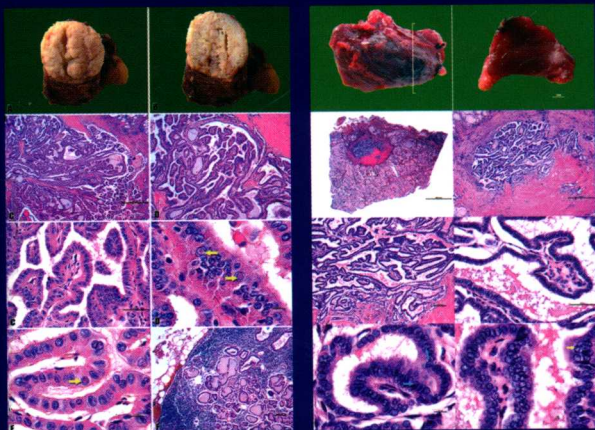


甲状腺细胞 病理图谱

JIAZHUANGXIAN XIBAO BINGLI TUPU

主 审 纪小龙 吉 米
主 编 戴 军 方先勇



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

甲状腺细胞 病理图谱

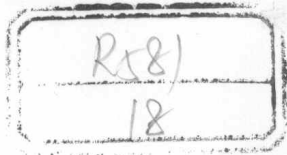
甲状腺细胞病理学图谱 / 甲状腺细胞病理学图谱 / 甲状腺细胞病理学图谱

主编 魏永强 主编
副主编 李 强 李 强



人民卫生出版社

www.pmph.com



甲状腺细胞病理图谱

JIAZHUANGXIAN XIBAO BINGLI TUPU

主 审 纪小龙 吉 米
主 编 戴 军 方先勇
副主编 贾支红 包建东 朱 云
编 者 (以姓氏笔画为序)
丁永玲 方先勇 孔庆充
包建东 朱 云 邬宏恂
吴永平 沈海燕 林秀峰
贾支红 戴 军



中医学院 0608674



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP)数据

甲状腺细胞病理图谱 / 戴 军, 方先勇主编. —北京: 人民军医出版社, 2013. 1

ISBN 978-7-5091-6180-7

I. ①甲… II. ①戴…②方… III. ①甲状腺疾病—细胞学—病理学—图谱 IV. ①R581.02-64

中国版本图书馆CIP数据核字 (2012) 第300562号

策划编辑: 张利峰 文字编辑: 刘胜勤 刘新瑞 责任审读: 吴 然

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通讯地址: 北京市100036信箱188分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8700

网址: [www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷: 三河市潮河印业有限公司 装订: 恒兴印装有限公司

开本: 889mm×1194mm 1/32

印张: 10.375 字数: 222千字

版、印次: 2013年1月第1版第1次印刷

印数: 0001—2500

定价: 88.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内 容 提 要

本书分总论和各论两部分。总论介绍了甲状腺病理相关临床概念、甲状腺病变超声影像和超声引导穿刺、甲状腺细针穿刺技术与标本制备、甲状腺细胞学基础和报告系统等内容。各论从病理诊断程序、诊断标准、鉴别诊断、辅助诊断技术、临床处理和预后等方面分别对甲状腺炎性和淋巴样病变、甲状腺胶质为主病变、甲状腺滤泡性病变、甲状腺嗜酸细胞病变、甲状腺囊性病变、甲状腺乳头状病变、甲状腺髓样癌、甲状腺未分化癌和继发性肿瘤给予系统介绍，并配有大量图片，可供病理科医技人员参考使用。

前 言

甲状腺是人体重要的内分泌腺，全身及甲状腺自身功能的改变都会引起甲状腺形态的改变，进而导致相应的功能异常。因此，甲状腺疾病的种类繁多，病理表现复杂，除了炎症和肿瘤，还有自身免疫和内分泌异常引起的病变。要得到准确的诊断，特别是良、恶性的鉴别，必须依靠病理诊断。而病理诊断又是综合性分析和判断，需要经验的积累。为了帮助低年资医师提高读片、诊断水平，我们将近千张各种甲状腺病理图片展示给大家，并从诊断程序、诊断标准、鉴别诊断和诊断误区、辅助诊断技术、临床处理和预后等方面给予系统介绍。最后还附有典型临床病例供参考。

