



•临床研究•

亚急性甲状腺炎临床误诊误治分析

王佑权 曹洪 黄果

南华大学附属第二医院 乳甲外科 湖南衡阳 421001

摘要:目的 分析亚急性甲状腺炎的临床特征,探讨其误诊原因,提高临床对亚急性甲状腺炎的认识,降低误诊、误治率。方法 回顾性分析 2004 年 1 月至 2016 年 1 月本院乳甲外科门诊或住院诊治的亚急性甲状腺炎 51 例患者的临床资料,分析误诊、误治的原因。结果 本组患者中有 13 例合并肿大结节误诊为结节性甲状腺肿或结节性甲状腺肿合并甲状腺机能亢进而行手术治疗;38 例患者误诊为甲状腺机能亢进,其中行 131 I 治疗 12 例,26 例患者行抗甲状腺药物治疗。结论 本组患者误诊、误治原因多为对亚急性甲状腺炎、甲状腺机能亢进、结节性甲状腺肿诊治特征不明,甲状腺功能评估不详细,对手术和 131 I 治疗指征把握不严等原因造成。明确上述诊治特征,严把治疗指征,是避免误诊、误治的关键。

关键词:亚急性甲状腺炎, 结节性甲状腺肿, 甲状腺机能亢进, 误诊、误治。

Clinical Misdiagnose and Mistreatment of Subacute Thyroiditis

WANG You-quan, LIU Guo-wen, CAO Hong, Huang Guo

(Department of Breast and Thyroid Surgery, the Second Affiliated Hospital of University of South China, Hengyang, Hunan 421001, P.R.China)

[Abstract] Objective To increase the cognition of subacute thyroiditis and reduce the rate of misdiagnose and mistreatment about it, by investigating the causes of misdiagnose and mistreatment and analyzing the clinical features of patients with subacute thyroiditis. Methods The data of 51 patients with subacute thyroiditis who had been received the Second Hospital Affiliated to University of South China from January 2004 to January 2016, were analyzed retrospectively and investigated the causes of misdiagnose and mistreatment of the disease. Results The 13 patients with subacute thyroiditis concurrent nodule were misdiagnosed and operated as nodular goiter or nodular goiter concurrent hyperthyroidism. The 38 patients with subacute thyroiditis were misdiagnosed as hyperthyroidism, 12 patients were mistreated by the therapy of 131I, 26 patients were mistreated by the therapy of antithyroid drug. Conclusions The causes of misdiagnose and mistreatment of patients with subacute thyroiditis were such as: unknown of clinical features of patients with subacute thyroiditis or hyperthyroidism, careless analysis of thyroid function, misuse of operation and 131I. The elevation of vigilance with subacute thyroiditis will cut down the probability of misdiagnose and mistreatment.

[Keywords] Subacute; Thyroiditis; Nodular Goiter; Hyperthyroidism; Misdiagnose; Mistreatment

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)15-107-03

亚急性甲状腺炎(subacute thyroiditis, SAT)是临床上的常见病和多发病,对于该病的临床特征、诊断、治疗实际上已有比较明确的意见和方法。但是,受多种因素的影响,临床上出现误诊、误治而给患者带来身心痛苦的病例亦不在少数。分析对该病造成误诊、误治的原因,尽管是老生常谈,但是笔者认为还是有必要对一些常见但对患者会带来巨大痛苦的误诊、误治原因进行分析和阐述,以提高警惕。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者 51 例,女性 45 例,男性 6 例,年龄 26-54 岁,平均年龄 38.6 岁;51 例患者中前期有明显上呼吸道感染症状者 22 例,甲状腺区明显疼痛者 31 例,13 例患者无疼痛病史,体查双侧甲状腺 I 度肿大者 11 例、II 度肿大者 19 例、III 度肿大者 4 例,单侧甲状腺 II 度

