



名院名医



中山大学附属第一医院
ZHONGSHAN DAXUE FUSHU DIYI YIYUAN

普通外科

特色诊疗技术

PUTONG WAIKE TESE ZHENLIAO JISHU

■ 梁力建 彭宝岗 主编

■ 科学技术文献出版社

名 院 名 医

普通外科特色诊疗技术

主 编 梁力建 彭宝岗
编 者 (以拼音字母顺序)

蔡世荣	陈 娟	陈祖兵	管向东	华贇鹏
黄美近	赖佳明	黎东明	李绍强	李梅生
李松奇	梁力建	吕伟明	马晋平	彭宝岗
彭 慧	彭俊生	谭 敏	汤 地	王劲松
吴 晖				

编写秘书 梁培文

编写单位 中山大学附属第一医院

科学 技术 文献 出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

普通外科特色诊疗技术/梁力建,彭宝岗主编. -北京:科学技术文献出版社,2008.9
(名院名医)

ISBN 978-7-5023-6051-1

I. 普… II. ①梁…②彭… III. 外科-疾病-诊疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 070855 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 薛士滨

责 任 编 辑 薛士滨

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2008 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 889×1194 大 16 开

字 数 958 千

印 张 33.75

印 数 1~4000 册

定 价 75.00 元

版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

普通外科在外科学中占有相当重要的地位。本书按照普通外科常见病、多发病分为 20 章,全面系统地介绍了普通外科的基本理论和各种疾病的病因、病理生理、诊断、治疗方法、手术适应证、围手术期处理及各种疾病手术治疗方式的合理选择。内容既注重外科学基础理论和临床实践,并对近年来诊断和治疗技术的迅速发展作详尽的叙述。中山大学附属第一医院普通外科是全国的重点专科,18 位撰写本书的专家有多年的临床实践经验,书中介绍了本院长期形成的诊断、治疗常规以及个人长期积累的临床经验。全书理论联系实际,内容全面、系统,图文并茂,是值得向普通外科临床医师、医学院校的外科学教师和研究生推荐的参考书籍。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

前 言

外科学是医学教育的主干课程,而普通外科是外科学的重要基础,各个外科专科医师的培养,都应该经过普通外科的学习和训练。普通外科涉及面非常广,其范畴包括肿瘤学、外科基础和各系统的疾病。其中按照不同的解剖部位又分为颈部外科、乳腺外科、胃肠外科、肛门直肠外科、肝胆胰脾外科、周围血管外科等,其中也包括近 10 年来迅速发展的腹腔镜技术。普通外科的特点是常见病多、急症多、疑难病症多,另一方面,疾病的病情变化迅速、复杂。因此,普通外科医生应从思想上和业务上不断充实提高,具有良好的医德和更精湛的医术。这在客观上要求普通外科医生需要不断努力学习、更新知识,特别要熟悉外科新理论、新概念和新的诊治技术,才能对外科各种疾病的诊断和治疗工作运用自如。

近年来科学和技术的进步推动着现代外科的不断发展,随着基础学科的发展,免疫学、遗传学、分子生物学与临床学科的互相渗透,以及诊断和治疗新方法,诸如医学影像学、介入放射技术、腔镜外科的推广应用,人们对普通外科中许多疑难病的病因、病理及发病机制都有了新认识。在诊断和治疗方法的选择上有了新的观点和标准。而最新科学技术的开展,为外科疾病的判断提供了更有力的手段;麻醉技术的发展,重症监护病房的建立,极大地提高了外科病人手术中和手术后的安全性。

手术是外科最重要的技能。作为一名外科医生还需要有理论知识,善于结合应用各种非手术疗法。高度重视手术措施,选择手术方案、术前准备以及术后处理等一系列过程尤其要重视基本理论、基本知识、基本技能的训练,才能得到理想和预期治疗效果。

中山大学附属第一医院普通外科已经有非常久远的历史,并在 20 世纪 80 年代初期就已经实行普通外科专业分科,经过几代专家的努力,在临床的实践中逐渐形成了一套适合在本院实行的医疗规范,本书撰写出版的初衷是希望能总结近年来国内外普通外科的研究成果、技术进步和临床经验,结合本院的临床实际,力求反映普通外科的国内外现状、基础与临床紧密结合。强调在更多地掌握普通外科理论知识的基础上,更好地理解和提高临床工作水平,促进普通外科的发展。

针对学科发展的特点,组织我院从事普通外科工作的临床专家经过两年多的辛勤劳动共同完成了这部《普通外科特色诊疗技术》的编写工作。参与编写的各位作者在普通外科的理论基础与临床实践中做了大量工作、积累了丰富的经验。在编写方面采取多种形式,突出新内容和重点,以及作者的经验。力求理论结合实际,便于阅读和理解,以简捷的文字反映国内、外普通外科的最新动态和发展趋势,在内容上力求切实做到现代性、实用性、科学性和经验性;写作上的全面性、系统性和完整性。

本书既注重外科学基础理论,比较深入地介绍了有关疾病的病因学、解剖生理学、病理生理学和发病机制等。同时又注重联系现实,贴近临床,结合作者自己的临床经验,擅长体会和研究成果。从实际出发,并参照近年来国际和国内有关参考文献和资料,力求内容新颖、知识广泛、深入浅出。

本书共分为20章,较系统地介绍了普通外科的基本理论和各种疾病的病因、病理生理、诊断方法、治疗手段,以及手术适应证、手术步骤、术中注意点、围手术期处理和护理要点、常见并发症和手术错误的处理和预防外,还对手术方式作扼要评价,介绍对各种疾病手术治疗方式合理的选择。此外,还介绍本领域内国内外开展的新术式。为了使本书更能反映当今的外科手术处理,还另设章节介绍与本领域有密切联系的新兴学科(如腹腔镜手术)。还对一些新的、有独到性的理论、方法和普通外科领域的各项进展作了详尽的介绍,内容力求全面充实。本书在编写上,既注意借鉴前人的经验,也注意总结自己的体会;既重视理论方面的研究,又注重临床的实践应用,以便于读者理解参考。