本书的编写力求体现形象生动、具体实用的特点，希望能对从事甲状腺病理诊断工作的医师有所帮助。

对于本书中存在的不足之处，敬请广大读者批评指正。

编 者

2012年7月

目 录

第一部分 总 论

第1章 概述	3
一、甲状腺癌的发病率	4
二、甲状腺细针穿刺的准确性	5
三、甲状腺癌的分类	5
第2章 甲状腺病变超声影像和超声引导穿刺	8
一、检查基础	9
二、正常甲状腺超声表现	9
三、甲状腺弥漫性疾病	10
四、肿瘤性疾病	14
五、超声引导下细针穿刺细胞学检查	22
第3章 甲状腺细针穿刺技术与标本制备	34
一、穿刺前的评估	34
二、细针穿刺操作步骤	36
三、标本制备	41

第4章 甲状腺细胞学基础和报告系统	47
一、甲状腺细胞学基础概念	47
二、甲状腺细针穿刺涂片报告系统	66

第二部分 各 论

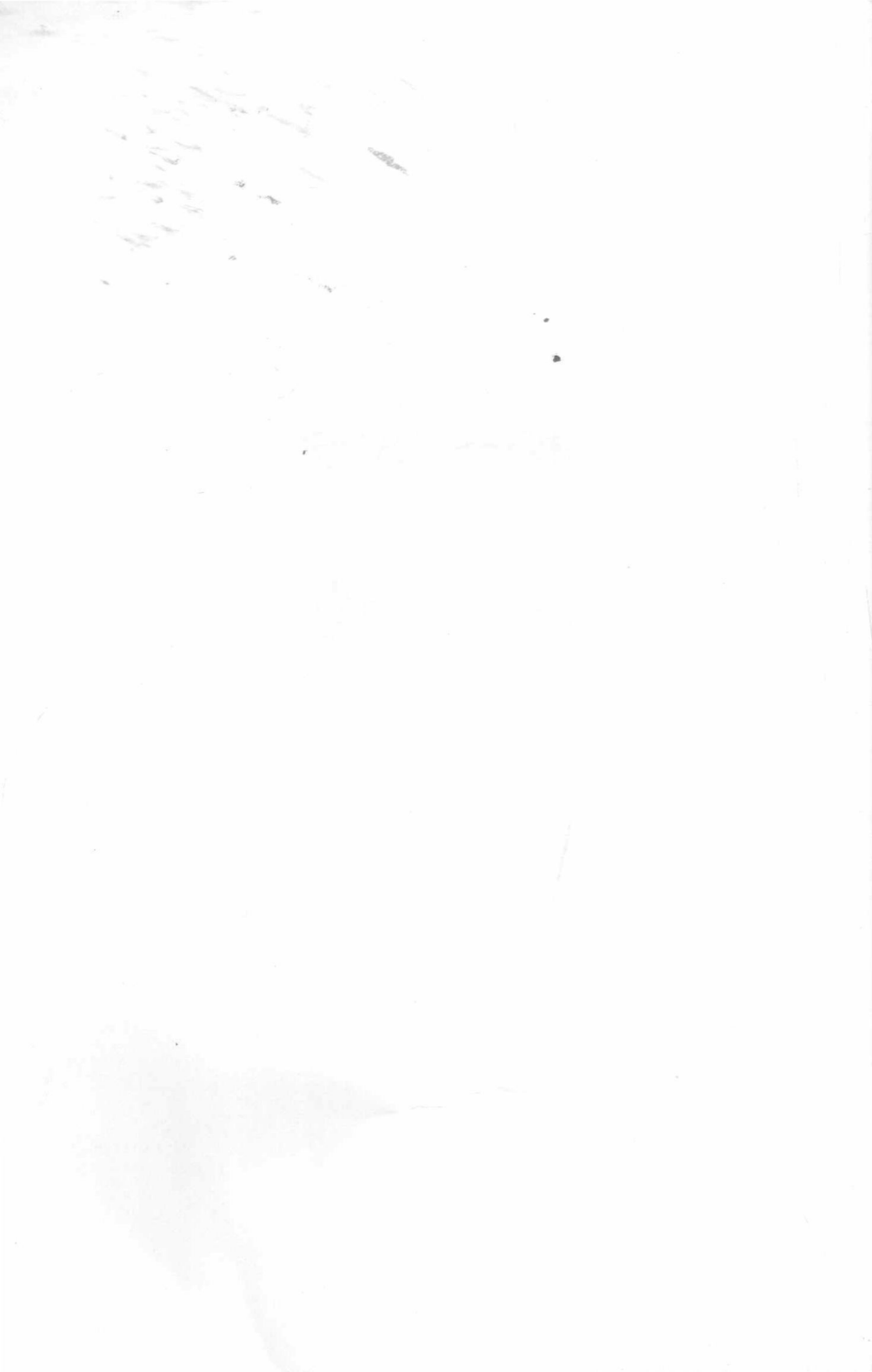
第5章 甲状腺炎性和淋巴样病变	71
一、概述	71
二、诊断程序	74
三、诊断标准	75
四、鉴别诊断	87
五、辅助诊断	92
六、临床处理和预后	92
第6章 甲状腺胶质为主病变	96
一、诊断术语	96
二、诊断程序	97
三、诊断标准	99
四、鉴别诊断	105
五、辅助诊断技术	106
六、临床处理和预后	108
第7章 甲状腺滤泡性病变	110
一、诊断程序	111
二、诊断标准	112
三、鉴别诊断和诊断误区	131

