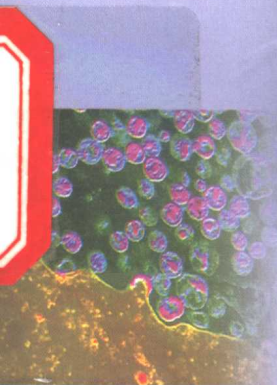


新编

常见恶性肿瘤诊治规范

鼻咽癌分册



中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

新编常见恶性肿瘤诊治规范

鼻咽癌 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 鼻咽癌分册/中国抗癌协会编.
- 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998
ISBN 7-81034-890-6

I. 新… II. 中… III. ①肿瘤-诊疗-规范②鼻咽肿瘤-
诊疗-规范 IV. R730

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 17548 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 鼻咽癌分册

作 者: 中国抗癌协会 编
责任编辑: 陈永生
封面设计: 孙元明
技术设计: 栾广明
责任校对: 李爱萍
责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850 × 1168 毫米 1/32 开
印 张: 3.625
字 数: 96 千字
版 次: 1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷
印 数: 1—5000 册
定 价: 9.80 元

ISBN 7-81034-890-6/R·888

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

鼻咽癌素有“广东瘤”之称。高发中心在广东省和广西东部的梧州地区，多见于湖南、福建、江西、海南、浙江、四川、贵州、云南等省。本书着重介绍了鼻咽癌的临床表现、检查方法以及各种治疗措施。

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委员：(以姓氏笔画为序)

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

鼻咽癌分册

主 编 闵华庆 张锦明 洪明晃

参加编写人员 (以姓氏笔画为序)

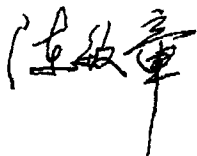
马 骏 邓满泉 卢泰祥 李 立

吴沛宏 吴秋良 张万团 张恩黑

郭 翔 梁小曼 崔念基 黄晓明

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰写为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '陈国章' (Chen Guozhang), with a long vertical stroke extending downwards.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 诊断	(1)
第一节 临床表现	(1)
第二节 头颈部检查	(7)
第三节 EB 病毒血清学检测	(12)
第四节 影像学	(17)
第五节 病理组织学	(20)
第六节 细胞学	(25)
第七节 临床分期	(30)
第八节 鉴别诊断	(33)
第二章 治疗	(38)
第一节 外照射	(38)
第二节 腔内后装治疗	(47)
第三节 化学药物治疗	(49)
第四节 手术治疗	(54)
第五节 预后与分层综合治疗	(67)
第六节 放疗并发症的处理	(69)
附 录 鼻咽癌模式病历及诊治记录规范	(82)

鼻咽癌 (nasopharyngeal carcinoma) 素有“广东瘤”(Canton tumor) 之称。据世界卫生组织的粗略估计, 世界上 80% 左右的鼻咽癌发生在我国。

鼻咽癌主要多见于我国南方的广东、广西、湖南、福建、江西、海南、浙江等省, 其次, 在四川、贵州、云南等省亦较多见。鼻咽癌高发中心是广东省的肇庆、佛山、广州地区和广西东部的梧州地区, 互相连成一片。鼻咽癌的发病情况则愈是远离这一高发中心便愈是降低。在这个高发区域内, 又以珠江三角洲和西江流域一带最为突出, 广东省四会和香港地区鼻咽癌发病率男性达 30/10 万以上, 女性也超过 15/10 万。

鼻咽癌的病因之谜迄今尚未全部揭示, 但是多年来的研究对不少问题已有了一定认识 and 了解。可以肯定地说, 鼻咽癌的发生是多因素的, 其癌变过程是多步骤的, 而且不同的个体其发病的条件, 甚至发病后出现的生物学特征也是不尽相同的。从流行病学研究所发现的情况, 又提示鼻咽癌出现的明显地区性、人群易感性和家族聚集现象, 都反映了遗传背景在鼻咽癌发病过程中起着十分重要的作用。另外 EB 病毒和环境因素与鼻咽癌的关系也不能忽略。

目前, 在鼻咽癌病因尚未明确的情况下, 早诊早治尤为重要。以下将各种临床表现、检查方法以及各种治疗措施进行介绍。

第一章 诊 断

第一节 临床表现

一、鼻咽部原发癌症状

(一) 涕血与鼻衄 发生在鼻咽顶后壁的病变, 在用力回吸鼻腔或鼻咽分泌物时 (这种现象多发生在清晨洗漱过程中), 由

于软腭背面与肿瘤表面相摩擦，此时轻者可引起涕血（又称回缩性涕血），重者可招致大量的鼻衄。临床上见到不少早期病例就是由此引起注意而被及时确诊。据统计，23.2%的患者以此作为首发症状。

