维普资讯 http://www.cqvip.com

甲状腺肿瘤细针穿刺细胞学检查56例分析与评价

方 芳,郑宏庭,刘 理 (第三军医大学附属新桥医院内分泌科,重庆 400037)

[摘 要] **目的** 探讨细针穿刺细胞学检查对甲状腺肿瘤的诊断意义。**方法** 选择2002年至2005年收治的甲状腺肿瘤患者56例,先后行细针穿刺细胞学检查与切除物组织病理学检查,对结果行统计学分析。**结果** 对于甲状腺乳头状腺瘤、乳头状癌及滤泡细胞癌,细针穿刺细胞学检查与组织病理学检查结果无显著性差异($P>0.05$);而对于甲状腺滤泡性腺瘤,二种检查结果存在显著性差异($P<0.05$)。**结论** 细针穿刺细胞学检查对多数甲状腺肿瘤诊断具有较高准确性,但对小部分甲状腺肿瘤(甲状腺滤泡性腺瘤)的诊断准确率则较低,应结合临床特征、超声等进行综合分析。

[关键词] 甲状腺肿瘤;针吸;活检;诊断
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2006)01-0011-02

Fine needle aspiration biopsy versus histopathologic examination in diagnosing 56 cases of thyroid neoplasm

FANG Fang, ZHENG Hong-ting, LIU Li (Department of Endocrinology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To discuss the value of fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of thyroid neoplasm. **Methods** A total of 56 cases of thyroid neoplasm were diagnosed with fine-needle aspiration biopsy and the results were compared with the conclusion from histopathologic examination. **Results** Diagnosis of the malignant thyroid neoplasm by fine needle aspiration biopsy was exact and showed no statistical difference with that by histopathologic examination, but for thyroid follicular adenoma, there was significant difference between the two methods. **Conclusion** Exact diagnosis by fine needle aspiration biopsy was for most thyroid cancers, but not for some, so it is necessary to combine this method with clinical feature, ultrasound techniques in diagnosis.

Keywords: thyroid neoplasm; fine-needle aspiration; biopsy; diagnosis

甲状腺结节是内分泌常见疾病,在人群中发病率较高,约4%~7%,而甲状腺肿瘤又占其中的17%[1]。甲状腺肿瘤治疗前明确性质对治疗方案的选择起决定性作用,甲状腺恶性病变需要尽快选择以手术为主的综合治疗方案,良性病变可采纳保守治疗或选择性手术。细针穿刺细胞学检查是目前较常用的甲状腺肿瘤诊断方法[2],但它与手术切除组织病理学检查仍然存在一定的差异性。本文拟就细针穿刺细胞学检查对甲状腺肿瘤的诊断意义作进一步探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择本院2002年至2005年收治住院的甲状腺肿瘤患者56例,男性21例,女性35例,年龄在16~65岁,平均年龄40.5岁。均在术前行触诊下的细针穿刺细胞学检查,再以手术切除组织病理学检查确诊。

1.2 穿刺方法

患者取仰卧位或坐位,背靠硬物或垫肩,颈部后仰,充分暴露甲状腺区。颈前区常规消毒,术者用左手固定穿刺侧包块,以20 ml注射针管套上7号针头,经皮快速穿刺入甲状腺包块处,空针负压抽吸约5 ml,然后在不同方向来回穿刺2~3次,固定针头,拔出针管迅速消除负压,保留针管内5~7 ml空气,接上针头后一起拔出。穿刺部位棉球压迫15 min。将吸出物注于载玻片上,均匀涂开,立即送检。

1.3 观察方法

细针穿刺细胞学检查结果与切除物组织病理学检查结果进行比较。

1.4 统计学方法

所得数据进行χ^2检验分析。

2 结果

56例行细针穿刺细胞学检查及切除物组织病理学检查,对其结果数据进行整理(表1)。表中前三种类型甲状腺肿瘤每一类型的两种检查方法的数据进行χ^2检验,$P>0.05$,两组间无显著性差异。而甲状腺滤泡性腺瘤的两组数据比较,$P<0.05$,两组间有显著差异。结果表明对于甲状腺的乳头状腺瘤、乳头状癌以及滤泡细胞癌,细针穿刺细胞学检查与组织病

[作者简介] 方 芳(1977-),女,湖北省大冶县人,医师,硕士,主要从事内分泌方面的研究。电话:(023)68774079
[收稿日期] 2005-09-28 [修回日期] 2005-11-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

理学检查结果一致；而对于甲状腺滤泡性腺瘤，二种检查结果存在显著性差异。

表1 患者的检查结果

类型	组织病理检查例数	细针穿刺检查符合例数
甲状腺乳头状腺瘤	10	9
甲状腺乳头状癌	14	12
甲状腺滤泡细胞癌	8	7
甲状腺滤泡性腺瘤	28	17*

*：与组织病理学检查例数比较，$P<0.05$

3 讨论

甲状腺肿瘤是一种常见的甲状腺疾病，不管良性还是恶性病变，往往临床表现不能明确区分，因此，鉴别其性质对治疗方案的选择具有重要意义。触诊下的细针穿刺细胞学检查是目前诊断甲状腺肿瘤的一种可靠、价廉的方法，对甲状腺肿瘤的诊断具有较高的符合率，目前已广泛应用于临床。Solbiati 等[3]报道细针穿刺细胞学检查准确率93.6%～97.3%，假阳性发生率1%～10%，假阴性发生率1%～8%。Belfiore 等[4]认为细针穿刺细胞学检查能够快速诊断甲状腺恶性病变，避免了良性病变患者不必要的手术。Ravetto 等[5]认为在大多数情况下细针穿刺细胞学检查能够诊断出甲状腺癌并有助于下一步正确的治疗。

