

## 第五节 唾液腺肿瘤

- 唾液腺肿瘤的发病率较高，其中大唾液腺肿瘤约占除皮肤以外的良恶性肿瘤的5%，腮腺肿瘤的发生率最高；腮腺肿瘤良性占80%，颌下腺良性肿瘤占55%，舌下腺良性肿瘤仅占10%，小唾液腺良性肿瘤占40%；成人唾液腺肿瘤良性多，儿童唾液腺肿瘤恶性多。
- 组织类型：多数为上皮性肿瘤，少数来自于间叶组织

# 腮腺肿瘤

**临床表现：**80%以上位于腮腺浅叶，表现为耳垂下、耳前区腮腺后下部的肿块。良性肿瘤无面瘫症状，恶性肿瘤则可出现不同程度的面瘫症状，有的肿瘤可侵及皮肤，出现皮肤溃破。侵犯咬肌，常致张口受限。突向咽侧时，可表现为咽侧膨隆或软腭肿胀。

**诊断要点：**通过病史询问和望诊、触诊等检查

**辅助检查：**可选腮腺造影、B超、CT、穿刺、活检等

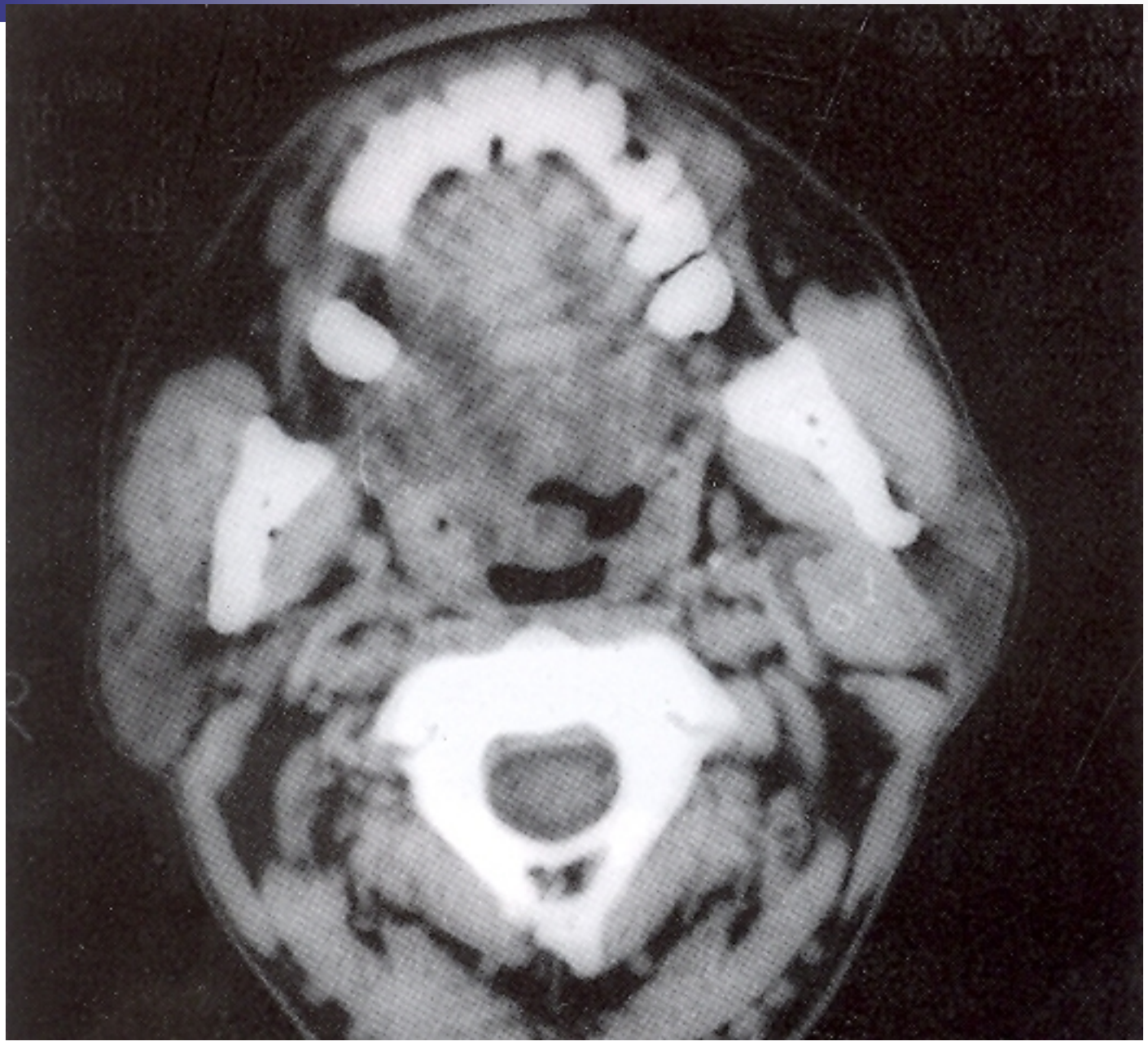
**临床表现：**良性肿瘤为生长缓慢的无痛性肿块，活动，无粘连，无功能障碍，表面光滑或呈结节状。恶性肿瘤为生长较快的肿块，疼痛，浸润性生长，与周围组织粘连，动度差，侵犯神经引起功能障碍。

