

文章编号:1005-6947(2008)11-1148-03

· 临床报道 ·

# 甲状腺单发结节的诊断及手术方式

章佳新, 祝玉祥, 邵稳喜

(江苏省苏北人民医院 甲状腺乳腺外科, 江苏 扬州 225001)

**摘要:**目的 探讨甲状腺单发结节中恶性结节的发生率。方法 回顾性分析经手术治疗的甲状腺单发结节352例患者的临床资料。结果 甲状腺单发结节好发于年龄20~50岁中青年女性,男性恶性结节的比率比女性高( $P < 0.05$ );大于50岁和小于20岁的男性甲状腺单发结节恶性发生率明显增高( $P < 0.01$ );触诊结节质地硬结节恶性比率高( $P < 0.01$ );B超能区分甲状腺单发结节的囊实性,对甲状腺良性结节的诊断符合率94.2%,恶性结节符合率66.7%;CT查对甲状腺恶性结节诊断符合率为87.5%,对甲状腺癌的包膜外侵,颈部淋巴结是否肿大具有鉴别意义。穿刺细胞学诊断的符合率为81.3%,术中快速病理切片检查诊断符合率达95.8%。结论 性别、年龄、结节的质地,尤其是50岁以上和20岁以下的男性为甲状腺单发结节的恶性危险因素。B超检查可作为术前常规检查;CT检查对怀疑甲状腺恶性结节有较高的诊断价值;而穿刺细胞学检查可作为术前怀疑恶性结节的定性诊断。对甲状腺单发结节无论良、恶性均应行患侧腺叶切除。

[中国普通外科杂志,2008,17(11):1148-1150]

**关键词:** 甲状腺结节/外科学;甲状腺结节/诊断;单发结节

**中图分类号:** R 653.2

**文献标识码:** B

甲状腺单发结节是颈部常见疾病,根据病史和体检常难对其良恶性作出正确的诊断。如何处理甲状腺单发结节,目前尚无统一标准。本文根据352例单发性甲状腺结节患者临床资料的回顾性分析,提出甲状腺单发结节诊治意见,供同道参考。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

1995年1月—2001年12月,我院外科收入行首次手术治疗甲状腺单发结节352例,占同期甲状腺结节手术治疗的37%(352/951),其中男102例,女250例,男:女1:2.5,年龄8~72(平均43)岁,病程为3d至30年,中位病程为6.5个月。首发症状:颈部肿块348例次,颈前压迫状10例次,呼吸困难2例次,声音嘶哑2例次,其他症状4例次。结节的大小0.2~10cm,平均为4.10cm。结节质地分为囊性、软、韧、硬4种类型,分别为32例(9.1%),45例(12.8%),230例(65.3%),45例(12.8%)。左叶163例,右

叶177例,峡部12例。本组术前B超检查352例,CT检查40例,细胞学穿刺检查64例。

### 1.2 手术方式

患侧腺叶全切除267例,患侧腺叶全切加峡部切除77例,峡部切除8例。

## 2 结果

### 2.1 病理结果

恶性结节46例,占13.1%,包括乳头状癌40例,滤泡状癌3例,髓样癌2例,甲状腺淋巴瘤1例。良性结节的病理类型包括:结节性甲状腺肿34例,慢性淋巴性甲状腺炎7例,亚急性甲状腺炎4例,甲状腺腺瘤261例。

### 2.2 结节质地、患者年龄、性别与病理关系

45例硬性结节中恶性结节有29例,占64.4%(29/45);软性结节45例恶性结节7例,占15.6%(7/45),囊性结节32例中恶性结节2例,占6.3%(2/32);韧性结节230例中恶性结节8例,占3.5%(8/230)。硬性结节的恶性率明显高于囊性、软性、韧性结节,均有显著性差异( $P < 0.01$ );男性恶性结节27例,占26.5%(27/102),女性恶性结节19例占7.6%(19/250),两组间恶性肿瘤发生率有显著性差异( $P < 0.05$ )。20岁恶性结节5例占31.3%(5/16),50岁恶性

收稿日期:2007-11-28; 修订日期:2008-05-22。

作者简介:章佳新,男,江苏省苏北人民医院主任医师,主要从事甲状腺乳腺肿瘤的外科诊治方面的研究。

通讯作者:章佳新 E-mail:zhuyuxiang@126.com

结节18例,占20.0%(18/90),20~50岁恶性结节28例,占9.3%(23/246)。20岁以下及50岁以上组恶性率明显高于20~50岁组( $P < 0.05$ )。结节 $\leq 2$  cm者169例中恶性结节21例,占12.4%(21/169),结节大于2 cm者183例,恶性结节26例占14.2%(26/183)( $P > 0.05$ )。

