维普资讯 http://www.cqvip.com

238-239

(17)

儿童慢性淋巴细胞性甲状腺炎的临床特点及诊断(附54例分析)

儿内科 雷培芸*
儿科学院
病理科 余伟民

提 要 对54例儿童慢性淋巴细胞性甲状腺炎(CLT)进行了回顾性分析。结果:弥慢性甲状腺肿大54例,甲状腺抗球蛋白抗体(TGA)阳性45例,甲状腺抗微粒体抗体(MCA)阳性48例,甲状腺功能正常43例,甲状腺功能亢进(甲亢)1例,甲状腺功能减退(甲减)10例。儿童CLT的临床表现和实验室结果不如成人典型。对不能用其它原因解释的甲状腺肿大或甲状腺功能减退,同时具有甲状腺自身抗体增高或甲状腺细针抽吸细胞学检查(FNAB)呈CLT细胞像者应考虑CLT的诊断。

关键词 儿童; 自身免疫性; 甲状腺炎; 诊断
中图分类号 R725.81

CLT是儿童和青少年期最常见的甲状腺疾病,也是青少年甲减的最常见原因。由于缺乏特有的症状和体征,临床诊断比较困难,常易与单纯性甲状腺肿相混淆,为了提高临床认识,现将我们诊断的54例CLT报告。

1 临床资料

1.1 一般资料 CLT54例,女44例,男10例,女男之比4:1;年龄4~14岁,平均年龄9.4岁,9~12岁41例(76%)。有甲状腺疾病家族史12例(22%),伴有其它自身免疫性疾病5例(9.2%),其中重症肌无力2例,肾病综合征3例。

1.2 临床表现 无症状43例,有甲亢症状1例,甲减症状10例。甲状腺肿大54例,Ⅰ°肿大22例,Ⅱ°肿大30例,Ⅲ°肿大2例;质地柔软表面光滑23例,质韧表面不平31例;54例甲状腺均无触痛,16例在甲状腺附近可扪及黄豆大小淋巴结。

1.3 实验室检查 (1)血清TGA、MCA测定用放射免疫法,采用上海生物研究所试剂盒,高于正常对照2S为抗体阳性(见表)。TGA阳性45例(83%),MCA阳性48例(91%),单项阳性15例,双项阳性39例。(2)甲状腺功能 血清T_3、T_4、TSH用放射免疫法测定,采用山东3V公司试剂盒。功能正常43例(80%),功能亢进1例(2%),功能减低10例(19%)。(3)FNAB检查 被检36例,26例可见甲状腺上皮细胞间淋巴细胞浸润,另10例因细胞太少无法确认。(4)过氯酸盐排泌试验 被检12例,2例阳性。

表 54例CLT血清TGA、MCA水平

组 别	例数	TGA(%)		MCA(%)	
		$\bar{x}\pm s$	范围	$\bar{x}\pm s$	范围
正常对照	60	6.3±2.4	2~16	5.9±2.1	4~15
CLT	54	31.9±26.2	6~91	28.4±21.9	6~81

* 女,1946-11出生,副教授

2 讨论

2.1 儿童CLT的临床特点 CLT是一种器官特异性自身免疫性疾病。近年的观察发现,儿童的发病率有增高趋势,约为学龄儿童1%,发病高峰年龄为10~11岁。CLT起病隐匿,缺乏特有的症状,常被忽视,本文53例(98%)均是无意中发现"脖子粗"而就诊,仅1例因甲亢症状就诊。儿童CLT甲状腺肿大的程度较轻,质地不如成人硬,明显结节少见。儿童CLT同样存在不同的甲状腺功能状态,本组80%功能正常,2%功能亢进,18%功能低下,与文献报道符合[1]。血清TGA、MCA阳性是CLT的重要标志,但儿童基础水平较成人低(见表),诊断儿童CLT不能借用成人正常值标准(TGA<30%,MCA<15%),应建立本地区,本实验室儿童正常值标准,否则会造成假阴性结果,本文约有1/3病例的TGA,1/5病例MCA尚在成人正常值范围。CLT存在有碘的有机化障碍,近年的研究证明:甲状腺微粒体抗原(TM)的主要抗原组分是甲状腺过氧化物酶(TPO),其抗体MCA可直接抑制TPO酶的活性,这是引起排泌试验阳性和甲状腺功能减低的主要原因。本组排泌试验仅17%阳性,与文献[2]报道成人50~80%阳性率相差较远,结果的不一致可能与病例数少有关,更可能与儿童CLT大多发病时间较短,处于病程早期有关。