**良性肿瘤恶变的指征：**近期内生长加速，肿块疼痛，肿块与周围组织粘连，动度差，表面皮肤破溃，出现神经症状（面瘫、舌痛及麻木、舌运动受限）

# 诊断

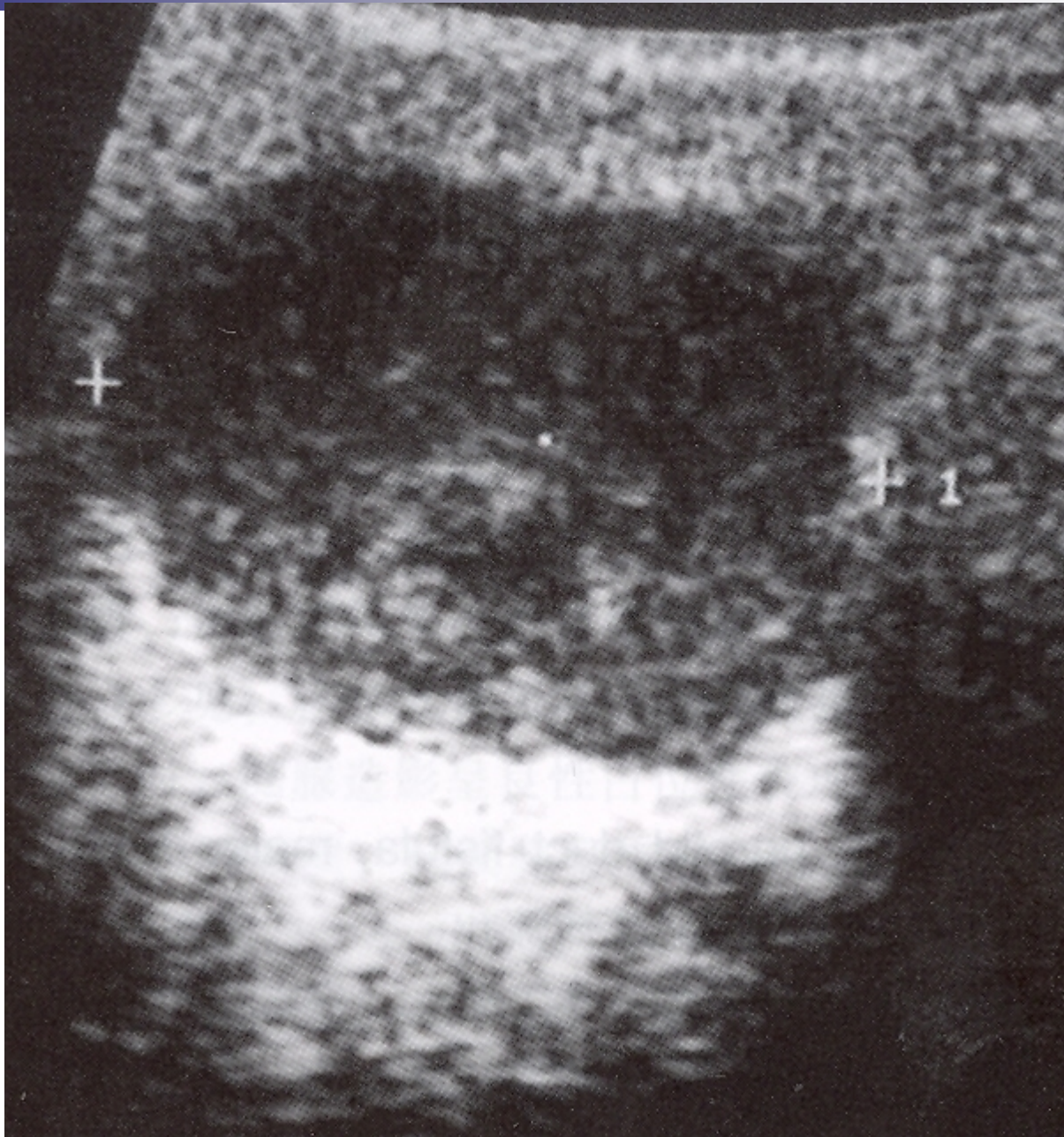
1、临床诊断：仔细询问病史

2、影像学诊断：B超用于判断有无占位性病变，肿瘤的大小及性质；CT用于肿瘤的定位，确定与神经血管的关系；唾液腺造影用于炎症及舍格伦综合症的诊断；锝99核素扫描用于腺淋巴瘤的诊断；磁共振用于判断肿瘤与神经血管的关系。

