



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2022.10.020

http://www.lcnkz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2022.10.020

· 病例报告 ·

亚急性甲状腺炎合并急性化脓性甲状腺炎一例

欧倩滢 林乐韦华 陈开宁 全会标

[关键词] 急性化脓性甲状腺炎; 亚急性甲状腺炎; 诊断; 治疗

[中图分类号] R581.4 [文献标识码] B

患者,男,43岁,因“颈前疼痛、发热4周”于2019年11月8日收入我院内分泌科。患者4周前因受凉出现右侧颈前疼痛,伴颈前肿块、畏寒、寒战、发热,最高体温39℃,在外院予头孢(具体用药不详)治疗2天症状稍好转。3周前于我院门诊就诊,体格检查甲状腺右叶质地硬、有触痛;WBC计数 $9.83 \times 10^9/L$ ($3.50 \sim 9.50 \times 10^9/L$,括号内为正常参考值范围,以下相同)、中性粒细胞百分比(NEU%)正常、C反应蛋白(CRP)68.480 mg/L(0.068 ~ 8.200 mg/L)、红细胞沉降率(ESR)23.0 mm/h(≤ 20.9 mm/h),游离甲状腺激素(FT_4)16.10 pmol/L(7.86 ~ 14.41 pmol/L),游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3)、超敏促甲状腺素(TSH)、促甲状腺素受体抗体、甲状腺过氧化物酶抗体均正常;甲状腺彩色超声检查结果:甲状腺右叶体积饱满,内见不规则低回声区,范围约29 mm × 19 mm,边界不清,内回声不均匀,有明显压痛;彩色多普勒血流显像(CDFI):其内及周边见血流信号。甲状腺右叶低回声区(考虑亚急性甲状腺炎)。甲状腺摄碘率:4 h 2.48%,24 h 4.03%。考虑诊断为亚急性甲状腺炎,予泼尼松每次10 mg、每天2次口服治疗约半个月。服药后右颈前疼痛逐渐减轻,颈前肿块逐渐缩小,但期间仍有发热,最高体温38℃,自行服用布洛芬后体温降至正常。患者入院前4天出现左侧颈前疼痛和肿块,仍继续服用泼尼松。入院前2天左颈前疼痛加重、肿块变大,疼痛可放射至左侧面部、下颌部,复查WBC计数 $14.85 \times 10^9/L$,CRP 103.71 mg/L,ESR 54.0 mm/h,NEU% 83.3%(40.0% ~ 75.0%),遂收入院。患者既往无甲状腺疾病相关病史、口咽部及颈部外伤史、颈部创伤性手术操作史、颈部放射线照射史。体格检查:T 36.5℃,P 103次/分,R 22次/分,Bp 171/69 mmHg。无突眼征。甲状腺Ⅱ度肿大,甲状腺右叶可触及结节、质偏硬、轻压痛,甲状腺左叶下叶可触及结节、边界模糊、质韧、皮温稍高、明显压痛、无波动感,未闻及血管杂音。心肺腹无异常。无双手细颤。入院后辅助检查:甲状腺功能: FT_3 7.55 pmol/L(2.63 ~ 5.70 pmol/L)、 FT_4 21.37 pmol/L(9.01 ~ 19.05 pmol/L)、TSH 0.007 mIU/L(0.350 ~ 4.940 mIU/L)。2次血培养均提示无菌生长。甲状腺核素显像检查:甲状腺功能受抑制,未见显影。颈部CT检查:甲状腺密度减低,颈部多发小淋巴结影。复查甲状腺彩色超声检查结果:甲状腺右叶可见一片状低回声

区,范围约41 mm × 21 mm,几乎占满边界且边界不清,内回声欠均匀,内未见明显无回声区;CDFI:其边缘及内部可见稍丰富血流信号。甲状腺左叶下段可见一片状低回声区,范围约25 mm × 8 mm,边界不清,内回声不均匀,内未见明显无回声区,有明显压痛;CDFI:其边缘及内部可见稍丰富血流信号。考虑化脓性甲状腺炎。左侧颈部淋巴结肿大,考虑淋巴结炎。尿便常规、肝肾功能、血糖均正常。乙肝、丙肝、梅毒、HIV检查结果均为阴性。胸部CT检查未见异常。初步诊断为亚急性甲状腺炎(SAT)合并急性化脓性甲状腺炎(AST)。入院后先予哌拉西林舒巴坦(每次3 g,每12 h 1次)静脉输注抗感染,依托考昔(每次60 mg,每日1次)镇痛。治疗2天体温峰值无下降,颈部疼痛无好转,遂更换为亚胺培南西司他丁(每次1 g,每8 h 1次)静脉输注后,体温峰值呈下降趋势,但体格检查时发现甲状腺左叶皮温较入院时明显升高,复查WBC计数 $13.89 \times 10^9/L$,CRP 212.56 mg/L,考虑化脓性甲状腺炎常见致病菌为金黄色葡萄球菌等革兰阳性菌,故联用万古霉素(每次1 g,每12 h 1次)静脉输注,患者病情好转后改为头孢克洛(每次0.375 g,每日2次)口服抗感染。患者感染控制后,体温正常,甲状腺左叶皮温降低、质地变软,复查WBC计数 $10.03 \times 10^9/L$,NEU%正常,CRP 214.72 mg/L,考虑为SAT并发AST,故重新使用泼尼松(每次10 mg,每日3次)口服抗炎治疗。住院第8天,病情好转出院,院外继续口服头孢克洛(每次0.375 g,每日2次)共6天,泼尼松逐渐减量至停用。2020年5月20日复诊,甲状腺体格检查无异常,血常规、CRP、ESR、甲状腺功能及促甲状腺素受体抗体、甲状腺过氧化物酶抗体正常。甲状腺彩色超声检查结果:甲状腺实质回声稍减低,血供Ⅰ级,双侧颈部淋巴结肿大,内可见少许血流信号,提示甲状腺炎恢复期。

