

医师上岗必备——

普通外科 诊疗检查技术

主 编 李南林 凌 瑞



科学出版社

医师上岗必备

普通外科诊疗检查技术

主 编 李南林 凌 瑞

副主编 赵 戈

主 审 李开宗

编著者 (以姓氏汉语拼音为序)

崔风强 郝军生 李 信 李孟轩

孟慧敏 孟庆杰 石文龙 魏洪亮

巫 姜 杨玉庆 张明坤

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是为帮助外科医师快速、准确地完成诊疗工作而编写。作者分 13 章对颈部疾病、乳房疾病、腹部损伤、腹膜炎及腹腔脓肿、腹外疝、胃及十二指肠疾病、小肠疾病、阑尾疾病、结直肠及肛管疾病、肝脏疾病、胆道疾病、胰腺疾病、周围血管疾病等普通外科常见疾病的临床特点、检查方法、诊断治疗进行了系统讲解。重点介绍了体格检查、影像学检查、实验室检查、病理检查等检查技术的选择和应用,每种疾病都附有典型病例,便于学习。

本书可供进修、实习等低年资临床医师参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

普通外科诊疗检查技术/李南林,凌瑞主编. —北京:科学出版社,2016.7
ISBN 978-7-03-049397-2

I. 普… II. ①李…②凌… III. 外科—疾病—诊疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 164281 号

责任编辑:张利峰 杨小玲 / 责任校对:彭 涛
责任印制:赵 博 / 封面设计:龙 岩

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016 年 7 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2016 年 7 月第一次印刷 印张:9 1/4

字数:205 000

定价:49.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前言

临床医学具有很强的实践性,临床医师的诊疗技术直接影响患者的生命健康。在诊疗过程中,快速、正确的诊断尤其重要,一旦诊断明确,就可以根据诊断结果给予个体化治疗。如何在最短的时间内做出正确的诊断,解除患者的痛苦,是每一位临床医师追求的目标,而这种能力需要建立在对疾病的熟悉程度及一定的临床经验基础之上。为使医师能够在临床工作中快速查阅到相关疾病的诊疗资料,我们组织编写了这本《普通外科诊疗检查技术》。

本书主要突出以下特点:①实用性强。涉及病种均为普通外科常见病、多发病,便于一线医师使用。②简明扼要。发病机制、病理生理等基础性内容,均不再赘述,突出临床表现、体格检查、辅助检查等与临床诊疗密切相关的内容。③图文并茂。书中加入了大量影像学资料和图片,使读者可以结合自己的临床工作进行诊断,拓宽视野,减少误诊。

临床医学发展很快,新知识层出不穷。我们的思路和选取的相关资料还存在很多不足,恳请各位同道批评、指正。希望本书能够给予临床医师尤其年轻医师很好的帮助。

第四军医大学西京医院 李南林 凌 瑞

2016年4月于西安

目 录

第 1 章 颈部疾病	1
第一节 颈部疾病常用检查方法	1
第二节 甲状腺疾病	2
第三节 甲状旁腺疾病	6
第四节 颈淋巴结结核	8
第五节 颈动脉体瘤	9
第 2 章 乳腺疾病	11
第一节 乳腺炎	11
第二节 乳腺增生症	13
第三节 乳腺癌	14
第四节 乳腺良性肿瘤	17
第 3 章 腹部损伤	20
第一节 脾破裂	20
第二节 肝损伤	22
第三节 胰腺损伤	24
第四节 胃和十二指肠损伤	26
第五节 小肠损伤	27
第六节 结肠损伤	28
第七节 直肠损伤	29
第八节 腹膜后血肿	30
第 4 章 腹膜炎及腹腔脓肿	32
第一节 急性弥漫性腹膜炎	32
第二节 膈下脓肿	34
第三节 盆腔脓肿	35

第四节	肠间脓肿	36
第五节	腹腔间隔室综合征	37
第 5 章	腹外疝	38
第一节	概述	38
第二节	腹股沟斜疝	38
第三节	腹股沟直疝	41
第四节	股疝	41
第五节	其他疝	43
第 6 章	胃及十二指肠疾病	44
第一节	腹部查体常用方法	44
第二节	胃十二指肠溃疡	45
第三节	胃癌	48
第四节	胃良性肿瘤	52
第五节	幽门狭窄	52
第六节	十二指肠憩室	53
第七节	十二指肠淤滞症	54
第 7 章	小肠疾病	56
第一节	概述	56
第二节	肠结核	59
第三节	伤寒肠穿孔	60
第四节	克罗恩病	60
第五节	急性出血性肠炎	61
第六节	肠梗阻	61
第七节	肠系膜血管缺血性疾病	62
第八节	短肠综合征	63
第九节	小肠肿瘤	63
第十节	先天性肠疾病	64
第 8 章	阑尾疾病	65
第一节	急性阑尾炎	65
第二节	慢性阑尾炎	67
第三节	特殊类型阑尾炎	67

