1/皮肤

良性肿块(1)

皮脂腺囊肿

皮脂腺囊肿非常多见，它们是起源于皮肤附属器的毛鞘囊肿或表皮样囊肿，所以位于皮内(图 1)。它们通常坚硬、无波动感(因为其内容物是半固体的)、表面紧张而且可能较小，长大后有时会形成切迹。感染是一种常见的并发症，并可产生纤维化和瘢痕，使皮脂腺囊肿难以被去除。

神经纤维瘤

神经纤维瘤相当少见。真性神经纤维瘤发生于神经内，而神经鞘瘤则产生于神经鞘。二者都可以通过神经轴从一侧向另一侧移动，但不会纵向移动。按压有时会在该神经分布区产生疼痛和感觉异常。神经纤维瘤可发生于神经断端，引起疼痛（如截肢后）。多发性神经纤维瘤(如神经纤维瘤病；图 2)包括丛状神经纤维瘤，在其表面有过度增生的皮褶覆盖。

脂溢性疣

这种良性基底细胞乳头状瘤在老年人中多见，多发生于面部和躯干（图 3），通常为圆形，表面棕色、不平且呈油性。脂溢性疣并非病毒感染引起。

瘢痕瘤

手术或外伤后，在真皮产生过多的胶原蛋白而形成的一种瘢痕。它增厚且隆起，通常比正常皮肤颜色深(图 4)。瘢痕瘤常见于黑人，在耳穿孔后最典型。

需要全本请访问 www.ertongbook.com



图 1　头皮的皮脂腺囊肿。



图 2　多发性神经纤维瘤。

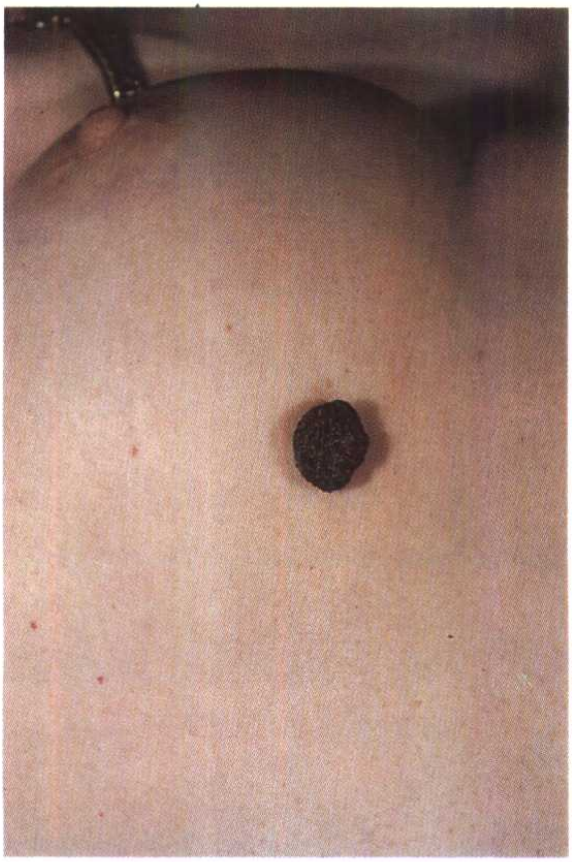


图 3　胸部的脂溢性疣。



图 4　瘢痕瘤。

良性肿块(2)

脂肪瘤

脂肪瘤非常多见。这些脂肪组织良性肿瘤通常位于皮下并能自由活动（图 5)。较大的脂肪瘤柔软，有时呈明显分叶状。小的脂肪瘤通常较坚硬。在头皮和前额处，脂肪瘤常位于帽状腱膜下(筋膜下脂肪瘤)。肌肉内的脂肪瘤常表现为深在的肿物。在多发性脂肪瘤病(痛性肥胖症)中，脂肪瘤质硬且常有触痛。

