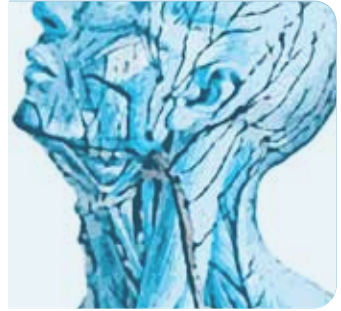




## 頭頸部腫塊的評估與鑑別診斷

陳雅鈴 陳昭源 林忠順



### 前言

頭頸部腫塊為在家醫科與耳鼻喉科門診常見的主訴，除了影響外觀之外，若為一惡性病灶，恐有危害生命之虞。由於大部分的病人，一開始僅有單一的腫塊而無合併其他不舒服，常因此導致延誤就醫。對於惡性病灶的患者，更錯失了黃金治療時間。根據行政院衛生署最近公佈癌症登記資料顯示，台灣地區最近15年頭頸部癌症病例數增加了一倍，其中口腔癌與鼻咽癌位於前十大癌症內，而下咽癌又因為不易早期發現，五年內死亡率更高達八成以上。對於基層醫師，從預防醫學的角度來看，能夠儘早篩檢出有問題的頸部腫塊是一個重要課題。

### 評估

面對主訴有頭頸部腫塊的病患，臨床上初步可將這一群病人藉由詳細的病

林口長庚醫院 家庭醫學科

關鍵詞：neck mass lymphoma, nasopharyngeal cancer, head and neck cancer, B symptoms

史詢問及理學檢查略分為以下三類：1)先天性2)發炎性3)腫瘤性。如此可以幫助我們縮小鑑別診斷的範圍以便快速確立診斷。

### 1. 病史詢問

(1) 年紀與性別：在幫助診斷上具有重大影響的決定因子。

年紀：大部分學童或年輕人(年紀介於16-40歲)的頸部腫塊多為先天性或發炎性。然而對於頸部腫塊發生在一個40歲以上的病人，應考慮到腫瘤性，甚至是有潛在惡性腫瘤發生的機會。若病患合併有抽菸、喝酒、嚼食檳榔，將使惡性腫瘤發生的機會大大提高。統計顯示，嚼食檳榔者發生口腔癌的機率是一般人的28倍，而菸酒檳榔三者皆有使用者，罹患口腔癌的機率則較一般人高達123倍。

性別：男性比起女性而言，有較多人罹患鼻咽癌與口腔癌。

(2) 腫塊生長型態：

— 腫塊持續存在的時間達數月至數年，且過程中只有輕微變化者，多為良性腫塊（如：良性的唾液腺瘤、週邊神經髓鞘瘤）。



- 腫瘤短時間內快速變大，多為感染造成，或為快速生長的淋巴瘤。
- 腫瘤體積會隨時間波動，且當患者有上呼吸道感染時，腫塊會變大者，多為先天性囊腫。

(3) 伴隨症狀：

- 疼痛感：多與腫塊生長與擴大的速率有關，但也可能是導因於某些惡性腫瘤直接侵犯到神經所致。例如：只有2公分大的固定的唾液腺腫塊卻有疼痛感，應高度懷疑為惡性腫瘤。
- 若患者合併有聲音改變、沙啞、吞嚥困難或耳朵疼痛，潛在病因可能源於上呼吸/消化道的惡性腫瘤併有頸部淋巴結轉移。

