

B 超对甲状腺肿块诊断分析

吴荫东

(江都市人民医院, 江都, 225200)

作者对我院 1988~1995 年采用 B 超检查并经手术病理证实的甲状腺肿块 110 例进行声像图与病理对照分析, 现将结果报告如下。

1 临床资料

110 例中男 9 例, 女 101 例, 年龄 19~68 岁,

平均 37 岁。以中年女性为多, 探测方法: 采用 SSD-630 型超声仪, 探头频率 3.5MHz, 5.0MHz。患者充分暴露颈部并外置水囊, 常规进行甲状腺扫查, 结果见附表。

附表中甲状腺腺瘤具有 4 种回声, 强回声与混合性回声为主, 结节性甲状腺肿、炎性肿块、甲

附表 110 例甲状腺肿块病理与声像图表现类型

病理结果	例数	声像图表现类型				B 超诊断	
		低回声	增强回声	无回声	混合回声	符合	不符合
甲状腺腺瘤	58	9	18	7	24	54	4
结节性甲状腺肿	36	20	4	4	8	27	
甲状腺单纯囊肿	2			2		2	
炎性肿块 桥本氏瘤	4						
亚急性甲状腺炎	3	4	1	1	1	3	4
甲状腺癌	7	5	1		1	3	4
合计	110	38	24	14	34	89	21

状腺癌均以低回声为主。

2 讨论

2.1 甲状腺肿块的鉴别诊断

目前已广泛应用无创性 B 超检查甲状腺肿块, 它可弥补临床触诊及其它辅助检查之不足, 但甲状腺肿块继发性改变发生率较高, 给鉴别诊断上造成一定困难。甲状腺腺瘤常为单发, 肿块外有完整包膜。结节性甲状腺肿超声上可显示出大、小不等低回声结节, 虽有分界, 常无包膜。甲状腺癌生长规律彼此差异很大。原发癌可呈隐性病灶, 局部病变较小, 而早期已有转移。另一种为形态不规则, 包膜不完整, 与周围组织界线不清, 声像上呈不均质团块。

2.2 对甲状腺肿误诊分析

本组误诊率为 19.1%, 恶性肿块误诊率高于良性肿块, 良性中结节状甲状腺肿高于甲状腺腺瘤; 结节性甲状腺肿伴有腺瘤形成难以确诊。结节性甲状腺肿在退性改变时, 由于囊性物渗出反复刺激而形成较厚包膜。并可见多个囊腔及钙化灶出

现。这与甲状腺腺瘤伴囊性变易混淆, 区别在于甲状腺腺瘤有正常的甲状腺组织, 而结节性甲状腺肿则无。甲状腺腺瘤与甲状腺炎误诊率较高。对甲状腺癌肿块诊断还存在一定局限性。特别对 0.3~1.0cm 以内的早期微小癌, 呈隐性病灶, 往往不易发现。本文 4 例甲状腺癌误诊中 2 例颈部出现淋巴结肿大为转移性甲状腺癌。B 超探查以侧甲状腺未见原发病灶, 手术中发现甲状腺深部分别为 0.3cm 及 0.5cm 癌性小结节。1 例为慢性淋巴性甲状腺炎伴有 0.5cm 微小癌结节。另 1 例误诊的原因是 B 超有低回声囊性变, 误为腺瘤伴囊性变, 术后病理报告乳头状囊腺癌。腺瘤可囊性变或出血, 甲状腺癌可坏死、出血, 二者均可呈完全性无回声型。腺瘤囊性变, 囊壁完整、清晰, 可有包膜形成的光环, 边缘光滑, 形态规则, 后壁回声增强。甲状腺癌囊变是由于癌肿变化、坏死、出血, 可示液性或混合性暗区。其外型不规则, 边界模糊, 无回声区呈无规则型, 实质部分呈乳头状改变。所以对边界模糊的液性暗区及有小点状实质回声均需引起高度重视。作者认为超

结核性脑膜炎 6 例误诊分析

徐 钢

(扬州市职业病防治院, 扬州, 225002)

