

李俊奇 主编

普通外科 疑难病例分析



人民卫生出版社

普 通 外 科

疑 难 病 例 分 析

主 编 李俊奇

编 者 李俊奇 李学玉
李学民 张素丽

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

普通外科疑难病例分析/李俊奇主编. —北京: 人民卫生出版社, 2003

ISBN 7-117-05367-4

I. 普... II. 李... III. 外科-疑难病-病案-分析
IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 005433 号

普通外科疑难病例分析

主 编: 李 俊 奇

出版发行: 人民卫生出版社 (中经线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 三河市潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 10

字 数: 237 千字

版 次: 2003 年 2 月第 1 版 2003 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05367-4/R·5368

定 价: 17.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

任何有经验的外科医生，在他的一生中，对病人的诊断、治疗上有成千上万例的成功经验，但也有漏诊、漏治和误诊、误治的痛苦教训。尤其是中、青年医生，日日夜夜忙碌在医疗工作第一线，由于医学科学的发展以及个人经验的限制，上述情况难以避免。重要的是，以实事求是的科学态度、无所顾忌地总结成功经验和失败教训，使自己和他人对问题的认识都有提高，这种精神是可贵的，也是应该提倡的。

《普通外科疑难病例分析》着重搜集了常见病、多发病的普通外科疑难病 100 余例。该书着重普通外科内容，尤其是急性腹痛疾病占较大比重。每例均有手术和病理证实，并进行临床和病理讨论，找出诊断、治疗方面的经验教训所在，有的引证了国内、外文献，提出了问题和解决问题的方法。该书读了之后，能开阔思路，可指导一般中、青年医生的临床工作，故值得向广大基层读者推荐。

中国医科大学外科教授 沈魁

2003 年 1 月

前 言

本书的编写目的在于向基层医院及中青年外科医生介绍外科疑难病案的分析方法，以及阐述作者 40 余年外科临床工作中所遇到的疑难病例的一些经验和教训，并结合国内、外有关文献进行分析和讨论。

本书搜集作者经治的普通外科疑难病例 100 余例，撰写成 48 篇各自独立的文章。每篇文章均分病例介绍及病例分析讨论两个部分，文后有参考文献。病例分析讨论部分尽力争取通俗易懂、不脱离实际，具可操作性及具有参考价值和实践意义。

由于作者阅历有限，故书中难免有不妥或错误之处，敬请老一辈专家和外科同道不吝赐教。本书在撰写过程中，曾多次蒙中国医科大学外科沈魁、陈淑珍教授指导，于此书问世之际，特向两位老师表示衷心感谢。

李俊奇

2003 年 1 月

目 录

一、甲状腺疾病

1. 弥漫性结节性甲状腺肿大、声音嘶哑..... 1
2. 异位甲状腺肿瘤 11
3. 辽宁朝阳地区桥本氏病特点 20
4. 原发性甲状旁腺功能亢进-甲状旁腺腺瘤 2 例 31
5. 甲状腺腺瘤感染破溃情况下手术问题 40
6. 甲状腺纤维肉瘤根治切除术后，呼吸困难 43

二、乳腺疾病

1. 乳房紫红色肿块 51
2. 男性左乳房肿块，破溃不愈 58
3. 四种恶性肿瘤生长于一身的病例 63

三、周围动脉疾病

1. 动脉内不洁注射强痛定等药物致感染性动脉瘤
（附 8 例报告） 69
2. 罕见的自发性腹膜后血肿 77

四、外科急腹症

1. 暴饮暴食后上腹剧痛、腹胀 85
2. 腹痛、呕吐、腹腔内出血、四肢运动及
感觉障碍 91
3. 肠系膜静脉血栓 (MVT) 致肠梗阻、弥漫性
腹膜炎 105
4. 转移性右下腹痛、全腹压痛、肌紧张 113
5. 持续性上腹部疼痛、血水便、腹部石样硬、
截瘫 120

五、胃及十二指肠疾病

1. 多发性胃恶性淋巴瘤并脾恶性淋巴瘤 129
2. 上腹部无规律性疼痛, 反复呕血、黑便 137
3. 黄疸、呕血、黑便 144
4. 右侧腹部肿块、腹痛、发热、粘液便 149
5. 十二指肠区域平滑肌瘤 155
6. 出血性十二指肠炎症, 胃次全切除后反复出血 160