本书主要是面向广大的普通外科临床医师,也是医学院校的外科学教师、外科研究生尤其是普通外科临床研究生、医学院校学生的重要参考书籍。

本书在编写过程中,得到了学校和医院的重视和支持,各位参编专家也尽了最大的努力,同时也得到科学技术文献出版社的大力支持,在此对他们的支持、帮助和辛勤劳动表示诚挚的谢意。

由于我们的学术水平有限,缺点和不足之处在所难免。真诚地希望广大读者和外科同道提出批评和指正。

梁力建 引宝岗

目 录

第一章 普通外科学常见症状与疾病诊断	(1)
第一节 肿块	(1)
第二节 疼痛	(16)
第三节 呕血、便血	(19)
第四节 黄疸	(24)
第二章 外科感染	(29)
第一节 外科软组织感染	(30)
第二节 手部急性化脓性感染	(33)
第三节 外科急性特异性感染	(35)
第四节 全身性外科感染	(39)
第五节 普通外科抗生素的选择及使用原则	(42)
第三章 危重病人监护	(47)
第一节 器官功能监测与管理	(47)
第二节 器官功能衰竭	(57)
第四章 肿瘤总论	(76)
第一节 肿瘤的早期发现	(76)
第二节 肿瘤标志物及实验室检查	(82)
第三节 肿瘤的影像学检查	(89)
第四节 肿瘤的外科治疗	(95)
第五节 肿瘤并发症	(101)
第五章 颈部疾病	(106)
第一节 甲状腺疾病	(106)
第二节 甲状腺肿	(117)
第三节 甲状腺结节的评价	(119)
第四节 甲状腺肿瘤	(121)

第五节 甲状腺炎症	(125)
第六节 原发性甲状旁腺功能亢进症	(128)
第七节 颈部肿块的诊断和处理	(132)
第八节 颈淋巴结结核	(135)
第九节 颈部外伤	(135)
第六章 乳房疾病	(140)
第七章 腹外疝	(151)
第一节 概论	(151)
第二节 腹股沟疝	(151)
第三节 腹股沟疝手术	(154)
第四节 股疝	(158)
第五节 其他腹外疝	(159)
第八章 腹部损伤	(161)
第一节 腹部闭合性损伤	(161)
第二节 腹部开放性损伤	(164)
第三节 常见的腹部脏器损伤	(166)
第九章 腹膜、网膜和腹膜后间隙	(172)
第一节 急性腹膜炎	(172)
第二节 腹腔脓肿	(179)
第三节 结核性腹膜炎	(183)
第十章 胃和十二指肠疾病	(186)
第一节 胃十二指肠溃疡的外科治疗	(186)
第二节 胃十二指肠肿瘤	(201)
第三节 其他胃十二指肠良性疾病	(215)
第四节 胃十二指肠外科手术及其并发症	(223)
第五节 胃肠吻合器在胃肠外科的应用	(235)
第十一章 小肠疾病	(241)
第一节 肠梗阻	(241)
第二节 肠系膜血管缺血性疾病	(250)
第三节 小肠炎性疾病	(252)
第四节 小肠息肉	(257)
第五节 小肠肿瘤	(258)
第六节 小肠其他疾病	(259)
第十二章 阑尾疾病	(266)
第一节 急性阑尾炎	(266)
第二节 特殊类型急性阑尾炎	(272)
第三节 慢性阑尾炎	(273)

第四节	阑尾肿瘤	(274)
第五节	阑尾切除术	(275)
第十三章	结肠、直肠和肛管疾病	(278)
第一节	结肠憩室病	(278)
第二节	结肠扭转	(281)
第三节	溃疡性结肠炎	(283)
第四节	直肠癌	(292)
第五节	肛管癌	(303)
第六节	肛裂	(305)
第七节	肛管直肠周围脓肿	(307)
第八节	肛痿	(309)
第九节	痔	(312)
第十四章	肝脏疾病	(321)
第一节	肝外伤	(321)
第二节	肝脓肿	(323)
第三节	肝囊肿	(326)
第四节	肝肿瘤	(327)
第五节	肝切除术	(337)
第六节	放射介入和超声介入在肝脏疾病中的应用	(348)
第十五章	门静脉高压症	(352)
第一节	门静脉系统的解剖和生理	(352)
第二节	门静脉高压症病因	(354)
第三节	门静脉高压症的分型	(355)
第四节	门静脉高压症的临床表现	(355)
第五节	门静脉高压症的诊断和评估	(356)
第六节	门静脉高压症的治疗	(357)
第七节	门静脉高压症的非手术治疗	(361)
第八节	区域性门静脉高压症的诊断和治疗	(363)
第十六章	胆道疾病	(364)
第一节	先天性胆道疾病	(364)
第二节	胆道结石病和胆道感染	(369)
第三节	原发性硬化性胆管炎	(383)
第四节	胆道蛔虫病	(386)
第五节	胆道损伤与狭窄	(388)
第六节	胆道疾病常见并发症	(393)
第七节	胆道良性肿瘤	(395)
第八节	胆道恶性肿瘤	(398)

