

常見惡性腫瘤診斷手冊

(供赤腳醫生學習參考)

福建省腫瘤防治研究辦公室印

一九七八年六月

FA6 6011

前 言

为贯彻落实毛主席光辉的“六·二六”指示，把肿瘤防治研究工作的重点放到农村、工矿去，我们参阅有关资料编写了这本“常见恶性肿瘤诊断手册”，主要介绍肿瘤基本知识和常见恶性肿瘤的诊断方法，并附几种抗癌药物的用法简表，供我省广大的赤脚医生和基层医务人员参考。

恶性肿瘤是一种严重危害人民生命和健康的常见病、多发病。据调查估计，全国恶性肿瘤每年发病一百万人左右，死于癌症八十万人左右，现症病人约达一百五十万人。我省三年死亡回顾调查结果，1973——1975年平均每年恶性肿瘤的死亡率为91.38/10万，占各类死因首位。

积极加强对肿瘤的防治工作，是当前医药卫生战线的一项迫切任务。我们希望这本小册子能对我省广大赤脚医生在防癌、治癌工作上有所帮助，并且通过广大赤脚医生广泛开展有关肿瘤知识的宣传，对我省今后肿瘤防治工作有所促进。由于我们马列主义水平有限和毛主席著作学得不好，缺乏经验，错误难免，希望同志们批评指正。

本册编写过程中蒙福建省立医院肿瘤科及省防疫站有关医生协助指导，特此致谢！

《常见恶性肿瘤诊断手册》编写组

一九七八年六月



目 录

肿瘤的基本知识.....	(1)
(一) 什么是肿瘤.....	(1)
(二) 肿瘤的分类和命名.....	(1)
(三) 肿瘤的生长和发展.....	(3)
(四) 肿瘤的诊断.....	(4)
鼻咽癌.....	(11)
食管癌.....	(16)
胃癌.....	(20)
原发性肝癌.....	(25)
结肠和直肠癌.....	(28)
肺癌.....	(32)
乳腺癌.....	(36)
宫颈癌.....	(40)
白血病.....	(43)
膀胱肿瘤.....	(47)
阴茎癌.....	(49)
恶性淋巴瘤.....	(51)
绒毛膜上皮癌.....	(53)
脑肿瘤.....	(55)
附表一、常见抗癌中草药.....	57
附表二、抗癌药物选用表.....	63
附表三、常用抗癌化学药物.....	64

肿瘤的基本知识

一、什么是肿瘤

肿瘤是机体在致病因素作用下，局部组织反应性增生所形成的一种新生物。这种新生物的细胞，即瘤细胞，在组织结构和功能上都与正常细胞不一样，没有防御修复功能。

二、肿瘤的分类和命名

肿瘤的分类：临床上按肿瘤生长特点和对人体的危害程度的不同，可分为良性和恶性两大类。两者区别见表一。

表一 良性肿瘤与恶性肿瘤区别

特 性	良 性 肿 瘤	恶 性 肿 瘤
生长方式	膨胀性生长，多有包膜，边界清楚，与周围组织不粘连，能推动。	浸润性生长，无包膜，边界不清，与周围粘连，固定。
生长速度	生长缓慢，有时可停止生长或发生退化。	生长迅速，短期内增大明显，常有坏死、溃烂。
质 地	较 软， 有 韧 性	质硬脆、易出血

转 移	不发生转移。	可发生转移，经血道或淋巴道，转移身体其它部位。
对人体影响	一般不影响健康，但可出现局部压迫症状。某些内分泌器官肿瘤还可引起功能亢进。	严重影响健康，危害生命。
组织形态	细胞分化、形态与正常细胞相似，组织结构也与原来正常组织相似。	细胞分化不一致，有时未分化。组织结构不规则，与正常组织不同。

