

短篇报道

DOI: 10.11699/cyxb20130836

误诊为“不全性肠梗阻”的甲状旁腺功能亢进症并高钙危象、甲旁亢肾病、骨质疏松 1 例

高陈林, 徐 勇

(泸州医学院附属医院内分泌科, 泸州 646000)

【中国图书分类法分类号】R582⁺.1

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-11-26

原发性甲状旁腺功能亢进症(primary hyperparathyroidism, PHPT)在临床较少见,其临床表现多样,缺乏特征性,容易导致误诊。现报道 1 例误诊为“不全性肠梗阻”的甲状旁腺功能亢进症并高钙危象、甲旁亢肾病、骨质疏松病例。

1 病例资料

患者男性,64 岁,因“便秘、乏力 1 年,加重伴呕吐、肛门排便减少 1 月”于 2012 年 1 月 17 日入院。患者 2011 年开始出现便秘、四肢乏力、腰腿疼痛、记忆力减退、纳差,未进行诊治。入院前 1 月,患者开始出现恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,不含胆汁,伴腹胀及肛门排气、排便减少,无明显腹痛,无畏寒、发热、便血,在当地县医院经 X 线检查见结肠内大量粪便影,可见气胀肠袢,未见明显液气平面。肾功示:肌酐 232.4 $\mu\text{mol/L}$ 。诊断为“不全性肠梗阻、肾功不全”,予以肥皂水灌肠及对症支持治疗,因疗效不佳转入我院普外科。患者自患病以来进食减少,精神睡眠差,小便量正常,身高无明显改变,体质量减少约 6 kg。有 3 年高血压病史,未正规治疗,家族中无类似病史及遗传病史。

入院查体:T 36.5 $^{\circ}\text{C}$ 、P 72 次/min、R 20 次/min、BP 191/116 mmHg,慢性病容,扶入病房,神清合作。甲状腺不大,双肺叩清,心界不大,心律齐,心尖区可闻及 2/6 级吹风样收缩期杂音。腹平软,左下腹可见肠型,全腹无压痛反跳痛,肝浊音界正常,移浊(-),肠鸣活跃,肛门指检见直肠大量干结大便。辅助检查:血常规:白细胞 8.31×10^9 个/L,中性粒细胞率 0.727,淋巴细胞率 0.169;血清碱性磷酸酶 208.7 U/L(参考值 40~150 U/L),尿素 12.4 mmol/L 尿酸 485.9 $\mu\text{mol/L}$,肌酐 226.6 $\mu\text{mol/L}$,血 Ca^{2+} 4.12 mmol/L(参考值 2.03~2.54 mmol/L),复查血 Ca^{2+} 3.9 mmol/L,甲状旁腺激素 1 825 pg/ml(参考值 15~65 pg/ml)。腹部 B 超提示双肾符合肾功损害声像改变,双肾及双输尿管内未见明显结石。腹部 X 片见结肠内大量粪便和气影,小肠少许气影。全消化道钡餐提示胃炎,余未见确切器质性病变。骨骼 X 线见诸骨骨质疏松,下颌骨可见斑点及小片状低密度区,牙槽突硬骨板有吸收;双手食指、中指及无名指近中节指骨及小指远端双侧骨膜下骨皮质吸收;符合甲状旁腺功能亢进(图 1、2)。颈部 CT 平扫见右侧甲状腺下极软组织影,考虑甲状旁腺瘤。甲状旁腺静态显像见甲状腺右叶下极后方功能增强。骨密度示骨质疏松。

