

头颈部肿瘤多学科诊疗 病例精选

李正江 主编



 人民卫生出版社

扫码获取人卫
临床 / 用药助手

头颈部肿瘤多学科诊疗 病例精选

主 审 唐平章 徐震纲

主 编 李正江

副主编 张宗敏 徐 伟

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 玲 大连市友谊医院

王之奇 山东省肿瘤医院

田 涛 山东省曹县人民医院

宁文娟 中国医学科学院肿瘤医院

吕正华 山东省耳鼻喉医院

刘 杰 中国医学科学院肿瘤医院

刘 皖 中国医学科学院肿瘤医院

刘学识博杰 吉林大学第二医院

李正江 中国医学科学院肿瘤医院

李会政 大连市友谊医院

李春齐 云南省玉溪市人民医院

邱小平 陕西省人民医院

张宗敏 中国医学科学院肿瘤医院

陈明骞 北京桓兴肿瘤医院

徐 伟 山东省耳鼻喉医院

徐思源 中国医学科学院肿瘤医院

黄 楠 中国医学科学院肿瘤医院

黄樱城 中国医学科学院肿瘤医院

温树信 山西医科大学第一医院

魏福国 山东省曹县人民医院

秘 书 (以姓氏笔画为序)

安常明 中国医学科学院肿瘤医院

张亚冰 中国医学科学院肿瘤医院

张溪微 中国医学科学院肿瘤医院

赵博慧 中国医学科学院肿瘤医院



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

头颈部肿瘤多学科诊疗病例精选 / 李正江主编. —
北京: 人民卫生出版社, 2019
ISBN 978-7-117-27929-1

I. ①头… II. ①李… III. ①头颈部肿瘤 — 诊疗 — 病
案 — 汇编 IV. ① R739.91

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 079082 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

头颈部肿瘤多学科诊疗病例精选

主 编: 李正江

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司 (胜利)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 23

字 数: 560 千字

版 次: 2019 年 6 月第 1 版 2019 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-27929-1

定 价: 178.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



李正江，国家癌症中心、国家肿瘤临床医学中心、中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院头颈外科，主任医师，博士生导师。1988年7月毕业于山东医科大学医学系，获学士学位；2000年7月毕业于中国协和医科大学，获博士学位。2004年以访问学者在英国普尔医院学习。大学毕业后一直在中国医学科学院肿瘤医院工作。目前担任中国医药教育协会常务副理事，中国医药教育协会头颈肿瘤专业委员会主任委员，北京抗癌协会甲状腺癌专业委员会副主任委员；中国医疗保健国际交流促进会耳鼻咽喉头颈外科分会委员；曾担任中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会委员。目前担任《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》《中国耳鼻咽喉头颈外科杂志》《国际耳鼻咽喉头颈外科》《中国医药科学》编委。目前主要从事头颈肿瘤的外科治疗，对甲状腺肿瘤、腮腺肿瘤、喉癌、下咽癌、口腔口咽癌、颈段食管癌、鼻腔鼻窦癌和鼻咽癌及头颈部的软组织肿瘤等外科治疗积累了丰富的经验。在根治肿瘤的同时，主张对颈面部术后缺损的一期修复，以提高患者的生活质量。近年来对甲状腺癌，提出了择区性颈淋巴结清扫术在甲状腺癌患者应用，大大改善了患者的生活质量。第一作者和通信作者发表论文40余篇，参与著书5部，其中主编1部。

序

李正江医师等一批后起之秀编写的《头颈部肿瘤多学科诊疗病例精选》，是一本短小精悍、生动活泼的专业读物，所选用的病例都是编者自己诊治过的实例，读来真实可信，既可作为青年专科医生们很好的良师益友，也适合其他科医师浏览。

恶性肿瘤多学科综合治疗（multi-disciplinary team, MDT）是诊治恶性肿瘤的重要原则。从 20 世纪 70 年代开始，手术方法的精进及多学科综合治疗方案的应用提升了头颈部肿瘤患者的生存时间和生活质量。1990 年同步放化疗首次用于头颈部肿瘤，1991 年诱导化疗方案用于临床，提高了患者的器官功能保留率；1999 年肯定了同步放化疗与单独放疗相比，对晚期头颈部肿瘤治疗效果明显提高；2006 年西妥昔单抗靶向治疗联合标准化疗方案用于晚期头颈部肿瘤患者，疗效得到肯定，2011 年获得 FDA 批准。