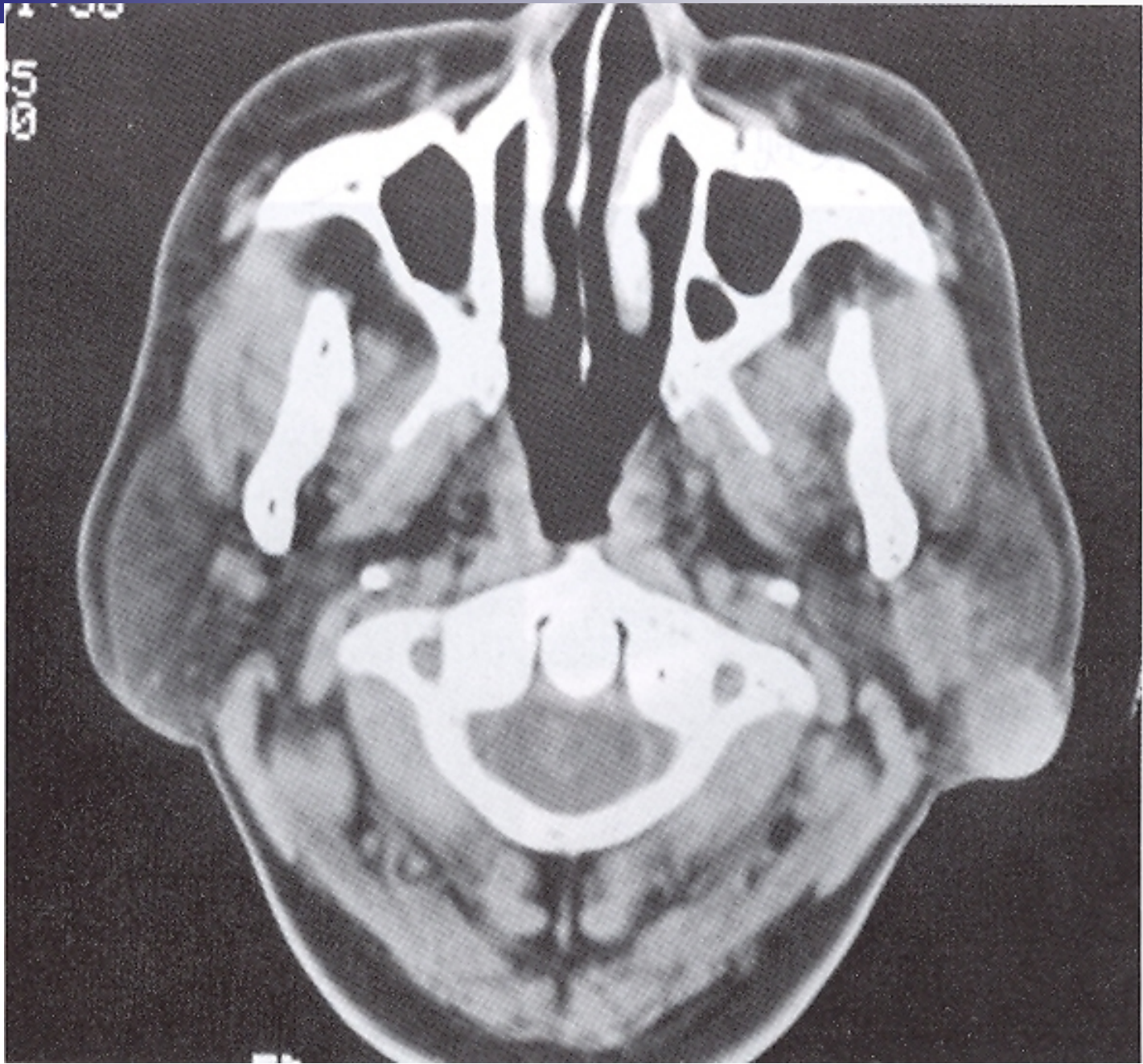




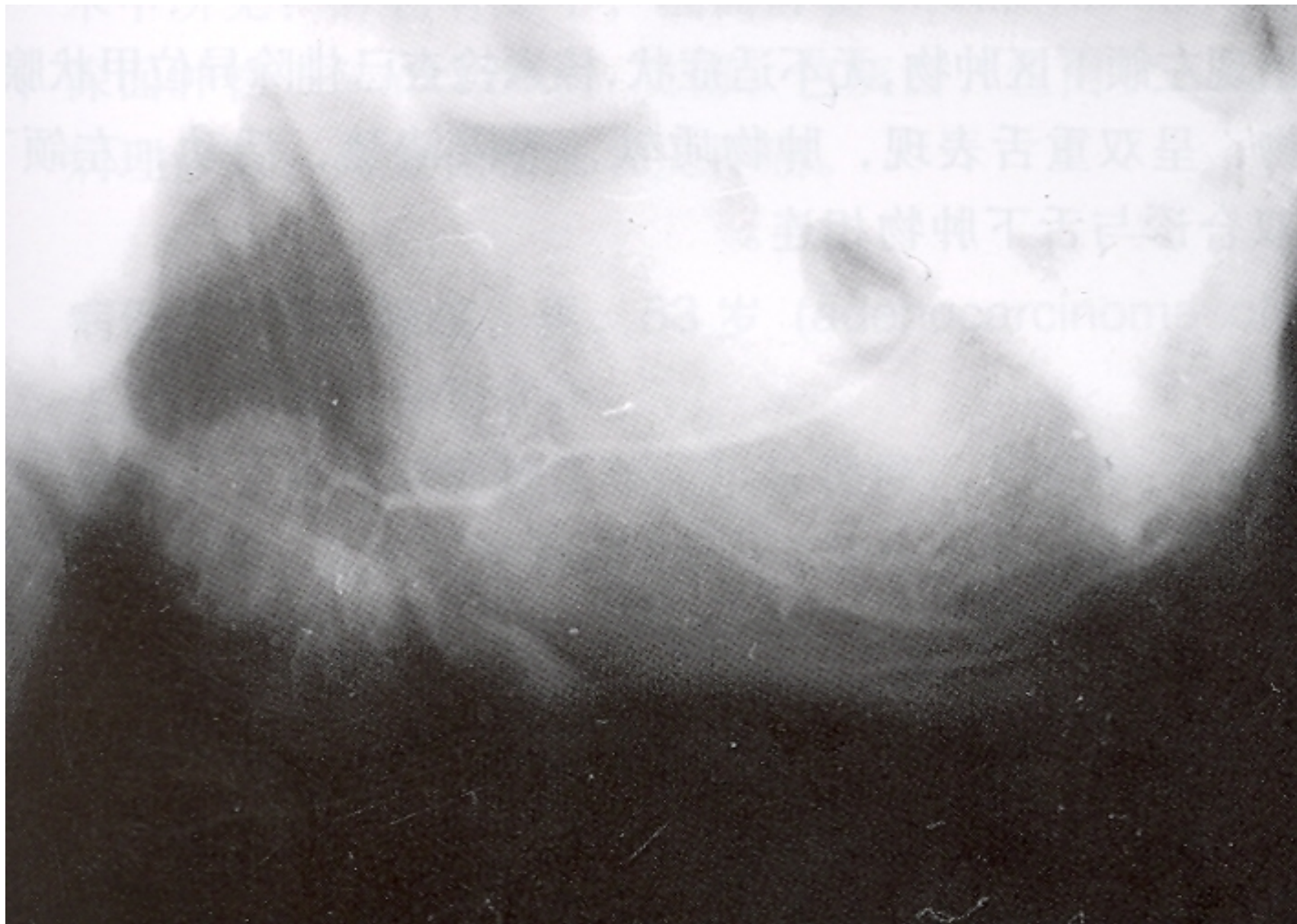












3、细针吸细胞学检查：用于确定肿物的性质

4、组织病理学诊断：

根据肿瘤的生物学行为分成：高度恶性肿瘤（低分化粘表、腺样囊性癌等）  
低度恶性肿瘤（腺泡细胞癌、高分化粘表等）  
中度恶性肿瘤（基底细胞腺癌、乳头状囊腺癌等）

## 治疗：

- 1、手术为主，肿瘤及腺叶切除术，神经解剖术
- 2、临床有颈淋巴结转移的行颈淋巴结清扫术，高度恶性肿瘤患者可行功能性颈淋巴结清扫术。
- 3、高度恶性肿瘤或肿瘤切除不彻底的，术后辅助放疗、化疗。