但近年来发现，细针穿刺细胞学检查也存在一定的局限性。Baloch 等[6]通过对1 024 例细针穿刺活检结果进行分析后指出，细针穿刺细胞学检查对“滤泡状新生物”诊断无法区别良性和恶性肿瘤，通常诊断为“滤泡性或 Hurthle 细胞新生物”的肿块要手术切除活检明确性质。分析其原因为：①穿刺针太细，细胞学检查的标本量不足；②与甲状腺肿瘤大小及内部组织情况有关，甲状腺肿瘤体积越小，定位越困难，穿刺细胞学检查诊断率越低，特别对于内部有液化的甲状腺肿瘤，甲状腺癌的液化发生率为10%，穿刺针穿入囊内后只抽出液体，无组织细胞，对诊断无意义；③细胞学诊断对于细胞形态改变突出的疾病最能发挥作用，但对病变以组织结构改变为主，强调实质和间质成分关系的病变则有困难。大多数如甲状腺乳头状癌经细针穿刺细胞学检查能够明确诊断，而对于胚胎型、Hurthle 细胞瘤和滤泡状腺瘤，其诊断准确性较低，Lee 等[7]的研究也发现，细针穿刺细胞学检查对甲状腺癌的诊断准确性为92.3%，而对甲状腺滤泡状腺瘤诊断准确性只有58.9%。因此，即使细针穿刺细胞学检查结果阴性的病例也不能完全排除肿瘤的可能。

目前，随着超声技术的运用、电镜技术和分子诊断标记物的发展，将其结合细针穿刺细胞学检查，可以提高甲状腺肿瘤的诊断率。超声技术运用于细针穿刺细胞学检查中不仅可以发现临床不能触及的小体积甲状腺肿瘤，还能在超声引导下使细针直接穿刺至囊壁或囊内实体部分，显著提高细针穿刺细胞学检查的阳性率。电镜在肿瘤细胞学诊断主要从细胞器、细胞内容物的形态、数量、质量改变上来判断，从而使电镜检查可协助从细胞超微结构的角度上来观察甲状腺滤泡，分化好的甲状腺滤泡癌细胞和甲状腺滤泡瘤细胞在光镜下难以区别，但电镜下细胞核、细胞器等变化特征为鉴别提供了依据。另外，还有一些分子诊断标记物，如甲状腺过氧化物酶、ret 原癌基因、galectin－3、Braf 等，均对鉴别甲状腺肿瘤的性质有重要诊断价值[7-8]。

细针穿刺细胞学检查对多数甲状腺肿瘤诊断具有较高的准确性，但对小部分甲状腺肿瘤（甲状腺滤泡性腺瘤等）的诊断率则较低[9]。为预防漏诊和误诊的发生，结合临床特征、超声技术等进行综合分析是必要的，如果仍然不能明确诊断，需行手术切除组织病理学检查。

[参考文献]

[1] Blanco CC, García－Díaz JD, Maqueda VE, et al. Diagnostic efficacy of fine needle aspiration biopsy in patients with thyroid nodular diseases. Analysis of 510 cases[J]. Rev Clin Esp, 2005, 205(8): 374－378.

[2] Kessler A, Gavriel H, Zahav S, et al. Accuracy and consistency of fine－needle aspiration biopsy in the diagnosis and management of solitary thyroid nodules[J]. Isr Med Assoc J, 2005, 7(6): 371－373.

[3] Solbiati L, Osti V, Cova L, et al. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes[J]. Eur Radiol, 2001, 11(12): 2411－2424.

[4] Belfiore A, La Rose GL. Fine－needle aspiration biopsy of thyroid[J]. Endocrinol Metab Clin North Am, 2001, 30(2): 361－400.

[5] Ravetto C, Colombo L, Dottorini ME. Usefulness of fine－needle aspiration in the diagnosis of thyroid carcinoma: a retrospective study in 37 895 patients[J]. Cancer, 2000, 90(6): 357－363.

[6] Baloch Z, LiVolsi VA, Jain P, et al. Role of repeat fine－needle aspiration biopsy (FNAB) in the management of thyroid nodules[J]. Diagn Cytopathol, 2003, 29(4): 203－206.

[7] Lee TI, Yang HJ, Lin SY, et al. The accuracy of fine－needle aspiration biopsy and frozen section in patients with thyroid cancer[J]. Thyroid, 2002, 12(7): 619－626.

[8] Lumachi F, Borsato S, Tregnaghi A, et al. Accuracy of fine－needle aspiration cytology and frozen－section examination in patients with thyroid cancer[J]. Biomed Pharmacother, 2004, 58(1): 56－60.

[9] Lin JD, Chao TC, Huang BY, et al. Thyroid cancer in the thyroid nodules evaluated by ultrasonography and fine－needle aspiration cytology [J]. Thyroid, 2005, 15(7): 708－717.

（编辑：余汇洋）