良性肿瘤与恶性肿瘤的区别是相对的。因为：①良性肿瘤也有恶性变的可能，如恶性黑色素瘤有60—80%是从黑痣的基础上发生。②即使恶性肿瘤，也不能视为固定不变的，有时由于机体免疫力的加强，都可以停止生长，退化或消失。Evreson与Cole（1966年）报告癌症自愈176例中，恶性度高的恶性黑色素瘤就有19例。③还有一种肿瘤它的性质是介于良性与恶性之间的，称之为临界瘤。所以在鉴别良恶性肿瘤时不要绝对化，要按具体情况加以具体分析，才能作出正确诊断。

肿瘤的命名：

（一）良性肿瘤命名：一般良性肿瘤都叫做瘤，其命名方式是“部位+组织来源+瘤”，如背部脂肪瘤。

（二）恶性肿瘤命名：

1.癌：凡是来自上皮组织的恶性肿瘤都叫做癌，其命名是“部位+组织来源+癌”，如子宫颈鳞状上皮癌。

2.肉瘤：凡是来自间胚叶的恶性肿瘤叫做肉瘤，其命名是“部位+组织来源+肉瘤”，如颈部淋巴肉瘤。

3. 其它恶性肿瘤的命名:

(1) 母细胞瘤——指起源于发育未成熟的组织的恶性肿瘤, 命名方式是“部位+母细胞瘤”, 如视网膜母细胞瘤。

(2) 有些恶性肿瘤既不能称癌或肉瘤, 也不宜用母细胞瘤, 它们的命名是在其良性肿瘤名称前面加“恶性”两字。如“恶性畸胎瘤”。

(3) 少数恶性肿瘤沿用习惯的名称, 如: 黑色素瘤、白血病、绿色病(为一种少见和具有特殊表现的粒性白血病)、蕈样霉菌病(皮肤恶性淋巴瘤)等等, 应注意与良性肿瘤命名有别, 以免延误治疗。

又如有些恶性肿瘤用外国人名来命名, 如“何杰金氏病”(恶性淋巴瘤的一种)、“尤文氏病”(来源于骨髓内原始的网状细胞, 是骨恶性肿瘤的一种)。

三、肿瘤的生长和发展

(一) 肿瘤的生长方式: 肿瘤因其性质不同, 生长方式也不一样。良性肿瘤多呈膨胀性生长, 肿瘤体积增大, 只压迫周围组织而不侵入邻近组织, 与周围有明显界限或包膜。

恶性肿瘤呈浸润性生长, 肿瘤可浸润入邻近正常组织间隙内, 和周围组织紧密粘连, 界限不清, 缺乏移动性。

(二) 恶性肿瘤的转移扩散:

(1) 直接浸润: 恶性肿瘤可直接向周围组织间隙、淋巴管、血管、体腔浸润蔓延, 也可侵入邻近的器官内。

(2) 淋巴道转移: 恶性肿瘤细胞侵入淋巴管后, 可随淋巴液转移到所属淋巴结, 形成转移瘤, 此种多见于癌。如胃癌, 癌细胞可经过胸导管转移至左锁骨上淋巴结。转移的淋巴

结，质地坚硬，局部常形成固定的肿块。

(3) 血道转移：瘤细胞侵入血管处，可随血流转移到远处组织或器官（肝和肺常见），肉瘤多以血道转移，如骨肉瘤常先转移至肺部，癌之晚期也常发生血道转移，如绒毛膜上皮癌肺转移也占80%左右。

(4) 种植性转移：胸腔或腹腔脏器肿瘤侵入浆膜后，可发生瘤细胞脱落，种植在别的器官浆膜上形成转移瘤。浆膜面广泛转移，常常引起腔内血性积液。（血性胸、腹水）

四、肿 瘤 的 诊 断

早期诊断是根治肿瘤的关键。恶性肿瘤有75%左右发生于体表及容易检查的器官如：乳腺、甲状腺、子宫颈等，这些部位的肿瘤比较容易早期发现。但内脏恶性肿瘤，诊断比较复杂和困难。所以在诊断过程中须注意：

