维普资讯 http://www.cqvip.com

74-75

第21卷 第1期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.1
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1996

甲状腺机能亢进，危象，致死原因

甲状腺危象致死原因探讨

第一医院内科 刘隆田 舒昌达

中图分类号 R581.102

甲状腺危象是甲状腺机能亢进症恶化时的严重症群。它是一种少见而又非常严重的并发症，病情凶险，如不及时诊断和处理，其死亡率很高。现将我院从1977～1994年收治的12例甲状腺危象及致死原因分析如下。

1 发病率 我院1977～1994年间共收治甲状腺机能亢进症1496例，其中甲状腺危象12例，其发病率为0.8%。

2 性别与年龄 本组男性2例，女性10例，男女之比为1∶5。其发病年龄为16～69岁，其中20岁以下2例，30～39岁5例，40～49岁2例，50岁以上3例。

3 诱因 9例患者为感染，其中肺部感染4例，胃肠道感染2例，胆道感染、尿路感染、盆腔感染各1例；其余3例分别为劳累、非甲状腺外科手术、放射性^{131}I碘治疗后。

4 抢救措施 全部病例（非甲状腺外科手术1例除外）均按危象处理。给予大剂量抗甲状腺药物抑制T_3、T_4合成及T_4转化为T_3，其中5例用他巴唑40～60mg/d，6例用丙基硫氧嘧啶600～1200mg/d；抑制T_3、T_4释放的药物碘化钾30～60滴/d；降低周围组织对甲状腺激素的效应，用心得安60～120mg/d，3例有心衰而改用利血平2～4mg/d；拮抗应激，10例用氢化可的松200～400mg/d，1例用地塞米松10～15mg/d；其他用抗生素抗感染，吸O_2，物理降温，纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等综合治疗。

5 死亡情况 本组12例甲状腺危象，死亡6例，死亡者均为女性。其中以感染为诱因起病的4例患者在本组中年龄最小。其入院时有高热，体温39.0～40.0℃，心率140～240/min，血压12～10.6/8～5.3kPa，2例意识模糊，1例浅昏迷，1例深昏迷。白细胞总数14.8～40×10^9/L，中性粒细胞0.86～0.96，伴低血钾（2.4mmol/L）和低血钠（121mmol/L）各1例，伴酸中毒（CO_2-CP13.9～15.9mmol/L）2例。在给予抗危象等综合治疗，住院2～20h内出现呼吸、循环衰竭，血压进行性下降，2例出现有抽搐，1例有脑水肿，分别在2h20min至22h内死亡。

以手术诱发的患者，时年59岁，因腰痛2个月，经CT检查诊为肾脏肿瘤，拟手术治疗，术前内科检查除全身皮肤多汗外无食亢消瘦、怕热等高代谢症状。当外科手术4h后，患者突然出现烦躁不安，大汗淋漓，血压不能测及，继后出现昏迷，经抢救4a后，呼吸心跳停止死亡。后病理报告为良性肿瘤，T_3、T_4报告均增高，证实为淡漠型甲亢。

本组年龄最大的1例患者，半年前在外诊为甲亢，用他巴唑治疗后因白细胞总数下降而间断用药，导致心悸加重，心房颤动。故入院用放射性^{131}I碘治疗。在投药治疗14h后出现呼吸困难，心悸进一步加重，继后烦躁、大汗，昏迷，经抢救62h后死亡。

6 致死原因探讨

参 考 文 献

1. 杨可辅．中华皮肤科杂志 1981;14:157。
2. 吴式大．江西医学院学报 1987;27:79。
3. 胡人杰，等．天津医药 1989;17:118。
4. 梁晋全，等．中华皮肤科杂志 1988,21:247。