第十七章 胰腺疾病	(412)
第一节 胰腺先天性疾病	(412)
第二节 胰腺外伤	(415)
第三节 胰腺炎症	(419)
第四节 胰腺囊肿	(426)
第五节 胰腺癌	(428)
第十八章 脾脏疾病	(455)
第一节 脾脏损伤	(455)
第二节 脾功能亢进	(459)
第三节 脾脏肿瘤	(463)
第四节 脾脏与血液病	(467)
第五节 脾切除术	(473)
第六节 部分脾切除术	(479)
第七节 脾脏移植	(481)
第十九章 周围血管疾病	(487)
第一节 周围血管损伤	(487)
第二节 动脉疾病	(489)
第三节 静脉疾病	(496)
第四节 动静脉瘘	(502)
第五节 腹主动脉瘤	(505)
第六节 周围动脉瘤	(512)
第二十章 腹腔镜在普通外科中的应用	(517)
第一节 腹腔镜疝修补术	(518)
第二节 腹腔镜胆囊切除术	(521)
第三节 腹腔镜联合十二指肠镜治疗胆囊、胆总管结石	(524)
第四节 腹腔镜肝切除术	(525)
第五节 腹腔镜脾脏切除术	(527)
第六节 胃、小肠、结直肠癌的腹腔镜手术治疗	(529)

第一章

普通外科学常见症状与疾病诊断

第一节 肿 块

肿块是指组织或器官在各种病因的作用下而产生增生、肿胀、粘连、移位,形成异常的、在体表能被触及的包块。肿块的性质包括炎症性、肿瘤性(良性和恶性)、损伤性、先天性等。肿块是普通外科中最常见的症状之一。根据肿块的位置不同,分述如下。

一、体表肿块

体表肿块是指位于皮肤、皮下组织和深筋膜下组织等浅表软组织内的肿块,包括炎症性肿块和肿瘤。肿块是体表肿瘤最常见和最主要的临床表现。

(一)体表肿块的诊断

1. 病史 仔细询问病史对体表肿块的诊断和鉴别诊断有重要的意义。起病急,体表肿块伴全身发热或伴肿块局部红、肿、热、痛,为炎症性包块。病史长,肿块生长缓慢,一般无局部症状或局部症状轻微,为良性肿块。肿块在短时间内生长快,可引起组织或器官功能异常,多为恶性肿块。

2. 体格检查 应注意检查肿块的位置、大小、质地、边界、有无压痛、表面是否光滑、活动度和相关引流区域淋巴结等。肿块质地软、边界清楚、活动度好,多为良性肿块。肿块质地坚硬、边界不清、活动度差或固定、不能推动、相应引流区域淋巴结肿大,应考虑恶性肿块。

3. 影像学检查 对于部位深在,触诊结果不满

意或诊断有困难时,可行超声、CT 或磁共振(MRI)等检查。

4. 肿块活检 对于上述影像学检查不能明确诊断,而临床上高度怀疑为恶性肿块者,可行肿块活检,尽快明确诊断,以免延误最佳治疗时机。

(二)皮肤良性肿物

1. 皮肤乳头状瘤 皮肤乳头状瘤是乳头状样结构的上皮增生形成,呈外生性生长,表面呈乳头状或菜花状,容易恶变为皮肤癌。本病应与老年疣和乳头状疣鉴别。

(1)老年疣:好发于老年男性,多见于头、面、手背和胸背部,为多发性、褐色或黑色隆起的直径 0.3~3.0 cm 的疣状肿物。如局部增大伴出血和溃疡者,应注意恶变的可能。

(2)乳头状疣:本病由乳头多瘤空泡病毒(papova viruses)所致,表面呈乳头状突起,突起较细,基底平整不向表皮下延伸。偶可自行脱落。

2. 色素痣 色素痣为含有痣细胞的良性肿瘤。很常见,几乎人人皆有。色素痣形态各异,可呈斑片状、结节状、乳头状。根据病理学特点,可分为:①交界痣:痣细胞位于表皮下部与真皮交界处,部分超过基底膜;②皮内痣:痣细胞位于真皮内;③混合痣:为交界痣和皮内痣的混合型。色素痣有恶变的可能,色素痣突然变黑、增大、发炎、溃烂并出血、痣旁边出现卫星小点等,应考虑恶变。

3. 血管瘤 血管瘤为皮肤毛细血管增生扩张形成的良性肿瘤。属先天性疾病,大多数患者出生时即

有。血管瘤可分为3种。

(1)鲜红斑痣:又称毛细血管扩张痣,为一片或数片大小不等,形态不一的紫红色斑,表面光滑、边缘清楚、指压退色。本病好发于面部,其次为颈部和躯干,病程缓慢,到一定大小不再增大。

(2)草莓状血管瘤:又称单纯性血管瘤,为高出皮肤表面的草莓样分叶状肿瘤,自黄豆至草莓大小,好发于面部,可自行消退。

(3)海绵状血管瘤:常位于皮下和黏膜下。病变为结节状较大的质软肿块,呈浅紫色或紫蓝色,瘤体扩大到一定程度可停止发展,部分可自然消退。

4. 瘢痕疙瘩 又称瘢痕瘤,为皮肤损伤后结缔组织大量增生所形成。

(三)皮肤恶性肿瘤

1. 皮肤癌 皮肤癌是皮肤的恶性肿瘤,多见于50岁以上的中老年人,80%以上发生在头、颈面和四肢。多在皮肤损伤的基础上发生。肿瘤质地坚硬,与周围组织分界清楚,表面呈菜花样,肿瘤中央易坏死,形成溃疡,易出血,常合并感染,伴恶臭。肿瘤可侵犯周围组织和区域淋巴结。本病应与皮肤慢性溃疡和尖锐湿疣鉴别。

