

桥本甲状腺炎合并不典型亚急性甲状腺炎 1 例报道

王菁楠

(上海浦东新区公利医院内分泌科 上海 200135)

桥本甲状腺炎(HT)与不典型亚急性甲状腺炎是临床上常见的甲状腺炎类型,前者是一种自身免疫性甲状腺疾病,而后者一般认为是病毒感染引起的甲状腺炎性破坏,两者发病机制不同,很少合并出现,现将我院于 2008 年 5 月收治的 1 例病例报告如下。

临床资料

患者,女性,65 岁,因“颈部不适 1 月伴发热 2 周”就诊。无明显前驱呼吸道感染史,无明显颈部疼痛,未向其他部位放射,无声音嘶哑,但自觉乏力、多汗,1 月内体重减轻 10 斤,于 2008 年 5 月收住我院内分泌科。入院体检:T37.5℃,颈软,双侧甲状腺Ⅲ度肿大,质韧,无压痛,颈部淋巴结未及,未闻及血管杂音,心率 92 次/分,律齐。心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。肺部呼吸音清,腹平软,无压痛,肝脾肋下未及,双手平举震颤(+),皮肤多汗。实验室检查:血沉 91 mm/h(正常值 0~20 mm/h),C 反应蛋白 128.9 mg/L(正常值 <10 mg/L),FT3 3.47 pmol/L(正常值 2.63~5.69 pmol/L),FT4 25.02 pmol/L(正常值 8.80~18.62 pmol/L),S-TSH 0.08 uIU/mL(正常值 0.40~5.00 uIU/mL),甲状腺球蛋白抗体(TGAB)1 000 IU/mL(正常值 <4.11 IU/mL),甲状腺过氧化物抗体(TPOAB)1 000 IU/mL(正常值 <5.61 IU/mL),甲状腺受体抗体(TRAB)78.50 IU/mL(正常值 <15.00 IU/mL)。甲状腺 B 超示双侧甲状腺形态肿大,包膜完整,内部回声分布不均匀,呈结节状。给予抗甲状腺及降血糖治疗后,乏力、消瘦好转,体温亦正常,但颈部不适仍存在。于 1 个月后经外院 B 超示两侧甲状腺实质不均质增厚,颈部未见明显占位,并行甲状腺穿刺术。病理见增生甲状腺上皮细胞、淋巴细胞、少量多核巨细胞;淋巴性甲状腺肿,是否伴甲状腺炎不能肯定。之后在抗甲状腺治疗同时,加用强的松口服,1 周后患者自觉颈部不适感消失,查甲状腺功能示 FT3 1.64 pmol/L(正常值 2.63~5.69 pmol/L),FT4 10.95 pmol/L(正常值 8.80~18.62 pmol/L),S-TSH 13.99 uIU/mL(正常值 0.40~5.00 uIU/mL),血沉、C 反应蛋白下降,肿大的甲状腺较前回缩。即停用抗甲状腺药物,改用甲状腺素片,强的松继续口服,并逐渐减量,甲状腺较入院前有所减小,但患者仍感颈部不适,于出院 3 个月后自行到我院外科行甲状腺部分切除术,术中见双侧甲状腺肿大,双侧甲状腺均扪及多个肿块,右侧较大一个 3 cm×2 cm×2 cm,左侧较大一个 2 cm×2 cm×1 cm,质韧,表面尚光滑,边界清,与周围组织有轻度粘连,活动度正常,局部未触及淋巴结肿大。病理报告结果:滤泡上皮细胞坏死,滤泡结构破坏,有吞噬细胞浸润,吞噬外溢胶质形成异物巨细胞,上皮样细胞形成结核样结节,其间夹杂散在的小甲状腺滤泡。间质