肿瘤诊治的手段、技术在快速发展，针对基因突变或缺失的更多的靶向药物、免疫药物、基因编辑和改造技术、大数据、人工智能等，肿瘤技术进入精准化、智慧化时代，MDT 的内容必将更丰富，更好地服务于患者。

本书不仅详细描述了常见头颈部肿瘤的诊治过程，同时详细介绍了同种类型肿瘤的不同手术方式，而且结合指南和共识详细阐述了不同头颈部肿瘤的治疗原则。图文并茂，层次清晰。不同手术方式的详细记载，体现了编者精湛的外科技术，同时反映编者在各自的岗位结合各自的特点，合理地应用综合治疗措施。

目前我国头颈部肿瘤的治疗水平参差不齐，本书的出版有助于推动头颈部肿瘤的规范化治疗，为提高我国头颈部肿瘤诊治水平尽一份微薄的力量。

作为头颈部肿瘤临床工作的一名老兵，我推荐这本书，也希望在今后的再版时，能看到更多精彩的病例。

感谢人民卫生出版社为本书的出版提供了有利条件，感谢参与编写的同道们。最后，在编写过程中，难免出现差错，恳请读者海涵并批评指正。

唐平章

2019 年 3 月

前言

肿瘤多学科综合治疗（multi-disciplinary team, MDT）是根据病人的身心状况、肿瘤的具体部位、病理类型、侵犯范围（病期）和发展趋向，结合细胞分子生物学的改变，有计划、合理地应用现有的多学科各种有效治疗手段，以最适当的经济费用取得最好的治疗效果，同时最大限度地改善病人的生活质量。

头颈部肿瘤是人类最常见的类型之一，占全身恶性肿瘤的 5%，是世界范围第 6 大常见的恶性肿瘤，列肿瘤相关死亡原因的第 8 位。全球每年新诊断 644 000 例头颈癌患者，其中 2/3 在发展中国家，发病率也在逐年增加。头颈部肿瘤由于其特殊的解剖学部位，复杂而多样的类型，以及患者对功能保留的生活质量的需求，使得多学科综合治疗的需求更为迫切。由中国医学科学院肿瘤医院头颈外科、放疗科、内科、病理科及影像诊断科成立了头颈部肿瘤多学科综合治疗协作组，科室间对一些头颈部肿瘤疑难病例进行讨论以寻求合理、个性化的综合治疗方案。随着肿瘤治疗专业化的不断推进，头颈部恶性肿瘤的多学科综合治疗理念的不断强化，多学科综合治疗模式已成为提示诊疗质量的重要保障。

本书收集了 53 例常见的头颈部肿瘤，从病史采集、影像学检查、实验室检查、内镜检查、治疗过程、随访过程，均给予详细记载，针对不同的病例，结合目前的指南和共识，给予分析讨论，为具有初步临床经验的头颈部肿瘤医师，尤其头颈外科医师提供了很好的学习平台。参与该书编写的所有编者均师从中国著名的头颈外科医师唐平章教授，体现了各自在不同的岗位、不同的医院对头颈部肿瘤综合治疗的不同理解和处理，希望该书的出版，能够进一步强化头颈部肿瘤多学科的综合治疗，加强头颈部肿瘤专业队伍的培养，提高头颈部肿瘤患者的生存率，改善其生活质量。

感谢各位同道的阅读，在阅读过程中遇到不当之处，恳请批评指正。

李正江

2019 年 3 月

目 录

甲 状 腺 癌

病例 1	胸内甲状腺肿合并甲状腺乳头状癌	2
病例 2	甲状腺乳头状癌右颈部淋巴结转移	6
病例 3	甲状腺乳头状癌右颈部淋巴结转移	11
病例 4	甲状腺乳头状癌外院术后复发，右颈部淋巴结及双肺转移	16
病例 5	甲状腺乳头状癌侵犯气管，双侧颈、上纵隔淋巴结转移，双肺转移及无名动脉出血	21
病例 6	甲状腺滤泡癌外院术后复发，双侧颈部及上纵隔淋巴结转移	29
病例 7	甲状腺髓样癌	34
病例 8	甲状腺髓样癌右颈部淋巴结转移	37
病例 9	甲状腺髓样癌双侧颈部淋巴结转移	41
病例 10	甲状腺髓样癌双侧颈部及纵隔淋巴结转移	47
病例 11	甲状腺癌侵及气管、食管及双侧颈部淋巴结转移	52
病例 12	甲状腺癌外院术后复发，右颈部淋巴结转移及右声带麻痹	58