（二）鼻塞 原发于鼻咽顶部的肿瘤常向前方浸润生长，从而导致同侧后鼻孔与鼻腔后的机械性阻塞。临床上大多呈单侧性鼻塞且日益加重，一般不会出现时好时差的现象。

（三）耳鸣与听力减退 位于鼻咽侧壁和咽隐窝的肿瘤常更多地浸润、压迫咽鼓管，使鼓室形成负压，出现渗出性中耳炎的体征（耳镜下可见鼓膜内陷，甚至鼓室积液）。此时，患者可有耳鸣和/或听力下降的症状，同时耳内有闷塞感。病状轻者如进行咽鼓管吹张术可以获得暂时的改善。至于病者的听力减退，主要是机械堵塞引起的传导性听力障碍（音叉检查：Weber 检测偏患侧，骨导大于气导），而不是听神经的受侵犯。

（四）头痛 鼻咽癌原发病灶引起的头痛特点是，单侧的持续性疼痛，部位多在颞部、顶部，其性质常为锐性的刺痛。26.9%的病例以此为首发症状而就诊。头痛发生原因较复杂，既可以是由于肿瘤压迫、浸润颅神经或颅底骨质，也可以是局部感染或血管受刺激引起的反射性疼痛。显然，鼻咽癌的这种头痛特征是不难与高血压、感冒等引起的头痛相区别的。

鼻咽原发癌灶的外形，常见者有结节型、浸润型、菜花型、溃疡型以及粘膜下型。有时鼻咽镜下还可见几种类型同时存在。其中溃疡型与菜花型者临床上较易发生鼻出血，甚至大量出血而危及生命，不可不予注意，而其他各种类型则与症状、体征之间没有必然的联系。值得特别指出的是，少数鼻咽癌患者其鼻咽部在鼻咽镜或鼻咽纤维镜下，甚至在 X 线和 CT 检查下都观察不到任何异常，因此，凡出现上述症状者必须严格检查与追踪，直到最后确定或排除鼻咽癌为止。

再者，鼻咽部的原发病灶可以向其周围任何一处的解剖结构发生浸润和压迫，向上破坏颅底骨质（多在颅中窝），侵犯多对

颅神经、海绵窦和蝶窦；向下伸延至口咽，甚至喉咽；向前突入鼻腔、筛窦、上颌窦、翼腭窝、眼眶；向后侵犯第1、2颈椎。更常见的是，向两侧扩展到茎突前、后间隙，以致临床上出现多个不同部位的相应症状，特别是比较复杂的颅神经症状（见下节）。

二、颅神经损害

人体的12对颅神经均可受鼻咽癌瘤的压迫或侵犯，其发生率在确诊时为33.9%。但以下几点需要注意：①鼻咽癌所引发的颅神经损害，其部位不在该颅神经的中枢处，而是发生在其离颅（或更下方）的位置；②大多数颅神经症状见于鼻咽原发灶的同侧，仅少数病例可出现对侧，甚至双侧同时受损；③虽然临床上常见多对颅神经相继或同时受累，但其中以三叉、外展、舌咽、舌下等颅神经受侵较多，而嗅、面和听神经受累较少。

鼻咽癌侵犯颅神经的途径常因人而异，较多见的方式有：①由鼻咽部向上经颈内动脉管或破裂孔抵达颅中窝，浸润至岩尖、圆孔、卵圆孔，海绵窦，引起动眼、滑车、三叉、外展神经的损害症状；②肿瘤抵达颅中窝后即转向前方，经眶上裂进入眼眶，招致眼球运动障碍或突眼；③鼻咽病灶向外侧浸润，累及茎突前、后区，使舌咽、迷走、副、舌下等颅神经以及颈交感神经受损害，三叉神经的二级分支，如下齿槽、耳颞和舌神经有时亦可受损。

各对颅神经及颈交感神经受累的部位和主要症状如下：

（一）嗅神经 受损害后可出现嗅觉减退，但必须与肿瘤和炎症等由于机械性堵塞鼻腔所致的嗅觉减退相鉴别。因此，临床上应在确定有颅前窝筛板区受破坏时才可作出嗅神经损害的结论。