(1)皮肤慢性溃疡:病史较长,常有外伤、感染、理化因素及血循环障碍等因素。溃疡边缘不隆起,底部较平,无菜花样改变。本病容易癌变。

(2)尖锐湿疣:为一种好发于皮肤与黏膜交界处的乳头瘤状湿疣。好发于外阴(如冠状沟、包皮内、大小阴唇)、会阴、肛门周围等。

2. 黑色素瘤 黑色素瘤为一种恶性程度极高的恶性肿瘤,可发生于正常皮肤或内脏,也可由色素性皮肤病恶变形成。本病好发于中老年人,好发于足部,其次为下肢末端、头、颈、腹、臀部,常为单发。病变初期在正常皮肤上出现黑斑或原有的黑痣短期内扩大,形成隆起的结节或斑块,色素加深,周围出现炎症反应,易破溃出血,继而发展为块状或菜花状。病程进展快,常发生局部淋巴结转移。

3. 蕈样肉芽肿 本病是一种原发于皮肤的T淋巴细胞恶性淋巴瘤。肿瘤坚硬,可破溃,常伴感染,有恶臭。

(四)皮肤囊肿

1. 皮样囊肿 皮样囊肿为一种先天性病变,为

囊性畸胎瘤。可见于身体任何部位,好发于眉梢或颅骨骨缝处。发展缓慢,为边界清楚的囊性肿物,活动,与皮肤粘连,合并感染时可见皮脂样物流出。

2. 表皮样囊肿 表皮样囊肿是由于外伤导致表皮进入皮下生长而形成的囊肿,多见于易受伤或摩擦的部位。囊肿向外生长隆起,表皮无皮脂腺开口。

3. 皮脂腺囊肿 又称粉瘤,是皮脂腺堵塞内容物不能排泄而形成,多见于头面、前胸、背部、腋窝和阴囊等处。囊肿呈圆形或椭圆形,稍隆起于皮肤,表面光滑黄色或青色,顶部可见一皮脂腺开口,与皮肤粘连,用力挤压时开口处可见白色油腻形物流出,合并感染时出现红肿痛或破溃。

(五)皮下肿物

1. 脂肪瘤 脂肪瘤起源于皮下或肌间的脂肪组织,可发生在任何年龄,无性别特异,多见于前臂、大腿和躯干,肿瘤可单发,也可多发。肿瘤有完整的包膜,大小不一,边界清楚,可呈结节状,无压痛,质地软或韧,活动度好。

2. 纤维瘤 纤维瘤来源于纤维组织,可发生在任何年龄。肿瘤有完整的包膜,平均直径为2~3 cm,呈椭圆形或梭形,表面光滑,边界清楚,无压痛,质地比脂肪瘤为硬,活动度好。

3. 纤维瘤病 本病也称为侵袭性纤维瘤病,来源于肌腱膜的纤维组织肿瘤,具有进行性局部浸润肌肉和周围组织能力,肿瘤无包膜,边界不清,其生物学特性介于良性纤维瘤与纤维肉瘤之间。好发于女性,20~40岁为好发年龄。本病约50%发生在腹壁,腹腔内约8%,腹部外约42%。本病包块的特征为瘤体比纤维瘤大,边界不清,可呈分叶状,质地较硬,活动度差。往往需要病理切片来确诊。

4. 海绵状血管瘤 海绵状血管瘤好发于婴儿和儿童,好发部位为头面部、四肢和躯干。肿物常较大,无明显边界,常累及深部软组织。无自然消退的倾向。浅部的肿瘤表面呈凹凸不平的蓝色隆起肿块,质地柔软;深部肿瘤则为表面色淡的弥漫性肿块。由于扩张的血管内充满郁积的血液,常伴有血栓形成、钙化和继发感染。X线腹部平片发现静脉石形成为特征性表现。

5. 淋巴管瘤 淋巴管瘤是先天性淋巴组织发育异常,淋巴管增殖扩张所致。本病好发于颈部和腋

窝,约占95%,腹壁淋巴管瘤临床少见,我院在过去33年中,共收治腹壁淋巴管瘤19例,占同期淋巴管瘤的3.1%(19/618)。腹壁肿物是本病的主要表现,肿块的特点是大小不一,质地柔软,有压缩性和囊性感,边界不清。穿刺可抽出淡黄色浆液或乳糜性液体,B型超声扫描检查可见腹壁单房或多房囊性肿物有助诊断。

二、颈部肿块

颈部肿块为临床常见症状之一,为甲状腺疾病和颈部淋巴结病变的主要表现。颈部肿块按病理类型可分为:①炎症性肿块,如甲状腺炎、慢性淋巴结炎、颈部软组织化脓性感染等;②肿瘤,如甲状腺肿瘤、淋巴结转移癌和恶性淋巴瘤;③先天性畸形,如甲状舌骨囊肿、胸腺咽管囊肿、颌下皮样囊肿等。

患者本人或临床医生发现颈部肿块相对容易,但要明确肿块的性质,有时比较困难,往往需要活检才能明确诊断。

(一)颈部肿块的诊断

1. 病史 临床医生要详细询问患者的病史,注意病人的年龄、性别特征、肿块发生的时间和发展的速度、其他伴随症状等。先天性畸形多见于10岁以下的小儿,病程较长,肿块变化不明显。儿童时期发现的甲状腺肿块要高度怀疑恶性肿瘤的可能。肿块在短时间内明显增大,伴发热、消瘦等,恶性肿瘤的可

能性大。

2. 体格检查 要注意肿块的部位、大小、形态、质地、活动度、有无压痛、搏动或震颤等。囊性肿块质韧、表面光滑、边界清楚、有囊性感。炎性肿块边界不清、有压痛,脓肿形成后触诊时有波动感。甲状腺肿块多可随吞咽运动上下活动,恶性肿块质地坚硬,但有些恶性肿瘤可呈囊性,如甲状腺乳头状囊腺癌,可伴颈部淋巴结肿大。良性肿块质韧、边界清楚。血管瘤质软、压迫后肿块缩小。动脉瘤有搏动、听诊时可闻及与心脏搏动同步的杂音。颈部肿块有不少是全身疾病在颈部的表现,故检查颈部的同时,系统的全身检查也是必要的。怀疑颈部转移癌时应检查甲状腺、鼻咽部、口腔、胸部和腹部。发现颈部多发性肿块时,应注意检查腋窝、腹股沟等浅表淋巴结和腹膜后淋巴结、肝脏和脾脏,以排除恶性淋巴瘤的可能。

