

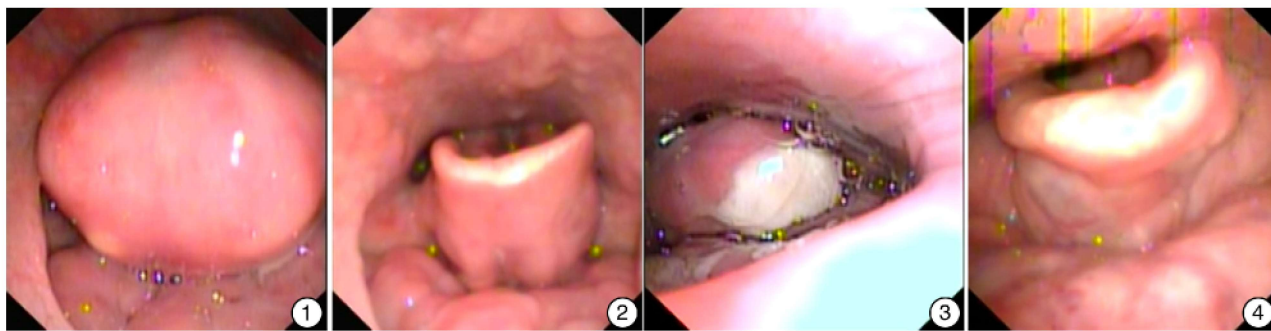


图 1 例 1 术前会厌脓肿形成如球状; 图 2 例 1 会厌脓肿切开术后 10 d 脓肿消失, 会厌轮廓清晰; 图 3 例 2 术前会厌脓肿形成, 表面有脓点; 图 4 例 2 会厌脓肿切开术后 10 d 会厌脓肿消失。

难程度,若呼吸困难不能缓解或持续加重,需紧急行气管切开术;⑥会厌脓肿切开引流术,上述紧急处理后患者病情稳定,呼吸通畅后,可在表面麻醉直达喉镜下行会厌脓肿切排脓术。术后继续抗炎,应用糖皮质激素、雾化吸入、吸氧治疗。本文 2 例患者经上述方案治疗后均获得及时救治,疗效满意,无并发症发生。

参考文献

[1] SALMAN R, LATEEF M, QAZI S M, et al. Adult

epiglottic abscess: a case report[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 63: 85-86.

[2] ITO K, CHITOSE H, KOGANEMARU M. Four cases of acute epiglottitis with a peritonsillar abscess [J]. Auris Nasus Larynx, 2011, 38: 284-288.

[3] GILLET D, EYNON-LEWIS N J. Supraglottitis and abscess formation [J]. J Laryngol Otol, 2011, 125: 99-102.

(收稿日期: 2014-01-28)

鼻咽癌误诊原因分析及防范措施

Analysis and safeguard for misdiagnosis of nasopharyngeal carcinoma

董淑霞¹ 卫元峡¹ 金海江¹ 汤建强¹ 曼丽¹

[关键词] 鼻咽癌; 误诊

Key words nasopharyngeal carcinoma; diagnostic errors

doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2014.13.023

[中图分类号] R739.6 [文献标志码] B

鼻咽癌为我国多发肿瘤之一,发病率为耳鼻咽喉科恶性肿瘤之首,对于放疗较敏感,但随着疾病进展,疗效明显下降。早发现、早治疗是改善鼻咽癌患者预后的重要途径。由于其原发部位深而隐蔽,初期原发病灶小,不易观察,加之周围毗邻关系复杂,又与眼、耳鼻咽喉及颅底相毗邻,易从黏膜下向邻近器官直接浸润或经淋巴转移,临床表现多种多样,无特异性,易误诊;多属于低分化或未分化癌,恶性程度高、发展快、转移早,应引起医务工作者的高度警惕。现回顾性分析本科误诊的 72 例鼻咽癌患者,为临床医生提供借鉴和帮助,以避免误诊。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007-10—2012-09 期间我科共误诊 72 例鼻咽癌患者,男 49 例,女 23 例;年龄 16~85 岁,平均 43.6 岁;误诊时间 18 d~11 个月,平均 4 个月。

临床诊断标准:鼻咽部有新生物或可疑病灶,活检证实为癌。

1.2 活检结果

鼻咽部取组织活检,1 次确诊 40 例(55.6%),2 次活检确诊 25 例(34.7%),3 次活检确诊 5 例(6.9%),4 次活检确诊 2 例(2.7%)。

2 结果

72 例误诊的鼻咽癌患者临床症状及误诊情况见表 1。

¹ 三门峡市中心医院耳鼻咽喉科(河南三门峡,472000)
通信作者:卫元峡, E-mail: wyxyy2009@163.com

表 1 72 例误诊的鼻咽癌患者临床症状及误诊情况

临床症状	例数(%)	误诊疾病
颈部肿块,抗炎治疗后 肿块缩小	19(26.4)	淋巴结炎
颈部多个淋巴结肿大	6(8.3)	淋巴结结核
打喷嚏、流清涕、涕中带血	3(4.2)	变应性鼻炎
鼻塞、流脓涕、头痛	7(9.7)	鼻炎、鼻窦炎
耳鸣、耳聋、耳闷胀感	21(29.2)	分泌性中耳炎
复视伴视力下降	4(5.6)	球后视神经炎
面部麻木、疼痛	2(2.8)	三叉神经痛
咽痛、吞咽困难、咽部溃疡	2(2.8)	溃疡性咽炎
咽痛、扁桃体肿大、表面 假膜附着	3(4.2)	扁桃体炎
声嘶伴呼吸困难	2(2.8)	声带麻痹
一侧头痛	1(1.4)	偏头痛
鼻出血	2(2.8)	鼻咽纤维血管瘤