六、小肠疾病

1. 长期上腹剧痛及腰背部牵扯痛 167
2. 肠切除术后肠痿、住院 40 天、5 次开腹手术
后死亡 173
3. 发烧、腹胀、脓血便 179
4. 腹痛、腹泻, 右上腹炎性包块 184
5. 几种非典型的急性出血性坏死性肠炎 188
6. 急性出血性坏死性肠炎传染性的探讨 198
7. 粘连性肠梗阻术后, 反复不全梗阻 205
8. 胃大部切除术后, 发烧、反复便血 210
9. 盆腔肿物、血便 220

七、结肠疾病

1. 同时性多原发性升结肠癌 227
2. 阑尾脓肿术后, 右下腹包块 232

八、直肠、肛管疾病

1. 痔切除术后并发上消化道出血休克 237
2. 慢性肛痿、瘻口肿物 241

九、腹部包块

1. 随年龄生长的左上腹部包块 245
2. 右中腹部逐渐增长性肿块 251
3. 左下腹及左腹股沟包块 257
4. 发烧、腹泻, 左上腹部包块 260
5. 肠系膜血管平滑肌瘤 265
6. 腹部散在包块、不全肠梗阻、腹水 271
7. 右下腹部慢性炎性包块 276

十、肝脏疾病

1. 息肉型肝细胞癌切除后原位再发 283
2. 上腹持续性疼痛、呕血、黑便及腹腔内出血 287

十一、胆系疾病

1. Vater's 壶腹异位胰腺肉芽肿致梗阻性黄疸 293
2. 右上腹部疼痛、无发冷发烧, 腹水 297

十二、胰腺疾病

1. 侵袭性生长胰腺神经纤维瘤 305
2. 胰腺罕见恶性肿瘤 2 例 309



甲状腺疾病

1. 弥漫性结节性甲状腺肿大、声音嘶哑

【病例介绍】

患者王××，女性，44岁，1977年11月9日入院。自述颈前肿物20年之久，无任何不适。近1年来肿物明显增大、颈前有麻木及不适感觉，同时出现声音嘶哑。无食欲亢进、不多汗，偶有心悸，有时情绪易激动、不见消瘦。在当地医院诊断为甲状腺癌。遂去北京某医院，经影像学检查及碘¹³¹检查，最后确诊为结节性甲状腺肿。病人来我院要求手术治疗。入院时声音嘶哑症状已明显好转。

查体：T：36.4℃，P：72次/分，Bp：14.66/9.33kPa。病人神态自若，营养状况良，无黄疸、无皮疹。全身浅表淋巴结不肿大。五官正常，无突眼及其他眼征。胸廓正常，心界不扩大，心律正常，心音不亢进，各瓣口无杂音。两肺呼吸音正常，无干湿性啰音。腹平坦，无肌紧张及压痛，肝、脾、胆囊触不到。肠音正常。

外科情况：颈前可见一肿物，随吞咽上下活动，与皮肤不

粘连，颈部无静脉怒张。肿物呈弥漫性肿大、左右对称，肿物表面不光滑，质地坚硬，可触到多个大小不等的边界不清的小结节，肿物无压痛，在肿物外侧可触到左右侧颈动脉，肿物无细震颤。肿物听诊未闻及血管鸣音。

实验室资料：测临床基础代谢率为+4%，另一次为-17%。Hb: 138g/L, WBC: $8.5 \times 10^9/L$, S: 0.38, st: 0.02, L: 0.56, M: 0.04。肝功正常。

手术所见：在局部麻醉下手术，取颈前弧形切口，逐层切开皮肤、颈阔肌及颈前诸肌，达甲状腺外膜。见甲状腺表面血运丰富，甲状腺实质坚硬，由弥漫小结节组成，甲状腺左右对称，峡部宽3.5cm。手术甲状腺作次全切除术。术中经过顺利，无副损伤。见无渗血后，创腔置引流，切口按层缝合、术终。

