

## · 临床经验 ·

## 亚急性甲状腺炎与甲状腺乳头状癌彩色多普勒超声的鉴别诊断

苏长安, 马晓华, 杨 俊

**【摘要】 目的** 探讨彩色多普勒超声对亚急性甲状腺炎与甲状腺乳头状癌的鉴别诊断价值。**方法** 回顾性分析我院应用多普勒超声诊断的 187 例亚急性甲状腺炎, 53 例甲状腺乳头状癌的声像图特征及鉴别要点。**结果** 本组亚急性甲状腺炎诊断符合率 85.0%, 误诊率 15.0%, 甲状腺乳头状癌诊断符合率 86.8%, 误诊率 13.2%。**结论** 彩色多普勒超声对亚急性甲状腺炎和甲状腺乳头状癌诊断具有一定的特征性差异, 亚急性甲状腺炎病变基础上合并微钙化, 应注意与甲状腺乳头状癌的鉴别诊断。

**【关键词】** 亚急性甲状腺炎; 甲状腺乳头状癌; 彩色多普勒超声; 鉴别诊断

**【中图分类号】** R581.4; R736.1 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2012)03-0253-02

亚急性甲状腺炎和甲状腺乳头状癌均属自身免疫性甲状腺疾病, 临床上多见且有一定的鉴别难度。本文对我院 2001 至 2011 年的 240 例相关病例进行对比分析, 其中经彩色多普勒超声诊断 187 例为亚急性甲状腺炎、53 例为甲状腺乳头状癌, 旨在探讨其声像图特征和鉴别诊断价值。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本组 240 例, 男 81 例, 女 159 例, 年龄 19~67 岁, 平均 53 岁。一侧肿大 166 例, 双侧肿大 74 例, 可触及肿块。经彩色多普勒超声诊断 187 例为亚急性甲状腺炎和 53 例甲状腺乳头状癌。

**1.2 检查方法** 使用彩色多普勒超声诊断仪 (Acuso N Sequoia 512 型), 探头频率 8.0~14 MHz。常规测量患者甲状腺横径、前后径和纵径、峡部前后径, 肿块的大小、形态、有无包膜、后方声衰等, 并观测血管走向、血流状态、血流性质、血流参数等<sup>[1]</sup>。

## 2 结果

本组亚急性甲状腺炎的声像图 (图 1) 特征: ①甲状腺呈不对称性轻中度肿大, 一叶肿大或二叶呈片状低回声性肿大; ②甲状腺包膜增厚, 表面毛糙, 腺体内回声不均匀, 呈不均质稀疏光点或稍增强回声, 也可呈等回声团块, 边界不清, 呈“溶冰征”; ③单侧局限性肿大, 内可见结节状回声。本组最大约

4.5 cm×5.0 cm, 最小约 0.7 cm×0.5 cm, 后方无声衰, 无膨胀性生长征像; ④彩色多普勒血流丰富, 呈弥漫性点状和分支状血流, 分布密集, 呈“火海征”, 结节内周边血流色彩充填丰富, 其频谱特征以高速低阻型的动脉血流信号为主, 最大速度 > 70 cm/s, 阻力指数 (RI) < 70%<sup>[2-3]</sup>。亚急性甲状腺炎 187 例中, 经手术后病理及细胞学检查证实误诊甲状腺腺瘤 19 例, 甲状腺乳头癌 9 例, 诊断符合率 85.0% (159/187)。

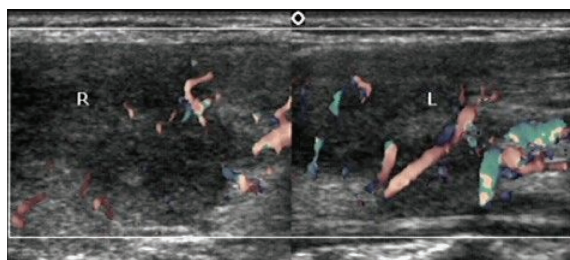


图 1 亚急性甲状腺炎彩色多普勒血流图

甲状腺乳头状癌 53 例, 彩色多普勒超声检出癌结节 64 个 (88.9%, 64/72), 误诊癌结节 8 个 (11.1%, 8/72), 其中 4 个低回声结节边界清楚, 无包膜, 后方回声增强, 手术后证实误诊为亚急性甲状腺炎; 2 个呈等回声结节, 亦误诊为甲状腺腺瘤; 2 个结节微小癌漏诊。癌结节最大为 4.2 cm×3.7 cm, 最小为 0.2 cm×0.3 cm; 单发结节 42 例, 多发结节 11 例; 超声显示结节内血流丰富呈树枝状, 其频谱呈混合状, RI 均大于 70%, 见图 2。甲状腺乳头状癌 53 例中有 7 例误诊, 其中 3 例误诊为亚急性甲状腺炎, 2 例误诊为甲状腺腺瘤, 2 例微小癌漏诊, 诊断