第四节 阑尾肿瘤	68
第 9 章 结直肠及肛管疾病	69
第一节 结直肠及肛管常见的检查方法	69
第二节 乙状结肠扭转	73
第三节 溃疡性结肠炎	74
第四节 肠息肉及肠息肉病	75
第五节 结肠癌	76
第六节 直肠癌	77
第七节 直肠肛管先天性疾病	79
第八节 肛裂	80
第九节 直肠肛管周围脓肿	80
第十节 肛瘘	82
第十一节 痔	83
第十二节 直肠脱垂	84
第 10 章 肝脏疾病	86
第一节 肝的体格检查	86
第二节 肝脏的影像学检查	87
第三节 肝脏的实验室检查	89
第四节 脂肪肝	91
第五节 肝硬化	92
第六节 肝脓肿	93
第七节 肝囊肿	95
第八节 肝包虫病	96
第九节 原发性肝癌	97
第十节 继发性肝癌	100
第十一节 肝良性肿瘤	101
第 11 章 胆道疾病	102
第一节 胆道系统的检查方法	102
第二节 胆道先天畸形	104
第三节 胆石病	106
第四节 胆道感染	108

第五节	原发性硬化性胆管炎.....	110
第六节	胆道蛔虫症.....	111
第七节	胆道肿瘤.....	112
第 12 章	胰腺疾病	116
第一节	急性胰腺炎.....	116
第二节	胰腺囊肿.....	118
第三节	胰腺癌.....	118
第四节	胰腺内分泌肿瘤.....	120
第 13 章	周围血管疾病	122
第一节	周围血管损伤.....	122
第二节	动脉疾病.....	123
第三节	静脉疾病.....	129
第四节	动静脉瘘.....	134
参考文献		137

颈部疾病

第一节 颈部疾病常用检查方法

一、颈部体格检查

颈部肿块大多位置表浅,体格检查是一种不可或缺的诊断手段。颈部检查一般先视诊,后触诊。视诊用于判断肿块突起于皮肤的状况,触诊要按照一定顺序进行。

颈部的触诊顺序为:自乳突位置开始,沿胸锁乳突肌向下至胸锁关节处,检查胸锁乳突肌深面的肿物,然后沿锁骨上至两侧斜方肌,检查锁骨上区肿物,最后自胸锁乳突肌起始部与斜方肌前缘夹角处向下至锁骨,检查颈后三角区域内肿物;中线区域自颈部向下至胸骨上缘,检查中线区域肿块及甲状腺肿物。触诊时应让患者做吞咽动作,以观察肿块的活动情况。

颈部的检查手法:主要以按压为主。颈

部两侧主要用中指、示指及环指检查,中线区域以两大拇指检查较为方便。检查时主要感觉肿物大小、质地、活动度及是否与周围组织粘连(表 1-1)。图 1-1、图 1-2 示颈部检查手法。

二、颈部疾病的影像学检查

颈部疾病的影像学检查包括颈部 B 超、CT、MRI 等,是颈部疾病定位、定性的主要检查手段。

1. B 超 是一种简便易行的检查方法,可作为颈部肿块的初步筛查。B 超检查不但可以探查肿物的大小、范围、边界、血流信号,还可以分辨肿瘤与周围组织的间隙。其缺点是容易受操作者经验的局限。

表 1-1 颈部各区常见肿块的病因

部位	单发肿块	多发肿块
颌下颌下区	颌下腺炎、颌下皮样囊肿	急、慢性淋巴结炎
颈前正中区	甲状舌骨囊肿、甲状腺疾病	
颈侧区	颈动脉体瘤、血管瘤、淋巴管瘤	急、慢性淋巴结炎,淋巴结结核,转移肿瘤
锁骨上窝		淋巴结结核、转移肿瘤
颈后区	纤维瘤、脂肪瘤	急、慢性淋巴结炎
腮腺区	腮腺炎、腮腺瘤或癌	



