

32例住院及门诊原发性甲状腺功能亢进症患者的误诊分析

刘虹兵, 王民登^①

(右江民族医学院附属医院内分泌科, 广西 百色 533000 E-mail: 15807860202@126.com)

摘要: **目的** 探讨原发性甲状腺功能亢进症的特殊临床表现, 分析其主要损伤机制及误诊原因, 分析住院及门诊不同误诊方向的原因。 **方法** 结合相关文献对我院住院及门诊 2008~2013 年治疗并误诊的 32 例原发性甲状腺功能亢进症的临床资料进行回顾性分析, 总结误诊原因及门诊与住院之间的不同特点。 **结果** 原发性甲状腺功能亢进症可累及多器官、多系统, 缺乏特异性, 门诊分诊方向难以确定, 极易误诊。 **结论** 原发性甲状腺功能亢进症临床表现多样化, 对症状不典型者极易误诊, 对常规治疗方法效果欠佳又高度怀疑本病的患者, 应及时行甲状腺功能检查, 避免长期误诊。

关键词: 甲状腺功能亢进症; 症状和体征; 误诊

中图分类号: R581.1

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0022-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.010

原发性甲状腺功能亢进症(甲亢)是指血液循环中甲状腺激素过多, 引起以神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的一组临床综合征^[1]。按病因分有十多种类型, 主要见于格雷夫氏病(Grave's disease), 此型约占甲亢的 90%^[2]。西方国家报告本病的患病率为 1.1%~1.6%, 我国学者报道是 1.2%, 女性显著高发(女:男=4~6:1), 高发年龄为 20~50 岁^[1]。本病临床表现多样, 缺乏特异性, 且在病情发展的过程中可能以某一系统的症状为突出表现, 如甲亢性心脏病、甲亢性肝功能损害、甲亢周期性麻痹等, 极易误诊误治, 而且个别病例误诊时间较长。有资料表明, 误诊率达 50.3%^[3]。现结合本院住院及门诊 2008~2013 年治疗并误诊的 32 例原发性甲亢的临床资料进行回顾性分析如下。

1 资料与方法

回顾性分析我科诊治前曾误诊的 32 例甲亢患者, 门诊 12 例, 住院 20 例, 男 10 例, 女 22 例, 年龄 26~70 岁, 平均年龄 51 岁。所有病例排除其他系统疾病及精神病史患者, 排除既往甲状腺疾病史。甲亢诊断: 所有病例均经放射性¹³¹I 和甲状腺功能检查(FT3 或 FT4 升高, TSH 下降)符合甲亢诊断标准, 且经抗甲状腺药物治疗症状缓解。

2 结果

病房误诊: 冠心病并心房颤动 8 例, 心肌炎 2 例, 肠易激或慢性结肠炎 3 例, 病毒性肝炎 2 例, 周期性麻痹及多发性肌炎 5 例。门诊误诊: 更年期综合征 2 例, 神经官能症 1 例, 精神分裂症 1 例, 糖尿病 6 例, 眼科疾病 2 例。误诊时间 1 个月到数年不等, 其中 1 例误诊为肠易激的患者时间长达近 3 年。上述病人经我科予以丙基硫氧嘧啶或他巴唑正规治疗, 1 周~3 个月上述症状明显改善, 甲状腺功能接近正常。

3 讨论

甲亢患者临床表现多种多样, 涉及多个系统, 病情轻的甲亢病人可以没有任何症状。上述病人绝大多数不是以怕热多汗、多食易饥、颈前增粗等典型的甲亢的表现就诊原因, 而以某一系统的症状为主。下面列举本组误诊疾病及分析造成误诊的原因。

3.1 心血管病变 患者增多的甲状腺激素直接作用于心肌, 促进肌球蛋白合成, 增强心肌中钠-钾-ATP 酶、肌球中的 ATP 酶活性, 使心肌肥厚, 且过多的甲状腺激素与儿茶酚胺协同, 加强了儿茶酚胺对心血管的刺激, 故长期过量的甲状腺激素可造成心血管病变, 严重者致心力衰竭^[4]。甲亢性心脏病临床表现酷似冠心病, 且与冠心病发病年龄相当, 极易误诊^[5]。甲亢性心脏病和冠心病等其他心脏疾病均可有心电图 S-T 段

压低, 胸片显示心脏增大, 超声提示心脏扩大等, 也容易使临床医生多考虑老年常见病和多发病而导致误诊发生^[6]。本组 8 例甲亢性心脏病临床表现有心悸、心动过速、心房颤动, 心脏扩大等酷似冠心病, 且与冠心病发病年龄相当, 导致误诊。2 例有上呼吸道感染史, 均为年轻人, 误诊为常见的心肌炎。此类患者抗甲状腺药物治疗后, 心脏病变能好转或消失。而本组 2 例年轻患者被误诊为心脏疾病后, 几经治疗症状仍无明显缓解, 因其心理压力增加, 出现抑郁症表现, 增加治疗难度, 长时间误诊也对医患关系起到负面影响。