病理报告：送检标本为甲状腺组织，切面呈灰白色、硬韧，似淋巴组织。镜下见甲状腺滤泡萎缩变小、且稀少。见淋巴细胞及浆细胞广泛浸润及局灶性浸润，有淋巴滤泡形成。部分区域有纤维组织增生。病理诊断：桥本氏甲状腺肿。

【临床讨论】

本例病人经过各地多个大小医院检查和诊断，但诊断并未清楚。综合本病例情况具有以下几个特点：①患者为中年女性；②甲状腺肿大20年之久，近1年明显增大，且伴有声音嘶哑；③脉搏不快，脉压差不大，食欲不亢进，体重未下降；④无粘液性水肿；⑤甲状腺呈对称性、弥漫性肿大，腺体上有散在小结节，质地坚硬，肿物随吞咽活动，吞咽活动不受限，肿物无细震颤，无血管鸣，颈动脉在肿物之外；⑥临床测定基础代谢率为-17%、+4%；⑦血像检查，白细胞总数不高，分属淋巴细胞占56%；⑧放射性碘¹³¹检查正常而定诊为结节

性甲状腺肿。

根据本病例的以上特点，在临床诊断上应考虑以下几种疾病。

1. 甲状腺癌：患者为40岁以上年龄，有20年甲状腺肿大历史，于近1年肿物明显增大，质地坚硬，且伴有声音嘶哑。其发病过程及癌的多发年龄，很像在甲状腺肿基础上发生癌变。然而病人的甲状腺随吞咽活动不受限，甲状腺与皮肤无粘连，左右颈动脉搏动在颈部肿物外侧，搏动清楚；虽然伴有声音嘶哑，但未经治疗即自行好转；周围无淋巴结肿大；碘¹³¹检查否定了甲状腺癌。因而本例不支持甲状腺癌的诊断。

2. 结节性甲状腺肿：此患者生活于地方性甲状腺肿的流行区，甲状腺呈对称性、结节性肿大；碘¹³¹检查摄取率正常，因此诊断为结节性甲状腺肿似可成立。然而本例的甲状腺质地很硬，甲状腺上的弥漫性结节较小，与一般结节性甲状腺肿不同，并且此患者有声音嘶哑症状，声音嘶哑症状在结节性甲状腺肿的病例中是少见的，故此点应提出疑问。

3. 继发性甲状腺功能亢进：本例系甲状腺肿大多年的病人，只近1年甲状腺肿大增速，且时有情绪激动。据文献记载继发性甲状腺肿多发生在单纯性甲状腺肿的流行区域，由结节性甲状腺肿转变而来，多是结节性甲状腺肿已存在多年，以后才继发功能亢进的综合征。本病例符合上述情况，但是此病人的甲状腺功能亢进症状不典型，食欲不亢进、脉率不快、脉压差不大、甲状腺区无细震颤及血管杂音，临床测定基础代谢率不高，¹³¹碘摄取率正常。根据以上种种情况，本例不能诊断为继发性甲状腺功能亢进。

4. 慢性纤维性甲状腺炎（Riedel氏甲状腺肿）：慢性纤维性甲状腺炎非常少见，其特点是甲状腺逐渐肿大，常偏于一侧，表面不平滑，质地铁样坚硬。常呈现甲状腺低功能表现。

本病例的症状及体征与上述 Riedel 氏甲状腺肿特点不同，故不能诊断为 Riedel 氏甲状腺肿。

5. 淋巴细胞性甲状腺炎 (Hashimoto, 桥本氏病): 本病例术前未能考虑到桥本氏病的诊断。回顾此例病人确具有较典型的桥本氏病的临床表现。由于桥本氏病在中国人并不常见，故临床医师对此病缺乏经验。

关于桥本氏病的名称: 1912 年日本学者桥本荣策氏以 Struma lymphomatosa 名称报告了此病，以后便将此病名为桥本氏病。后于 1956 年 Roitt 和 Doniach 首次证实桥本氏病患者血液中存在自家抗体，认为是自家免疫性疾病代表而被注视。故本病又称为自家免疫性甲状腺炎、慢性淋巴性甲状腺炎、桥本氏甲状腺炎及 Hashimoto。

