

普通外科实用专著系列

PUTONGWAIKE

普通外科

主编◎李开宗

症状鉴别诊断与处理

ZHENGZHUANGJIANBIEZHENDUANYUCHULI

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

普通外科住院医师规范化培训教材

住院医师规范化培训教材

普通外科

症状鉴别诊断与处理

主编 王卫平 副主编 王卫平 王卫平 王卫平

人民卫生出版社
www.pph.com.cn



PUTONG WAIKE

普通外科

症状鉴别诊断与处理

PUTONG WAIKE

ZHENGZHUANG JIANBIEZHENDUAN YU CHULI

图书在版编目(CIP)数据

普通外科症状鉴别诊断与处理/李开宗主编. —北京:人民军医出版社,2010.5
ISBN 978-7-5091-3735-2

I. ①普… II. ①李… III. ①外科—疾病—鉴别诊断 IV. ①R604

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 071610 号

策划编辑:郭伟疆 崔玲和 文字编辑:陈 鹏 责任审读:张之生

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8031

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市祥达印装厂

装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:10 字数:238 千字

版、印次:2010 年 5 月 第 1 版 第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:30.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书以普通外科常见疾病症状的诊断、鉴别诊断与处理为主要内容,系统介绍了腹部包块,颈部肿块,乳房肿块,腹膜后包块,上、下消化道出血及便血,急腹症,腹部闭合性损伤等外科常见疾病症状的共同特点、诊断方法、鉴别诊断思路、处理方法等。本书内容全面,编排新颖,科学实用,临床指导性强,适合初、中级外科医师和实习医师阅读参考。

普通外科的许多疾病临床症状相似,给诊断处理上造成一定的困难。诸如上、下消化道出血,患者多以呕血或便血为主要症状急诊就医;又如急腹症和急性腹部外伤,患者则以急性腹痛为主要症状急诊就医,这类病人多数病情危急、重笃,有的可合并休克,急需尽快作出诊断和治疗抉择,是对普通外科急诊医生的考验和挑战。再如门诊常见的各种肿块,包括甲状腺肿块、乳房肿块、腹部肿块以及腹膜后肿块等,这些疾病虽不很紧急,可有较充裕的时间进行检诊和思考,但亦面临着区分肿块性质,是肿瘤还是炎症?属良性抑或是恶性?应采取什么方法治疗等一系列问题需要回答,也是一种考验和挑战。鉴于此,我们邀请10余位长期以来从事临床一线工作、学有专长、经验丰富、具有高级技术职称的临床医学博士,在人民军医出版社热忱指导和鼎力支持下,编写了这本《普通外科症状鉴别诊断与处理》。将普通外科症状相似、相近的疾病归为一类,提出每类疾病的特点,可能与哪些疾病相关,怎样进行诊断与鉴别诊断,怎样选择治疗方法等。既有比较系统的理论阐述,又有临床典型病例讨论释疑,为临床诊治提供参考和指导,以提高临床诊疗水平。

本书出版承蒙人民军医出版社大力支持,深表感谢。书中如有疏漏或错误之处,敬请读者不吝指正。

编 者

2010年2月于西安

目 录

第 1 章 颈部肿块 (1)	第 5 章 外科急腹症 (42)
一、颈部肿块诊断 (1)	一、腹痛的发生机制 (42)
二、颈部肿块鉴别诊断与处理 (3)	二、腹痛的分类 (44)
三、病例分析 (7)	三、急腹症的诊断、鉴别诊断 (47)
第 2 章 乳房肿块 (9)	四、急腹症的治疗 (52)
一、乳房肿块的诊断 (9)	五、临床病例解析 (55)
二、常见乳房肿块的鉴别诊断及治疗 (12)	第 6 章 急性肠梗阻 (58)
三、乳腺癌的综合治疗 (15)	一、肠梗阻病因、分类及病理生理变化 (58)
第 3 章 腹部包块 (18)	二、肠梗阻的临床表现 (61)
一、腹部包块的常见病因 (18)	三、急性肠梗阻的诊断与鉴别诊断 (64)
二、腹部包块的诊断要点 (20)	四、急性肠梗阻的处理 (66)
三、肿瘤性腹部包块的诊断思路 ... (21)	第 7 章 上消化道出血 (73)
四、腹部包块常见疾病的诊断与 鉴别诊断 (22)	一、明确出血部位是治疗的重要前提 (73)
五、临床病例解析 (31)	二、上消化道出血的处理 (73)
第 4 章 腹膜后肿块 (35)	三、下消化道出血鉴别诊断 (74)
一、解剖概要 (35)	四、临床病例解析 (76)
二、腹膜后肿瘤的病理分类 (35)	第 8 章 下消化道出血 (79)
三、腹膜后肿瘤的生物学特征 (36)	一、下消化道出血的病因 (79)
四、诊断 (37)	二、诊断 (82)
五、鉴别诊断 (38)	三、鉴别诊断 (85)
六、手术治疗 (38)	四、处理原则 (85)
七、病历摘要 (40)	