图 1-1 后面颈部检查



图 1-2 前面颈部检查

2. X 线片 颈部 X 线检查是基层医院常用的检查方法之一。一般拍摄部位包括：颈部正、侧位 45°双斜位。X 线片对颈部疾病的诊断也起筛查作用，术前行米瓦氏位可评估有无气管软化。缺点是检查信息量少，对软组织疾病显示欠清。

3. CT 扫描 颈部扫描范围为自颅底至 C₇ 椎体，采用轴位或冠状位，平扫后可行增强扫描。CT 扫描可测量病灶大小、病灶内密度值及与周围组织的关系。

4. MRI 扫描范围为自颅底至 C₇ 椎体，平扫后可行增强扫描，对病灶显示突出，便于恶性肿瘤与转移灶的检出，无辐射。

5. PET/CT 检查 可以轴位、矢状位、冠状位、斜位重建，观察图像，扫描信息量大。不但可显示原发肿瘤，对颈部淋巴结转移同样可以检出。可用于健康人群肿瘤筛查及对肿瘤和淋巴结进行良、恶性的鉴别。此检查缺点是有辐射，且价格过于昂贵。

第二节 甲状腺疾病

一、甲状腺良性病变

甲状腺良性病变包括单纯性甲状腺肿、结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、桥本甲状腺炎等。

【临床表现】

以压迫症状为主，患者自感颈前部甲状腺缓慢增大，有颈前部胀满感。如上呼吸道受压，可有气喘、呼吸困难等症状。可能有进行性吞咽不适。当发生囊肿样变的结节内并发囊内出血时，可引起结节迅速增大。少数喉返神经或食管受压的患者可出现声音嘶哑或吞咽困难。

【体格检查】

颈前下部肿块，大多边界清晰，特殊情况如桥本甲状腺炎周围粘连时边界不清。肿块

可随吞咽动作上下活动。如查体发现肿块向胸骨后延伸，可行 CT 检查确诊。

【影像学检查】

1. B 超 单纯性甲状腺肿，B 超可见甲状腺弥漫性肿大，B 超检查还有助于发现甲状腺内囊性、实质性或混合性多发结节的存在(图 1-3)。

2. X 线 颈部 X 线检查，除可发现不规则的胸骨后甲状腺肿及钙化的结节外，还能确定气管受压、移位及狭窄的有无(图 1-4)。

3. CT CT 检查除显示原发灶以外，还能评估肿物与气管、食管及周围组织的关系，如肿物位置较低，有必要行 CT 检查明确肿物与胸骨之间的关系(图 1-5)。

4. 放射性核素显像 可发现一侧或双

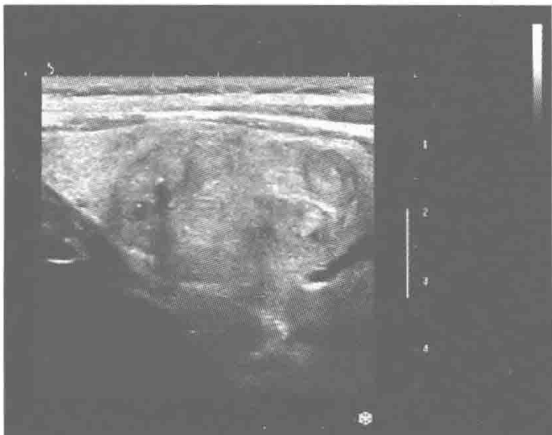


图 1-3 结节性甲状腺肿

B超提示:甲状腺内多发实性结节,边界清楚,形态规则,部分伴环状钙化



图 1-4 结节性甲状腺肿

X线片(米瓦试验)提示:气管受压最窄处内径分别为:19.6mm、13.3mm,其管径差大于3mm,多考虑气管软化

侧甲状腺内有单发或多发性大小不等、功能状况不一的结节,并可对于病灶的良恶性做出评估参考。

【实验室检查】

测定 T_3 、 T_4 及 TSH,了解甲状腺功能状况,排除继发性甲状腺功能亢进症及高功能腺瘤。

【病理】当病灶性质可疑时,可经细针穿刺细胞学检查以确诊(图 1-6)。



图 1-5 结节性甲状腺肿

CT提示:甲状腺左叶见类圆形混合密度包块影,大小约4.6mm×4.5cm,边缘密度较高,其内密度欠均匀,边界尚光整,气管受压右偏。与周围结构分界清晰,颈部淋巴结无肿大