内纤维组织增生,散在淋巴细胞、巨细胞、浆细胞和嗜酸性淋巴细胞,双侧甲状腺均为慢性甲状腺炎合并亚急性甲状腺炎。

讨论

HT 与不典型亚急性甲状腺炎是临床上常见的甲状腺炎类型,因两者发病机制不同,很少合并出现。为避免漏诊和误诊,要求临床医生对于两者的诊断标准及诊断要点充分了解。亚甲炎又称肉芽肿性甲状腺炎,巨细胞性甲状腺炎,是一种可自行恢复的甲状腺非细菌感染性疾病。女性多于男性,其诊断标准为^[1]:①甲状腺肿大、疼痛、质硬、触痛,常伴上呼吸道感染的症状和体征:发热、乏力、食欲不振、颈部淋巴结肿大等;②血沉加快;③一过性甲亢;④¹³¹I 摄取率受抑制;⑤甲状腺自身抗体 TMAB、TGAB 阴性或低滴度;⑥甲状腺穿刺或活检,有多核巨细胞或肉芽肿改变。符合其中 4 条可以诊断,其典型临床症状可分为三期^[2]:早期的甲亢期(常有上呼吸道感染史,一过性甲亢,甲状腺肿大和疼痛);中期的过渡期和甲减期;恢复期。但不典型亚甲炎因临床表现较轻,无明确病程分期或以某一期的表现为主,故在诊断时应结合病史、症状、体征、化验检查、超声等综合考虑,仍鉴别困难时可行细针穿刺作细胞学检查。本例患者有发热、颈部不适,虽无明显上感病史及症状,无颈部疼痛,但血沉、C 反应蛋白升高,FT3、FT4 均增高,S-TSH 下降,经激素治疗后,症状好转,血沉、C 反应蛋白逐渐下降,基本符合亚急性甲状腺炎诊断。但该患者抗体滴度明显增高,与亚甲炎的抗体水平低下明显不符,且该病例短期使用抗甲状腺治疗后很快出现甲减,更支持可能同时合并桥本甲状腺炎。而病初甲亢为不典型亚甲炎的一过性甲亢。外院甲状腺穿刺组织学检查 HT 的特征性改变——增生甲状腺上皮细胞、淋巴细胞、滤泡细胞,同时见亚甲炎特征病变——多核巨细胞。虽然细针穿刺病理示“是否伴甲状腺炎不能肯定”,但结合临床表现、体征、实验室检查及治疗效果来看,考虑两病并存。因此对于不典型亚甲炎如伴抗体显著升高者,应及时做甲状腺细针穿刺吸取细胞作检查,明确是否合并 HT,或者亚急性发作的 HT。

HT 合并亚甲炎机制不明。近来有报道亚甲炎血循环中存在针对 TSH 的受体抗体,并证实存在针对甲状腺抗原的致敏 T 淋巴细胞,因此发病是否同自身免疫有关,尚无定论。

对于 HT 合并不典型亚甲炎的临床治疗,以糖皮质激素为主,但减量过快过急易出现症状反复,因此治疗中需注意规则减药或根据血沉变化来指导用药。症状明显时可加用心得安等,少用或忌用抗甲状腺药,否则更快出现甲减。对于肿大的甲状腺不能盲目手术治疗,除非恶性病变不能排除时,否则可发生永久性甲减需终身替代治疗。

Corresponding author E-mail:jingnan_wang@163.com

【关键词】 亚急性甲状腺炎; 桥本甲状腺炎; 病例报告
 【中图分类号】 R 581.4 【文献标志码】 B

thyroiditis is recurrences after a prolonged latency: 24-year survey[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 1996, 81:466-469.

[2] 廖二元, 超楚生. 内分泌学[M]. 北京: 人民出版社, 2004: 707-710.

参 考 文 献

[1] Iitaka M, Momotuni N, Ishii J, et al. Incidence of subacute

(收稿日期: 2008-09-19; 编辑: 沈玲)

2009 世界高血压大会 (WHC 2009) 征文通知

为纪念世界高血压联盟(WHL)成立 25 周年、中国高血压联盟(CHL)成立 20 周年,由 WHL 与 CHL 联合主办的 2009 世界高血压大会(WHC 2009)将于 2009 年 10 月 29 日—11 月 1 日在北京国际会议中心举行。届时包括来自世界高血压联盟 86 个成员国的代表、全球高血压相关领域的专家、学者,全球高血压相关领域具有国际影响力的学术团体、国内高血压、心血管、内分泌及肾病领域的临床医师共约 4000 名代表将围绕“从基础研究、临床研究到临床实践、社区管理”的主题,全方位探讨高血压管理理念和解决方案。

会议热点话题:

- 盐与高血压
- 肾病与高血压
- 高血压前期管理
- 糖尿病与高血压
- 肾素-血管紧张素系统阻滞
- 高血压的流行病学、民族性和地域性
- 高血压全球指南及其对中国高血压指南的启示
- 从十年干预治疗到终生风险管理
- 社区医院的高血压管理
- 高血压的基础研究及临床研究
- 高血压与中药
- 工作环境的血压控制

截止 5 月底,大会已得到来自 ISH,ESH,ASH,APSH,APCC,ISN,JSN 等近 40 个国际学会及学术团体的支持。

大会现诚征论文集稿件! 会议征文摘要将刊登在《International Journal of Cardiology》增刊上,关于征文主题及投稿详细信息请登陆:

大会官方网站: www.worldhypertension2009.com

Tel: + 86 21 61333078

Fax: + 86 21 52980210

E-mail: abstract@worldhypertension2009.com

征文主题:

- | | | |
|-------------|-----------------|-----------|
| • 动脉粥样硬化 | • 心房纤颤 | • 血压监测 |
| • 临床试验 | • 社区心血管治疗 | • 糖尿病 |
| • 教育项目 | • 脑血管疾病 | • 临床展望 |
| • 内分泌性高血压 | • 实验性高血压 | • 血液动力学 |
| • 心脏病 | • 高血压和代谢紊乱的流行病学 | • 心力衰竭 |
| • 肾病 | • 成像操作 | • 指南的实施 |
| • 生活方式的改变 | • 脂质 | • 微循环/小血管 |
| • 分子生物学 | • 神经机能 | • 治疗新进展 |
| • 肥胖和代谢综合征 | • 器官损害 | • 药物经济学 |
| • 公共卫生 | • 肾素-血管紧张素系统 | • 睡眠呼吸暂停 |
| • 治疗学和临床药理学 | | |