

桥本氏病合并甲状腺癌临床治疗分析

熊志刚

(江西省丰城市人民医院 丰城 331100)

关键词: 桥本甲状腺肿; 甲状腺癌; 甲状腺切除术

中图分类号: R 581

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.054

桥本氏病(Hashimoto's disease,HD)又名慢性淋巴细胞性甲状腺炎,临床上多见,并发甲状腺癌较少,临床表现不典型,在临床上有发展成甲状腺癌(Throid carcinoma,TC)的可能性或出现压迫症状。我们主张对有结节的桥本氏病进行手术治疗,1995 年 3 月~2010 年 3 月我们共收治经病理证实的桥本氏病 76 例,其中并发甲状腺癌 11 例。现报告如下:

2.4 主要死亡疾病 死亡的原发疾病依次为窒息 17 例(17.9%),缺血缺氧性脑病 14 例(14.7%),肺透明膜病 13 例(13.7%),颅内出血 12 例(12.6%),肺炎 8 例 (8.4%),败血症 7 例 (7.4%),硬肿症 6 例 (6.3%),出血症 6 例(6.3%),破伤风 6 例 (6.3%),先天畸形 5 例(5.3%),核黄疸 1 例(1.0%)。

3 讨论

5 岁以下儿童死亡率是衡量一个国家或地区的经济、文化、卫生事业发展水平的重要指标之一,而新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡的一半,降低 5 岁以下儿童死亡率,重点应降低新生儿死亡率。近年来国内外报道新生儿的死亡率已大幅度降低^[1]。本组资料中住院新生儿的病死率达 5.11%。分析原因可能为本资料均为病理状态下的新生儿,基层农村医疗卫生条件差,山区交通不便就医不及时,使已有的病理改变更加严重,故死亡率较高。

3.1 新生儿死亡与产科因素息息相关 妊娠合并症、并发症的筛查和治疗是减少新生儿死亡的关键因素。本组中产科异常 150 例次,其发病最多的是胎膜早破,占 38.7%;其次妊娠合并妊高征,占 15.3%。而孕期合并症是导致早产、胎儿宫内窘迫、胎儿宫内发育迟缓的主要原因^[2]。而早产、新生儿窒息又是早期新生儿死亡的主要原因^[4-5]。因此,加强围产期保健,积极治疗孕期并发症,可防止及减少异常产的发生。

3.2 新生儿窒息及并发症是新生儿死亡的首要病因 重度窒息可以合并严重的胎粪吸入综合征、呼吸窘迫综合征、缺血缺氧性脑病、颅内出血、缺血缺氧性心肌病、肾功能衰竭、DIC 等并发症而导致死亡。本组资料中家中分娩的住院病死率 24.4%,乡镇医院为 7.6%,县级医院为 3.0%,说明助产人员产科

1 临床资料

1.1 一般资料 桥本氏病 76 例,合并甲状腺癌 11 例,其中男 3 例,女 8 例,年龄 31~65 岁,平均 43 岁,发病至就诊 0.5~13 年,平均 2.5 年。临床表现: 11 例甲状腺均肿大或有结节,甲状腺区疼痛 3 例,3 例伴有呼吸不畅及局部压迫症状,甲状腺机能亢进 1 例,声嘶 2 例;甲状腺弥漫性肿大 I~II 度 7 例,III 技能参差不齐,乡村及乡镇医师缺乏基本技能培

3.3 防止早产及低体重是降低新生儿死亡的重要环节 本组资料显示 <32 周的住院新生儿死亡率为 75.0%;32~37 周死亡率为 6.3%,明显高于足月儿的 3.4%。体重 <1 000 g 死亡率为 100%,1 000~1 500 g 死亡率为 57.9%,皆明显高于正常体重新生儿死亡率 1.7%,说明胎龄越小体重越低,死亡率也越高。>42 周死亡率为 6.7%,高于 37~42 周的死亡率 3.4%,过期产的死亡率高于足月产。降低早产儿的死亡率,预防与治疗并重,应建立孕妇产检档案,加强指导,积极开展孕妇学校,宣传孕期保健,加强产前检查,早期干预,防治早产,可有效降低新生儿发病率和病死率。

3.4 感染仍是基层医院新生儿死亡的主要原因 以感染性肺炎和败血症为最多见,本组资料中破伤风 6 例,主要是在家中分娩,断脐消毒技术不严。随着医疗技术的发展和人们保健意识与住院分娩率的提高,因感染性疾病死亡的新生儿将进一步减少。

参考文献

[1]杜立中.新生儿疾病诊治进展[J].中国实用儿科杂志,2007,19(5): 264-265
[2]刘兴会,姚建蓉,李霞,等.围产期新生儿死亡原因分析[J].华西医学, 2005,15(3):320-321
[3]马效兰.西宁地区 1998~2002 年早期新生儿死亡原因分析[J].高原医学杂志,2004,14(2):181-182
[4]高洁.新生儿死亡原因分析[J].海南医学院学报,2007,13(6):546-547
(收稿日期: 2010-07-30)

度 4 例。术前有颈淋巴结肿大 3 例，B 超提示均有甲状腺结节，直径 0.8~6 cm，4 例合并细砂粒样钙化。术前均行甲状腺功能测定，TSH 升高 3 例，T₃ 升高 4 例，TGAb 提高 4 例，TMAb 增高 5 例，T₄ 升高 2 例。

1.2 治疗方法 11 例均行手术治疗。3 例有颈淋巴结转移者术前行细胞学穿刺证实，另 8 例为术中冰冻证实。双侧甲状腺全切除 4 例，一侧全切除加对侧次全切除 4 例，一侧全切除加对侧部分切除 3 例，均行峡部切除，清扫一侧或双侧颈部淋巴结 5 例。术后终生服用甲状腺素片。

