%^[1-3], 关于误漏诊原因分析的临床报道已很多, 但对因为共病(comorbidity)存在而导致大肠癌漏诊这一因素重视不够, 事实上, 与患者主要症状相关的某些伴随疾病的先行确诊常使大肠癌这个重要疾病被掩盖或忽视, 随后针对伴随疾病的治疗更加延误了大肠癌的早期诊治, 故此类误诊虽只属于漏误诊断而非完全诊断错误^[4], 但更应引起临床医生的重视。

1 材料和方法

1.1 材料 选取2000-08/2004-08本院肠镜室电子

结肠镜检查出的临床资料较齐全的原发性大肠癌576例(均有术后病理或活检病理结果, 其中结肠癌324例, 直肠癌231例, 多原发癌21例), 男306例, 女270例。青年组(<40岁)61例, 中年组(40岁≤年龄<60岁)189例, 老年组(≥60岁)326例。

1.2 方法 漏诊标准包括^[4-6]: 在根据相关症状确诊了伴随疾病后, 有下列情况之一者: (1)第1个伴随疾病确诊后超过1 mo; (2)超过3次门诊就诊仍未诊断大肠癌者; (3)针对相关症状, 经过1次住院检查治疗, 出院时仍未诊断大肠癌者; (4)经1项特殊检查(结肠镜或X线钡剂灌肠造影)仍未发现病变者。

统计学处理 运用数理统计方法对各种漏诊的具体情况分别进行归纳、统计和分析, 对两个率的比较采用四格表卡方检验, 对多个率的比较采用R×C表卡方检验。全部统计资料在SPSS11.5统计软件上进行。

2 结果

576例原发性大肠癌中临床共误漏诊大肠癌213例(结肠癌124例, 直肠癌89例), 其中因共病导致漏诊55例(结肠癌31例, 直肠癌24例), 占本组全部误漏诊病例的25.9%(55/213)。55例中男32例, 漏诊率10.46%(32/306), 女23例, 漏诊率8.52%(23/270), 经四格表卡方检验, 二组之间的漏诊率无显著性差异。其中青年组漏诊率13.1%(8/61), 中年组漏诊率7.9%(15/189), 老年组漏诊率9.8%(32/326), 经R×C表卡方检验, 三组之间的漏诊率无显著性差异。共病状态下结肠癌漏诊率9.57%(31/324), 直肠癌漏诊率10.4%(24/231), 经四格表卡方检验, 二组之间的漏诊率无显著性差异(表1)。

被漏诊的疾病中, 大肠癌合并痔疮者18例, 合并消化性溃疡10例, 合并结直肠息肉7例, 合并急性阑尾炎5例, 合并缺铁性贫血5例, 合并慢性胆囊炎4例, 合并溃疡性结肠炎3例, 合并慢性盆腔炎2例, 合并阑尾周围脓肿1例。

临床上主要表现为右腹痛或包块者12例, 表现为剑突下规律性疼痛者9例, 解黑便或潜血试

■背景资料

消化内镜技术在近20 a有飞跃式的进展, 放大电子肠镜的出现和染色内镜技术的应用使得大肠癌的早期发现率大为提高。然而, 临床上大肠癌的误诊率仍居高不下, 主要原因仍归结于医师的主观失误, 其中对“共病”的忽视, 常使次要的某些相关疾病倒得到了明确诊断, 但是大肠癌却被遗漏了。

■创新盘点

在众多关于大肠癌误漏诊原因分析的文献中, 均对因为共病存在而导致大肠癌漏诊这一因素重视不够。本文特别提到, 因共病而漏诊的病例约占全部误漏诊大肠癌病例的1/4-1/3, 进一步指出了拘泥于“一因论”的思维模式, 忽视了共病的存在, 是导致共病状态下大肠癌漏诊的主要原因。

■应用要点

因为次要疾病的先行确诊常使大肠癌这个重要疾病被遗漏,而针对次要疾病的治疗更加延误了大肠癌的诊治,其带来的后果是严重的。本文呼吁临床医生重视共病存在,并抓住主要病因,从而减少大肠癌的误诊。

表 1 共病状态下大肠癌漏诊率的比较

		漏诊	未漏诊	合计	漏诊率	P值
		n	n	n	%	
性别	男	32	274	306	10.46	0.429 ($\chi^2 = 0.624$)
	女	23	247	270	8.52	
年龄	青年	8	53	61	13.11	0.474 ($\chi^2 = 1.494$)
	中年	15	174	189	7.94	
	老年	32	294	326	9.82	
部位	结肠	31	293	324	9.57	0.749 ($\chi^2 = 0.102$)
	直肠	24	207	231	10.39	

验阳性者23例,仅大便性状改变者(便秘或腹泻或二者交替)8例,首发贫血者3例。外院漏诊36例,占65.5%;本院漏诊19例,占34.5%。漏诊时间1-6 mo 31例,7-12 mo 14例,1-2 a 8例,2 a以上2例。