**作者简介:** 苏长安 (1958-), 男, 江苏连云港人, 本科, 副主任医师, 从事超声诊断及介入治疗

**作者单位:** 222042 江苏连云港, 解放军 82 医院 149 临床部

**通讯作者:** 杨 俊, E-mail: YDL09@qq.com

符合率 86.8% (46/53)。亚急性甲状腺炎与甲状腺乳头状癌的声像图特征对比见表 1。

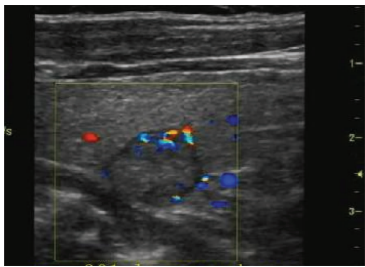


图2 甲状腺乳头状癌彩色多普勒血流图

表1 亚急性甲状腺炎与甲状腺乳头状癌的声像图特征对照

声像图特征	亚急性甲状腺炎	甲状腺乳头状癌
形态	规则	不规则
包膜	无	不规则
内部回声	低、分布均匀	增粗不均匀
边缘	呈“溶冰征”	浸润生长
钙化	无	微沙粒状
血流	丰富	丰富杂乱
RI 值	< 70%	≥70%

3 讨 论

亚急性甲状腺炎又称病毒性甲状腺炎,其特点:白细胞计数不高或降低,心率快和体温升高程度不一致,表现有发热、畏寒、全身不适,颈部肿大疼痛等。各年龄均有发生,但以 20 ~ 50 岁女性居多,多数患者结合试验检查可以诊断,但对临床病状不典型者的颈部肿块超声检诊应为首选,以明确肿块的部位、形态、大小,性质和血流动力学变化等声像图特点。甲状腺乳头状癌形态更不规则,边界更不清晰,无包膜,癌结节回声更低,多伴微小钙化<sup>[4-5]</sup>。低回声和微钙化的出现率与血流分级,RI 与亚急性甲状腺炎相比有较大的差异。亚急性甲状腺炎若有微

钙化及内部血流性特征,应高度注意有癌结节的病变可能,特别在 2 ~ 3 mm 的结节仅靠二维超声诊断存在一定的困难,应结合超声显示血流充填情况,此时 RI 一般大于 70%,对于良恶性结节的鉴别诊断有一定价值。对小结节良恶性的判断应结合细胞学穿刺检查综合分析<sup>[6-8]</sup>。

甲状腺乳头状癌有 7 例误诊,均为一侧甲状腺局限性肿大,内部可见回声不均匀中等实质性肿块,后方回声略增强,周边有弱回声晕,彩色多普勒显示:块周及块内均有丰富血流。其误诊原因:①低回声结节,忽略有无膨胀性生长特征;②忽略了结节周围的正常甲状腺组织回声特点,甲状腺乳头状癌周围甲状腺组织无异常,而亚急性甲状腺炎其周围甲状腺组织光点分布不均匀,且较弱,呈“溶冰征”;③忽略了本病的临床特点和临床表现的复杂性。

【参考文献】

[1] 贾译清. 临床超声鉴别诊断学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1996:221-238.

[2] 徐秋华,陆林国. 浅表器官超声诊断图鉴[M]. 上海科学技术出版社,2005:79-82.

[3] 李长潢,黄爱方. 实用细针吸取细胞学[M]. 北京:科学出版社,2000:30-50.

[4] 杨 斌,詹维伟,陈亚青. 浅表器官超声诊断学图解[M]. 北京:人民军医出版社,2010:67-72.

[5] 皮小兰,李泉水,许晓华. 结节性甲状腺肿声像图特征与病理对照分析[J]. 中国超声医学杂志,2001,17(12):924-925.

[6] 张春梅,吴长君,张雪菊,等. 超声在甲状腺良恶性结节诊断中的应用[J]. 中国医学影像技术,2007,23(3):385-387.

[7] 宋 清,王 丹,袁 惠,等. 甲状腺单发结节造影分析[J]. 中国医学影像技术,2008,24(1):44-47.

[8] 王 勇,周纯武,邹霜海,等. 甲状腺的微小乳头状癌的超声诊断和病理对照研究[J]. 中国超声医学杂志,2008,24(10):884-887.

(收稿日期:2012-03-16;修回日期:2012-04-25)  
(本文编辑:张仲书)