

· 临床报道 ·

# 119例颈部转移癌误诊原因分析

陈 杰, 魏 威, 黄文孝, 包荣华, 喻建军, 李 赞, 周 晓, 戴 捷, 谢 李

(湖南省肿瘤医院 头颈外科, 湖南 长沙 410013)

**摘 要:** **目的** 探讨不同组织器官颈部转移癌的误诊原因。**方法** 对119例颈部转移癌误诊的病例进行分析。**结果** 鼻咽癌引起的颈部转移癌65例, 其中外院误诊49例, 本院误诊16例; 下咽癌、喉癌引起的颈部转移癌16例, 其中本院误诊1例, 外院误诊15例; 舌根癌引起的颈部转移癌15例, 其中本院误诊4例, 外院误诊11例; 甲状腺癌引起的颈部转移癌23例, 其中本院误诊4例, 外院误诊19例。**结论** 颈部转移癌误诊的原因主要为医生缺乏对颈部病灶的全面认识, 术后病检后才寻找转移灶的组织来源; 未能细致的询问病史和体检; 原发灶肿瘤很小或无症状, 而患者以颈部转移灶首诊。

**关 键 词:** 颈部转移癌; 误诊; 分析

**中图分类号:** R739.91

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1007-1520(2011)03-0216-02

## 1 病例资料

颈部肿块是头颈外科最常见的疾病, 也是最需要鉴别诊断的疾病。但是若不进行认真询问病史和仔细地体格检查, 特别是头颈部组织和器官的检查, 易导致患者进行不必要的检查, 甚至手术活检, 既贻误病情, 又严重影响疾病的预后。

1990~2008年收治颈部转移癌误诊病例119例, 男95例, 女39例; 年龄17~68岁, 平均年龄48岁。鼻咽癌引起的颈部转移癌65例, 其中外院误诊49例, 本院误诊16例; 下咽癌、喉癌引起的颈部转移癌16例, 其中外院误诊15例, 本院误诊1例; 舌根癌引起的颈部转移癌15例, 其中外院误诊11例, 本院误诊4例; 甲状腺癌引起的颈部转移癌23例, 其中外院误诊19例, 本院误诊4例。经过治疗后, 鼻咽癌的5年生存率为56%, 甲状腺癌的10年生存率为86%, 舌根癌5年生存率为42%, 下咽癌5年生存率为48%。

## 2 讨论

颈部肿块是头颈部常见疾病, 常就诊于不同的科室, 因部分科室医生整体观念不强, 病史询问和体检不细致, 当患者以颈部肿块首诊时, 常首先颈部手术活检, 确诊为颈部转移癌, 再去寻找原发灶。

颈部转移癌80%来源于头颈部组织器官, 而且相当一部分患者在出现颈部转移癌的同时, 常伴有原发灶的症状和体征, 对该类患者的确诊一般没有困难。但也有部分患者在出现颈部肿块的同时, 并没有其他头颈部器官的症状和体征, 常易误诊为颈部良性肿瘤或其他疾病, 以至于进行了颈部肿块的手术切除活检才明确诊断。

鼻咽癌是我国南方发病率较高的恶性肿瘤, 也是最易早期出现颈部转移癌的疾病, 病理上多为低分化鳞癌, 由于其原发灶部位的隐蔽, 颈部肿块常是患者首诊的主诉和体征。文献报道<sup>[1]</sup> 鼻咽癌合并颈部肿块者可达74.4%, 部分患者仅有轻度涕血或耳鸣, 症状常不明显, 导致部分医生只关注颈部病变而首先手术切除活检。本组鼻咽癌引起的颈部转移癌65例患者中, 外院未

作者简介: 陈 杰, 男, 主任医师。  
通讯作者: 陈 杰, Email: cj1959@126.com.