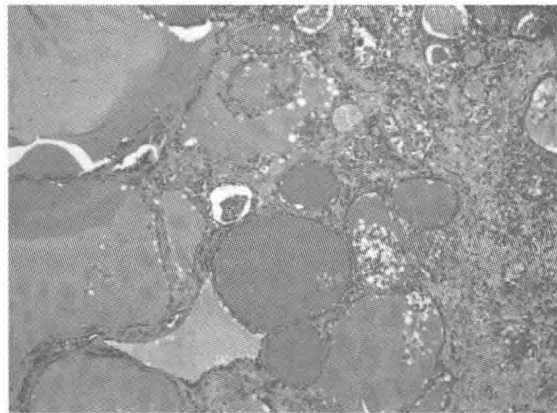


图 1-6 结节性甲状腺肿

细胞学检查提示:甲状腺滤泡大小不一,被增生的纤维间质分割成结节状,腺腔内充满胶质

【治疗】

甲状腺良性病变手术治疗应根据个体情况评估:如出现压迫症状或合并甲状腺功能亢进症,可选择手术治疗;如随访过程中疑有恶变者,也可推荐手术治疗。

【典型病例】

患者,女,60岁,自感颈部不适2个月来诊。专科查体:甲状腺左叶可触及一约4.0cm×3.2cm肿物,质硬,表面光滑,边界清晰,无压痛,可随吞咽上下活动,甲状腺右叶未触及异常,双侧颈部未触及明显肿大淋巴结。B超:甲状腺左叶增大,内见一个类圆形液实性肿块,约34mm×17mm×25mm,肿块包膜完整,壁稍厚,内部回声不均匀,暗区内见浮点状弱回声。CDFI:肿块周边见环状彩流信号,内部未见彩流显示。超声提示:甲状腺左叶液实性病变,考虑甲状腺腺瘤囊性变。

治疗方案:根据检查结果,考虑患者甲状腺左叶病灶为良性,但由于患者病灶较大,且有压迫症状,具有手术指征,遂行甲状腺左叶切除术。术后病理结果:甲状腺左叶腺瘤囊性变。术后给予口服优甲乐。

二、甲状腺癌

甲状腺癌指原发于甲状腺的恶性肿瘤,按肿瘤的病理类型可分为:乳头状癌、滤泡状腺癌、未分化癌、髓样癌。不同病理类型的甲状腺癌,其生物学特性、临床表现、诊断、治疗及预后均有所不同。

【临床表现】

甲状腺内发现肿块,质地硬而固定、表面不平是各型癌的共同表现。腺体在吞咽时上下移动性小。未分化癌可在短期内出现上述症状,除肿块增长明显外,还伴有侵犯周围组织的特性。晚期可产生声音嘶哑,呼吸、吞咽困难和交感神经受压引起 Horner 综合征等表现。有的患者甲状腺肿块不明显,因发现转移灶而就医时,应考虑甲状腺癌的可能。

【体格检查】

甲状腺内发现肿块,质地硬而固定、表面不平、边界不清。腺体在吞咽时上下移动性小。如发生颈部淋巴结转移时,下颌、耳后、锁骨下及胸锁乳突肌等区域可触及肿大淋巴结。

【影像学检查】

1. B超 可探及甲状腺肿瘤的位置、边缘,肿瘤内回声是否均匀一致,有些可见沙粒样强回声点或强回声斑,以及颈部淋巴结是否肿大(图 1-7)。

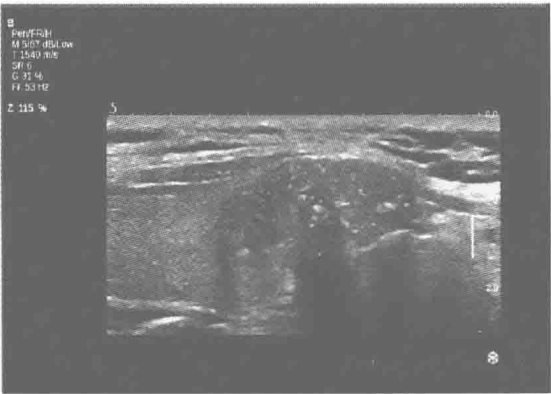


图 1-7 甲状腺癌

超声提示:甲状腺右叶下极可见一实性结节伴点簇状钙化,考虑新生物

2. CT 可见甲状腺形状不规则,边缘欠光滑,密度不均匀,出血、坏死,或沙粒样钙化影。增强扫描可见肿瘤部强化程度较轻,不及腺体组织强化明显(图 1-8)。

3. 放射性核素显像 ¹³¹I 或 ^{99m}Tc 均显示甲状腺肿大,放射性核素摄取明显增高。

【实验室检查】

如甲状腺腺体破坏严重,可出现 T₃、T₄ 减低等,甲状腺癌可有甲状腺球蛋白(TG)升高,但缺乏特异性。但在分化型甲状腺癌手术后,甲状腺球蛋白(TG)对于评估肿瘤有无转移有重要意义。

