

甲状腺癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_94_B2_E7_8A_B6_E8_85_BA_E7_c22_305308.htm 名称甲状腺癌所属科室普通外科病因具体确切的病因目前尚难肯定，但从流行病学调查、肿瘤实验性研究和临床观察，甲状腺癌的发生可能与下列因素有关。（一）放射性损伤用X线照射实验鼠的甲状腺，能促使动物发生甲状腺癌。实验证实¹³¹I能使甲状腺细胞的代谢发生变化，细胞核变形，甲状腺素的合成大为减少。可见放射线一方面引起甲状腺细胞的异常分裂，导致癌变；另一方面使甲状腺破坏而不能产生内分泌素，由此引起的促甲状腺激素（TSH）大量分泌也能促发甲状腺细胞癌变。在临床上，很多事实说明甲状腺的发生与放射线的作用有关。非凡令人注重的是，在婴幼儿期曾因胸腺肿大或淋巴腺样增殖而接受上纵隔或颈部放射治疗的儿童尤易发生甲状腺癌，这是因为儿童和少年的细胞增殖旺盛，放射线是一种附加刺激，易促发其肿瘤的形成。成人接受颈部放射治疗后发生甲状腺癌的机会则不多见。（二）碘和TSH 摄碘过量或缺碘均可使甲状腺的结构和功能发生改变。如瑞士地方性甲状腺肿流行区的甲状腺癌发病率为2‰较柏林等非流行高出20倍。相反，高碘饮食也易诱发甲状腺癌，冰岛和日本是摄碘量最高的国家，其甲状腺癌的发现率较其他国家高。这可能与TSH刺激甲状腺增生的因素有关。实验证实，长期的TSH刺激能促使甲状腺增生，形成结节和癌变。（三）其他甲状腺病变 临床上有甲状腺腺瘤、慢性甲状腺炎、结节性甲状腺肿或某些毒性甲状腺肿发生癌变的报道，但这些甲状腺病变与甲状腺癌的关系尚难肯定。以甲状腺腺瘤为例，甲

甲状腺腺瘤绝大多数为滤泡型，仅2~5%为乳头状瘤；如甲状腺癌由腺瘤转变而成，则绝大多数应为滤泡型，而实际上甲状腺癌半数以上为乳头状癌，推测甲状腺腺瘤癌变的发生率也是很小的。（四）遗传因素 约5~10%甲状腺髓样癌有明显的家族史，而且往往合并有嗜铬细胞瘤等闰，推测这类癌的发生可能与染色体遗传因素有关。病理（一）乳头状腺癌是甲状腺癌中最常见的类型，约占70%。大小不一。一般分化良好，恶性程度低。癌组织脆软易碎，色暗红；但老年患者的乳头状癌一般较坚硬而苍白。乳头状癌的中心常有囊性变，囊内布满血性液。有时癌组织可发生钙化，切面呈砂粒样。上述囊性变和钙化与癌肿的恶性程度与预后无关。显微镜下见到癌瘤由柱状上皮乳头状突起组成，有时可混有滤泡样结构，甚至发现乳头状向滤泡样变异的情况。乳头状腺癌叶有完整的包膜，到后期同样可以冲破包膜而侵及四周组织，播用途径主要是淋巴道，一般以颈淋巴结转移最为常见，约在80%的儿童和2%的成年患者可扪及淋巴结，其次是血液转移到肺或骨。（二）滤泡状腺癌 较乳头状腺癌少见，约占甲状腺癌的20%，居第二位，其患者的平均年龄较乳头状癌者大。癌肿柔软，具弹性，或橡皮样，呈圆形、椭圆形或分叶结节形。切面呈红褐色，可见纤维化、钙化、出血及坏死灶。分化良好的滤泡状腺癌在镜下可见与正常甲状腺相似的组织结构，但有包膜、血管和淋巴管受侵袭的现象；分化差的滤泡状腺癌则见不规则结构，细胞密集成团状或条索状，很少形成滤泡。播散途径虽可经淋巴转移，但主要是通过血液转移到肺、骨和肝。有些滤泡状腺癌可在手术切除后相隔很长时间才见复发，但其预后不及乳头状腺癌好。（三）甲状

