

# 甲状腺细针穿刺知多少？

上海交通大学医学院附属瑞金医院病理科 李芹芹

甲状腺是人体重要的内分泌器官，由甲状腺左叶、右叶及峡部构成，看起来是不是很复杂？其实它就像一只灵动的蝴蝶，趴在我们的脖子上。甲状腺左叶、右叶相当于蝴蝶的两只翅膀，而峡部就像海峡连接两岸一样，将甲状腺左叶和右叶连接起来，相当于蝴蝶的身体。



随着环境因素的变化和生活节奏的变快，甲状腺疾病的发病率越来越高，并且逐渐年轻化。而甲状腺疾病中最常见的就是甲状腺结节，甲状腺长了结节该怎么办？这个不请自来的家伙是好人（良性结节）还是坏人（恶性结节）呢？为了了解甲状腺结节的情况，现在最常用且简单的方法就是做一个甲状腺 B 超，通过超声看看结节的情况，粗略判断一下这个结节是好的还是坏的。但 B 超毕竟只能隔着皮肤看一

看，就像雾里看花一样不能真正地判断结节的性质。如果是“坏结节”的话，也就是恶性肿瘤，需要尽早给予手术治疗，以延长患者生存期，改善患者预后。因此，对甲状腺结节进行良恶性鉴别至关重要。

而判断甲状腺结节的性质这么重要，就要甲状腺 B 超引导下细针穿刺。它是判断甲状腺结节性质的常用检查方法，有助于我们确定甲状腺结节的性质，做出诊断，指导治疗。甲状腺细针穿刺检查属于微创技术，操作相对简单、安全，且可快速、准确获取病理检查组织。

## ◆ 什么是甲状腺细针穿刺？

顾名思义，甲状腺细针穿刺就是用细针在甲状腺结节上打一针，从结节上抽取一点细胞液，而这些细胞液是我们真正需要的。因为它是将结节里的细胞抽取了一部分，来进行后续病理检查，并在显微镜下判断细胞性质，进而判断结节的性质，这是一种微创且高效的办法。

一般情况下，甲状腺细针穿刺都是在 B 超引导下来完成的，这对于一些小病灶、小结节的穿刺非常重要，因为在 B 超引导下，医生可以清楚看到结节的所在位置，可以判断从哪个

方向进针，能更好地到达结节所在的位置，并顺利完成操作。所谓“知己知彼，百战不殆”。

当然也有一些技术特别娴熟的医生，可以凭借手感，在你不注意的时候一瞬间完成操作，就像打了一针疫苗一样，简单快速。

穿刺时，患者需要仰卧于检查床上，颈部后仰，充分暴露甲状腺，不能吞咽、咳嗽、说话，始终记得密切配合医生操作。等医生定位好，真正穿刺的时间也就是1~2分钟，不用特别紧张。

#### ◆ 哪些患者需要做甲状腺细针穿刺？

是不是每个有甲状腺结节的患者都需要细针穿刺呢？其实并不是。

只有一部分患者需要进行这项检查，判断的标准可以依据 TI-RADS（Thyroid imaging reporting and data system）分类（见表1），也就是医生根据结节的情况和表现，将结节分成了“兄弟”6个。

那么1类、2类、3类，也就是兄弟中的老大、老二、老三，基本上都是良性的结节，都是正

直善良的人，出现坏结节的概率非常低，所以当你的B超报告上写着1类或者2类、3类的时候，那么你就可以放心了，一般不需要再进行细针穿刺。

兄弟中的老四、老五就没有那么省心了，他们逐渐变坏，其中老四又可以分为4a、4b、4c三个级别，他们的恶性率也是越来越高，当看到老五出现的时候，那么这个结节十之八九是个恶性结节了，所以当你的B超报告上写着4a、4b、4c或者5类结节的时候，那么就需要细针穿刺获取一点细胞，来判断一下结节的性质了。

那么除了B超分类为4a、4b、4c及5类结节的结节，还有哪些情况也属于高危对象也需要进行细针穿刺呢？

有如下几种情况：① 童年期有头颈部放射线照射史；② 由于其他疾病，头颈部进行过放疗；③ 有家族史；④ 甲状腺结节>1cm，且结节生长迅速或者同时有颈部淋巴结增大；⑤ 降钙素高于正常范围。