3. 必要的化验和影像学检查 怀疑甲状腺功能亢进时,行甲状腺功能检查。外周血象和骨髓检查对诊断白血病和恶性淋巴瘤有帮助。超声检查对甲状腺疾病诊断和颈部淋巴结肿大的检查有重要的意义。怀疑颈部淋巴结转移癌时,可应用X线、CT或MRI、内镜对可疑的系统或器官进行检查。

4. 颈部肿块活检 颈部肿块的定性诊断有时比较困难。此时可考虑作颈部肿瘤活检,以尽快地明确其性质。

颈部各区域常见的肿块见表1-1。

表 1-1 颈部常见的肿块

部位	单发性肿块	多发性肿块
颌下区	颌下腺炎、颌下皮样囊肿	急、慢性淋巴结炎
颈前正中区	各种甲状腺疾病、甲状舌管囊肿	淋巴结结核、恶性淋巴瘤、淋巴结转移癌
颈侧区	胸腺咽管囊肿、颈动脉体瘤、淋巴瘤、血管瘤	
锁骨上区	转移性肿瘤、恶性淋巴瘤	
颈后区	脂肪瘤、纤维瘤	
腮腺区	腮腺炎、腮腺肿瘤	

(二)颈前区肿块

1. 单纯性甲状腺肿 单纯性甲状腺肿为甲状腺代偿性肿大,一般无甲状腺功能异常。常见于缺碘的流行地区,女性多于男性。甲状腺弥漫性肿大而甲状

腺功能一般无异常为其临床特点。甲状腺肿大常为两侧对称,质软,可随吞咽上下移动。早期无症状,后期可在弥漫性甲状腺肿大的基础上形成结节,为结节性甲状腺肿,结节可单发,亦可多发,结节逐渐增大,可出现压迫症状,如呼吸困难、吞咽困难、声嘶等。结

节合并囊内出血,结节迅速增大伴有疼痛。甲状腺摄¹³¹碘率高于正常水平,最初几小时吸碘率低,随后逐渐升高,24~48小时为高峰。血浆T₃和TSH增高,T₄降低。超声检查有助诊断。

2. 原发性甲状腺功能亢进 甲状腺弥漫性肿大,甲状腺合成和分泌大量甲状腺激素,引起交感神经过度兴奋,主要表现为患者性情急躁、易激动、常失眠、出汗,双手常有细微震颤,严重者舌、足亦有震颤。循环系统表现为心跳有力,心率增快,常在100次/分以上,患者静息时亦如此。部分患者可出现眼球突出、眼裂增宽和瞳孔散大。局部体检见甲状腺弥漫性肿大,质软至韧,可扪及震颤,听诊时可闻及血管杂音。患者基础代谢率增高,轻度甲亢的基础代谢率在+20%~30%,中度在+30%~60%,重度在+60%以上。血清T₃和T₄测定明确诊断。在诊断有困难时可行促甲状腺激素释放激素(thyrotrophin-releasing hormone; TRH)兴奋试验,如为阴性,则有诊断意义。

3. 甲状腺炎 主要包括急性甲状腺炎、慢性淋巴细胞性甲状腺炎和慢性纤维性甲状腺炎。急性甲状腺炎为细菌引起的急性炎症,患者出现甲状腺肿大伴疼痛、发热,严重者出现压迫症状如气促、吞咽困难、声嘶等。腺体坏死和脓肿形成后可引起甲状腺功能低下。

慢性淋巴细胞性甲状腺炎为一种自身免疫性疾病,女性多见。主要表现为甲状腺逐渐弥漫性增大,质地硬。50%患者合并甲状腺功能低下,颈部淋巴结多不肿大。患者基础代谢率降低和碘摄入量减少,有助于诊断。诊断有困难时可用甲状腺素进行诊断性治疗,如治疗后甲状腺明显缩小,可诊断本病。

慢性纤维性甲状腺炎临床少见,主要表现为甲状腺逐渐肿大,病变常局限于一侧,表面不平,质地坚硬,病理改变为致密的纤维组织增生,常侵入甲状腺固有包膜或包膜外组织,使甲状腺与周围组织紧密粘连,常累及喉返神经,使患者出现声嘶、呼吸和吞咽困难。患者出现甲状腺功能低下,颈部淋巴结不肿大。本病与甲状腺癌不易区分,常需要穿刺活检。

4. 甲状腺腺瘤 为甲状腺良性肿瘤,分为滤泡状和乳头状腺瘤。肿瘤有完整的包膜。常见于40岁以下的女性。肿瘤为单发、质软、表面光滑,随吞咽上下移动。一般患者无症状,20%患者可合并甲亢,10%患者可出现癌变。

5. 甲状腺癌 为甲状腺的恶性肿瘤,有4种病理类型:①乳头状腺癌,最常见,约占60%,恶性度较低,主要转移途径为颈部淋巴结,多见于年轻女性;②滤泡状腺癌,约占20%,中度恶性,血行播散常见,颈部淋巴结转移少见,常见于中年人;③未分化癌,约占10%,恶性度高,早期可发生颈部淋巴结转移和血行播散,常见于老年人;④髓样癌,约占10%,肿瘤起源于滤泡上皮以外的滤泡旁细胞(C细胞),分泌大量降钙素,恶性度中等。

6. 甲状舌管囊肿 为甲状腺舌管退化不全在颈部中线形成的先天性囊肿。囊肿位于颈部中线,舌骨下方,呈球形的无痛性肿块。囊肿一般不大,可随吞咽或伸舌时上下移动。囊肿受感染时可破溃形成瘘管。