(一) 良性肿瘤与恶性肿瘤的鉴别诊断（见表一）。

(二) 癌与肉瘤的鉴别诊断见表二。

表二 癌 与 肉 瘤 的 区 别

特 性	癌	肉 瘤
组织来源	上皮组织的恶性肿瘤。	间胚叶的恶性肿瘤。
发 生 率	多	少
年 龄	老年人多见	平均年龄较癌年轻。
转 移	淋巴转移较多，晚期可以血道转移。	血道转移较多。
外 观	菜花状、溃疡状、质硬。	结节状，可有假包膜，质软韧，切面鱼肉状。

(三)详细、全面地询问病史：“一切结论产生于调查情况的末尾，而不是在它的先头。”细致全面地询问病史获得第一手资料是正确判断疾病的关键。根据恶性肿瘤的发病特点，在病史中须注意：

(1)年龄：恶性肿瘤可发生于各年龄组，但以中年以上人为多。据流行病学调查我省1973—1975年，三年癌亡总数57960人，其中45—65岁占50%以上。同时由于年龄的不同，发生恶性肿瘤的类别也不同。癌多发生在30—60岁的患者，癌肿中以胃癌、食道癌、肝癌多见，占60.50%，而肉瘤往往多发生于较年轻者。儿童期的恶性肿瘤以白血病和淋巴肉瘤为常见。

(2)病程：良性肿瘤发展缓慢病程长。恶性肿瘤，发展迅速，病程短。我省464例肝癌病例分析，其病程1—3个月者占57.5%，4—6个月者占4%，小于一个月者占18%，良性肿瘤若在短期内突然增长迅速，应考虑到恶变的可能。如色泽颜色加深、增大、溃疡、出血就要考虑恶变。

(3)详细询问症状：症状是疾病的主要表现，每种疾病都有它特殊的临床症状，所以在询问症状中要抓住各疾病的主要临床表现，来判断是否恶性肿瘤。然后有的放矢地做进一步检查，以获得正确诊断。如食道癌主要症状是进行性吞咽困难为特征；胃癌患者常有轻度贫血、厌油食，及似溃疡病；直肠癌常有大便习惯改变和大便变形，及粘液血便；子宫颈癌患者常有阴道不规则出血和接触性出血；吸入血痰伴耳鸣，听力减退，往往是患鼻咽癌。

(四)体格检查：

在详细了解病史的基础上，有目的进行局部检查的同时还需做全身检查，特别是肺、肝等重要器官，以排除癌肿是否有

这些脏器的转移，这对决定处理方案极为重要。

1. 肿瘤的局部检查包括：

(1) 肿瘤形态：良性肿瘤有一定规则的形状，其表面也较光滑，如脂肪瘤多呈分叶状，纤维瘤多呈圆形或椭圆形。恶性肿瘤没有一定的形状，凹凸不平，表面粗糙。

(2) 肿瘤的质地：癌瘤质硬，肉瘤较软，囊肿有囊性感，血管瘤和淋巴管瘤均有压缩感。

(3) 活动度：恶性肿瘤呈浸润性生长与周围组织粘连，固定。良性肿瘤呈膨胀性生长，界限清楚，不粘连可移动。

(4) 区域淋巴结的检查：全身浅表淋巴结可分为颈、液窝、及腹股沟三大区。由于癌肿多经淋巴道转移，所以我们对这些区域淋巴结的检查，可发现癌肿有否转移。如颈上深淋巴结的肿大，要考虑头颈部癌的转移，特别是鼻咽癌的转移；气管前淋巴结（神秘淋巴结）和气管旁淋巴结的肿大，要考虑甲状腺癌的转移；锁骨上淋巴结的肿大要考虑胃肠道癌肿，特别是胃癌的转移；腋窝淋巴结的肿大，要查乳腺是否有癌肿等等。但须注意淋巴结的继发性癌与原发恶性淋巴瘤的区别。淋巴结肿大为恶性淋巴瘤的特征，但其肿大淋巴结早期可局限某一区域，质韧而有弹性，可呈分叶状，活动，不与皮肤粘连，晚期可蔓延至其它区域，播散时淋巴结的分布常为对称性，淋巴结常融合成团，除压迫或侵犯神经外，一般无疼痛。而淋巴结转移癌，常为单侧性，质地较硬，可与皮肤粘连，固定，仔细检查可找到原发灶。

