

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2021.02.014

• 临床病例报告 •

鼻咽癌早期疼痛 1 例分析 *

孙付国^{1,2} 陈璐¹ 周瑞豪¹ 叶菱^{1△} 刘慧¹⁽¹⁾ 四川大学华西医院疼痛科, 成都 610041; ⁽²⁾ 武警四川省总队医院麻醉科, 乐山 614000

鼻咽癌 (nasopharyngeal carcinoma, NPC) 早期症状多不典型, 常表现为单侧头面部疼痛、涕血和鼻出血、分泌性中耳炎、颈淋巴结肿大等, 16%~19.2% 病人早期首发为头面部疼痛^[1-3], 而以此为首发症状的鼻咽癌误诊率高达 86.4%^[4]。四川大学华西医院 2018 年 12 月收治 1 例鼻咽癌误诊为三叉神经痛的病人, 现通过分析其临床资料来探讨原因, 以提高临床诊治水平, 减少误诊误治。现总结报道如下。

1. 一般资料

男, 64 岁, 退休工人, 汉族。2018 年 2 月无明显诱因出现右侧颞部、牙龈、眼角疼痛; 疼痛为持续性酸胀痛, 阵发加剧, 24 h 约 20 次加剧, 每次持续约 10 s; 劳累时疼痛加重, 平卧休息时可缓解; 伴右侧面部麻木, 无恶心、呕吐、头晕、面瘫、结膜充血等。2018 年 3 月在当地医院神经外科诊断为三叉神经痛, 经针灸等治疗后疼痛无明显缓解。2018 年 5 月头颅磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 示 (见图 1): 右侧三叉神经与右侧小脑上动脉紧贴, 血管挤压神经可能性大; 副鼻窦炎; 右侧中耳乳突炎。某三甲医院神经外科诊断为右侧三叉神经痛, 行右侧三叉神经微血管减压术, 术后疼痛无明显缓解。2018 年 9 月 MRI 示 (见图 2): 原可疑压迫三叉神经的小血管未见显示, 三叉神经稍肿胀。遂在该院行右侧三叉神经半月神经节球囊压迫术, 术后疼痛缓解 3 天。随后疼痛逐渐加重, 平卧休息后仍不能缓解。2018 年 12 月收入我院疼痛科, 诊断为非典型面痛。采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分, 发作时 7~9 分, 缓解期 4~6 分。病人要求行镇痛性神经阻滞, 经星状神经节阻滞、右侧耳颞神经阻滞、眶上神经阻滞等治疗后疼痛缓解, VAS 评分约 3 分, 我科建议行鼻窦相关检查明确病因。2019 年 1 月头部 CT 示 (见图 3): 右侧上颌窦内见软组织密度影, 鼻

咽壁稍增厚。我院耳鼻喉科诊断为右侧上颌窦真细菌感染, 遂收入院并于 2019 年 2 月行鼻内镜下右侧鼻窦开放术、右侧窦内病变清除术、右侧下鼻甲骨折外移术和鼻咽部活检术。术后病理诊断为非角化型鼻咽癌。术后病人于肿瘤科规律放化疗, 并于疼痛科门诊随诊。癌痛治疗方案为美菲康 30 mg, 每日 2 次, 疼痛控制良好。

2. 讨论

非专科医师提高对鼻咽癌早期疼痛特点的认识是降低误诊的关键^[4]。三叉神经痛分为经典三叉神经痛和症状性三叉神经痛^[5]。经典三叉神经痛包括无明确原因和微血管压迫所致疼痛, 主要特点为突发突止、电击样、刀割样、撕裂样剧痛, 间歇期可完全不痛; 常有明显的“扳机点”或“激痛点”; 无神经系统局限性体征^[5,6]。鼻咽癌向上侵犯颅底累及三叉神经时, 可引起症状性三叉神经痛, 其主要特点为: 疼痛多为持续性, 酸胀痛为主, 或呈持续性疼痛阵发性加剧; 可同时伴感觉障碍、角膜反射减弱或消失, 咬肌无力、萎缩等三叉神经受损体征; 有时还有邻近神经结构损害的症状和体征^[5-8]。本例病人为老年男性, 发病缓, 病程长; 疼痛呈持续性并阵发性加剧; 劳累时疼痛加重, 平卧休息时疼痛可自行缓解; 伴有右侧面部麻木。临床表现符合症状性三叉神经痛, 应引起临床医师警惕鼻咽癌的病变。

