

颈部疾病现代外科诊治

王宏政 刘锡国 鲁才章 主编

新疆科技卫生出版社(K)

《颈部疾病现代外科诊治》

编辑委员会

主 编：王宏政 刘锡国 鲁才章

副主编：曹俊杰 丁 伟 欧阳军 丁国富

高 明 刘四水 刘新梅 李敬群

主 审：杨贵斌 李连泽 陈家瑜

编 委：(以下人员、以姓氏笔划为序)

丁 伟 丁国富 王宏政 卡 得 孙 胜 孙富荣

刘四水 刘锡国 刘新梅 张剑权 周敬成 欧阳军

高 明 杨红强 曹俊杰 鲁才章 潘玉荣 吉 南

袁 明 周 军 蒋 森 李敬群

绘 图：王丽君

石河子大学医学院：陈家瑜 刘锡国

石河子大学医学院第一附院：杨贵斌 李连泽 王宏政 丁 伟

丁国富 欧阳军 刘新梅 张剑权

潘玉荣 杨红强 吉 南 袁 明

周 军

石河子大学医学院第三附院：鲁才章

兵团农十师医院：刘四水 孙 胜 李敬群

独山子炼油厂职工医院：曹俊杰 蒋 森

石河子八一毛纺厂职工医院：孙富荣

石河子棉纺织厂职工医院：卡 得

解放军三六二三四部队医院：高 明

石河子独立团医院：周敬成

前 言

现代科学的发展突飞猛进, 医疗科学也是如此。由于疾病的诊疗仪器不断更新, 临床医师对疾病的诊断和治疗方法均有相应的改进和创新。为了适应颈部疾病的现代诊断和治疗, 作者根据多年的临床经验, 参阅了诸多专家教授的专著及文献资料, 编写了这本《颈部疾病现代外科诊治》, 旨在对临床工作者, 尤其是基层医务人员, 在诊治颈部疾病中有所裨益。

本书重点介绍了颈部疾病最新研究进展, 对颈部每一疾病的概况、病因、病理生理、临床表现、诊断、治疗等各方面均逐一做了详细论述, 尤其在诊断和治疗方面较全面而系统地介绍了当今最新检查仪器和方法、手术方式、中西医药物、放疗和化疗等。对于颈部疾病在当前医疗方面存在的一些分歧意见, 我们本着学术争鸣的精神, 介绍并提出了自己的观点, 以供参考。随着今后临床实践与研究的深入, 其中一些观点将会不断得到修正和充实。由于作者水平有限, 书中难免有不足和谬误之处, 祈望同行们在阅读本书后能不吝赐教。

在编著本书过程中得到了石河子大学医学院、一附院、三附院、独山子职工医院、农十师医院各级领导的大力支持, 在此深表感谢。

本书承蒙著名外科专家杨贵斌教授、李逸泽教授、陈家瑜教授在百忙中精心审阅, 给予多方关注, 在此特致以诚挚的谢意。

编 者

1997年5月于石河子大学医学院一附院

目 录

前 言

第一章 颈部概述	(1)
第一节 表面解剖	(1)
第二节 颈部浅层结构	(4)
第三节 颈深筋膜和筋膜间隙	(6)
第四节 腮弓与腮裂	(7)
第五节 头颈部淋巴引流	(8)
第六节 临床应用	(10)
第二章 甲状腺疾病	(13)
第一节 甲状腺的胚胎发育、解剖、生理概要	(13)
第二节 甲状腺疾病的分类	(15)
第三章 原发性甲状旁腺功能亢进症	(73)
第四章 颈部先天性疾病	(82)
第一节 颈部囊状淋巴管瘤	(82)
第二节 甲状腺舌管囊肿及瘻	(84)
第三节 腮裂囊肿及瘻	(86)
第四节 颌下皮样囊肿	(89)
第五节 胸腺舌管囊肿	(91)
第五章 颈部血管疾病	(92)
第一节 颈动脉体瘤	(92)
第二节 颈动脉瘤	(102)
第三节 颈部血管瘤	(106)
第四节 颈部血管损伤和动静脉瘻	(110)