喉 癌

病例 13	声门型喉癌（T2N0M0）垂直部分喉切除	68
病例 14	声门型喉癌（T3N0M0）左扩大垂直部分喉切除	75
病例 15	声门型喉癌（T2N0M0）喉部分切除	79
病例 16	声门型喉癌外院激光术后复发，部分喉切除，再次复发后近全喉切除	84
病例 17	声门型喉癌部分喉切除，肺癌右肺叶切除及淋巴结清扫，喉癌复发后全喉切除及双侧颈部淋巴结清扫	93
病例 18	声门上型喉癌水平部分喉切除术，肺癌化疗	100
病例 19	声门上型喉癌扩大水平部分喉切除及双侧颈清扫，复发后放射治疗	108

病例 20	声门上型喉癌扩大水平喉切除及右侧颈清扫	115
病例 21	声门上型喉癌全喉切除及双侧颈部淋巴结清扫	119

下 咽 癌

病例 22	下咽癌右颈淋巴结转移放化疗后局部复发	128
病例 23	下咽癌外院同步放化疗术后复发侵及食管入口	139
病例 24	下咽癌合并早期食管癌及同步放化疗	157
病例 25	下咽癌左颈淋巴结转移	167
病例 26	下咽癌右颈淋巴结转移	171
病例 27	下咽癌双侧颈部淋巴结转移及术前同步放化疗	176
病例 28	下咽癌左颈部淋巴结转移	182
病例 29	下咽癌合并食管癌	186

口 咽 癌

病例 30	口咽侧壁鳞癌根治性放疗	194
病例 31	左口咽侧壁鳞状细胞癌	205
病例 32	舌根腺样囊性癌	209

颈段食管癌

病例 33	颈段食管癌外院放化疗后复发	228
病例 34	颈段食管癌外院放化疗后复发，侵及下咽	235
病例 35	颈段食管癌	245
病例 36	食管癌合并喉癌	253

口 腔 癌

病例 37	右磨牙后鳞状细胞癌	262
病例 38	左上牙龈鳞癌	265
病例 39	下牙龈鳞状细胞癌双侧颈部淋巴结转移	271
病例 40	右下牙龈癌双侧颈部淋巴结转移	276
病例 41	右口底鳞状细胞癌	285
病例 42	舌癌外院术后复发	289

病例 43 舌癌293

病例 44 舌癌299

—————| 鼻腔鼻窦癌 |—————

病例 45 左鼻腔鼻窦低分化腺癌术后放疗后复发306

病例 46 鼻腔恶性黑色素瘤316

病例 47 左上颌窦癌外院放化疗后右颈部淋巴结转移322

病例 48 上颌窦癌外院放疗后328

病例 49 上颌窦恶性纤维黏液肉瘤术后放疗后复发333

—————| 其他良性肿瘤 |—————

病例 50 鼻中隔及鼻咽部 Rosai-Dorfman 病342

病例 51 右咽旁间隙肿物346

病例 52 左颈巨大淋巴结增生症350

病例 53 甲状旁腺囊肿355

甲状腺癌

- 病例 1 胸内甲状腺肿合并甲状腺乳头状癌
- 病例 2 甲状腺乳头状癌右颈部淋巴结转移
- 病例 3 甲状腺乳头状癌右颈部淋巴结转移
- 病例 4 甲状腺乳头状癌外院术后复发，右颈部淋巴结及双肺转移
- 病例 5 甲状腺乳头状癌侵犯气管，双侧颈、上纵隔淋巴结转移，
双肺转移及无名动脉出血
- 病例 6 甲状腺滤泡癌外院术后复发，双侧颈部及上纵隔淋巴结转移
- 病例 7 甲状腺髓样癌
- 病例 8 甲状腺髓样癌右颈部淋巴结转移
- 病例 9 甲状腺髓样癌双侧颈部淋巴结转移
- 病例 10 甲状腺髓样癌双侧颈部及纵隔淋巴结转移
- 病例 11 甲状腺癌侵及气管、食管及双侧颈部淋巴结转移
- 病例 12 甲状腺癌外院术后复发，右颈部淋巴结转移及右声带麻痹