第9章 便血	(88)	六、梗阻性黄疸不同影像学诊断	
一、大肠癌的便血	(89)	方法的特点	(116)
二、结、直肠息肉的便血	(91)	七、外科梗阻性黄疸的治疗	(118)
三、结肠憩室的出血	(92)	八、梗阻性黄疸的病例分析	(122)
四、结肠血管扩张症的便血	(93)	第12章 胰腺肿块	(126)
五、内痔的便血	(93)	一、胰腺肿块分类	(126)
六、肛裂的出血	(94)	二、胰腺肿块的诊断、鉴别诊断及	
七、溃疡性结肠炎的出血	(95)	相关问题	(126)
八、肛管、直肠损伤出血	(95)	三、影像学检查在胰腺肿块诊断中	
九、其他	(96)	的意义	(129)
第10章 肝占位病变	(98)	四、实验室检查在胰腺肿块诊断中	
一、原发性肝癌的诊断与处理	(98)	的意义	(131)
二、其他肝脏占位病变的诊断与处理		五、胰腺肿块治疗原则	(132)
.....	(105)	第13章 腹部闭合性损伤	(135)
第11章 梗阻性黄疸	(111)	一、临床表现与诊断	(135)
一、外科梗阻性黄疸分类	(112)	二、紧急救治	(138)
二、外科梗阻性黄疸病理生理 ...	(112)	三、剖腹探查	(139)
三、梗阻性黄疸对机体的影响 ...	(113)	四、损伤控制	(140)
四、梗阻性黄疸的临床表现	(114)	五、腹内脏器损伤的处理	(142)
五、梗阻性黄疸的诊断与鉴别诊断		六、临床病例解析	(151)
.....	(114)		

颈部肿块

一、颈部肿块诊断

颈部肿块除急性炎症和外伤性血肿外,一般表现为慢性病程,可发生于任何年龄。常见于先天性病变、慢性炎症和肿瘤 3 大类。颈部肿块的诊断有些容易,但有些却非常困难,少数病例甚至病理检查也难以作出明确诊断。临床诊断方法须以病史和体检所得的资料为基础,必要时辅以各种特殊检查,通过综合分析、判断,方可获得正确的诊断。

(一)病史和体检

1. 病史

(1)详细询问肿块发现的时间:如病史长达数年者多为先天性畸形,短者如数周或数月多为肿瘤或慢性炎症性肿块。曾有人提出“7”字常规可供参考,即 7d 以内者多为炎症,7 周至 7 个月者多为肿瘤,7 年以上者多为先天性畸形。

(2)了解有无疼痛及发热:肿瘤多无疼痛及发热,炎症性肿物可有不同程度的疼痛。先天性畸形如合并感染时可有疼痛及发热。

(3)询问肿物出现的时间:先天性疾病多于小儿时期出现,而肿瘤多出现于成年人时期。

(4)其他症状:如合并心悸应考虑是否为甲状腺功能亢进,鼻部常有出血并颈侧区有肿物则考虑是否为鼻咽癌转移。

2. 局部体检

(1)观察肿块动态:观察肿块所在部位、形状、大小,肿物有无搏动,表面的皮色及有无血管扩张。另外要观察在做吞咽、伸舌动作及活动颈部时对肿块的影响。如位于颈前中部或气管两侧的肿块,特别是能随吞咽动作上下移动者,多为甲状腺本身的病变或与甲状腺有关的某些肿物。颈部背伸,位于颌下区及颈下区肿块可显露较清楚。

(2)分区检查肿块:临床上常将颈部划分为 5 个区域。颈前区(包括颌下区、颈下区及颈前正中区)、腮腺区、颈侧区(颈前三角区、颈后三角区)、锁骨上区及颈后区。各个部位的肿块,都有其特殊的意义,如颈前正中区以甲状腺疾病多见;腮腺区以腮腺疾病多见;颈侧区以肿瘤、淋巴结炎或转移性肿瘤多见;锁骨上区以转移性癌及结核性淋巴结炎多见;颈后区以良性肿瘤多见。

因此,要注意检查肿块位置、数目、大小、囊性或实性、表面光滑与否,活动度,与皮肤及周

围组织粘连情况,肿块周围是否有增大淋巴结。肿物是否有压缩及是否有膨胀性波动。

颞下区检查法:病人取坐位,医生于病人对面,一手放于病人枕部,另一手于颞下区触诊,放于病人枕部的手协助病人头部取低头、抬头及转动头部等不同位置检查。

甲状腺检查法:病人端坐,医生于病人背后,拇指放于病人颈后,双手示、中两指分别触诊两侧腺叶。注意其大小、形状、硬度,有无结节及震颤、有无触痛。并结合吞咽试验,了解是否随之上下移动。医生亦可站于病人前面,检查右侧叶时,医生左手放于右叶处,右手拇指将甲状软骨、环状软骨连同气管推向右侧,直到患者感觉轻度不适为止。此时,右侧腺叶可被左手触及,以同法用右手检查左侧。推动气管时勿用力过大,以免引起病人不适。