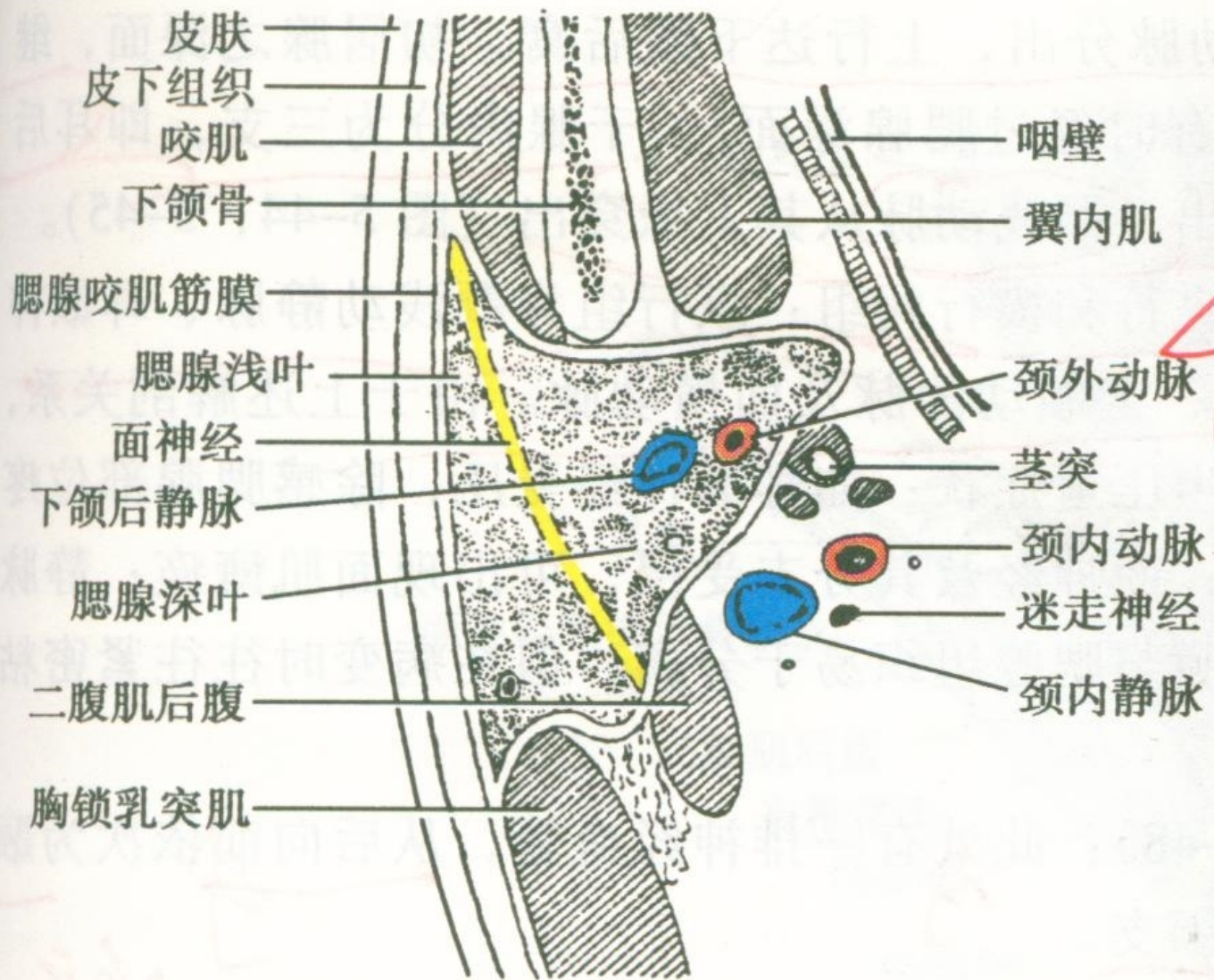


图 5-46 腮腺和面侧部横切面

**腮腺床：腮腺深面有颈内动静脉、舌咽神经、舌下神经、副神经、迷走神经，注意腮腺深叶肿瘤与上述结构的比邻关系。**

# 一、多形性腺瘤

- 由肿瘤性上皮组织、粘液样或软骨样间质组成
- 肿瘤易复发原因：
  - 1、肿瘤包膜不完整
  - 2、肿瘤的包膜与瘤体的粘着性较差，术中包膜易残留，肿瘤破溃，导致种植性复发



# 多形性腺瘤

## (一) 临床表现

1. 多见于**30-50岁**；女性多于男性。
2. 最好发于腮腺，其次为腭部小涎腺及颌下腺，其他部位如唇、舌等口腔粘膜涎腺较少见。舌下腺多形性腺瘤罕见。
3. 肿瘤生长缓慢，病程大多在**5—10年**之间，但也有长达**20—30年**。
4. 无自觉症状，可长期无明显变化，但可在短期内增大变快。
5. 恶变时可出现迅速增大，疼痛，肿块固定，或伴有面瘫，表面皮肤破溃等症状。

# 多形性腺瘤

## ■ (二) 体检

1. 肿瘤呈圆形，或卵圆形实质肿块，表面光滑，或是结节状，质中或偏硬，边界清楚，无粘连、活动。
2. 肿瘤大多在2—5cm直径大小，少数可小至仅数毫米，偶见有大达患者头颅大小者。
3. **B超，CT，MRI**和涎腺造影可作为辅助诊断。

# 多形性腺瘤





以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/006243012053010110>