（收稿日期 1995-07-18）

维普资讯 http://www.cqvip.com

12例甲状腺危象患者，死亡6例，其中4例在本组年龄最小，为16～32岁，似与朱宪彝认为老年人多见[1]不符合。4例患者都有甲亢病史，最长14年，最短1年，且都未正规服药，发病前1～6个月未服药，均为感染诱发。在外起病后，大多数在当地未被认识，仅按一般感染治疗。当治疗效果不好，病情加重时转送本院。入院时已进入危象期，呈昏迷状态，高热，白细胞总数显著升高，虽经积极抢救，终因病情危笃，在住院22h内死于感染性休克，代谢性酸中毒，电解质紊乱。

以上4例患者，由于未正规治疗，因而在感染后诱发危象，且又早期认识不足，使得延误抢救时机，失去救治机会。故我们认为，甲亢患者，应在医生的指导下，予以合理治疗，治疗期间不得随意停药，以免复发，加重而发生危象。此外，甲状腺危象的早期认识很重要，其治疗效果，取决于早期诊断和及时治疗，否则，甲状腺危象发展甚快，可在数小时至数天内死亡。因此，凡甲亢患者，一旦出现有严重的高代谢症状，伴有高热，大汗，显著的窦性或异位心动过速，是足够确定诊断，并予紧急处理，而不需要等待实验室证实[2]。在抢救治疗时，除针对甲状腺危象的积极治疗外，还应注意对诱发因素治疗，尤其是重症感染者，应加强抗感染及休克治疗，并给予吸O_2，适当处理电解质及酸碱平衡失调，以减少甲状腺危象死亡率。

由手术诱发甲状腺危象死亡的患者，提示淡漠型甲亢因起病隐袭，症状多不典型，临床上极易漏诊。本例患者术前仅有全身皮肤多汗和偶发房性过早搏动，而无其他高代谢症状，也无眼征及甲状腺肿大。虽然已考虑到淡漠型甲亢的可能性，但未引起重视，以致手术后诱发甲状腺危象，虽经积极抢救，仍死于心源性休克。因此，本型患者，病变多严重，易发生危象[3]，故在临床上应予警惕。

本组年龄最大的1例患者，有心血管症状已5～6年，然而在入院前半年才在外诊为甲亢。入院后检查，除肯定甲亢外，且有甲亢性心脏病，甲状腺功能明显增高，甲状腺吸^{131}I率：6h73%，24h78%，$TT_3$6.0nmol/L，TT_4>310nmol/L，$FT_3$49.6pmol/L，$FT_4$68.6pmol/L，当属重度甲亢。此类患者，用放射^{131}I碘治疗可因甲状腺破坏而大量甲状腺激素进入血液循环，促发甲状腺危象，这种病人应先用抗甲状腺药物治疗，病情控制后再用放射性^{131}I碘治疗[3]。若患者对硫脲类药物毒性反应大，如白细胞减少至不能应用本药，则可用碳酸锂治疗。碳酸锂不仅可以增加中性粒细胞的数量，也可抑制甲状腺激素的释放，从而降低血清甲状腺激素的浓度[4]。或在使用丙基硫氧嘧啶的基础上加用肾上腺皮质激素，激素适用于药物或免疫反应引起的急性粒细胞缺乏症及白细胞减少症[5]。

从对甲状腺危象致死原因的探讨中，我们有以下体会：

①凡甲亢患者，应正规治疗及避免感染，其预防危象较治疗有效。

②对甲状腺危象要早期诊断，及时治疗，并积极控制诱因。

③警惕淡漠性甲亢的诊断。

④对重症症甲亢，放射性^{131}I碘治疗前一定要作好充分准备。

参 考 文 献

1 朱宪彝．主编，临床内分泌学 第1版 天津科学技术出版社 1993:254

2 P.R.Larsen,et al,The Thyroid Gland,Williams Textbook of Endocrinology;8 th edition, W.B.Saunders Company;1992:444

3 邝安堃，等．临床内分泌学(上)第1版，上海科学技术出版社 1979:225～268

4 向明珠，等．中华内分泌代谢杂志 1986;4:222～224

5 钟学礼．上海医学 1983;6(10):600

(收稿日期 1995－05－18)