腱鞘囊肿

腱鞘囊肿很多见，发生于关节囊或腱鞘。它表现为一个清晰的无触痛圆形肿块，有一个包含胶样液体的囊。腱鞘囊肿多发生于腕关节的背侧(图 6)，但也可发生于踝关节、脚、膝、手掌及手指等部位的周围。

草莓样痣

这些海绵状血管瘤样物发生于年幼儿童。通常在出生后不久出现，且在几个月内就长大，最后的直径大小由数毫米到数厘米不等。草莓样痣隆起，颜色深红(图 7)，但在少年时会变浅并逐渐消失。这一点与生来就有、终身存在的毛细血管瘤(葡萄酒样染色)不同。

良性痣

痣非常多见，大多数人都有几个。这些痣可能生来就有，也可能在儿童时或青春期出现。痣色素深浅和大小、形态各有不同(图 8)。扁平痣多见于手掌、脚趾，其它部位的隆起痣常带毛发。

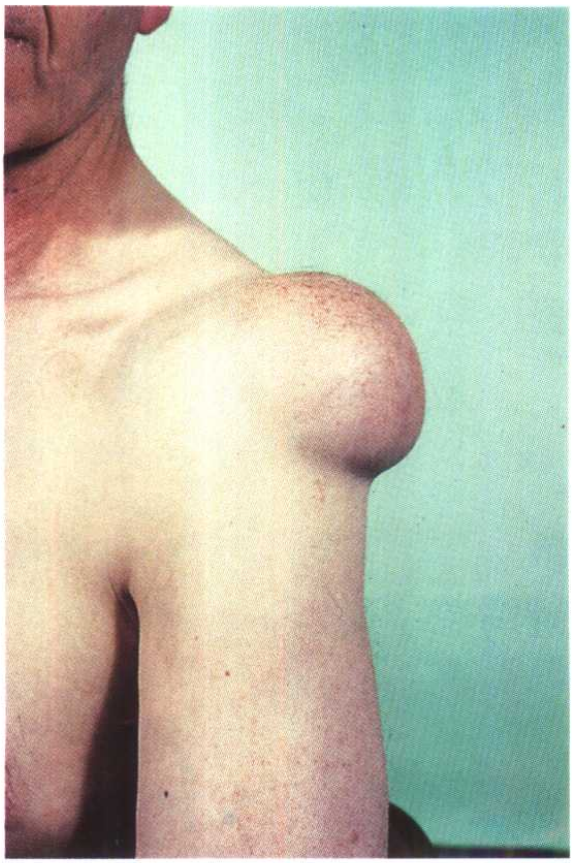


图 5　肩膀的脂肪瘤。



图 6　手腕的腱鞘囊肿。



图 7　手臂的草莓样痣。



图 8　良性痣：此例表现为不同的色素沉着。

良性病变

化脓性汗腺炎

这种顶浆分泌性汗腺的慢性炎症，可发生于腋窝(图 9)或会阴。会出现排泄性的窦道，并间断有脓肿形成。治疗困难：引流、切除、甚至皮肤移植都需进行长期治疗、且很难治愈。

化脓性肉芽肿

此病最常见于口唇或手指(图 10)。其颜色暗红，坚硬，并可很快长至 2cm 大小。有时疼痛，可能会出血。与其名称不符的是，没有明确证据证明它是感染性原因引起的，组织学显示，在水肿的基质中有大量的毛细血管而无上皮。治疗方法为切除，并可证明其诊断。

角化棘皮瘤

一个圆顶状的红色病灶，在几周内生长迅速，随后中央出现溃疡。中央角化栓脱落后，留下一个火山口形的痕迹。如不治疗，病灶在几个月内会完全退化。该病最多见于 50～70 岁人的面部，特别是口唇周围(图 11)。最重要的是角化棘皮病与鳞状或基底细胞癌的鉴别诊断，建议刮除或烧灼前行活组织检查。较大的病灶可用放射治疗。

