维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)02-0189-02

鼻咽癌的临床表现及误诊（附507例分析）

陈晓品，张 菊，张 涛

（重庆医科大学临床学院肿瘤放疗科 重庆 400016）

【摘 要】目的：分析507例鼻咽癌的临床表现和误诊特点。方法：收集自1996年1月至1999年12月我科收治的经病理确诊的507例鼻咽癌患者病史资料，分析其临床表现及误诊率。结果：本组鼻咽癌病例的主要临床表现包括涕血，鼻塞，耳鸣，听力下降，头痛，颈淋巴结肿大，颅神经损害和Horner's征。首诊时的误诊率为86.98%。对生活影响较小的症状如涕血、鼻塞、耳鸣误诊时间较长，头痛、颈淋巴结肿大和颅神经等表现严重的症状误诊时间较短。结论：本文结果表明对具有上述鼻咽癌症状的病人进行仔细的耳鼻喉科检查是及时诊断鼻咽癌的重要步骤。

【关键词】鼻咽癌；临床表现；误诊

【中国图书分类法分类号】R739.62 【文献标识码】A 【收稿日期】2000-11-24

An analysis of clinical presentation and misdiagnosis in patient with nasopharyngeal carcinoma

CHEN Xiao-pin, et al

(Department of Radiation Oncology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University)

【Abstract】 *Objective*: To investigate the clinical presentation and misdiagnostic causes of 507 patients with nasopharyngeal carcinoma. *Methods*: The analysis was performed in 507 cases of the nasopharyngeal carcinoma treated from January 1996 to the end of 1999. *Results*: The clinical presentation of patients with nasopharyngeal carcinoma includes epistaxis, nasal obstruction, ear pain, hearing loss, headache, cervical lymph node involvement, cranial nerve involvement and horner's syndrome. At the time of initial diagnosis, the rate of misdiagnosis was 86.98% for all cases. The duration before getting pathologic document was longer in patient with mild symptoms such as epistaxis, nasal obstruction and/or ear pain than that with headache, cranial involvement and/or cervical lymph node involvement. *Conclusion*: Our results demonstrate that it is an important procedure for patients with symptoms linking to nasopharyngeal carcinoma to receive careful examination for the ear, nasopharynx and nose.

【Key words】 Nasopharyngeal carcinoma; Clinical presentation; Misdiagnosis

鼻咽癌是我国南方各省区常见的头颈部恶性肿瘤，发病率约4.83/10万人口。该病起病隐匿，缓慢，症状较多且不易引起注意，常常误诊为其他疾病而延误诊断和治疗。早期鼻咽癌（Ⅰ、Ⅱ期）放射治疗后的五年生存率可达78.23%，而晚期者（Ⅲ、Ⅳ期）五年生存率仅38.12%[1,2]。病理确诊时的鼻咽癌患者大多具有误诊误治的病史。因此，提高对鼻咽癌临床表现的认识和警惕性，对该病的早期诊断和治疗具有重要意义。本文选择数年来我科收治的经病理确诊的鼻咽癌病例，分析其临床表现和误诊特点，希望有助于首诊医师对该病的及时诊断。

Ⅰ 材料及方法

选择1996年1月至1999年12月我科收治的经病理确诊的鼻咽癌患者507例，其中男性389例，女性118例，男女性别比例为3.29:1，年龄11－76岁，平均年龄42.38岁。病理类型以低分化鳞癌为主，共483例，占95.26%，高分化鳞癌22例占4.33%，腺癌2例占0.3%。

507例患者均有医师填写的鼻咽癌专用格式病历，记录症状或体征首次出现时间及在病理确诊前的其它诊断和治疗过程。症状持续时间指病人出现鼻咽癌相关症状或体征至获得病理确诊时间；误诊时间指因鼻咽癌相关症状首次就诊至获得病理确诊时间。二者均以月为单位，用均数±标准差表示。

作者介绍：陈晓品（1964－），男，甘肃人，讲师，博士，主要研究方向：肿瘤放射治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结 果

2.1 临床表现及持续时间

507例患者的主要临床表现有涕血、鼻塞、头痛、颈部包块、耳鸣、听力下降、颅神经损害等，其出现比例及持续时间见表1。

表1 507例鼻咽癌临床表现及确诊前持续时间

临床表现	例数(百分比)	持续时间(月)
涕血	367(72.38)	8.72±1.51
鼻塞	243(47.92)	4.35±0.78
耳鸣	315(62.13)	4.86±0.54
听力下降	240(47.33)	3.08±0.92
头痛	325(64.10)	2.72±1.07
颈部包块	370(72.97)	2.27±0.56
颅神经损害	167(32.93)	3.34±0.66
Horner's征	4(0.79)	2.35±1.84

