



医患对话

鼻部恶性肿瘤





明明白白看病·医患对话丛书

医患对话

鼻部恶性肿瘤

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室

组织编写

科学普及出版社

·北京·

图书在版编目(CIP)数据

医患对话. 鼻部恶性肿瘤/段乃超, 张燕, 朱庆文编著. —北京: 科学普及出版社, 2003. 7

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05767-4

I. 医... II. ①段...②张...③朱... III. 鼻病: 癌-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 053987 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话:62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

*

开本:787 毫米×1092 毫米 1/32 印张:1 字数:22 千字

2003 年 7 月第 1 版 2003 年 7 月第 1 次印刷

印数:1~5000 册 定价:3.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主	问主	曹荣桂	迟宝兰	李士			
副主	任主	于宗河	赵淳	武广华			
主编	任编	陈春林	李恩	刘建新	宋光耀		
副主	编主	于宗河	宋派义				
委	员	李慎廉	(按姓氏笔画排序)				
		于宗河	王正义	王西成	王固兴	王继法	
		马番宏	叶任高	孙建德	朱耀明	刘玉成	
		刘世培	刘兵	刘学光	刘运祥	刘建新	
		刘冠贤	刘湘彬	许风	江观玉	李玉光	
		李连荣	李金福	李恩	李继光	李道章	
		李慎廉	李镜波	杜永成	苏汝好	杨秉辉	
		陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋述博	
		宋宣	宋振义	张阳德	欧石生	苗志敏	
		范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森	
		郎鸿志	姜恒丽	赵升阳	赵建成	赵岩	
		贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高建	
		寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建	
		曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧立	谌建	
		韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	戴建	
		段乃超	张燕	朱庆文			
		胡永洁					

本册编辑
特约编辑

策划 许英 林培
责任校对 韩玲

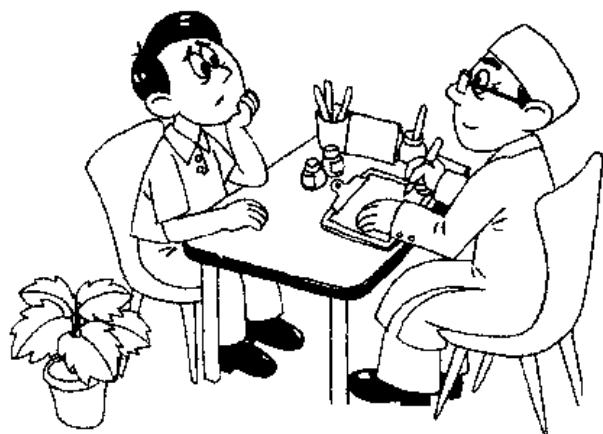
责任编辑 高纺云
责任印制 王沛



鼻及鼻窦恶性肿瘤是怎么回事？

医患对话

鼻部恶性肿瘤



● 鼻及鼻窦的解剖结构与功能是怎样的

鼻子是呼吸的门户，也是嗅觉器官，位于颜面部正中。由外鼻、鼻腔和鼻窦三部分构成。

▲ 外鼻

突出于面部，形状如三边锥体，由骨和软骨作支架，外覆以皮肤及软组织，皮肤以及皮下组织的肿瘤可以发生于此。

▲ 鼻腔

鼻腔也就是人们所说的“鼻子眼儿”，由前鼻孔起，至后鼻孔止，向后通鼻咽部，鼻腔底长约7厘米。鼻腔不似人们一般想像的是个圆形的管道，而是一个形态极为复杂的管道（如图1）。

鼻腔包括鼻前庭和固有鼻腔两

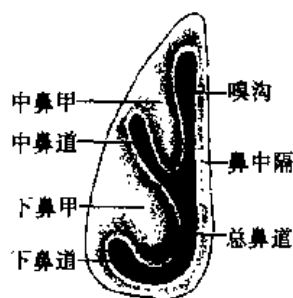


图1 右侧鼻腔



部分。固有鼻腔也就是医生们常说的鼻腔；自前鼻孔向里约1厘米范围由皮肤覆盖的部分，称为鼻前庭，有鼻毛、皮脂腺、汗腺，此处可以发生和外鼻一样的肿瘤。鼻前庭与固有鼻腔交界处称为鼻域，从此处皮肤向里转变为黏膜。鼻腔表面都是黏膜结构，分为呼吸区黏膜和嗅区黏膜，属于假复层柱状纤毛上皮，由鼻中隔分隔为左右鼻腔，各有四壁。

