

文章编号:1005-6947(2008)05-0426-03

· 甲状(旁)腺外科专题研究 ·

慢性淋巴细胞性甲状腺炎的鉴别诊断: 附 108 例报告

陈学东, 杨兴东

(解放军海军总医院 普通外科, 北京 100037)

摘要:目的 探讨慢性淋巴细胞性甲状腺炎(CLT)的诊断及鉴别诊断方法。方法 回顾性分析20年间治疗的108例CLT患者的临床资料,诊断手段包括甲状腺功能测定、抗甲状腺抗体测定、影像学检查、细胞学穿刺、药物诊断性治疗及手术病理诊断;将94例手术患者的术前诊断与术后病理结果进行对比分析。结果 108例中有14例未手术,其中9例经B超引导下细胞学穿刺检查确诊,5例经泼尼松药物试验治疗而确诊。行手术治疗的94例中术前诊断为结甲57例,甲癌16例,结甲伴甲亢13例,CLT伴结甲8例。术后病理诊断为CLT 59例(62.7%),CLT伴结甲19例(20.2%),CLT伴甲亢10例(10.6%),CLT伴甲癌6例(6.3%)。术前误诊率91.5%(86例)。结论 CLT临床表现多样,容易发生误诊。对甲状腺功能、抗甲状腺抗体测定及影像学检查结果的仔细分析有助于CLT的确诊。细胞学穿刺检查和药物诊断性治疗是CLT确诊的较好方法。术前明确诊断可减少对CLT的不必要手术处理。

[中国普通外科杂志,2008,17(5):426-428]

关键词: 甲状腺炎,自身免疫性/诊断;甲状腺炎,自身免疫性/外科学;鉴别诊断

中图分类号: R 653.2

文献标识码: A

The differential diagnosis of chronic lymphocytic thyroiditis: a report of 108 cases

CHEN Xuedong, Yang Xingdong

(Department of General Surgery, Naval General Hospital, Beijing 100037, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the diagnosis and differential diagnosis methods for chronic lymphocytic thyroiditis (CLT). **Methods** One hundred and eight patients with CLT were treated in our department during recent 20 years, the clinical data were analyzed retrospectively. The diagnostic methods included thyroid function measurement, anti-thyroid antibody measurement, image detection, fine needle aspiration, diagnostic drug therapy and biopsy exam during operation. The preoperative examinations and diagnoses of 94 patients, who had received operation, were compared with postoperative pathological results. **Results** Forteen of the 108 cases did not receive any operation, of whom, 9 had a definite diagnosis of CLT by fine needle biopsy under color ultrasound and 5 by drug (prednisone) diagnostic treatment. Before operation, 57 patients were diagnosed as nodular goiter, 16 as thyroid cancer and 13 as nodular goiter associated with hyperthyroidism. Only 8 patents were diagnosed as CLT with nodular goiter. Postoperative pathological reports were simple CLT in 59 cases (62.7%), CLT with nodular goiter in 19 (20.2%), CLT with hyperthyroidism in 10 (10.6%) and CLT with thyroid cancer in 6 (6.3%). The preoperative misdiagnosis rate reached 91.5% (86 cases). **Conclusions** It is easy for CLT to be misdiagnosed because of the complex clinical manifestations. Careful analysis of examination results, especially thyroid function measurement, anti-thyroid antibody measurement and image detection is significant for confirming the diagnosis. The fine needle biopsy and diagnostic drug treatment are better methods for CLT diagnosis.

收稿日期:2008-01-16; 修订日期:2008-05-13。

作者简介:陈学东,男,解放军海军总医院主任医师,主要从事普外基础与临床方面的研究。

通讯作者:陈学东 E-mail:dongdong1959@yahoo.com.cn

Unwarranted operation should be avoided in patients with CLT.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17 (5) : 426 - 428]

Key words: Thyroiditis, Autoimmune/diag; Thyroiditis, Autoimmune/surg; Diagnosis, Differential

CLC number: R 653.2

Document code: A

慢性淋巴细胞性甲状腺炎(chronic lymphocytic thyroiditis, CLT)临床表现复杂多样,常给确诊带来困难。本文报告1986年1月—2006年1月我科收治的CLT 108例,结合本组病例,重点讨论其鉴别诊断及处理对策。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组108例CLT占我科同期住院甲状腺疾病1796例的6.1%。其中女91例,男17例;女性与男性之比为5.3:1.0。年龄24~69(平均42.5)岁。病程为4个月至12年。82例(占75.9%)起病隐匿,以无症状性甲状腺结节或肿块就诊。26例(占24.1%)出现憋气呼吸不畅、乏力、颈部疼痛、颈部异样感或甲状腺功能亢进等症状。查体见甲状腺弥漫性肿大或呈肿块分叶状,存在多个大小不等的结节,表面不平、质地偏硬。