肿大者 15 例、III 度肿大者 2 例。

1.2 实验室检查

甲状腺功能及抗体检查: FT3、FT4 水平升高者 38 例,29 例患者 TSH 水平正常或降低, TSH 水平稍升高者 9 例; FT3/FT4 < 20 者 31 例; 21 例患者甲状腺微粒体抗体、球蛋白抗体升高; 血沉明显增快 22 例; 16 例患者完善了甲状腺 I 131 摄取率检查, 功能降低者 16 例; 31 例患者彩色 B 超检查示: 甲状腺单侧或双侧肿大, 呈弥漫性, 低回声, 回声不均匀, 血运丰富; 19 例患者彩色 B 超检查甲状腺肿大合并有大小不等的低回声结节, 血流信号丰富;

1.3 初步诊断

13 例患者初步诊断: 结节性甲状腺肿并继发性甲状腺机能亢进; 3 例患者初步诊断: 双侧结节性甲状腺肿大, 甲状腺结节癌变?; 35 例患者初步诊断: 原发性甲状腺机能亢进。

1.4 治疗方案

13 例患者因无明显前期上呼吸道感染症状及甲状腺疼痛病史, 误诊为结节性甲状腺肿而行手术治疗, 占 25.5%; 38 例患者 FT3、FT4

作者简介: 第一作者: 王佑权, 男, 40 岁, 南华大学附属第二医院乳甲外科, 副主任医师, 副教授。

通信作者: 刘国文, 男, 47 岁, 南华大学附属第二医院乳甲外科, 主任医师, 副教授。



水平升高或 FT4 水平升高, 9 例患者 TSH 水平稍升高, 29 例患者 TSH 水平正常或降低, 误诊甲状腺机能亢进, 其中行 131 I 治疗 12 例, 占 23.5%, 26 例患者行抗甲状腺药物治疗, 占 51.0%。

1.5 最终诊断

临床资料		甲状腺肿大分度（例数）			FT3 FT4 水平	TSH 水平	血沉升高	131I 摄碘率低
		I	II	III				
上呼吸道感染病史	有	11	10	1	升高或正常	降低或正常	15	9
	无		7	5	正常	正常或稍高	未查	未查
甲状腺区疼痛	有	11	19	1	升高或正常	降低或正常	15	6
	无		7	5	正常	正常或稍高		未查
手术	13		7	5	正常	正常或稍高	正常	未查
131 I 治疗	12	3	5	4	升高	降低	未查	未查
抗甲状腺药物治疗	26	10	16		升高	降低	7	16

1.7 亚急性甲状腺炎的诊断要点[1]

(1) 甲状腺肿大、疼痛、质硬、触痛, 常伴上呼吸道感染症状和体征 (发热、乏力、食欲不振、颈部淋巴结肿大等); (2) 血沉加快; (3) 甲状腺摄 131I 率受抑制; (4) 一过性甲亢, 与摄碘率降低呈分离现象; (5) 甲状腺抗体 TGA 或 TPOAb 阴性或低滴度; (6) 甲状腺细针穿刺或活检有多核巨细胞或肉芽肿改变; 符合上述 6 条中的 4 条即可诊断。

1.8 原发性甲状腺机能亢进症的诊断标准[2]

(1) 甲状腺毒症所致高代谢的症状和体征; (2) 甲状腺弥漫性肿大 (体格检查和影像学检查证实), 少数病例可以无甲状腺肿大; (3) 血清 TSH 浓度降低, 甲状腺激素浓度升高; (4) 眼球突出和其他浸润性眼征; (5) 胫前粘液性水肿; (6) TRAb 或 TSAb 阳性; (7) 甲状腺摄 131 I 率增高或核素显像提示甲状腺摄取功能增强。

1.9 统计学处理

所得数据采用 SPSS18.0 统计软件进行分析。

2 结果

2.1 临床观察结果

13 例患者误诊为结节性甲状腺肿或合并甲状腺机能亢进, 而行手术治疗, 手术方式为双侧甲状腺次全切除或近全切除; 术后出现声嘶 1 例, 经治疗后 6 个月明显好转; 术后甲状腺功能低下 5 例, 主要为甲状腺近全切除术后; 13 例患者术后病理回报, 8 例为亚急性甲状腺炎, 5 例为亚急性甲状腺炎合并结节形成。38 例患者误诊为甲状腺机能亢进, 其中行 131 I 治疗 12 例, 该 12 例患者表现明显甲状腺功能减退, 终生服用甲状腺素片; 26 例患者服用抗甲状腺药物, 效果欠佳或复查甲状腺功能后为甲状腺功能减低, 停药, 予以口服小剂量糖皮质激素或加用左旋甲状腺素片, 病情明显好转。

