

头颈部肿瘤

诊断、治疗及预后

头颈部肿瘤 诊断、治疗及预后

李树玲 编著

天津科学技术出版社

头颈部肿瘤诊断、治疗及预后

李树玲 编著

*

天津科学技术出版社出版

天津市赤峰道124号

天津新华印刷一厂制版、印刷

天津市新华书店发行

*

开本 787×1092毫米 1/16 印张 25 字数 581,000

一九八三年九月第一版

一九八三年九月第一次印刷

印数：1—5,800

书号：14212·59 定价：11.50元

前 言

近年，我国肿瘤医学发展迅速，在头颈肿瘤工作方面，一支专业防治队伍已经形成。迫切需要系统而实用的有关头颈部肿瘤专科参考书籍。

在天津市人民医院党委大力支持下，作者根据30年来从事肿瘤临床及科研工作的经验和体会，参考国内外有关文献，结合当前我国具体情况，着重临床实用，主要采用本国病例资料，写成本书。供从事肿瘤临床尤其头颈肿瘤、耳鼻喉科、口腔科、眼科以及一般外科医生等广大医务人员参考。

全书共23章，照片及绘图420幅。着重介绍常见恶性肿瘤的现代诊断、治疗及预后。

本书在编写过程中，承路进兰同志协助，贾树明同志绘图，曹中一及王广奇同志摄影，并得到天津市人民医院头颈科、随访组及有关科室的大力支持，对此均表谢忱。

由于作者水平有限，经验不足，书中难免存在缺点和错误，希广大读者批评指正。

李树玲

一九八二年一月

C0094593



目 录

引言	(1)	一、放射性同位素	(16)
第一章 临床诊断	(2)	二、X射线机	(17)
第一节 病史	(2)	三、高能电子束发射机	(17)
一、性别及年龄	(2)	第二节 射线的质与量	(19)
二、主诉	(2)	第三节 放射治疗方式	(19)
三、病期	(3)	一、体外放疗	(19)
四、肿瘤家族史	(3)	二、体腔内放疗	(21)
第二节 查体	(3)	三、组织间放疗	(21)
一、全身检查	(3)	四、体内放疗	(22)
二、局部检查	(3)	第四节 影响疗效的因素	(22)
第三节 鼻咽及喉的检查	(5)	一、全身状况	(22)
一、鼻咽检查	(5)	二、肿瘤部位	(22)
二、喉检查	(7)	三、局部情况	(22)
第四节 头颈部肿瘤活体组织检查	(10)	四、肿瘤的放射敏感性	(22)
一、穿刺吸取活检	(10)	五、病理分级	(23)
二、钳取活检	(10)	第五节 提高疗效的措施	(23)
三、切取活检	(10)	一、改进照射方法	(23)
四、切除活检	(10)	二、提高肿瘤细胞氧含量	(23)
第二章 外科治疗	(11)	三、并用增敏剂	(23)
第一节 肿瘤外科概念	(11)	四、高直线能量传递(LET)源的应用	(23)
第二节 适应症选择	(11)	五、放射合并高温治疗	(23)
一、病变情况	(11)	第六节 放疗组织反应	(24)
二、患者情况和效果估计	(11)	第七节 放疗适应症	(25)
第三节 术前检查	(12)	一、根治性放疗	(25)
第四节 手术实施	(13)	二、姑息性放疗	(25)
一、麻醉	(13)	三、放疗与外科综合治疗	(25)
二、良性肿瘤切除	(13)	第四章 化学药物治疗	(27)
三、恶性肿瘤切除	(13)	第一节 抗癌药物的生物学作用	(27)
第五节 术后处理原则	(14)	一、脱氧核糖核酸、核糖核酸和蛋白质	(27)
一、体位	(14)	二、细胞增殖周期和抗癌药物对各周期细胞的作用	(28)
二、饮食和输液	(14)	第二节 抗癌药物的分类及其作用机理	(28)
三、注意出血	(14)	一、烷化剂	(28)
四、注意呼吸	(15)	二、代谢拮抗药物	(29)
五、早期离床	(15)	三、各种内分泌素	(29)
第三章 放射治疗	(16)		
第一节 放射源	(16)		

四、抗癌抗菌素	(29)	二、圆柱瘤样汗腺瘤	(58)
五、植物生物碱	(29)	三、结节状汗腺瘤	(58)
六、其他	(29)	四、汗腺瘤	(59)
第三节 合理用药	(30)	第五节 脉管瘤	(60)
一、单一用药	(30)	一、血管瘤	(60)
二、合并用药	(30)	二、淋巴管瘤	(69)
第四节 头颈部鳞状细胞癌的化疗	(31)	第六节 色痣与恶性黑色素瘤	(71)
一、全身用药	(31)	一、色痣	(71)
二、动脉内化疗	(33)	二、恶性黑色素瘤	(74)
第五章 免疫治疗	(39)	第七节 皮肤癌	(77)
第一节 肿瘤免疫的基本概念	(39)	一、原位癌	(78)
一、免疫系统的功能	(39)	二、鳞状细胞癌	(79)
二、肿瘤与宿主免疫反应的相互作用	(40)	三、基底细胞癌	(83)
第二节 肿瘤免疫治疗的临床应用	(42)	第八节 其他肿瘤	(85)
一、适应免疫治疗的一些因素	(42)	一、皮肤隆突性纤维肉瘤	(85)
二、免疫治疗方法	(42)	二、着色性干皮病	(86)
第六章 冷冻外科治疗	(46)	三、神经纤维瘤病	(87)
第一节 冷冻的生物学作用	(46)	第八章 眼部肿瘤	(92)
一、冷冻对细胞的损害	(46)	第一节 眼睑癌	(92)
二、冷冻后组织学改变	(46)	一、皮脂腺癌	(92)
三、冷冻免疫学	(47)	二、基底细胞癌	(93)
第二节 冷冻治疗的一些基本知识	(47)	三、鳞状细胞癌	(95)
一、致冷原理	(47)	四、恶性黑色素瘤	(95)
二、常用致冷剂	(47)	第二节 眼球内肿瘤	(97)
三、冷冻机	(47)	一、葡萄膜恶性黑色素瘤	(97)
四、冷冻治疗方式	(48)	二、视网膜母细胞瘤	(98)
五、冷冻治疗条件	(48)	第三节 眼眶肿瘤	(102)
第三节 头颈部肿瘤的冷冻治疗	(48)	一、泪腺肿瘤	(103)
第七章 皮肤肿瘤	(53)	二、瘤样淋巴组织增生	(106)
第一节 囊肿	(53)	三、泪囊癌	(109)
一、表皮样囊肿	(53)	第九章 耳部肿瘤	(112)
二、皮样囊肿	(53)	第一节 外耳道肿瘤	(112)
三、皮脂瘤病	(53)	一、鳞状细胞癌	(112)
第二节 表皮良性肿瘤及类瘤病变	(54)	二、耵聍腺瘤	(112)
一、老年性角化症	(54)	第二节 颈静脉体瘤	(113)
二、脂溢性角化病	(54)	第三节 中耳乳突癌	(114)
三、角化棘皮瘤	(54)	第十章 涎腺肿瘤	(116)
四、皮角	(55)	第一节 腺瘤	(122)
第三节 毛囊肿瘤	(56)	一、多形性腺瘤	(122)
一、毛囊上皮瘤	(56)	二、腺淋巴瘤	(131)
二、钙化上皮瘤	(56)	三、嗜酸性细胞腺瘤	(133)
第四节 汗腺肿瘤	(58)	四、其他类型腺瘤	(133)
一、汗腺瘤	(58)	第二节 癌	(133)