需要全本请访问 www.ertongbook.com



图 9　腋窝的汗腺炎。



图 10　手的化脓性肉芽肿。



图 11　唇的角化棘皮瘤。

恶性疾病

基底细胞癌

这些常见的皮肤恶性肿瘤均为局部侵润(侵蚀性溃疡)，但不发生转移。在面部最多见(图 12)，通常表现为一个小溃疡，隆起的边缘处毛细血管珠状扩张。囊肿型无中心性溃疡。极少情况下有色素沉着，外观像一个黑色素瘤。采取切除、刮除、烧灼，或局部放射等方法治疗。

鳞状细胞癌

这些肿瘤最早是结节状的，形成溃疡时，通常边缘隆起，有时中间形成痂。常见于面部(图 13)、手背、耳和唇。活组织检查可确诊。治疗是彻底切除(有时辅以放射治疗)。如果漏诊，则会发生转移。

恶性黑色素瘤

恶性黑色素瘤(图 14)相对少见，但长时间日晒，会导致发病几率加大。许多病例源于原先存在的痣。如果色素沉着的皮损出现增大、颜色改变(变深或变浅)、出血、形成溃疡、出现疼痛或周围形成卫星灶，则应怀疑恶性变。

临床类型有：

- 痣恶变的黑色素瘤(常见于颊部或颞部)
- 浅表蔓延的黑色素瘤
- 结节状黑色素瘤
- 肢端斑点形成的黑色素瘤(手掌、足趾、甲床、黏膜)

要经常检查局部淋巴结以确定其有无扩散。治疗是切除和皮肤移植。预后的好坏取决于显微镜下的侵润深度及蔓延范围，但治疗后数年仍可发生远处转移。

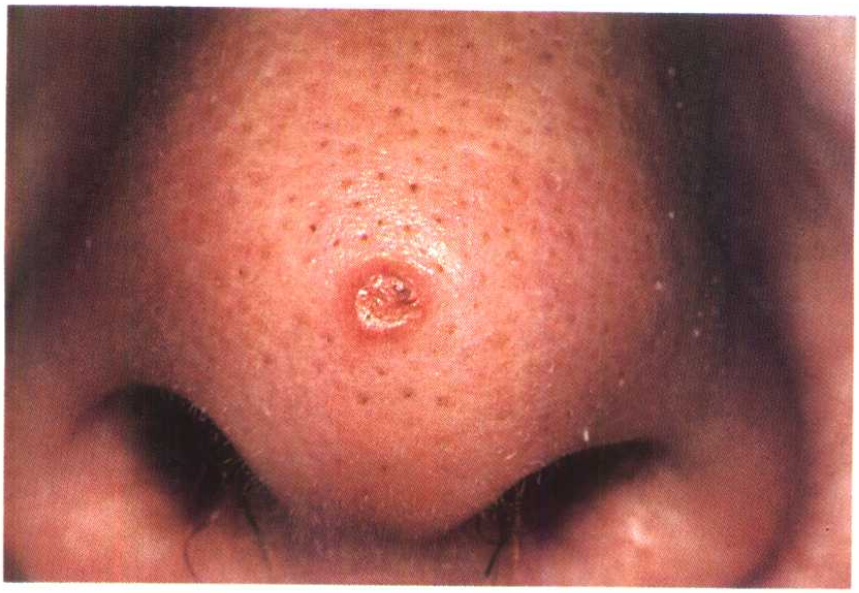


图 12　鼻的基底细胞癌。



图 13　眼旁的鳞状细胞癌。



图 14　恶性黑色素瘤的表皮扩散。

2/甲

内翻甲

这是很常见的一种疾病，最常累及跗趾（图15）。甲的远端长入甲褶，引起慢性感染，出现红肿疼痛和间断流脓。急性甲沟炎需要拔甲进行引流。该病持续存在者，需同时切除甲床根部。不论哪种情况，将受累一侧的甲或甲床行楔形切除就足够了。