桥本氏病的发病率: 桥本氏病在日本的发病率很高。原田种一等在 1974 年 4 月至 1982 年 5 月，收治甲状腺疾患 1 537 例，其中临床诊断为桥本氏病者 353 例。乌冢莞尔等 1976 年报告，在 1 193 例甲状腺疾患中有桥本氏病 265 例，占 22.5%。Mackson 氏 1960 年报告桥本氏病的发病率占 11.2%。中国对桥本氏病报告不多，因而确切的发病率不清楚。天津医学院曾报告，桥本氏病占住院病人数的 1.1%，占甲状腺手术病例的 4.3%。作者统计 1975~1979 年经病理证实的各种甲状腺疾患 129 例，其中发现桥本氏病 4 例，占 3.1%。

桥本氏病好发生在 45 岁以上的妇女。有许多人认为桥本氏病仅限于女性，其实男性也可发病，只不过较少而已。日本统计桥本氏病男女之比为 1:20。作者报告的上述 4 例及以后又经治了 6 例，共 10 例当中只有 1 例为 38 岁男性，其余均为女性患者。

桥本氏病的病因: 目前已经明确了桥本氏病是一种自家免

疫性疾病。在桥本氏病患者体内存在着高浓度的各种抗甲状腺组织的抗体。同时桥本氏病常并发其它免疫性疾病，在甲状腺组织中有大量浆细胞及淋巴细胞浸润。桥本氏病具有家族性及遗传性。

桥本氏病的临床症状：据桥本氏病研究小组对已经确诊的 933 例桥本氏病的病例分析：甲状腺肿大占 94%，甲状腺肿大的特点是，呈弥漫性、对称性、有多数小结节、质地较硬。一般对周围器官没有压迫。颈部淋巴结不肿大。病人合并声音嘶哑者占 17%。其他临床症状依次为：颈部不适、周身倦怠、心悸、浮肿、皮肤干燥、怕冷、多汗、肩周炎、甲状腺低功。桥本氏病的病程较长。由于甲状腺的质地硬，有时合并声音嘶哑，故常被误诊为甲状腺癌。桥本氏病患者在做¹³¹I 检查时，吸碘率常为正常或偏低。B 超检查及 CT 扫描见甲状腺上肿块与颈动脉无关、不包绕血管生长。

桥本氏病与甲状腺癌的关系：与甲状腺癌之间的关系，目前对此意见尚未统一，有的学者认为桥本氏病与甲状腺癌之间无明显关系。但有不少学者报告中阐述二者之间有一定的关系。如 Crile 氏随诊 222 例桥本氏病 1~13 年，仅有 1 例发生了甲状腺网状细胞肉瘤，因此他认为桥本氏病并非甲状腺癌的癌前病变。另外一些报告，如原田等报告 21 例桥本氏病其病理证实有癌的并存。其中单纯桥本氏病 13 例、甲状腺乳头癌 6 例、恶性淋巴瘤 1 例、髓样癌 1 例，并存率高达 38%。桥本氏病与癌的并发率各家报告不一。Hirabayashi 及 Lindsay 报告占 22.5%，Scklike 等报告占 8.7%，Pollock 氏在 52 例桥本氏病中发现 6 例有癌肿，占 11%，一般报告并发率在 2%~18.5% 之间。另外有 Dailek 氏报告桥本氏病病例中有 18.5% 发生甲状腺腺瘤、有 17.7% 发生甲状腺癌。在 20 世纪 50 年代 Lindsay 和 Daily 等相继报告，桥本氏病可以并发或演变成

甲状腺癌。并且报告桥本氏病与甲状腺癌的并发率为 0.5%~23%。国人徐少明等报告手术治疗桥本氏病 95 例, 其中并发甲状腺乳头状癌 5 例, 癌灶直径 0.3~1.0cm 者 4 例, 直径 2.0cm 者 1 例; 滤泡状癌 1 例, 癌灶直径为 1.2cm, 癌病灶均为单侧。

桥本氏病与甲状腺癌并存的机制: 目前有 3 种说法解释桥本氏病与癌并存的机制: ①认为桥本氏病是甲状腺癌的癌前期病变; ②认为桥本氏病与甲状腺癌二者有共同的病因, 主要是免疫缺陷和内分泌失调因素; ③甲状腺癌引起甲状腺实质淋巴细胞浸润。目前多数学者倾向于第二种学说。