(三) 颌下颌下区肿块

1. 颌下皮样囊肿 为胎生初期第一腮裂的外胚叶组织遗留在皮下组织中形成。囊肿位于颈部中线,在舌骨与下颌骨之间,并与舌骨或下颌骨粘连,往往在青春期前已出现,囊肿可突入口腔。

2. 颌下腺炎 急性颌下腺炎少见,多数病例为慢性炎症。成年人多见。急性炎症时,患侧口腔底部肿胀、疼痛,吞咽时尤为明显,颈前区皮肤红肿、压痛,颌下三角边界不清。颌下腺导管发红,挤压颌下腺可见导管有脓性分泌物,患者可出现体温升高等急性炎症表现。颌下腺导管堵塞时,涎腺肿大疼痛,进食后症状消失。长期炎症反复发作导致腺体萎缩,此时阻塞症状减轻。慢性炎症时颌下颌下区可扪及肿大的颌下腺,质硬、有压痛,口底部可扪及条索状的导管,挤压颌下腺有脓性分泌物流出。

3. 淋巴结炎 多见于上呼吸道感染、口腔炎症和局部皮肤或软组织发炎。急性淋巴结炎局部淋巴结肿大、压痛、可推动,后期多个淋巴结可粘连成硬块,活动度差,表面皮肤红、肿、热,患者可伴畏寒、发热等全身炎症反应。慢性淋巴结炎局部淋巴结肿大、质韧、压痛不明显,常波及到一组淋巴结,患者全身炎症反应不明显。对于原发感染灶不明显,而颈部淋巴结持续肿大、经抗感染治疗无明显缩小者,需作淋巴结活检,以尽早明确诊断。

(四) 颈部两侧区域肿块

1. 胸腺咽管囊肿 为胸腺咽管退化不全,在颈

部形成的先天性囊肿。在婴儿期,胸腺咽管囊肿都位于颈侧、胸锁乳突肌的前方或深面,为球形、无痛性肿块。囊肿大小不定,体积大者可扩展到对侧,引起呼吸和吞咽困难。在青春期,囊肿常自行破溃形成瘘管,瘘管外口位于胸锁乳突肌的前缘。瘘管靠近颈部大血管上行,长短不一,长者可经颈内和颈外动脉之间在二腹肌深面上行,开口于腭扁桃体附近。瘘管造影可明确其行径和长度。

2. 颈部囊状淋巴管瘤 常见于婴儿的颈侧部,在胸锁乳突肌的外侧,锁骨上方,多位于皮下组织内。为质软、有波动感、透光的肿块,边界不清,不易被压缩,无痛。筋膜下的囊状淋巴管瘤可扩展到纵隔,引起气管压迫。局部穿刺抽液可帮助诊断。

3. 颈动脉体瘤 位于颈总动脉分叉的外鞘内,大小不一,直径从1~10 cm不等,肿块呈红褐色,有较完整的包膜,常围绕颈总、颈内或颈外动脉生长,与动脉紧密粘连,但不累及动脉的中层和内层。大的肿瘤的使颈内或颈外动脉受压。男女发病率无差异,多见于30~40岁人群。体检时在舌骨水平、胸锁乳突肌的深面可扪及圆形肿块,质软,表面光滑。听诊时可闻及血管杂音,压迫肿瘤可引起患者头晕或虚脱感。超声检查和颈动脉造影可助诊断。

(五) 颈后区肿块

颈后区肿块多见于脂肪瘤和纤维瘤。肿块多为单发,无明显症状。

(六) 锁骨上区肿块

1. 淋巴结转移癌 原发癌大部分在头颈部,以鼻咽癌和甲状腺癌的转移最常见。其次为原发于胸部、腹部和盆腔的恶性肿瘤,还有一小部分为原发灶不明的转移癌。临床表现为颈部和锁骨上窝出现质硬的淋巴结,初为单发、无痛、可推动,后期出现多个淋巴结融合,固定,并可侵犯周围组织。晚期肿块可坏死、破溃、出血和感染。锁骨上窝淋巴结转移为晚期肿瘤的表现,仔细询问病史和体格检查,必要的影像学检查可对原发灶进行诊断,诊断有困难时可行淋巴结活检。

2. 恶性淋巴瘤 为原发于淋巴结和淋巴结以外的淋巴组织以及单核巨吞噬细胞系统的恶性肿瘤。分为霍奇金病和非霍奇金淋巴瘤。多见于儿童和青

壮年。肿大的淋巴结常先出现于一侧或两侧的颈侧区,散在、质韧、无痛、可推动,随后肿大的淋巴结融合成团,生长快,腹股沟、腋窝淋巴结和肝、脾肿大,患者有不规则的高热。淋巴结活检可明确诊断。

三、乳腺肿块

乳腺肿块是乳腺疾病最常见的重要体征。大多数乳腺肿块为患者本人无意中发现,或在身体检查时被发现。乳腺肿块根据病因可分为良性和恶性肿瘤、感染、外伤和畸形等。

(一) 乳腺肿块的诊断

1. 病史 乳腺肿块性质与患者的性别、年龄、肿块存在的时间、增大的速度和伴随其他症状有密切关系。男性乳腺肿块以乳腺发育为主,而女性则见于多种疾病。乳腺纤维瘤好发于20~25岁青年女性,很少发生在月经来潮之前或绝经后。乳腺囊性增生病与孕酮和雌激素分泌比例失调有关,故本病多见于20~50岁的女性。乳腺癌好发于40~60岁的女性。