第六章 涎腺肿瘤	(112)
第一节 颌下腺肿瘤.....	(112)
第二节 腮腺肿瘤.....	(114)
第三节 腮腺混合瘤.....	(119)
第四节 舌下腺肿瘤.....	(122)
第七章 颈部感染	(126)
第一节 颈部淋巴结结核.....	(126)
第二节 颈部急、慢性淋巴结炎.....	(130)
第三节 软组织化脓性感染.....	(134)
第四节 涎腺炎.....	(138)
第八章 颈部转移性肿瘤	(150)
第一节 口腔恶性肿瘤颈部转移.....	(150)
第二节 涎腺恶性肿瘤颈部转移.....	(160)
第三节 喉部恶性肿瘤颈部转移.....	(165)
第四节 甲状腺恶性肿瘤颈部转移.....	(168)
第五节 乳腺癌颈部转移.....	(172)
第六节 气管、肺恶性肿瘤颈部转移.....	(175)
第七节 食管癌颈部转移.....	(178)
第八节 结肠癌颈部转移.....	(180)
第九节 颈淋巴结清除术.....	(182)
第九章 其 它	(192)
第一节 淋巴瘤.....	(192)
第二节 脂肪瘤.....	(199)
第三节 纤维瘤.....	(201)
第四节 神经纤维瘤.....	(201)
第五节 神经纤维瘤病.....	(202)
第六节 肩胛舌骨肌综合征.....	(203)

第一章 颈部概述

颈部位于头部、胸部和上肢之间。脊柱的颈段是颈部的支持性结构。在颈段脊柱的前方有由头部下降入胸部的呼吸和消化道的上段；两侧为纵形排列的神经和大血管等。在颈根部有胸膜顶和肺尖，以及颈根部斜行于颈和上肢之间的神经和大血管。疏松结缔组织充填于诸多结构之间，形成筋膜鞘和筋膜间隙。头部的运动可直接影响颈部器官的位置。因此，对颈部进行检查或手术时，应保持头颈于一定位置。

脊柱颈段前方多为纵形、细小的肌肉，两侧及后方的肌肉较多而且粗大。颈部诸肌肉不仅使头颈产生复杂的运动，而且对呼吸发音、吞咽和呕吐等也有一定关系。

颈部淋巴结较多，主要沿浅静脉和深部血管、神经排列，因而颈部癌肿沿淋巴扩散时，累及的范围较广泛。作根治手术时，清扫的范围也应广泛，同时注意保护神经和血管。

第一节 表面解剖

一、境界和分区

上界为颌骨下缘、下颌角、乳突尖、上顶线和枕外隆凸的连线；下界为胸骨颈静脉切迹、胸锁关节、锁骨上缘及肩峰与第七颈椎棘突的连线。以斜方肌为界，分为前后两部。后部为后颈部（顶部），前部为狭义的颈部（固有颈部）。它又以胸锁乳突肌为界分为颈前（内侧）部和颈外侧部。两侧颈前部以舌骨平面为界，分为舌骨上区和舌骨下区。颈外侧部又分为胸锁乳突肌区（即胸锁乳突肌所覆盖部位）和位于其后方的颈外侧区（又称颈后三角）。

二、颈部的三角

颈部可划分为若干个三角,除颌下三角外,其余各三角均为左右对称。(图 1—1)