3 讨论

3.1 误诊原因分析

亚急性甲状腺炎最早于 1904 年 de Quervain 报道, 又称肉芽肿性甲状腺炎、巨细胞性甲状腺炎、亚急性疼痛性甲状腺炎、de Quervain 甲状腺炎等。其发病原因不明, 多数学者认为其与病毒感染、感染后变态反应、自身免疫反应等因素有关。长期的临床实践中对其临床特征已有比较明确的描述如前述的临床诊断特征, 但 SAT 临床表现多样性, 首发症状不典型、就诊时不同病程时期的不同表现、影像学表现多样化等, 以及部分临床医师对本病认识不足导致了各种各样管中窥豹的诊断结果。现就各种误诊、误治原因分析如下。

本组患者病史、症状、体征、实验室检查均可考虑亚急性甲状腺炎或经治疗后证实或术后病理证实为亚急性甲状腺炎。

1.6 临床特征和治疗方案汇总

表 1: 51 例患者临床资料、治疗方案、治疗效果汇总表

(1) 以亚急性甲状腺炎为主合并了其他情况的误诊。这类患者往往缺乏明显的前期上呼吸道感染病史、部分病例甲状腺区域无明显疼痛。主要表现为无痛性的甲状腺肿大, 可以左右不对称, 体查质地硬, 无明显压痛, 肿块增大明显。这种情况下容易误诊为结节性甲状腺肿或考虑甲状腺瘤, 甚至甲状腺癌可能。就结节性甲状腺肿、甲状腺瘤、甲状腺癌的彩超主要表现为: 单发或多发肿块, 分界清或不清, 回声以低回声为主, 形状规或不规则, 或有局部浸润、血流丰富、微钙化。SAT 的彩超特征为甲状腺多数为对称性弥漫性中度肿大, 也有单叶弥漫性或局限性肿大, 病灶局限性单发或多发为形态不规则低回声, 病灶中心部位最低, 边界模糊不清, 后方回声增强, CDFI 检查为异常回声周边较丰富血流信号 而内部血流信号少数较丰富或无血流显示[3]。这类患者产生误诊的原因主要是忽略了病史中亚急性甲状腺炎的特征, 如: 起病急, 不管有无上呼吸道感染病史, 短时间之内出现甲状腺肿大; 病史中往往忽略了发病前或发病过程中低热, 甲状腺功能一过性升高, 即使有甲状腺区疼痛, 因有肿大的结节存在, 误认为合并出血致使张力增大而引起疼痛; 忽略了结节性甲状腺肿、甲状腺瘤、甲状腺癌有其自身的特点[4]: 其多见于地方性甲状腺肿地区、病程较长、初为双侧甲状腺弥漫性肿大, 随年龄增长, 可产生多个大小不等结节, 质软、表面光滑, B 超检查多为囊性或囊实性、低回声、较均匀、内可有钙化、血运不丰富; 甲状腺瘤主要表现为单发肿块, 无痛, 活动度佳, B 超示肿块呈囊性或实性、包膜完整、无明显血流信号[5]; 甲状腺癌, 主要表现为无痛性肿块, 生长迅速, 质硬、与周围可能有粘连或侵犯、活动度差, B 超表现: 形状不规则、边界不清、低回声或超低回声、回声不均匀、可见沙粒样钙化、结节内多发血流信号等[5]。对于那些结节性质确实难以确诊的病例, 超声引导下细针穿刺细胞学 (FNAB) 检查, 是给我们指明方向的可行办法, SAT 细胞学特异性改变为有多核巨细胞或肉芽肿改变[6]。现已将 FNAB 列为特异性仅次于病理检查的项目, 但其开展依赖于较高水平的病理医师。