【病理】

甲状腺占位性病变怀疑为恶性时,均应行穿刺活检或手术切除,病理诊断为确诊金标准。

【治疗】

甲状腺癌手术方案应根据个体情况制定,选择全切或一侧叶加峡部切除,常规行中央区淋巴结清扫,如影像学提示双侧颈部有可疑淋巴结,术中应探查并清扫相关区域。

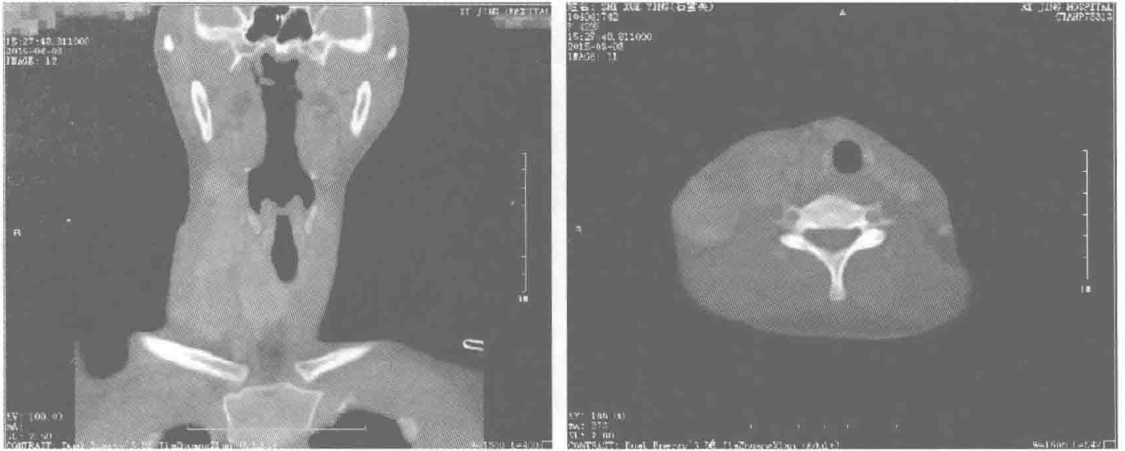


图 1-8 甲状腺癌

CT 提示:甲状腺右叶及峡部见团片状低密度影,内伴小钙化,左叶内见小点片状低密度影。气管左偏。双侧颈部见多发肿大、融合的淋巴结,右侧为著



图 1-9 甲状腺癌

^{99m}Tc 显像提示:甲状腺左叶增大,放射性分布不均匀,左叶“冷结节”

【典型病例】

患者,男,54岁,单位体检行B超检查发现甲状腺右叶单发结节。

来院就诊后行相关检查:①B超提示甲状腺右叶中部单发结节,大小约 $2.1\text{cm} \times 1.4\text{cm}$,其内可见沙粒样钙化,结节内及周边血流丰富,双侧颈部未见明显肿大淋巴结。

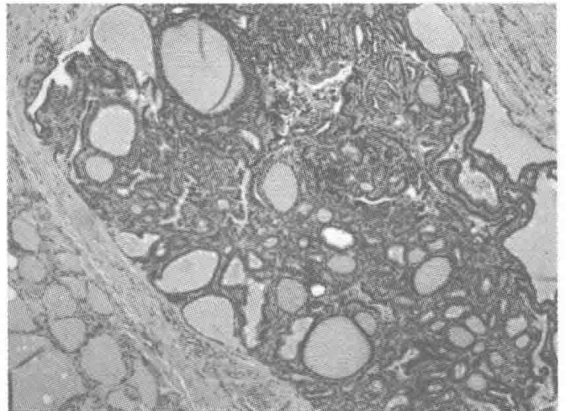


图 1-10 甲状腺乳头状癌

病理提示:甲状腺异形细胞呈乳头状突起,细胞核呈毛玻璃状改变,可见核沟及核内包涵体

②甲功提示甲状腺球蛋白(TG)明显升高。
③核素显像提示甲状腺右叶“冷结节”。根据以上检查高度怀疑甲状腺右叶病灶为恶性,遂行细针穿刺活检。病理回报为甲状腺乳头状癌。

治疗方案:甲状腺全切+中央区淋巴结清扫术,术后口服优甲乐替代治疗。

第三节 甲状旁腺疾病

原发性甲状旁腺功能亢进(primary hyperparathyroidism)是一种可经手术治愈的疾病。

甲状旁腺分泌甲状旁腺素(parathyroid hormone, PTH),其主要靶器官为骨和肾,对肠道也有间接作用。PTH的生理功能是调节体内钙的代谢并维持钙和磷的平衡,具有促进破骨细胞的作用,使骨钙(磷酸钙)溶解释放入血,致血钙和血磷浓度升高。当其血中浓度超过肾阈时,便经尿排出,导致高尿钙和高尿磷。PTH同时能抑制肾小管对磷的回收,使尿磷增加、血磷降低。因此当发生甲状旁腺功能亢进时,可出现高血钙、高尿钙和低血磷。

