维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)02-0222-01

原发性甲状腺功能减退症64例临床分析

谭永忠
（重庆市第三人民医院内科 重庆 400014）

【摘 要】目的：探讨成人原发性甲状腺功能减退症误诊的原因及寻找诊断线索，避免漏诊、误诊。方法：对本院1986年~2000年诊断为原发性甲状腺功能减退症64例患者的临床资料进行回顾性分析。结果：64例患者在确诊之前46例误诊为其它疾病：误诊为慢性肾脏疾病17例，心脏疾病11例，贫血18例。结论：成人原发性甲减多在中老年女性起病，常易误诊，应提高警惕，特别应与慢性肾脏疾病，心脏疾病与贫血等作鉴别。

【关键词】原发性甲状腺功能减退症；慢性淋巴细胞性甲状腺炎；甲状腺激素
【中国图书分类法分类号】R582.2 【文献标识码】A 【收稿日期】2001-10-11

Clinical analysis of 64 cases of primary hyopothynoidism

TAN Yongzhong
(Department of Medicine, the Third People's Hospital of Chongqing)

【Abstract】*Objective*: To explore the causes of misdiagnosis of primary hypothyroidism. *Methods*: By retrospective analysis of 64 cases of adult primary hypothyroidism admitted to the Third People's Hospital of Chongqing from 1986 to 2000. *Results*:46 cases were misdiagnosed: 17 cases were misdiagnosed as chronic kidney diseases, 11 cases, as heart diseases, and 18 cases, as anemia. *Conclusion*:Adult primary hypothyroidism was commonly found in female patients and frequently misdiagnosed. One should be alert for its presence and should be careful to differenciate it from chronic kidney diseases, heart diseases and anemia.

【Key words】Primary hypothyroidism; Chronic lymphocytic thyroiditis; Thyroxine

原发性甲状腺功能减退症（简称甲减），系多种病因所致甲状腺组织破坏、血循环中甲状腺激素缺乏、机体代谢过程减低，引起的一组症群，是一种常见的内分泌疾病。本病起病隐袭，临床表现复杂多样，容易误诊漏诊。本文总结1986~2000年本院误诊的64例甲减的临床特点，以求在临床诊断上提高警惕，寻找诊断线索，避免漏诊、误诊。

1 临床资料

1.1 一般资料

男16例，女48例，年龄16~70岁，平均39岁。病程0.5~10年，平均5.5年。有家族甲状腺病史19例；甲亢[1]碘治疗后20例，甲状腺次全切除术后10例，抗甲状腺药物治疗后15例。64例均有不同程度畏寒、乏力、食欲减退，浮肿等，多数病例有表情淡漠（40/64）、毛发脱落（47/64）、记忆力减退（41/64），皮肤粘膜苍白（40/64）。其它尚有嗜睡、耳鸣、听力减退、心界扩大等。

1.2 实验室检查

1.2.1 垂体－甲状腺功能、甲状腺微粒体抗体(TMA)甲状腺球蛋白抗体(TGA)测定（RIA）

TSH：10~25μIU/ml 30例、25~50μIU/ml 24例，>50μIU/ml 10例，最高达80μIU/ml，平均38.40μIU/ml±10.39/ml(正常值0.2~7μIU/ml)；FT4:测不出6例，低于正常49例，正常范围内9例，平均2.4±2.0Pmol/L（正常值9.05~25.5Pmol/L）；FT3：低于正常34例，正常范围30例，平均5.0±2.1Pmol/L（正常值2.91~9.08Pmol/L）。

TGA、TMA升高30例。

1.2.2 血常规及血脂

Hb<80g/L 14例、<90g/L 4例；TC 6~8mmol/L 16例，>8mmol/L 15例；TG>1.86mmol/L 19例；LDL-C>3.1mmol/L21例。

1.2.3 心电图及超声心动图

心率<60次/min 40例，肢导联低电压43例，1度房室传导阻滞4例；有心包积液10例，其中1例大量包积液。

2 结 果

64例甲减患者在确诊之前46例误诊为其它疾病：因凹陷性水肿、尿少、低蛋白血症及蛋白尿17例，误诊为慢性肾病。因胸闷、心悸、气促，心电图异常，超声心动图提示心

(下转第224页)

作者介绍：谭永忠（1949- ），女，副主任医师，
主要研究方向：甲状腺疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 引流组和未引流组包膜纤维硬化情况比较

组别	总例数	硬化数	
		单侧	双侧
引流组	90	1	4
未引流组	103	11	5

*引流组和未引流组的纤维硬化数相比，$P<0.025$；但两组的侧别间硬化发生率相比并无显著差异（$P>0.05$）

目前原因尚不十分清楚，可能与术后出血，血肿形成、假体表面粘附异物、手术操作粗暴，剥离范围过小、术后乳房按摩不够及硅凝胶渗漏等有关[1]。为减少隆乳术后纤维包膜硬化的发生，采取了多种方法，如假体囊内应用皮质激素及抗生素、应用双层囊硅凝胶假体以减少硅油渗漏、加强术后乳房按摩等[2]，但效果仍不明显。