四、辅助诊断技术	135
五、临床处理和预后	136
第 8 章 甲状腺嗜酸细胞病变	139
一、诊断程序	142
二、诊断标准	143
三、鉴别诊断	150
四、辅助诊断技术	155
五、临床处理和预后	156
第 9 章 甲状腺囊性病变	158
一、诊断程序	159
二、诊断标准	162
三、鉴别诊断	177
四、辅助诊断技术	178
五、临床处理和预后	178
第 10 章 甲状腺乳头状病变	180
一、诊断程序	181
二、诊断标准	181
三、鉴别诊断和诊断误区	236
四、辅助诊断技术	238
五、临床处理和预后	243
第 11 章 甲状腺髓样癌	250
一、诊断程序	251
二、诊断标准	251
三、鉴别诊断	264

四、辅助诊断技术	268
五、临床处理和预后	271
第 12 章 甲状腺未分化癌和继发性肿瘤	274
一、诊断程序	275
二、诊断标准	275
三、鉴别诊断	283
四、辅助诊断技术	289
五、临床处理和预后	289
附录 A 病例精选	293

第一部分

总 论



第 1 章

概 述

甲状腺结节是甲状腺疾病最常见的临床表现之一。在正常人群中，4%～7%的成年人可触及到甲状腺结节，高达70%的成年人在体检时不能触及，但可被超声检出亚临床甲状腺结节。女性人群中甲状腺结节比男性更为普遍，而且多发性结节比单发结节更为常见。这些甲状腺结节中有90%～95%是良性的，其中包括种类多样的病变，例如腺瘤性结节、单纯性甲状腺囊肿、胶质结节、滤泡性腺瘤、桥本甲状腺炎、亚急性甲状腺炎和发育异常等病变。

甲状腺结节中只有一小部分是恶性结节，如何确定是甲状腺良性结节成为临床的一大难题。甲状腺细针穿刺检查已经成为处理这一问题的最有效的方法。作为甲状腺癌的筛选方法，细针穿刺检查能帮助从中选择出可能是恶性而需要手术的患者，从而使得诸多良性结节患者免除不必要的外科手术。由于细针穿刺的广泛应用，使得需要甲状腺手术的患者数量减少了50%以上，甲状腺切除标本的恶性率提高了2～3倍，从而降低了25%以上的治疗费用。桥本甲状腺炎、亚急性甲状腺炎等一些通常由内科处理的甲状腺炎症性疾病可能破坏滤泡，导致出现一过性甲状腺毒血症的临床表现，必须与毒性弥漫性甲状腺肿（格雷夫斯病）相鉴别，因为它们的治疗方案迥然不同，细针穿刺检查通常能够明确地将桥本甲状腺炎等炎症性疾病与毒性