髓样癌 占甲状腺癌的2~5%。此病由Hazard于1959年首先描述，具有分泌甲状腺降钙素以及伴发嗜铬细胞瘤和甲状腺腺增生（型多发性内分泌肿瘤，MEN）的特点。髓样癌源自甲状腺胚胎的鳃后体（ultimobranchial body），从滤泡旁明亮细胞（C细胞）转变而来。滤泡旁细胞是来源于神经嵴的内分泌细胞，这些内分泌细胞具有一种共同的功能，即能摄取5-羟色胺和多巴胺等前体，经其中的脱羧酶予以脱羧，所以也称为胺前体摄取脱羧细胞（amine precursor uptake and decarboxylation），简称APUD细胞。肿瘤多为单发结节，偶有多发，质硬而固定，有淀粉样沉积，很少摄取放射性碘。癌细胞形态主要由多边形和梭形细胞组成，排列多样化。

（四）甲状腺未分化癌 占甲状腺癌的5%，主要发生于中年以上患者，男性多见。肿块质硬而不规则，固定，生长迅速，很快弥漫累及甲状腺，一般在短期内就可浸润气管、肌肉、神经和血管，引起吞咽和呼吸困难。肿瘤局部可有触痛。显微镜下见癌组织主要由分化不良的上皮细胞组成，细胞呈多形性，常见核分裂相。颈部可出现淋巴结肿大，也有肺转移。该病预后差，对放射性碘治疗无效，外照射仅控制局部症状。临床表现由于甲状腺癌有多种不同的病理类型和生物学特性，其临床表现也因此各不相同。它可与多发性甲状腺结节同时存在，多数无症状，偶发现颈前区有一结节或肿块，有的肿块已存在多年而在近期才迅速增大或发生转移。有的患者长期来无不适主诉，到后期出现颈淋巴结转移、病理性骨折、声音嘶哑、呼吸障碍、吞咽困难甚至Horner综合征才引起注重。局部体征也不尽相同，有呈甲状腺不对称结节或肿块，肿块或在腺体内，随吞咽而上下活动。待四周组织或气

管受侵时，肿块即固定。(一)乳头状癌是一种分化好的甲状腺癌，也是最常见的一种，约占总数的3/4；病灶一般为单发，体积大小不等，最小的直径在0.5cm以下，称之微癌；直径在1cm以下的称之为隐癌，大的病灶直径可大于10cm。小的肿瘤经常是实质性病灶，而大的肿瘤往往伴有囊性变。囊变者可见囊壁有葡萄簇样结节突出囊腔，腔内存有陈旧性血水。该型癌肿一般无包膜，仅5%有不完整包膜。在显微镜下有些肿瘤细胞排列成乳头状，乳头大小不等，长短不一，常见三级以上分支，乳头中心为纤维血管囊，细胞大小均匀；核小、分裂少见。乳头状癌常伴有滤泡状癌的成份，但肿瘤的命名仍为乳头状癌，而不称为滤泡状癌或者混合型。假如乳头状癌中含有未分化癌的成份，而命名应为未分化癌，也意味着这一种未分化癌可能是乳头状癌的进一步恶化。有时肿块很小，颈部淋巴结转移常见被发现。本癌恶性度较低，10年存活率可达88%。乳头状癌在临床上常有甲状腺区孤立性结节，直径多在1cm以上。潜伏性癌多见于尸检，或在已发生颈区淋巴结转移时发现肿块。(二)滤泡状癌占甲状腺癌总数的10%~15%，肉眼检查时看到滤泡状癌是一种实质的具有包膜的肿瘤，包膜上常密布着丰富的血管网，较小的癌肿和甲状腺腺瘤很相似。切面呈红褐色，常可见到纤维化，钙化出血和坏死。组织学上，由不同分化程度的滤泡所构成。分化良好者，滤泡结构较典型，细胞异型性亦较小。这时与腺瘤不易区别，需依靠包膜或血管浸润来确定病理诊断。分化不良者滤泡结构较少，细胞异型较大，核分裂象亦多见，可呈条索状实性的巢状排列。有时癌细胞穿出包膜进入多处静脉中形成癌栓，经常成为远处转移的起点，所以滤泡状