桥本氏病并发甲状腺癌的诊断: 桥本氏病与甲状腺癌的并发目前临床尚无可靠诊断方法; 目前二者并发都是术后病理确诊的, 而术前大部分误诊, 误诊率高达 50%。误诊的原因: ①目前缺少桥本氏病和甲状腺癌并存的可靠性诊断标准和方法; ②桥本氏病并发甲状腺癌多为亚临床期, 不易发觉, 即使甲状腺癌结节较大, 也易被误认为是桥本氏病的甲状腺结节; ③临床医生对桥本氏病并发甲状腺癌缺乏认识和警惕, 忽略一些重要诊断线索。

桥本氏病合并甲状腺癌的治疗: 因为当桥本氏病的诊断明确后, 其治疗方法原则上以保守疗法为主。当怀疑有甲状腺癌合并时则需手术探查。Wortsman 等提出 6 条对桥本氏病手术探查的手术指征: ①甲状腺扫描提示“冷结节”; ②甲状腺肿大伴疼痛; ③颈部淋巴结肿大并粘连; ④喉返神经受累致声音嘶哑; ⑤保守治疗中仍存在对称或不对称性甲状腺肿大或增大; ⑥甲状腺素治疗后, 甲状腺上结节不缩小。国内杨春明提出为明确桥本氏病有无恶性变而施行手术的 4 项适应证是: ①甲状腺上有明显肿块, 经用甲状腺素片治疗后肿块不消退者; ②甲状腺肿块在保守疗法治疗过程中继续增大者; ③病人

病史和体征支持恶性病变的诊断者；④经细针穿刺抽吸细胞学检查，仍不能确定桥本氏病或甲状腺癌者。Pollock 等认为桥本氏病是甲状腺癌的癌前病变，在治疗上主张作甲状腺的全切除。徐少明等主张在桥本氏病合并甲状腺癌情况下，有癌的一侧甲状腺作全切除术；另一侧保留 2~3g 甲状腺组织。如果癌灶大于 2.0cm 时，则施行颈部扩清术；如首次已作了甲状腺次全切除术者，则再追加甲状腺的全切除术。甲状腺癌病理型如系未分化型或者为甲状腺恶性淋巴瘤者，则作病灶切除术，以缓解气管的压迫。在预后方面，一般桥本氏病合并甲状腺癌者，手术效果要好于一般的甲状腺癌。

关于桥本氏病合并甲亢问题：桥本氏病与甲状腺功能亢进（甲亢）二者有密切关系。国外 Doniach 氏在对甲亢病活检时发现，桥本氏病与甲亢病的组织像同时存在。Buchanan 等报告有自家抗体阳性的甲亢病人 3 例行甲状腺次全切除术后，病理证实，桥本氏病与甲亢病共存，其中 2 例术后发生甲状腺功能低下。另有 Fatoureh 等也报告行甲状腺次全切除术的甲亢和桥本氏病共存者 10 例，其中 2 例甲亢再发，6 例发生甲状腺功能低下。日本濑田等、乌冢等及 Zellman 等均曾报告桥本氏病与甲亢共存的事实。国内学者白耀等报告有甲状腺肿的自家免疫性甲状腺炎 42 例中合并甲亢者 3 例，有假性甲亢表现者 1 例。黄仲娴等报告 15 例桥本氏病中有 2 例合并甲亢。裴象昌等报告桥本氏病合并甲亢 37 例，分成三种类型：①6 例以甲亢组织学表现为主，同时伴有桥本氏病组织学变化，应认为是甲亢合并桥本氏病；②18 例桥本氏病病理改变明显，而甲亢病理改变次之，则称之为桥本氏病伴甲亢，文献中称之为桥本氏甲状腺中毒症（Hashitoxicosis）；③13 例临床甲亢症状明显，而病理表现为单纯桥本氏病的组织像。这种现象，有人认为此乃由于桥本氏病的甲状腺滤泡破坏，使甲状腺毒素释放