1.2 影像学检查

本组均行超声检查,结果提示:考虑结节性甲状腺肿78例,甲状腺癌7例,23例考虑甲状腺肿瘤但不排除甲状腺炎性疾病。本组有64例进行放射性核素显像检查,结果提示:11例为甲状腺弥漫增大,放射分布均匀或不均;8例有甲状腺局部放射摄取增强表现;45例有结节型放射分布不均,以凉结节、冷结节居多。某些病例可同时存在两种以上结节。

1.3 实验室检查

47例行抗甲状腺球蛋白抗体(抗-TGAb)和抗甲状腺微粒体抗体(抗-TMAb)测定,其中2项阳性19例(40.4%),单项阳性13例(27.7%),总阳性率为68.1%。79例行血三碘甲状腺原氨酸(T_3),四碘甲状腺原氨酸(T_4),游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3),游离甲状腺素(FT_4)和促甲状腺激素(TSH)测定,其中甲状腺功能正常35例(44.3%), T_3 , T_4 或单项 FT_4 增高者13例(16.4%),低于正常值者31例(占39.2%)。

2 结果

2.1 CLT确诊方式及术前误诊情况

本组108例中未手术患者14例,其中9例经

B超引导下细胞学穿刺检查确诊,5例经泼尼松药物试验治疗短期内病情缓解而确诊。94例(87.0%)接受手术治疗,在94例接受手术的患者中仅有8例(8.5%)术前第一诊断为CLT伴结节性甲状腺肿(结甲),86例术前均误诊为结甲、结甲伴甲亢或甲癌,术前误诊率为91.5%。手术包括:甲状腺峡部切除18例,局部结节切除52例,单侧或双侧甲状腺次全切除14例,单侧腺叶切除8例,双侧腺叶切除2例。术后病理诊断单纯CLT 59例(62.7%),CLT伴结甲19例(20.2%),CLT伴甲亢10例(10.6%),CLT伴甲癌6例(6.3%)。伴甲癌6例中,2例行双侧腺叶切除,4例行单侧腺叶切除(表1)。

2.2 随访

本组共随访75例(69.4%),随访时间6个月至20年,平均8.5年。随访未接受手术患者8例,1例(12.5%)出现甲状腺功能减退(甲减)表现;随访接受手术患者67例,29例(43.3%)出现甲减表现。甲癌患者1例于术后第3年因肺转移死亡,2例随访未见复发,3例失访。

表1 94例患者术前第一诊断与术后病理诊断比较

病种	术前第一诊断[例数(%)]	术后病理诊断[例数(%)]
CLT	0	59(62.7)
结甲	57(60.6)	0
结甲伴甲亢	13(13.8)	0
甲癌	16(17.0)	0
CLT伴结甲	8(8.5)	19(20.2)
CLT伴甲亢	0	10(10.6)
CLT伴甲癌	0	6(6.3)

3 讨论

CLT是以自身甲状腺组织为抗原的自身免疫性疾病,又称桥本病。CLT起病缓慢隐匿,无特异症状,常合并其他甲状腺疾病,临床易误诊。CLT多数以无痛性甲状腺肿或结节就诊,少数可有颈部疼痛、憋气、甲减或甲亢症状。体查:甲状腺单侧叶或双侧叶呈多发结节样改变,质地韧而

硬。由于临床表现缺乏特异性,给诊断带来困难,临床多数误诊为结节性甲状腺肿,少数误诊为甲癌^[1]。本资料显示,手术的94例中,仅有8例(8.5%)术前第一诊断为CLT伴结甲,其余病例术前均误诊为结甲、结甲伴甲亢或甲癌,术前误诊率为91.5%。对这类患者如果术前进行仔细鉴别,多数是可以免去手术治疗的。CLT除合并甲癌或结甲外,一般不应手术干预。理由是:(1)本病为自身免疫性疾病,用免疫抑制剂治疗效果好;(2)行不必要的手术切除甲状腺组织,有可能发生甲减^[2]。因此,在CLT不易与其他疾病鉴别时,应采取何对策是一个值得研讨的问题。分析本文资料,笔者认为对CLT的鉴别诊断应注意以下问题。