颈侧区检查法:医生站于病人前面,一手放于病人枕部,检查颈前三角时协助病人头部转向患侧并向前倾斜,使检查侧处于松弛状态,以便手指能深入到胸锁乳突肌的深面。检查颈后三角时,使头部转向患侧并稍向后倾斜。在颈侧区检查时,有时需知道侧区肿块与胸锁乳突肌的关系。医生站在患者身后,嘱病人用力把颈抵住检查者的手掌,这样可使胸锁乳突肌收缩得很紧,此时,检查者可用另一只手自下而上地检查该肌,特别注意它的前缘。

锁骨上区检查法:医生站于病人后方,用双手示、中指及无名指检查锁骨上窝,或用拇指触诊,其余4指放于肩上。

双合触诊法:有时为判明肿块与口底及深部组织的关系,可用口腔底双合触诊法及舌根部双合触诊法。

(3)了解肿块的活动度及与皮肤和周围组织的粘连情况:一般活动度大者,多为良性肿瘤或炎性淋巴结,反之可能是炎性或癌性浸润性病变。

(4)颈部肿块的听诊:主要检查局部有无血管杂音(颈动脉体瘤)及气过水声(咽食管憩室可于吞咽时听到气过水声)。

(二)辅助检查

1. B型超声与X线检查 可以确定肿块是囊性或实性,有无钙化,亦可根据食管和气管的移位情况推测肿块的部位、大小甚至其性质。通过X线检查也可能发现其原发病灶,而有助于诊断。颈部有瘰管者,可通过瘰口(如甲状舌管瘰)行碘剂造影帮助诊断并了解其瘰管情况。

2. 穿刺抽吸与活检 对囊性肿块或血管瘤及淋巴管瘤,行试探穿刺,穿刺液对诊断有帮助,如抽空后注入造影剂可确定囊肿的部位和大小。实质性肿块通过穿刺吸取瘤组织做细胞学检查,可明确病变性质。具体方法:准备18号针头3根,长度分别为5cm、10cm、15cm、20cm(不漏气有刻度)注射器一副,载玻片数块。先消毒穿刺区皮肤,用1%普鲁卡因在穿刺点做皮下浸润,然后用尖刀片将皮层戳破,使针容易刺入,并可避免抽出的组织带有表皮。将针头缓缓穿过表层组织,在另一只手触摸引导下,直到感觉进入肿块为止,固定针尖,将注射器筒芯向后拉,造成真空,并根据肿块大小和位置,将针头在肿块内做几个方向的空刺,要注意防止穿破对侧包膜,而引起肿瘤的扩散。针头刺入肿块内后,将注射器筒芯向后抽,始终保持注射器内负压,瘤组织进入针头内一是靠针头前进时切削的力量,二是负压吸引的力量。若只做抽吸而针头不动,就不能取得更多的组织。当针头还没有完全抽出之前,应将注射器慢慢放松取出,然后将针头拔出。若仍保持负压,会使针内组织吸进注射器内,难以收集标本。针头完全拔出后,将针芯再放入或用注射器推出针头内的组织至载玻片上染色检查。

3. 切取肿块活检 适用于经各方寻找原发灶无结果时。切口应选择在将来可能进行广泛切除的手术范围内,要选择有代表性的部位或单个淋巴结肿块切除。对单个淋巴结应整个

切除活检,必须做切开与楔形切除时,应妥善缝合被膜,防止瘤细胞对创面接种。

(三) 诊断思路

诊断思路见图 1-1。

通过询问病史与体格检查,可对颈部肿块有初步的诊断印象,如:①肿块所处的分区;②单发或多发;③实质性或囊性;④先天性或后天性;⑤原发性或转移性;⑥良性或恶性。同时,为判明肿块与甲状腺的关系,应注意是否随吞咽动作而上下移动。