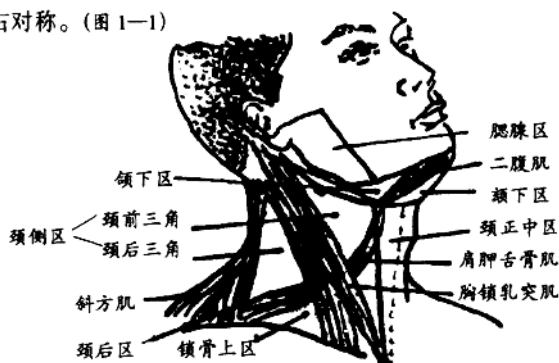


图 1—1 颈部的分区

(一) 颌下三角

位于两侧二腹肌前缘内侧和舌骨体上缘之间。

(二) 颌下三角

又称下颌下三角,由二腹肌前腹、后腹和下颌骨下缘围成,其内有下颌下腺。

(三) 颈动脉三角

由胸锁乳突肌前缘、二腹肌后腹及肩胛舌骨肌上腹围成。其内有颈总动脉末段、颈外动脉等,位置都较表浅,是易于暴露这些动脉的部位。

(四) 肩胛舌骨肌气管三角

即肌三角,由胸锁乳突肌前缘、肩胛舌骨肌上腹和颈前正中线构成。其内有喉、气管、甲状腺和舌骨下肌群等。

以上三角都位于颈前区。颈外侧三角或颈后三角,位于胸锁乳突肌后缘。斜方肌前缘和锁骨之间,此三角又被肩胛舌骨肌下腹分为枕三角(肩胛舌骨肌斜方肌三角)和锁骨上三角(肩胛舌骨肌锁骨三角)。其内分别包括副神经和颈丛;臂丛和锁骨下动脉。

(图 1—2)



