

# 成人颈部非甲状腺肿块77例临床分析

李向农

(附属医院普外科)

**提要** 收集成人颈部非甲状腺肿块77例, 并就其临床特征进行分析。本组病例术前误诊率27%, 术前针吸细胞学检查误诊率38%。对误诊原因及对策作了较详细讨论。鉴于针吸细胞学检查的正确率低, 作者认为在临床诊断中不宜过分依赖其检查结果。

**关键词** 颈部; 非甲状腺肿块; 针吸细胞学; 诊断; 成人

颈部非甲状腺肿块在临床上甚为常见, 但因颈部解剖结构复杂, 肿块的组织来源繁多, 易发生误诊误治。本文收集我科1982~1990年间确诊的成人颈部非甲状腺肿块77例, 现就其临床特征分析如下。

## 1 临床资料

我科1982~1990年因颈部非甲状腺肿块住院治疗的成人患者共82例, 其中无病理或其它方法未能确诊者5例, 确诊者77例。

1.1 性别、年龄 77例中男46例(60%), 女31例(40%), 男女之比约为1.5:1。在先天性和肿瘤性肿块中, 男性分别占72%(26例)和56%(20例), 但炎性肿块则全部为女性。本组年龄最小15岁, 最大71岁, 平均35岁。先天性、肿瘤性和炎性肿块的平均年龄分别为31岁、41岁和37岁。

1.2 病种 多达14种。包括淋巴管瘤16例, 甲状腺舌管囊肿(瘻)13例, 脂肪瘤8例, 血管瘤8例, 神经鞘瘤或神经纤维瘤7例, 鳃裂囊肿(瘻)5例。腮腺混合瘤4例, 转移瘤4例, 结核性淋巴结炎4例, 急、慢性淋巴结炎3例, 淋巴细胞肉瘤2例, 皮肤纤维瘤、皮样囊肿和颈动脉瘤各1例。

1.3 病程 最短3d, 最长27a。先天性肿块、肿瘤性肿块和结核性淋巴结炎的平均病程分别为4.83a、4.85a和7a。

1.4 肿块位置及大小 左侧者33例(43%) 右侧者29例(38%), 中线位置15例(19%)。

中线位置者绝大多数为甲状腺舌管囊肿或瘻(13例)。肿块直径<3cm 26例, 3~5cm 35例, 5~10cm 14例, >10cm 2例。

1.5 误诊情况 术前误诊21例, 误诊率27%。术前39例作过针吸细胞学检查, 误诊15例, 误诊率38%。

## 2 讨论

2.1 诊断 本组病例术前误诊率为27%, 针吸细胞学检查的误诊率也高达38%。因此如何提高颈部非甲状腺肿块的诊断水平是一个值得重视的问题。

颈部非甲状腺肿块可分为3类: 肿瘤性、炎症性、先天性和其它疾病。一般认为肿瘤性肿块约占80%, 炎症和先天性肿块各约占10%<sup>[1]</sup>。本组资料结果与上述有所不同, 先天性、肿瘤性、炎症性肿块分别占47%、44%和9%。若以病种计算, 则以淋巴管瘤(21%)、甲状腺舌管囊肿或瘻(17%)、脂肪瘤(10%)、血管瘤(10%)等4种肿块较常见, 约占本组的60%。

颈部非甲状腺肿块虽种类繁多, 但某些肿块常有其特定的发生部位, 如颈正中的先天性病变最多见的是甲状腺舌管囊肿或瘻。临床上医生若能熟知颈部解剖及各区域内的常见肿块, 则对作出正确诊断大有裨益。诊断困难时可借助于针吸细胞学检查或B超、X线等检查, 但对其结果应结合临床作具体分析。分析本组术前误诊原因, 主要由于;

①病史了解不详；②对不同肿块的特点及好发部位不够熟悉；③过分依赖针吸细胞学检查结果。

2.2 针吸细胞学检查的价值 针吸细胞学检查对颈部非甲状腺肿块的诊断率较低，本组为62%。①颈部非甲状腺肿块组织来源繁多，而针吸取得的细胞量少，不易见到组织结构；②肿块发生某种继发性改变，导致误诊；③针吸技术或制片质量；④经验不足。阅片医师对恶性肿块的判断力较好，而对良性肿块则较差，鉴于针吸细胞学检查对颈部非甲状腺肿块的正确诊断率低，目前其价值仅供参考。

### 2.3 几种容易误诊的肿块分析

2.3.1 淋巴管瘤 该瘤多见于小儿<sup>[3]</sup>，发生于成人者报道很少。但本组中淋巴管瘤19例，与我院同期住院治疗的小儿颈部淋巴管瘤的例数相当（17例）<sup>[4]</sup>，可见发生于成人者并不少见。淋巴管瘤的临床特征是颈后三角、锁骨上方有一囊性无痛肿块，透光试验阳性，不易被压缩。但当其发生囊内出血或感染时，则可造成诊断上的困难。本组术前误诊的3例，1例误诊为血管瘤，2例误诊为皮脂腺囊肿继发感染，皆因上述原因所致。

2.3.2 鳃裂囊肿和瘻 本组共5例占6%。其中4例为第2鳃裂囊肿，1例为第2鳃裂瘻。术前误诊3例（2例误诊为淋巴管瘤，1例误诊为粘液囊肿）。5例针吸细胞学检查均误诊（误诊为皮脂腺囊肿3例，淋巴管瘤和粘液囊肿各1例）。本病误诊率高的原因，主要是临床医师对该病的临床特征缺乏了解。临床上以第2鳃裂囊肿和瘻较多见。囊肿位于颈侧上部，舌骨水平。形成瘻后，外口位于胸锁乳突肌上 $\frac{1}{3}$ 前缘。因此对于上述部位的囊肿或瘻应想到本病的可能。对于形成瘻者，可行瘻管造影，不但有助于确诊，且能确定瘻管的行径和长度。

2.3.3 转移性肿瘤 多见于40岁以上男性，且原发癌大多位于头颈部<sup>[1\*5]</sup>。本组4例中原发癌为鼻咽癌3例，肺癌1例。误诊为纤维瘤2例。误诊的主要原因是颈部无痛性较硬肿块缺乏警惕性。一般原发癌位于头颈部者，转移癌的部位主要在枕三角；原发癌在胸腹腔者，转移癌的部位主要在锁骨上三角<sup>[6]</sup>。因此，作者认为中年男性患者如若在上述部位出现质地较硬之肿块，均应高度怀疑为转移癌，应作针吸细胞学检查以及鼻咽部、肺、消化道等检查，直至能排除为止。

## 参 考 文 献

- 1 苟亮家摘译. 颈部非甲状腺肿块. 国外医学·外科学分册, 1985, 12(4): 231
- 2 任泽强, 路逢阳, 冯德祥. 甲状腺肿块针吸细胞学检查256例分析. 徐州医学院学报, 1991, 11(3): 226
- 3 Seashore JH, Cardiner LJ, Ariyan S. Management of giant cystic hygromas in infants. *Am J Surg*, 1985, 149: 459
- 4 李明磊, 孔燕, 靳振怀. 小儿颈部淋巴管瘤的手术治疗. 徐州医学院学报, 1991, 11(3): 206
- 5 Coker DD, Casterline PF, Chambers RG, et al. Metastases to lymph nodes of the head and neck from an unknown primary site. *Am J Surg*, 1977, 134: 517
- 6 沈康年, 陈利生. 180例颈部淋巴结转移癌临床分析. 实用外科杂志, 1989, 9(4): 190

(收稿: 1994-12-20 修回: 1995-05-27)

(本文编辑: 吴进)