

## · 病例报告 ·

## 右上肺癌误诊为颈椎病 1 例

韦良渠 查清

(空军总医院, 北京 100036)

患者,男,57岁,农民,住院号:283720。因颈伴右上肢疼痛3月余,于2001年5月22日以“颈椎病”收住院。患者自述入院前3个月无明显诱因感觉颈伴右上肢疼痛,皮肤无汗,疼痛为烧灼样,夜间疼痛明显,影响睡眠。患者在外院曾按“颈椎病”给予“颈椎牵引、按摩”等多项治疗效果不佳。患者此次患病以来无咳嗽、咳痰、胸痛等呼吸系统症状。

体格检查:患者一般情况良好,锁骨上窝及腋窝未触及肿大淋巴结。胸廓两侧对称,无畸形,呼吸运动自如,双侧语颤正常,双肺叩诊呈清音,呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音及哮鸣音。颈椎曲度变直,活动度正常,C<sub>5</sub>棘突左侧压痛,椎间孔压缩试验:双侧(-),臂丛牵拉试验:双侧(-),双上肢皮肤痛觉对称灵敏,双上肢肌腱反射对称存在,双Hoffmann's(-)。颈椎X线片示:颈椎曲度反向,C<sub>5,6</sub>椎间隙变窄,C<sub>3-7</sub>椎体及C<sub>5,6</sub>钩椎关节骨质增生,C<sub>4-7</sub>前纵韧带钙化。

胸椎正侧位片示:胸椎生理曲度存在,略侧弯伴椎体旋转,椎体骨质增生,椎间隙未见狭窄。

颈椎MRI扫描示:颈椎生理曲度变直,椎体缘骨质增生。C<sub>3,4</sub>、C<sub>5,6</sub>、C<sub>6,7</sub>椎间盘向后突出约2~3mm,硬膜囊前缘受压变形。脊髓未见受压,髓内未见明显异常信号。

右上肢肌电图示:神经源性损害,(C<sub>5,6</sub>根性受损)。

化验检查:血、尿、便常规值均在正常范围内,血沉13mm/h,生化全套除BUN 8.7mmol/L,TG 2.48mmol/L,ALT 56U/L,LDH L 228U/L,GGT 66U/L外,其余各项值均正常。

根据患者的症状体征及有关的辅助检查,初步诊断为神经根型颈椎病。给予手法治疗,中药敷颈部,并先后给予患者口服痛惊宁片、去痛片、舒乐安定片,消炎痛栓纳肛以镇静止痛。20%甘露醇250ml,静滴,1次/日,连续5天,脱水利尿以消除神经根水肿。共治14天患者上述症状无改善。因疗效不佳,后经再次查体发现T<sub>4</sub>棘突压痛及中线右侧T<sub>4</sub>水平以上至头面部,右上肢皮肤粗糙,无汗。始疑及胸椎的病,经上段胸椎CT扫描示:T<sub>1~7</sub>椎间盘未见明显膨出及突出改变,T<sub>1~2</sub>椎体边缘增生、硬化,附件结构未见明显异常,骨性椎管不窄;右肺上叶近后胸壁处可见一不规则团块影,大小为2.1cm×2.2cm×2.5cm,边缘欠光整,似有毛刺改

变,密度均匀,与相邻胸膜界限欠清;纵隔内似见多个小淋巴结影。印象:①胸T<sub>1-7</sub>退行性变;②右肺上叶球形病灶,肺癌可能性大,建议进一步检查。

后转本院胸外科进一步诊治。查胸部正侧位片示:两肺野纹理增多、紊乱,右肺尖密度增高,右上纵隔增宽,余肺及心膈未见异常。印象:右肺尖密度增高,性质待定。胸部CT扫描示:右肺上叶近后胸壁处可见一不规则结节影,大小为2.1cm×2.2cm×2.6cm,密度均匀,边缘尚清晰,但欠光整,似见毛刺样改变,后缘与胸壁相连;右肺下叶及左肺未见明显异常,两肺段以上支气管通畅;纵隔内可见多个淋巴结影,最大直径约为1.0cm。印象:右肺上叶球形病灶,考虑为周围型肺癌可能,纵隔多个淋巴结。于2001年6月15日行右肺上叶切除术。术中可见胸腔无积液、无粘连,肺门、上纵隔、隆突下可见数枚肿大淋巴结。右肺上叶尖段可见约5.0cm×4cm×4cm大小肿瘤,行右肺上叶切除术,清除隆突下、肺门、上纵隔肿大淋巴结。切除标本送病理检查。病理诊断:(右肺上叶)周围型肺泡细胞癌,支气管切除端未见癌,肺门及送检淋巴结癌转移(20/34)。确诊为右上肺癌。

6个月后随访患者正进行化疗,右上肢疼痛已减轻,原有无汗区的皮肤已有汗液分泌。

## 讨论

肺癌的肺外表现多种多样,加之其首发症状又不在呼吸道,如不警惕,极易造成误诊。肺尖部的肺癌亦称肺上沟癌(Pancoast瘤),为一特殊类型的肺癌,癌肿大部分发生在肺外(即锁骨下动脉在胸腺顶和肺上叶尖部通过而形成的锁骨下沟外),从肺最外周部位开始在肺表面呈板样生长,主要侵犯胸壁结构而非其下面的肺组织,并以直接扩展的方式侵犯其邻近的肺外结构如T<sub>1,2</sub>和C<sub>8</sub>神经根以至交感神经链和星形神经节。如侵犯或压迫颈、胸交感神经,则引起同侧眼睑下垂,瞳孔缩小,额部和胸壁及上肢无汗等表现,并常伴臂丛神经侵犯造成腋窝下为主向上肢内侧放射的火灼样疼痛,晚间尤甚。本例患者就是由于肿瘤影响了颈、胸交感神经及侵犯了臂丛神经而引起了相应的临床症状,而致病因素一旦解除,相应的临床症状就会好转或消失。

(收稿:2002-04-20 编辑:李为农)

## · 读者·作者·编者

## 更正启事

本刊2002年第15卷第9期第564页中刊登的“经椎弓根内固定技术的应用”一文中,因作者笔误,右栏倒数第3行的“深约3mm”应为“深约30mm”,特此更正。

本刊编辑部