甲弯曲

随年龄增长，甲弯曲更为多见。一枚或多枚甲（最多见于跗趾；图16）增厚、变形、肥大。手足手术足以治疗，但要治愈需切除甲床。

健康线（博氏线）

这种横性凹陷对称性累及所有甲（图17），该种表现缘于一段时间内的严重全身性疾病影响了甲的生长。这种线随甲的生长向远端移动。

杵状指（趾）

许多病因可引起杵状指，包括先天性紫绀性心脏病、支气管癌、慢性胸腔脓毒病、肝硬化及炎性肠道疾病。开始时近端甲床与甲之间的夹角消失，甲下组织及指肚明显肿胀，最后指尖两侧膨胀，形成“鼓槌”样外形（图18）。



图 15　大趾趾的内翻甲。



图 16　大趾趾的甲弯曲。

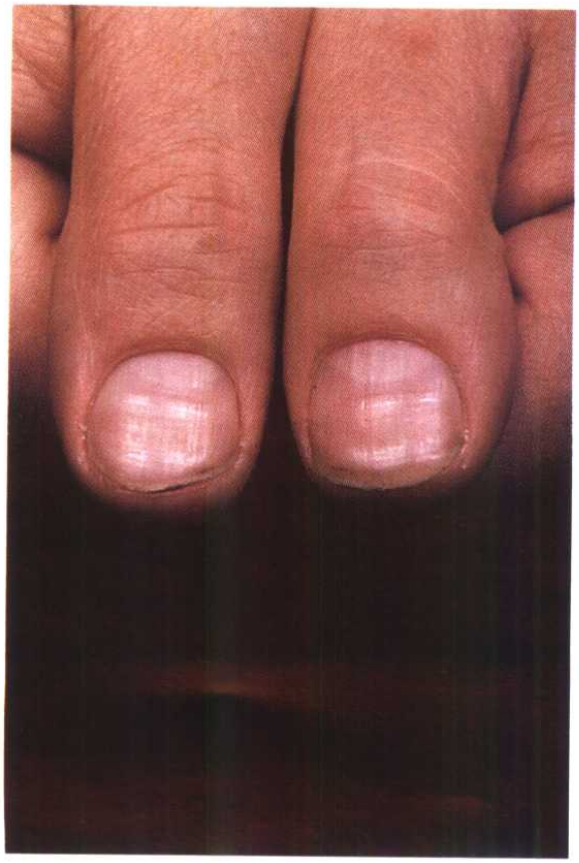


图 17　手指的健康线。

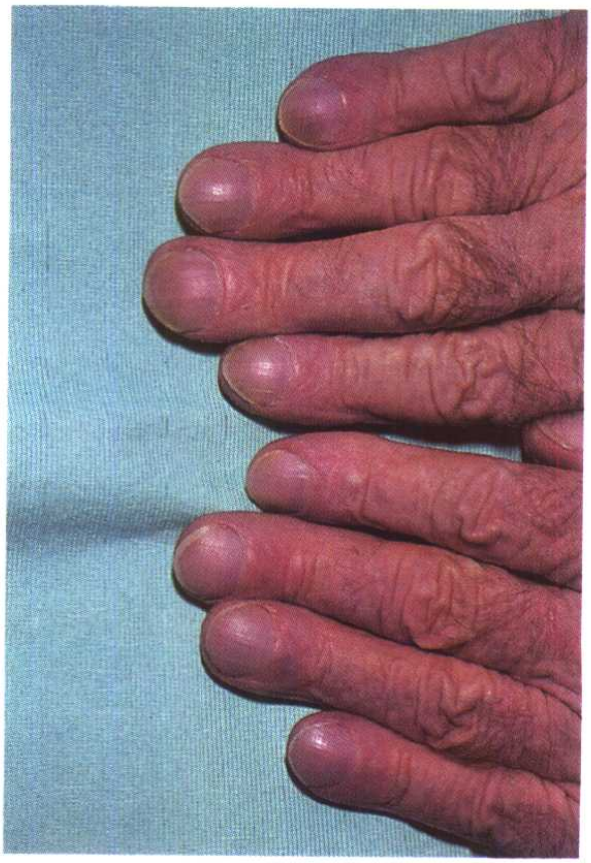


图 18　杵状指。

3/颈部淋巴结

对颈部淋巴结的完整检查，需要从前面及后面进行视诊和触诊。触诊要从颏点向后至下颌角。沿颈静脉线继续向下，并包括颈前三角和颈后三角。淋巴结也存在于耳前及耳后。任何淋巴结肿大，都应在头部和颈部寻找恶性疾病或感染等原发病灶。检查应包括口咽部，并间接用喉镜检查以排除喉部恶性病变的可能。锁骨上淋巴结肿大可能继发于胃或支气管肿瘤。特殊病例包括霍奇金病、颈部脓肿和结核性腺炎。

霍奇金病

这种类型的淋巴瘤常表现为位于颈部的一个单独的病灶(图 19)。增大的淋巴结分散存在且无触痛。要对腋窝及腹股沟进行检查，也要检查腹部以确定是否有肝、脾肿大。细针抽吸细胞学检查可提示诊断，但确诊需要行开放性活组织检查。

颈部脓肿

由于早期应用抗生素，现在颈部脓肿并不多见。如果未经治疗，感染的淋巴结最终会液化而形成脓肿。在颈部，脓肿开始局限于颈深筋膜，最后会突破该筋膜，形成一个环颈脓肿(图 20)，这就需要引流。如果通道长而弯曲，治愈时间会延长。

结核性腺炎

目前在发达国家，这种疾病已不多见，但在其他地方仍然流行。开始发病时，常很难与恶性疾病作鉴别诊断。扁桃体淋巴结通常是最早被累及的。诊断要靠活检和培养。未经治疗的淋巴结炎症最终会导致脓肿(图 21)。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