增多而出现甲亢的一过性表现，称之为假性甲亢。此种类型的甲亢症状较轻，常自然缓解。也有的报告，病人在双胞胎中，一个患甲亢，而另一个患桥本氏病。在此种患者的家族中常出现甲亢；反之在甲亢患者的家族中常出现桥本氏病。武汉协和医院报告 3 例病人，在 1、2 年前因甲亢行甲状腺次全切除术，一年之后又发生了桥本氏病；解放军总医院报告 1 例桥本氏病手术后 5 年，又发生了甲亢。从正常人、甲亢患者和桥本氏病患者中采血培养淋巴细胞，然后再加入抗原物质，观察移行抑制现象，发现甲亢和桥本氏病患者对不同抗原，其抑制强度不同，但都有阳性反应。

桥本氏病和甲亢都具有家族性和遗传性。Jayson 等报告一卵双胞胎的姐妹中，姐姐患桥本氏病，妹妹患甲亢，LATS 阳性（Long Acting Thyroid Stimulator 阳性），甲状腺自家抗体阳性，认为桥本氏病与甲亢有共同的遗传因素，桥本氏病与甲亢都是自家免疫性疾病。在疾病过程中，体液免疫与细胞免疫状态不均衡，可分别出现兴奋性抗体或抑制性抗体占优势，从而临床表现为有的发生甲亢；有的患桥本氏病。Levitt 氏认为在甲亢的甲状腺基础上，由淋巴细胞浸润变成桥本氏病。

Sato 氏等提出桥本氏病合并甲亢的病理诊断条件是：存在增生性腺上皮及弥漫性淋巴细胞浸润；或及超过 50% 的甲状腺组织有淋巴细胞浸润并合并有萎缩性腺上皮改变及纤维增生；或及有局灶性甲状腺炎和有腺上皮的各種改变。有关文献报告本病在有典型的甲亢表现时，可能存在两种变异型，即桥本氏病并甲亢及桥本氏病有甲亢表现。

桥本氏病的病理：桥本氏病的病理特点是：①滤泡上皮细胞红染肥大嗜酸性变，亦可见细胞扁平，胞浆稀少、核小而深染，呈萎缩性改变，或有少数呈立方或高柱状增生性改变，尚有少数无改变或呈坏死改变。上述改变可一种或多种同时存

在。其中以肥大嗜酸性变最具特征性。②间质有淋巴细胞及浆细胞浸润，浸润可呈弥漫性；但常形成有反应中心或无反应中心的淋巴小结。散在于淋巴小结及滤泡之间的大多为浆细胞，尚有较多的纤维增多。

关于桥本氏病的诊断问题：桥本氏病临床易误诊为甲状腺癌和结节性甲状腺肿。目前对桥本氏病的诊断已有多种方法。一般多采用综合的诊断方法。病人血沉快、血清蛋白量降低、丙种球蛋白量升高、絮状试验阳性、基础代谢率低下及放射性¹³¹碘的摄取量正常等均有诊断与鉴别诊断上的参考价值。目前采用的甲状腺活组织穿刺抽吸检查法，其诊断率较高。据 Behars 氏对 124 例桥本氏病穿刺活检中有 77 例获得了正确诊断，正确诊断率占 62%。这种方法简单易行，值得推广。但是桥本氏病临床上有很多不典型的类型，不易及早诊断。Doniach 等指出，桥本氏病的不典型性可有不完全甲亢、假性甲亢、亚急性起病、有痛性甲状腺肿、伴有腺瘤或癌、多灶性甲状腺炎。故诊断桥本氏病，除掌握其典型的临床表现外，高滴度的抗甲状腺组织抗体（测定抗甲状腺微粒体抗体—MCHA 及抗甲状腺球蛋白抗体—TGHA）对诊断有很大意义。但抗体滴度低或阴性并不能除外桥本氏病。Boehm 实验证明穿刺活检诊断桥本氏病和甲亢的正确率为 58%，如果想证实桥本氏病有否微癌存在，Dailcy 氏认为以手术活检为好。手术活检可以发现微癌，而穿刺则不易全面诊断。

桥本氏病的诊断标准（日本铃木秀郎提出）：

1. 确定诊断标准：①病理组织见到桥本氏病的特征，即间质淋巴细胞浸润以及纤维化的增生，广泛上皮细胞变性、坏死。②把球蛋白或甲状腺抽出液作为抗原，沉降反应阳性或 TA 试验血清原液为阴性、稀释 10 倍为阳性。上述两条具备其一即可确诊为桥本氏病。