1. 颈前三角区检查



2. 颈后三角区检查

图 1—2 颈侧区检查法

三、体表标志和投影

(一) 颈部体表标志

1. 舌骨: 位于口底皮肤与颈前皮肤相连处的深层, 恰对第三颈椎平面。其两侧可扪到舌骨大角。舌骨大角是暴露舌动脉的标志。

2. 喉结: 两侧甲状软骨板前缘在前正中线上的突起。甲状软骨上缘平第四颈椎上缘, 为颈总动脉及颈外动脉发出甲状腺上动脉的部位。

3. 环状软骨: 在喉结下方, 为整个软骨环, 为计数气管环和甲状腺确诊的标志。

4. 颈动脉结节: 即第六颈椎横突前结节, 颈总动脉经其前方。在胸锁乳突肌前缘中点, 即平环状软骨弓向后压迫, 可阻断颈总动脉血流, 达到止血目的。

5. 胸锁乳突肌: 是颈部分区和划分三角的重要标志, 该肌后缘中点是颈丛皮神经的汇聚处。

6. 胸骨上窝: 是位于胸骨上切迹上方的凹陷, 是触诊气管的部位。

7. 锁骨上窝: 是位于锁骨上窝的凹陷, 在吸气性呼吸困难时此窝加深, 是“三凹征”之一。是臂丛阻滞麻醉进行部位(锁骨中点上方 1 ~ 1.5cm)。

8. 第七颈椎横突: 是颈部与胸部分界点及计数椎骨的标志。

(二) 颈部体表投影

1. 颈总动脉: 在右侧为从下颌角至乳突连线中点画线到右胸锁关节。在左侧, 为连线下端稍偏外侧。此线平面甲状软骨上缘以下部分为该动脉投影。

2. 锁骨下动脉: 自胸锁关节画一凸向上方的曲线至锁骨中点, 其最高点距锁骨上缘约 1cm。

3. 臂丛: 自胸锁乳突肌后缘中, 下 1/3 交点至锁骨中, 外 1/3 交点稍内侧的连线。

4. 副神经: 自胸锁乳突肌后缘上, 中 1/3 交点至斜方肌中, 1/3 交点的连线。

5. 神经点: 是颈丛皮支浅出颈筋膜的集中点, 约在胸锁乳突肌后缘中点处。是颈部皮神经阻滞麻醉的部位。

6. 颈外静脉: 位于下颌角至锁骨中点的连线上。

7. 胸膜顶及肺尖: 位于锁骨内侧 1/3 的上方, 其最高点距锁骨上缘约为 2 ~ 3cm。

第二节 颈部浅层结构

浅层结构包括皮肤、浅筋膜及该层次内诸结构。

一、皮肤

颈前外侧皮肤较薄, 有较大的延展性和活动性, 且有横行的皮纹。因此, 颈部手术多做横向切口。颈后部皮肤较厚, 活动度也小。

二、浅筋膜

即皮下组织, 含脂肪或多或少, 于颈前外侧部脂肪的深面有菲薄的肌层, 即颈阔肌, 浅筋膜内分布着皮神经, 浅静脉和浅巴结。它们均走行于颈阔肌深面。

三、浅神经

包括面神经颈支和颈部皮神经。

(一) 面神经颈支

是支配颈阔肌的运动神经, 起自腮腺下缘, 向前下方走行, 分

布于该肌。

(二)颈神经皮支

是颈丛发出的皮神经。在胸锁乳突肌后缘中点附近集中，穿出深筋膜，分布于浅筋膜和皮肤，包括枕小神经、耳大神经、颈横神经、锁骨上神经。

四、浅静脉及淋巴结

颈部浅静脉无动脉伴行，主要有以下几条。

(一)颈外浅静脉

为颈部最大的浅静脉，由前后两条属支汇合而成，但变异较多。前支为下颌后静脉的后支，后支由枕静脉和耳后静脉合成。前、后两支在平下颌角水平的附近汇合，沿胸锁乳突肌外面向后下斜行，大部位于浅筋膜内。它于锁骨上方 2.5cm，胸锁乳突肌后缘处（肌与锁骨的交角内），穿深筋膜至其深面注入锁骨下静脉。颈外静脉末端有一静脉瓣，但不能阻止血液返流。颈外静脉收集颈外侧部、枕部皮肤和肌肉的静脉血。若此静脉在深筋膜处被切断，因血管壁与筋膜紧密粘连妨碍管腔闭合，有导致空气栓塞的危险。伴颈外静脉排列的淋巴结称颈外侧淋巴结。此静脉下段常经连接支与上肢头静脉相交通。亦有头静脉不汇入腋静脉而直接汇入颈外静脉。

(二)颈前静脉

为颈外静脉属支，一般为两条颈下和下颌等处的静脉汇合而成，在颈前正中线附近平行下降，较颈外静脉细，位于前正中线附近，故称为前正中静脉。颈前静脉无瓣膜，距心脏较近，受胸腔负压影响大。因此，颈部手术时，应注意防止空气进入静脉。颈前静脉附近的淋巴结为颈前浅淋巴结。

沿颈外静脉排列的淋巴结称颈外侧淋巴结。外耳部分、腮腺区下部和下颌角区域的淋巴管注入颈浅淋巴结，其输出管注入颈深淋巴结。

第三节 颈深筋膜和筋膜间隙

颈深筋膜在胚胎早期是疏松的间质组织,因受肌肉收缩、血管内血液流动等影响,逐渐衍化成致密的筋膜。致密的筋膜之间又有疏松结缔组织存在,它们所在的位置称筋膜间隙。器官之间借致密的筋膜互相分隔,又借疏松结缔组织互相联系,以利于它们的运动和位置固定。存在感染等疾病时,筋膜可以阻止感染扩散,感染就沿抵抗力低下的疏松结缔组织按一定的方向蔓延。故需及时进行切开引流,否则可引起弥漫性蜂窝组织炎。此外,颈部的筋膜特点在于:

1. 构成静脉鞘、静脉壁与筋膜间借结缔组织末紧密相连,所以在静脉壁创伤时,因受牵拉而不易闭合,空气可进入血管内,形成空气栓塞。

2. 构成筋膜间隙。

一、颈深筋膜

分为三层,即颈深筋膜浅层、颈深筋膜中层和颈深筋膜深层。

(一)颈深筋膜浅层

又称封套层筋膜,环绕于颈部,在后方附着于项韧带和第七颈椎棘突。该层自后方中线处向两侧延伸,分浅、深两叶包围斜方肌。在斜方肌前缘处,两叶又融合为一层,越过颈外侧部而构成该区的顶,当到达胸锁乳突肌后缘处,又分为包绕该肌的浅深两页。在胸锁乳突肌的前缘,它们又融合成一层,覆盖舌骨下肌组。在中线处与对侧者相交织融合构成颈白线。