### 2.3 辅助检查结果

全部352例术前均行B超检查,与术后病理诊断相符者334例,总符合率为94.9%;其中考虑良性结节310例,与术后病理相符292例,良性结节符合率94.2%,考虑恶性结节可能的42例,与术后病理相符28例,恶性结节符合率66.7%。CT检查40例,与术后病理诊断相符者37例,总诊断符合率为92.5%;其中诊断为良性结节32例,与术后病理相符合30例,符合率为93.8%;恶性结节8例,与术后病理相符合7例,符合率为87.5%。细胞学穿刺诊断64例,与术后病理对照,诊断符合52例,总符合率为81.3%;其中良性结节46例,符合率78.3%;恶性结节18例,符合者16例,符合率88.9%。术中快速病理检查88例,诊断甲状腺癌22例,术后病理证实为23例,快速病理检查诊断符合率95.7%,其中假阴性1例,假阴性率4.3%;无假阳性者。

## 3 讨论

文献报道甲状腺单发结节的恶性率为10%~30%,比甲状腺多发结节高2~3倍<sup>[1]</sup>。本组恶性发生率为13.1%。甲状腺单发结节可发生于任何年龄,但好发于50岁以下,本组20~50岁患者246例,占全组71%。甲状腺单发结节男女均可发病,但以女性居多,本组男女之比1:2.5,接近国内外报道1:2.2~7<sup>[2]</sup>。甲状腺单发结节诊治中主要问题是如何鉴别良恶性结节,本组男性恶性发生率(26.5%)比女性(7.6%)明增高( $P < 0.01$ ),20岁以下和50岁以上恶性发生率明显高于20~50岁。质地偏硬的恶性结节29例,占恶性结节数一半以上,明显高于其他质地的结节。说明性别、年龄、质地是区分良恶性结节的重要参考因素。但结节大小与良恶性无关。

B超对于甲状腺单发结节的诊断有较大指导意义<sup>[3]</sup>,能显示甲状腺内1 cm结节,对甲状腺结节的数目、部位及颈部有无肿大的淋巴结可作出准确的判断,并能提示囊性、实性、囊实性结节。单纯的囊性结节为良性的可能性大,实质性和混合性钙化结节要考虑恶性的可能<sup>[4]</sup>,文献报道,囊性肿物小于4 cm的恶性结节占2%~3%,而实性肿物的20%~30%为恶性结节<sup>[5]</sup>。本组B超诊

断与术后病理诊断,良性结节的符合率为94.2%,恶性结节的符合率为66.7%。因此笔者认为,B超对良恶性结节有较高的诊断率,具有方便、无损伤、费用低、可反复检查的优点。可作为甲状腺结节常规的初筛检查。本组CT检查在单发甲状腺结节的诊断恶性结节符合率87.5%,良性结节的符合率93.8%,与B超诊断的符合率基本一致。对术前怀疑甲状腺恶性结节,有必要时行CT检查,通过增强造影可提示颈部有无淋巴结肿大和原发灶是否外侵,对术前手术方案的制定有一定的帮助。细针穿刺细胞学检查可提供直接的细胞病理学资料结果,国内报道诊断符合率为80%左右,约有20%不能肯定病理性质,假阳性率为5%~10%<sup>[6]</sup>。个别文献报道,细针穿刺细胞学检查的诊断准确率可达到98%以上<sup>[7]</sup>。但由于受操作者技术和细胞学医师诊断水平的影响,该方法要达到较高的诊断准确率尚需时间。本组诊断符合率为88.9%。细针穿刺细胞学检查对甲状腺滤泡型腺瘤和滤泡癌难于鉴别。一般说来,细胞学穿刺不能肯定的或不能排除恶性结节者,约有45%为甲状腺癌<sup>[8]</sup>。因此,对临床检查怀疑恶性结节而细胞学检查阴性者,可重复穿刺细胞学检查,但术中快速病理检查更为重要。

甲状腺癌局部切除复发率可高达29%~72%<sup>[9-10]</sup>。因此对甲状腺单发结节未确定性质之前不应采用局部切除。有人建议将结节连同其包膜和周围1 cm的正常甲状腺组织整块切除并同时进行快速切片检查,若为癌应立即行根治性手术切除<sup>[11]</sup>。笔者对甲状腺单发结节均行患侧腺叶全切或腺叶全切加峡部切除,这符合肿瘤治疗的原则,即使是甲状腺良性结节也不影响甲状腺功能,而且能够防止腺体内多中心癌灶,对于恶性程度低并呈局限生长的乳头状癌也可避免漏诊,减少不必要再次手术<sup>[12]</sup>。笔者认为,对甲状腺单发结节行结节切除术应予以摒弃,应选择规范的腺叶切除术。即使甲状腺良性结节也应以患侧腺叶全切除术为首选<sup>[13]</sup>。这种手术方式对一些基层医院无快速病理检查条件或无法确定的高分化癌更加适用。