3 讨论

3.1 共病对大肠癌的影响 共病的概念来源于美国耶鲁大学Feinstein^[7]的《慢性疾病中的共病在治疗前的分类》的研究报告,是指某个个体在一段特定的时间内(或终生)同时存在多于一种疾病的情况。众所周知,某些共病存在可改变大肠癌生物学特性及预后,如2型糖尿病可导致大肠癌发病率上升^[8],某些共病如充血性心衰、消化性溃疡、糖尿病等可引起大肠癌分布于大肠近端的概率上升,且近端较远端大肠癌Dukes分期更高,预后更差^[9-10]。而与消化道症状相关的共病如痔疮、消化性溃疡、缺铁性贫血、急性阑尾炎、大肠息肉、胆囊炎、慢性盆腔炎等的存在则容易让主诊医生只对其中某一种疾病作出诊断并治疗,而遗漏了同时存在的大肠癌。文献报道^[2]因共病而漏诊的病例占全部误漏诊大肠癌病例的32.8%(42/128),本组25.9%(55/213)的结果与其较为相近。本研究结果进一步显示:共病状态下大肠癌漏诊率与患者性别、年龄和肿瘤部位无关。

3.2 共病状态下大肠癌漏诊的具体原因

3.2.1 把无痛性新鲜便血当作痔疮的特征性表现 尤其是对那些被肛肠科医师诊断为痔疮的患者,主诊医师更容易因为满足于痔疮的诊断而忽略结肠疾病。文献^[11]报道合并痔疮使大肠癌的漏诊率达26.7%,本研究中漏诊率达32.7%,居共病中的首位。然而,粪便带新鲜血不仅是痔疮的主要症状,也是直肠息肉的主要临床表现,亦为大肠癌的症状之一。故对于便血患者而言,如同时有低热、消瘦、贫血等全身症状,或年龄超

过50岁,应考虑结肠肿瘤。

3.2.2 对黑便或粪便潜血试验阳性者单纯考虑上消化道疾病 以大肠癌合并消化性溃疡者为例,漏诊的10例患者中,青年组2例,中年组1例,老年组7例。均以上腹痛为主要临床表现,粪便潜血试验阳性,胃镜证实消化性溃疡,遂予常规制酸护胃治疗,然而4-6 wk后腹痛症状无好转,粪便潜血试验持续阳性,最后行结肠镜检查确诊大肠癌。这10例患者不仅漏诊,而且重复误诊,6例曾误诊慢性胃肠炎,3例误诊为痔疮,1例误诊为慢性盆腔炎。我院曾报道^[6]因合并消化性溃疡漏诊8例右半结肠癌,占全部误漏诊右半结肠癌的8.4%(8/95),本组资料显示因此类共病所致的漏诊占全部误漏诊大肠癌的4.7%(10/213)。文献统计247例老年便血患者,发现大肠癌为最常见病因,占52.2%(129/247)^[12],故对有此报警症状者不能忽略大肠癌的可能。

3.2.3 对青年人结肠癌认识不足 我国大肠癌发病年龄较欧美国家提前近10 a,且青年人结肠癌临床表现不典型,恶性程度高,手术切除率低,预后差^[13-14]。其误漏诊率有文献报道高达80.8%(42/52)^[15]。如果片面认为中老年人易患大肠癌,自然容易漏诊。

3.2.4 将急性阑尾炎作为一个单纯的急症来处理 部分急诊手术医师忽略了回盲部肿瘤因生长压迫或继发感染而导致阑尾炎的情况,满足于术中探查证实的阑尾炎性改变,忽略了患者急性阑尾炎发作前的病史,术中未进一步探查回盲部及升结肠。本研究中5例患者都是阑尾切除术后肠道症状不缓解而行腹部CT或肠镜检查而发现的。

3.2.5 部分消化专科医生未强调全结肠镜检查 本研究中有7例合并结肠息肉、3例合并溃疡性结肠炎的患者,均为外院行结肠镜检时满足于已发现的病变而未达到回盲部者,结果忽略同时存在于右半结肠的病变。

3.2.6 非消化专科医师对缺铁性贫血的病因认识不足 其中1例女性患者,初期考虑缺铁性贫血病因为月经过多所致,在妇产科门诊排除了子宫肌瘤等妇科疾病,按缺铁性贫血治疗。然而患者贫血症状逐渐加重,后就诊于血液科,发现肝脏多发性占位,转至肝胆外科,再申请电子肠镜检查方发现回盲部癌。

3.2.7 将右上腹痛症状单纯归结于已确诊的肝胆疾患 其中4例有明确慢性胆囊炎、胆囊结石病史,但患者近期腹痛症状有别于既往典型胆绞痛

■名词解释

一因论:“一因论”与“偶因论”和“多因论”组成“原因论”的三个理论,一因论包括差别原因论、连续原因论、最终原因论三个子项目。由于语言和理性本身的要求,一因论往往是一个健全理论的着眼点,不能将其简单解为“唯一原因论”。