【病例简介】

患者男性，51岁。因体检发现甲状腺肿物3周于2017年3月23日收住院。3周前患者家属发现患者颈部肿胀，无声音嘶哑，无吞咽和呼吸困难。在当地医院检查，颈部超声示：甲状腺右叶囊实性混合结节，甲状腺左叶多发结节，结节性甲状腺肿可能；甲状腺左叶实性结节，建议手术治疗。为进一步诊治，于2017年3月10日来本院就诊。做颈胸部CT示：①甲状腺右叶肿物，伸入纵隔，腺瘤？结节性甲状腺肿伴腺瘤样增生？②颈部多发淋巴结肿大，良性可能大。颈部超声示：①甲状腺右叶囊实性肿物，倾向良性；甲状腺左叶上极含钙化实性结节，建议密切随访或结合穿刺；余囊实性结节，倾向良性。②双侧颈部淋巴结肿大。为手术治疗，于2017年3月23日以“胸骨后甲状腺肿”收住院。患者近期自觉气短加重，低头或活动后明显，体重无明显变化。

既往史：否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病病史，否认肝炎、结核等传染病病史。家族史：其姐姐患甲状腺癌，健在；否认其他肿瘤史及遗传病史。

【影像学及实验室检查】

1. 2017年3月16日颈部超声 甲状腺右叶体积明显增大，下极探及混合回声肿物，约7.7cm×4.7cm，边界尚清，CDFI探及少许血流信号（图1-1）；甲状腺峡部未见明确占位；甲状腺左叶探及多个混合回声结节，大者位于中部偏上极，约1.0cm×0.8cm，边界清楚，CDFI探及少许血流信号；另甲状腺左叶上极探及低回声结节，范围约0.7cm×0.5cm，边界欠清楚，回声不均，可探及点片状强回声，CDFI探及少许血流信号；双侧中颈部探及低回声结节，右侧大者约1.0cm×0.6cm，左侧大者约1.3cm×0.8cm，边界清楚，淋巴门结构显示欠清楚，CDFI探及少许门样血流信号，余双颈部及锁骨上未见明确异常肿大淋巴结。

超声诊断：

（1）甲状腺右叶囊实性肿物，倾向良性。

（2）甲状腺左叶上极含钙化实性结节，建议密切随访或结合穿刺；余囊实性结节，倾向良性。



图 1-1 颈部超声示甲状腺右叶下极肿物

(3) 双侧颈部淋巴结，定期复查。

2. 2017年3月10日颈胸部CT 甲状腺增大，其内多发结节及肿物，以右侧病变明显，约 $5.2\text{cm} \times 6.7\text{cm}$ ，边界清楚，部分伸入纵隔，增强后实质性成分中等略不均匀强化，部分区域可见坏死（图1-2）。双侧颈深链及颈后三角区可见多发淋巴结肿大，大者短径约 0.8cm ，锁骨上、纵隔未见明确肿大淋巴结。右下肺条索，余肺内未见明确异常，心包、胸腔未见积液。