3.2 肠易激综合征及慢性结肠炎 甲亢时肠道动力增高, 转运时间缩短, 肠蠕动增快, 而且还存在消化吸收不良以及分泌异常的因素, 自主神经、肠神经系统失调, 其他内分泌器官与甲状腺相互影响, 以及胃肠肽类激素在甲亢时的异常变化, 均可影响胃肠的动力和分泌吸收^[7], 使排便次数增多, 大便呈水样或稀糊状, 本组 3 例患者均以腹泻为主要症状, 无其他消化系统症状, X 线胃肠钡剂造影及胃镜、结肠镜检查均未见器质性病变, 误诊为慢性结肠炎、肠易激综合征等。本组 1 例误诊为肠易激综合征患者, 反复按肠易激综合征治疗方案治疗迁延 3 年不愈, 造成医疗花费增多, 加重患者负担。

3.3 病毒性肝炎 肝细胞是甲状腺激素的代谢场所, 生理状态下其直接与肝细胞受体结合, 不造成肝损害。甲亢时机体处于高代谢状态, 肝细胞氧耗增加, 但肝脏血流量并未相应增加, 造成肝细胞相对缺氧^[8], 故甲亢引起的肝功能损害临床较常见。同时, 甲亢患者营养不良和免疫功能异常与肝损害也有一定关联。本组 2 例患者因既往病毒性肝炎史, 出现不同程度消化系统症状体征及肝功能异常而误诊为病毒性肝炎, 行保肝治疗肝功能始终不能恢复正常, 后查甲状腺功能提示 T₃、T₄ 明显升高, 确诊为甲亢。

3.4 周期性麻痹或多发性肌炎 甲状腺激素可促进 Na-K 泵活性, 使大量 K 离子转入细胞内, 出现对称性软瘫, 表现与低钾型周期性麻痹相似; 大量甲状腺激素促进肌肉蛋白质分解消耗, 使线粒体内氧化过程加速, 高能磷酸键匮乏, 引起肌力、肌张力下降并发生肌萎缩; 还有交感神经兴奋和儿茶酚胺分泌增加等, 均可致双下肢无力^[9]。因这两种疾病并不一定总是和甲亢同时发生, 它们可以在甲亢先后出现, 所以本组 5 例患者被误诊为低钾周期性麻痹或单纯肌肉病变, 直到甲亢症状典型后才确诊。

3.5 更年期综合征、神经官能症和精神分裂症 甲亢时由于甲状腺激素分泌过多, 使神经兴奋性增加, 绝大部分患者在早期表现为情绪激动、失眠、敏感、头晕、乏力等神经衰弱综合征。

^① 通讯作者

另外,甲状腺素可使细胞对儿茶酚胺的敏感性增高、腺苷酸环化酶活性增加及ATP产生减少,影响了脑功能。甲状腺激素分泌过多,导致代谢增高,交感神经活性增加,可使脑血流动力学发生改变,脑电图异常,出现精神症状。更年期女性由于体内雌激素不稳定,导致机体的内分泌失调和代谢紊乱,可出现精神紧张、头晕失眠、月经紊乱等症状,甲亢症状因与其有相似表现,临床易将此类女性患者误诊为更年期综合征或神经官能症。本组1例患者因有幻觉、妄想、终日不思饮食症状误诊为精神分裂症,按精神分裂症治疗长达半年,后依据甲状腺功能检查方明确诊断。

3.6 糖尿病 甲亢时,甲状腺激素分泌过多,使肝糖原分解加强,并促进肠道对葡萄糖的吸收;胰岛素降解加速,机体对胰岛素的敏感性降低,导致对胰岛素的需要量相对增加;胰岛素还可以激活肾上腺 β 受体,增强儿茶酚胺的敏感性,从而抑制胰岛素的分泌,导致血糖升高^[10]。甲亢与糖尿病的临床表现均有口干、多饮、消瘦等相似之处,但两病尚有其各自相应症状,若患者以上述症状为主诉时,则较易造成误诊。本组6例患者血糖升高,常规降糖药物治疗效果欠佳,后检查甲功提示甲亢,予以抗甲状腺药物治疗后,血糖恢复正常。

3.7 眼科疾病 由于甲亢突眼患者眼球后结缔组织和眼外肌中成纤维细胞(RF)活性增强,产生大量亲水性大分子物质糖胺聚糖(GAG)。GAG吸收水分造成眼外肌水肿,体积增加,从而使眼后压力增高,由于眼眶的限制导致眼球前凸;同时,眼病性免疫球蛋白OIG不断作用于眼球后组织自身抗原,而导致球后组织中的脂肪浸润,眼肌水肿增大,纤维组织增宽,黏多糖沉积与透明质酸增多,淋巴细胞、浆细胞浸润,致突眼形成。本组患者在突眼发生数月或数年后才出现甲亢表现,甚至有突眼形成出现时,T₃、T₄仍处于正常状态,故易延误治疗时间。

