文章编号:0253－3626(2003)01－0106－02

# 甲状腺外包块误诊为甲状腺包块 5 例报告

黄　文，蒋　尧

(重庆医科大学临床学院普外科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R653　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－01－24

甲状腺的毗邻复杂，有气管、食道、甲状旁腺，以及淋巴管、淋巴结，如果来源于邻近器官的包块与甲状腺关系密切，如粘连、压迫及推移均可影响诊断。本文收集本院 1998 年 1 月至 2001 年 12 月甲状腺外包块误诊甲状腺包块 5 例。

## 1　临床资料

本组 5 例，男性 1 例，女性 4 例，年龄 16～49 岁，详细资料见表 1。

表 1　5 例误诊病人临床资料

| | 例 1 | 例 2 | 例 3 | 例 4 | 例 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 年龄 | 45 | 23 | 16 | 22 | 29 |
| 性别 | 男 | 女 | 女 | 女 | 女 |
| 位置 | 左叶外侧 | 峡部 | 右叶外侧 | 右叶外侧 | 右叶下极 |
| 动度 | 随吞咽活动 | 随吞咽活动 | 随吞咽活动 | 随吞咽活动 | 随吞咽活动 |
| 影像学资料 | B 超:左叶实性 | ECT:峡部冷结 | B 超:右叶囊性 | B 超:右叶囊性 | B 超:右叶下极 |
| 占位 | 占位 | 节，甲瘤? | 占位 | 占位，腺瘤囊性变 | 实性占位，甲癌 |

病例 1 以颈前横切口显露甲状腺，处理上甲状腺下极血管后，翻起甲状腺左叶及包块，在切除左叶过程中发现食道被切开，证实包块为食道包块。请胸外科台上会诊，粘膜下剥离包块，缝合食道，术后病人 TPN 治疗，两周愈合出院。术后证实包块为食道平滑肌瘤。

病例 2 以颈前正中切口，暴露甲状腺，发现峡部腺组织上抬，包块为一源于气管壁的软骨性包块，为气管软骨的囊肿，与气管不通，切除囊肿前壁。术后病理证实为气管囊肿。

病例 3,4 在手术中发现包块为紧临甲状腺的囊性包块，与甲状腺轻度粘连，切除包块，送检为颈部淋巴管囊肿。

病例 5 在术前诊断考虑甲癌，术中见包块与甲状腺下极完全融和，术中冰冻提示为淋巴结结核。手术改为结核病灶清除术，术后抗结核治疗。

## 2　讨　论

颈部包块在临床上多见，按病理性质可分为：炎症，如急、慢性淋巴结炎、结核；肿瘤，如原发的甲状腺瘤、甲状腺癌、恶性淋巴瘤和转移性肿瘤；先天性疾病，包括甲状舌管囊肿、囊状淋巴管瘤等。在临床诊治中常通过病史、体格检查、气管、食道检查、影像学检查(B 超及 ECT)来建立诊断[1]。

甲状腺的毗邻复杂，有气管、食道、甲状旁腺，以及淋巴管、淋巴结，如果来源于邻近器官的包块与甲状腺关系密切(如粘连、压道及推移)均可影响诊断。

食道平滑肌瘤为食道的良性肿瘤，在临床上较少见，约占食道肿瘤的 0.5%～0.8%。肿瘤呈外生性生长，且往往无吞咽困难症状，多发生于食道中、下段，颈段极少，在临床上少有颈段食道平滑肌瘤的报道。由于对此少见病认识不足，在对该例病人的治疗中导致食道损伤[3]。

气管壁囊肿，为一先天发育不良导致的畸形。多发生于支气管及细支管，较少发生于颈段气管。囊肿很少与气管相通，多为紧邻气管或二者之间有一软骨瘘道，内含粘液性囊液[2]。该例病人气管囊肿，恰位于甲状腺峡部，上抬峡部，且右侧腺叶组织部分包绕囊肿，故术前 B 超误诊为右叶腺组织冷结节。

颈部淋巴管囊肿也为一先天性疾病，淋巴结及淋巴管多位于胸锁乳突肌后方及外侧缘。但该 2 病例淋巴管囊肿延伸于胸腺乳突肌内侧，与甲状腺有

作者简介：黄　文(1966－　)，男，主治医师，硕士，主要研究方向：外科内分泌疾病。

粘连,故误诊为甲状腺包块。

颈淋巴结核的病人多为儿童和青年人,结核杆菌多由口腔或扁桃体侵入,少数继发肺和支气管的结核病变。病变的淋巴结多出现在颈的一侧或两侧,常与周围组织粘连。增大而不发生干酪样变或液化的淋巴结核可误诊为恶性肿瘤,诊断有困难时需穿刺或切除淋巴结作病 理检查。该病例由于术前仅依据影像学诊断而造成误诊。