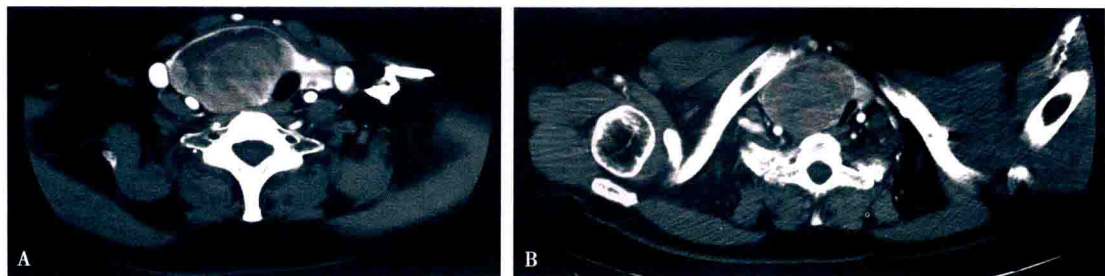


图 1-2 颈部增强 CT 示甲状腺右叶肿物部分伸入上纵隔

影像学诊断：

- (1) 甲状腺右叶肿物，伸入纵隔，腺瘤？结节性甲状腺肿伴腺瘤样增生？
- (2) 颈部多发淋巴结肿大，良性可能大。
- (3) 右下肺慢性炎性条索。

【入院诊断】

胸内甲状腺肿。

【治疗经过】

2017年3月26日全麻下做甲状腺全切除+左颈部Ⅵ区淋巴结清扫术。

手术过程：患者平卧位，麻醉成功后，常规消毒铺巾，颈前领式切口，颈阔肌下翻皮瓣，切开颈白线，分离颈前肌群，游离双侧甲状腺，探查见甲状腺右叶一巨大肿物，大小约 $7.0\text{cm} \times 8.0\text{cm}$ ，边界清楚，包膜完整，质韧，部分肿物伸入胸骨后达上纵隔；左叶上极见一枚结节约 0.5cm ，质硬。即做甲状腺全切除+左颈部Ⅵ区淋巴结清扫术。创面彻底止血后放置引流管，逐层关闭术腔，手术顺利。患者清醒后拔除气管插管，安返病房。

【术后处理】

1. 密切监测生命体征。
2. 注意伤口及引流情况，引流量每日少于 10ml 可拔除引流管。
3. 补钙，以预防暂时性甲状旁腺功能低下引起的低钙血症。
4. 术后口服左甲状腺素（优甲乐）内分泌替代和抑制治疗。
5. 术后第1天（2017年3月27日）甲状旁腺素（PTH） 13.82pg/ml ，血钙 2.18mmol/L 。

【术后病理】

(甲状腺右叶及峡部)甲状腺组织呈结节性甲状腺肿,伴腺瘤样增生;局灶滤泡上皮异型增生,形态符合滤泡型乳头状癌,镜下最大径0.2cm,未累及甲状腺被膜外组织。

(甲状腺左叶)甲状腺组织呈结节性甲状腺肿,伴腺瘤样增生;散在多灶滤泡上皮增生活跃,结合免疫组化结果,诊断恶性证据不足。

(左气管食管沟淋巴结)未见转移癌(0/5)免疫组化结果显示: BRAF-V600E(-), CK19(++), TTF1(+++), Ki-67(+, 密集区约2%)。pTNM分期: pT1N0。

【术后随访】

2017年6月9日甲状腺功能:促甲状腺素(TSH)0.21 μ IU/ml, 甲状旁腺素(PTH)60.14pg/ml, 甲状腺球蛋白(TG)0.19ng/ml。

【专家点评】

文献报道结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的发生率既往为5%~10%,而近期报道高达8.6%~22%;尸检报告进一步证实了结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的发生率稳步上升,自2003年6%上升至2012年20%。确诊的主要手段是高分辨率的超声检查,其准确率取决于肿瘤的大小、医师的经验和耐心细致的检查,高分辨率的超声检查,成人甲状腺结节报告发病率为68%(Guth, 2009)。目前,结节性甲状腺肿的外科治疗一直存在争议,争议主要集中在要不要手术干预、什么情况下手术干预及手术切除的范围。2012年中国版《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》对良性甲状腺结节出现下述情况推荐手术治疗:①出现与结节明显相关的局部压迫症状;②合并甲状腺功能亢进,内科治疗无效者;③肿物位于胸骨后或纵隔内;④结节进行性生长,临床考虑有恶变倾向或合并甲状腺癌高危因素。因外观或思想顾虑过重影响正常生活而强烈要求手术者,可作为手术的相对适应证。其手术原则是在彻底切除甲状腺结节的同时,尽量保留正常甲状腺组织。建议慎重使用全/近全甲状腺切除术式。后者的适应证为:结节弥漫性分布于双侧甲状腺,导致术中难以保留较多正常甲状腺组织。术中应注意保护甲状旁腺和喉返神经。