(2) 对待实验室检查结果分析不仔细, 在没有充分完善检查的情况下, 过早做出诊断。SAT 患者因炎症使甲状腺细胞被破坏, 储存于甲状腺滤泡中的甲状腺激素释放在血液中, 使血清中甲状腺激素浓度升高, 而反馈性抑制 TSH 分泌减少; 甲状腺组织损伤, 甲状腺摄 131 I 率明显降低, 出现甲状腺激素浓度与摄 131 I 率明显/分离现象[7]。正因为患者血清中甲状腺激素水平升高, 少部分患者出现心率增快的高代谢征象, 所以误诊为甲状腺机能亢进的情况很多。究其实质是不了解



SAT 的甲状腺功能的变化特点,同时也习惯性地认为甲状腺激素水平升高就是甲状腺机能亢进,导致误诊。值得注意的是,SAT 甲状腺功能检查的特点为:一过性的激素水平增高;TSH 水平变化可出现正常、稍低、升高;FT3/FT4<20;甲状腺激素浓度与摄¹³¹I 率明显/分离现象。这些特征和甲状腺机能亢进中的甲状腺激素水平明显增高、TSH 水平抑制、甲状腺摄碘率升高、摄碘高峰提前有明显的差别。虽然两者的区别很明显,但产生误诊的原因可能为以下几个方面:甲状腺核医学检查缺乏,没有明确摄碘率检查,未能全面评价甲状腺功能状态;认为甲状腺激素水平增高就是甲状腺机能亢进,这种观念往往在基层医务人员中往往不少见;对甲状腺机能亢进症的诊断标准不熟悉,忽略了甲状腺机能亢进诊断的三项最基本的原则高代谢症群、甲状腺弥漫性肿大、甲状腺水平增高[2]。一旦作出甲状腺机能亢进的诊断,误治也就难以避免。本组病例中,误诊为甲亢的患者占了大部分,多数情况下就是只见到了甲状腺激素水平升高,没有深究是一过性还是长病程,而且在甲状腺功能检查分析中,对 TSH 水平变化认识不够。

3.2 误治原因分析

一般说来,存在了误诊,就会导致误治。之所以,要将其单独列出来讨论,就是因为治疗方面的激进,往往给患者带来终身的痛苦。误治主要表现为两个方面:过早做出手术决策;¹³¹I 治疗的滥用。本组病例有 13 例患者误诊为结节性甲状腺肿而行手术治疗。但是结节性甲状腺肿是否需要手术治疗也是有明确指征的[8]:(1) 结节进行性增大;(2) 胸骨后甲状腺肿;(3) 有压迫症状的;(4) 影像学显示侵犯气管、食管、重要血管;(5) 发展为甲亢;(6) 影响美容或患者强烈要求手术;(7) 结节疑为恶性的;(8) 甲状腺结节 FNAB 结果为恶性或怀疑恶性,多次穿刺仍难以诊断的。按照上述手术指征,在误诊为结节性甲状腺肿的前提下,患者符合手术指征的也很少。实际上,对于亚急性甲状腺肿需近期行手术治疗的患者很少,有学者指出慢性甲状腺炎的手术指征为[9]:(1) 在随访过程中单发结节,甲状腺素治疗后结节不缩小时,特别是穿刺细胞学检查不能排除恶性者,应积极进行手术治疗;(2) 当实质性结节表现为冷结节时;(3) B 超发现结节内存在砂粒样强回声;(4) 出现声音嘶哑,声带麻痹者;(5) 颈部淋巴结肿大并有粘连;(6) 因气管明显受压而影响呼吸;(7) 甲状腺肿大明显,病史长,药物治疗效果不佳,本人要求手术者。本组 13 例行了手术治疗的患者中,术前仅 2 例患者行 FNAB 检查,未能确诊,5 例患者因施行了近全切除术致使甲状腺功能低下,终生服用甲状腺素片,给患者带来了痛苦。如果手术指征把握严一点,这样的患者选择观察,就留下了纠错的时间和机会。