(4) 其他相關重要病史：

- 各大系統回顧，如是否有發燒、夜間盜汗、體重減輕等 (B symptoms)，若有以上症狀，可高度懷疑有淋巴瘤。

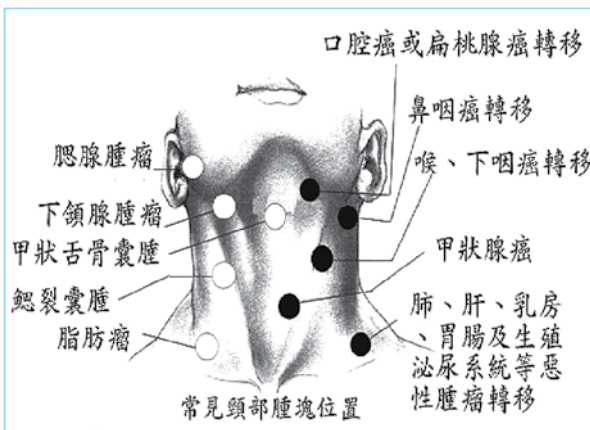
- 社交史包括菸酒、非法藥物（特別是靜脈注射）的使用，是否有愛滋病毒的感染等。職業史、動物接觸史、近期旅遊史等。

2. 理學檢查

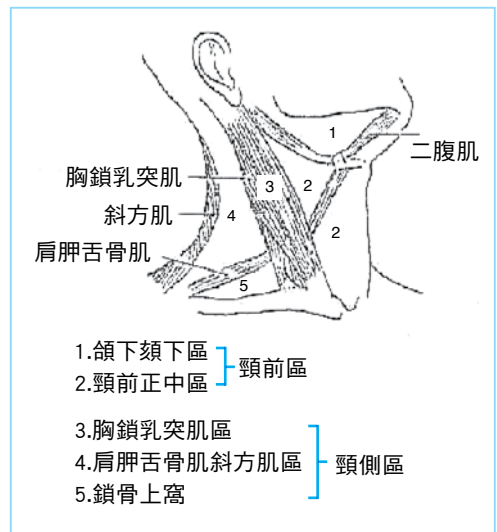
腫塊位置：

由於腫塊的位置對於鑑別診斷有決定性的影響，故頭頸部理學檢查為主要重點，臨床醫師應對頭頸部大體結構位置要夠熟悉。

- 介於耳前及下顎之間：多為唾液腺系統中的增生的唾腺或淋巴組織。
- 頸部中央：中央偏上半部者以甲狀腺囊腫居多；偏下半部者多為甲狀腺腫塊。也有可能為皮樣囊腫 (dermoid cyst)。
- 胸鎖乳突肌之前的三角區塊：對於成人而言，當腫大的淋巴結多好發



圖片來源：參考資料1



圖片來源：參考資料2



於這個位置時，可能表示有潛在惡性腫瘤。對於兒童青少年，先天性的腫塊，如第二對鰓裂囊腫多位於此，且持續到成年。

—胸鎖乳突肌之後的三角區塊：要高度懷疑為惡性腫瘤。根據一項針對4,768位鼻咽癌患者進行的調查研究顯示，其中有76%的患者，最初的症狀即為在後三角區的無痛性腫塊。

—鎖骨以上(supraclavicular)：特別是左邊，高度暗示從鎖骨以下的區域，如肺部、婦科、腸胃道來的惡性腫瘤的轉移。

#### 腫塊特性：

觸診頸部腫塊以感受其大小、型態、觸感、是否有壓痛感、固定與否、顏色，亦對鑑別診斷有所幫助。

##### —先天性：

- (1) 柔軟有彈性且可移動的腫塊，多為先天性囊腫。
- (2) 具波動性觸感或聽起來有雜音(bruit)的腫塊，多為血管性病灶。

##### —發炎性：

- (1) 反應性的淋巴結摸起來多為可分離並移動的，堅硬的，並有輕微的壓痛感。
- (2) 感染造成的淋巴結腫大常為單獨、不對稱性、有壓痛感且紅腫的腫塊。

##### —腫瘤性：

- (1) 良性：位於頸部外側，堅硬的腫塊，可左右移動而無法上下移動

時，多為包含頸動脈鞘的腫塊。如頸動脈體腫瘤、許旺細胞瘤。

- (2) 惡性：如石頭般堅硬，固定的腫塊，需高度懷疑為惡性腫瘤。若為惡性轉移的淋巴結多會黏著於其附屬的組織，通常無壓痛感。

##### —其他：

- (1) 體積快速增大的腫塊(時間為數天到數週)，多為感染相關或快速增長的淋巴瘤。
- (2) 位於頸部中線，且隨吞嚥時上升的腫塊，多為從甲狀腺組織生長而來，如甲狀腺腫瘤、甲狀舌骨囊腫。