该患者为一例典型的结节性甲状腺肿,右叶结节明显增大,通过胸骨后伸入上纵隔,压迫气管,且左叶上极超声显示具有潜在的恶性可能,具备明确的手术指征,选择了甲状腺全切除、左气管食管沟淋巴结清扫。术后病理为(甲状腺右叶及峡部)甲状腺组织呈结节性甲状腺肿,伴腺瘤样增生;局灶滤泡上皮异型增生,形态符合滤泡型乳头状癌,镜下最大径0.2cm,未累及甲状腺被膜外组织;(甲状腺左叶)甲状腺组织呈结节性甲状腺肿,伴腺瘤样增生;散在多灶滤泡上皮增生活跃,结合免疫组化结果,诊断恶性证据不足;(左气管食管沟淋巴结)未见转移癌(0/5)。该患者如果术前做超声引导下FNAB或术中冰冻病理检查,也许就可以避免左气管食管沟淋巴结清扫,因此,对影像学检查怀疑恶性的甲状腺结节,建议术前做超声引导下FNAB或术中冰冻病理检查,避免过度治疗以及过度治疗带来的并发症。

颈部淋巴结转移是分化型甲状腺癌患者(尤其是 ≥ 45 岁者)复发率增高和生存率降低的危险因素。20%~90%的分化型甲状腺癌患者在确诊时即存在颈部淋巴结转移,多发

生于颈部中央区。28%~33% 的颈部淋巴结转移在术前影像学 and 术中检查时未被发现，而是在预防性中央区淋巴结清扫后得到诊断，并因此改变了分化型甲状腺癌的分期术后处理方案。因此，2012 年中国版《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》建议分化型甲状腺癌术中在有效保留甲状旁腺和喉返神经的情况下，行病灶同侧中央区淋巴结清扫术。而 2015 年 ATA 成人甲状腺结节和分化型甲状腺癌的管理指南对肿瘤较小（T1 或 T2）、无外侵和临床淋巴结阴性的甲状腺乳头状癌不推荐预防性中央区淋巴结清扫。NCCN 指南在过去对 cN0 患者均建议预防性中央区淋巴结清扫，而 NCCN 指南 2018.V1 不推荐预防性中央区淋巴结清扫。由此可以看出，对甲状腺微小乳头状癌的中央区淋巴结的处理，目前仍未达成共识，但作者认为，如果术中确诊为甲状腺微小乳头状癌，在确保甲状旁腺功能的前提下，建议行同侧预防性中央区淋巴结清扫，避免在术后的随诊中发现区域淋巴结肿大引起的恐惧和担心。该患者术后病理发现甲状腺右叶局灶滤泡上皮异型增生，形态符合滤泡型乳头状癌，镜下最大径 0.2cm，且未累及甲状腺被膜外组织，故未再二次手术行预防性中央区淋巴结清扫，而给予随诊观察。

结节性甲状腺肿接受甲状腺全切术者，2012 年中国版《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》推荐术后即开始左甲状腺素（ $L-T_4$ ）替代治疗，此后定期监测甲状腺功能，保持 TSH 水平在正常范围；不建议 TSH 抑制治疗。TSH 抑制治疗的原理是：应用 $L-T_4$ 将血清 TSH 水平抑制到正常低限甚至低限以下，以求通过抑制 TSH 对甲状腺细胞的促生长作用，达到缩小甲状腺结节的目的。疗效方面：在碘缺乏地区，TSH 抑制治疗可能有助于缩小结节、预防新结节出现、缩小结节性甲状腺肿的体积；在非缺碘地区，TSH 抑制治疗虽也可能缩小结节，但其长期疗效不确切，停药后可能出现结节再生长；TSH 部分抑制方案（TSH 控制于正常范围下限，即 0.4~0.6mU/L）与 TSH 完全抑制方案（TSH 控制于 <0.1mU/L）相比，减小结节体积的效能相似。不良反应方面：长期抑制 TSH 可导致亚临床甲亢（TSH 降低， FT_3 和 FT_4 正常），引发不适症状和一些不良反应（如心率增快、心房颤动、左心室增大、心肌收缩性增加、舒张功能受损等），造成绝经后妇女的骨密度（BMD）降低。权衡利弊，不建议常规使用 TSH 抑制疗法治疗良性甲状腺结节；可在小结节性甲状腺肿的年轻患者中考虑采用；如要使用，目标为 TSH 部分抑制。该患者为结节性甲状腺肿合并甲状腺微小乳头状癌，且最大直径为 0.2cm，局限于腺体内，经分化型甲状腺癌复发风险评估属低危人群，因此，术后 TSH 水平控制正常值低线即可，5 年后控制在正常范围，避免长期 TSH 抑制带来的负面影响。