1.3 结果 术后病理结果均为桥本氏病并发甲状腺癌。其中甲状腺乳头状腺癌 9 例，伴颈淋巴结转移 4 例；滤泡状癌 2 例，颈淋巴结转移 1 例。1 例滤泡状癌术后半年出现肺转移，行 I¹³¹ 内照射治疗。术后随访 6 个月~15 年，无局部复发，均生存至今。

2 讨论

桥本氏病合并甲状腺癌的发生率为 0.5%~26.1%^[1]，本组发病率 14.47% (11/76)，分析与环境、地区因素有关。目前，关于桥本氏病合并甲状腺癌的发病机制尚未十分清楚，主要有以下三种学说：(1)HD 为甲状腺癌的癌前病变；(2)HD 与甲状腺癌有共同病因，包括免疫缺陷、内分泌功能失调和放射因素，提示甲状腺癌可能与 HD 同时发病或共存；(3)甲状腺癌引起甲状腺实质淋巴细胞浸润。多数学者的观点倾向于前两种机制共同作用^[2]。有学者认为 HD 合并甲状腺癌的发病与基因 RET/TC1 和 RET/TC3 的表达增高有关^[3]。另外，有学者认为 P63、GALEC2、TIN3、CITED1、FN1、C19 和 GAL3 等基因的表达异常与 HD 合并甲状腺癌相关^[4-5]。

临床上桥本氏病合并甲状腺癌诊断困难，多由术中、术后病理确诊。对已确诊的桥本氏病要检查是否合并其他甲状腺疾病，避免漏诊。结合本组病例，我们认为，病史较长且近期肿瘤突然生长加速，或出现颈部压迫症状如声嘶、吞咽困难时，应高度怀疑伴有甲状腺癌。甲状腺核素扫描检查为冷结节，B 超提示颈部淋巴结黏连肿大，应高度怀疑本病。CT 检查桥本氏病一般表现为密度均匀影像，若肿瘤密度不均匀，边界不规则或伴有颈部淋巴结转

移，应怀疑癌变；术中需常规行快速冰冻检查，其确诊率可达 90 % 以上^[6]。桥本氏病的手术探查指征：(1)甲状腺核素扫描提示冷结节；(2)甲状腺肿大伴疼痛；(3)颈部淋巴结肿大并黏连；(4)喉返神经受累致发声嘶哑；(5)治疗过程中仍有对称和不对称的甲状腺增大；(6)甲状腺素治疗后结节不缩小。对有头颈部照射史等附加危险因素的患者，手术指征还应放宽。术中仔细探查甲状腺，切除结节或术前定位的部分甲状腺组织并快速冰冻切片。若冰冻病检结果为桥本氏病，则应切除峡部，以减轻甲状腺压迫，同时根据甲状腺腺肿及结节情况行腺体部分切除术或结节切除术，尽量多保留甲状腺组织。如术中快速冰冻切片确诊为桥本氏病合并甲状腺癌，则根据肿瘤大小、病灶类型、分化程度、浸润和转移以及患者的身体状况决定具体手术方案。术中应探查双侧颈鞘，切取肿大的淋巴结送快速冰冻切片检查以决定是否行颈淋巴结清扫术。术后予大剂量甲状腺素，定期随访，调整甲状腺素用量。桥本氏病合并甲状腺癌的预后较单纯甲状腺癌好。本组 11 例无复发，1 例肺转移经 I¹³¹ 内照射治疗好转，文献报道^[7]癌灶旁的甲状腺炎症淋巴细胞浸润以及血浆中淋巴细胞渗出，可抑制和减少癌细胞的远处转移。

参考文献

[1]崔志刚, 董家镇. 甲状腺功能亢进、桥本病与甲状腺癌的关系[J]. 临床外科杂志, 2000, 8(4): 202
[2]朱晓丽, 周晓燕, 朱雄增. 甲状腺乳头状癌中 BRAFV599E 点突变与 RET/PTC 融合基因的检测 [J]. 中华病理学杂志, 2005, 34(5): 270-274
[3]Burststein DE, Nagi C, Wang BY, et al. Immunohistochemical detection of p53 homolog p63 in solid cell nests, papillary thyroid carcinoma, and Hashimoto's thyroiditis: a stem cell hypothesis of papillary carcinoma oncogenesis[J]. Hum Pathol, 2004, 35(4): 465-473
[4]Km KH, Suh KS, Kangd W, et al. Mutations of the BRAF gene in papillary thyroid carcinoma and in Hashimoto's thyroiditis[J]. Pathol Int, 2005, 55(9): 540-545
[5]Nikiforov YE. RET/PTC Rearrangement - a link between Hashimoto's thyroiditis and thyroid cancer or not [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2006, 91(6): 2 040-2 042
[6]吴唯, 唐中华, 吕新生, 等. 桥本病及其共存的甲状腺疾病诊治分析 [J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(3): 173-175
[7]Singh B, Shaha AR, Trivedi H, et al. Coexistent Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: impact on presentation, management, and outcome[J]. Surgery, 1999, 126(6): 1 070-1 076

(收稿日期: 2010-06-24)

邮购信息

本刊存有自 2001 年创刊以来的《实用中西医结合临床》合订本。定价为: 2002 年合订本 (含 2001 年创刊号) 85 元; 2003、2004、2005、2006、2007、2008、2009、2010 年合订本, 每本各 75 元。以上均含邮费, 需要者请直接与本刊发行部联

系。地址: 江西省南昌市文教路 529 号, 江西省中医药研究院院内。邮编: 330046。联系电话: 0791-8525621, 8528704, 传真: 0791-8528704。联系人: 刘丹, E-mail: szxl@chinajournal.net.cn, jxnc5621@tom.com。