

(上接第18版)

内科专家观点

甲状腺微小癌内科诊治：积极超过保守

▲上海交通大学医学院附属瑞金医院内分泌科 王曙

甲状腺癌作为内分泌系统最常见的恶性肿瘤，发病率在全球范围内呈逐年上升趋势。甲癌的增长主要来自乳头状癌（尤其是直径 < 2.0 cm 的甲癌），绝大多数 TMC 的病理类型为 mPTC，也存在甲状腺髓样癌微癌、滤泡癌微癌等其他类型。

手术治疗、术后 ¹³¹I 治疗、促甲状腺激素 (TSH) 抑制治疗是分化型甲癌 (DTC) 的治疗三部曲。但是，目前对于低危甲癌，尤其是 TMC 的诊治尚缺乏有力的循证医学证据，TMC 应立即开刀还是先行密切观察仍存争论。一部分医生认为，“是癌就得开刀”。虽然，大部分 TMC 恶性程度较低，但仍

具有肿瘤的恶性特征，存在转移、复发和死亡的风险。同时，确诊癌症对患者也是一种心理负担。因此，一经诊断应尽早手术，只是手术范围（全切还是部分切）尚可探讨。但是，部分医师认为 TMC 应先行保守治疗，待肿瘤进展到一定程度再行手术亦为时不晚。

日本 kuma 医院进行了一项大胆的临床试验，招募了 340 例 mPTC 患者，经 FNAB 明确诊断后，并未手术治疗，而是密切随访。在随访 5 年和 10 年时，肿瘤直径增大超过 0.3 cm 的患者分别占 6.4% 和 15.9%，发生淋巴结转移的比例分别为 1.4% 和 3.4%。但是对这 56 例患

者及时进行手术治疗，术后平均随访 78 个月，均未出现复发。这为 TMC 的保守治疗提供了一定的证据。但是该临床试验随访时间较短，患者例数尚少。因此，亟需广泛深入的临床试验以及生物标记物等预后相关因素的研究，建立有效的风险评估系统，从而为 TMC 患者提供最

合适的临床诊治方案。指南推荐，淋巴转移或远处转移的 DTC 患者，手术后应用 ¹³¹I 清甲及消融治疗。

术后 TSH 抑制治疗则是 DTC 治疗不可或缺的部分，通过应用甲状腺激素将 TSH 抑制在正常低限或低限以下甚至检测不到的程度，避免复发、降低死亡率。TSH 抑制治疗可

分为初治期（术后 1 年）和随访期，用药首选 L-T4 口服制剂。据回顾性研究报告，随访 2148 例 DTC 患者发现，早期复发（术后 1 年）患者的 10 年生存率显著低于晚期复发者。因此，DTC 术后应及时给予 TSH 抑制治疗，避免术后 1 年内复发。另外，TSH 抑制水平与 DTC 的

复发、转移和癌症相关死亡率的关系密切。指南推荐，根据肿瘤复发风险和 TSH 抑制治疗的不良反应风险的双评估结果，在 DTC 患者的初治期和随访期中，应达到相应的 TSH 抑制治疗的目标（表 1）。TSH 抑制治疗应持续 5~10 年，其后可仅行甲状腺激素替代治疗。

表 1 基于双风险评估的 DTC 患者术后 TSH 抑制治疗目标 (mU/L)

		DTC 复发风险			
		初治期 (术后 1 年)		随访期	
		高中危	低危	高中危	低危
TSH 抑制治疗的	高中危*	< 0.1	0.5 [#] ~ 1.0	0.1 ~ 0.5 [#]	1.0 ~ 2.0 (5-10 年)***
不良反应风险	低危**	< 0.1	0.1 ~ 0.5 [#]	< 0.1	0.5 [#] ~ 2.0 (5-10 年)***

*: TSH 抑制治疗的不良反应风险为高中危层次者，应个体化抑制 TSH 至接近达标的最大可耐受程度，予以动态评估，同时预防和治理心血管和骨骼系统相应病变；
 **: 对 DTC 的复发风险为高危层次、同时 TSH 抑制治疗不良反应风险为低危 DTC 患者，应定期评价心血管和骨骼系统情况；
 ***: 5~10 年后如无病生存，可仅进行甲状腺激素替代治疗；
 #: 表格中的 0.5mU/L 因各实验室的 TSH 正常参考范围下限不同而异