（田 涛 李正江）

【病例简介】

患者男性，42岁。因发现甲状腺肿物1个月余于2017年2月22日收住院。1个月前患者体检发现甲状腺肿物，无声嘶、吞咽不适、呛咳、憋气等症状。为进一步诊治就诊于本院，超声检查：甲状腺右叶上极外侧实性病变，恶性；右颈Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ区多发淋巴结肿大，符合转移瘤；颈胸部增强CT检查：①甲状腺右叶上极实性小结节，需警惕恶性，请结合超声及穿刺活检，②右侧颈深链、锁骨上多发淋巴结转移；甲状腺肿物穿刺，细胞学检查为乳头状癌。为进一步治疗收入我科。发病以来，精神尚可，大小便基本正常，体重无明显变化。

既往史：否认结核、肝炎等传染病史。高血压3年，目前口服厄贝沙坦治疗，血压控制尚可；否认心脏病及糖尿病病史。否认药物过敏史；否认家族肿瘤遗传病史。

【影像学检查】

1. 2017年2月16日颈部超声 甲状腺右叶上极外侧见低回声结节，约0.7cm×1.0cm，边界不清，内回声不均匀（图2-1）；余腺体未见明确结节及肿物。右颈Ⅲ~Ⅵ区见多发低回声病变，较大者位于4区，约1.3cm×2.9cm，边界不清，内见无回声区。余颈部未见明确可疑肿大淋巴结。



图 2-1 颈部超声示甲状腺右叶上极外侧见低回声结节

超声诊断：

- (1) 甲状腺右叶上极外侧实性病变，恶性。
- (2) 右颈Ⅲ~Ⅵ区多发淋巴结肿大，符合转移瘤。

2. 2017年2月17日颈胸部CT 甲状腺右叶上极可见实性小结节，大小约0.8cm×0.6cm，

强化较明显、不均，边界欠清楚（图 2-2A）；余甲状腺未见明确异常。右侧颈深链、锁骨上可见多发肿大淋巴结，大者短径约 1.6cm，部分强化较明显（图 2-2B）；左颈部、锁骨上未见明确肿大淋巴结。