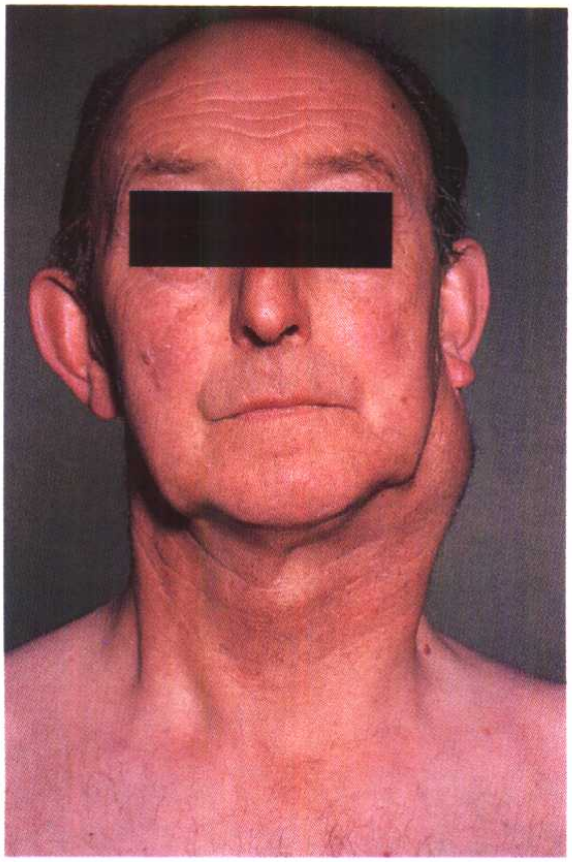


图 19　颈淋巴结的霍奇金病。



图 20　儿童的颈部脓肿。



图 21　颈部的结核性淋巴结炎。

4/继发性恶性肿瘤

淋巴结转移

颈部是继发性恶性肿瘤常见部位，如果触及坚硬的淋巴结，通常应考虑到这一点，并进行常规检查。胸部X线检查是必不可少的，细针抽吸细胞学检查是主要方法。

如果结果是鳞状细胞癌，则提示原发灶在口腔或咽部。而腺癌有可能来自肺或胃。然而，并非所有继发性恶性肿瘤都能在淋巴结发现。

皮肤结节

这些转移性结节，由单个存在到广泛分布，变化不一，种类繁多，可能是恶性肿瘤的第一征象(图22)。它们生长速度快，数量多。局部麻醉下切除活检是一种简单的诊断方法。

有如此表现的典型肿瘤包括乳腺肿瘤和支气管肿瘤。

骨转移

发生在骨骼的继发性恶性肿瘤(图23)，通常表现为疼痛或病理性骨折，然而有时会表现为一个肿块样病变。如果临床检查和影像学检查不能确定其来源，则应行骨髓活检做出细胞学诊断。