肿块存在的时间比较长,生长缓慢或增大不明显,多为良性肿瘤。肿块存在的时间短,短期内增大明显,应考虑恶性肿瘤的可能。

乳腺肿块的伴随症状对肿块性质的诊断有重要的参考价值。肿块伴周期性疼痛往往为乳腺囊性增生病,疼痛一般在月经前加重,月经后减轻。乳头血性溢液多由乳头状瘤或乳腺癌引起。乳头糜烂经治疗后无好转应考虑湿疹样乳癌。乳腺局部皮肤出现“橘皮样改变或酒窝征”时,应考虑乳腺癌的可能。乳腺局部出现红、肿、热、痛,伴发热,多为急性乳腺炎。

2. 乳腺体检 患者端坐,将两侧乳腺完全显露,双手臂自然垂下,再嘱患者双手抱头,观察两侧乳腺的大小、是否对称、乳腺局部和乳头有无抬高和凹陷。皮肤有无红肿和橘皮样改变,浅表静脉有无扩张。触诊时嘱患者平卧,用手指的掌面轻柔触摸,不能用手指将乳腺捏起,否则会将正常的乳腺组织误认为肿块。触诊时要注意:①肿块的位置、数目和大小;乳腺癌多位于乳腺外上象限;多发性肿块多见于乳腺囊性增生病,单发肿块多见于乳腺肿瘤。②肿块的形态、边界和硬度:圆形或椭圆形、表面光滑、边界清楚、无压痛为纤维瘤;边界不清且有多发性结节、触诊有韧性感、有压痛者为乳腺囊性增生病;早期乳腺癌边界

清楚,晚期乳癌则为边界不清、形态不规则的肿块。

③肿块的活动度、与局部有无粘连:良性肿瘤活动度大,与皮肤、胸大肌筋膜无粘连;早期乳腺癌有一定的活动度,随着肿瘤的进展,活动明显受限,可与皮肤和胸大肌筋膜粘连。④乳头的检查:注意乳晕区有无肿块,挤压乳腺,注意乳头有无溢液和溢血。⑤腋窝淋巴结检查:检查有无肿大的淋巴结。

3. 辅助检查

(1)超声检查:为无创、方便、价格低廉的检查方法,能准确鉴别肿块是囊性还是实性,诊断准确性较高。

(2)钼靶X线检查:X线干板乳腺摄片具有特异性强、准确性高的特点。结合中子检测器、数字乳腺扫描可检测到触诊阴性的早期乳腺癌。

(3)细针穿刺细胞学检查(FNA):在触摸到肿块后,穿刺活检,或在超声引导下穿刺活检。FNA的准确率高达80%~100%。

(4)肿块组织活检:局麻下切除肿块组织作病理检查,以明确诊断。

(二)乳腺良性肿块

1. 乳腺囊性增生病 本病为女性最常见的乳腺疾病,是乳腺导管和小叶在结构上的退行性和进行性变化。好发于30~50岁女性,病变常累及双侧乳腺,在乳腺触及个或多个大小不一、圆形、质韧的结节,结节可分散在整个乳腺,或局限在乳腺的一部分,多位于乳腺外上象限,结节与周围组织分界不清,与皮肤和胸大肌筋膜无粘连,腋窝淋巴结不大。患者常感到乳腺胀痛,在月经前3~4天为明显,月经一来,胀痛减轻。也有疼痛与月经周期无明显联系者,为持续性钝痛。部分患者可有乳头溢液,为少量黄绿色、棕色或血性。

2. 乳腺纤维瘤 为乳腺最常见的良性肿瘤,常见于20~25岁青年女性,肿瘤多为单发。纤维瘤与雌激素的刺激密切相关,故很少发生在月经来潮之前和绝经后。肿瘤好发于乳腺外上象限,呈椭圆形,多为1~3cm,亦有巨大的。患者无自觉症状,肿瘤表面光滑、边界清楚、质韧、活动度大,与周围组织和皮肤无粘连。腋窝淋巴结无肿大。肿瘤一般生长缓慢,在妊娠和哺乳期可迅速增大。

3. 乳腺脂肪瘤 脂肪瘤在乳腺中少见,位于乳

腺皮下,常见于中年女性或绝经后妇女。肿块边界清楚、活动度大、质软,椭圆形或分叶状,与周围无粘连。

4. 乳腺导管扩张症 多见于非哺乳期的已婚女性,主要表现为在乳晕下局限形肿块,肿块的长径与乳腺导管平行,肿块边界不清,质较硬,急性期肿块逐渐增大,慢性期变小、变硬,可持续多年。肿块伴疼痛,在月经前加重。伴有乳头溢液,呈自发性、间断性,液体清亮、淡黄色或棕黄色。在老年患者可有乳头凹陷。合并感染时可形成脓肿,腋窝淋巴结肿大。

5. 乳腺导管内或囊内乳头状瘤 本病临床少见,好发于40~50岁女性。病变为单个或多个发生在乳头附近扩张的乳管中,或生长在乳头附近与乳管相通的囊肿中。乳头状瘤小、带蒂且有许多绒毛,极易出血。最常见的症状为不在月经期自乳头溢出血性液体,多不伴疼痛。肿块不一定能扪及。肿块呈圆形、质软、不与皮肤粘连,压迫肿块时有血性液体自乳头溢出。本病有癌变的可能。

6. 副乳腺 为先天性发育异常,最常见于腋窝和紧靠正常乳腺的下方,有时在腋窝皮下出现异位乳腺组织,患者平时不易发现,在妊娠和哺乳期时因局部肿胀而被发现。副乳腺随月经周期发生生理性变化,引起肿胀和疼痛。超声检查可在乳腺外上象限见到乳腺样结构。