3 讨论

3.1 误诊原因

患者不重视:患者医学知识缺乏或经济条件较差,早期没有引起重视。特别是发病初期,经一般治疗症状有一定缓解,如颈部淋巴结肿大伴炎症经过抗炎治疗后肿块缩小;应用减充血剂滴鼻后鼻塞症状改善等。患者不愿进一步诊治,造成误诊。

首诊医生对鼻咽癌认识不足:鼻咽腔临近结构复杂且淋巴管丰富,鼻咽癌可向颅底、颅内、口腔、鼻腔、中耳、咽旁间隙、颞下窝浸润及引起颈部淋巴结转移。其早期症状不明显,与其他系统疾病临床表现类似。本组患者表现为颈部肿块、头痛、复视、吞咽困难等,多数首诊于基层医院或外科、神经内科、眼科等,首诊医生对鼻咽癌临床特征认识不足,未作综合分析,未及时检查鼻咽部且未请耳鼻咽喉科会诊,导致误诊。

忽视低龄患者:鼻咽癌发病因素是多方面的,研究表明与遗传、环境、病毒感染等有关^[1]。以往认为,凡年龄在 40 岁以上者,如有颈部包块、回吸性血涕及耳部症状,应高度警惕鼻咽恶性肿瘤。近年来,鼻咽癌发病呈低龄化趋势,青少年甚至儿童患者时有报道。赵玮等^[2]报道 1 例 12 岁鼻咽癌患儿。文献证明青少年鼻咽癌患者并非罕见^[3],忽视低龄患者已成为鼻咽癌容易误诊的重要原因之一。

未行鼻咽部检查:鼻咽癌表现为颈部肿块、头痛、复视、吞咽困难等,患者首诊于外科、神经内科、眼科,首诊医生只考虑本科疾病而未行鼻咽部检查。2 种以上疾病同时存在,也增加了诊断的难度。就诊时医生诊断了鼻炎、鼻窦炎、分泌性中耳炎等常见病,但忽略了鼻咽部的检查。本组误诊为鼻炎、鼻窦炎、变应性鼻炎的患者同时患有鼻咽癌。对于以鼻塞就诊的患者,虽然找到了鼻腔疾病,但

没有想到是鼻咽癌导致的鼻塞^[4]。发现鼻咽癌的关键是要进行鼻咽部早期检查^[5],这是早诊断的唯一途径。本组误诊的 72 例患者中有 67 例未能及时进行鼻咽部检查。

取材及病理检查:鼻咽部活检是鼻咽癌确诊的重要方法。由于部分病变位于黏膜下,局部麻醉下患者配合不佳以及专科医师经验不足,往往导致取材不当。如未能多点取材、深度取材、活检前未清理表面分泌物及坏死组织,钳取组织过少、组织受挤压严重等,经常导致一次活检不能明确诊断。部分患者行第 2 次甚至第 3 次、第 4 次活检才明确诊断。本组 3 次活检确诊 5 例,4 次活检确诊 2 例。

3.2 防范措施

加强鼻咽癌科普知识宣教,使患者能够早诊断、早治疗。一旦发现回吸性涕血、颈部淋巴结肿大、耳鸣、听力下降等应尽快到耳鼻咽喉科就诊。各级医生尤其是基层医院的医生,如有可疑患者,应及时请耳鼻咽喉科医生会诊。各科室密切协作也是提高鼻咽癌早期诊断的重要环节。对高度怀疑的低龄患者也应仔细检查鼻咽部。电子鼻咽镜能清晰看到鼻咽部情况,检查时应注意鼻咽顶后壁及两侧咽隐窝。

鼻咽癌的确诊主要依靠病理检查。高度怀疑时应多次行病理检查^[6],切忌对可疑病例行 1~2 次活检呈阴性便作出否定的诊断^[7]。对临床高度怀疑有黏膜下鼻咽癌而且常规多次活检不能确诊者,可先咬取表面组织形成创口,再由创口进入深部活检,可提高阳性率。

参考文献

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2008:342-348.
[2] 赵玮,周岩,顾朝辉,等.鼻咽癌误诊漏诊分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2013,20(4):210-212.
[3] POLYCHRONOPOULOU S,KOSTARIDOU S,PANAGIOTOU J P, et al. Nasopharyngeal carcinoma in childhood and adolescence: a single institution. experience with treatment modalities during the last 15 years[J]. Pediatric Hematol Oncol, 2004, 21: 393-402.
[4] 王贵锋,潘金斌.局限型鼻咽癌误诊报道[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2013,20(1):50-51.
[5] LEONG J L,FONG K W, LOW W K. Factors contributing to delayed diagnosis in nasopharyngeal carcinoma[J]. J Laryngol Otol,1999,113: 633-636.
[6] 钱小飞,陈建良.鼻咽癌临床特征及 82 例误诊分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2010,24(1): 48-51.
[7] 曹铁林,刘陶文,邱小芬,等.鼻咽癌组织 ERCC1 的表达及其临床意义[J].中华肿瘤防治杂志,2010,17(2):105-107.

(收稿日期:2013-11-10)