△内侧壁。为鼻中隔，由筛骨垂直板、鼻中隔软骨及犁骨为支架，外覆骨膜及黏膜。

△外侧壁。是鼻腔的重要部分，自上而下有三个弯曲的骨性突起，包绕有黏膜下组织及黏膜，分别称为上鼻甲、中鼻甲和下鼻甲。在各鼻甲的下方各有一缝隙，分别称为上鼻道、中鼻道和下鼻道（如图2）。

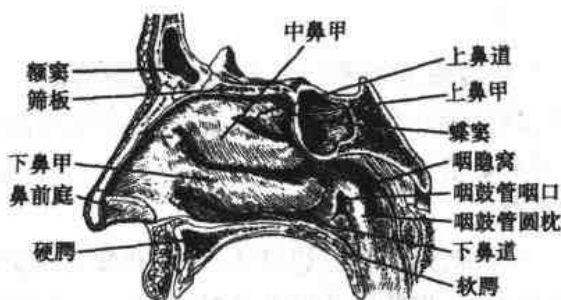


图2 鼻腔外侧壁

上鼻道有后组筛窦的开口，中鼻道有额窦、前组筛窦和上颌窦的开口，下鼻道的前部有鼻泪管的开口，泪液经此流至鼻腔。中鼻甲游离缘水平以上与鼻中隔之间的缝隙称嗅裂，此部黏膜约占鼻腔黏膜面积的1/3，含有嗅细胞。嗅裂的下方称为呼吸区，此部黏膜约占鼻腔黏膜面积的2/3，黏膜内有丰富的腺体及杯状细胞，黏膜下有许多静脉丛组成的海绵状组织，尤其在下鼻甲内侧面及游离缘、中鼻甲游离缘及后



端,这种组织特别发达,对调节鼻腔的生理功能,起着非常重要的作用,也就是说它的收缩与舒张,最明显的结果就是鼻子通气与否。

△上壁。或称顶壁,主要由筛骨的水平板构成,借此与前颅窝相隔,此部骨质薄,并有许多小孔,有嗅神经丝穿过。故极易骨折并导致嗅觉异常,而且病变易经此扩散至颅内。

△下壁。又称底壁,分隔口腔与鼻腔,由上颌骨腭突及腭骨水平板构成。

▲ 鼻窦

是位于鼻腔周围颅面骨中的一些含气空腔,腔内覆以假复层柱状纤毛黏膜上皮,各有开口与鼻腔相连通。鼻窦共有4对,依照其所在的同名骨命名:上颌窦、筛窦、额窦和蝶窦。按照各个鼻窦窦口的位置,又可将其分为前、后两组。前组包括额窦、前组筛窦及上颌窦,窦口均开在中鼻道;后组由后组筛窦和蝶窦组成,前者窦口开在上鼻道,后者窦口开在蝶筛隐窝。鼻窦在面部的位置如图3。

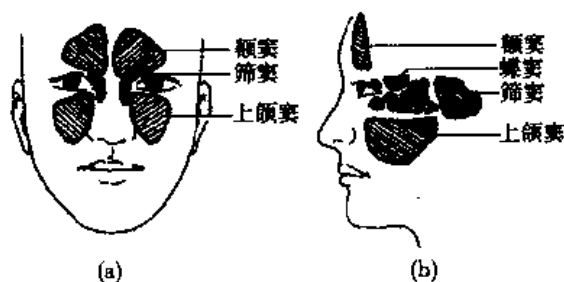


图3 鼻窦的面部投影

(a) 正面观 (b) 侧面观

● 鼻腔及鼻窦的功能是什么

鼻及鼻窦有呼吸、嗅觉、反射和共鸣的功能。鼻腔为呼吸



道的门户,对吸入的空气有调温、湿润及清洁的作用,外界空气通过鼻腔到达鼻咽部时,几乎达到无菌状态;当带有嗅微粒的气流通过鼻腔的上1/3部(嗅区)时,嗅微粒溶解于嗅腺分泌的液体中,刺激神经末梢而传导至大脑皮层嗅中枢,产生嗅觉;由于鼻腔内神经分布十分丰富,对体内和外界环境的变化反应极为灵敏,导致鼻腔黏膜血管反射性收缩和扩张,刺激物接触鼻腔黏膜后,可引起喷嚏反射和腺体分泌增加,借强大的呼出气流及分泌物的冲刷将刺激物排出;鼻腔和鼻窦对声音有共鸣作用,如鼻阻塞则失去共鸣,发音时呈“闭塞性鼻音”,当软腭麻痹或有腭裂时,鼻咽部不能闭合,发声时呈“开放性鼻音”。