#### 其他一般理學檢查：

##### —耳鼻喉：

- (1) 口腔及咽部黏膜的視診。
- (2) 單側漿液性積液應高度懷疑有鼻咽癌的可能性。需進一步用鼻咽纖維內視鏡檢查。

##### —皮膚：

- (1) 頭頸部皮膚外觀的檢查，以偵測潛在原發性皮膚惡性腫瘤，如：鱗狀細胞癌、黑色素瘤。
- (2) 全身性的皮膚紅疹，暗示可能為一般的病毒感染；若為局部的皮膚病灶，可能為一特異的感染疾病，如：貓抓病。

—腹部：檢查可能的肝脾腫大，或其他可能的腹部腫塊。

—神經學檢查：評估腦神經功能是否完整，若有神經學異常，應懷疑神經性腫瘤病灶的可能性。



### 3. 實驗室檢查

- (1) CBC/DC血球基本分析：為基本檢查。
- (2) ESR/CRP發炎指數：評估可能的系統性發炎/感染疾病。
- (3) Blood culture血液培養：對於發燒的病人，可檢查血液培養以偵測可能的菌血症。
- (4) EBV or CMV serology病毒血清學檢查：懷疑鼻咽癌或有廣泛性淋巴結病變時可作。
- (5) HIV serology 愛滋病毒檢驗：對於生活史、社交史有高度可能性感染愛滋病毒時，可做此項檢查。
- (6) Serology for T gondii(弓漿蟲)、Brucellosis(布氏桿菌病)、Bartonella(翰斯勒巴東氏菌)(cat scratch fever)、tularemia(兔熱病)：病人有特異的疾病暴露史/動物接觸史時，可做以上檢測項目進一步檢查。
- (7) Tuberculin skin test 結核菌素皮膚測試：懷疑病人有結核菌的感染時可作。
- (8) antibodies to the Ro/SSA and La/SSB antigen. Ro與La 抗體檢測：病人有腮腺/頷下腺腫塊，且懷疑罹有修格倫症候群(乾燥症候群)時，可檢查此項抗體。

### 4. 影像學檢查

提供更詳盡的腫塊相關資訊，如：更明確的大體解剖位置、腫塊特性、鄰近被影響的組織、及潛在原發惡性腫瘤的

位置。

- (1) 電腦斷層：臨床上常使用，能精準定位腫塊大體位置及其相關鄰近組織，並且當有轉移性病灶存在時，可幫助找出原發惡性腫瘤來源。臨床上當病患決定要做進一步檢查時，打顯影劑的電腦斷層檢查為首選的影像學檢查。
- (2) 超音波：優點為低侵入性，即時可用，且可作為細針抽吸的引導工具。
- (3) 血管攝影、磁振造影、正子攝影：會診耳鼻喉科醫師後，可藉由這些檢查再進一步確認腫瘤性質，或在尋找原發位置不明的轉移癌時可使用。

### 5. 病理檢查

作為確立診斷大部分頭頸部腫塊病灶的必要步驟。

#### 細針抽吸 (Fine-Needle Aspiration, FNA)

執行方式以針頭插入腫塊抽吸細胞，立即染色，由病理專家判斷。抽取物除了可做細胞學檢查，也可進一步作分子生物醫學檢驗(polymerase chain reaction, PCR)。如：可以檢測是否有EBV感染，以推測罹患鼻咽癌的可能性。抽取物同時也可分析病人是否有HPV的感染，其與口咽部鱗狀上皮癌的發生有關。

缺點為只能提供液態細胞組織供細胞學檢驗，而無法評估細胞的組織結構型態。且通常得到的檢體量都太少以致無法再多做進一步免疫生化學檢驗。因此，細針抽吸多為初步診斷病灶的方法，但通常無法確定診斷。