一、多形性腺瘤癌变	(133)
二、腺样囊性癌	(136)
三、粘液表皮样癌	(138)
四、腺泡细胞癌	(141)
五、其他类型癌	(141)
第三节 结缔组织及其他原发肿瘤	(142)
一、腮腺内面神经神经鞘瘤	(142)
二、血管瘤	(142)
三、其他	(143)
第四节 其他肿瘤与类瘤疾病	(143)
一、良性淋巴上皮病变	(143)
二、嗜伊红细胞淋巴肉芽肿	(145)
三、其他	(146)
第十一章 鼻腔及副鼻窦肿瘤	(150)
第一节 类瘤及良性肿瘤	(150)
一、粘液囊肿	(150)
二、息肉	(150)
三、乳头状瘤	(150)
第二节 鼻腔癌	(152)
第三节 上颌窦癌	(158)
〔附〕 上颌窦癌TNM 分类及临床分期	(172)
第四节 筛窦癌	(172)
第五节 额窦癌及蝶窦癌	(174)
第十二章 颌骨肿瘤	(177)
第一节 上皮性囊肿	(177)
一、牙源性囊肿	(177)
二、非牙源性囊肿	(178)
第二节 牙源性肿瘤	(180)
一、造釉细胞瘤	(180)
二、腺样造釉细胞瘤	(185)
三、钙化牙源性上皮瘤	(187)
四、造釉细胞纤维瘤	(187)
五、钙化牙源性囊肿	(187)
六、混合性牙瘤	(187)
七、组合性牙瘤	(188)
八、粘液瘤	(188)
九、牙本质瘤	(188)
第三节 非牙源性肿瘤及类瘤疾病	(188)
一、纤维结构不良	(188)
二、骨化纤维瘤	(190)
三、中心性巨细胞肉芽肿	(190)
四、颌骨肥大	(190)

第四节 肉瘤	(192)
一、纤维肉瘤	(192)
二、骨肉瘤	(193)
三、尤文氏肉瘤	(193)
第十三章 口腔肿瘤	(196)
第一节 类瘤病变及良性肿瘤	(196)
一、弗迪斯病	(196)
二、正中菱形舌炎	(196)
三、涎腺囊肿	(196)
四、皮样囊肿	(196)
五、鳃裂囊肿	(196)
六、血管瘤	(197)
七、淋巴血管瘤	(197)
八、乳头状瘤	(198)
九、颗粒性肌母细胞瘤	(198)
十、龈瘤	(198)
第二节 口腔粘膜癌前病变	(198)
一、白斑	(198)
二、红斑	(199)
三、扁平苔癣	(199)
第三节 口腔小涎腺肿瘤	(200)
第四节 口腔粘膜恶性黑色素瘤	(202)
第五节 口腔癌	(204)
一、舌癌	(205)
二、龈癌	(214)
三、唇癌	(217)
四、腭癌	(220)
五、颊癌	(224)
六、口底癌	(226)
〔附〕 口腔癌TNM 分类及分期摘录	(230)
第十四章 鼻咽癌	(235)
〔附〕 鼻咽癌临床分期暂行方案	(251)
第十五章 口咽恶性肿瘤	(253)
第十六章 喉咽癌	(260)
第十七章 喉癌	(267)
〔附〕 喉癌TNM分类及分期摘录	(289)
第十八章 恶性淋巴瘤	(293)
第十九章 甲状腺肿瘤	(306)
第一节 解剖及生理	(306)
第二节 类瘤疾病	(307)
一、异位甲状腺体	(307)
二、甲状舌囊肿	(309)