对于鼻窦的生理功能,尚未明了,目前认为鼻窦主要为一共鸣腔,也有加温调湿的辅助作用;也有人认为鼻窦可以减轻颅骨的重量,并且缓解外力对颅脑的打击力量,从而减轻颅脑损伤。

● 什么是鼻及鼻窦恶性肿瘤

是指发生在外鼻、鼻腔及鼻窦的恶性肿瘤,据统计鼻及鼻窦恶性肿瘤占头颈部恶性肿瘤的第三位。其中癌多于肉瘤,男女发病率之比为1.5~3:1。癌发病年龄多在40岁以上。肉瘤常发生于青少年。

● 鼻及鼻窦恶性肿瘤是怎样得的

目前对鼻部恶性肿瘤的病因不十分清楚,可能与下列情况有关。

△长期炎性刺激。绝大部分鼻窦癌的病人,都有长期鼻炎、鼻窦炎史,长期炎症刺激可使鼻黏膜的假复层柱状上皮鳞状化生,进而发生癌变。

△外伤史。鼻窦肉瘤病人常有颅面部外伤史,而且伤情



较重。

△长期接触致癌物质。如铬、镍、砷及其化合物、木屑等，实验研究已经证明，长期吸入上述物质，均可诱发癌变。

△长期接触放射性物质。

△良性肿瘤恶性病变。鼻息肉、内翻性乳头状瘤、混合瘤及鼻硬结病等，可以发生癌变。

△身体其他部位的转移癌。

● 得了鼻部恶性肿瘤有哪些表现

鼻部恶性肿瘤因发生部位不同，而表现不一，分别叙述如下。

▲ 外鼻恶性肿瘤

大多数为原发，年龄多在40岁以上，以基底细胞癌最常见，鳞状细胞癌次之。由于外鼻恶性肿瘤多为皮肤癌，恶性程度低，发展缓慢，极易早期发现，可得到早期治疗，预后一般较好。现将几种常见的恶性肿瘤简介如下。

△基底细胞癌。病程长，生长极缓慢。初起为无痛而稍硬的淡黄色小结节，表面有皮屑，逐渐长大，中心发生溃烂形成浸润性浅溃疡，形如火山口样，拭净溃烂坏死物后，可有少量出血。肿瘤与健康皮肤界限明显，而且多无淋巴结转移。

△鳞状细胞癌。发展较快，初期呈皮疣或乳头状，颜色暗红，其上可见扩张的毛细血管，很快表面破溃、易出血、疼痛；也可呈肉芽状或菜花状。肿瘤与健康皮肤界限不十分清晰，常表现皮肤表面正常，但皮下已经有瘤细胞浸润，可向耳前、颌下淋巴结转移。

▲ 鼻腔及鼻窦恶性肿瘤

原发于鼻腔的恶性肿瘤比较少见，多由外鼻、鼻窦、鼻咽部的恶性肿瘤直接扩散而来。癌多于肉瘤，约占恶性肿瘤的



80%~90%，以鳞癌最多见，好发于上颌窦，其次为筛窦。鼻窦的解剖位置较为隐蔽，肿瘤发生后，早期症状少，而且常伴有慢性炎症，故难以引起重视，从而延误了早期诊治的机会，所以，病人若有下列症状应引起足够的重视。

△单侧涕中带血。一侧鼻腔分泌物中经常带血或少量鼻出血，个别病人也可发生较多量的出血。初期鼻出血的次数和出血量可能很少，以后渐次增多。有时鼻内有特殊臭味（有人称之为“癌肿气味”），别人也可闻到，这种情况更应引起高度重视。鼻出血在鼻腔恶性肿瘤多为早期症状，在鼻窦恶性肿瘤则可能已是中晚期。