表现, 主诊医师忽略新的症状, 未及时申请粪便潜血试验和肠镜检查, 直至消瘦和低热等全身症状出现后才行肠镜检查确诊。

3.3 减少大肠癌漏诊的注意事项

3.3.1 不能满足于基本疾病的明确, 还要警惕潜在的危重疾病 事实上, 任何检查方法都有可能造成大肠癌的漏诊, 不能仅凭一次检查结果阴性而否定大肠癌的诊断。比如强调直肠指诊的同时不能单纯依赖直肠指诊, 对可疑病例应多次复查大便潜血, 查癌胚抗原并申请全结肠镜检查。

3.3.2 建立循证医学的科学思维模式, 避免因经验性思维、片面性思维、静止性思维、反逻辑性思维带来的诊断思维偏差 因共病导致的漏诊, 相当部分是因为在疾病的诊断思维模式上, 不少医师拘泥于“一因论”的思维模式而忽视了共病的可能, 对共病的认识不足导致有时诊断出来的仅仅是居次要地位的疾病, 而占主导地位的疾病却被遗漏。

3.3.3 应推广在自然人群中筛查大肠癌的序贯粪潜血试验 每年1次的筛查可明显降低大肠癌的漏诊率, 减少发病率, 提高大肠癌患者的长期存活率^[16-18], 对50岁以上人群更是必要和有益的^[19-20]。此外, 对50岁以上人群有不能满意解释的消化道报警症状患者应强调全结肠镜检查。

4 参考文献

- 1 王世和, 梁海清, 祝莹. 大肠癌误诊155例分析. 中华全科医师杂志 2004; 3: 388-389
- 2 单礼成, 孙力勇, 陈中, 陈伟. 大肠癌128例漏误诊原因分析. 中国实用外科杂志 2002; 22: 173
- 3 刘恩芹. 大肠癌40例误诊分析. 新医学 2004; 35: 624-625
- 4 刘振华, 陈晓红. 误诊学. 第1版. 山东: 山东科学技术出版社, 1993: 6-12
- 5 张亚力, 张振书, 杨希山. 大肠癌的基础与临床. 第1版. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1999: 151-157
- 6 陈为宪, 钟英强. 右半结肠癌95例误诊与漏诊分析. 新医学 2003; 34: 77-79
- 7 Feinstein AR. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J chronic Dis* 1970; 23:

- 455-468
- 8 Hu FB, Manson JE, Liu S, Hunter D, Colditz GA, Michels KB, Speizer FE, Giovannucci E. Prospective study of adult onset diabetes mellitus (type 2) and risk of colorectal cancer in women. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 542-547
- 9 Gonzalez EC, Roetzheim RG, Ferrante JM, Campbell R. Predictors of proximal vs. distal colorectal cancers. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 251-258
- 10 Takada H, Ohsawa T, Iwamoto S, Yoshida R, Nakano M, Imada S, Yoshioka K, Okuno M, Masuya Y, Hasegawa K, Kamano N, Hioki K, Muto T, Koyama Y. Changing site distribution of colorectal cancer in Japan. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1249-1254
- 11 刘树佳, 王彤, 陈祥洪. 大肠癌误诊与漏诊120例临床分析. 大肠肛门病外科杂志 2003; 9: 158-160
- 12 陈安海, 王红, 赵逵, 熊弦, 刘同英. 老年便血患者247例内镜检查结果分析. 中华老年医学杂志 2003; 22: 313
- 13 谢正勇, 卿三华. 国人青年结直肠癌解剖部位分布及临床病理特点. 世界华人消化杂志 2003; 11: 1511-1514
- 14 Qing SH, Rao KY, Jiang HY, Wexner SD. Racial differences in the anatomical distribution of colorectal cancer: a study of differences between American and Chinese patients. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 721-725
- 15 陈安海, 李劲鸿, 赵逵, 赵廷智, 闫鸿. 青年人大肠癌临床分析. 中华消化杂志 2003; 23: 434
- 16 李世荣, 田素丽, 武子涛. 序贯粪隐血试验在自然人群连续性大肠癌普查中的应用. 世界华人消化杂志 2004; 12: 137-139
- 17 Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50: 29-32
- 18 Niv Y, Lev-El M, Fraser G, Abuksis G, Tamir A. Protective effect of faecal occult blood test screening for colorectal cancer: worse prognosis for screening refusers. *Gut* 2002; 50: 33-37
- 19 Levin B, Smith RA, Feldman GE, Colditz GA, Fletcher RH, Nadel M, Rothenberger DA, Schroy PS 3rd, Vernon SW, Wender R. Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps: a framework for action: the strategic plan of the National Colorectal Cancer Roundtable. *Cancer* 2002; 95: 1618-1628
- 20 Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Woolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544-560

同行评价

大肠癌的误诊、漏诊是一临床常见问题, 应引起关注。本文分析了该院576例原发性大肠癌中临床共误漏诊大肠癌213例, 其中因共病导致漏诊55例, 对临床治疗有一定指导意义。

电编 李琪 编辑 张海宁