（二）视神经 鼻咽癌常在视交叉与视神经孔之间浸润压迫此神经，引起单侧视力减退，甚至失明。体检可见瞳孔扩大，光反射消失。眼底镜下则显示视乳头萎缩，有颅内压升高者可见视乳头水肿。少数病者因肿瘤累及视交叉区，则可产生双侧视力障

碍，表现出鼻侧偏盲或颞侧偏盲，严重者可致双目失明。

（三）动眼神经 起于中脑，沿海绵窦外侧壁经眶上裂（眶前窝与颅中窝的交界处）离颅，支配内、上、下直肌，以及下斜肌和提上睑肌。癌组织可在颅中窝或眼眶内压迫此神经，使上述各条眼球运动肌肉瘫痪，眼球处于半固定状态（只能向外及外下方移动），同时上眼睑下垂，不能睁眼，瞳孔散大，对光及调节反应消失。

（四）滑车神经 随动眼神经出眶上裂，支配上斜肌，受侵后可致眼球不能向外下方侧视，临床上均见与动眼神经同时受损害。

（五）三叉神经 常见受累，它含有两种神经纤维：①运动纤维，在颅中窝穿过卵圆孔分支至咀嚼肌（包括嚼肌、颞肌、翼内肌、翼外肌），鼓膜张肌和腭帆张肌等；②感觉纤维，起自半月神经节，分出眼支（经眶上裂离颅）、上颌支（经圆孔离颅）和下颌支（经卵圆孔离颅）。鼻咽癌可在颅中窝或茎突前间隙处压迫三叉神经的三个分支或下颌支的一些分支。常见的受损体征是：患侧面部（由前额至下颌部）的感觉障碍，眼外眦角以上由眼支分布，外眦至口角间由上颌支分布，口角以下由下颌支分布，咀嚼肌萎缩，张口时下颌向患侧偏歪，甚至张口障碍。少数病者可有面部三叉神经分布区的剧痛。

（六）外展神经 起自脑桥，向前经颞骨岩尖至海绵窦，与动眼、滑车神经一同穿眶上裂抵达眼眶，支配外直肌。受损后眼球不能外展，产生复视，并可呈明显的内斜视。在鼻咽癌病例中，外展神经的受累最为常见。

（七）面神经 源自脑桥末端，其行程和分支比较复杂，但鼻咽癌引起的面神经损害，其部位绝大多数发生在茎乳孔周围。临床表现是：单侧面肌瘫痪，致患者不能皱额，口角歪斜，无法吹口哨，与常见的末梢性面瘫（Bell 麻痹）的表现一致。

（八）听神经 由耳蜗神经和前庭神经两部分组成，由于它位于岩骨之内，鼻咽癌极少侵犯。在病者未取得 X 线或 CT 检

查以及有关功能检查证实确为听神经损害之前，切勿仅凭患者主诉有听力下降和头晕便作出听神经受累的诊断。

(九) 舌咽神经 起于延脑，由颈静脉孔离颅后窝。它含有运动和感觉两种纤维，受损的表现是：软腭患侧下塌，悬雍垂偏向健侧，发“啊”音时软腭不能收缩，同时咽部及舌后 1/3 感觉减退，饮食吞咽时易发生反呛。

(十) 迷走神经 由运动和副交感神经纤维组成，经颈静脉孔离颅。受损的症状是：吞咽障碍、反呛、咽反射消失、声嘶（喉镜检查时可见患侧声带固定于旁正中位）。

(十一) 副神经 由脊髓支和延髓支组成，前者起于颈髓，后者起于延脑。经颈静脉孔离颅，支配胸锁乳突肌及部分斜方肌。受累的表现是患侧斜方肌上份萎缩，但头的转动由于尚有其他颈深肌的支持，故不致出现明显的障碍。

(十二) 舌下神经 源自延脑，由颈静脉孔后下方的舌下神经孔离颅，支配舌部肌肉。典型的受累体征是伸舌时舌尖偏向患侧，病程长者可见病变侧舌肌萎缩和肌纤维震颤。

除上述的 12 对颅神经外，当鼻咽癌侵犯至茎突后间隙内累及舌咽、迷走、舌下和副神经时，还可累及颈交感神经，引起同侧眼球内陷、眼裂变窄、瞳孔缩小及患侧少汗或无汗，又称 Horner 综合征。