(二)颈深筋膜中层

是位于颈段气管前面和舌骨下肌组深面的筋膜,又称之为气管前筋膜。其向上附着于环状软骨和甲状软骨的斜线及舌骨,并包绕甲状腺而形成该腺的鞘膜(又称为假被囊或甲状腺前筋膜),该层筋膜连续于气管周围的筋膜,向下延至上纵隔。因此,在行气管切开术时,勿过度剥离气管前筋膜,以免导致纵隔气肿。

(三) 颈深筋膜深层

颈深筋膜深层从前方覆盖着椎前诸肌，故亦称为椎前筋膜。此层较气管前筋膜为厚，经颈动脉鞘之后，椎前肌与斜角肌的前方。上起自颅底，下续前纵韧带与胸内筋膜。

二、颈动脉鞘

颈动脉鞘是包裹颈总动脉颈内动脉和静脉以及迷走神经的筋膜鞘。上起自颅底，下达纵隔。

三、筋膜间隙

(一) 下颌下间隙

在颌下三角内，其顶为覆盖下颌舌骨肌下面的筋膜，底为颈深筋膜浅层，前、后界分别为二腹肌的前腹与后腹。间隙内主要有下颌下腺及周围的神经，血管和淋巴结等。通过下颌舌骨肌后缘与舌下间隙，并向后通至咽旁间隙。

(二) 气管前间隙

位于气管前筋膜与气管颈部之间，内有气管前淋巴结、甲状腺下静脉、甲状腺奇静脉丛、甲状腺最下动脉、头臂干及左头臂静脉，小儿有胸腺上部。此间隙感染、出血或气肿时，可蔓延至上纵隔。

(三) 咽后间隙

位于椎前筋膜与咽颅底筋膜之间。外侧有颈动脉鞘，内有淋巴结及疏松结缔组织。

(四) 椎前间隙

位于椎骨与椎前筋膜之间，椎骨结核脓肿多积于此间隙内。

第四节 腮弓与腮裂

胚胎发育至第四周时，头部腹侧面的左右两侧，各出现 5 条弓形状嵴，称为腮弓。5 个腮弓之间，存在 4 条凹沟，统称为腮沟。

第一腮弓分为上颌突和下颌突，与上、下颌发育有关。

第三、四、五腮弓的发育较周围部分慢，形成凹窝，称为颈窦。

第二腮弓发育迅速，胚胎第六周时，掩盖了颈窦，并与胸壁融

合成颈部的始基,之后伸长发育为颈部。

在发育过程中,若腮沟未封闭,则形成颈瘻,开口于胸锁乳突肌前缘的皮肤,若颈瘻表面封闭,而深面瘻管未完全消失,瘻管内液体集聚而成为囊肿。

第五节 头颈部淋巴引流

一、头面部浅淋巴

头面部淋巴较丰富,可分成面部淋巴结、腮腺淋巴结,耳淋巴结及枕淋巴结等数群。

(一)面前淋巴结

沿面动脉而列,一般不易扪及,可分为两组,一组位于下颌骨侧面动脉经过的部位,另一组有1~2个淋巴结位于颊肌表面,称为颊淋巴结。外鼻的大部分、面下部的大部分的淋巴管通过面前淋巴结,到颌下淋巴结。