综上所述,本案甲亢患者首诊科室常见于:①心内科;②神经内科;③消化内科;④妇产科;⑤眼科;甚至精神科。可见甲亢的危害可波及多系统,临床表现复杂多样,对其特殊临床表现认识不足是误诊的重要原因。而且本案中门诊和病房病例各有特点,收入病房的患者以慢性疾病较多,主要症状为心脏表现或消化系统表现。而门诊误诊病例较前增多,其中有目前甲亢发病率增高原因,更重要的原因是综合医院分科过细,门诊分诊、非专科医生内分泌代谢常见疾病知识培训不足,患者对甲状腺疾病了解匮乏,以致不少病例误诊时间较长,患者教育有待加强。因此,对于大型综合性医院,尽可能减少或避免

相关误诊,建议采取如下措施:①应加强对临床各专业医师和分诊、导医护士甲状腺疾病知识的培训;②加强甲状腺疾病患者教育;③首诊医师应进行仔细询问病史和体格检查,及时发现患者的潜伏症状、体征以准确诊断;正确分析患者的各项化验结果,全面考虑病情;若发现不典型甲亢临床表现如低钾性周期性瘫痪反复发作,情感性精神症状伴怕热、多汗、消瘦,消化系统无器质性病变的慢性腹泻及不明原因的肝损害患者,尤其是老年患者出现不明原因的阵发性或持续性、心室率快而洋地黄制剂无效者,则必须进行甲状腺功能检查;④临床诊断首先应考虑常见病,但要全面鉴别,尽量完善辅助检查,必要时可多次重复测定甲状腺功能;⑤本病近年来发病优势不明显,男性也需完善检查。同时该病无年龄差别,任何年龄均可发病,应提高临床警惕性。总之,早期诊断甲亢可减少心血管、消化道、抑郁症等严重并发症,改善患者临床症状,提高生活质量。临床医生应重视甲状腺疾病知识学习,尽可能减少甲亢误诊。

参考文献:

- [1] 陈灏珠,陆再英,钟南山.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:685-692.
- [2] 薛广波,李云先,居喜娟,等.现代疾病预防学[M].北京:人民军医出版社,1996:888-891.
- [3] 顾裕民,刘林森.甲状腺功能亢进症的首发症状与误诊[J].临床荟萃,2010(4):213-214.
- [4] 何一飞.原发性甲状腺功能亢进症44例误诊原因分析[J].临床误诊误治,2011(6):42.
- [5] 骆志鹏.老年甲状腺功能亢进症25例临床特点分析[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(1):51-52.
- [6] 陈志媛,王越,程燕.老年型甲亢性心脏病误诊25例分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(21):51-56.
- [7] 李懿.甲状腺功能亢进症腹泻的机理[J].华西医学,2003(3):447.
- [8] 宋勇峰,赵家军.内分泌代谢与肝脏疾病之间的相互关系[J].中华内分泌代谢杂志,2010,26(11):1009-1010.
- [9] 陈世清,朱大菊,李雪峰.甲状腺功能亢进伴周期性麻痹32例分析[J].邵阳医学院学报,2008,19(4):227-228.
- [10] 朱禧星.现代糖尿病学[M].上海:上海医科大学出版社,2000:85.

收稿日期:2013-09-24;修回日期:2013-11-26

多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎效果观察

黄南

(广西巴马瑶族自治县民族医院内科,广西 巴马 547500 E-mail:huangnan2005@163.com)

摘要:目的 探讨多潘立酮联合铝碳酸镁在治疗胆汁反流性胃炎的效果。方法 按照多潘立酮、铝碳酸镁和多潘立酮联合铝碳酸镁治疗方法的不同分别分为A组、B组和C组。比较3组患者治疗4周的临床效果。结果 3组治疗后总有效率分别为73.91%、74.07%和92.86%。B组总有效率稍高于A组,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.087, P = 0.958$);C组治疗效果均要优于A组和B组,差异均有统计学意义($\chi^2 = 6.705, P = 0.035; \chi^2 = 6.136, P = 0.047$)。结论 多潘立酮和铝碳酸镁均是治疗胆汁反流性胃炎的有效药物,两种药物联合使用相比单独一种药物治疗更具有优势。

关键词:多潘立酮;铝碳酸镁;胃炎;咽喉反流

中图分类号: R573.34

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0023-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.011

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)是一种较为常见的消化道疾病,其多发生于进行了胃手术的患者,同时也发

生于有胆囊手术史患者和正常人群。患者以腹痛、腹泻、呕吐和体重减轻等为主要临床表现。现阶段临床上还没有对