

頸部淋巴結超音波導引下細針及粗針穿刺切片檢查

羅武嘉醫師 / 亞東紀念醫院 耳鼻喉暨頭頸部外科

頸部淋巴結腫塊為耳鼻喉頭頸外科常見之臨床表現，在不同年齡層有不同的病因組成，在孩童及青少年，以良性病灶最為常見，而成人頸部腫塊為惡性病灶之機率則相對增加，統計發現 40 歲以上的病人若出現頸部非疼痛性的大硬塊，高達 75% 是屬於惡性的腫塊，其中又有 75% 是源發於耳鼻喉區域的惡性腫瘤；處理的原則第一步是詳細的耳鼻喉科理學檢查，以排除耳鼻喉區域惡性腫瘤的可能性。如果沒有發現明顯的原發病灶，在進一步選擇影像評估工具時，往往以超音波檢查為首選，因其相較於電腦斷層檢查及核磁共振照影而言，有以下之優點，包括 (1) 可近性高，方便於診間環境及病房內使用；(2) 無放射線暴露之風險；(3) 不須注射靜脈顯影劑，減少過敏及顯影劑腎病變之發生；(4) 為一即時性 (real time) 影像，可針對相關之異常發現立即作出反應與評估；(5) 必要時，可輔以超音波導引下之細針穿刺切片檢查取得病灶檢體；以及 (6) 相對上，超音波檢查在醫療支出上較為低廉，經濟效益高。目前即時超音波導引進行穿刺檢查可以

用小於 21G 的細針穿刺進行細胞學檢查，或者是大於 20G 的粗針穿刺進行病理切片檢查。

超音波檢查

請病人平躺於檢查檯，肩膀下墊一枕頭，呈仰脖子的姿勢，頸部六個區域(level 1~6)，包括甲狀腺皆接受詳細的超音波檢查。檢查超音波儀器為高頻率的線型探頭，選用的探頭模式為甲狀腺模式(thyroid part)。針對腫大之淋巴結，先以灰階B-模(grayscale B-mode)詳細的評估腫大淋巴結的位置、數目、大小包括短軸(short axis)及長軸(long axis)、短軸/長軸比(short axis/long axis ratio)、邊界(margin)、腫塊內超音波回音性(echogenicity)、淋巴結門回音(echogenic hilum)及複合式彩色都卜勒 (color duplex) 下的血流分布型態等超音波特徵。

在鑑別是否為惡性病灶上，目前沒有單一的超音波影像特徵擁有足夠的敏感度及特異度可以作為診斷依據，惟有綜合評估多項超音波影像之特點 (例如：呈現圓形、低回音性及異質性、無高反射性淋巴結門回音、有不規則之邊界、

腫塊有中心性壞死表現、伴隨有網狀結構 (reticulation)、鈣化，以及在都卜勒超音波下呈現混亂之囊狀、週邊型或混合型之血流分布等)以協助鑑別腫塊之性質。此外，現亦有已建構之即時性超音波頭頸部淋巴結評分系統可協助臨床醫師檢查當下之判讀，如果懷疑有異常淋巴結腫，會與病患或家屬解釋，獲得知情同意，始進行進一步的超音波導引淋巴結腫穿刺切片檢查。

細針切片檢查

不需麻醉，超音波探頭套入一無菌套，皮膚以酒精棉片消毒後擠上無菌包裝之凝膠(jelly)，使用21~25G的細針在即時超音波的導引與定位(圖1A)下以free hand technique的方式經皮下穿刺抽取淋巴結組織樣本，以進行細胞學檢驗，穿刺所得之檢體則分為兩組玻片，一組靜置風乾固定，另一組則以95%酒精固定，穿刺完成後之部位以酒精棉片壓迫約15分鐘。細胞學檢驗染色包括劉氏染色(Liu stain)與柏氏染色(Papanicolaou stain)檢查細胞的內部細微結構。

粗針切片檢查

皮膚經過酒精碘酒棉球重複三次消毒後鋪上無菌之洞巾，預計下針處之皮下使用 27G 針頭局部注射 2% Lidocaine 1~2 毫升，其它之準備工作如同細針切片檢查。可以尖刀片切開皮膚約 2 mm 大

小傷口後以大於 20G 的切片針進行切片或不需要刀片切開直接以大於 20G 的切片針進行切片，該切片針可切下一小段之組織切面，因此在頸部腫塊的選擇上不適合太小的淋巴結 (至少須大於切片針切下之組織長度)。利用即時超音波的導

引(圖 1B)與定位針對同一顆頸部腫塊以 free hand technique 的方式進行三次的粗針切片取出三段的組織檢體送化驗，切片時確認切片範圍在頸部腫塊內始進行之，術後壓迫 30 分鐘觀察。

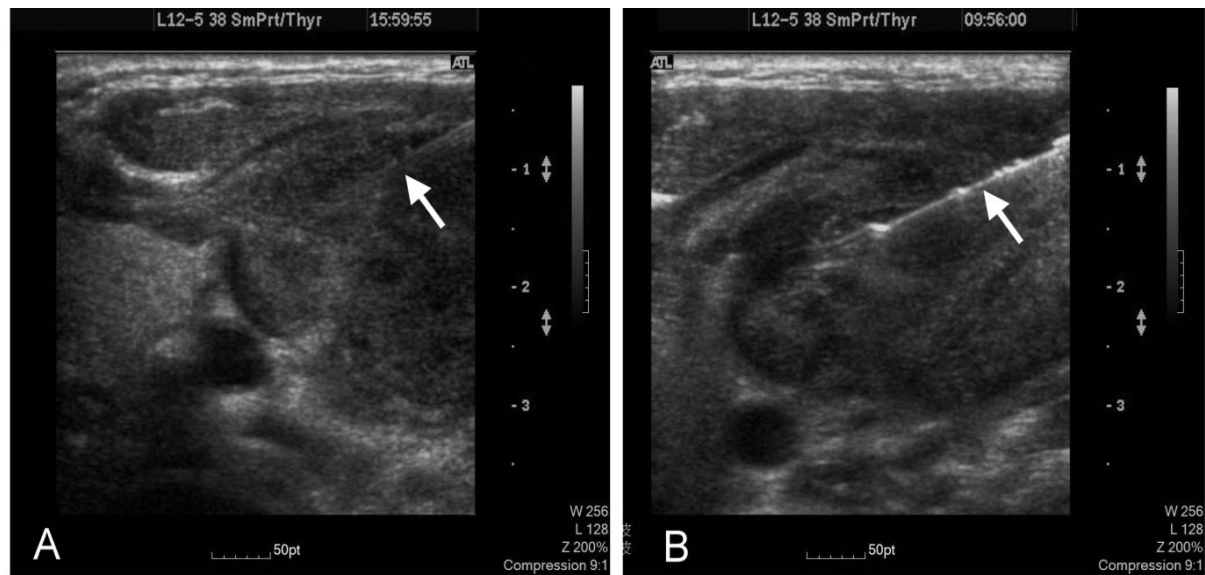


圖 1、超音波導引細針穿刺檢查(A)，可以目視針於淋巴結腫內(箭頭指處)；超音波導引粗針穿刺切片檢查(B)，可以目視切片針於淋巴結腫內(箭頭指處)。