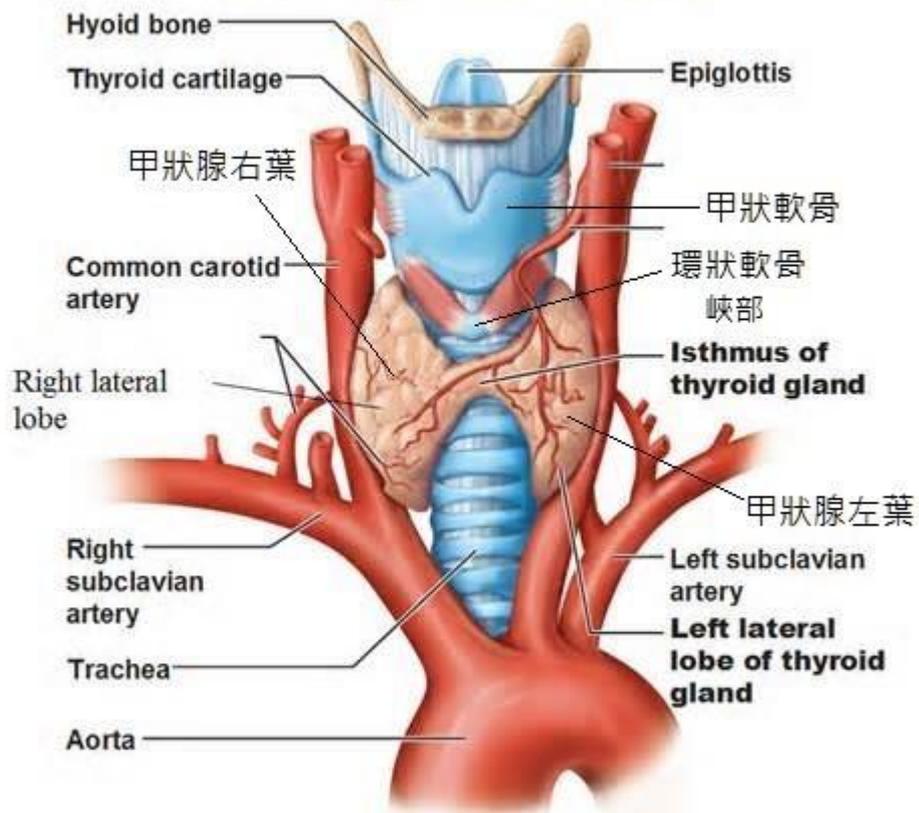


## 認識甲狀腺結節 (thyroid nodules)



### The Thyroid Gland



Gross anatomy of the thyroid gland, anterior view

#### 一. 前言

甲狀腺位於前頸部正中下半部，在喉頭甲狀軟骨和環狀軟骨下方，在氣管左右各有一葉腺體(left and right thyroid lobes)中間連結部份稱為峽部(isthmus)。其功能是分泌甲狀腺素(T3, T4)，是控制人體新陳代謝必要的荷爾蒙，並接受腦下垂體分泌的甲狀腺刺激素(TSH)的調控。

甲狀腺結節就是甲狀腺組織增生形成腫塊，臨床上相當常見，尤其是成年女性。根據國外研究報告年齡在 26 ~30 歲女、男盛行率分別是 2.7%和 2.0%；年齡在 36 ~40 歲女、男盛行率分別是 8.7%和 6.0%；年齡在 45 ~50 歲女、男盛行率分別是 14.1%和 12.4%；年齡在 55 歲以上的女、男盛行率分別是 18%和 14.5%。在大體的解剖研究中更發現高達 37~57%的死者會有甲狀腺結節。

病人因甲狀腺結節來求診除自己或他人注意到下頸部腫而來之外，常是因其他原因接受檢查而意外發現如耳鼻喉科頸部觸診檢查、頭頸部電腦斷層或核磁共振、頸部超音波甚至正子掃描等。

大部份的甲狀腺結節是良性的，佔 90%以上；少數會是惡性的（癌症），約佔 4~6.5%。

與甲狀腺癌症相關的危險因素如下：

1. 年齡：兒童甲狀腺結節是癌症的機率是成人的 2 倍以上；大於 60 歲和小於 30 歲的成人，其甲狀腺結節是惡性機率比年齡在 30 到 60 歲間的人還高。
2. 性別：男性惡性機率是女性的 2 倍。
3. 輻射線曝露：曾經接受過頸部放射線治療，有 20 到 27%會產生甲狀腺結節，其中的 30 到 33%可能是惡性。
4. 家族史：有甲狀腺癌的病人，其一級親屬若有甲狀腺結節其惡性機率會大增。
5. 血液幹細胞移植：增加甲狀腺癌相對危險性到 3.26 倍。

## 二. 評估：

發現有甲狀腺結節時，檢查最主要是為了確定或排除甲狀腺癌。

1. 病史詢問：結節發現多久，有無疼痛，有無甲狀腺機能亢進相關症狀，有無聲音沙啞或喝水易噎情形，有無甲狀腺癌家族史，有無輻射線曝露史等。
2. 理學檢查：甲狀腺觸診包括結節位置、大小、硬度、壓痛感、吞嚥時上下滑動情形；頸部各區淋巴結觸診；聲帶運動檢查。
3. 實驗室檢查：
4. 甲狀腺刺激素 (TSH)：

如 TSH 偏低可能是甲狀腺機能亢進所以可再安排核醫甲狀腺掃描確認。

如 TSH 正常或偏高則安排頸部甲狀腺超音波檢查和細針抽吸檢查。

2. 頸部甲狀腺超音波檢查：超音波可以測量結節大小和數量，鑑別出結節是實心或囊腫或混合性，提供某些可能是惡性的線索，並可掃描頸部看是否有可疑的淋巴結。

3. 細針抽吸檢查：可在手觸診下或超音波導引下抽吸。

抽吸組織做成抹片送到病理科做細胞學檢驗，其報告為下列 6 種結果之一

a: 無診斷性 (non-diagnostic)：可再重抽最好能搭配超音波導引

b: 良性 (benign)：惡性機率 <5%

c: 重要性不確定之濾泡性病灶/非典型細胞 (Follicular Lesion of Undetermined Significance (FLUS)/Atypia of Undetermined Significance (AUS))：惡性機率 5-10%

d: 濾泡性腫瘤/疑似濾泡性腫瘤 (Follicular-Neoplasm/Suspicious for Follicular Neoplasm)：惡性機率 20-30%

e: 疑似惡性 (Suspicious for Malignancy)：惡性機率 50-70%

f: 惡性 (Malignancy)：惡性機率 95-100%

### 三. 處置

若細胞學為良性則可定期追蹤檢查，每半年超音波掃描 ± 細針抽吸檢查，若病人因結節太大影響美觀或有壓迫氣管或食道症狀則可做單邊甲狀腺全葉切除。

重要性不確定之濾泡性病灶/非典型細胞和濾泡性腫瘤/疑似濾泡性腫瘤需做診斷性手術也就是病灶處單邊甲狀腺全葉切除送病理化驗等待最後確認是否為惡性，若是惡性則另一側甲狀腺再安排切除。

疑似惡性或惡性可先切除病灶處的甲狀腺全葉後送冷凍切片當場再確認，若能確認則另一側甲狀腺可同時切除做全甲狀腺切除手術。