耳部症状包括耳闭塞感、耳痛、听力下降、分泌物增多等。颅神经损害的症状和体征包括面部麻木及异常感觉、复视、斜视、吞咽呛咳、伸舌偏于一侧及舌肌萎缩、周围性面瘫等。

2.2 误诊率及主要误诊诊断

本组病例首次就诊即考虑鼻咽癌者极少。常按其它疾病处理、多次复诊症状无改善时才检查鼻咽部得以确诊。涕血、鼻塞常误诊为上呼吸道感染、鼻中隔偏曲、鼻息肉等。耳部症状多误诊为中耳炎。头痛多按偏头痛、三叉神经痛、高血压、神经官能症等处理。颈部包块以误诊为结核及淋巴结炎最多。颅神经损害按受损的颅神经不同而误诊为咽炎、面瘫、颅内肿瘤、眼球后病变、颈椎退行性病变等。Horner's征误诊为肺尖癌。各项临床表现的误诊率和误诊时间见表2。

表2 507例鼻咽癌误诊率及时间

临床表现	误诊率(%)	误诊时间(月)
涕血	89.37	8.66±1.42
鼻阻	85.59	4.27±0.64
耳鸣	77.77	4.74±0.44
听力下降	56.66	2.85±0.88
头痛	85.84	2.68±0.98
颈部包块	85.13	2.24±0.48
颅神经损害	42.51	3.08±0.74
Horner's征	100.00	2.35±1.84

3 讨 论

鼻咽部位于头颅正中、位置深在、周围解剖结构复杂。前壁与鼻腔、侧壁与中耳、下壁与口咽相通、上壁经不完整的筋膜与中颅窝多个颅神经出颅孔道相邻，咽旁间隙内疏松结缔组织对肿瘤的浸润缺乏阻抑，其内的肌肉、神经受侵犯时表现的症状复杂。鼻咽癌多为低分化鳞癌，本组病例中低分化鳞癌占95.26%，蔓延的倾向明显。因此，患鼻咽癌时易于影响上述器官而表现为受累部位的症状，首诊医师往往只检查受累部位、绝大多数误诊为鼻咽部以外器官的病变而接受不合理的检查和治疗，延误诊断时间。本组507例平均误诊率达86.98%，平均误诊时间达3.15±0.84月。

鼻咽癌侵犯或靠近后鼻孔时常有涕血、鼻塞，是鼻咽癌早期症状之一，此两项症状出现较早且对患者生活、工作影响不大，往往被患者和首诊医师忽视，故持续时间长，误诊时间也最长。鼻咽癌多起病于鼻咽隐窝部，较早影响咽鼓管而产生耳部症状，常按中耳炎处置。本组病例有耳部症状者首诊误诊为中耳炎的达62.13%。因此，当有耳或鼻部症状时，间接鼻咽镜常规检查鼻咽部对及时诊断鼻咽癌很有必要。

下行型鼻咽癌颈淋巴结转移较为常见，507例中72.97%有颈淋巴结肿大，在鼻咽部病理确诊前85.25%按淋巴结炎、淋巴结结核应用抗生素、抗结核药物治疗，部分病例在此种治疗中包块渐增大而切除活检发现为转移性癌，寻找原发灶时才确诊为鼻咽癌。鼻咽癌的转移淋巴结位置无特异性，质地与淋巴结炎、结核常难区别，尤其在直径较小时，更易误诊，结果导致远处转移增加，不适当的活检影响预后。手术疤痕处乏氧导致放射抗拒而成为复发根源[3]。

上行型鼻咽癌侵犯中颅窝颅底时常有颞顶部头痛和Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ等前组颅神经受损表现。咽旁间隙侵犯时Ⅸ、Ⅻ等后组颅神经受损表现较多，常是晚期鼻咽癌的表现。当以头痛和(或)颅神经症状为主要表现时，更易误诊，本组病例此二项症状的误诊率分别达85.80%、42.51%。颅神经损害尤其是后组颅神经常表现为进食呛咳、声嘶、舌肌麻痹、咽部不适，这些症状常被误诊为颅内肿瘤，患者接受多次非鼻咽部CT、磁共振等检查而未得到正