讨论

AST是一种临床罕见的甲状腺非特异性感染性炎症,占有甲状腺疾病的0.1%~0.7%^[1]。常以发热、颈前区疼痛及肿块起病。因早期临床表现不典型,易被误诊为SAT。AST通常发生于既往存在的甲状腺疾病(如甲状腺腺瘤、结节、肿瘤等)或免疫抑制状态患者^[2]。临床少见SAT合并AST,AST易被SAT病情所掩盖而漏诊,从而延误治疗。本例报道总结该疾病患者的病情演变和处理措施,旨在增加临床医生的诊疗经验。AST发病主要与下列因素有关:甲状腺基础疾病(如甲状腺腺瘤或结节性甲状腺肿)继发感染、医源性感染、先天性畸形、甲状腺附近炎症直接蔓延、口咽部外伤以及免疫缺陷或免疫功能

表 1 SAT 和 AST 的临床鉴别要点

疾病类别	前驱表现	体格检查			实验室检查				
		体温	甲状腺触诊	WBC 计数	CRP	ESR	降钙素原	甲状腺功能	
SAT	上呼吸道症状等病毒感染	正常或发热	压痛处质地硬、皮温正常	正常或轻度升高	正常或轻度升高	显著升高	正常	早期一过性甲状腺毒症	
AST	局部皮肤、咽喉部的细菌感染	发热	压痛处质地韧、皮温高,可有波动感	显著升高	显著升高	轻度升高	升高	多数正常	

疾病类别	超声检查结果				核素检查	细针穿刺病理结果	糖皮质激素疗效
	病灶部位	淋巴结	病灶大小	动态演变			
SAT	多发,双侧受累	多无明显血流信号	相对较小	数目、形态、大小会发生变化	摄碘率下降,可不显影	富含多核巨细胞的肉芽肿及单核细胞	疼痛缓解,体温正常
AST	单发,左侧居多	内见丰富血流信号	相对较大	病灶逐渐增大,无回声区渐多	正常,脓腔处冷结节	富含脓细胞,培养可得到病原体	疼痛加重,体温不降

低下^[3]。其中最常见的原因因为先天性梨状窝瘘。SAT 是一种自限性的非细菌导致的甲状腺炎症,占甲状腺疾病的 5%^[4]。目前认为其与病毒感染后激活细胞毒性 T 淋巴细胞导致甲状腺细胞的破坏有关。两种疾病发病机制完全不同,但早期临床表现相似,均可表现为甲状腺部位的疼痛和压痛、发热、WBC 计数升高、ESR 增快、CRP 增高。两者甲状腺超声均可表现为不均匀的片状低回声区,血流信号无明显差异,均可引起颈部淋巴结肿大。在临床中有时难以区别,主要需通过对糖皮质激素的治疗反应鉴别,SAT 使用糖皮质激素治疗效果显著,而 AST 如持续用激素治疗则可导致病情恶化。此外,甲状腺细针穿刺对两者鉴别也具有一定价值。两者主要的临床鉴别要点见表 1。

SAT 和 AST 这两种疾病不同的发病机制对应的治疗方案完全不同。对于轻、中度 SAT 患者,一般首先给予解热镇痛药物治疗。对于病情严重的患者,糖皮质激素是重要和有效的治疗手段^[5],并可借助其疗效及辅助检查与其他类型甲状腺疾病相鉴别^[6-7]。本例患者在糖皮质激素治疗期间仍有发热、甲状腺新发部位疼痛,是考虑到并发 AST 的临床线索。AST 病情发展迅速,如不及时正确诊断及治疗可引起败血症、气管食管瘘、坏死性纵膈炎或心包炎,局部脓肿压迫导致呼吸和吞咽困难,危及生命,病死率为 3.7%~12.1%^[8]。因此 AST 强调早期诊断、早期抗感染治疗。AST 的致病菌中,约 39% 为革兰阳性需氧菌,最常见为金黄色葡萄球菌和化脓性链球菌;约 25% 为革兰阴性需氧菌,常见为流感嗜血杆菌和大肠埃希菌;约 12% 为厌氧菌,多为口咽部菌群,常见为拟杆菌属和消化链球菌属;约 15% 为真菌;约 9% 为结核杆菌和非典型分枝杆菌^[9-10]。AST 可为单一病原菌感染,也可发生混合感染。因此 AST 在急性炎症期应予广谱抗生素,兼顾革兰阳性菌、革兰阴性菌以及厌氧菌。本例患者抗感染治疗后复查甲状腺彩超未见脓肿形成,避免了外科干预,静脉使用抗生素时间短,住院时间短,正是前期抗生素使用力度充足、干预及时的结果。对于 SAT 的治疗,在急性感染尚未控制之前,暂停糖皮质激素,予解热镇痛药对症缓解疼痛,待感染控制后再重新使用糖皮质激素治疗。本例患者治疗成功的关键在于及时诊断 AST,积极抗感染及合理的抗炎治疗。曾有文献报道 1 例不排除合并 SAT 的 AST 患者,起病 1 个多月后确诊 AST,持续予糖皮质激素治疗的同时先后予头孢吡辛、头孢哌酮舒巴坦联合奥硝唑抗感染,该例患者最终出现甲状腺脓肿形成,经手术置管引流后病情才逐渐好转,出院