三、结节性甲状腺肿	(310)	一、切除范围及适应证	(361)
四、亚急性性甲状腺炎	(310)	二、手术步骤	(361)
五、淋巴性甲状腺肿	(312)	第四节 并发症及其处理	(365)
六、木样甲状腺肿或里德耳氏甲状腺肿	(312)	一、出血	(365)
七、淀粉样甲状腺肿	(312)	二、声门水肿	(365)
第三节 腺瘤	(312)	三、皮肤坏死	(365)
第四节 癌	(316)	四、感染	(365)
一、乳头状癌	(319)	五、颈内静脉损伤	(365)
二、滤泡状癌	(325)	六、颈总动脉破裂	(366)
三、髓样癌	(326)	七、神经损伤	(366)
四、未分化癌	(329)	八、胸膜损伤与纵膈气肿	(366)
第五节 其他恶性肿瘤	(332)	九、乳糜瘘	(366)
一、恶性淋巴瘤	(332)	第二十三章 整复	(368)
二、其他肉瘤	(332)	第一节 单蒂旋转皮瓣	(368)
三、恶性畸胎瘤	(332)	一、头皮缺损的修复	(368)
四、异位甲状腺组织发生的癌	(332)	二、面、颌、颈部软组织缺损的修复	(368)
五、甲状腺继发病	(332)	第二节 双蒂皮瓣	(372)
第二十章 甲状旁腺肿瘤	(336)	第三节 肌蒂皮瓣	(374)
第二十一章 颈部肿瘤	(341)	一、胸锁乳突肌肌蒂皮瓣	(374)
第一节 先天性类瘤疾病	(341)	二、斜方肌肌蒂皮瓣	(374)
一、鳃裂囊肿及瘘管	(341)	三、胸大肌肌蒂皮瓣	(376)
二、胸腺囊肿	(341)	第四节 游离微血管皮瓣	(376)
第二节 良性肿瘤	(342)	一、足背皮瓣	(376)
一、神经鞘瘤	(342)	二、下腹皮瓣	(376)
二、颈动脉体瘤	(345)	三、腹股沟皮瓣	(376)
第三节 颈部淋巴结转移癌	(352)	四、胸三角皮瓣	(376)
第二十二章 颈淋巴结清除术	(356)	第五节 唇癌切除术后缺损的修复	(376)
第一节 病例选择、术前准备及麻醉	(356)	一、唇瓣修复法	(376)
一、病例选择	(356)	二、颊瓣修复法	(379)
二、术前准备	(356)	第六节 面、颊、唇血管瘤切除后缺损的修复	(382)
三、麻醉	(356)	第七节 眼睑癌切除术后缺损的修复	(384)
第二节 根治性颈淋巴结清除术	(356)	一、第一期手术	(384)
一、切除范围	(356)	二、第二期手术	(386)
二、手术步骤	(356)	第八节 下咽癌切除术后下咽重建	(388)
第三节 保守性(功能性)颈淋巴结清除术	(361)	一、颈部皮瓣法	(388)
		二、游离空肠移植法	(390)

引言

头颈系人体重要器官集中的部位，从这些器官发生的肿瘤，类型繁多，生物特性各异，无论在诊断和治疗方面，均有其特殊性。

据国内初步统计资料，头颈部恶性肿瘤（目前不包括颅内肿瘤）约占全身恶性肿瘤的20~30%，其中常见的鼻咽癌、喉癌、上颌窦癌、口腔癌、甲状腺癌以及视网膜母细胞瘤等，在国内外肿瘤防治及研究工作中，均占重要地位。

头颈部肿瘤的诊治，涉及多种学科，从事头颈肿瘤专业的医生，必须具备有关学科的基本知识，并与各科协作，以提高诊断正

确率和进行有效的治疗。

目前头颈部肿瘤的平均治愈率大约在30%左右。推迟就诊，延误诊断和不正确处理为造成治愈率低下的主要原因。按头颈部肿瘤一般处于显露部位，在早期发现、早期诊断及早期治疗方面，较内脏肿瘤更具有利条件，倘能积极开展肿瘤普查、减少误诊和及时进行正确治疗，治愈率当能获得提高。

我国医务工作者在头颈肿瘤基础研究特别在鼻咽癌的基础研究工作方面，虽然已经取得一定成绩，但总的来说，条件尚差，基础薄弱，还须努力加强，以期加速提高医疗及科研水平。早日攻克肿瘤难关。

第一章 临床诊断

正确诊断是治疗成功的先决条件，而早期确诊则为提高恶性肿瘤治愈率的重要因素。

第一节 病史

病史为反映疾病发展的系统资料，通过详细了解病史，可为诊断提供重要参考依据。

一、性别及年龄

性别及年龄为接触患者时首先要了解的内容。如皮肤癌、口腔癌及喉癌均以男性为多。甲状腺癌则好发于女性，大多为乳头状癌，男性虽较少，但滤泡癌比率较大。发生于儿童的甲状腺单发结节，约半数恶性。

3岁以内幼儿原因不明的斜视或视力障碍，应首先考虑视网膜母细胞瘤。恶性颈淋巴结肿大，在成人应首先考虑转移癌，而儿童则多应考虑来自淋巴或造血组织。腮腺区长期缓慢生长的弥漫性肿块，在男性应排除嗜伊红细胞增生性淋巴肉芽肿，而女性则须排除神经纤维瘤病或其他疾病等。

二、主诉

根据病变和性质，主诉各异。主诉多由原发肿瘤引起，但亦有以继发性瘤为首发症状而来诊者。有时，患者虽有类似肿瘤的主诉，但未必皆属肿瘤性质。

(一) 肿块 为头颈肿瘤科就诊患者中最常见的主诉之一。对每一肿块均须作以下鉴别：①是否肿瘤，如常见的由于慢性炎症而引起的淋巴结肿大、因导管结石所致慢性颌下腺炎、亚急性甲状腺炎所产生的甲状腺肿块等，均常被误诊为肿瘤而来诊。②肿块性质，须通过病史、自觉症状及局部表现

等进行初步判断。③原发抑或继发。

(二) 症状

1. 疼痛 除急性炎性病变外，良性肿瘤一般甚少疼痛，恶性肿瘤因常累及神经或骨质，故常诉疼痛。如同为颌下腺肿块，不论其大小，倘伴有疼痛，首应排除颌下腺腺样囊性癌。有些患者外表并无明显肿块，仅主诉一侧顽固性面部痛或头痛，应注意排除居隐蔽部位的鼻咽癌或副鼻窦癌。

2. 异常分泌物 经鼻腔、鼻咽或口咽流出的血性分泌物，常为鼻腔、副鼻窦或鼻咽癌的较早期症状之一。鼻腔恶臭的分泌物多为鼻腔鳞状细胞癌。

3. 音哑 仅音哑而外表无肿块或其他症状时，首应考虑喉部病变并须排除迷走神经功能障碍所致声带麻痹；如合并其他颅神经受累时，应排除鼻咽癌或颅底肿瘤累及颅神经。

4. 压迫症状 根据肿瘤部位，可产生不同的压迫症状。如眼眶或球后肿物可压迫眼球外突；甲状腺癌常压迫气管引起呼吸不畅。

5. 神经功能障碍 有些可以神经功能障碍为主诉而来诊。如复视，多因眼球运动障碍而引起，可因眶内肿瘤直接累及或鼻咽癌累及颅神经所造成；咽反射功能障碍，如吞咽时呛咳，常伴音哑，多系喉返神经或迷走神经受累表现，原发病灶可能为鼻咽癌、甲