出血的原因多数是因为：肿瘤表面有溃烂、感染；瘤组织侵蚀小血管；若肿瘤破坏较大的血管，则可引发致命性大出血。

△渐进性鼻塞。是鼻腔恶性肿瘤的早期症状，而在鼻窦恶性肿瘤，则属晚期症状。鼻塞出现的早晚、轻重程度与肿瘤在鼻腔中的部位、鼻腔各壁受压移位的程度及有无继发感染有关。一般来讲，原发于鼻腔下部的肿瘤鼻塞发生最早；而原发于鼻腔上部和鼻窦的肿瘤，只有当肿瘤较大或压迫鼻腔各壁导致鼻腔狭窄时才发生鼻塞。开始时鼻塞多为单侧、间歇性，后来随着肿瘤的逐渐增大或感染坏死而使鼻腔通气度越来越差，鼻塞越来越重，最后成为持续性鼻塞。如果肿瘤侵犯到另外一侧鼻腔，或肿瘤体积增大将鼻中隔压向对侧，则有可能出现双侧鼻塞。个别病人因肿瘤巨大阻塞咽部，而合并呼吸困难。

△疼痛与麻木。鼻内痛、上牙痛、头痛、面颊部或上列牙齿麻木等可以是鼻部肿瘤，尤其是鼻窦肿瘤的早期症状之一。晚期因肿瘤侵犯眶内、颅底或翼腭窝时，常有难以忍受的



持续性头痛。疼痛的原因多是因为肿瘤侵犯神经所致,如:肿瘤位于上颌窦底部,压迫上齿槽神经或者侵犯了牙槽骨,致使病人常常牙疼,因而为此误拔牙者也不少见,往往拔牙后疼痛依旧,有时直到牙齿拔掉后的创面不愈合,甚至长出肿物后才意识到不是牙病。肿瘤位于上颌窦前壁,侵犯了眶下神经,而出现患侧面颊部及眶下区胀痛、麻木感,尤其是上唇及上列牙齿麻木感,对早期上颌窦癌有重要诊断意义。当肿瘤向后侵犯,穿破上颌窦后壁侵入翼腭窝时,可发生严重的“蝶腭神经痛”,出现患侧鼻根部、眶内、面颊部和上牙针刺样或钻刺样疼痛,并向耳部、颞部放射,还有张口困难等。

△眼部症状。当肿瘤压迫泪囊、鼻泪管时,泪道不通畅或阻塞而流泪;筛窦、蝶窦、上颌窦和额窦的肿瘤都可以压迫眼球使之移位,也可侵犯眼球周围的肌肉,造成眼球运动受限,出现眼球突出、复视(视物重影或成双),若为蝶窦或后组筛窦的肿瘤,可以侵犯眶尖部,导致视神经受累而出现视力下降,甚至失明。这些症状常误导病人到眼科看病,而忽视了到鼻科就诊。

△其他。鼻及鼻窦肿瘤中晚期时,侵犯翼腭窝、颞下窝和颞窝时,可使司下颌运动的肌肉(翼内肌、翼外肌、咬肌和颞肌)受累,出现张口困难;当肿瘤处于晚期时,由于肿瘤的消耗和人体摄入、吸收的减少,出现恶液质表现:衰竭、贫血、消瘦面体重剧减、水及电解质平衡紊乱。

● 体征

▲鼻腔恶性肿瘤

△鼻腔肿块。大多数鼻腔恶性肿瘤都原发于鼻腔外侧壁,少数发生于鼻中隔、鼻前庭和鼻腔底部。进行前后鼻镜检查可发现:①肿块外观如菜花状、结节状、息肉状等,色红,基



底较广泛,边界不很清楚,触之极易出血,表面多伴有溃烂和坏死。②也有肿瘤表现同息肉一样,但是容易出血,尤其是中老年病人,应警惕。

△外鼻畸形。肿瘤长大常使外鼻隆起变形,一般以患侧明显,若肿瘤原发于鼻中隔或肿瘤侵犯破坏了中隔而侵入了另一侧鼻腔,致使整个外鼻隆起,形如蛙腹,称为“蛙型鼻”。

△侵入周围器官。侵入眼眶,造成眼球移位、活动受限、球结膜水肿、复视,甚至视力受损;侵入鼻窦,则出现相应鼻窦病变的表现;侵犯牙槽骨及腭部,出现牙齿松动、脱落,牙龈肿胀、隆起、溃疡等。

▲ 鼻窦恶性肿瘤

依照鼻窦恶性肿瘤的发生率高低,分别叙述。

△上颌窦恶性肿瘤。

1. 早期。早期因为肿瘤较小,常局限于窦腔的一部,可以有症状,但无体征。

2. 中晚期。肿瘤长大破坏骨壁,依其破坏方向而有不同表现。

(1) 向下。肿瘤累及牙槽骨和硬腭,出现:①上列牙齿主要是双尖牙、第一、第二磨牙叩击痛、松动或脱落。②牙龈肿胀、溃烂。③唇龈沟及硬腭饱满、隆起,触之变软。若肿瘤穿出,可出现瘻管或菜花状瘤组织长出。