本组193例中的90例隆乳者术后进行负压引流，经随访1～4年，发现其术后纤维包膜硬化率较未行引流者显著下降（$P<0.05$），说明隆乳术后出血及血肿形成与纤维包膜硬化形成有一定关系。我们发现，隆乳术后前24h每侧引流血量平均14.6ml，最多者达23ml，这些残留的血液通常不能完全吸收而机化、纤维组织增生，从而使纤维包膜增厚，挛缩硬化。术后应用负压引流的方法可以减少渗血积聚或血肿形成，少量积血可以完全吸收，因而纤维包膜形成较薄而减少了纤维包膜硬化。

193例隆乳术中，发生纤维包膜硬化21例，其中引流组主要为双侧，5例中有4例，而未引流组主要为单侧，16例中有11例，可能与隆乳术后双侧渗血渗液不一致和吸收差异有关，但统计结果两组侧别间硬化发生率并无显著差异（$P>0.05$），可能与本组例数少而差异不显著有关。

隆乳术后采取负压引流虽然可增加感染的机会，但在严格无菌条件和术后抗生素的支持下，基本可以完全预防感染的发生。我们认为，隆乳术后负压引流是降低术后纤维包膜硬化的一种值得推广的有效方法。

参 考 文 献

[1] 宋儒耀. 美容整形外科学[M]. 北京：北京出版社，1990:326.

[2] 方彰林. 乳房美容整形外科手术学[M]. 北京：北京出版社，1994;55-56.

（上接第222页）

包积液，而误诊为心包炎11例，由于伴有高脂蛋白血症与动脉粥样硬化极易误诊为冠心病。头昏，乏力、皮肤粘膜苍白，低血红蛋白而误诊为贫血18例（28.1%）。

3 讨 论

由于原发性甲减是一种自身免疫性疾病，多发生中老年女性、且本病可累积心、肾、造血和中枢神经系统，临床表现复杂多样，诊断缺乏特征性，常易误诊。因为尿少，肾小球基底膜增厚出现蛋白尿、低蛋白血症，水肿而误诊为肾炎、本文误诊为肾炎占26.6%。有报导甲减者凹陷性水肿占62.5%[1]。因此对于水肿、贫血、蛋白尿患者应作甲状腺功能测定，则能避免误诊。

甲减患者心肌纤维粘液性水肿及粘多糖、粘蛋白沉积，心肌纤维变性坏死，心肌收缩力减弱，心搏出量减少，而出现心悸、气促、胸闷，伴有高脂血症、动脉硬化，容易误诊为冠心病等。本组资料分析时：心电图、超声心动图提示渗出性心包炎11例，但是由于心输出量、组织耗氧量减低相平行，很少发生心绞痛和心力衰竭[2]。这有助于鉴别诊断。

由于甲状腺激素缺乏，影响红细胞生成素合成、低胃酸，铁吸收障碍，维生素B_{12}合成减少，骨髓造血功能减低等因素引起贫血。甲减还可导致机体凝血机制减弱而出血，严重者可伴心肾衰竭而威胁生命[2]。

引起原发性甲减最常见是慢性淋巴细胞性甲状腺炎（桥本病），Fisher[3]认为本病诊断标准是：①甲状腺肿、质硬不平；②60%～70%患者TGA、TMA明显升高；③过氯酸钾排泄试验阳性；④T_4可降低。其中有2项阳性者即可诊断，有4、5项阳性者可确诊。此外，药物、^{131}碘、甲状腺次全切除术均可引起甲减。甲减并非少见病，误诊屡有发生。国内吴氏报导误诊率为48%[4]。减少误诊、漏诊的关键是提高对本病的认识，作甲状腺功能检测、确诊并不困难。TRH兴奋试验有助于原发性甲减或继发性甲减的鉴别。

目前主张首选L-T_4治疗甲减，使TSH水平达正常高限[5]，避免甲减并发症和伴随症的发生。

参 考 文 献

[1] 程永福，汪慧珍，莫尉林，等. 甲状腺功能减退症的临床识别[J]. 中华内科杂志，1984;23(11):682.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 人民卫生出版社，1998;1034.

[3] 刘新民. 实用内分泌学[M]. 北京：人民军医出版社，1996;141.

[4] 吴长富. 原发性甲状腺功能减退症25例，诊治体会[J]. 实用内科杂志，1986;6(8):419-420.

[5] Martinetr M., Denksen D, Kapsener P. Making Sense of hypothyroidism: an approach to testing and treatment[J]. Postgraduate Medicine, 1993;93(6):135.