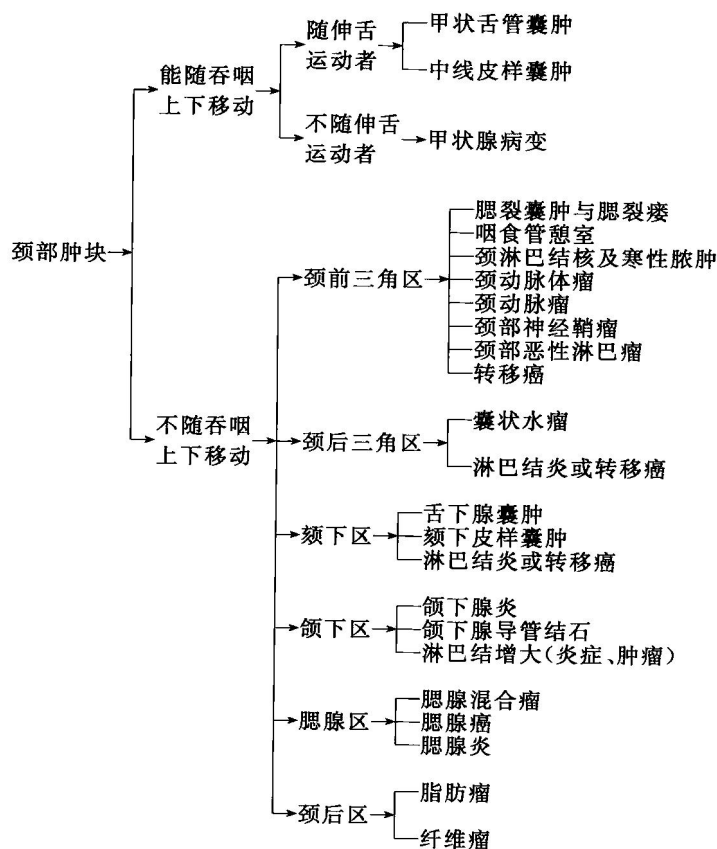


图 1-1 颈部肿块诊断思路

二、颈部肿块鉴别诊断与处理

(一) 随吞咽上下移动的肿块

能随吞咽上下移动的肿块与甲状腺的关系有 3 种类型:①肿块在甲状腺内;②肿块在甲状腺表面,与甲状腺有直接的组织联系;③肿块在甲状腺表面无直接联系,但在甲状腺被膜内。对于甲状腺内和其表面的肿块,临床体检难以鉴别,但与甲状腺有直接组织联系的表面肿块,可通过是否随伸舌运动而活动以区别。

1. 随伸舌运动者

(1) 甲状舌管囊肿: 为颈部先天性囊性疾病中最常见者, 位于颈前舌骨以下, 甲状腺峡部以上颈前正中线附近, 有时稍偏左。多数于婴儿期及 15 岁以下儿童期出现, 但也有于青春期甚至成年人被发现。肿块为球形或半球形, 多紧靠舌骨下端并与其相连。但其发生部位可自舌根盲孔至甲状腺峡部间任何部位, 检查时应予注意。肿物直径 1~3cm, 触诊有囊性感, 表面光滑, 边界清楚, 无触痛, 并可随伸舌运动及吞咽运动而上下活动。囊肿内容物有 30%~40% 可发现甲状腺滤泡, 在成年人或年龄较大者, 这些甲状腺滤泡可能发生乳头状癌。囊肿可感染, 出现相应的局部表现并与皮肤粘连, 也可破溃形成甲状舌管瘘, 流出淡黄色黏液。

治疗: 甲状舌管囊肿手术切除时应包括全部胚胎残留组织, 否则囊肿会复发。残留组织为一边界清楚的纤维束带, 由囊肿向上延伸, 常见的部位是在舌骨中央的背侧, 与舌骨关系密切, 故手术时要注意切除舌骨中段。

(2) 中线皮样囊肿: 位于中线区的皮样囊肿, 有时也表现为随伸舌运动而被误诊为甲状舌管囊肿, 应注意区别。

2. 不随伸舌运动者 多见于甲状腺病变。

(二) 不随吞咽上下移动的肿块

在排除甲状腺肿块后, 可按肿块所处的颈部分区, 考虑其好发疾病。

1. 颈前三角区肿块

(1) 鳃裂囊肿与鳃裂瘘: 为先天性疾病, 大多数是在儿童及青少年时期发现。囊肿位于胸锁乳突肌前缘上 1/3 处, 亦可发生于自下颌角至胸骨上切迹间任何部位。肿块大小不一, 直径一般不超过 5cm。圆形, 表面光滑, 有波动感, 无触痛, 质地软。生长缓慢, 活动度小, 肿块与皮肤不粘连, 而基底可与颈部大血管及腭扁桃体外侧相连。如囊肿继发感染可形成脓肿, 或自行破溃, 流出淡绿色黏液样物, 即形成鳃裂瘘, 瘘管碘油造影可显示瘘管的部位及走向。

治疗: 囊肿连同瘘管切除, 因囊肿来源于鳃裂残留, 故在囊肿的深部常有一条纤维组织束在颈内、外动脉之间上行, 直达扁桃体附近的咽管上。应将这一纤维组织束完全切除, 否则易复发。

(2) 咽食管憩室(咽囊): 也是一种先天发育畸形, 在颈部位置与鳃裂囊肿相同, 但多位于左侧胸锁乳突肌中上 1/3 交界处, 常表现为一有压缩性的肿物, 伴有轻微的吞咽困难, 且在吞咽时可闻及肿物上有咕噜声, 囊软, 压之常有带臭味的液体排至咽部及口腔, 做食管钡剂检查可明确诊断。