原发性甲状旁腺功能亢进的病因包括腺瘤、增生及腺癌。甲状旁腺腺瘤(parathyroid adenoma)中单发腺瘤约占80%,腺癌仅占1%。

根据临床表现原发性甲状旁腺功能亢进可分为无症状型及症状型两类。无症状型病例可仅有骨质疏松等非特异性症状,常在普查时因血钙增高而被确诊。我国目前以症状型原发性甲状旁腺功能亢进多见。按其症状可分为三型:Ⅰ型最为多见,以骨病为主,又称骨型。患者可诉骨痛,易于发生骨折。骨膜下骨质吸收是本病特点,最常见于中指桡侧或锁骨外1/3处。Ⅱ型以肾结石为主,故称肾型。在尿路结石病患者中,甲状旁腺腺瘤者约为3%。Ⅲ型为兼有上述两型的特点,表现为骨骼改变及尿路结石。其他症状可有消化性溃疡、腹痛、神经精神症状、虚弱及关节痛。

诊断主要根据临床表现,结合实验室检查、定位检查。对可疑病例可做B超、核素扫描或CT检查,主要帮助定位,也有定性价值。

【影像学检查】

1. B超 在甲状旁腺的常见部位出现占位性改变,该检查具有无创、经济、易重复的特点,其诊断的正确性、特异性和敏感性均在95%左右,但还是有一定的阴性率和误诊率(图1-11)。

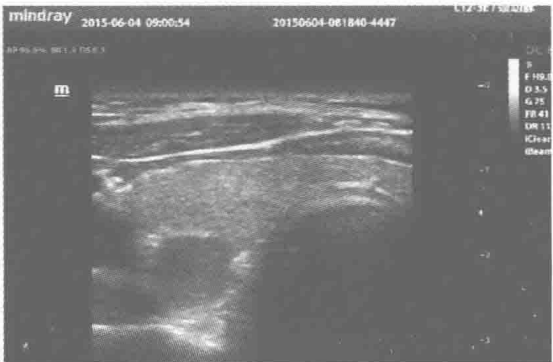


图 1-11 甲状旁腺腺瘤

B超提示:甲状腺右叶后方异常回声区,内以低回声为主,并可见少许液性暗区

2. X线 X线片上所见的主要改变为骨膜下皮质吸收、脱钙、骨折和(或)畸形,少数患者尚可出现骨硬化和异位钙化(图1-12)。

3. CT和MRI CT和MRI检查对鉴别良恶性肿瘤和增生有一定的困难,但不影响其定位价值,尤其对于纵隔等处异位甲状旁腺病变有良好的显示。

4. 核素扫描 放射核素甲状旁腺显像有一定的优越性,^{99m}Tc扫描手术符合率为90%左右,可检出直径1cm以上病变(图1-13)。

【实验室检查】

血钙测定:是发现甲状旁腺功能亢进的首要指标,正常人的血钙值一般为2.1~2.5mmol/L,甲状旁腺功能亢进>3.0mmol/L;血磷值<0.65~0.97mmol/L;血PTH水平是诊断本病的一个直接而且敏感的指标,其升高程度与血钙浓度、肿瘤大小及病情轻