三、颈淋巴结转移

对鼻咽癌患者来说，颈淋巴结转移引起的肿块是十分重要的。约 80% 的病人有这一体征，甚至约 12% 的病者是以“颈块”为第一症状的。

颈部的淋巴结包括有：颈内静脉链组（临床上可分为颈深上、中、下组）。副神经链和颈横动脉链组三个主要的淋巴引流区。此外还有颌下、颌下、腮腺下极等组的淋巴结与上述三组淋巴结互相沟通。鼻咽部的癌细胞虽然可以转移到任何一个部位的淋巴结，但临床上最常见的部位是颈深上组的淋巴结首先受累，然后再转移至其他各组。颈深上组的“典型”部位是：下颌角后

方，乳突的前下方，胸锁乳突肌的深面。初时由于肿大的淋巴结表面有厚实的胸锁乳突肌覆盖，患者难以注意到，即使是医生检查亦不易触及。随着病程发展，肿块可日益增大，质地亦更为结实，基底可由活动变为固定，甚至浸润至表面的皮肤。有的患者颈淋巴结转移灶只局限在某一或两组淋巴结，但有的患者其肿大的淋巴结可遍及全颈，或互相融合成巨大包块。少数病例还可出现“跳跃式”转移，即颈上区无肿大淋巴结，但颈下部或锁骨上窝已有转移病灶。

四、远处转移

由于鼻咽癌细胞 95% 以上分化不良，放疗后 20% ~ 30% 的病人可出现远处器官的转移，甚至部分病例初诊时已有远处转移灶。

在大多数情况下，远处转移灶出现之前先有颈淋巴结转移，由上颈至下颈，然后再到达锁骨上窝。继之，右侧的癌灶可由颈淋巴总干进入颈、锁静脉角处注入静脉，左侧的癌灶则由颈淋巴总干进入胸导管，再从静脉角进入静脉，最后由血流至肺转入大循环向全身扩散、转移。此外，鼻咽癌灶还可直接侵犯椎静脉系统，癌细胞可由椎静脉、肋间静脉、腰和盆底静脉向脊椎、肋骨和盆骨发生转移。一般而言，虽然全身各处均可出现癌的转移，但其中以骨（包括颈椎、腰椎、胸椎、骨盆、股骨等）、肺、肝最为常见，其临床表现如下：

（一）骨转移 大多为溶骨性表现，部分可见“肿瘤性新生骨”，即所谓成骨性表现。患者主要表现为局部固定性疼痛和压痛，X 线照片往往要在有疼痛症状后 3 个月才发现改变，而用 ECT 扫描则可在临床症状出现前 6 个月发现转移灶。

（二）肺转移 患者可有咳嗽、血丝痰、胸痛等症状，如纵隔受累常压迫喉返神经而引起声嘶。X 线或 CT 检查可见单侧或双侧肺散在性结节状的转移灶，并由小增大，甚至引起胸水和呼吸困难。少数病例可导致杵状指。

（三）肝转移 主要表现为肝区痛，肝肿大硬实或呈结节状。

B超或CT检查对了解病变情况具有重要的价值。此外，90%以上的此类病者可伴有不规则的发热或弛张热，体温变化一昼夜间波动在1℃以上。

五、临床分型

大多数癌瘤的临床表现是按照“局部扩展→区域淋巴结转移→远处播散”的规律发展的，虽然有时也可出现“跳跃”或“逆反”的情况，可是，鼻咽癌则可在同一病理性质下，临床出现截然不同的类型，即在病程发展至一定程度后，就按下述三种分型之一而固定发展。

(一) 上行型 又称颅神经型。患者有第Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ对颅神经受侵犯和/或颅底骨质破坏，但没有颈淋巴结转移。

(二) 下行型 又称颈淋巴结广泛转移型。有单侧或双侧颈淋巴结多处转移，累及锁骨上窝淋巴结，并可形成巨大的肿块(7cm以上)，但不出现上述各前组颅神经的受累表现(可有后组颅神经，即第Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ对颅神经的受累)，或颅底骨质破坏。

(三) 上下行型 又称混合型。患者既有各前组颅神经受累和/或颅底骨质破坏，又并有单侧或双侧颈淋巴结的局限性转移，直径小于7cm。

经临床长期观察，还发现上行型者除颈部和全身淋巴结都不发生转移外，也极少发生远处器官的转移。下行型者不仅颈部淋巴结有转移外，还常有广泛全身淋巴结受累的可能。同时，各器官的转移也较多见，但肿瘤却始终不向上发展至颅底区。当然，上下行型的特征是二者兼而有之。

(张锦明 闵华庆)