(5) 直肠指诊：直肠指检一可以了解盆底有否转移癌，如胃癌、贲门癌可以发生膀胱直肠窝(子宫直肠窝)种植转移，往往通过直肠指检发现。二是检查在直肠腔内有否肿瘤。因为70—80%直肠癌可以用直肠指检触及。但临床因忽视了直肠

指诊而延误诊断和治疗者，并非少见，所以对大便习惯改变，伴粘液血便者，直肠指检不可忽略。必要时还需配合直肠镜检查。或钡剂灌肠X光透视检查，以便排除大肠癌。

（五）内腔镜检查：内腔镜检查，不但能观察腔内局部病变情况，且必要时还可采取活体组织作病理检查，获得病理诊断。胃部用胃镜，特别是应用光导纤维胃镜诊断早期胃癌，其正确率可达90—100%。食道用食道镜、直肠用直肠镜、鼻咽部用鼻咽镜、喉部用间接喉镜等。

（六）X线检查：用X线检查诊断各种肿瘤是目前较常用的方法之一。X线钡餐胃肠检查，对诊断胃癌，正确率达70—90%。如用双重对比法进行胃肠钡餐透视，早期胃癌诊断正确率达84—88%。肺部肿瘤，可以通过X光拍片进行诊断。X线拍片对诊断乳腺肿瘤也有一定价值，钼靶X线更有价值。乳腺干板摄影显示乳腺的解剖结构较胶片清晰，对比度亦较佳，费用低，操作简便，适用于乳癌的普查。

（七）超声波检查：超声波已广泛应用于内脏肿块的检查，尤其肝脏恶性肿瘤。原发性肝癌临床分三型，各型波型不尽相同，巨块型多见迟纯微小波，出波降低；结节型多见高束状波，其次为弥漫波；弥漫型多见弥漫波，迟纯微小波，出肝波降低，不活跃。降波型改变外肝脏厚度增厚，上下径增大。

（八）放射性同位素诊断肿瘤：随着同位素探测仪器的发展和同位素的品种日益增多，其应用范围也不断扩大。对肝、甲状腺、肾、脑、肺、骨等器官的肿瘤，用同位素扫描都能获得诊断。同时按同位素制剂是否为肿瘤组织所吸收可分为（1）阴性扫描——用能为正常组织吸收或浓集，而不为肿瘤组织吸收的放射性同位素制剂进行扫描称之阴性扫描。如用胶体¹⁹⁸金。进行肝脏扫描，当肝脏有肝癌、肝囊肿、肝脓肿

时，同位素胶体 ^{198}Au 就不能进入该区的细胞内，该部在扫描图上即表现为放射性缺损或密度减低区。为了鉴别肝癌还是囊肿，可用阳性扫描法。加以鉴别。（2）阳性扫描——用能为肿瘤组织吸收或浓集，但不为正常组织吸收的放射性同位素制剂进行扫描，称之为阳性扫描。可用 ^{113}In （铟）肝血池扫描，进行肝脏占位性病变性质鉴别诊断。福建省立医院同位素室应用 ^{169}Yb （铽）一枸橼酸对肝癌病人进行肝脏阳性扫描，发现在肝癌病灶的坏死液化区不浓聚，没有坏死的癌灶区浓聚且高于邻近肝脏组织。又如用 ^{131}I （碘）进行甲状腺扫描，并根据肿物吸 ^{131}I 能力，将扫描图分为四类①热结节——甲状腺结节处放射性分布高于正常甲状腺组织；②温结节——甲状腺结节处放射性分布接近于正常甲状腺组织；③凉结节——甲状腺结节处放射性分布低于正常甲状腺组织；④冷结节——甲状腺结节处放射性分布呈空白缺损区。