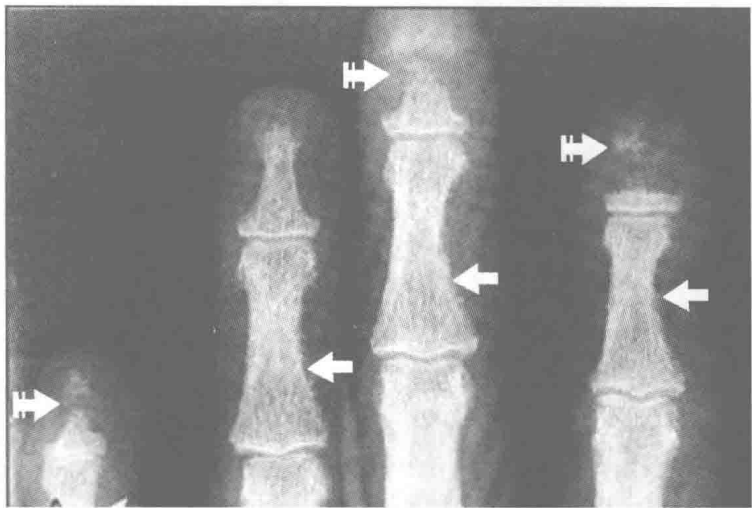


图 1-12 甲状旁腺腺瘤

X 线提示:弥漫性脱钙,指骨内侧骨膜下皮质吸收

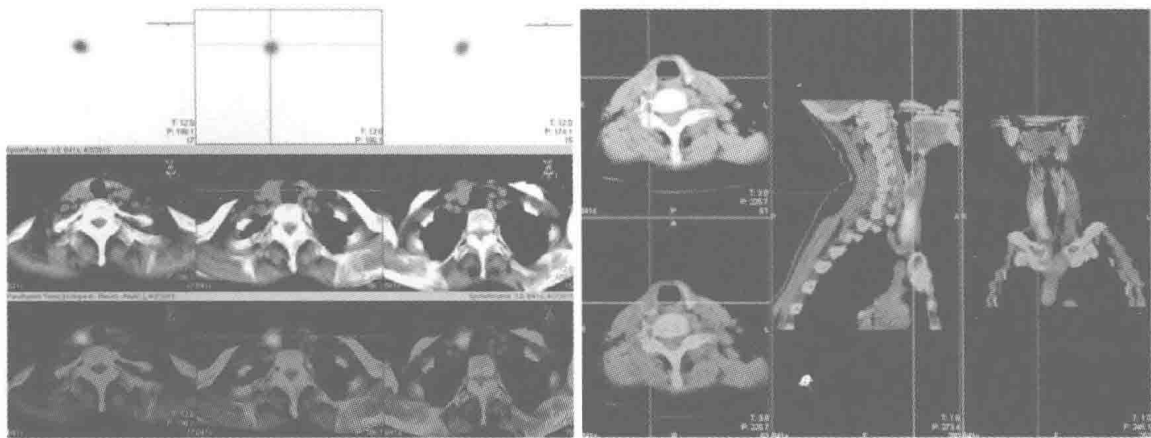


图 1-13 甲状旁腺腺瘤

核素扫描显示:甲状腺右叶下方可见一肿块,边界清晰,密度欠均匀,所见肿块放射性高度浓聚

重相平行;原发性甲状旁腺功能亢进时,尿中环腺昔酸(CAMP)排出量明显增高。

【病理】

根据病理结果判断疾病良恶性,术中冰冻切片检查有助于定性且指导手术(图 1-14)。

【治疗】

甲状旁腺病变无论良恶性均应手术切除,术中 B 超可帮助定位。甲状旁腺腺瘤手

术原则是切除腺瘤,甲状旁腺癌应做整块切除,且应切除包括一定范围的周围正常组织。

【典型病例】

患者,女,30 岁,10 年前走路不慎跌倒导致右小腿骨折,3 年前于当地行 B 超检查发现双肾结石,未行特殊治疗,1 年前无明显诱因左下肢及左上肢无力,于当地医院诊断为“骨质疏松”,口服中药治疗无明显效果。

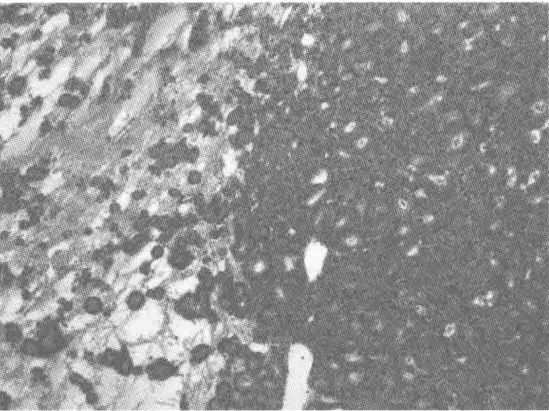


图 1-14 甲状旁腺腺瘤

病理提示：瘤细胞大小一致，胞质丰富透亮或嗜酸性，片状分布，间质血管丰富

来院后行相关检查。①血清钙、磷测定：血清钙明显升高，血清磷明显降低。②甲状旁腺素(PTH)测定：血清 PTH 明显升高。③甲状腺超声：提示甲状腺右叶后方异常回声区，大小约 3.1cm×1.6cm，可疑甲状旁腺病变，建议进一步检查。④核素扫描示：甲状腺右叶下方可见一肿块，边界清晰，密度欠均匀，所见肿块放射性高度浓聚。

治疗方案：双侧颈部探查术，术中发现甲状腺右叶背侧肿物，切除后送冰冻病理。病理回报：甲状旁腺腺瘤。

第四节 颈淋巴结结核

颈淋巴结结核多见于儿童和青年人。结核杆菌大多经扁桃体、龋齿侵入，近 5%继发于肺和支气管结核病变，并在人体抵抗力低下时发病。临床表现为颈部一侧或两侧有多个大小不等的肿大淋巴结，一般位于胸锁乳突肌的前、后缘。初期，肿大的淋巴结较硬，无痛，可推动。病变继续发展，发生淋巴结周围炎，使淋巴结与皮肤和周围组织发生粘连；各个淋巴结也可相互粘连，融合成团，形成不易推动的结节性肿块。晚期，淋巴结发生干酪样坏死、液化，形成寒性脓肿。脓肿破溃后形成经久不愈的窦道或慢性溃疡。少部分患者可有低热、盗汗、食欲缺乏、消瘦等全身症状。

诊断根据结核病接触史及局部体征，特别是已形成寒性脓肿，或已溃破形成经久不愈的窦道或溃疡时，多可做出明确诊断(图 1-15)。必要时可做胸部透视明确有无肺结核。结核菌素试验能帮助诊断。