治疗: 手术切除时先切断甲状腺下动脉和中静脉后游离甲状腺左叶, 在甲状腺和气管后方追寻到憩室起点切除。同时, 必须切断环咽肌, 该肌恰在咽和食管交界处, 为咽下缩肌的最下缘, 在吞咽时发生痉挛是憩室的发生原因之一。

(3) 颈淋巴结结核及寒性脓肿: 多发生于儿童及青少年, 部分病人亦可见于 30 岁以上。可发生于颈部的一侧或双侧, 仍以颈前三角区的胸锁乳突肌中上 1/3 交界处为多见, 亦可见于胸锁乳突肌后缘深部。其特点是肿块最初互相分离, 孤立存在, 稍硬, 可活动, 无疼痛及触痛, 如炎症累及淋巴结周围, 则互相融合成较大肿块, 并与皮肤及周围组织粘连。如肿块中心液化则形成寒性脓肿, 此时有波动感, 穿刺可抽吸出稀薄灰白色或带有干酪样细渣脓液, 寒性脓肿如混合感染, 则局部出现红、肿、热、痛等急性感染表现。寒性脓肿如自行破溃, 形成结核性溃疡或窦道, 则久不愈合。X 线平片可发现软组织中有钙化, 钙化多是陈旧性感染的淋巴结。结核菌素试验一般呈阳性。

治疗:手术前如诊断明确,可先用抗结核药物治疗,如链霉素、异烟肼和利福平等。如果形成寒性脓肿,手术切开排脓后应将脓肿壁上的肉芽做刮片检查并做药敏试验,以后的治疗可参考药敏试验结果而作调整。有效的药物治疗均应持续至少8个月。但应注意链霉素易引起听神经损害,需严密观察。

(4)颈动脉体瘤:典型表现者位于一侧下颌角下方、胸锁乳突肌前缘,相当于颈动脉分叉部。初起肿物较小,生长缓慢,数年增长至直径3~4cm,多为中等硬度。表面光滑,亦可呈分叶状;如血管丰富,则肿块较软;如纤维组织多,肿物则较硬。肿物可向侧方移动,但上下活动受限。部分病例肿物有传导性搏动,少数有收缩期或连续性震颤及杂音。有的病例压迫颈总动脉近端可使肿物缩小且杂音、震颤及搏动同时消失,移去压迫后,搏动、震颤及杂音又复出现,于肿物前方多能触及颈总动脉及颈外动脉。但应注意颈动脉体瘤过度受压时因刺激迷走神经可致心搏骤停,故检查时切忌压迫过甚。颈动脉造影侧位片征象:颈总动脉分叉部增宽;颈内动脉或颈外动脉受压移位,并有弧形压迹,以颈内动脉向外移位为显著,肿瘤区有丰富的新生小动脉影,这些新生的小动脉主要来自颈外动脉。

治疗:颈动脉体瘤应手术切除,术中要严防大出血。

(5)颈动脉瘤:多见于成年人,常有颈部外伤史,肿块出现在胸锁乳突肌前缘上方,相当于颈总动脉分叉处。肿块的特点为有膨胀性波动,压之可稍缩小,有时呈弹性感,不活动,听诊可有收缩期杂音,压迫颈总动脉近端,肿瘤搏动及杂音消失为其特点。穿刺可抽出血液,颈总动脉造影可使其显影。有时可合并急性感染。

治疗:颈动脉瘤一经诊断,应及早切除。切除梭形动脉瘤,多须用移植血管吻合,囊状动脉瘤经切除后,可直接吻合,不需修补。手术中最重要的问题为阻断颈动脉时,如何保护大脑。不采取任何保护大脑的措施,会引起重要的神经损伤,甚至死亡。近年来多认为颈动脉瘤不易产生侧支循环,故应常规做暂时分流术,以保证大脑有血液供应。

(6)颈部神经鞘瘤:发生于颈神经索的施万细胞,多发生于迷走神经,也可发生于颈交感神经及膈神经丛。一般不恶变,是一种真性无包膜的良性肿瘤。多发生于成年人,呈椭圆形或圆形,质地较硬,有实体感,边界清楚,表面光滑,无触痛,不能上下移动,但有时可向两侧推移。肿瘤体积小时无自觉症状,较大时可发生局部压迫症状。穿刺抽吸活检多可明确诊断。

治疗:手术切除是唯一的有效方法,手术时可根据肿瘤位置及突出的方向分别采用颈外途径手术和经口途径手术。

(7)颈部恶性淋巴瘤:是一种全身淋巴系统的恶性肿瘤在颈部的表现,发病早期颈淋巴结大多为单个,呈圆形或椭圆形,表面光滑,无疼痛,中等硬度类似橡皮样,可移动。随病情发展,肿块逐渐增大、增多,并连接成串或汇合成团,呈结节状,表面不平,并固定不能移动。除颈淋巴结外,全身表浅淋巴结均可增大,并有贫血、发热及脾大等表现。病理检查为其确诊方法。