状腺癌、迷走神经的肿瘤或其他疾病。

三、病期

一般病期多年的肿块大多属于良性，但有些恶性肿瘤，如分化良好的甲状腺癌，其病期亦可漫长，达数年至20余年之久。多年存在的肿块，近期增长加速，应考虑恶性变，如腮腺混合瘤恶变。原发恶性肿瘤一般生长较快，故多早来就诊，因而病期亦较

短。但亦有例外，如甲状腺囊腺瘤可因囊内出血，急骤增大。

四、癌瘤家族史

目前已知有些头颈部恶性肿瘤具有家族倾向，如甲状腺髓样癌、视网膜母细胞瘤及鼻咽癌等。直系家属患其他癌瘤，对后代患癌亦有一定因果关系。

第二节 查 体

一、全身检查

肿瘤尤其恶性肿瘤并非孤立性疾病，与机体存在着复杂的内在联系。临床上可以肿块形式出现，亦可伴发全身其他部位的一些病理改变。这些表现对确立诊断，具重要参考价值。头颈部肿瘤亦不例外。在查体时，除仔细检查肿瘤局部情况外，不可忽视全身检查。例如在检查甲状腺肿物时，必须了解其功能状态及全身表现，因无论功能亢进或减退，均可造成甲状腺肿大。头部肿块伴颅骨破坏，需进行全身检查以排除神经纤维瘤病或继发于其他部位的恶性肿瘤。颌骨囊性骨炎可为局限性，但须排除全身骨骼纤维结构不良或甲状旁腺功能亢进。口腔尤其唇及颊部多发黑痣，应考虑到Peutz-Jeghers综合征。颈部淋巴结肿大，其原发灶可能在头颈部，亦可为全身恶性淋巴瘤的局部表现，或来自远处病灶的转移等，不一一列举。全身检查除针对与原发瘤有关的部位进行检查外，全身表浅淋巴结、胸腔器官（心、肺）、腹腔器官（肝、脾、肾及腹部），必要时对妇科盆腔器官（子宫、卵巢）以及肛门、直肠等处进行检查。

二、局部检查

（一）原发肿块

1. 部位 头颈肿块的发生部位或器官，一般通过视诊、触诊或内窥镜检大多可以定

位，但欲明确其原发组织，有时尚须配合一些特殊检查。如咽旁肿块，可能来自腮腺颌骨后叶，亦可发生于迷走或交感神经，须进行涎腺造影以鉴别；眼眶内肿瘤须结合X线摄影、充气造影以及超声检查等，以判断其具体发生部位。

2. 表面情况 根据肿瘤所在深度及其性质，表面情况各异。一般良性肿块表面组织多正常，但少数亦可因压迫而致组织坏死，如腮部良性混合瘤。皮肤或粘膜的癌瘤一般皆溃破。皮下浅层组织的肉瘤，表面皮肤可无明显异常或出现静脉曲张，瘤体增大到一定程度后始破溃。

3. 大小 一般测量肿瘤大小应取其三个径的长度，包括肿物的最长径、与此径垂直相交的长径及肿瘤的厚度。

4. 外形及边界 良性肿瘤大多外形规整且边界清楚，恶性肿瘤因浸润性生长，一般边界欠清且外形不规则。但瘤体较小时，因浸润不著，亦可与良性无明显区别，如腺样囊性癌，应提起注意。

5. 硬度 癌一般较良性肿瘤为硬，但根据不同的病理类型，软硬度亦可表现不一。有的恶性肿瘤可呈囊性，如甲状腺乳头状囊腺癌，有时淋巴结的转移性鳞状细胞癌液化，均可呈囊性。有的良性肿瘤亦可甚硬，如结节性甲状腺肿钙化，钙化上皮瘤。

6.搏动 肿瘤表面触及搏动大致可有两种情况：①搏动来自肿瘤本身，如动脉瘤、动静脉血管瘤及血液丰富的肿瘤等，此时，听诊常可闻杂音。②搏动来自肿瘤表面的动脉，如颈动脉体瘤及颈迷走或交感神经的神经鞘瘤，将颈动脉推向表浅移位，此时听不到杂音。

7.压痛 肿瘤除合并感染外，一般甚少压痛。倘有触痛则应考虑神经原性肿瘤或累犯神经的肿瘤。

8.活动度 一般良性肿瘤多活动良好。而恶性大多活动受限，晚期固定。活动度与肿瘤部位有关。如硬腭及泪腺良性混合瘤活动度均欠佳。

(二) 头颈部淋巴结 区域淋巴结检查为必行的常规检查，对了解癌瘤是否合并转

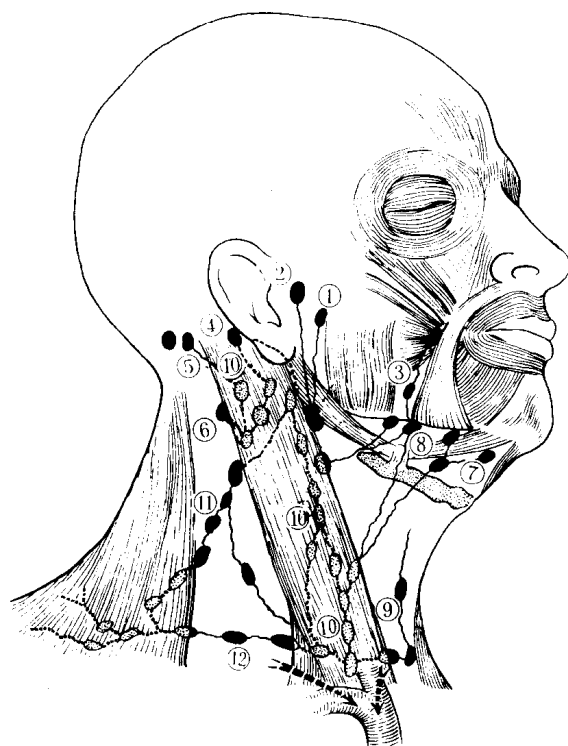


图1-1 头颈部淋巴结分布

移及制定治疗方案，均有重要参考意义。

1.头颈部淋巴结的分布 头颈部淋巴结绝大多数分布在颈部，约占全身淋巴结的1/3，总数约150~200个，是全身淋巴系统的

重要区域。主要接受头、颈部淋巴引流，其中锁骨上淋巴结尚接受来自上肢、胸部、腹部以及盆腔等处的淋巴。一般可分浅层和深层，后者与肿瘤转移有密切关系。主要可分为12个区(图1-1)。