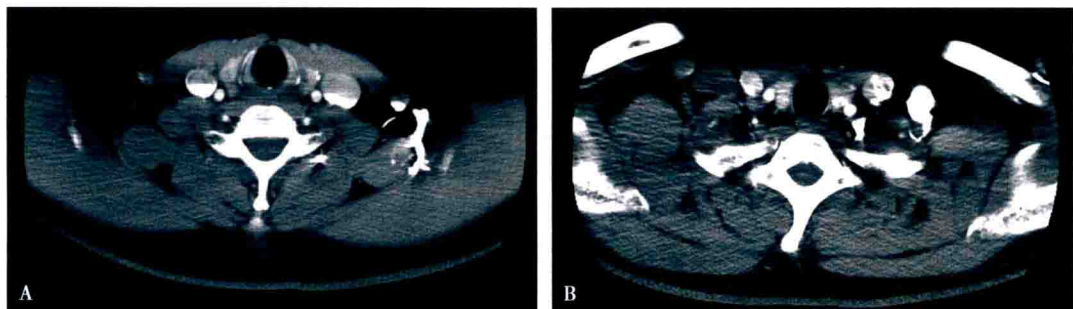


图 2-2 颈部增强 CT

A. 甲状腺右叶上极实性小结节；B. 右侧颈深链、锁骨上多发肿大淋巴结

影像学诊断：

（1）甲状腺右叶上极实性小结节，需警惕恶性，请结合超声及穿刺活检诊断。

（2）右侧颈深链、锁骨上多发淋巴结转移。

3. 2017 年 2 月 22 日超声引导下穿刺细胞学 甲状腺肿物穿刺，细胞学检查为乳头状癌。

【入院诊断】

甲状腺乳头状癌，右颈淋巴结转移。

【治疗经过】

2017 年 2 月 24 日全身麻醉下行全甲状腺切除，右颈淋巴结清扫（Ⅱ~Ⅵ区）。

手术过程：全麻成功后，常规消毒铺巾，颈前领式切口，颈阔肌下翻皮瓣，游离右胸锁乳突肌中下段，解剖颈鞘，清除Ⅲ、Ⅳ区淋巴脂肪组织，选取Ⅲ区肿大淋巴结 1 枚送冷冻；切开颈白线，游离甲状腺，探查见甲状腺右叶上极结节，直径约 1.5cm，质硬；游离甲状腺左叶，解剖左喉返神经，切除甲状腺左叶送冰冻病理检查，而后解剖右侧喉返神经，将右叶及峡部切除，随后清扫右气管食管沟淋巴脂肪组织；冰冻病理检查报告：右颈Ⅲ区淋巴结转移性甲状腺乳头状癌，左叶甲状腺结节性甲状腺肿；即向右沿皮纹延长颈部切口至斜方肌前缘，游离胸锁乳突肌上段，解剖颈鞘和副神经，予以保护，分别清扫Ⅱ和Ⅴ区的淋巴脂肪组织；彻底止血，冲洗术野，放置负压引流，逐层关闭术腔。患者清醒后拔除气管插管，安返病房。

【术后处理】

1. 密切监测生命体征。

2. 注意观察伤口及引流情况；引流量每日少于 10ml 可拔除引流管。

3. 静脉补钙以预防暂时性甲状旁腺功能低下引起的低钙血症。
4. 术后口服左甲状腺素（优甲乐）内分泌替代和抑制治疗。
5. 2017年2月25日实验室检查（术后第1天） 甲状旁腺素（PTH）5.82pg/ml，血钙2.22mmol/L，甲状腺球蛋白（TG）24.61ng/ml。

【术后病理】

（甲状腺右叶及峡部）甲状腺乳头状癌，经典型，肿瘤大小1.1cm×0.8cm×0.6cm，累及甲状腺被膜外脂肪组织，未见明确脉管瘤栓及神经侵犯，周围甲状腺呈结节性甲状腺肿。

（甲状腺左叶）冷冻剩余组织中见甲状腺微小乳头状癌，经典型，直径1.5mm，未累及甲状腺被膜外，未见明确脉管瘤栓及神经侵犯，周围甲状腺呈结节性甲状腺肿。

淋巴结转移性癌（8/65），部分累及淋巴结被膜外。

- （1）（右颈Ⅲ区淋巴结）冰1/1
- （2）（右颈ⅡA区淋巴结）0/10
- （3）（右颈ⅡB区淋巴结）0/2
- （4）（右颈Ⅲ区淋巴结清扫）1/12
- （5）（右颈Ⅳ区淋巴结清扫）2/7
- （6）（右颈Ⅴ区淋巴结清扫）1/27
- （7）（右气管食管沟淋巴结清扫）3/8

pTNM分期：pT3（m）N1b

【术后随访】

1. 2017年3月31日实验室检查 甲状旁腺素（PTH）37.19pg/ml，促甲状腺素（TSH）2.68μIU/ml，甲状腺球蛋白（TG）0.07ng/ml。
2. 2017年6月22日实验室检查 甲状旁腺素（PTH）44.85pg/ml，促甲状腺素（TSH）0.03μIU/ml，甲状腺球蛋白（TG）0.07ng/ml。
3. 2017年8月23日实验室检查 甲状旁腺素（PTH）37.48pg/ml，促甲状腺素（TSH）<0.01μIU/ml，甲状腺球蛋白（TG）0.06ng/ml。
4. 2017年11月2日实验室检查 甲状旁腺素（PTH）27.86pg/ml，促甲状腺素（TSH）0.12μIU/ml，甲状腺球蛋白（TG）0.11ng/ml。

【专家点评】

患者术前结合病史和辅助检查，确诊为甲状腺癌右颈淋巴结转移，故拟行甲状腺全切除，右颈淋巴结清扫。由于术前右颈淋巴结未行穿刺细胞学检查，故术中先行颈部Ⅲ、Ⅳ区淋巴结清扫，切取明显转移的肿大淋巴结，术中冰冻病理检查，这样可避免过度手术；这样在等待冰冻病理检查结果的时候，开始行甲状腺手术，可以节省手术等候时间；在甲状腺手术时，由于术前右叶结节穿刺细胞学已证实，故先做左叶甲状腺切除，送冰冻病理检查，而后再行右叶及峡部切除，右颈部Ⅵ区淋巴脂肪组织清扫，这时冰冻病理检查结果回报：右颈部Ⅲ区淋巴结转移性甲状腺乳头状癌，左叶甲状腺结节性甲状腺肿，结合术前