CLT对甲状腺的形态、结构和功能都有很大影响,这种影响并不恒定。所以,临床上某一项检查可能很有价值,但有时又不能仅根据此项检查就做出诊断。(1)血清 T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 升高对甲亢有诊断意义。本组79例进行了该项测定,其中13例(16.4%)升高;但这不能肯定CLT合并甲亢。有31例(39.2%)测定甲功低于正常,但因临床医生过分相信术前诊断,忽视这一结果,对多数患者进行了手术治疗。因此,当患者出现甲减,特别是合并TSH明显升高时,应考虑CLT的诊断。(2)CLT可有一系列自身抗体形成,其中以抗-TGA和抗-TMA阳性率最高,可达90%以上^[3]。本资料有47例行该2种抗体测定,总阳性率为68%。其中,14例因参考2种抗体阳性而未采取手术治疗。因此,血清抗-TGA和抗-TMA测定阳性对CLT的诊断很有价值,但阴性并不能排除CLT。(3)彩超和核素扫描是对CLT鉴别诊断比较有意义的检查。本组均行超声检查,仅有23例报告不排除CLT,说明超声检查在确诊CLT方面仅可提供参考。但是,有学者^[4-5]认为当超声发现网格样回声或甲状腺内有多发或单发低回声结节,边界不清,或显示甲状腺血流信号丰富,呈"火海征"时是CLT的特征表现。(4)CLT可表现放射性核素摄取增加,分布不均,出现热结节、凉结节、冷结节,但以凉结节、冷结节多见;某些病例可同时存在两种以上的结节。注意当有冷结节时需要鉴别有无合并疾病,尤其单发冷结节时要与甲癌鉴别,应加做^{99m}Tc-MIBI扫描,该检查阳性提示有甲状腺恶性肿瘤^[6]。(5)穿刺细胞学检查是一项非常有意义的鉴别诊断手段,可在B超引导下进行,一旦确诊可免除手术。本资料9例经

此项检查确诊。建议多使用此项技术。(6)由于CLT为自身免疫性疾病,激素治疗常可收到较好的效果。在诊断不明时,可采用诊断性治疗的方法帮助确诊。本组中有5例经口服泼尼松10mg,每日3次,2周内均获明显疗效;表现为症状消失,甲状腺质地变软或结节缩小,甚至消失。因此,当一时难于与其他甲状腺疾病鉴别时,服用泼尼松不失为一种简便、有效的确诊方法。

CLT可以伴随多种甲状腺疾病。本组合并结甲有19例,合并甲癌有6例,合并甲亢10例,合并病率为32.4%。因此,在临床诊断时常发生因考虑合并疾病而忽视了CLT的存在^[7]。在CLT发病的早期可有甲亢症状出现,称为桥本甲亢。本组有10例为CLT伴甲亢,发生率为10.6%。其原因是甲状腺组织细胞受炎性破坏,甲状腺激素释放入血增多所致,故甲亢表现为一过性的;如甲状腺炎症持续存在,由于甲状腺组织细胞不断被破坏,组织纤维化,最终可发展成为甲减。基于这一病理变化过程,临床上对于桥本甲亢不应采取手术治疗,否则更易引起甲减,本组手术患者中甲减发生率为43.3%。因此,应注意将CLT伴甲亢与原发甲亢、结甲伴甲亢进行鉴别诊断。CLT可伴发结甲或甲癌。本组手术94例中,术后病理证实有19例为CLT合并结甲,发生率为20.2%;6例合并甲癌,发生率为6.3%。对于这类患者应以手术治疗为主。

参考文献:

- [1] 肖劲松. 桥本病的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(4): 315-316.
- [2] 张少锐, 梁兆煜, 区小卫, 等. 桥本氏病45例临床误诊原因及对策[J]. 海南医学, 2004, 15(12): 27-28.
- [3] 戴嵩善, 马冰彬. 自体免疫性甲状腺炎在上海地区的人群患病情况及其诊断标准探讨[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1989, 5(2): 67-69.
- [4] 薛利芳, 秦淑玲, 凌广花, 等. 超声检查显像对桥本氏病的诊断价值[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17(10): 966-968.
- [5] Lagalla R, Caruso G, Benza I, et al. Echo-color Doppler in the study of hypothyroidism in the adult[J]. Radiol Med Torino, 1993, 86(3): 281-287.
- [6] Alonso O, Lago G, Mut F, et al. Thyroid imaging with Tc-99m MIBI in patients with solitary cold single nodules on per-technetate imaging[J]. Clin Nucl Med, 1996, 21(5): 363-367.
- [7] 吴唯, 贾卫娟. 桥本病及其共存的甲状腺疾病的诊治分析[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(3): 173-175.