

The X-Ray Misdiagnosis Analysis of Atypical Lung Ca

Zhenliang Tang

Department of Radiology, Peace Hospital Affiliated to Changzhi Medical College in Shanxi Province, Changzhi
Email: cz-tzl@sohu.com

Received: Feb. 13th, 2014; revised: Mar. 21st, 2014; accepted: Mar. 29th, 2014

Copyright © 2014 by author and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Abstract

Purpose: This article demonstrates how to develop the atypical lung cancer of X-ray diagnosis and identification diagnosis level by seven cases of atypical lung cancer of X-ray signs analysis and misdiagnosis lessons. **Method:** We conducted a retrospective analysis of the seven cases of atypical lung Ca which were first misdiagnosed between 2007 and 2012 in our hospital, investigated the performance characteristics of the X-ray case by case and analyzed the causes of misdiagnosis comprehensively. **Results:** 2 cases were misdiagnosed as pneumonia or pneumonia with atelectasis, 1 case of pulmonary inflammatory pseudotumor, 2 cases of pulmonary tuberculosis, 1 case of fewer pleural effusion and 1 case of lymphadenopathy next to mediastinal. **Conclusion:** Atypical lung Ca X-ray expresses in various forms, and we must analyze these forms comprehensively and focus on follow-up observation. Only in this way can we decrease the rate of misdiagnosis and improve the diagnostic accuracy of atypical lung Ca.

Keywords

Lung Cancer; Atypical; Misdiagnosis of X-Ray

不典型肺Ca的X线误诊分析(附7例报告)

唐振良

山西省长治医学院附属和平医院放射科, 长治

Email: cz-tzl@sohu.com

收稿日期: 2014年2月13日; 修回日期: 2014年3月21日; 录用日期: 2014年3月29日

摘要

目的：通过7例不典型肺癌的X线征象分析与误诊教训，进一步提高不典型肺癌的X线诊断与鉴别诊断水平。方法：对我院2007~2012年间X线胸片首诊误诊的7例不典型肺Ca病例进行回顾性分析，逐例探讨其X线表现特征，综合分析寻找误诊原因。结果：误诊为肺炎或肺炎伴肺不张2例，肺炎性假瘤1例，肺结核2例，胸膜少量积液1例，纵隔旁淋巴结肿大1例。结论：不典型肺Ca的X线表现形式多种多样，必须综合分析，注重随访观察，方可减少误漏诊，提高不典型肺Ca诊断准确率。

关键词

肺癌；不典型；X线误诊

1. 引言

本文收集了2007年12月~2012年12月在我院门诊检查和住院治疗的7例肺癌X线首诊误诊或漏诊，后经多次病理或其他特殊检查手段最后确诊为肺癌的病例，结合其临床资料及文献进行回顾性分析，以探讨其误漏诊原因，总结经验。

2. 临床资料

2.1. 一般资料

7例中，男4例，女3例，年龄在43~67岁，平均年龄58.5岁。临床症状与体征：咳嗽6例，咳痰4例，痰中带血2例，盗汗1例，胸腔积液1例，纵隔旁淋巴结肿大1例，发热3例，贫血消瘦2例。

2.2. X线平片表现

炎症或渗出性病变者3例：两例表现为孤立小片状浅淡或中等密度影，其中1例边界较清，1例在浸润灶边缘可见放射状的“车辐征”；一例为左下肺的块状密度增高影，密度不均。类似于肺结核表现者2例：一例病灶位于右上肺野外带，侧位见于上叶后段区，一例哑铃状肿块，周围可见小斑片或小结节状陈旧灶影。少量胸腔积液表现者1例：表现为左侧少量胸腔积液征，对侧肺尖部可见陈旧灶影。类似纵隔淋巴结增大表现者1例：表现为右上纵隔旁弧状外突影，病灶内缘与纵隔紧邻。

首诊误漏诊情况：误诊肺炎或肺炎伴肺不张2例，肺炎性假瘤1例，肺结核2例，胸膜少量积液1例，纵隔旁淋巴结肿大待诊1例。

确诊情况：本组均在进一步检查中发现误诊，其中经纤维支气管镜检及病检确诊2例，1例在复查X线胸片时发现误诊给予纠正，1例经CT扫描确诊，3例经穿刺活检证实。

3. 讨论

3.1. 误诊原因

1) 肺Ca的表现与其生长方式与部位有密切的关系，在肺Ca典型肿块或大片阴影出现之前，可有少数较小的斑片影或淡片影，边缘模糊，形态酷似肺的小叶或亚段炎症，故如其他部位有感染病灶或有感染症状者，则易于误诊为炎症或漏诊。如本组2例误为肺炎或肺炎伴不张。

2) 肿瘤生长于隐匿区域不易发现，如心膈角区、纵隔旁、肺门区、膈下或与心影重叠的较小癌灶，

或夹杂在密集的肺纹理中的病灶则易于疏漏，而待肿瘤增大产生压迫症状甚至发生转移才被发现。

3) 肺 Ca 如病灶较小，发生于肺门区者，早期可仅表现为肺门区有数条棉条状密度增高影伸向肺野，为病灶周围相邻的阻塞性支扩，有时呈树枝状，而周围的浅淡小结节或小片状阴影被掩，则易误诊为支扩或慢性支气管病变(是早期阻塞性支气管扩张所致)，原因是支气管内的粘液滞留，导致内径增宽[1]。

4) 不典型肺 Ca 表现为纵隔旁肿块时，肿瘤内缘与纵隔紧邻，两者之间不易分开时，易于误诊为纵隔肿瘤或纵隔淋巴结肿大[2]。如本组 1 例误为纵隔淋巴结肿大。后依 CT 增强扫描确诊。

5) 不典型肺 Ca 在融合病灶内可出现不规则支气管充气征[3]，出现不规则小空洞影或结节影，特别是位于锁骨下区内侧，或上叶后段区，以及下叶等部位，再加之原患有 TB 或其他部位有 TB 陈旧灶或“卫星灶”时，则易误诊为 TB。

6) 其它，如肺 TB 与肺 Ca 并存也是近年值得重视的一个问题。

3.2. 预防措施

1) 必须充分认识到不典型肺 Ca 的表现形式多种多样，其除与肿瘤生长的方式和部位有关外，还与其生长阶段、病理组织类型等有密切关系，对一时不易确定者，需综合分析，随访观察，保持高度的警惕性和责任心。

2) 对不易确定的患者不可单纯依赖 X 线胸片或 CT 报告，必须密切结合临床资料，特别对中老年患者有咳嗽、血痰、胸痛、消瘦以及长期抽烟史的情况下，发现不明原因的病灶时，都要建议查痰脱落细胞学检查，纤维支气管镜、穿刺活检等各项检查，以便达到早期诊断与早期治疗。如仍未能解决诊断问题，应进行短期复查，随访观察，必须及早明确诊断。

参考文献 (References)

- [1] 白人驹, 主编 (2005) 医学影像诊断学. 2 版, 人民卫生出版社, 北京, 286-287.
- [2] 白人驹, 张雪林, 主编 (2010) 医学影像诊断学. 3 版, 人民卫生出版社, 北京, 8, 228.
- [3] 吴恩惠, 主编 (2005) 医学影像学. 5 版, 人民卫生出版社, 北京, 137.