通常转移至骨骼的肿瘤有乳腺、支气管、前列腺、甲状腺和肾脏肿瘤。

诊断可用放射性核素骨扫描(图24)，转移瘤表现为放射性聚集浓度增加(热点)的区域。扫描是非特异性的，关节炎部位也产生相似变化。

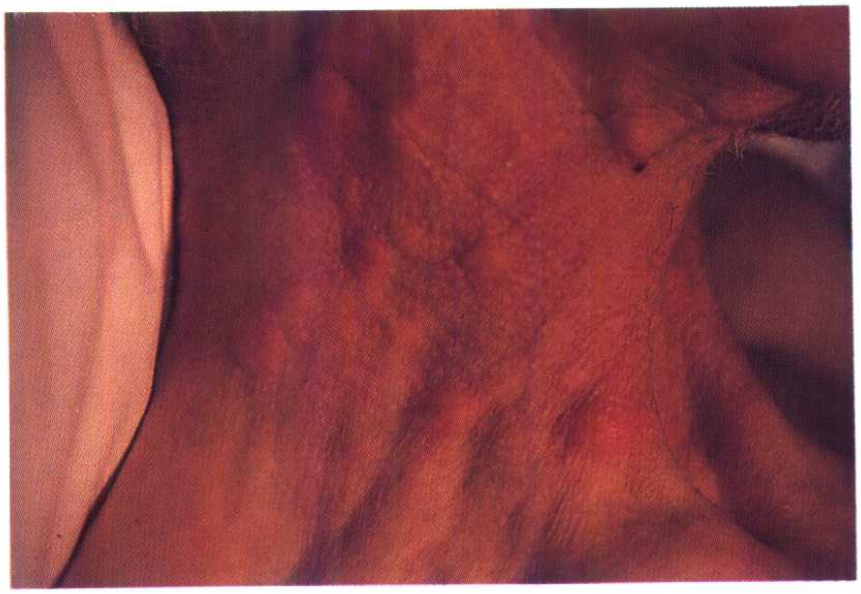


图 22　皮肤的转移结节。

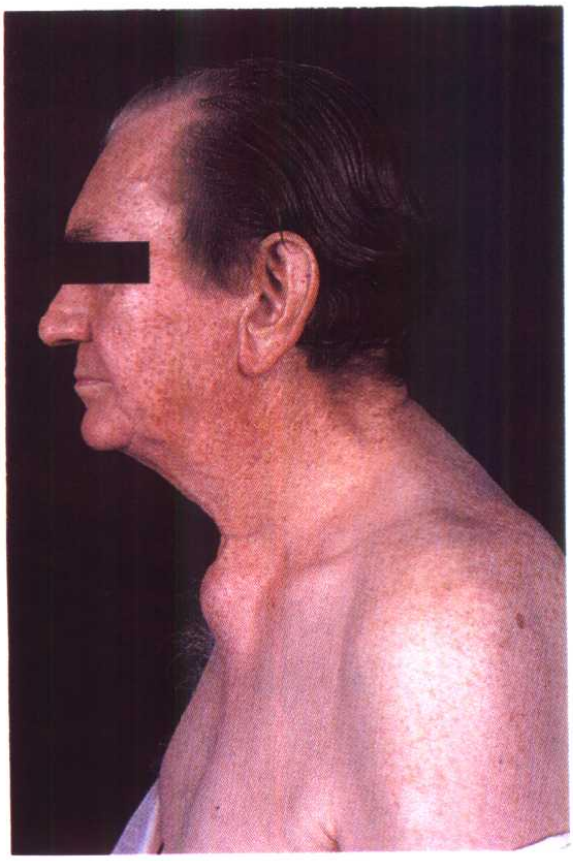


图 23　胸骨柄的继发癌。

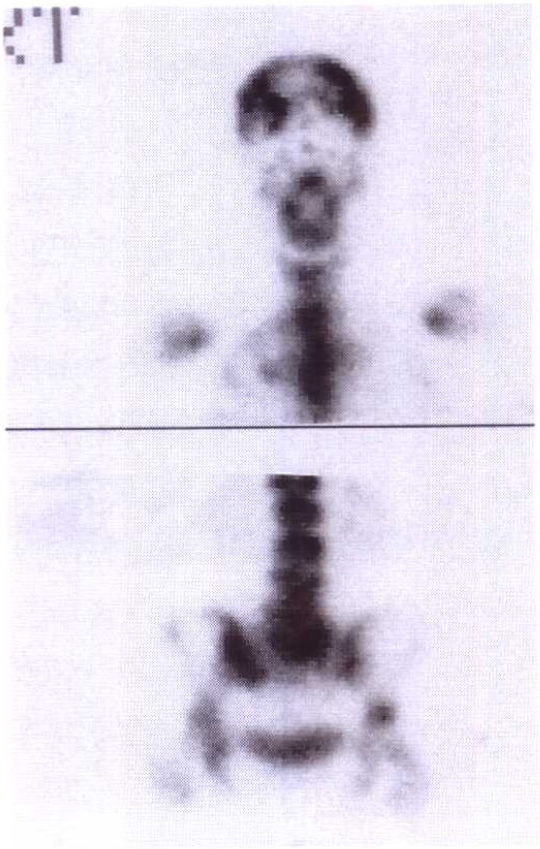


图 24　乳腺癌患者转移灶的同位素骨扫描。

5/腮腺

腮腺炎

腮腺炎症可导致整个腺体普遍疼痛、肿胀(图 25)，有时会有脓液从导管在第二上磨牙上方的开口排出。感染可能是细菌引起的，也可能是病毒引起的（如流行性腮腺炎），可能是单侧的，也可能是双侧的。继发于结石病的慢性腮腺炎通常是无痛性的。

肿瘤

尽管腺体任何部位都有可能发生肿瘤，但大多数发生在下颌角前方和上方。耳屏被抬高和移位。肿瘤一般被误认为肿大的耳旁淋巴结，细针抽吸细胞学检查有助于诊断。检查时必须包括对面神经的功能评定，因为它也会受累。

肿瘤类型包括：

混合性腮腺肿瘤（多形性腺瘤） 是最常见的类型(图 26)，常长到很大，易局部复发，但很少有明显恶性变。在恶变发生前应该把它们切除，通常切除全部腺体的浅部，同时应辨认面神经并保留(图 27)。