作者介绍:高陈林,Email:gaochenlinoo@126.com,

研究方向:糖尿病肾病。

通信作者:徐 勇,Email:xywyll@yahoo.com.cn。



图 1 牙槽 X 线片

Fig.1 Alveolar X-ray



图 2 左手 X 线片

Fig.2 Left hand X-ray

最后诊断为甲状旁腺瘤伴甲状旁腺功能亢进症并高钙危象、甲旁亢肾病、骨质疏松、高血压。本例患者经大量补液、利尿,二磷酸盐和降钙素抑制骨质吸收,氢化可的松静滴和积极对症处理后血钙下降至 3.4 mmol/L,行手术治疗。术中见右侧甲状腺外侧缘与周围组织紧密黏连,可见直径约 3.0 cm 包块,质软,血管丰富与周围组织黏连。切除包块,病检示右侧甲状旁腺腺瘤(主细胞腺瘤,图 3)。术后复查电解质 Ca^{2+} 2.11 mmol/L,甲状旁腺激素 56.58 pg/ml,肌酐 189.7 $\mu\text{mol/L}$ 。半年后电话随访患者肾功已恢复正常。

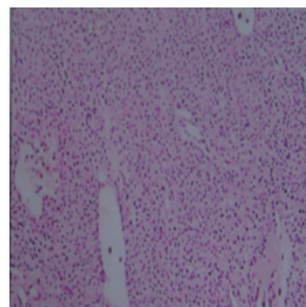


图 3 手术切除包块病理切片

Fig.3 Pathological section of the resected mass

2 讨论

甲状旁腺功能亢进症根据病因可分为 PHPT、继发性甲旁亢。原发性甲旁亢是由甲状旁腺合成、分泌过多甲状旁腺激素引起钙、磷和骨代谢紊乱的一种全身性疾病,表现为骨骼病变、肾结石、高钙血症和低磷血症等^[1]。血钙增高可引起多个系统的症状^[2],以神经系统和消化系统症状多见,但无特

短篇报道

DOI: 10.11699/cyxb20130837

POEMS综合征合并脊髓空洞症 1 例

张兴梅, 贾红云, 王春梅

(宁夏银川解放军第五医院神经内科, 银川 750004)

【中国图书分类法分类号】R730.3

【文献标志码】B

【收稿日期】2013-01-15

POEMS综合征为浆细胞瘤或浆细胞增生而导致多系统损害的一种综合征,临床特征为:多发性周围神经病(polyneuropathy)、脏器肿大(organomegaly)、内分泌障碍(endocrinopathy)、M 蛋白(M-protein)血症和皮肤病变(skin changes),取各种病变术语英文首字母组合命名为 POEMS 综合征。我院收治 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者男性,35 岁,回族,以进行性四肢麻木、无力伴行走不便 6 年为主诉。患者于 6 年前出现四肢麻木、无力、行走不便,双下肢感觉异常、僵硬感,逐渐加重。住院时检查肌电图提示周围神经病变,检查颈髓 MRI 示颈髓空洞症。给予对症治疗,症状未好转。此后逐渐出现全身浮肿、皮肤颜色发黑,

有时有腹胀、气短,检查彩超提示胸腔、腹腔、心包积液,给予利尿治疗后浮肿、气短、腹胀时轻时重。此次入院查体:全身皮肤颜色黑黯、多毛、皮肤粗糙,四肢凹陷性水肿,淋巴结未触及肿大,心脏和肺部检查未见异常,腹部略膨隆,移动性浊音阳性。睾丸萎缩。双侧肢体震动觉消失,痛温觉和轻触觉正常存在,四肢肌张力略降低,肌力对称性减弱,近端约 4 级,远端 3 级,四肢腱反射消失,病理征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查:脊髓 MRI 提示颈、胸段脊髓多个空洞形成,Chiari I 型,第 1 胸椎骨质破坏,右侧第 1 肋骨骨质不规整;肌电图提示周围神经病变;彩超提示腹腔积液,脾大,双侧甲状腺弥漫性病变,肾上腺 MRI 未见异常,垂体 MRI 未见异常。化验结果:血常规提示血小板 350×10^9 个/L,升高;肝肾功正常,血清白蛋白 30.5 g/L,略降低,免疫球蛋白 G 32.59 g/L,免疫球蛋白 A 3.71 g/L,均升高;血清 LAM-轻链 3.33 g/L,升高,血沉 20 mm/h,略增快;血清皮质醇测定正常,甲状腺功能提示甲状腺素 31.33 nmol/L,降低,促甲状腺激素 23.635 uIU/ml,明显升高;乙肝全套化验示表面抗原阳性,E 抗原阳性,