(1) 耳前淋巴结 在耳前深肌膜下，引流额、颞、眼睑及外耳淋巴，输出管终于颈内静脉上组淋巴结。

(2) 腮腺淋巴结 可分深浅两组：前者在腮腺和咽侧壁之间，接受咽和鼻腔后部淋巴；后者大部在腮腺腺体中，主要接受腮腺本身的淋巴，鼓室、外耳道、眼睑以及颞部皮肤淋巴亦可引流至此。输出管入颈内静脉上组淋巴结。

(3) 面淋巴结 亦分深浅二组：前者位于翼外肌外侧，分布在颌内动脉周围，接受颞下窝、鼻后和咽部淋巴；后者主要包括颊淋巴结(在口角外侧颊肌角处)和下颌上淋巴结(在咬肌前缘)，偶见眶下淋巴结，引流颊部皮肤、粘膜及鼻皮肤淋巴，面淋巴结的输出管入颌下淋巴结。

(4) 耳后淋巴结 位于乳突后方深肌膜下，引流头皮颞后区及外耳后部淋巴，输出管入颈内静脉上组淋巴结。

(5) 枕淋巴结 位于枕外隆凸与乳突间区深肌膜下，接近枕动脉与枕大神经，引流枕区头皮淋巴，注入颈内静脉上组淋巴结。

(6) 颈浅淋巴结 位于颈外静脉上方深肌膜浅层及胸锁乳突肌外侧面，引流腮腺区淋巴，入颈内静脉上组淋巴结。

上述6组淋巴结，一般较少见癌瘤转移。下述6组为较常见的癌瘤转移区。

(7) 颌下淋巴结 位于颌下三角内，下颌舌骨肌表面，两侧二腹肌前腹之间。一般为2~3个，主要接受下唇中部、颏部皮肤、口底、下龈中线部和舌尖部淋巴。其输出管终于颌下或颈内静脉上组淋巴结。

(8) 颌下淋巴结 位于颌下三角内，

一般为4~6个,多在颈深肌膜浅层,一部位位于颌下腺与下颌舌骨肌之间。主要接受面、颊、上唇、下唇外侧、舌前2/3侧部、牙龈、鼻前庭及上颌窦等部淋巴引流,也接受来自颌下区淋巴输出管。其输出管终于颈内静脉上组淋巴结。

(9) 气管周围淋巴结 分布于喉、气管前及两侧、气管食管沟、甲状腺峡部等处。接受来自喉、气管及甲状腺的淋巴引流。输出管注入颈内静脉中、下或上纵隔淋巴结。

(10) 颈内静脉淋巴结 系颈淋巴结的集中区域,为数较多,主要位于颈深肌膜与椎前肌膜之间,从颅底到颈根部沿颈内静脉周围呈链状排列。临床上大致可分为上、中、下三组。

1) 上组 从乳突到舌骨水平。接受鼻咽、鼻腔后部、软腭、腭扁桃体、舌中及后1/3的淋巴引流,也接受来自腮腺、耳后以及颌下等区淋巴输出管。

2) 中组 从舌骨至环状软骨水平。接受舌中1/3、口咽、下咽、喉、甲状腺等处的淋巴引流,也接受来自腮腺、颌下、气管旁等区淋巴输出管。

3) 下组 位于环状软骨水平以下。接受下咽、喉的声门下区,甲状腺等区淋巴引流。

(11) 副神经区淋巴结 沿副神经分布,5~10个。接受枕部、耳后、颈侧和肩

胛上区的淋巴引流。

(12) 锁骨上淋巴结 位于锁骨上窝,数个至十数个,多沿颈横脉管分布,在臂丛与斜角肌的浅面及静脉角周围。除接受来自头颈器官的淋巴引流外,腋下、胸、腹、盆腔及四肢的淋巴也可向此汇集。于左颈经胸导管进入静脉系统。

上述头颈部淋巴结均直接或间接注入颈内静脉淋巴结,其输出管最后于左颈集成淋巴管左干,注入胸导管或直接流入左颈静脉角;右侧则集成淋巴导管,进入右颈静脉角。

头颈淋巴结群由复杂的淋巴管系统构成,其淋巴流向并非恒定,诸多变异,可交互重叠,或越区引流,有时可直接注入胸导管。

2. 颈淋巴结检查法 检查者与被检查者面对而坐,一般检查左颈时,检查者将左手放于被检查者头顶,以便根据需要转动头颈。系统的检查始自颌下及颌下,先使受检者低头并屈向检查侧,以使肌肉松弛,然后将右手四指(拇指除外)以屈曲位由颌下向下颌骨内面进行触诊,倘有淋巴结肿大,可在手指与颌骨间触到。继将头屈向检查侧,用右手四指沿胸锁乳突肌由上而下进行触诊,必要时配合拇指沿该肌的前及后缘进行单指触诊,同法检查气管周围及颈后三角区。检查右颈一般使用左手,方法同前。肿大淋巴结鉴别诊断详见第二十一章第三节颈部淋巴结转移癌。

第三节 鼻咽及喉的检查

一、鼻咽检查

(一) 间接鼻咽镜检查 检查者面对患者而坐,一般将光源置于患者右耳后上方,患者张口,经鼻腔呼吸,使软腭保持下垂。检查者左手持压舌板轻巧地按压舌背前2/3,将额镜光源集中于口咽部,右手持鼻咽镜,