结核性脑膜炎由于临床表现不典型或对本病认识不足等原因, 常被误诊而延误治疗。我院 1989~1996 年收治结核性脑膜炎 18 例, 误诊 6 例, 误诊率 33%。现就其误诊原因分析如下。

1 临床资料

本组 6 例中男 3 例, 女 3 例, 年龄 26~64 岁, 平均 45 岁。延误诊断时间 1 个月 2 例, 2 个月 3 例, 最长 1 例长达 3 个月。胸部 X 线检查无异常发现 3 例, 陈旧性肺结核 2 例, 活动性肺结核 1 例。眼底检查视乳头水肿 3 例, 视神经萎缩 1 例, 正常 2 例。

误诊情况: 因发热、头昏、伴轻度咳嗽误诊为支气管炎 2 例; 因发热、咽痛, 误诊为慢性咽炎 2 例; 因发热、头痛误诊为颅内肿瘤 1 例; 因持续性发热, B 超检查误诊为右肾积水萎缩伴感染 1 例。

误诊原因分析:

(1) 对早期症状、体征不典型, 临床表现复杂多样认识不足, 是导致误诊的主要原因。上述 6 例结核性脑膜炎患者发病均不典型, 在诊治中被其他系统疾病所掩盖而导致误诊。

(2) 询问病史不详细、不全面也是导致误诊的原因之一。6 例结核性脑膜炎患者诊断明确后, 再追问有无与结核病患者接触史, 有接触史 4 例, 有长期密切接触史 1 例, 无接触史只有 1 例, 从中可以看出, 对结核性脑膜炎警惕性不高, 未能

细致询问病史, 仔细查体, 而误诊为其他系统疾病。

(3) 观察病情思路不宽, 也是导致误诊的原因。在临床工作中往往被辅助检查所左右, 忽视全面系统的体格检查, 对病情的演变观察不仔细。结核性脑膜炎随着病情的发展, 发热、头痛、呕吐、神志改变与脑膜刺激征会出现明显加重, 应高度怀疑此病的可能性。

2 体会

结核性脑膜炎的早期确诊是取得良好疗效的先决条件, 误诊则是导致愈后不良的直接原因。早期正确诊断需综合分析, 特别要提高对该病的高度警惕性, 熟悉其复杂多样的临床表现, 拓宽诊断思路, 详细询问病史, 正确运用辅助检查, 寻找确诊依据。对本病的诊断, 笔者提出如下建议: ①对原因不明的持续性发热, 或病程超过 2 周, 有发热、头痛、颈项强直者应高度怀疑结核性脑膜炎的可能。②重视胸部 X 线检查。③脑脊液检查应注意糖和氯化物的降低, 尤其是氯化物的降低更有意义。④进行结核菌素试验, 有条件也可行卡介苗皮试。⑤参考眼底检查及脑 CT 结果, 结合临床资料综合判断。⑥细菌学检查可以为结核性脑膜炎的诊断提供有力的证据。

(收稿日期: 1997-09-11)

声图上囊内钙化结节症, 在甲状腺囊性乳头状癌有高度特异性。亚急性甲状腺炎与甲状腺癌在声像图上易混淆, 两者均为低回声肿块。亚急性甲状腺炎单侧发病时可形成结节, 需在超声图像上仔细观察, 慢性淋巴结甲状腺炎多呈双侧对称性肿大, 回声减低, 有时可见多个小低回声区。但对一些不典型炎性肿块超声上较难鉴别, 要结合临床及其它辅助检查, 才能作出诊断。

2.3 临床价值

对临床诊断不易明确, 又给治疗上带来一定

困难的病例, B 超可以作为多次复查的工具。本组有 1 例患甲状腺炎, 双侧甲状腺弥漫性增大、质硬, 各种探查误为甲癌, 但通过口服强的松后肿块缩小, 经 B 超多次复查, 排除甲癌。对患者甲状腺癌术后随访也是一种较为理想的检查工具。对术后甲状腺体的低回声性肿块均提示复发可能。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-07-24)