对于甲状腺机能亢进,使用¹³¹I 治疗也必须把握指征[10]:对抗甲状腺药物过敏或出现其他不良反应;抗甲状腺药物疗效差或多次复发;有手术禁忌症或手术风险高;有颈部手术或外照射史;病程较长;老年患者(特别是有心血管疾病高危因素者);合并肝功能损伤;合并白细胞或血小板减少;合并心脏病等。妊娠和哺乳期妇女、未来 6 月内准备要小孩的妇女属于禁忌症。掌握和用好¹³¹I 治疗指征,是减少滥用的基础。一经诊断甲亢就使用¹³¹I 治疗可能是不妥的,尤其对于年轻的女性患者。众所周知,下丘脑-垂体-甲状腺激素轴和下丘脑-垂体-性腺轴这两大激素轴是可能相互影响的,一旦因¹³¹I 治疗出现甲状腺功能低下,对患者的影响巨大,可能出现不孕等严重情况。甲状腺功能低下是¹³¹I 治疗最常见的并发症,已有研究表明[11]对于¹³¹I 治疗甲亢不存在既可以纠正甲亢又不会造成甲减的理想剂量。更有研究显示[12],不管¹³¹I 剂量如何,在治疗后 10 年 50%以

上的患者会出现甲减。本组患者中 12 例患者采用了¹³¹I 治疗,并且 5 例为非常年轻的女性患者,已有 4 例患者出现明显的甲减症状。值得一提的是,我们必须明确反对一发现患者甲状腺激素水平增高就使用¹³¹I 治疗的行为,滥用¹³¹I 治疗这样会给患者带来巨大痛苦,也增加了医生的职业风险。

3.3 经验教训总结

在临床实践中,确实可能存在亚急性甲状腺炎的临床病史、体征、实验室检查不典型的情况,也存在在一家医疗机构完善不了所有检查的情况,这也给我们下一个明确的诊断带来困难。也许我们接诊的过程中,只见到了患者病程中的一部分,如果过早的下结论,易导致误诊和误治。绝大多数的甲状腺疾病包括:结节性甲状腺肿、甲状腺瘤、亚急性甲状腺炎、桥本氏甲状腺炎、甲状腺癌(除外未分化癌),病情的进展很慢,在碰到不能做出明确结论的情况下,选择密切观察也许能有效的解决我们的问题。本组病例中,26 例患者误诊为甲状腺机能亢进选择了药物治疗,尽管也出现了误诊、误治,但毕竟带来的危害较少,给医生自己留下了观察到患者全病程,及时纠错的时间和机会。当然,提高对亚急性甲状腺炎的认识,杜绝误诊、误治,是我们的最佳选择和努力的方向。

参考文献

- [1]廖二元.内分泌学[M].北京:人民卫生出版社,2001:709.
- [2]蒋宁一,匡安仁,谭建,等.¹³¹I 治疗 Graves 甲亢专家共识(2010).中华核医学杂志,2010,30:346-351.
- [3]梁新,李泉水,郭国强,张家庭,田平,栗晖.超声显像对亚急性甲状腺炎的诊断及误诊分析[J].中国超声医学杂志,2008,(03):213-215.
- [4]巴颖,周焱,杜建珍,等.亚急性甲状腺炎误诊手术 35 例分析[J].中国实用内科杂志,2007,27(7):542-543.
- [5]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:819-821.
- [6]Iitaka M, Momotani N, Ishii J, et al. Incidence of subacute thyroiditis recurrences after a prolonged latency: 24-year survey[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1996, 1(2):466-469.
- [7]周丽萍,韦晓勤.亚急性甲状腺炎 59 例临床分析[J].医学理论实践,2003,(05):553-554.
- [8]Duh Clark Kebebew 主编,樊有本,郑起主译.内分泌外科手术技术图谱[M].上海交通大学出版社,2012:3-4.
- [9]张德恒.甲状腺炎的手术指征与术式选择[J].中国实用外科杂志,2000,20(2):77-78.
- [10]Burch HB, Burman KD, Cooper DS. A2011 survey of clinical practice patterns in the management of Graves Disease. J Clin Endocrinol Metab, 2012, 97:4549-4558.
- [11]Farrar J J, Toft A D. Iodine - ¹³¹I treatment of hyperthyroidism: current issues[J]. Clinical Endocrinology, 1991, 35(3):207-212.
- [12]Ginsberg J. Diagnosis and management of Graves' disease. [J]. CMAJ, 2003, 168(5):575-85.