作者简介:张兴梅,Email:ljfzxm@yeah.net,

研究方向:脑血管病和神经系统免疫性疾病。

征性,对极少数以某个系统的病变突发起病的患者更易误诊为该系统的器质性病变。本例患者以便秘、恶心、呕吐等消化道症状为首发和主要表现,伴有乏力、记忆力减退、精神睡眠差等不典型表现,误诊为“不全性肠梗阻”,但行全消化道钡餐却未见消化道器质性病变。血电解质多次提示严重高血钙,甲状旁腺激素、血清碱性磷酸酶明显高于正常;结合骨骼 X 线检查发现诸骨骨质疏松、骨膜下吸收;颈部 CT 平扫见右侧甲状腺下极软组织影;甲状旁腺静态显像见甲状腺右叶下极后方甲状旁腺功能增强,诊断为 PHPT 并高钙危象。术后病检证实诊断成立,由此可见在临床工作中要重视电解质的检查尤为重要。血钙、血磷、甲状旁腺激素及血清碱性磷酸酶对本病的诊断有重要意义。当患者出现消化道、精神神经、运动系统、骨骼病变、肾脏病变等高钙血症相关临床表现时,尤其当几个系统症状同时出现时,临床医生应考虑到该疾病。

高钙危象是内科急诊,病情凶险,随时危及患者生命,一旦确诊应迅速补液,扩充血容量;同时利尿,促进钙排泄;密切监测电解质,注意防止心衰、肺水肿;另外,降钙素和二磷酸盐能很好的降低血钙,是治疗高钙血症的有效药物;而无钙透析液透析治疗则是治疗高钙危象最有效的方法^[3-4]。总之,对于高钙危象的患者,抢救高钙危象的同时应积极寻找病因,治疗原发病才能从根本上治疗高钙血症。如患者为甲旁亢合并高钙危象,选择手术治疗则是减少死亡的唯一确切有效的手段^[5],但术前应积极采取上述措施,待血钙下降至安全范围内尽早手术治疗。

参 考 文 献

- [1] 邓小戈,伍汉文.原发性甲状旁腺功能亢进症[M]//廖二元,超楚生.内分泌学.2 版.北京:人民卫生出版社,2002:701-712.
- [2] Deng X G, Wu H W. Primary hyperparathyroidism. Liao E Y, Chao C S. Endocrinology. 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2002:701-712.
- [3] Bargren A E, Repplinger D, Chen H, et al. Can biochemical abnormalities predict symptomatology in patients with primary hyperparathyroidism? [J]. J Am Coll Surg, 2011, 213(3):410-414.
- [4] 杨伟,冯明.高钙危象 13 例临床分析[J].中国全科医学, 2008, 11(18):1666-1667.
- [5] Yang W, Feng M. Clinical analysis of hypercalcemia crisis [J]. Chinese General Practice, 2008, 11(18):1666-1667.
- [6] 韩桂艳,王鸥,邢小平,等.静脉用双膦酸盐在原发性甲状旁腺功能亢进症并高钙危象中的作用[J].中华内科杂志, 2009, 48(9):729-733.
- [7] Han G Y, Wang O, Xing X P, et al. The efficacy and safety of intravenous bisphosphonates in the treatment of primary hyperparathyroidism complicated by hypercalcemia crisis [J]. Chinese Journal of Internal Medicine, 2009, 48(9):729-733.
- [8] Diaconescu M R, Glod M, Costea I, et al. Total parathyroidectomy without autotransplantation in the management of 'refractory' renal hyperparathyroidism [J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2011, 115(1):105-110.

(责任编辑:关蕴良)