(二)耳淋巴结

分为耳前、耳后淋巴结。耳前淋巴结位于耳屏前腮腺外面皮下,耳后淋巴结位于耳廓之后胸锁乳突肌在乳突附着处的表面。耳淋巴结也统称为腮腺旁淋巴结。

(三)腮腺淋巴结

位于腮腺的表面,包括耳淋巴结。额部淋巴向后下汇入耳前淋巴结。顶部和颞部的淋巴向下经耳前、耳后汇入耳前淋巴结,耳后淋巴结和腮腺淋巴结。

(四)枕淋巴结

紧贴枕大神经,位于颈外侧三角的上尖处,乳突部筋膜内。枕部的淋巴大部汇入枕淋巴结和颈上深淋巴结,少部分沿胸锁乳突肌后缘汇入颈下深淋巴结。

二、颈部淋巴

颈部淋巴系统由较多的淋巴结和淋巴管相互构成。引流头、颈、上肢和胸部的部分淋巴。各区的淋巴均首先进入相应部位的

淋巴结，最后通过胸导管和右淋巴导管分别汇入颈内静脉和锁骨下静脉相交处或直接汇入锁骨下静脉。

颈部淋巴可分为颈下、颌下、颈浅、颈深及气管淋巴等 5 组。

(一) 颈下淋巴结

颈下淋巴结，有 3 ~ 4 个，为小而重要的淋巴结，位于两二腹肌前腹之间，下颌舌骨肌的表面，收纳下唇中部，颊部、舌前部、口底前部的淋巴。输出管主要到颌下淋巴结。

(二) 颌下淋巴结

颌下淋巴结较颈下淋巴结大，数目多，是多个淋巴结构成的淋巴链。位于颌下腺体之前或后面。

(三) 颈浅淋巴组

颈浅淋巴组又称颈深淋巴的外群，列于颈外静脉从腮腺覆被下出来的部位。

(四) 颈前淋巴组

是一组不规则不恒定的淋巴结。收集喉下部、气管上部及甲状腺内侧部的淋巴。其输出淋巴管到颈下深淋巴结。

(五) 颈深淋巴结

颈深淋巴结数目很多，有的也较大，位于颈深筋膜浅层与椎前筋膜之间，由颅底至颈根在颈动脉鞘内沿颈内静脉分布。

颈深淋巴结以肩胛舌骨肌过颈总动脉平面为界，分为颈深上及颈深下两组。

1. 颈深上淋巴结：可分为前后两组：①前组沿颈内静脉走行；②后组沿副神经走行。颈深上淋巴结前组输入淋巴管来自头深部、头浅部和颈上部的结构。后组收纳耳后淋巴结和枕淋巴结的输出淋巴管，后组淋巴的上部分也是颈深淋巴的一部分。

2. 颈深下淋巴结：位于颈内静脉的后面和侧面，并延伸至锁骨上三角。稍前的一些靠近颈内静脉，稍后的一些位于颈横血管周围，又称锁骨上淋巴结。

颈深下淋巴结收纳来自颅顶盖后部和颈后部淋巴结、颈深上

淋巴结的输出淋巴管及来自臂部和胸部的淋巴回流。颈深下淋巴结的输出淋巴管联合形成颈淋巴干。左侧的淋巴干注入胸导管，右侧汇入右淋巴导管，淋巴导管汇入静脉。

由于颈深淋巴结有广泛的联系，因此可被来自头颈部任何区域的癌肿所累及。此外，颈深下淋巴结亦可被原发于胸腔的肿瘤及腹腔肿瘤所累及。左侧被累及的机会多于右，这可能是由于有胸导管的关系。当右侧淋巴结被累及时，一般只限于胸腔的肿瘤。

胸导管和右淋巴导管：在颈根部有大的淋巴管，左侧称胸导管，右侧称右淋巴导管。

1. 胸导管：在胸上部，胸导管开始位于左侧锁骨下动脉第一段的后面。进入颈基时稍向右侧居于左颈总动脉的后方，自食管和胸膜之间，于左颈总动脉、迷走神经后的深处，胸导管弓向上、向前和向外侧，出现于左颈总动脉和锁骨下动脉之间。在胸导管的末端有左颈淋巴干，左锁骨下淋巴干及左支气管纵隔淋巴干汇入。胸导管可直接汇入颈内静脉和锁骨下静脉的交角处。

2. 右淋巴导管：右淋巴导管由右颈部淋巴干、右锁骨下淋巴干和右支气管纵隔淋巴干汇合而成，收集右侧头颈部、右上肢和右胸部的淋巴。3个淋巴干汇合成1个淋巴干汇入静脉者较少，分别汇入静脉后再汇入颈内静脉、锁骨下静脉或此两静脉交角处。