(2) 向前。肿瘤冲破上颌窦前壁,出现面颊部肿胀、隆起变形,可以摸到皮下有硬、不移动、无痛性肿块,重者肿瘤冲破皮肤。

(3) 向上。侵入眼眶,则眶下缘可能隆起、或骨质缺损,用手同时触摸两侧进行对比,可以早期发现并加以鉴别;眼球突出、球结膜水肿、眼球活动受限及视力减退等,都是眼眶



受累较晚期的表现。

(4) 向后。侵入翼腭窝和颞下窝,有张口困难。

△筛窦恶性肿瘤。

1. 早期。因为肿瘤局限于筛房内,可以出现鼻腔分泌物中混有血液或鼻出血;病变稍一扩展则可有:嗅觉减退或缺失,鼻腔顶部饱满、下垂、塌陷,中鼻甲向下、内方移位,中鼻道或嗅裂有血迹,甚至可以发现中鼻道有肉芽状肿物突出,触之易出血。

2. 中晚期。肿瘤向周围生长,侵入眼眶;出现眼球向外下方移位、突出、复视、上睑下垂、视力减退、流泪。眼眶内角触摸到无痛性隆起,甚至穿破皮肤;向下侵入鼻腔后,可以见到鼻腔上半有暗红色、结节状、菜花状、乳头状或息肉状肿物;向上可侵入颅内,出现脑神经受累的表现,尤以第I-VI脑神经容易出现麻痹,有感染时可出现脑膜炎、脑脓肿的相应表现。

△额窦恶性肿瘤。原发性或继发性额窦恶性肿瘤均非常少见。

1. 早期。除了偶有头痛、头晕外,常无其他表现。

2. 中晚期。肿瘤破坏窦壁后,才出现明显的症状和体征。向前、下方向侵犯,有前额部及眼眶内上角饱满、隆起,可触及骨质缺损、无痛性肿块。眼球向前下外方移位、突出,向上和向内活动受限。鼻腔上部可以见到息肉样或肉芽样新生物,多数伴有血性分泌物。肿瘤向后侵入颅内,可有发热、颈项强直等脑膜刺激征。

△蝶窦恶性肿瘤。原发蝶窦恶性肿瘤十分罕见。

颈部淋巴结肿大。鼻及鼻窦恶性肿瘤发生淋巴结转移较晚,一般在晚期出现,常在同侧颈部出现单个或多个无痛性肿块,逐渐增大,并可互相融合,重者在对侧颈部也可出现淋巴转移。



诊断鼻部恶性肿瘤需要做哪些检查？



● 基本检查方法

▲ 鼻镜检查

鼻镜有前鼻镜、后鼻镜之分。检查时病人取坐位，医生用前鼻镜撑开鼻孔，观察鼻腔黏膜是否充血、光滑，鼻道有无血迹、新生物，鼻甲有无移位；后鼻镜也称为鼻咽镜，检查时病人张大口，用鼻平静呼吸，压舌后将鼻咽镜放在咽部，利用镜面的反射观察后鼻孔、鼻咽部，尤其是咽鼓管咽口是否正常。

▲ 鼻内窥镜检查

病人坐位或仰卧位，鼻腔黏膜用表面麻醉剂及血管收缩剂麻醉收敛后，用纤维鼻咽喉镜或硬性鼻内窥镜深入鼻腔进行检查，观察肿瘤原发部位、大小、形状及各个鼻窦开口的情



况。对于上颌窦、额窦和蝶窦,可以用内窥镜伸入窦腔内进行检查、照相、打印图片及咬取病变组织进行病理检查,筛窦内不能进行内窥镜检查。

▲ 鼻部 X 线检查

包括X线平片、断层片及鼻窦碘油造影。X线平片广泛应用于初步筛查与诊断,断层片对早期可疑病例的诊断有帮助。鼻窦造影一般用于上颌窦,需行上颌窦穿刺,而且造影剂易引起过敏反应,近年来已很少应用。

▲ CT 与 MRI 检查

CT扫描能更加全面、准确地显示肿瘤及其向周围侵犯的情况,目前已经成为常规检查手段。MRI(磁共振成像)不能观察肿瘤侵犯骨质的情况,但能很好地显示颅内、眶内或翼腭窝软组织受累的情况,并能显示较大的血管与肿瘤的关系。