以上四种结节，冷结节中有25—30%为癌肿，热结节罕

扫描图象 \ 癌发生率		病 理 诊 断			癌发生率 (%)
		例 数	良 性	恶 性	
单 个 结 节	多发冷结节	37	32	5	13.5
	热 结 节	6	6	0	0
	温 结 节	37	32	5	13
	凉 结 节	17	14	3	17.5
	冷 结 节	234	174	63	25.6
总 计		331	258	73	22

见。福建省立医院同位素对有手术病理对照的 331 例甲状腺结节性质进行分析（见下表）认为甲癌的发生单个冷结节高于多发冷结节；热、温、凉、冷结节的癌发生率依次递增。

（九）化验检查：某些化验检查对诊断性肿瘤有一定帮助。如小便妊娠试验是诊断绒毛膜上皮癌的主要方法；白血球计数过高，并出现幼稚白细胞提示白血病可能；肝癌患者可有硷性磷酸酶的增高；前列腺癌病员血中酸性磷酸酶增高等等都可作为诊断的参考。

（十）肿瘤的免疫诊断：肿瘤的免疫诊断，除检测患者血清中甲胎旦白（ α -Fp）诊断原发性肝癌获得较大成功外，绝大多数肿瘤免疫诊断仍处在探索阶段。

甲胎旦白在人胚一个半月开始出现，3—4 个月达高峰，6—7 个月后减少，出生以后，血中甲胎旦白很快消失，所以正常血清中一般是查不出来的。而肝癌患者血清中甲胎旦白的含量高， >500 毫微克/毫升。

检测患者血清中甲胎旦白以诊断肝癌，是近几年的事，我国从 1970 年以后才开展这项工作，几年来由于对检测方法的改进，甲胎旦白诊断肝癌的正确率也不断提高，据上海市肝癌防治协作组报告，甲胎旦白诊断肝癌的阳性率对流法 70% 左右，血凝法则提高到 80—90%。诊断肝癌的正确率达 95% 以上。且用对流法可以在症状出现前平均三个月查出病人，血凝法可能在六个月或更早的时间查出病人。同时他们还提出通过单项 α -FP 多种方法联合动态观察可以相当准确地诊断出 1—5 厘米的早期癌。同时还报导早期肝癌 129 例的诊断全是依靠单项 α -FP 检测的。

由于甲胎旦白还存在于妊妇、生殖腺胚胎性肿瘤及肝炎、肝硬化活动期患者的血清中，所以尚需注意鉴别。前二者通过

临床检查容易确诊，唯后二者鉴别困难。对此上海市肝癌防治协作组提出以下鉴别要点：（1） α -FP动态曲线与谷丙转氨酶（G、P、T）动态曲线如系同步者，肝病活动可能为大，二条曲线分离者，尤其是GPT $\downarrow$ ，而 α -FP $\uparrow$ ，则肝癌可以诊断。（2）GPT值数倍于正常值者，应多考虑肝病活动，而为正常值一倍左右者，常不能排除肝癌。（3） α -FP值 >500 毫微克/毫升者应多考虑肝癌， <300 毫微克/毫升者不能排除肝病活动。

（十一）病理检查：

1. 细胞学检查：

用细胞学诊断恶性肿瘤是一种既简便又可靠的方法，国内用双腔管带网气囊，简称食道气球，进行食道脱落细胞检查，诊断食管癌阳性准确率达87.8—94.2%，在高发区用此法进行普查早期食道癌的发现率可达73—85%。除外，胃癌、宫颈癌、肝癌、鼻咽癌等都可取脱落细胞作病理诊断，阳性率也高。