### 核心細胞抽吸(Core-Needle Biopsy, CNB)

當細針抽吸無法得到明確診斷時，核心細針抽吸即為下一個處置的步驟。腫塊處局部麻醉後，輔以超音波或電腦斷層定位導引，執行粗針核心穿刺術取得檢體，預測性較FNA法高。

### 開放式切片

由於擔心在切片過程中，會有局部組織污染的情形，例如：若為鼻咽癌，將有可能因切片過程污染而造成腫瘤轉移(metastasis)，故在臨床上並不鼓勵常規執行。而若有執行的必要時，需先會診耳鼻喉科醫師後才能做。

## 鑑別診斷

依腫塊分類進行鑑別診斷。

### 先天性

通常自出生時就存在，但也可能發生在任何年紀的病人身上。好發年紀16-40歲，鑑別診斷如下：

- (1) 腮裂囊腫：多發生於兒童青少年時期。
- (2) 甲狀舌骨囊腫：位於頸部中線，多為無症狀，除非病患有上呼吸道感染合併囊腫感染。
- (3) 血管異常：血管腫瘤（血管瘤）、血管畸形。
- (4) 喉囊腫(laryngocele)

(5) 舌下囊腫、蛤蟆腫(ranula)

(6) 畸胎瘤

(7) 皮樣囊腫

(8) 胸腺囊腫(thymic cyst)

### 發炎性

分為感染性發炎病灶及非感染性發炎病灶，好發年紀16-40歲，鑑別診斷如下：

(1) 感染性發炎病灶：

(A) 病毒感染：為最常見病因。

-腺病毒

-鼻病毒

-腸病毒

-EBV病毒

-巨細胞病毒

(B) 細菌感染：

-金黃色葡萄球菌

-A型鏈球菌

-其他：如弓漿蟲感染、貓抓病等

(2) 非感染性發炎病灶：類肉瘤病、卡斯特雷曼氏症、川崎病。

### 腫瘤性

可分為良性與惡性，好發年紀40歲以上，鑑別診斷如下：

(1) 頭頸部癌症(原發性/轉移病灶)

(2) 甲狀腺腫瘤

(3) 唾腺腫瘤

(4) 副神經節瘤

(5) 許旺細胞瘤

(6) 淋巴瘤

(7) 脂肪瘤/良性皮膚囊腫



## 結語

面對頭頸部腫塊的患者，基層醫師應有詳細的病史詢問及理學檢查，若疑似為感染性的淋巴腺炎，臨床上可以再觀察一陣子或做血液檢驗，並先行嘗試投予抗生素治療。大部分病人的感染性腫塊會隨時間消退，或在接受藥物治療後，症狀獲得改善。若症狀持續，則應作進一步影像檢查，甚至是細針抽吸或切片檢查，以便確立診斷。腫塊位置，除了在鎖骨窩之外，大多數都與耳鼻喉有關，若病患經家庭醫師初步治療後沒有獲得改善，則須會診耳鼻喉科醫師。故基層醫師應對頭頸部腫塊的評估，有一基本的概念，並且應學習如何在眾多的頭頸部腫塊鑑別診斷之中，及早發現潛在如惡性腫瘤之重大問題，以期早期發現，早期治療。

## 參考資料

1. Kim YH, Kim BJ, Jang TY: Lymphoepithelial carcinoma of the nasal cavity mimicking juvenile angiofibroma. *Auris Nasus Larynx*.2011;41:749-55.
2. Garret MA, Parsa AT, Cheung SW: Posterior fossa mass with multiple cranial neuropathies. *J Clin Neurosci* 2011;23:1571.
3. Moubayed SP, Guertin L, Lambert C, Desrochers P, Nehmé J, Coulombe G: Successful treatment of anaplastic meningioma metastatic to cervical lymph nodes, *Head Neck* 2011;29:1.
4. Cooley ME, Wang Q, Johnson BE et al: Factors associated with smoking abstinence among smokers and recent-quitters with lung and head and neck cancer.*Lung Cancer*.2011;54:487-8.
5. Nayan S, Gupta MK, Sommer DD: Evaluating smoking cessation interventions and cessation rates in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *ISRN Onco* 2011;46:643-5.