表1 甲状腺结节 TI-RADS 分类

分类	评价	超声表现	恶性风险
0	无结节	弥漫性病变	0
1	阴性	正常甲状腺（或术后）	0
2	良性	囊性或实性为主，形态规则、边界清楚的良性结节	0
3	可能良性	不典型的良性结节	< 5%
4	可疑恶性	恶性征象：实质性、低回声或极低回声、微小钙化、边界模糊/微分叶、纵横比>1	5%~85%
4a		具有1种恶性征象	5%~10%
4b		具有2种恶性征象	10%~50%
4c		具有3~4种恶性征象	50%~85%
5	恶性	超过4种恶性征象，尤其是有微钙化和微分叶者	85%~100%
6	恶性	经病理证实的恶性病变	100%

### ◆ 穿刺之后做什么？

抽吸到的部分甲状腺组织，涂片后送到病理科，病理医生通过显微镜了解细胞的性质并作出诊断，这时候就要请出病理医生出场了。

大部分人可能并不知道，病理医生是干什么的。通常，病理医生又被称为“医生中的医生”，一台显微镜“走遍天下都不怕”，让肿瘤细胞无所遁形。医学界有句话，“病理诊断是诊断的金标准”，通过病理医生的诊断，才可以确认你身上长的到底是不是肿瘤。

### ◆ 如何看懂甲状腺穿刺的病理报告

在甲状腺细针穿刺的诊断中，细胞病理学诊断是最常采用的方法，细胞学报告也是临床医生综合判断的依据之一，具有很高的临床价值，那如何看懂一份甲状腺细针穿刺报告呢？

首先必须要说一下 Bethesda 报告系统 (The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology, TBSRTC) (见表 2)，将报告类别分为六类，以罗马序数标识，如“Bethesda II”表示结节被诊断为良性。

诊断 II 类，即表示考虑为良性病变、良性结节。包括甲状腺炎症类病变如桥本甲状腺炎、亚

急性甲状腺炎等和结节性甲状腺肿、胶质样结节，当出现“炎”、“肿”这些字眼都表示良性病变。

诊断 III 类，意义不明确的细胞非典型病变或者意义不明确的滤泡上皮病变。个人理解，就是细胞特点中没有足够的证据撑起或者偏向恶性诊断，但是也无法归类于良性范畴，游走于两者中间。对于这类结果的最佳处理方案是复穿，寻找更多的诊断依据。当然，如果患者不愿意复穿，且本次取样细胞量评估充足的话，分子检测也是一个非常好的筛选方案。

诊断 IV 类，滤泡性肿瘤 / 疑为滤泡性肿瘤，这是一组较为特殊的肿瘤。对于 IV 类诊断，由于滤泡性肿瘤有 10%~40% 病例在术后组织病理诊断为滤泡性癌，因此建议以腺叶切除为首选治疗方案。若患者对于手术有顾虑，也可建议先进行甲状腺基因分子检测，若发现有异常突变，再手术切除治疗。

诊断 V 类，可疑恶性肿瘤。当部分细胞学形态特征强烈提示恶性肿瘤，但又不足以明确诊断时，应归类为可疑恶性肿瘤。虽字面显示“可疑”，其形态学上更向恶性肿瘤倾斜。

诊断 VI 类，Bethesda 诊断系统最高等级，肯定的恶性诊断，赶紧手术去吧。

表 2 Bethesda 分类

Bethesda 分类	恶性风险	临床处理规范	
I	标本无法诊断 / 标本不满意	5%~10%	超声引导下再次细针穿刺
II	良性	0~3%	临床和超声随访
III	意义不明的细胞非典型病变 / 滤泡性病变	6%~18%	再次细针穿刺、分子标志物检测或甲状腺腺叶切除
IV	滤泡性肿瘤 / 可疑滤泡性肿瘤	10%~40%	甲状腺腺叶切除或分子标志物检测
V	可疑恶性	45%~60%	甲状腺近全切或腺叶切除
VI	恶性	94%~96%	甲状腺近全切或腺叶切除