

甲狀腺結節

一般外科 徐國峯醫師

甲狀腺結節是甲狀腺最常見的疾病，其發生率隨著年齡增長而增加。一般成人的發生率為 4-7%，但經屍體解剖的研究發現，約一半的成人有結節，且大多數是摸不到的。幸運的是多數結節是良性的，惡性機會相當低，雖然如此，臨床醫師對甲狀腺結節的處理仍是有不同的方式，有人保守觀察，有人建議手術治療，原則上應對於有惡性可能的及早手術，良性的則可慢慢來，但如何拿捏，則非易事。

(一) 臨床評估

臨床上高危險群包括如表所示，對這些病人應特別留意。

表 臨床危險因子

單一 vs 多發性結節

年齡

頸部放射線照射病史

地域性

性別

家族史

結節特性 (大小、質地、固定或可移動)

淋巴結

喉返神經麻痺

壓迫症狀

- 1.多數結節是無症狀的，大多是體檢意外發現，很少會痛，在多發性結節中有一突出的結節其惡性機會是與單一結節一樣的，新發生的結節或是原有結節突然生長快速，是惡性的現象，對於一個突發生疼痛腫塊多半是 colloid nodule 的出血造成。
- 2.小於 14 歲的小孩有單一結節，其惡性機會為 50%。
- 3.曾接受過甲狀腺放射治療者，其結節惡性機會為 20%-50%。
- 4.碘供應充足的地方，其乳頭狀癌機會高，而碘缺乏區域則濾泡性癌多。
- 5.在單一結節的惡性率，男性比女性為高。
- 6.家族史有內分泌疾病者，則要想到 medullary cancer. e.g. MEN 2A or 2B，又 Gardner's syndrome 可見乳頭狀癌。
- 7.甲狀腺結節的病人多是甲狀腺功能正常(euthyroid)，若是功能亢進要考慮 toxic autonomous nodules，若是功能低下要想到 nodular Hashimoto's disease.
- 8.硬且固定的結節惡性機會高，但良性的 Colloid nodule 也可能因鈣化而變硬。
- 9.淋巴腺腫大也是惡性的象徵。
- 10.喉返神經的麻痺也是惡性瘤侵犯神經的表現，食道氣管的壓迫症狀也是惡性的現象。

(二) 診斷工具：

— 甲狀腺功能檢查 (Thyroid function test)：T3，T4，TSH，Thyroglobulin，ATA，AMA，

Calcitonin(MEN2 Syndrome)。

— 電腦斷層/核磁共振：針對胸骨後或胸腔內的甲狀腺腫瘤。

— Thyroid scintigraphy：分辨 functioning (warm)或 non functioning (cold)，hyper-functioning (hot) nodules，用 ^{123}I 和 $\text{Tc}^{99\text{m}}$ pertechnetate 來掃描，但對良性惡性不易區分。

>80%的 nodules 為 cold，而其中 20%以下為惡性。

— 超音波檢查：可測得小至 0.3mm 直徑的結節，分辨囊腫或實心的結節，但分辨惡性結節仍不易。

— 穿刺抽吸細胞學檢查(Needle Biopsy & Aspiration Cytology)：粗針穿刺切片(Needle core biopsy)對分辨良惡性有幫助，但過程痛。細針抽吸穿刺(fine needle aspiration cytology)較常用，病人易接受，且安全易行，但對 follicular Ca 或 adenoma 不易分別，可加上 TPO (thyroperoxidase) 染色有助益。

(三) 治療

1.內科治療：

T4 suppressive therapy 效果有限。有時惡性結節亦會體積縮小。

2.外科療法：

從前面臨床危險因子評估加上 FNAC 結果，懷疑是惡性時是決定開刀的時機，另病灶若有壓迫症狀影響呼吸吞嚥亦應手術，為了美觀問題也可以手術幫忙。

手術方法：良性病灶側做甲狀腺葉狀切除（但要小心保留喉返神經，副甲腺及上喉神經的外側枝）；若是 papillary 或 medullary 癌應做根除性甲狀腺切除。

徐國峯醫師 簡介：

現職：三軍總醫院基隆分院一般外科主治醫師

三軍總醫院基隆分院手術室主任

三軍總醫院一般外科主治醫師

學歷：國防醫學院醫學系

英國牛津大學博士進修

經歷：三軍總醫院一般外科住院醫師、總醫師

三軍總醫院澎湖分院一般外科主任

中華民國外科專科醫師

中華民國消化外科專科醫師

專長：消化外科、內分泌外科、內視鏡外科

領域：肝膽胰手術，胃腸手術，甲狀腺手術，乳房手術，

腫瘤手術（肝癌、胃癌、乳癌），疝氣修補手術，

減肥手術，微創、腹腔鏡手術，無痛胃鏡大腸鏡檢