2.2 儿童CLT的诊断 CLT发病隐匿,临床可表现为多种甲状腺功能状态,给诊断带来一定的困难。1975年Fisler提出5项指标诊断方案:(1)甲状腺

维普资讯 http://www.cqvip.com

弥漫性肿大，质韧，有结节而表面不平;(2)TGA-、MCA阳性;(3)血TSH升高;(4)甲状腺扫描有不规则浓集或稀疏;(5)过氯酸盐排泌试验阳性。5项中2项阳性可以拟诊，4项以上阳性可以确诊[3]。我们认为此标准对儿童不太适用，(3)、(5)项阳性在儿童CLT中毕竟是少数，核素显像目前儿科范围尚未广泛开展，若将(4)项作为必检项目使诊断受到限制。日本厚生省CLT调查研究班标准:(1)甲状腺弥漫性肿大，质韧，能除外其它甲状腺肿因素，TGA和/或MCA阳性。(2)甲状腺功能减退能除外其它甲减因素，TGA和/或MCA阳性。具有以上条件之一就可以诊断[4]。目前认为TGA、MCA是诊断CLT最可靠的方法，有报道TGA阳性率为80%左右，CMA阳性率90%以上，血凝法同时测两种抗体，互补阳性率可达98～100%[5]。本文结果与此基本符合。但甲状腺抗体阳性还可以出现在甲癌、甲亢、甚至少数正常人，而个别CLT患者甲状腺抗体可以不高。因此，不能将抗体阳性作为诊断的必备指标。我们认为，对临床怀疑CLT而抗体阴性者，首先要除外免疫学的"前带现象"造成的假阴性结果，可将血清稀释后再测定。还应定期随访抗体的动态变化。本文有3例病人，在初诊后3～6月抗体才出现阳性。少数抗体始终阴性者应作FNAB检查。

FNAB检查是一个简便、安全、快速的诊断手段，只要取材得当，诊断价值颇高。Baker等[6]在CLT切除标本进行FNAB检查，发现FNAB与MCA诊断结果的符合率达100%。Huwkins等[7]通过FNAB诊断61例CLT，其中5例血清学检查示甲状腺抗体阴性，术后证实为CLT。故认为FNAB对CLT的诊断比血清学更敏感。CLT细胞学特点为滤泡上皮细胞间淋巴细胞浸润以及上皮细胞变异和嗜酸性变。儿童CLT甲状腺质地不如成人硬，血供相对较丰富，穿刺负压掌握不当容易混血，或者取材太少，细胞挤压变形不能确认，穿刺成功率往往不如成人高，这是儿童FNAB检查的局限性，随着穿刺器材的改进和穿刺经验的积累，FNAB检查在儿童CLT诊断的地位将越来越高。

我们认为对CLT的诊断应从临床，甲状腺抗体，FNAB三方面结合，在日本厚生省[4]的诊断指标上，配合FNAB检查，即在上述指标中若TGA，MCA阴性而FNAB检查呈现CLT细胞像者应诊断CLT。

参 考 文 献

1 诸福棠，等.主编.实用儿科学 第4版，人民卫生出版社，1985;867
2 李建国，等.中华内分泌代谢杂志1995;11:145
3 Fisher DA,et al.J chin Endocrinol Metab 1975;40:795
4 邸国勋，等.中华内科杂志1987;7:298
5 戴蔼善，等.综述.国外医学内科分册1981;8:109
6 Baker BA,et al.Am J Med 1993;74:941
7 Hawkins F,et al.Cancer 1987;59:1206

(收稿日期 1997-03-03)

Chronic lymphocytic thyroiditis in children:clinical characteristics and diagnosis

Lei Peiyun, et al.
The college of pediatrics

Fifty-four children with chronic lymphocytic thyroiditis (CLT) were reviewed retrospectivety.All patients had clinical manifestation of diffused goiter and among them 45 patients were with positive antithyroglobulin antibody (TGA) and 48 patients were positive antimicrosomal antibody (MCA). The laboratory tests demonstrated that 43 cases were entyroid, 1 case hyperthyroidism and 10 cases hypothyroidism.

The clinical features and laboratory results of CLT in children are not as typical as those in adults. For any child with goiter or hypothyroidism, TGA/MCA positive or with characteristic cytological features in fine needle aspirotion biopsy (FNAB) the diagnosis of CLT should be considered.

KEY WORDS Childer; Antoimmune; Thyroiditis; Dignosis