超声专家观点

甲状腺微小癌超声诊断：精确评估

▲上海交通大学医学院附属瑞金医院超声科 詹维伟

mPTC 发病率大幅提高，尤其是 < 1.0 cm 的 TMC，已居所有癌症发病率之首，这与甲状腺高频超声及 FNAB 的广泛应用密切相关。超声检查对甲状腺结节良恶性风险度的评估能力已获肯定，同时被倡导用以评估甲癌患者术前、术后的淋巴结转移状况。

甲状腺疾病超声诊断中较公认的可疑恶性特征包括：结节纵横比 A/T ≥ 1、结节的边界模糊、边缘成角或微小分叶样改变、内部为实性或实性为主回声、内部极低回声、结节内存在有“砂粒体”或髓样癌内部淀粉样沉积物继发的微钙化、结节后方声衰减、低血供的边缘型或中央型血供、弹性组织评分在 3~4 分、灰阶超声造影显示为不均匀、低于正常甲状腺组织的增强灌注等。恶性特征越多，用于诊断 TMC 的

准确性越大。但是，由于良恶性结节的超声特征有重叠，所以临床上超声医生对这些特征的解读和建议提示也存在区别。为此，国内外已有学者呼吁制定针对甲状腺超声检查的甲状腺影像报告与数据系统 (TI-RADS)。

瑞金医院将甲状腺结节归为 TI-RADS 1~5 类 (图 1)。分类与病理学结果进行对照研究后显示，该 TI-RADS 分类与病理结果一致性较好，对 TI-RADS 分类为 4B 类和

5 类的微小结节诊断的一致性好于 > 1.0 cm 的较大结节。

TMC 淋巴结转移相对较低，但仍可转移，需行术前、术后超声检查和评估。术前常规超声检查，明确是否有可疑淋巴结，若有，无论大小均强烈建议行 US-FNAB。据瑞金医院资料表明：US-FNAB 对 0.5~1.0 cm 的结节诊断价值最高，准确性约 88.96%，即使对于 ≤ 0.5 cm 的结节，US-FNAB 准确性也能达到 80.60%。



图 1 瑞金医院将甲状腺结节分为 5 类



外科专家观点

甲状腺微小癌外科策略：明确指征

▲上海交通大学医学院附属瑞金医院外科 陈曦

在现今的医学技术水平下，毋庸置疑，TMC 是明确的手术指征，手术将切除原发肿瘤、侵出甲状腺的病灶和转移的颈部淋巴结。恰当的手术不仅能降低疾病所致并发症率，而且可对疾病准确分期、利于术后同位素消融治疗、利于术后长期随访，并尽量降低肿瘤复发、转移几率。但对有强烈或绝对手术反指征的患者，是否进行手术则需谨慎权衡，如麻醉及手术风险极大，可考虑消融、甲状腺素制剂抑制治疗和密切随访。恰当的手术时机非常重要，一般当诊断明确，即应限期手术，但需甲状腺功能

正常且稳定。同时应维持患者适合手术的全身状况，而妊娠中期不是手术反指征，如在妊娠晚期发现 mPTC，可待分娩后再手术。

手术治疗包括甲状腺原发肿瘤切除和区域淋巴结处理。前者的术式多采用全 / 近全甲状腺切除术或患侧甲状腺腺叶切除 + 峡部切除术。众多研究显示，全甲状腺切除术可降低复发率和提高生存率，但该显著性不体现于 TMC。单侧甲状腺腺叶 + 峡部切除有利于保护甲状腺旁腺功能、减少对侧喉返神经损伤等，但其或可遗漏对侧甲状腺内的微小癌灶。一旦复发则需再

次手术，并发症风险显著上升。所以，TMC 的手术切除范围应依据肿瘤病灶本身特性、患者的背景资料及患者个人意愿来综合考虑。

颈部淋巴结转移是复发率增高和生存率降低的危险因素。对首次手术仅行肿瘤摘除的患者，建议 3~6 个月行全甲状腺切除及患侧中央组淋巴结清扫；对首次手术已行患侧甲状腺腺叶及峡部切除的患者，如对侧腺叶再发肿瘤，再行全甲状腺切除及中央组淋巴结清扫，如出现淋巴结和 / 或远处转移，再行全甲状腺切除及转移区域淋巴结清扫术。