找原发灶即行颈部肿块手术活检 49 例,本院 16 例,误诊的原因则是患者鼻咽部肿瘤部位隐蔽,不易受到患者和医生的注意,在病灶较小或处于黏膜下时,门诊也很难检查出鼻咽癌原发灶而进行病理活检。在肿瘤专科医院虽然常使用细针穿刺颈部肿块行细胞学检查,但细针穿刺细胞学检查是一项经验性较强的工作,没有长时间的临床实践和较高的病理学诊断水平,对颈部肿块的诊断是比较困难,而且易发生漏诊。一般来说当淋巴结大于 2 cm 时,就必须仔细检查头颈部器官,确实未发现耳鼻咽喉有异常表现时,也不能仅依据细胞学诊断为淋巴结反应性增生,应结合影像(CT、MRI、PET-CT 等)检查及实验室检查并结合临床体征全面分析,尽可能找到原发灶,必要时才行淋巴结全切除活检。本院细胞学穿刺诊断淋巴结反应性增生,医生根据淋巴结的大小和出现的时间,怀疑淋巴结反应性增生诊断的准确性,通过手术活检后确诊为转移性鳞癌者 10 例;另 7 例细胞学穿刺诊断淋巴结反应性增生,未引起医生和患者的足够重视,3~6 个月复查时,发现 3 例患者已出现了明显的鼻咽癌临床表现,确诊为鼻咽癌,4 例确诊为恶性淋巴瘤。

甲状腺癌包括乳头状甲状腺腺癌和滤泡状甲状腺腺癌,其误诊率可达 40%,其原因是对分化型甲状腺癌的病理特点和生物学行为认识不足,对甲状腺肿块的鉴别诊断未使用正确地辅助检查。文献报道<sup>[2]</sup>甲状腺癌常发生淋巴结转移,尤其是分化型甲状腺癌的淋巴结转移率可达 44.7%,所以相当多的患者以颈部肿块就诊。本组中甲状腺癌引起的颈部转移癌误诊 23 例,主要原因是甲状腺肿块小,而且位置较深,一般检查很难发现甲状腺原发病灶,尤其是甲状腺原发灶小于 1 cm 的微小癌,即可以较早出现颈部转移灶。本组 1 例患者以前曾行甲状腺手术,术后未关注病理切片结果,当颈侧肿块再次就诊,再行活检诊断为转移性甲状腺癌,再次追查第一次病理切片当时已确诊为甲状腺癌。所以详细地询问既往手术史和综合分析患者的病史是很有必要的。

对可疑甲状腺癌的颈部淋巴结转移患者需认真体检、并行 B 超、CT 和同位素( $^{131}\text{I}$  或  $^{99}\text{Tc}$ )检查,在诊断准确的基础上行甲状腺癌联合根治术。

舌根癌发生的部位隐蔽,部分患者舌根肿块生长在黏膜下,自觉症状不明显,或被患者忽视,有的则被误诊为慢性咽炎、慢性扁桃体炎。由于舌根的淋巴组织丰富,很容易向两侧颌下和颈深部淋巴结转移,故患者常以颈部肿块就诊。本组舌根癌引起的颈部转移癌 15 例患者中,外院误诊 11 例,本院误诊 4 例(1 例在其舌根部位发现了原发灶,4 例通过 PET-CT 发现舌根部原发灶。

李梅等<sup>[3]</sup>报道下咽癌的误诊率可达 33.9%,本组下咽癌及会厌癌引起的颈部转移癌 16 例,均未及时发现原发病灶,其原因主要是患者咽喉症状不明显,以颈部肿块就诊于外科,未引起足够重视;其次是患者在门诊检查时若患者咽反射强烈,会厌抬举不佳,用间接喉镜就很难发现咽喉部病灶。该类患者大多在基层医院首诊,由于对该类疾病认识不够,而忽略了进一步检查。

文献统计大约有 5% 颈部转移灶患者无法找到原发灶。有人提出<sup>[4]</sup>经临床仔细检查直到治疗开始前仍未发现原发病灶的颈部转移性癌,可以诊断为原发灶不明的转移性癌进行治疗。对原发灶不明的颈部转移癌可根据细胞的分化程度决定颈部淋巴清扫或者放化疗。

总之,常见头颈部肿瘤的诊治基础培训和扩大医生的知识面、详细和全面的病史询问及体格检查、借助必要的辅助检查就能减少颈部肿块的误诊率。

#### 参考文献:

- [1] 陈菊蓉. 鼻咽癌误诊 112 例分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(21): 999-1000.
- [2] 方太忠. 分化型甲状腺癌漏诊分析(附 86 例报告)[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(1): 49.
- [3] 李梅,董频,孙玉兰. 38 例下咽癌误诊误治原因分析[J]. 山东医药, 1996, 36(4): 48-49.
- [4] 吴毅. 原发灶不明颈部转移性鳞癌的诊治[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2006, 13(12): 881-883.

(修回日期:2011-04-21)