7. 急性乳腺炎 急性乳腺炎好发于产后女性,以初产妇多见,常发生在产后第3~4周。病原菌多为金黄色葡萄球菌。病变早期表现为乳头疼痛、乳腺变硬、胀痛,伴寒战、发热等全身不适。病情进一步发展,乳腺可扪及边界不清、触痛的肿块,乳腺表面皮肤红、肿。肿块短期内可软化,形成脓肿,此时扪及肿块有波动感。脓肿可单发,亦可多发。脓肿可通过皮肤往外破溃,也可破入导管,从乳头排出脓液,或破入胸大肌,形成乳腺后脓肿。患侧淋巴结肿大,有压痛。急性乳腺炎要与炎性乳腺癌和佩吉特(Paget)病鉴别。

(三)乳腺恶性肿瘤

1. 乳腺癌 乳腺癌是乳腺最常见的恶性肿瘤,好发于40~60岁女性,近年来发病有年轻化趋势。乳腺肿块是乳腺癌最常见的症状,大部分为单发,少数为多发,肿块质地坚硬,早期不伴局部疼痛。随着肿瘤进展,可侵犯皮肤、Cooper韧带而出现“橘皮征

和酒窝征”、乳头凹陷。部分患者可出现乳头溢出血性液。肿瘤侵犯皮肤破溃时引起溃疡、出血。进展期的患者患侧腋窝淋巴结肿大,可融合成团。超声检查、X线钼靶扫描有助诊断。

2. 乳腺叶状囊肉瘤 本病少见,多见于40~50岁女性。肿瘤由良性上皮和富于细胞的间叶成分组成。肿块生长较快,常达拳头大小,但边界清楚,活动度好,与皮肤无粘连。腋窝淋巴结不肿大。超声、X线钼靶扫描有助诊断。

3. 乳腺肉瘤 本病较少见,约占乳腺肿瘤的2%~3%。多见于25~40岁女性。肉瘤生长迅速,乳头多不凹陷,乳腺皮肤变薄,局部静脉曲张明显,肿块很快侵犯胸大肌,并血性转移到肺、肝、脑等器官,淋巴转移少,患者常伴有发热,但很少有疼痛。

四、腹部肿块

(一)腹部包块常见的类型和病因

1. 肿瘤性包块 根据肿瘤的形态学特性和对人体的影响可分为良性肿瘤和恶性肿瘤。良性肿瘤表面光滑,边界清楚,活动度良好,有实性和囊性之分。恶性肿瘤表面欠光滑,边界不清,质地坚硬,活动度差。

2. 炎症性包块 炎症性包块由腹腔感染引起,炎症局限后形成。患者有明确的腹部感染病史。如阑尾周围脓肿、回盲部结核等。

3. 先天性包块 先天性包块在胚胎发育时形成,是组织或器官发育异常所致,如先天性胆总管囊肿,多囊肾,多囊肝等。

4. 损伤性包块 腹部外伤可引起腹腔内器官或组织的损伤、出血,由纤维组织增生包裹而形成包块。如胰腺假性囊肿、肠系膜、大网膜囊肿等。

5. 梗阻性包块 空腔器官的远端出现梗阻,内容物不能通过,梗阻的近端肿胀,形成包块,如肾盂积水等。

6. 器官位置异常 腹腔内的器官由于位置改变,在腹腔的其他位置被触及,临床上易误诊为腹部包块,如游走脾、肾下垂和游走肾腹部癌等。

(二)腹部包块的诊断

腹部包块为许多疾病的一个表现,绝大部分腹部

包块均需要外科手段治疗,但是,在治疗方案确定前,必须尽可能明确包块的来源和性质,也就是说要明确腹部包块的诊断。腹部包块的诊断和鉴别诊断必须遵循以下外科临床思维。

1. 明确是真性包块还是假性包块 临床上易将一些正常的解剖结构和生理现象误认为腹部包块,必须仔细辨别:①长期便秘者粪便积聚在乙状结肠,触诊时在左下腹可扪及到长条形的“包块”,清洁灌肠后“包块”消失。②急性尿潴留的病人在下腹部可扪及增大的膀胱而被误认为下腹部“包块”,导尿后“包块”消失。③育龄女性下腹部扪及到包块,应注意妊娠子宫,月经史和尿妊娠试验可帮助诊断。④腹股沟疝、股疝、脐疝内容物突出时,可在相应的位置扪及包块,但其包块可回纳,腹压增高时,包块增大,病人咳嗽时,可触及包块有冲击感,如果内容物为肠管,尚可闻到肠鸣音。此外,一些正常的解剖结构如瘦长体型的病人在脐周可扪及到突出的腰椎而误认为“包块”。

2. 明确包块的腹部层次 腹壁肿块位于腹壁内,位置表浅,容易触及,可随腹壁移动,当病人收紧腹肌时,包块更明显,腹壁松弛后,包块即不明显。腹腔内包块由于位置深在,收紧腹肌时,包块不易扪及。腹腔内包块与腹膜后包块在体格检查时往往难以鉴别,病人取肘膝位做腹部检查,腹腔内包块下垂,更容易被触及,而腹膜后包块由于大部分固定在后腹壁,不易推动,难以扪及。临床上腹腔内和腹膜后包块的鉴别,往往须借助于影像学检查。

3. 明确包块的性质 要明确包块的性质,就必须详细地询问病史,仔细的体格检查和必要的辅助检查。

(1)病史

1)一般特征:①年龄:婴幼儿的腹部包块一般为先天性发育异常有关,如先天性胆总管囊性扩张症,肾母细胞瘤等。中老年人出现的腹部包块,即恶性肿瘤的可能性大。②性别:女性病人应注意来自女性生殖系统的疾病。③患者的地区来源:主要注意一些地区流行病如血吸虫病、包虫病等。④职业:从事化学毒物的职业,出现腹部包块,可能与某些恶性肿瘤有关。

2)病史:①病因:从患者的既往史中寻找可能的病因。以往有乙肝或丙肝病史,肝脏出现肿块,即原发性肝细胞癌的可能性大。有腹部恶性肿瘤的病史,