2. 切除活检：

对一些体表肿瘤，如乳腺肿瘤，可以用切除活检方法，将肿块连同部份正常组织一齐切除（即区段切除）送病理检查。对浅表淋巴结，可以用切除方法，作病理检查。

总之以上几种检查方法，需根据临床上具体情况，选择应用。

鼻 咽 癌

鼻咽癌在我国发病率较高，我国南方是世界上鼻咽癌的高发区。最近全国三年死亡回顾调查材料分析表明广东、广西、湖南、福建和江西五省是我国鼻咽癌的高发区，分别占各该省恶性肿瘤死亡率中第三至第七位。我省三年（1973—1975年）死亡回顾调查结果，鼻咽癌死亡率占第七位。欧美鼻咽癌发病率低，东南亚和非洲一些国家发病率略高一些。发病年龄多在30—60岁之间，男女之比约3—6：1

〔解剖〕 鼻咽是连接鼻腔和口咽的一个近似立方形的腔道，属于上呼吸道的一部分。它的前壁是鼻后孔，两侧壁有耳咽管隆突及其后上方的咽隐窝，顶壁是颅底，后壁相当第一、二颈椎，前与顶壁相连，底壁实际上并不存在，系由软腭构成。

〔病理〕 目前国际上关于鼻咽癌的病理类型尚未统一，大致上分为三类八个型。即未分化类，低分化类，高分化类。八型即未分化癌，低分化类的低分化鳞癌、大圆形细胞癌、混合细胞癌和低分化腺癌；高分化类的高分化鳞癌、基底细胞癌和腺癌。

〔鼻咽癌的浸润和转移〕

1.直接浸润：向下至咽，向上可侵犯蝶窦及经破裂孔，卵圆孔或穿破颅底骨质进入颅中窝。压迫侵犯第3、4、5、6对颅神经；经后鼻孔到鼻腔、筛窦；经眶下裂入眼眶。

2.淋巴道转移：最常见颈上深淋巴结，然后向颈中、下部

转移，再转移到锁骨上淋巴结。有的转移到咽后淋巴结则压迫侵犯第9、10、11、12对颅神经及颈交感神经。

3. 血道转移：最多见的是肺、肝和骨骼。

〔临床症状与体征〕

鼻咽癌的早期诊断并不难，但往往被误诊为慢性鼻炎、付鼻窦炎、中耳炎、颈淋巴结结核、偏头痛、神经衰弱、颅内肿瘤等。因此如果病员有鼻衄、鼻塞、耳鸣等主诉时，即应认真询问病史、并进一步检查鼻咽部以得及时诊断。

1. 耳鸣、耳聋：由于肿瘤发生在耳咽管附近而引起耳咽管开口堵塞使中耳腔内气压平衡失调，即可出现耳鸣、听力障碍。

2. 鼻衄：多为早期症状之一，由于肿瘤的脆性致易少量出血，多为吸入性痰中带血，量较少，亦有少量鼻血多带有鼻涕。

3. 鼻塞：若肿瘤长在鼻咽腔的前壁时则鼻塞出现较早，多为单侧，随肿瘤增大可发展至双侧。

4. 头痛：常为单侧偏头痛，部位较固定呈持续性痛，亦有双侧头痛者，头痛系颅神经受压或颅底骨破坏所引起。

5. 颈部肿块：有不少病人以颈部肿块为第一症状就诊的，这是鼻咽癌早期颈淋巴结转移的表现。肿块不痛，呈进行性增大，单侧或双侧，常位于颈上深部（即乳突下胸锁乳突肌深部），起初可单个活动、质硬，后可向下发展增大增多，当肿瘤浸润周围组织时可发生粘连固定，肿块可互相融合成团，可延至锁骨上窝，肿块可破溃感染。