弥漫性甲状腺肿区分开来，使之得到正确的临床处理。甲状腺细针穿刺现在已经被外科医师和内分泌学家广泛接受，作为评估甲状腺结节的一种安全、有效、准确的方法。

与甲状腺活检和粗针穿刺相比，甲状腺结节细针穿刺的创伤小、痛苦少、费用低、报告快，易为患者所接受，作为评估甲状腺结节的主要诊断技术，已经在临床得到广泛应用。经 30 多年的实践，甲状腺细针穿刺检查在甲状腺结节的诊疗过程中发挥着关键作用，已成为指导临床医师制定甲状腺结节患者治疗方案的最准确和经济有效的检查技术。然而，以往不同医院和实验室之间使用的诊断术语不一致，造成临床概念上的紊乱。因此本书采用了 2009 年版贝塞斯达系统中关于甲状腺细胞病理学的报告术语、形态学诊断标准和报告模式，并依据甲状腺细针穿刺标本的一些关键性细胞学特征，结合甲状腺细胞病理学报告的贝塞斯达系统制定的评估甲状腺结节的细针穿刺细胞学诊断流程。

一、甲状腺癌的发病率

甲状腺癌并不少见，占全身恶性肿瘤的 0.2% ~ 1%。国内普查报道，甲状腺癌的发病率为 11.44/10 万，其中男性为 5.98/10 万，女性 14.56/10 万。近 10 年来，甲状腺恶性肿瘤的发病率上升了近 3.9 倍。甲状腺癌发病率的增加，部分由于高分辨率超声技术的广泛应用，显著提高了乳头状微小癌的检出率。在美国，甲状腺癌约占全身恶性肿瘤新病例总数的 2%，占每年癌肿相关死亡总数的 0.5%。全世界范围内，甲状腺癌的发病率在 0.5/10 万 ~ 10/10 万，在女性最常见恶性肿瘤中排第 6 位。尽管大多数甲状腺癌是分化良好的肿瘤，具有很好的预后，但是其中的甲状腺未分化癌恰是人类最具有侵袭性的恶性肿瘤之一，平均只有 2 ~ 6 个月的存活期。

细针穿刺诊断的甲状腺癌中最常见的类型是乳头状癌，据本院近 10 年的年度统计，乳头状癌占有所有甲状腺恶性肿瘤的 74% ~ 90%，然后依次是滤泡癌（5% ~ 15%）、髓样癌（2% ~ 5%）、未分化癌（1% ~ 2%），甲状腺原发性淋巴瘤和转移性恶性肿瘤均低于 1%。

二、甲状腺细针穿刺的准确性

甲状腺细针穿刺作为一种能准确评估甲状腺结节的方法而被广泛接受，被认为是实用的检测甲状腺癌最为敏感和特异的非手术性方法。其他评估甲状腺结节的方法，比如血清检测、超声显像和放射性核素扫描等都远不及细针穿刺检查，对于某些甲状腺肿瘤，例如乳头状癌，甚至有报道说细针穿刺标本的细胞学评估优于术中冷冻切片诊断。

研究数据表明，甲状腺细针穿刺在满意标本中的准确率已经达到 95% 以上，阳性预测值 89% ~ 98%，阴性预测值 94% ~ 99%。然而，这些数据显然与细针穿刺操作者的技巧以及细胞病理学家读片的专业水平密切相关，而且也会受到那些分类为“意义不明确”和“可疑”病例的统计方法的影响。另外，甲状腺细针穿刺分类为良性的准确性很难评定，因为这一组的多数患者是不需要手术的。细针穿刺也会出现假阳性和假阴性，但是在大多数报道中它们都非常罕见，通常低于 1%，这些假阴性率仅仅是来源于细针穿刺后接受了手术切除的患者的数据，接受细针穿刺检查后，实际上大约只有 18% 的患者施行外科手术治疗，因而假阴性率有被低估的可能。