第六节 临床应用

一、颈部手术切口

颈部手术切口应是：①尽量与颈部皮肤皱纹相平行，手术切口愈合后可较少出现明显瘢痕；②切口应尽量少破坏皮肤血液供应，防止术后皮瓣坏死；③能很好显露病变及切除病灶；④随着近年来病变切除后整复重建功能已成为手术的重要部分，因此，在设计手术的切口时，应根据病变部位及范围，尽量保留一些可

应用的皮瓣,以供病变切除后整复之用。

皮肤内会有弹力纤维,此纤维多与皮纹平行,过多的切断这些纤维,使手术切口裂大,缝合后张力增加,愈合后产生较多的瘢痕。

颈部皮肤的血液供应为两个区域,上部来自颈外动脉分支,下部来自锁骨下动脉分支。这两个区域由一条自斜方肌中点向前下的血管稀疏带分开。

(一)颈部最简单的切口

呈直线形、弧形或椭圆形。后二者是直线形切口的变形。在颈侧直线形切口或弧形切口应该斜向前、向下,如咽侧切开、颈侧或咽侧肿瘤、囊肿等。颈前区切口应是水平的,并应切在皮纹上,如甲状腺手术、咽前切开、舌状囊肿等手术。

(二)彻底颈淋巴廓清术切口

自 crick(1906)首次撰文介绍后,颈部手术切口方法很多,常用的有“Y”或双“Y”形切口,虽有极少数因皮下组织坏死使颈总动脉受累破裂而失败,但皮瓣却很少因血液供应欠佳或愈合不良而发生坏死。自从采用术前放射治疗以来,根治性颈淋巴清扫术并发症的发生率增高至 20% ~ 70%,并且有 1% ~ 2% 的患者死于各种原因的并发症。这些潜在性致命的并发症是伤口裂开、感染、皮瓣坏死以及颈动脉的破裂。究其原因,是放疗后的皮肤存在纤维变性及血管的改变,再经手术创伤易有坏死腐脱。有鉴于此,多年来对颈部皮肤的切口进行了研究改进。例如 Schobinger, Conley 改进了 Crile 的“Y”形切口;MacFee 的两横形切口;H 和半 H 形手术切口等。

1. 半“H”形切口(Hetter, 1972):是根据颈部皮肤的血液供应分为上、下两区而设计的。半“H”切口起自乳突前沿斜方肌前缘,向下至锁骨中点之下 2 ~ 4cm,横切口平环状软骨平面自纵切口 midpoint 横行跨过颈前中线至对侧胸锁乳突肌前缘。经实践证明,此切口对于放射治疗后的病人应用效果是满意的。

“H”形切口,虽其横切口经上、下区之间的血管稀疏区,但其

前方位于颈前中线的纵切口阻断了来自对侧颈部的侧枝循环，可有皮瓣愈合不良而使颈总动脉中分，有暴露颈总动脉的危险。

2. 二平行切口 (MacFee, 1960): 一条约在舌骨平面，一条适在锁骨上方，两切口间形成一双蒂皮瓣，虽两平行切口阻断了上、下滋养血管，因皮瓣具有宽的双蒂，术前经放射治疗的病人应用此种切口皆取得了满意的效果。

3. Schobinger 及 Conly 切口: 是 Crile 切口的改进，其切口的叉口位置靠后，因前皮瓣的上部血液供应被阻断，此皮瓣的三叉口处易有坏死，但其位置远在颈动脉之后。故无颈动脉暴露之虞。

4. 双“Y” (Mirtin) 切口: 前后皮瓣的上行及下行血液供应均被阻断，所以易出现前、后皮瓣对合缘的不愈合及坏死而使动脉暴露。另外，如果前下切口与气管切开切口会合或接近，会进一步影响血液供应而引起颈动脉暴露，严重的瘢痕挛缩及气管口缩窄。

以上各种切口，基本上包括了颈部手术的切口。但在临床实际工作当中，肯定会有个别情况需作某些改良或设计更适当的切口，例如放射治疗后，可将切口改良，以便切除严重放射性损伤的皮肤，加速切口愈合。