▲ 活体组织学检查

活检是确诊肿瘤性质的最终的、必需的方法,必要时应该多次、多部位反复采取标本进行检查。方法:在局部黏膜表面喷布1%丁卡因或者2%利多卡因,数分钟后用粗针刺入肿物后回吸,将瘤组织吸入针头内,或从鼻腔咬取肿物,或者进行上颌窦、筛窦穿刺取活检。一般来讲,活检无痛苦,活检部位的出血或者渗血,用棉球或者纱条压迫即可。对颈部淋巴结肿大,临床上有怀疑时,可以进行穿刺针吸或者手术切开进行活检,以利于确诊。

▲ 细胞学检查

脱落细胞学检查法是一种简便、迅速的病理诊断方法,采取病人的鼻腔分泌物、上颌窦穿刺冲洗回液等,经过离心、涂片,常可以发现异常细胞。缺点是不能确定肿瘤的组织类



型,而且有假阳性或假阴性。

▲ 手术探查

对诊断特别困难、多次活检阴性、但是临床上又高度怀疑的病例,可以进行手术探查,手术中结合冰冻切片病理检查,有利于确诊。

● 可选检查方法

▲ 同位素扫描

早期上颌窦癌与慢性上颌窦炎的鉴别比较困难,临床表现有较多相似之处,X线检查(平片、CT)鉴别不易。镓-67在肿瘤与炎症组织中的积聚率不同,故可用于鉴别。

方法:静脉注入2毫升枸橼酸镓-67,48小时后做额位及侧位扫描,结果阳性者为恶性肿瘤,阴性者为炎症。

▲ 超声波检查

用A型超声波检查上颌窦,探头频率为2.5兆赫。

方法:病人仰卧,面颊部涂以耦合剂,将探头平放在上颌窦区,紧贴皮肤上下左右移动,观察上颌窦波形,恶性肿瘤为在始波后出现较致密小波或丛波,呈衰减波形。

● 特殊检查方法

▲ 激光-血卟啉诊断

此项检查的基本原理是光敏化药物血卟啉衍生物容易被癌细胞吸收,并在胞浆内滞留较长时间,而正常细胞对其不吸收或吸收后迅速排出。利用此项特征,来诊断肿瘤。

皮试阴性者,按每千克体重5毫克血卟啉静脉注入,48~72小时后开始用激光辅照。观察时加棕黄色滤光片将蓝紫光滤去,出现桔红色荧光为阳性;粉红色光为弱阳性或可疑;白色光为阴性。上颌窦癌为强阳性反应。



▲ 上颌窦黏膜 DNA 诊断

脱氧核糖核酸 (DNA) 为基因载体——染色体的构成要素,与细胞的分化、形状、恶变程度有密切的关系。上颌窦黏膜上皮细胞核内DNA量的改变,是诊断上颌窦癌的有力证据。

方法:先行上颌窦穿刺分别采取正常黏膜和病变黏膜,用显微分光光度计先测定正常组织的DNA含量,求出一个正常平均值,再测定病变组织的DNA含量。测出结果,标出平均值及标准差,比较其DNA含量。正常上颌窦黏膜细胞DNA值分布于低2倍体~低3倍体,而上颌窦癌细胞DNA值分布于低2倍体~低5倍体,DNA含量明显高于正常。

● 鼻部恶性肿瘤的诊断与鉴别

▲ 诊断

△外鼻、鼻腔及鼻窦恶性肿瘤依靠病史、检查及局部活检即可确诊。

▲ 鉴别诊断

△鼻及鼻窦囊肿。多为青年人,病程发展缓慢,常无症状,大多数人在查体或无意中发现,囊肿巨大时可有局部压迫症状,甚至颜面部变形、眼球移位等。检查可见皮下或黏膜下半球形隆起,边界清晰,表面光滑,不易出血,触之有囊性感;X线检查显示低密度液性病变,常无骨质破坏;穿刺可抽出液体。

△鼻窦良性出血性肿物。包括血管瘤、乳头状瘤、出血坏死性息肉、动脉瘤样骨囊肿等。此类疾病的共同点为:反复鼻出血,而且量较多;鼻腔或窦腔可见到新生物;X线显示少有骨质破坏或骨质破坏局限于上颌窦内侧壁;病理检查可以确诊。

△鼻窦真菌病。病人出现鼻塞、流脓涕、涕中带血;面颊