以酒精灯加温到不烫的程度,镜面向上,轻轻送到软腭与咽后壁之间(勿触及咽后壁或舌根,以免引起恶心,影响检查),调整镜面角度及方向,以检查鼻咽各壁(图1-2①②)。

正常鼻咽腔粘膜光滑,两侧鼻孔等

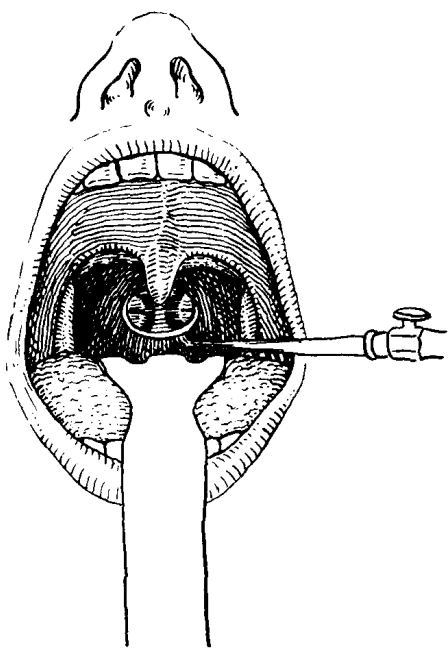


图1-2① 间接鼻咽镜检查（正面观）

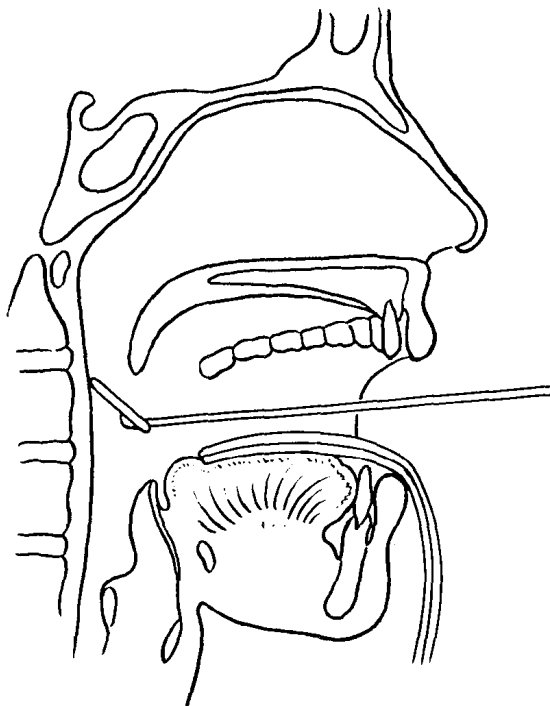


图1-2② 间接鼻咽镜检查（侧面观）

大，无分泌物，鼻中隔后缘位于中央，可见到下鼻甲及部分中、上鼻甲后端。两侧咽鼓管圆枕对称，无分泌物，鼻咽顶正中可见微隆起的腺样体（图1-3）。

先将镜面前倾检查鼻咽前壁、包括软腭后缘、后鼻孔、鼻中隔、各鼻道及鼻甲后段，然后将镜面向左右转动，逐次检查鼻咽顶、顶后壁、两鼻咽侧壁、耳咽隆突、咽鼓管口和咽隐窝等处。注意查看鼻咽粘膜情况，有无充血、粗糙、出血、水肿、结节、溃疡以及鼻咽腔两侧是否对称等。如患者过于敏感，则用1%地卡因行表面麻醉后，再进行检查。