癌多见于血道转移，文献报道占19%~25%。滤泡状癌多见于40~60岁的中老年妇女，临床表现与乳头状癌相类似，但癌块一般较大，较少局部淋巴结转移，而较多远处转移。少数滤泡状癌浸润和破坏邻近组织，可以出现呼吸道阻塞等症状。

(三)甲状腺髓样癌 在1951年由horn首先描述，1959年Hazard等进一步阐明了这种非凡类型的癌。并命名为髓样癌。占甲状腺癌总数的3%~10%，瘤体一般呈圆型或卵圆型，边界清楚，质硬或呈不规则形，伴四周甲状腺实质浸润，切面灰白色或淡红色，可伴有出血坏死及钙化，肿瘤直径平均约2~3cm。显微镜下癌细胞呈卵圆型，多边形或梭形，核分裂少至中等；细胞排列呈巢状束带状或腺腔状。间质中含有数量不等的淀粉样物，癌细胞多时，淀粉样物较少，反之淀粉样物就多；转移灶中也如此。甲状腺髓样癌是一种中度恶性的癌肿，可发生于任何年龄，男女发病率无明显差异，大多数是散发性，约10%为家族性。临床上除了和其他甲状腺癌一样有甲状腺肿块和颈淋巴结转移外，还有其特有的症状。约30%患者有慢性腹泻史并伴有面部潮红似类癌综合症，或cushing代谢综合症，与肿瘤细胞产物有关。家族性髓样癌的特征如下：发病年龄较轻，诊断时平均年龄33岁，散发性髓样癌诊断时平均年龄超过55岁。均为双侧性癌腺叶和多中心病变，肿瘤分布和形态不对称，可能一侧有巨大肿物而对侧仅有组织学征象，但无一例外地均为双侧病变。散发性者多为单侧肿物。家族性髓样癌癌块较小，由于筛查，也有隐性发现。散发性者癌块直径多超过4cm。家族性者较少见淋巴转移，远处转移更少见，可能因发现较早之故。家族性髓样癌多位于滤泡旁细胞集中处，即腺叶上中三

分之一交界处。 家族性髓样癌常伴有嗜铬细胞瘤或甲状旁腺功能亢进。(四)甲状腺未分化癌 系高度恶性肿瘤，较少见，约占全部甲状腺癌的5%~10%，好发于老年人。未分化癌生长迅速，往往早期侵犯四周组织。肉眼观癌肿无包膜，切面呈肉色，苍白，并有出血、坏死，组织学检查未分化癌可分为梭型细胞型及小细胞型两种。主要表现为颈前区肿块，质硬、固定、边界不清。常伴有吞咽困难，呼吸不畅，声音嘶哑和颈区疼痛等症状。两颈常伴有肿大淋巴结，血道转移亦较常见。 诊断甲状腺癌的诊断贵在早期。凡发现孤立性甲状腺结节，临床上都要排除甲状腺癌的可能。如结节坚硬而不平整，伴颈淋巴结肿大、喉返神经麻痹或以往有颈部反射史者，癌肿的可能性很大。同样，如在甲状腺的多发性结节中发现一个结节非凡突出而且较硬，也应疑有甲状腺癌的可能。此外，如甲状腺本身出现不对称的肿大或硬结，且增大迅速，或已固定，都应考虑甲状腺癌的可能。在诊断时，不要过份依靠肿块表面不平和质地坚硬作为甲状腺癌的特征。有些甲状腺癌的肿块可以很柔软，光滑，活动度也大，这在乳头状腺癌中不少见。相反，钙化严重的甲状腺癌瘤、结节性甲状腺以及硬化性甲状腺炎质地较硬，表面有颗粒感，易误诊为甲状腺癌。认为甲状腺结节囊性病变都属良性，这显然是不全面的。有报道囊性病灶恶变率为1.4%，甲状腺癌的囊变率也随其结节长大而增高。¹³¹I 或^{99m}Tc甲状腺扫描只能反映出结节的形态及其摄取同位素功能，不能确定其性质。但从临床资料表明，在热结节、温结节、凉结节和冷结节的扫描图象中，甲状腺癌的可能性循序依次递增。扫描可检出0.5cm以上的结节，如其丧失摄取同位素的功能，可无考虑