甲状腺单发结节术前明确诊断有一定的困难,首先要仔细询问病史,根据肿块的性质,再结合B超、CT检查、甲状腺同位素检查以及细针穿刺细胞学检查,对甲状腺单发结节做出相应的诊断。笔者认为,对甲状腺单发结节手术治疗应规范化,避免盲目的行甲状腺局部切除或次全切术。

文章编号:1005-6947(2008)11-1150-03

· 临床报道 ·

## 亚甲蓝示踪乳腺癌前哨淋巴结活检的临床可行性

叶春梅, 薛明兴, 黄自明, 陈波, 赵松

(湖北省妇幼保健院 乳腺外科, 湖北 武汉 430070)

**摘要:**目的 探讨亚甲蓝染料定位法检测乳腺癌前哨淋巴结(SLN)的临床价值。方法 对65例腋窝淋巴结临床检查阴性的乳腺癌患者在行乳腺癌根治性手术前用0.5%亚甲蓝4 mL注射定位,单独活检SLN;同时行常规腋窝淋巴结清扫术,根据注射部位,将入组患者分为乳晕注射组(34例)和肿块旁注射组(31例),其中对两组的检出结果进行比较。结果 58例患者SLN成功检出,检出率为89.22%(58/65),假阴性率为8.33%(1/12)。乳晕周围注射组的检出率为85.29%(29/34),假阴性率为20.0%(1/5);肿块周围腺体内注射组检出率为93.55%(29/31),无假阴性病例。两组的检出率和假阴性率比较结果均无统计学差异( $P > 0.05$ );15例出现SLN和非SLN均蓝染,其中乳晕周围注射组11例,发生率为37.93%(11/34),肿块周围腺体内注射组4例,发生率为13.79%(4/31),两者比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。结论 亚甲蓝是一种安全、可靠的乳腺癌SLN示踪剂;肿块周围腺体内注射SLN定位较乳晕注射准确。 [中国普通外科杂志,2008,17(11):1150-1152]

**关键词:** 乳腺肿瘤;前哨淋巴结;亚甲蓝;对比研究

**中图分类号:** R 737.9

**文献标识码:** B

2004年7月—2007年10月,我科住院治疗的65例原发性乳腺癌女性患者手术时同时接受

亚甲蓝示踪定位前哨淋巴结活检术(sentinel lymph node biopsy, SLNB)和腋窝淋巴结清扫术(axillary lymph node dissection, ALND),术后对所取的前哨淋巴结(sentinel lymph node, SLN)和非前哨淋巴结采用HE染色病理分析,并比较亚甲蓝乳晕注射和肿块旁注射的特点,以探讨亚甲蓝示踪乳腺癌SLN的临床可行性,报告如下。

**收稿日期:**2008-07-30; **修订日期:**2008-09-22。

**作者简介:**叶春梅,女,湖北省妇幼保健院副主任医师,主要从事乳腺外科临床方面的研究。

**通讯作者:**叶春梅 E-mail:ewei327@sina.com

### 参考文献:

- [1] 李树玲,李树良,葛正津,等. 甲状腺乳头状癌外科治疗(附20例远期疗效)[J]. 肿瘤临床,1984,11(2):70-72.
- [2] 施秉银. 甲状腺结节和肿瘤的诊断、治疗与展望[J]. 中华内分泌代谢杂志,2003,19(2):83-85.
- [3] 卢崇亮,张显岚. 甲状腺结节的诊治进展[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(4):282-285.
- [4] 王宁,朱峰,陆明双,等. 超声检查对钙化的甲状腺结节的诊断意义[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(4):265-268.
- [5] Solbiati L, Volterrani L, Rizzato G, et al. The thyroid gland with uptake lesions: evaluation by ultrasound [J]. Radiology, 1985,155(1):187-191.
- [6] 黄庭庭. 甲状腺癌的诊断[J]. 实用外科杂志,1986,(6):227-228.

- [7] Boyd LA, Earnhardt RC, Dumn JT, et al. Preoperative evaluation and predictive value of fine needle aspiration and frozen section of thyroid nodules [J]. J Am Coil Surg, 1998, 187(8):494-502.
- [8] Shaha AR. Controversies in the management of thyroid nodule [J]. Laryngoscope, 2000, 110(2):183-193.
- [9] 徐成钧,孙同富,牟淑珍,等. 甲状腺单发结节的诊断及术式选择[J]. 实用肿瘤杂志,1994,8(1):30-32
- [10] 徐伟,唐平章,李正江. 甲状腺癌局切除术后再手术的探讨[J]. 中华肿瘤杂志,2002,24(2):185-187.
- [11] 武正炎. 甲状腺和甲状旁腺疾病的外科治疗[J]. 外科理论与实践,2005,(6)493-494.
- [12] 郑泽霖,盖宝东,季德刚. 关于甲状腺结节的讨论[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(10):721-722.
- [13] Peix JL, Van Box, Som P. Role of total thyroidectomy in the treatment of benign thyroid diseases [J]. Ann Endocrinol par-is, 1996, 57(6):502-507.