三、甲状腺癌的分类

预测甲状腺癌是否具有侵袭性的最重要的临床病理因素是患者年龄、肿瘤大小和肿瘤分期。我们依据细胞学和组织学特

征将甲状腺滤泡细胞肿瘤分为临床侵袭性不同的三大类型：高分化癌、低分化癌和未分化癌（图 1-1）。

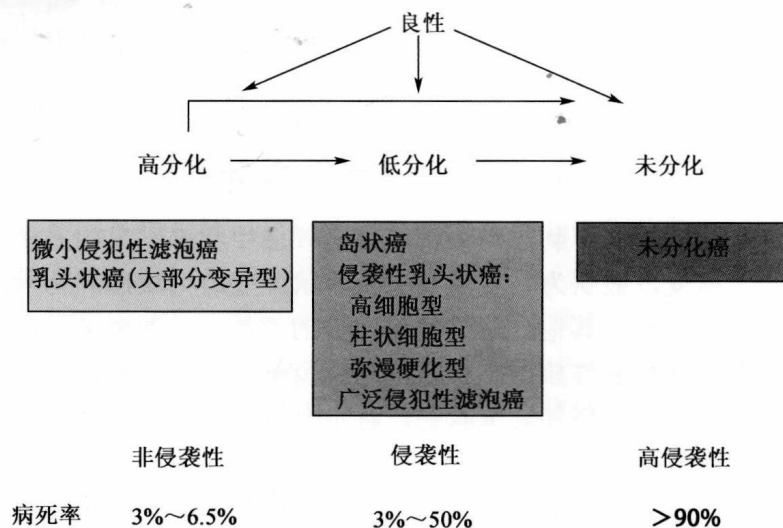


图 1-1 滤泡起源甲状腺癌的分类

高分化甲状腺癌占甲状腺癌的大多数，有良好的预后，病死率在 3% ~ 6%。与其相反，未分化甲状腺癌是具有高度侵袭性的恶性肿瘤，病死率高达 90% 以上，平均生存期只有 2 ~ 6 个月。低分化癌的临床行为和病死率介于高分化癌和未分化癌之间。随着甲状腺癌生物学行为、分子学特征以及细胞和组织形态学特征研究的进展，这三类甲状腺癌（特别是低分化癌）的分型更加明晰，2007 年的都灵方案提供了统一的系列诊断标准，进一步明确了甲状腺癌的低分化癌这一亚型（参见第 7 章）。一些低分化癌的病例可能从分化较好的癌肿进展而来，然而有的低分化和未分化癌也可能直接形成，因为它们不具有一个进展的微观证据。

参考文献

- [1] Baloch ZW, LiVolsi VA. Diagnostic terminology and morphologic criteria for cytologic diagnosis of thyroid lesions:a synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagn Cytopathol*, 2008, 36:425-437.
- [2] Rosai J, Carcangiu ML, DeLellis RA. Tumors of the thyroid gland. In: *Atlas of tumor pathology. 3rd series, fascicle 5.* Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1992.
- [3] Lloyd RV, Erickson LA, Casey MB, et al. Observer variation in the diagnosis of follicular variant of papillary thyroid carcinoma. *Am J Surg Pathol*, 2004, 28:1336-1340.
- [4] Borget I, Vielh P, Leboulleux S, et al. Assessment of the cost of fine-needle aspiration cytology as a diagnostic tool in patients with thyroid nodules. *Am J Clin Pathol*, 2008, 129:763-771.
- [5] Hamburger JI, Husain M, Nishiyama R, et al. Increasing the accuracy of fine-needle biopsy for thyroid nodules. *Arch Pathol Lab Med*, 1989, 113:1035-1041.
- [6] The American Thyroid Association Guidelines Taskforce. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*, 2006, 16:1-33.
- [7] Volante M, Collini P, Nikiforov YE, et al. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Tourin Proposal for the use of uniform diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol*, 2007, 31:1256-1264.