【治疗】

1. 全身治疗 适当注意营养和休息。口服异烟肼 6~12 个月；伴有全身症状或身



图 1-15 颈部淋巴结结核

可见胸锁乳突肌前缘处形成寒性脓肿

体其他部位有结核病变者，加服乙胺丁醇、利福平或肌肉注射阿米卡星。

2. 局部治疗 ①少数局限的、较大的、能推动的淋巴结，可考虑手术切除，手术时注意勿损伤副神经；②寒性脓肿尚未穿破者，可行穿刺抽吸治疗，应从脓肿周围的正

常皮肤处进针,尽量抽尽脓液,然后向脓腔内注入5%异烟肼溶液做冲洗,并留适量于脓腔内,每周2次;③对溃疡或窦道,如继发感染不明显,可行刮除术,伤口不予缝合,开放引流;④寒性脓肿继发化脓性感染者,需先行切开引流,待感染控制后,必要时再行刮除术。

第五节 颈动脉体瘤

颈动脉体瘤多发生于上颈部外侧,位于颈总动脉分叉处。肿瘤起源于颈动脉体的化学感受器细胞,生长缓慢,属于良性病变。临床表现为颈侧部无痛性肿块,缓慢逐渐增大。查体:肿块边界不清,质地柔软,扪及肿块同时可感觉同侧颈总动脉搏动。

【影像学检查】

1. 超声 可见颈动脉分叉水平回声不均的圆形实性肿物,边界清晰,颈内外动脉夹角增宽,肿物内血流丰富(图1-16)。

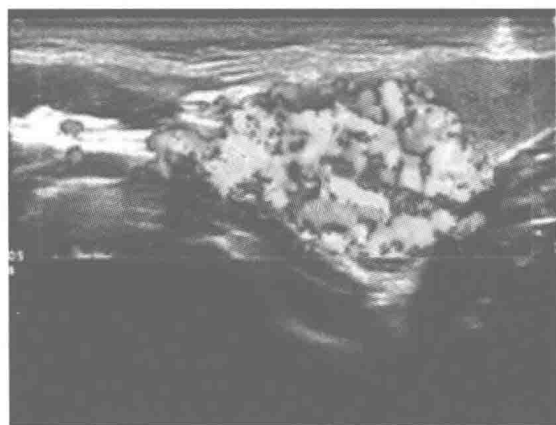


图1-16 颈动脉体瘤

超声示:右侧颌下颈总动脉分叉平面及上方可见一暗淡回声,边界尚清晰,形态尚规则。CD-FI示:内可见丰富血流信号

2. CT 除作为补充检查手段协助诊断外,还可显示肿块范围、部位及与血管间的关系,为手术提供重要的参考依据(图1-17)。

【典型病例】

患者,女,30岁,发现颈部淋巴结肿大3个月余,质硬,不活动,无压痛,伴有低热症状。结核菌素试验呈弱阳性。

治疗方案:抗结核治疗2个月后,手术切除肿大淋巴结,术后继续行抗结核治疗至少1年。

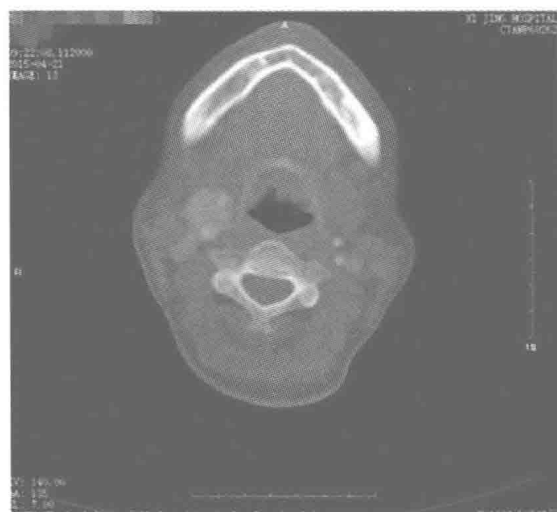


图1-17 颈动脉体瘤

CT示:右侧颈内、颈外动脉之间可见软组织包块影,大小约 $2.8\text{cm} \times 2.3\text{cm} \times 2.0\text{cm}$,血供丰富,位于右侧颈内、颈外动脉之间并使其夹角增大,供血动脉来自右侧颈外动脉分支

【治疗】

本病治疗以手术切除为主,由于瘤体血供丰富,病变部位特殊,手术风险大、出血多。术前颈动脉压迫训练有助于颅内侧支循环的建立。手术方式有肿瘤剥离术、肿瘤切除并血管重建术及肿瘤切除并血管结扎术。

【典型病例】

患者,女,52岁,发现左颈部包块3个月来诊。门诊查超声示:左侧颌下颈总动脉分叉平面及上方可见一暗淡回声,边界尚清晰,