维普资讯 http://www.cqvip.com

第19卷 第4期 重庆医科大学学报 Vol. 19 No. 4
1994 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1994

332—337
2b 甲状腺肿病 恶性肿病 淋巴病 病例报告

甲状腺恶性淋巴瘤(附3例报道)

R736.1

第一医院核医学科 敖兴果 倪济苍

中图分类号 R736—1

甲状腺恶性淋巴瘤系甲状腺恶性肿瘤中罕见的一种疾病。国内外文献报道甚少，现将我院收治的3例报道于后。

例1：女、57岁，出现颈前包块1年于1989年8月入院。无明显甲状腺功能亢进症状，疑诊慢性甲状腺炎行甲状腺片治疗，甲状腺未见缩小，且渐明显增大，质地变硬，伴声嘶、气急。既往27前有明显甲状腺功能亢进症、行抗甲状腺药物治疗4年而愈。体检、甲状腺明显肿大，左叶>右叶，质硬、表面不平、颈部浅表淋巴结未扪及。2次T_3、T_4检查正常。TGA，MCA增高，过氯酸钾排泌试验阳性，碘甲状腺扫描：甲状腺肿大，左叶未显影。甲状腺针吸活检示：甲状腺恶性淋巴瘤，电镜证实甲状腺恶性淋巴瘤来源于B细胞。行COP方案化疗，甲状腺缩小变软，停化疗后甲状腺又增大，改^{60}钴放疗。90年2月现高热、咳痰，x片示：甲状腺恶性淋巴瘤肺及纵膈转移。90年6月因呼吸循环衰竭死亡。

例2：女，74岁，出现颈前包块3+月于1990年10月入院。无疼痛及声嘶、气急，曾疑诊"甲状腺炎性包块"治疗无效，且甲状腺迅速增大。入院体检：甲状腺肿大，右叶5×4cm，左叶2×2cm，质硬，表面不平，且与皮肤粘连，吞咽活动度差，颈部表浅淋巴结未及。甲状腺针吸活检：低分化甲状腺癌。喉镜检查示右侧声带麻痹。甲状腺^{99m}锝显像：右叶冷结节，左叶功能差。T_3、T_4正常。1990年10月行甲状腺大部切除术，病理：挤本氏甲状腺炎并发淋巴瘤累及局部淋巴结。术后用甲状腺片抑制替代治疗，随访近3年，情况良好。

例3：男，59岁，出现左颈包块2-年于1991年4月入院。曾行甲状腺针吸活检示：甲状腺多量炎性细胞浸润。考虑为甲状腺炎，用甲状腺片，强的松医治，甲状腺未见缩小，且进行性增大，出现声嘶、气紧。查体：甲状腺左叶包块4×4cm大小，质中，有分叶感，颈部浅表淋巴结未及。甲状腺^{131}碘扫描：甲状腺左叶冷结节。再次针吸活检：甲状腺恶性肿瘤性质待定，试用CAV化疗，甲状腺明显缩小、变软。考虑淋巴瘤化疗敏感性好，于93年7月第3次甲状腺针吸活检示：甲状腺恶性淋巴瘤，现正行第2次化疗中。

讨 论

甲状腺恶性淋巴瘤在甲状腺恶性肿瘤中

维普资讯 http://www.cqvip.com

比例甚少，文献报道占4%，女性多于男性，年龄多较大，常起源于B细胞。其特征多是迅速发展的甲状腺肿，且常伴有颈部压迫症状[1]。本文3例病人，年龄均较大，均有甲状腺迅速肿大病史，2例有明显声嘶、气急等压迫症状，例1电镜证实来源于B细胞。

原发性甲状腺恶性淋巴瘤常发生于慢性淋巴细胞性甲状腺炎基础之上[1]，与慢性淋巴细胞性甲状腺炎合并存在[2]。本文3例中有2例有慢性淋巴细胞性甲状腺炎证据。例1 TGA、MCA均增高，过氯酸钾排泌试验阳性。例2病理证实为慢性淋巴细胞性甲状腺炎并发淋巴瘤，与文献报道一致。

甲状腺恶性淋巴瘤初期易误诊为甲状腺腺癌或慢性淋巴细胞性甲状腺炎，也有报道有甲亢样表现[3]。甲状腺功能检查对本病诊断帮助不大，仅甲状腺抗体阳性及过氯酸盐排泌试验阳性可诊断慢性淋巴细胞性甲状腺炎。在此病基础之上对年龄较大的病人，骤然甲状腺明显增大，且有颈部压迫症状，应考虑伴有甲状腺恶性淋巴瘤可能。然而，要确定诊断需行针吸甲状腺活组织检查，必要时取活组织病理检查。

甲状腺恶性淋巴瘤治疗有化疗、放射治疗及手术治疗。化疗对甲状腺恶性淋巴瘤是较有效的方法，早期手术彻底切除预后也较好，对晚期的甲状腺恶性淋巴瘤应行化疗与放射治疗相结合。甲状腺恶性淋巴瘤预后与年龄及肿块是否局限有关，年龄在65岁以下，无局部软组织浸润及淋巴结转移，经早期有效的治疗，5年生存率可达54%[4]。因此，早期确诊本病，早期有效治疗，对患者预后较好，值得引起重视，而年龄较大，有远处转移者，预后较差[4]。

参 考 文 献

1 Kostakoglu L, et al. Comparison of technetium-99m-MIBI and thallium-201-chloride uptake in primary thyroid lymphoma J Nucl med 1992; 33:1396.

2 何戎华，等．中华内分泌代谢学杂志 1992;8:16

3 李小平．中华内分泌代谢学杂志 1992;8:225

4 Burke J S, et al. Cancer 1977;39:1587-1602.

（收稿日期 1993—11—12）

（上接第328页）律失常临床很常见，心率极快者亦很多，但终止时发生窦性停搏并导致晕厥却罕见（慢快型病窦综合症除外）；本例发作心动过速时，心率并不很快，导致窦房结、房室结供血不足难以理解；食道超速调搏时为何又不出现窦性停搏？因此，快慢综合症的发病机理尚有待进一步研究。结合本例提出快慢综合征的临床诊断要点如下：1. 阵发性室上性心动过速或心房颤动终止后，可出现一过性窦房结、房室结功能障碍，主要表现较长时间的窦性停搏，并导致晕厥或阿斯综合征。2. 无病窦综合症的临床和心电图诊断依据，窦房结功能检查及激发试验均正常或呈阴性。3. 常无器质性心脏病基础。对晕厥发作者，安置心脏起搏器是较好的治疗方法。

（收稿日期 1993—05—04）