治疗:放射治疗、化学治疗及全身支持疗法。手术切除仅限于活体检查及某些特殊情况,如解除压迫症状等。

(8)颈部淋巴结转移癌:颈部淋巴结是许多肿瘤好发生转移的场所,如鼻咽癌、胸腹腔肿瘤(如肺癌、胃癌等),均可发生颈部不同区域的淋巴结转移。淋巴结转移癌的特点为肿块硬而多发,大小不一,进行性增长,可互相融合。且尚有部分病人不易找到原发灶。

2. 颈后三角区肿块

(1)颈部囊状水瘤(囊性淋巴管瘤):为先天性疾病,由淋巴管扩张形成的单囊性肿块。多

发生在婴幼儿,90%在2岁以前发现,成年后出现者甚少。囊状水瘤多位于胸锁乳突肌后缘的锁骨上窝处。囊肿直径一般为4~6cm,大者可占满颈侧部,甚至超过中线。肿块多为不规则形或是半球形隆起,与皮肤不粘连,但与深部组织粘连,活动度甚小,生长缓慢,不痛,软而有波动感,一般不感染。但如上呼吸道感染时,肿瘤可以突然增长,这可能是因为感染引起淋巴管发生阻塞,使淋巴回流入囊肿内所致。轻度的外伤引起内出血也可使水瘤突然增大,因囊壁薄且内含无色液体,故透光试验阳性。穿刺可抽出草黄色透明而易凝固的液体,有胆固醇结晶,性质与淋巴液完全相同。囊状水瘤是颈后三角区内唯一能作出临床诊断的疾病。

治疗:宜尽早手术切除,术中应把囊肿完全剥离、切除,以防复发。

(2)淋巴结炎或癌转移:成年人该区的锁骨上区内的实性结节除一般的淋巴结炎外,质地较硬者多为某些恶性肿瘤的淋巴结转移,在左侧多为胃癌转移,右侧者多为肺癌转移,但也可能是其他癌瘤的转移,均应切除后做病理检查确定诊断。

3. 颌下区肿块

(1)舌下腺囊肿:早期最常见患者于舌下一侧的口底,因唾液渗漏充盈而呈圆形囊肿,发亮,其表面黏膜呈现薄而透明,囊壁为蓝紫色。当胀大到一定程度,占据整个口底,舌抬高向后方,不能闭口。触之呈十分柔软的囊性感,可自行或因损伤而破溃,溢出无色透明黏稠液体,破溃处黏膜愈合,舌下腺分泌液因潴留而复发,可反复出现,有的穿透口底肌肉到颌下,口内外囊肿相交通成哑铃状。随体积增大,可出现咀嚼、吞咽等功能障碍,有的继发感染,可多次发作。穿刺囊液为无色透明、黏稠带丝,如蛋清样。

治疗:完整切除渗漏的导管及囊肿。

(2)颌下皮样囊肿:为先天性疾病,是颌下区的常见肿块,有时也可发生于中线两侧,甚至可发生于甲状腺区而误诊为甲状腺结节。囊肿为圆形,表面光滑,生长缓慢,无疼痛,边界清楚,小者如指腹,大者直径2~3cm。表面皮色正常。

(3)该区其他肿块考虑为淋巴结增大,诊断方法同前。

4. 颌下区肿块

(1)颌下腺炎:多继发于舌、口底、下颌、面颊和邻近皮肤的感染灶。颌下腺胀痛,在进食时更明显,口内外双手相对触诊,其腺体硬而粘连、疼痛,导管有时呈条索状,甚至能触到结石。导管口红肿,分泌浑浊的脓性液体。X线平片及造影可显示导管扩张和缩窄成腊肠样改变以及出现碘油池影像。

治疗:及时手术引流。

(2)颌下腺导管结石:其表现为进食时出现一侧颌下腺区疼痛和肿大,食后经过一段时间症状消失,下次进食时症状复发。有时会在这种较轻的症状基础上急性发作,患部呈持续性剧痛和肿大,还可出现全身症状。X线平片及造影可有助于诊断。

治疗:颌下腺导管结石应在慢性炎症期取出。结石在颌下腺导管的前段2cm内由口底很容易扣及,故容易取出。若结石靠后即在于腺门内,通常在口底扣不清,经口底取石有损伤舌神经的危险,应于上颈部顺皮纹切口取出整个腺体和含有结石的导管。