明确颈部包块的性质有时有困难,要作出正确诊断需根据肿块的部位结合病史仔细查体。B 超及 ECT 作为甲状腺常规检查,能准确鉴别大多数甲状腺包块和腺外包块,但由于其仅为影像学诊断,可能造成误诊,必要时可结合 B 超引导下细针穿刺活检可明显提高准确率[4,5]。

## 参 考 文 献

[1] 孙衍庆. 现代胸心外科[M]. 北京:人民军医出版社,1996;749-857.

[2] 李德民,刘士懂,谢新敏. 气管囊肿 1 例[J]. 现代外科,1997;3(6):36-38.

[3] 陆志良,王新丽. 颈部食道平滑肌瘤误诊为甲状腺瘤 1 例[J]. 实用医技杂志,1998;5(9):683-684.

[4] Solbiati LJ, Osti VJ, Cova LJ. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes [J]. Eur radiol, 2001; 11(12):2411-2424.

[5] 刘金模,李树森,赵金英,等. 超声对颈部包块的诊断分析[J]. 成都军区总医院院刊,1995;14(2):26-27.

# 缩窄性心包炎致窦房结功能异常 1 例

曾纪美,陈 明,罗素新

(重庆医科大学临床学院心内科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R542.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2002-01-02

患者男性,32 岁,因劳力性心累、气促、浮肿 4 个月,加重 3 天入院。4 个月前出现心累、气促、不能平卧、双下肢浮肿,经超声心动图发现中量心包积液,心包穿刺抽得身性液体 400ml,诊为结核性心包炎。抗痨治疗后心包积液完全吸收,症状缓解。3 天前突然出现发作性心悸、气促、大汗及面色苍白,每次持续 lh 左右,共 4 次,发作时测得血压为零,ECG 示窦性心动过缓,HR40 次/min。既往有肺结核史。体检:P 90 次/min,BP 70/40mmHg,半卧位,颈静脉怒张,肝颈征(+),双肺未闻啰音,心界正常,HR 100 次/min,房颤律,心音略低,未闻杂音,腹平软,肝肋下 3cm,脾肋下刚及,双下肢不肿。ECG 监测显示心律为窦性心动过缓,窦性停搏、房性早搏、交界性逸搏、阵发性房颤,交替出现,窦缓时阿托品试验可激发心率至 115 次/min。胸片示上腔静脉阴影增宽,心包钙化心缘僵直。超声心动图示心尖搏动受限,诊断为缩窄性心包炎,转胸外科行心包剥脱术,术中发现心包明显增厚,钙化,最厚达 1.2cm,上、下腔静脉的入口处可见缩窄环。术后症状好转,ECG 为窦性心律,随访半年未发生心动过缓等心律失常。

缩窄性心包炎的心电图改变无特异性,大部分为 T 波改变,部分病例有低电压、房颤、左房肥大等;由于心包缩窄,心率多代偿性增快[1~3]。本例结核性心包炎在病程较早期(4 月),就出现严重缩窄,经手术证实。术前患者 ECC 变化较突出,主要表现为窦房结功能异常,类似于病窦综合征表现,尚未见文献报告,提示可能为缩窄性心包炎时缩窄心包直接压迫窦房结或压迫窦结动脉,影响窦房结血液供应,致窦房结功能不全。术中证实在左房及右房与上腔静脉连接处心包增厚明显,实属少见。由于窦房结本身并未受累,阿托品试验心率增快明显,术后窦房结功能完全恢复与真正病窦综合征有本质区别,特此报道。

作者介绍:曾纪美(1971- ),女,主治医师,
主要研究方向:心血管疾病。

## 参 考 文 献

[1] 胡丽霞,心包缩窄 209 例临床资料分析[J]. 中华内科杂志,1983;22(3):134~137.

[2] Myers RB, Spodick DH. Constrictive pericarditis: Clinical and pathophysiologic characteristics[J]. Am Heart J, 1999; 138 (2ptl):219-232.

[3] Ling LH, Oh JK, Schaff HV. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardiectomy [J]. Circulation, 1999; 100 (13): 1380-1386.