时因甲状腺功能减退予优甲乐替代治疗。

95% AST 患者合并梨状隐窝,故确诊 AST 的患者均需行咽喉内窥镜或食管吞钡检查,明确有无梨状隐窝^[11]。CT 检查也可用于明确梨状隐窝。本例患者行颈部 CT 虽未见梨状窝瘘,但 CT 检查结果在 AST 早期可能会出现假阴性^[12],因此在急性期缓解后应行咽喉镜和吞钡造影检查以证实^[13-14]。本例患者未进一步行上述检查,此为病例的不足之处。可对患者定期随访,如没有复发,则存在解剖异常的可能性较小。

SAT 和 AST 可同时出现在同一患者中,特别是在使用糖皮质激素治疗的情况下。两种疾病的治疗方向大相径庭,当二者共存时,在急性炎症期以抗感染治疗为主,待感染局限后再考虑糖皮质激素治疗。本例患者 AST 经过早期、足量、有效的抗生素治疗,病情完全治愈,无并发症和后遗症,预后良好。

参 考 文 献

- [1] Paes JE, Burman KD, Cohen J, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion [J]. *Thyroid*, 2010, 20(3): 247-255.
- [2] Chainchel Singh MK, Vijayanathan A. Idiopathic Thyroid Abscess-A Rare Occurrence [J]. *Eur Endocrinol*, 2019, 15(1): 42.
- [3] Yedla N, Pirela D, Manzano A, et al. Thyroid Abscess: Challenges in Diagnosis and Management [J]. *Investig Med High Impact Case Rep*, 2018, 6: 2324709618778709.
- [4] Engkakul P, Mahachokkietwattana P, Poomthavorn P. Eponym: De Quervain Thyroiditis [J]. *Eur J Pediatr*, 2011, 170(4): 427-431.
- [5] 朱筱, 刘德情, 秦佳俊, 等. 甲基强的松龙与依托考昔治疗亚急性甲状腺炎临床效果比较 [J]. *临床军医杂志*, 2021, 49(12): 1327-1330.
- [6] 刘海珍, 李照喜, 郁春红, 等. 声触诊组织量化成像技术对局灶型亚急性甲状腺炎与甲状腺乳头状癌的鉴别诊断价值 [J]. *中国临床医学*, 2020, 27(2): 303-307.
- [7] 张兰, 邓敏, 周小花, 等. 中性粒细胞/淋巴细胞比值、血小板/淋巴细胞比值、单核细胞/淋巴细胞比值及血小板平均体积对亚急性甲状腺炎的诊断价值分析 [J]. *临床内科杂志*, 2021, 38(10): 688-690.
- [8] Yu EH, Ko WC, Chuang YC, et al. Suppurative Acinetobacter baumannii thyroiditis with bacteremic pneumonia: Case report and review [J]. *Clin Infect Dis*, 1998, 27(5): 1286-1290.
- [9] 于利平, 王成元, 帅瑛, 等. 化脓性甲状腺炎 1 例报道并文献复习 [J]. *中国医刊*, 2019, 54(8): 843-847.
- [10] 王雯娟, 王清, 陈兆杰. 急性化脓性甲状腺炎的诊断进展 [J]. *中国实验诊断学*, 2020, 24(1): 157-162.
- [11] 王广亭, 方迎昕, 邹运, 等. 第 460 例发热-颈前疼痛-甲状腺肿大 [J]. *中华医学杂志*, 2019, 99(10): 787-789.
- [12] Falhammar H, Wallin G, Calissendorff J. Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess in adults: clinical presentation, treatment and outcomes [J]. *BMC Endocr Disord*, 2019, 19(1): 130.
- [13] Kim KH, Sung MW, Koh TY, et al. Pyriform sinus fistula: management with chemocauterization of the internal opening [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2000, 109(5): 452-456.
- [14] Masuoka H, Miyauchi A, Tomoda C, et al. Imaging studies in sixty patients with acute suppurative thyroiditis [J]. *Thyroid*, 2011, 21(10): 1075-1080.

(收稿日期: 2021-09-27)

(本文编辑: 高婷)