(3)颌下淋巴结增大:其原发灶可以是炎症也可是肿瘤,常分布在颈、唇、颊等处的皮肤和皮下组织或是在下颌骨。

治疗:对原发灶进行病理检查,明确诊断后进行相应治疗。若未发现原发灶,可直接行颌下腺肿块活检。如为良性仅行颌下腺切除即可,若为恶性必须进行广泛切除,包括与肿瘤相连

的一段下颌骨。

5. 腮腺区肿块

(1)腮腺混合瘤:为颈部肿块位置最高者,约占腮腺病症的80%。腮腺混合瘤是一种含有唾液腺组织、黏液和软骨样组织的腮腺肿瘤,故称“混合瘤”,实际上是腮腺腺瘤,其中的黏液和软骨样组织都是由腺组织蜕变而成的。腮腺混合瘤多位于耳垂下方,肿块多自腮腺下叶长出。无疼痛,呈膨胀性生长,虽生长缓慢,但体积可长得极大。约1/4可发生恶变,恶变后生长速度加快,与周围组织粘连固定。肿块多为单发,触诊质地硬,为实质性肿块,表面光滑,无压痛,可推动。B超检查亦显示实性肿块。

治疗:尽早手术切除,以防恶变。手术时须将肿瘤连同包膜一并切除,否则易复发。术中应尽量避免损伤面神经。

(2)腮腺癌:部位同上或在耳前,生长迅速,多见于50岁以上,肿块硬而固定,与皮肤可有粘连,并常出现面神经麻痹症状,颈淋巴结常有转移。

治疗:肿瘤切除及患侧淋巴结清除术。手术彻底清除瘤组织,很难保留面神经。

(3)化脓性腮腺炎:急性期表现为以耳垂下方为中心的肿胀、疼痛、高热,白细胞升高,分泌液浑浊。慢性期主要是腮腺区有硬块,口干,口臭,有感染,晨起明显,分泌脓液多。

治疗:应用抗生素,及时切开引流。

6. 颈后区肿块

(1)脂肪瘤:多见于成年人,肿物生长缓慢,可长达10多年,圆形、半球形,表面呈分叶状,质地软,活动度大,边界清楚。

(2)纤维瘤:好发于成年人,生长缓慢,无疼痛,质硬,与皮肤及周围组织无粘连,边界清楚,一般生长不大。但皮肤纤维瘤,多见于40~50岁,局部稍隆起。

治疗:手术切除。

对于颈部肿块Skandalakis(1970)曾总结出以下规律:颈部肿块除甲状腺肿以外,80%是肿瘤性的,其中80%是恶性肿瘤,恶性肿瘤中80%为转移癌,其原发灶80%来自颈部,20%来自锁骨下(胸、腹及盆腔等处),极少数原发部位不明。另外,根据淋巴引流的解剖规律,肿块位于颈上2/3处,原发灶可能来自鼻腔、鼻窦、鼻咽、口咽、下咽、喉、舌等部位;如肿块位于颈下1/3处,原发灶则可能来自甲状腺、胸、腹腔等器官。可以仔细询问病史结合内镜检查:包括鼻内镜、纤维喉镜、纤维支气管镜、纤维食管镜、纤维胃镜、纤维结肠镜、电子喉镜等,对相应部位进行仔细检查,以发现隐匿的微小病灶。建议:放射性核素扫描甲状腺,重新用鼻内镜、纤维喉镜仔细检查鼻腔、鼻咽、口咽、下咽及喉部,纤维胃镜检查食管,纤维支气管镜检查肺部,肝、脾B超检查,必要时行胸、腹部CT或MRI。

当然,不否认有极少数病人以颈部无痛性肿块作为唯一症状就诊,反复检查找不到原发灶,而肿块活检证实为转移性癌肿。对于这类病人可采取先治疗转移灶(放疗或手术),同时继续寻找原发灶,1/5~1/3的病人最终找到原发灶,其余病人找不到原发灶,其原因可能是原发灶很小而且极其隐蔽,难以查出,或是在肿瘤生长过程中,原发灶自发性消退,而颈部转移灶继续存在和发展。

三、病例分析

女,59岁。发现颈部包块50年,加重伴呼吸困难半个月。50年前发现颈部核桃大小无痛

包块,渐增大,半个月前包块突然增大,伴呼吸困难,夜间休息时取端坐位,声音嘶哑,有刺激性咳嗽,伴少量泡沫样痰,自用消炎药效果不佳。入院后常规检查基本正常;甲状腺功能检查正常;颈部CT见颈前正中下部类圆形增生物,位于颈前带状肌深面,气管以前。增生物边界相对不清,但无明显常见恶性肿瘤浸润征象。气管虽受压变形但前壁轮廓光滑,无肿物浸润气管的表现。

病情分析:

1. 病史约50年,颈部包块生长缓慢,仍然主要考虑良性病变。
 2. 颈部包块半个月前突然增大,且出现声音嘶哑、呼吸困难等表现,考虑肿物出血可能性大。
 3. 颈部CT检查结果支持良性肿物的定性诊断。
 4. 颈前先天性疾病常见甲状舌管囊肿,但也不能完全排除颈侧常见病如腮裂囊肿的可能性(曾有文献报道)。颈部CT检查见边界欠清,囊肿可能性相对小。肿物位置、范围均支持甲状腺源性无功能性肿物。病变性质为软组织影,周边可见斑条、片状高密度影,结合半个月来肿物增长迅速且出现临床症状,考虑为肿物内出血。
 5. 初步诊断:甲状腺源性无功能性良性肿物可能性大。
- 病理诊断:结节性甲状腺肿伴出血囊性变及钙化。

(李南林)

参考文献

- [1] 陈国锐,王深明. 甲状腺外科. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2003.
- [3] 高志清. 普通外科手术技巧和并发症处理. 北京:人民军医出版社,2003.
- [4] 李开宗,窦科峰,王为忠,等. 普通外科难点疑点问题解析. 北京:人民军医出版社,2008.
- [5] Van den Bruel A, Moreno-Reyes R, Bex M, Daumerie C, Glinioer D. Is the management of thyroid nodules and differentiated thyroid cancer in accordance with recent consensus guidelines? — Results of a national survey. Clin Endocrinol (Oxf), 2008;68(4):599—604.
- [6] Fish SA, Langer JE, Mandel SJ. Sonographic imaging of thyroid nodules and cervical lymph nodes. Endocrinol Metab Clin North Am, 2008;37(2):401—417.
- [7] Larsen PR. New guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Nat Clin Pract Endocrinol Metab, 2006;2(6):297.
- [8] Senchenkov A, Staren ED. Ultrasound in head and neck surgery: thyroid, parathyroid, and cervical lymph nodes. Surg Clin North Am, 2004;84(4):973—1000.
- [9] AACE. com for Guidelines. Assessment of Thyroid Nodules. March, 2009.
- [10] Layfield LJ. Fine-needle aspiration in the diagnosis of head and neck lesions: a review and discussion of problems in differential diagnosis. Diagn Cytopathol, 2007;35(12):798—805.
- [11] Soutter WP. Advances in the imaging and detection of cervical intra-epithelial neoplasia. Future Oncol, 2009;5(3):371—378.
- [12] Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988—2005. Cancer, 2009;115(16):3801—3807.

乳房肿块

乳腺疾病是外科临床工作中的常见病、多发病。近几十年来乳腺癌的发病率呈明显上升趋势,已成为严重威胁女性生理和心理的疾病。乳腺肿块是很多乳腺疾病共有的症状和体征,可能是炎症性或肿瘤性或乳房代谢、发育异常的表现,需要临床医生作出准确的判断。作为一个体表器官,常见乳房肿瘤的诊断多不困难,有经验的临床医师往往凭借病史及临床体检,对乳腺肿块的性质判断准确率可达到80%以上。近年来,肿瘤检测设备不断更新,诊断水平也随之提高,特别是影像学的发展,例如X线摄像、超声波、CT、MRI、PET-CT等,对乳腺肿瘤的早期诊断提供了强有力的保证,临床医生对这些检查的依赖也越来越大。因此,对临床医师特别是青年医师,要十分强调临床实践,重视病史采集及物理查体的重要性,同时借助现代科学技术,对乳腺肿瘤作出正确的判断。

一、乳房肿块的诊断

(一)病史采集

乳腺疾病的病史应包括现病史、乳腺生长发育史、月经史、妊娠史、哺乳史、既往史及家族史。详细全面了解患者的乳腺疾病史,可为诊断提供依据和线索。

1. 现病史 以发现乳房肿物就诊的患者,要详细了解如何发现肿物,有无疼痛、乳头溢液或糜烂,疼痛与月经、情绪变化有无关系,有无放射痛、生长速度等,还要详细了解肿瘤是否发生于妊娠期,是否接受过治疗,如放疗或化疗或其他药物治疗,有无合并其他疾病等。

2. 个人史 应重点了解乳腺的发育史、月经及婚育史、个人生活习惯史等。由于乳腺在不同的发育时期受体内多种内分泌激素的调控,所以体内激素水平的紊乱常常是导致乳腺病变的重要原因之一,如在青春发育期,乳腺细胞对雌激素过度敏感时,就会出现乳腺过度发育而成为乳腺肥大症。乳头先天性发育不良致乳头内陷者:成年后不能正常哺乳,易使乳汁淤积在乳腺内而形成囊肿或继发感染,引起急性乳腺炎或乳房脓肿。流行病学调查发现,月经初潮早而绝经晚的女性、未育或未哺乳的女性以及初产年龄过小或过大的女性罹患乳腺癌的风险增加。个人生活习惯与乳腺癌的关系越来越引起人们的重视,应了解有无烟酒嗜好,有无抑郁或精神创伤史等。

3. 家族史 乳腺肿瘤具有家族遗传倾向,询问病史时应了解直系亲属中有无乳腺肿瘤病史,特别是母亲、姐妹、女儿是否患有乳腺恶性肿瘤等病史。