6. 十二对颅神经受累时所出现的症状与体征：由于癌肿往上浸润破坏颅底骨质或经卵圆孔，破裂孔进入中颅窝，易侵犯海绵窦附近的几对颅神经，最常侵犯是外展神经，其次三叉神

经，动眼神经、滑车神经。视神经因位置较高而面神经听神经因有颞骨岩部保护，故很少被侵犯。鼻咽癌转移到咽后淋巴结压迫第九、十、十一、十二对颅神经及颈交感神经可出现相应症状与体征。

第Ⅰ对：嗅神经：极少受累。

第Ⅱ对：视神经：一侧失明或视力模糊。

第Ⅲ对：动眼神经：出现复视、眼球固定，因上、下、内眼直肌、下斜肌及提眼睑肌麻痹，使眼球向上、下、内转动受障，同时有上眼睑下垂。瞳孔放大，严重时对光反射消失。

第Ⅳ对：滑车神经：由于眼球上斜肌麻痹使眼球内斜、向下、外转动受障碍，出现复视。

第Ⅴ对：三叉神经：有三枝，出现面部麻木，痛感减退，张口困难，口咽及鼻粘膜感觉消失。

第Ⅵ对：外展神经：受累时使眼球外直肌麻痹，眼球不能外展出现内斜视及复视。

第Ⅶ对：面神经：出现外围型面瘫，病侧额部皱纹消失，眼裂增大不能紧闭，鼻唇沟平坦，口角下垂，鼓腮等动作不灵。

第Ⅷ对：听神经：神经性耳聋（少见）。

第Ⅸ对：舌咽神经：舌后部感觉丧失，软腭麻痹，甚至吞咽困难。

第Ⅹ对：迷走神经：软腭麻痹，咽喉反射消失，有时可出现声带麻痹，声哑，鼻音及心动过速等。

第Ⅺ对：付神经：少见（外支使斜方肌、胸锁乳突肌萎缩耸肩无力，内支受侵使软腭喉麻痹）。

第Ⅻ对：舌下神经：病侧舌肌萎缩，伸舌偏向患侧。

7.鼻咽镜检查:是诊断鼻咽癌主要方法之一,在鼻咽镜下可见到鼻咽腔内癌肿呈菜花状或结节状或溃疡等。但有些病例仅有粘膜糜烂,颜色不正常,有的肿瘤只在粘膜下浸润,而粘膜还是光滑或稍有凹陷或饱满,这种情况就必须注意观察定期复查并作有关全面检查。

8.X线检查:有颅神经症状者需拍颅底片,观察颅底骨质破坏情况,必要时可拍鼻咽侧位片,观察鼻咽部肿瘤之软组织阴影,尤其对粘膜下肿瘤(隆起型)的诊断有一定帮助。

9.颈部肿块切取活组织作病理检查或针吸活组织作病理检查。

10.细胞学检查:

(1)用棉签涂擦或钢圈刮取鼻咽部分泌物,作涂片镜下找癌细胞。阳性率可达70%左右。

(2)负压吸引取材法:采用电动或脚踏吸引器以产生负压,通过吸引管,吸取鼻咽粘膜脱落细胞(分泌物)作涂片检查。

(3)四川医学院附属医院耳鼻喉科,自制的简便尼龙丝取材器进行鼻咽部涂片,以诊断鼻咽癌的方法。阳性率达92.4%。

(4)泡沫塑料海绵(导管钳)涂片法:湖南医学院人解教研组和附一院肿瘤科,自制导管钳泡沫塑料海绵涂片法,阳性符合率为87.5%。

〔鉴别诊断〕

1.增殖体肥大:多见于青少年,表面光滑,多位于鼻咽顶部,颜色与正常粘膜相似,常可见到一轮轮的沟槽。

2.鼻咽纤维血管瘤:多见于青少年,呈巨块型,表面光滑,富有血管,颜色鲜红,有弹性。不能轻易做活检,以免造