正确识别鼻咽癌早期 MRI 表现是降低误诊的另一重要因素^[9]。在 MRI 上, 鼻咽癌表现为双侧鼻咽部不对称或不规则肿块凸起, 病变侧鼻咽部不光滑及咽隐窝变浅, 病变侧黏膜信号降低, 颅底及邻近组织受累等^[10]。本例病人 2018 年 5 月磁共振 T1WI 像 (见图 4) 示: 双侧鼻咽部稍不对称, 右侧鼻咽部表面不光滑, 右侧咽隐窝变浅; T2WI 像 (见图 5) 示: 右侧鼻咽部黏膜较左侧正常黏膜信号减低,

* 基金项目: 四川省科技计划资助 (2018SZ0386)

△ 通讯作者 叶菱 zerodq_hx@163.com

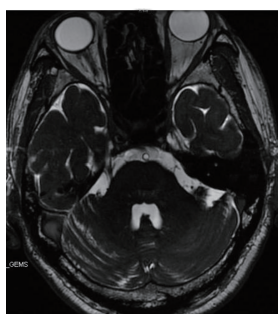


图1 MRI示右侧三叉神经边缘见一小血管(小脑上后动脉)与之关系密切,可疑压迫

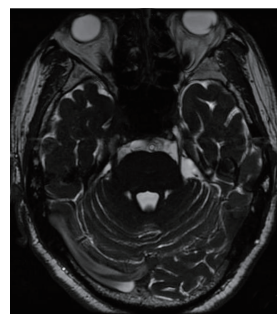


图2 MRI示原可疑压迫三叉神经的小血管未见显示,三叉神经稍肿胀



图3 CT示右侧上颌窦内见软组织密度影,鼻咽壁稍增厚

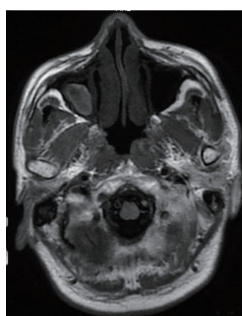


图4 T1WI示双侧鼻咽部稍不对称,右侧鼻咽部表面不光滑,右侧咽隐窝变浅

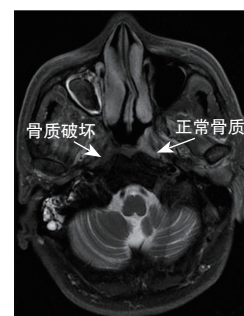


图5 T2WI示右侧鼻咽部黏膜较左侧正常黏膜信号减低,未见明显肿块

未见明显肿块。因此,影像科和临床医师未能结合临床表现准确识别鼻咽癌早期MRI表现,而重点关注微血管和三叉神经的关系,最终导致了本次误诊误治。

综上所述,临床上遇到头面部疼痛病例时,首先应详细询问疼痛相关要素并查体,根据症状和体征仔细鉴别;其次正确判读影像学检查结果,必要时进行鼻咽部软组织活检。

参 考 文 献

- [1] 戈长征,张定富,陈亚君.鼻咽癌125例误诊原因分析[J].临床误诊误治,2012,25(8):55-57.
- [2] Wang KH, Austin SA, Chen SH, *et al*. Nasopharyngeal carcinoma diagnostic challenge in a nonendemic setting: Our experience with 101 patients[J]. Perm J, 2017, 21:16-180.
- [3] 李贺,韩卫东,刘纪文,等.鼻咽癌放疗后头颈部疼痛的脉冲射频治疗[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(8):626-627.
- [4] Wu ZX, Xiang L, Rong JF, *et al*. Nasopharyngeal carcinoma with headaches as the main symptom: A potential diagnostic pitfall[J]. J Cancer Res Ther, 2016, 12(1): 209-214.
- [5] 姜树军,岳阳,杨志健,等.警惕貌似经典型三叉神经痛的症状性三叉神经痛[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(9):566-567.
- [6] 慢性疼痛分类目录和定义[J].中国疼痛医学杂志,2021,27(1):2-8.
- [7] 王昆.应重视骨转移癌痛的治疗[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(12):705.
- [8] 赵浩然,姚鹏.不同温度射频热凝术治疗三叉神经痛的研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(9): 689-693.
- [9] Shayah A, Wickstone L, Kershaw E, *et al*. The role of cross-sectional imaging in suspected nasopharyngeal carcinoma[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2019, 101(5): 325-327.
- [10] 左鹏,邓欣莲,杨耀华,等.鼻咽顶后壁增厚的MRI表现及临床意义[J].中国中西医结合影像学杂志,2017,15(2):131-133,136.