第二节 头颈部检查

一、间接鼻咽镜检查

这是一种简便、快捷、有效的常规检查方法。受检者正坐，

头稍前倾，张口，用鼻呼吸，检查者左手持压舌板，压下舌前2/3，扩大咽弓舌根距离，右手持加温而不烫的鼻咽镜，镜面向上，送入软腭背面与咽壁之间，尽量避免触及舌根、咽弓、咽壁，以免引起恶心影响检查。镜面向上向前时，可见到软腭背面，鼻中隔后缘、后鼻孔、各鼻道及鼻甲后段；镜面向左右转动时，可见到鼻咽侧壁的咽鼓管前区、咽鼓管区、咽鼓管开口、咽鼓管后区及咽隐窝；镜面移向水平，则可观察鼻咽顶壁及咽扁桃体。检查中应特别注意鼻咽粘膜有无充血、粗糙、出血、溃疡、浸润、新生物及鼻咽腔双侧是否对称，鼻咽腔是否狭窄等。

一般情况下，大多数病人可在间接鼻咽镜下窥视到鼻咽各壁的正常结构或异常改变。如咽反射敏感者，可先用1%~2%的卡因喷咽1~3次作粘膜表面麻醉后再作检查。

二、鼻咽纤维镜检查

这一检查方法已广泛用于临床，且逐渐成为诊查鼻咽部疾患的常规方法。

（一）鼻咽纤维镜检查的优点

1. 检查方便，操作简单，易于掌握。受检者无大不适，易于接受检查。
2. 镜身柔软，纤细，可弯曲，照明度好，有放大数倍的作用，故检查范围广，成功率高。
3. 术前准备简单，仅作粘膜表面麻醉即可。
4. 创伤性小，安全可靠。
5. 可在短时间内完成上呼吸道的诊查。
6. 对病变部位可在明视下直接咬取活检。
7. 可接影视系统，资料作永久性保存，有利于医疗、教学和科研。

（二）临床适应证

1. 凡无法用间接镜检查鼻咽者，如张口困难、咽反射极敏感、悬雍垂过长、软腭和悬雍垂紧贴咽后壁（检查不合作）、小儿、体弱者、颈椎强直及卧床不起者。

2. EBV 血清学检测 (VCA/IgA、EA/IgA、EDAb) 高滴度阳性, 间接镜检查阴性者。

3. 颈淋巴结转移癌, 原发灶未明者。

4. 临床或/及 CT 诊断鼻咽癌, 但鼻咽部活检阴性者。

5. 间接镜检查发现鼻咽部新生物, 但病灶细小或部位隐蔽, 估计一般活检困难者。

6. 临床上鼻咽癌与鼻咽纤维血管瘤难鉴别者。

7. 对手术、后装或放疗的患者前后的对比观察。

8. 某些特殊病例的科研, 教学要求 (如摄影、摄像、示教、会诊等)。

9. 对鼻咽部孤立的小病灶 (如囊肿、息肉、增生性小节、鼻咽癌放疗后的微小残留病灶或复发灶等) 可在纤维镜下作整个摘除术。

(三) 操作方法 先用 2% 麻黄素喷雾双侧鼻腔以收缩鼻甲及收缩微小血管, 用 1% ~ 2% 的卡因喷雾双侧鼻腔及吸入鼻咽作表面麻醉, 各 2 ~ 3 次后, 病人仰卧于操作室检查床上, 纤维镜用 0.05% ~ 0.1% 洗必泰水、75% 酒精作常规消毒后, 术者左手持鼻咽纤维镜操纵部, 右手持纤维镜导像束弯曲部的上方, 从一侧鼻腔经下鼻道插入纤维镜至鼻咽部, 通过调节弯曲部的角度, 以观察鼻咽腔的各个壁, 了解其结构, 粘膜色泽, 有无新生物及新生物大小、部位、形态等。在进镜及退镜过程中, 仔细观察双侧鼻腔有无可疑病灶。此外, 纤维镜可经鼻咽过口咽进入喉部, 以观察口咽、喉咽和喉部有无肿瘤情况以及观察双侧声带的活动情况。

在检查过程中, 如发现有意义的病变需作永久资料保存, 可用专用照相机或录像系统接纤维镜目镜进行摄影或录像。

三、鼻咽活体组织检查

在鼻咽间接镜或鼻咽纤维镜检查时, 如发现鼻咽部有可疑病灶或肿瘤, 则需要作活体组织检查, 以明确病理诊断。鼻咽活检可在间接镜或纤维镜明视下进行。