

鼻咽癌误诊的教训及体会

季维国

(泰州高港人民医院, 泰兴, 225321)

鼻咽癌为我国常见恶性肿瘤之一, 在耳鼻咽喉科肿瘤发病率中占第一位。多见于我国华南地区, 目前在我们非高发地区本病亦有增多趋势。由于其源发部位深而隐蔽, 原发灶很小, 早期局部症状不明显, 临床表现各异极易造成误诊或漏诊, 本文就我科近二十年来在临床遇见误诊 1~6 个月之久的鼻咽癌 9 例作一分析。

1 临床资料

9 例中, 男性 6 例, 女性 3 例。年龄 21~58 岁。误诊时间 1~6 个月。误诊病种有: 咽异物感, 右颈淋巴结炎, 神经性头痛, 慢性鼻炎, 渗出性中耳炎等。

例 1, 男 58 岁, 患者于 1980 年 5 月出现咽部异物不适感, 进食如常, 在外院治疗多次, 症状未见好转, 1980 年 8 月曾来科求治, 经间接喉镜及食道钡餐检查, 未发现异常病变, 检查鼻咽部见右侧顶部粘膜明显隆起, 表面较粗糙, 未见破溃, 给予局部活检, 病理报告确诊为鼻咽鳞状细胞癌Ⅲ级。

例 2, 女性, 46 岁, 某工厂工人。发现右颈上深部肿块 4~5 天微痛, 口腔科诊断为右颈部淋巴结炎, 在抗炎治疗的同时, 曾去某地作民间拨罐治疗。经过月余治疗无效而来我科就诊检查: T 37℃, BP 18/12kPa, 心肺正常, 脾不肿大, 右颈上深部扪及肿块约 1.5cm×1.5cm 大小, 质硬不活动, 右耳鼓膜内陷, 右鼻咽顶部菜花状新生物活检确诊为未分化癌, 经放疗存活已 8 年。

例 3, 男 42 岁, 建筑工人。因头痛进行性加重, 经 6 个月的治疗, 未见缓解, 最后到我院求治, 患者诉头痛, 回吸涕中带血, 左耳鸣。耳聋, 检查见左颈部肿块, 鼻咽部见乳头状新生物生长, 左鼓室积液, 经鼻咽活检为鳞癌, 放疗 1 个月后死亡。

例 4, 女 21 岁。患者右耳闭塞。听力下降,

先后在耳科多次就诊, 因患者咽反射敏感, 鼻咽部活检欠合作, 病理报告未找到癌细胞。以“渗出性中耳炎”对症治疗, 误诊达五个月直至发现右颈部肿块, 再次就诊检查右颈上深部可扪及鸽蛋大小肿块经鼻咽镜检查发现鼻咽部广泛乳头状新生物生长, 再次鼻咽活检确诊为未分化癌, 经某医院放疗目前无明显肿瘤四大特征, 定期复查随访。

2 讨论

临床比较典型的鼻咽癌, 能引起我们的重视, 往往不易误诊, 但有些患者其临床症状不典型, 且其表现又是多样的, 特别是继发症状转为主要症状时, 易忽视原发症状, 而致误诊。

1、造成误诊的主要原因分析

(1) 以少见的初发症状替代临床症状而延误诊断。由于鼻咽癌病理及生物学特性和发生部位的差异, 其对周围器官组织侵及方式、方向和范围不同引起的症状就可以不同典型。临床上咽部异物感在耳鼻咽喉科门诊是最常见的症状, 往往不引起医务人员的重视, 一般只检查口咽, 喉咽部, 给予食道钡透, 如无异常发现, 则给予维生素 B1、谷维素、含片等精神安慰剂治疗, 想不到鼻咽癌可能, 也不作鼻咽部检查。本文例 1 病人的咽部异物感作为鼻咽癌唯一的初发症状则在临床确实为少见, 是长期延误诊断的最主要的症状之一。

化脓性中耳炎耳鼻咽喉科门诊也较多见, 临床以耳流脓症状来就诊者诊断为化脓性中耳炎是常事, 往往也不易被医务人员重视, 也忽视了鼻咽部的检查, 但卡他性中耳炎时, 则容易考虑到咽鼓管功能障碍的阻塞原因而常规鼻咽部检查, 一旦卡他性中耳炎转变为化脓性中耳炎时, 则往往忽视了鼻咽部的检查, 引起卡他性中耳炎的原因则是鼻咽癌, 对于慢性化脓性中耳炎, 卡他性中耳炎与鼻咽癌的相互关系缺乏深刻的认识, 是造

成误诊的根本原因。

耳鸣也为耳鼻喉科常见症状，虽然此类患者也有程度不等听力障碍，但患者也未感不便，常因为耳鸣的苦恼而就诊，因此临床医生也忽视检查鼻咽部。鼻咽癌患者早期单独以耳鸣出现临床上也极为少见。