为甲状腺癌（应经超声检查排除囊肿的存在），但要注重甲状腺癌非都表现为冷结节。此外，同位素分布的缺损与肿瘤的大小有关，有时功能减损的肿瘤图象可被正常甲状腺组织所掩盖。少数甲状腺癌显示为热结节。上述检查不能确诊时，可行细针抽吸细胞学检查，宜在手术前1日进行，诊断符合率高。在10%病例中不能作出进一步的细胞分类，仍需手术探查，作组织学检查。对甲状腺髓样癌，可应用血清降钙素测定以及给钙或五***胃泌素刺激试验来作出诊断。个别病人所患的甲状腺癌恶性度较高，首先表现为转移癌而肿大的颈淋巴结，原发甲状腺癌反而未被病人察觉，一般说来，甲状腺单发结节较多发结节或结节性甲状腺肿更有可能为恶性。病人有下列表现者应警惕癌性结节的可能。在地方性甲状腺肿非流行区，14岁以下儿童的甲状腺单个结节，其中10%~50%是恶性。但都是分化好的甲状腺癌。成年男性甲状腺内的单发结节。多年存在的甲状腺结节，短期内明显增大。滨海居住的患者，单发结节为癌的机会远比来自地方性甲状腺肿流行区的患者为高。儿童期头颈部曾接受过放射治疗的患者，甲状腺单个结节更可疑。查体表现结节质地坚硬，固定不规则或伴同侧颈部淋巴结肿大。声带麻痹。

颈部拍片示甲状腺内的钙化阴影为云雾状或颗粒状。边界不规则，甲状腺癌导致的气管狭窄经常是左右径、前后径可以正常。B超检查呈实性或囊实性，内部回声不均匀，边界不清楚和不规则。穿刺检查发现肿瘤细胞，对囊性肿物抽出液可能逐渐变为暗红色，这是甲状腺乳头腺癌转移灶的一种特征。治疗(一)外科治疗 外科治疗主要涉及两个问题，一是对可疑为癌的甲状腺结节如何正确处理?二是对已确诊的甲

状腺癌应该采用何种最佳治疗方案。1. 对可疑甲状腺癌性结节的处理：比较合理的方案是进行筛选，对所有甲状腺结节常规做¹³¹I扫描。除了¹³¹I扫描显示为功能性或炎性结节外，都采用了手术探查。尤其有下列情况者更应早期手术治疗。不除外癌性结节。直径大于3~5cm囊性结节，或穿刺检查找到癌细胞或2~3次穿刺后不消失者。超声检查为实质性肿物。对单发结节的术式选择，由于单发结节癌的发生率高，可达5%~35%，至今又无可靠方法判定，甚至术中冰冻切片检查也有个别漏诊者，而且单纯结节摘除后，术后复发率较高。可达16.7%。因此，我们常规对甲状腺单发实性结节、囊实性结节及囊性结节>4cm者均行患侧腺叶切除加峡部切除术，术中未发现淋巴结肿大者，不给颈清术。2. 对已确诊为甲状腺癌者应采用何种处理规则，要取决于患者的体质情况，癌肿的病理类型和临床分期。(1)乳头状癌：临床上具有恶性程度低，颈淋巴结转移率高，好发于中青年妇女等特点，所以手术治疗必须考虑以上这些因素。假如癌肿局限在一侧的腺体内，可将患侧腺体连同峡部全部切除，同时行对侧腺体大部切除。但假如癌肿已侵及左右两叶，则需将两侧腺体连同峡部全部切除。手术后5年治愈率可达80%以上。临床实践证实，对没有颈淋巴结转移的乳头状腺癌不需同时清除患侧颈淋巴结，预防性颈淋巴结清除不能提高治愈率。但应强调术后随访有重要性，然而对边远山区或农村的患者缺乏随访条件应区别对待。对颈部有淋巴结肿大的患者，进行包括颈淋巴结清扫术在内的甲状腺癌联合根治术，国内外的方案都是一致的。(2)滤泡状腺癌：虽是低度恶性甲状腺癌，但它的转移方式主要是血道转移，淋巴结转移约占20