腺淋巴瘤 少见，通常触之较软（图 28），诊断时细胞学检查必不可少。

癌 占腮腺肿瘤 10%，可能为原发性，或继发于多形性腺瘤。可能累及神经，引起面部麻痹。治疗方法为切除或放射治疗。切除的神经有时可以成功地移植。



图 25　儿童的急性腮腺炎。

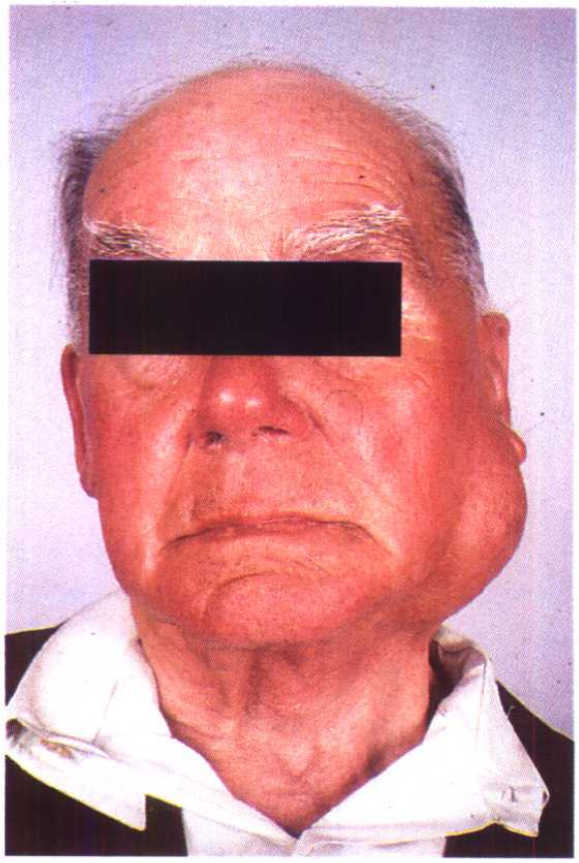


图 26　混合性腮腺肿瘤。

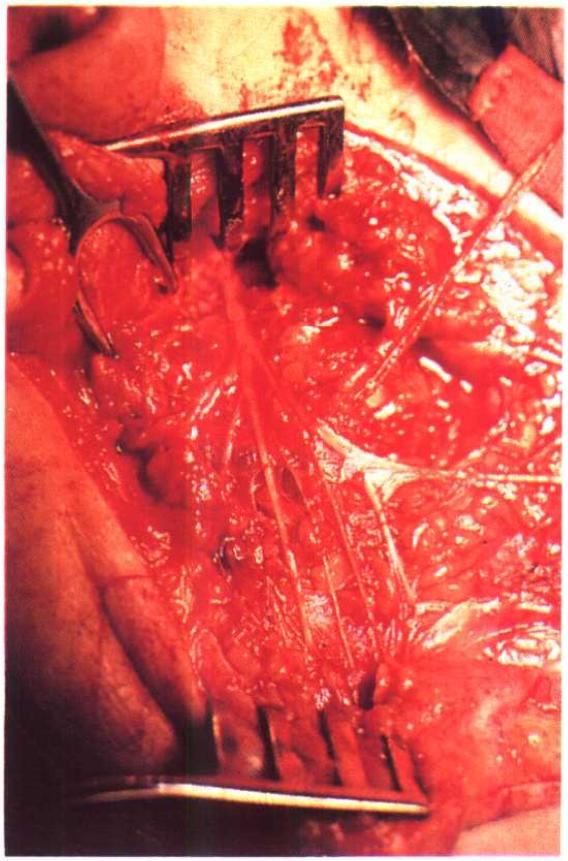


图 27　表浅性腮腺切除中显现的面神经。



图 28　腮腺的腺淋巴瘤。

6/下颌下腺

腺体分为浅部和深部，包裹在下颌舌骨肌周围，导管开口于舌头前部下方。腺体增大时，表现为下颌角下方和前方的肿大。用一个手指在口中进行双侧触诊是一种有用的检查方法。

肿瘤

下颌下腺的肿瘤与腮腺肿瘤及慢性腺管扩张症相比，并不多见。多形性腺瘤最多见，表现为腺体持续性缓慢增长，变硬肿大（图 29）。要用影像学来排除结石病。治疗方法为切除。

腺管扩张

腺管扩张在该腺中最常见。肿胀常常是间断性的，开始进食即出现疼痛。病人可能要吮一块苦味糖来证实有肿胀。

病因常为口腔中的腺管口处有单个结石（图 31）。常摸得到或看得见，也可在 X 线照像上显影（图 30）。这些病例中，结石可在局麻下取出，疼痛随后缓解。更为多发性的结石病常伴有腺组织的破坏，引起持续肿胀，需要切除治疗，术中必须避免损伤舌神经。

需要全本请访问 www.ertongbook.com