(2) 症状不典型或继发症状转为主要症状时延误诊断。典型的常见初发症状如颈部肿块，晨间吸鼻涕带血，听力障碍，头痛等常能引起重视，很小发生长期延处误诊断。但有些不典型的常见症状如偶而发生的血性鼻涕、头痛、鼻塞、耳内闷胀感被误诊为感冒、鼻炎、中耳炎、神经痛等。又如反复鼻衄患者往往只注重排除血液系统疾病和鼻腔疾病，而忽视了鼻咽部检查，如已发生颅底转移引起多发性的神经损害时，易误认为是脑干病变或颅内肿瘤而就诊于神经内科，引起肺转移咯血易误诊为肺癌等。

(3) 鼻咽部反射敏感，检查欠合作是延误鼻咽癌早期诊断的重要原因。鼻咽部位于鼻腔之后，软腭之上，其位置隐蔽。用鼻咽镜检查该部位，其观察的可信度受到限制。在临床工作中，尤其遇到不典型早期鼻咽癌症状就诊的患者，加之部分患者因过分紧张，有的又因为咽反射过于敏感，尽管多次喷用 2% 地卡因仍不能看清鼻咽部似有可疑病变，一但置入活检钳却又看不准可疑部位。如此反复，更增加患者的紧张和恐惧，

最后草草取组织送检，其阳性率自然不高，虽然高分辨率的影像系检测仪如螺旋 CT、MRI 等不断问世，因其不能获得让临床医生接受的定性报告，亦无法让患者接受治疗，如例 1 让患者失去早期诊断治疗机会。

2 避免误诊、漏诊、争取早期诊断

(1) 首先要加强对鼻咽癌知识的广泛宣传，提高广大公众和医务人员对本病的认识重视，促使病人及时早期来院检查，以达到早发现和早治疗。

(2) 对门诊初诊患者应将鼻咽部的检查列为常规，对恶心敏感者应在表面麻醉下进行。检查时要细心，耐心直至弄清问题为止，注意鼻咽癌的好发部位。除注意容易发溃疡型外，还应特别注意粘膜下型的肿瘤表现，即鼻咽顶部左右是否对称，咽隐窝是否饱满等。对可疑患者则要追踪观察，必要时进行活检，阴性者而临床可疑的病例，应再次甚至多次活检，绝不能仅作一二次病理检查而轻易下结论。另外临床各科室都应提高对鼻咽癌的警惕性，特别是耳鼻喉科医生在会诊中一定要详细检查鼻咽部，凡是耳鼻喉科的各种手术，术前都应查清鼻咽部都有无病变，以防造成不应有的误诊，要牢记鼻咽癌早期的主要症状和可能出现的各种临床表现，防止漏诊。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1998-04-13)

(上接 534 页)

者存活 4 个月。③肿瘤切除及卫星灶无水酒精瘤内注射，术后肝动脉插管栓塞化疗。肿瘤不大，已有卫星转移灶而肝硬化不严重，全身情况尚能耐受手术者，行破裂肿瘤切除，术中无水酒精瘤内注射卫星灶，术后行肝动脉插管化疗，免疫及中药等综合治疗可以延长患者生命。本组 4 例用此方法中位生存期 8 个月。④肿瘤切除及皮下埋植药泵经肝动脉和静脉双插管灌注栓塞化疗。近年来，不少学者经现肝癌具有肝动脉和门静脉双重血供的特点，肿瘤中心由动脉供血，周围由门静脉供血，两者之间存在广泛交通和吻合，当肝动脉结扎或栓塞后，静脉对肿瘤的营养作用变得更为重要。许多报道证实肝动脉栓塞对门静脉癌栓和肝内小转移灶无效，提出肝动脉，门静脉双

途径治疗肝癌^[3]。本组 3 例在切除肿瘤的同时对肝内有转移灶者行术中皮下埋植药泵经肝动脉和门静脉双插管术，待患者病情稳定后行双灌注栓塞化疗，每月注射 1 次，共计 2~3 次，在第 2 个疗程后行 CT 复查，肝内转移灶缩小 50% 2 例，缩小不足 25% 2 例，1 例门静脉癌栓 B 超复查癌栓消失。

参考文献

- 1 张志田, 等. 原发性肝癌破裂出血 26 例分析. 吉林医学, 1982; 3: 27
- 2 刘宗荣. 肝癌破裂出血的诊治体会 (附 8 例报告). 中国普通外科杂志, 1996; 2: 110
- 3 王天翔, 等. 经植入式灌注装置行肝动脉、门静脉双介入治疗晚期原发性肝癌. 肿瘤, 1994; 1: 12

(收稿日期: 1998-04-16)