(下转第192页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

THP属于蒽环类抗癌药物，该类药物为细胞周期非特异性药物，能嵌入DNA双链，影响DNA和RNA合成，从而抑制肿瘤细胞的生长。过去常用的代表药物为柔红霉素、阿霉素，但由于其毒性大，目前已越来越多采用米托蒽醌、THP和去甲氧柔红霉素。由于后者价格高，在国内应用较少，而前两者价格适中，目前应用者已越来越多。本组23例NHL采用THP联合治疗，结果表明THP可使初治和复治的NHL均可获CR，多数在1～2疗程获CR，中数CR期时间540天，CR率高达65.2%，与罗素霞[2]等报道的一致。

蒽环类抗癌药物主要的毒性为心脏损害和骨髓抑制，为剂量限制性毒性，其心脏毒性可表现为心肌酶谱升高，ST段改变，室性早搏等，临床症状可表现为心悸，心累，甚至发生心衰。而骨髓抑制主要表现为白细胞和血小板减少，严重者可导致重度感染，颅内出血致死。本组患者治疗过程中仅1例出现室性早搏，ST段异常，而未出现临床表现。虽然本组患者化疗后白细胞减少病例高达52.2%，但仅4例出现轻度感染，并经治疗后很快控制，而白细胞在2～3周均恢复正常。说明COTP治疗NHL是一个疗效高而毒性小的方案，值得推广应用。

参 考 文 献

[1] 张之南，沈 悌，丁训杰，等. 血液病诊断及疗效标准[M]. 第二版. 北京：科学出版社，1999:347-358.

[2] 罗素霞，宋 敏，郭惠明，等. 吡喃阿霉素在恶性肿瘤联合化疗方案中的疗效[J]. 中国肿瘤临床，2000;27(3):192.

(上接第186页)

物，能水解氨曲南、β-内酰胺酶抑制剂敏感。嗜麦芽窄食单胞菌产生的内酰胺酶可分为两类：XM-A和XM-B。XM-A主要是青霉素酶、容易水解亚胺培南，对其他抗生素作用不明显。XM-B可以水解很多种头孢菌素但不包括亚胺培南[5]。

因此，在有严重基础疾病患者中，有创伤检查治疗，反复用抗生素、激素治疗等免疫功能低下者，应密切注意感染的发生，尽早进行有关病原学检查，根据药敏情况选药。药敏结果报告之前的经验治疗宜参考本科室的细菌耐药情况，选用合适的抗生素联合静脉用药，提高治愈率。

参 考 文 献

[1] Laing F, Ramotar K, Road RR, et al. Molecular epidemiology of X. maltophilia colonization and infection in the hospital environment[J]. J clin microbio. 1995;33(3):513-518.

[2] Spencer RC. The emergence of epidemic, multiple antibiotic resistant Stenotrophomonas(Xanthomonas) maltophilia and Burkholderia(pseudomonas) cepacia[J]. J Hosp Infect, 1995;30 (Suppl):453-461.

[3] Villarino ME, Sterens LE, Schabale B, et al. Risk factors for epidemic Xanthomonas maltophilia infections/colonization in intensive care unit patients[J]. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992;13:201-206.

[4] Smit WJ, Boquest AL, Geddes JE, et al. The antibiotic susceptibilities of Xanthomonas maltophilia and their relation to clinical management[J]. Pathology. 1994;26(3):321-323.

[5] Pataon R, Mile RS, Amves GB, et al. Biochemical properties of lactamase produced from X. maltophilia[J]. Antimicrob Agent Chemother. 1994;38:2143-2147.

(上接第190页)

确诊断。鼻咽癌侵犯咽旁间隙可压迫颈交感神经而引起Horner's征，较少见。

鼻咽癌的临床表现复杂，无特异性症状，早晚期生存率差别很大，使得本病及时诊断显得尤为困难而重要。本文结果表明对于有耳鼻部症状、头痛、颈部包块、颅神经损害等一项或数项症状并存的病人，在鼻咽癌高发的地区，首诊医师应在病人接受常规检查处理后症状无改善时考虑到鼻咽癌的可能性，及时检查鼻咽部及颅底，必要时可试行鼻咽部可疑部位活检，减少鼻咽癌的误诊率。

参 考 文 献

[1] 刘泰福. 鼻咽癌放射治疗的进展[J]. 齐鲁肿瘤杂志，1996,3(3):163-164.

[2] Liu TF. Trends in the clinical management of nasopharyngeal carcinoma[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1992,23:469-471.

[3] 张少华，蔡悦成，古云林. 200例晚期鼻咽癌综合治疗的近期疗效分析[J]. 中华肿瘤杂志，1996,18(1):70-72.