%，临床上无颈部淋巴结肿大者，一般不作预防性颈清扫术。有颈淋巴结转移者不一定同时有血道转移，所以治疗性颈清扫术还是必要的。(3)髓样癌：恶性程度中等，常沿淋巴道及血道转移，一旦颈部淋巴结转移，即可较快浸润到包膜外，累及四周组织，所以确诊后不管临床能否及肿大淋巴结，一律做选择性颈淋巴结清扫术。伴有嗜铬细胞瘤者，在甲状腺手术以前首先要处理嗜铬细胞瘤，否则术中会激发高血压，影响手术顺利进行。(4)未分化癌：由于本病病程短，进展快，首诊时大多数已失去根治机会，预后恶劣，不宜手术治疗或仅能做活检以明确诊断。但偶然有病灶较小，适宜手术的还应积极争取作根治性手术。(二)化学治疗 分化型甲状腺癌对化疗反应差，仅有选择的和其他治疗方法联用于一些晚期局部无法切除或远处转移的病人。以阿霉素最有效，反应率可达30%~45%，可延长生命，甚至在癌灶无缩小时长期生存。相比而言，未分化癌对化疗则较敏感，多采用联合化疗，常用药物，阿霉素(ADM)环磷酰胺(CTX)，丝裂霉素(MMC)，长春新碱(VCR)，如COA方案CTX0.8d1VCR1.4mg/m²d1d8,ADM 30~40mg/m²d1。每21天1周期。(三)内分泌治疗 甲状腺素能抑制TSH分泌，从而对甲状腺组织的增生和分化好的癌有抑制作用，对乳头状癌和滤泡状癌有较好的治疗效果。因此，在上述类型甲状腺癌手术后常规给预抑制TSH剂量甲状腺素，对预防癌有复发和转移灶的治疗均有一定效果，但对未分化癌无效。国内一般天天用干燥甲状腺片80~120mg，以维持高水准的甲状腺激素的水平。(四)放射治疗 各种类型的甲状腺癌对放射线的敏感性差异很大，几乎与甲状腺癌的分化程度成正比，分化越好，敏感性越差，分

化越差，敏感性越高。因此，未分化癌的治疗主要是放射治疗。甲状腺癌有一定吸碘能力。预防及预后在恶性肿瘤中，甲状腺癌的预后总的说来是好的，不少甲状腺癌已有转移，但病人仍能存在活十余年。涉及预后的因素很多，诸如年龄、性别、病理类型、病变的范围、转移情况和手术方式等，其中以病理类型最为重要。分化良好的甲状腺癌患者，95%可以较长期存活，非凡是乳头状腺癌的生物特性倾向良好，预后最好，但少数也可间变为恶性程度极高的未分化癌；未分化癌的预后最差，病人往往在半年内死亡。肿瘤体积越大，浸润的机会越多，其预后也越差。据有关统计学资料，有无淋巴结转移不影响病人的生存率，原发肿瘤未获控制或出现局部复发可致死亡率增高，肿瘤直接蔓延或浸润的程度比淋巴强巴转移更具有重要性。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com