（二）电鼻咽镜检查 鼻咽粘膜表面麻醉后，用压舌板压舌，将带有光源及放大镜的直接鼻咽镜经口腔或经鼻腔伸入鼻咽部进行检查。

（三）光导纤维鼻咽镜检查 为软性光导纤维检查器，可以弯曲，便于检查。

（四）鼻咽触诊 以食指经口腔伸入鼻腔，触诊鼻中隔后缘、后鼻孔、下鼻甲后端、咽鼓管圆枕及鼻咽各壁，触诊须轻柔、敏捷而准确。

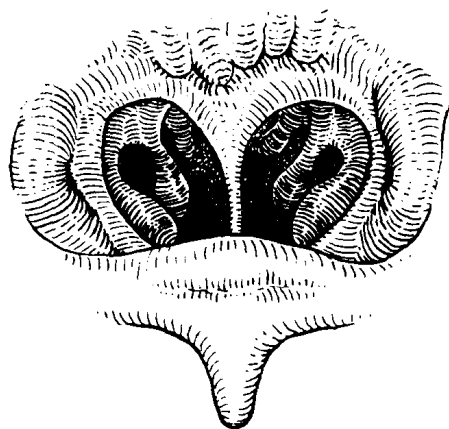


图1-3 正常间接鼻咽镜所见

（五）鼻咽活体组织采取 有经口腔及经鼻腔钳取两种方法。根据病变部位而适当选择。

1. 经口腔钳取法 粘膜表面麻醉后，由患者持压舌板将舌压下，检查者在间接鼻咽镜窥视下，用翘头的鼻咽钳进行钳取（图1-4）。

2. 经鼻腔钳取法 麻醉同上法，将直型活检钳经鼻孔插入，在鼻咽镜窥视下，进行

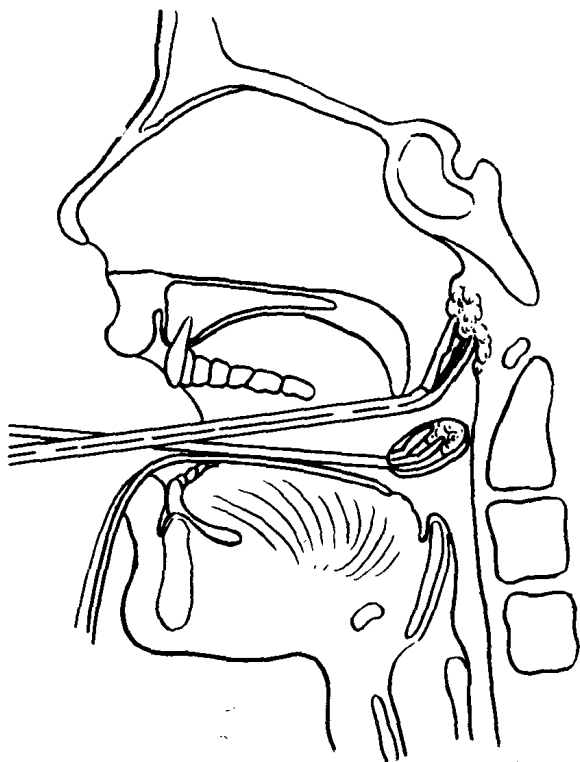


图1-4 经口腔鼻咽活检

钳取（图1-5）。

二、喉检查

（一）间接喉镜检查 一般用较大的平面镜（直径1.5~2.0厘米），检查时，受检

者头稍后仰，开口伸舌，检查者用纱布包裹舌前1/3，以左手拇指（在上方）和中指（在下方）捏住舌前部，轻轻牵拉（注意勿使下切牙损伤舌系带），用食指向上推开上唇，以扩大视野，右手持间接喉镜，用酒精灯加温到不烫的程度，然后将镜面向下，放入口咽，循悬雍垂前面，将软腭推向后上方（勿接触咽后壁，以免引起恶心），根据检查需要，适当调节镜面角度和位置，以全面窥查咽喉及喉内各部结构（图1-6①②）。一般可按以下顺序进行系统检查：从舌根开始循序检查舌扁桃体、会厌谿、咽喉后壁、咽喉侧壁、会厌舌面及游离缘、杓状软骨及两侧梨状窝等处。然后让受检者发出“衣”音，使会厌上举，趁机检查会厌喉面、杓会厌襞、杓间区、室带及声带，并观察其闭合情况。

在正常情况下，所见咽腔及喉腔两侧对称，梨状窝闭合，无积液。声带呈白色、条状（图1-7①），发音时，声带内收，聚向中线（图1-7②），深吸气时，声带外展。通过声门可窥见声门下区及部分气管前壁。

检查时应注意粘膜有无充血、水肿、溃

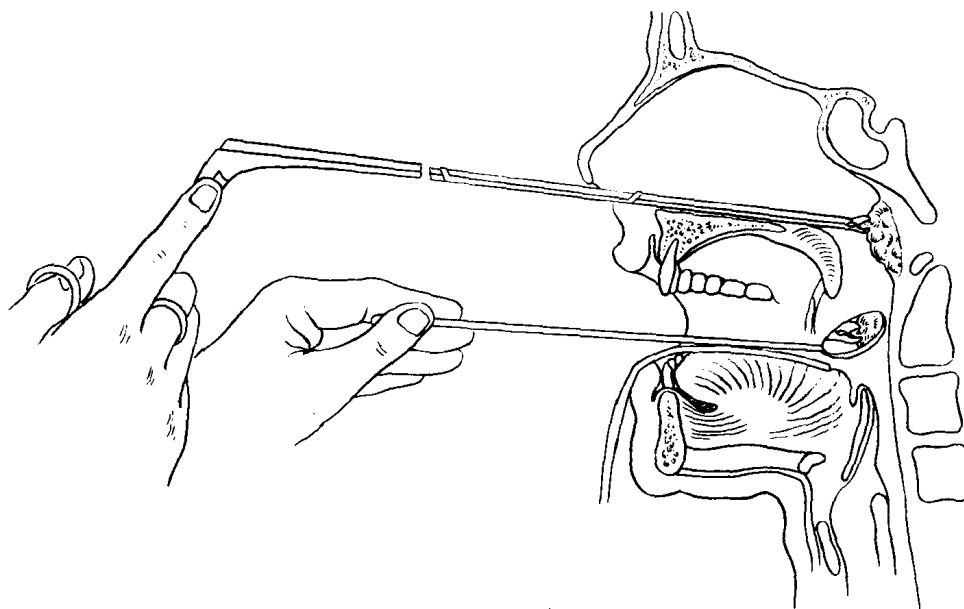


图1-5 经鼻腔鼻咽活检

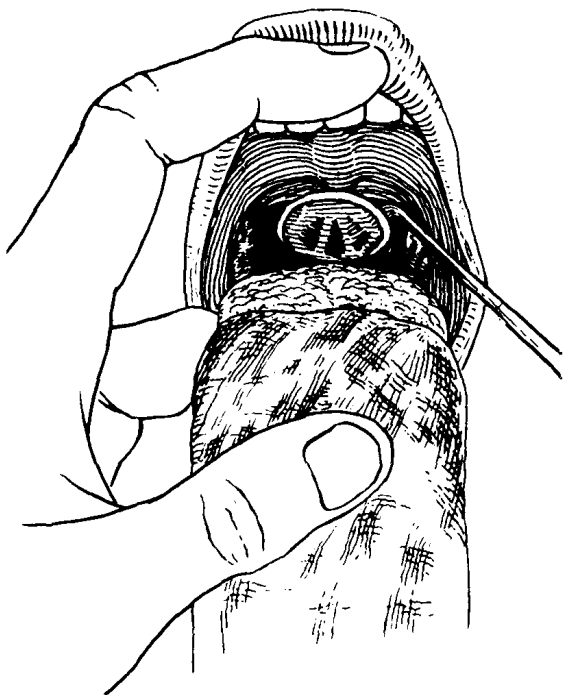


图1-6① 间接喉镜检查（正面观）

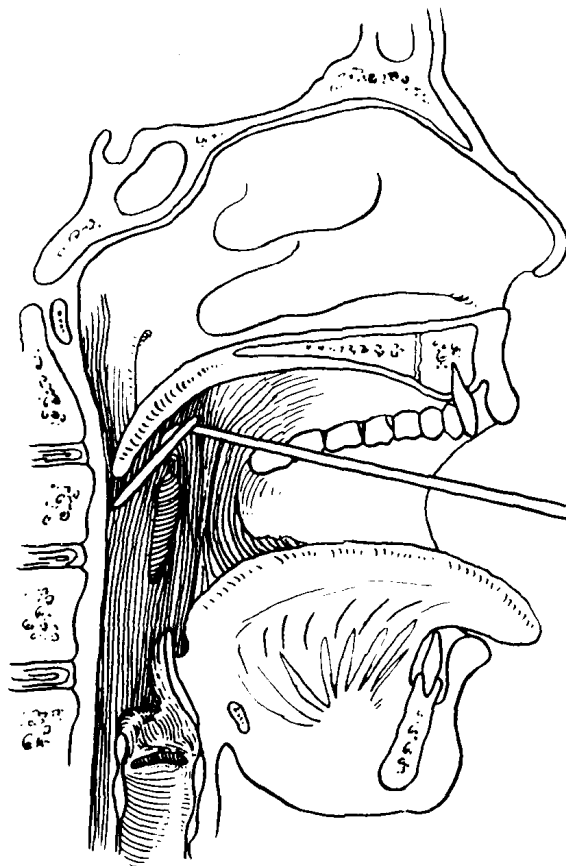


图1-6② 间接喉镜检查（侧面观）

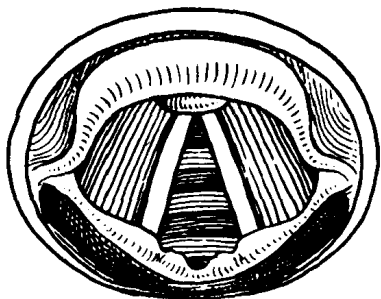


图1-7① 正常间接喉镜所见

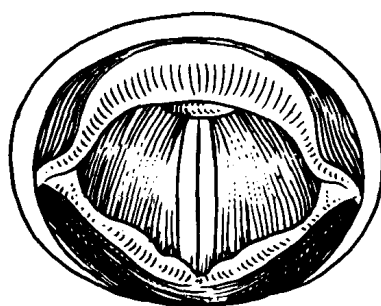


图1-7② 发音时间接喉镜所见

疡、出血、结节以及两侧声带和杓状软骨活动有无异常。

凡遇以下情况，常使检查困难：舌肥大，遮挡视野；会厌不能上举；咽反射过于敏感等。后两种情况，可先行粘膜表面麻醉，然后让受检者发出“衣”音，声门自可

暴露。倘仍无效时，可在表面麻醉下，让受检者自己拉舌，检查者右手持会厌拉钩或弯卷棉子将会厌拉起，左手持间接喉镜检查。

（二）直接喉镜检查 系将口腔与喉腔处于同一直线位置上，通过金属直接喉镜在

直视下进行喉内各部检查。

1.适应症 从头颈部肿瘤诊断须要，主要用于间接喉镜难以窥查的病变（如声门下区和梨状窝等处病变以及会厌短小且不易上举者）和喉内肿瘤钳取活检及息肉、乳头状瘤摘除等。必须指出，对于合并喉阻塞的患者，应尽量争取在间接喉镜下进行所须要的检查，倘必须作直接喉镜检查，应作气管切开准备。此外，有颈椎运动障碍者，不宜行此检查。

2.术前准备 首先必须先经仔细的间接喉镜检查，明确直接喉镜检查的目的。详询病史并作必要的全身检查。术前4小时禁食。根据须要，可在半小时前注射阿托品。

3.麻醉 一般在1%地卡因表面麻醉下进行检查，先喷少量药液于口咽，经数分钟观察，无不适或过敏反应，继续向舌根及咽喉部喷布。喉内麻醉是镜检成功的关键性措施，应在间接喉镜下，用弯头注射器将麻药滴入喉腔及声带表面，重复数次，直到喉反射完全消失。对少数不适表面麻醉的患者，可考虑在快速全麻下进行镜检。

4.检查方法 受检者取仰卧位，助手坐于手术台端左侧，由助手抱头，并将头颈置于手术台端以外，可根据须要，转动或屈伸头颈。受检者开口平静呼吸，检查者以纱布保护受检者上列牙齿及上唇，左手持直接喉镜经口腔沿舌背导入口咽，将会厌挑起后，再深入少许，向上抬起喉镜，即可暴露喉腔。此时须注意勿将上切牙作为支点而将喉镜先端上翘，以免压掉牙齿。

一般自舌根部开始，可大致按会厌谿、会厌舌面及喉面、咽喉后壁、两侧梨状窝及咽喉侧壁、杓会厌襞、杓状软骨、室带及声带等顺序了解声门下区情况，可用前联合镜经声门进行检查。

操作应讲求轻巧，有步骤的缓缓插入喉镜，以减少外伤。检查时间不宜过长，倘检查目的明确，应在较短时间内完成全部检查

计划。

术后2小时内禁饮食，以防误入气管。

（三）光导纤维喉镜检查 此法具有患者痛苦小、操作较方便、无危险、有较高的光学性能和可以窥查间接及直接喉镜难以查见的部位等优点，近年多被采用。此镜经口腔或鼻腔插入，镜端可按须要转变方向。最适用于会厌喉面、喉前部、喉室和声门下肿瘤；亦适用于合并开口困难、颈椎变形或活动受限以及会厌难以抬举的患者。

通过光导纤维喉镜，可以观察到组织的较细微改变，有助于准确地采取活检和明确肿瘤的具体扩展范围，对于决定手术治疗的术式，有重要参考价值。

（四）其它 除上述喉镜外，尚有喉显微镜，用于检查局部组织的细微改变，以发

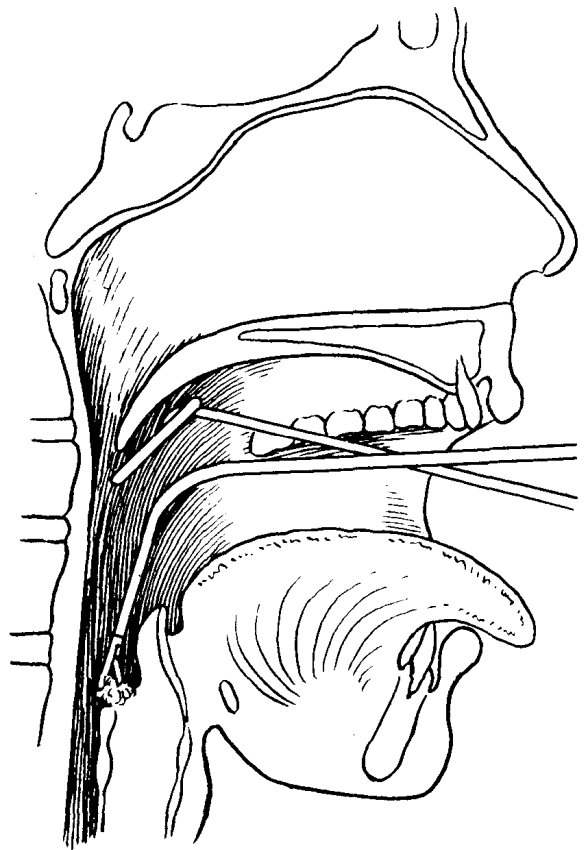


图1-8 间接喉镜下活体组织采取