

presenting unilateral quadriceps amyotrophy as an initial symptom[J]. Rinsho Shinkeigaku, 2000, 40 (11): 1126-1129.

(收稿日期:2010-03-29 修回日期:2010-09-22)

• 短篇及病例报道 •

异位甲状旁腺腺瘤并甲状旁腺功能亢进症长期误诊 1 例分析

田 夫,岳 信[△],李明忠,蒋雪峰,向进见,胡守亮
(长江大学附属第一医院胃肠外科,湖北荆州 434000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.07.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)07-0728-01

1 临床资料

患者,男,40岁,因“全身骨痛6年余,加重1年”入院。患者于2003年无明显诱因发作双下肢跟骨疼痛,呈间断性发作。后陆续出现双膝关节、双侧髋关节、腰背胸部骨痛。2009年11月意外发生右肩关节骨折在本院骨科治疗,骨盆CT检查:双侧髂骨、耻骨、坐骨、股骨上端及骶椎多处骨质破坏。后转科至血液科,全段甲状旁腺激素(parathyroid hormone, PTH):2 314 pg/mL(正常值 6.5~27 pg/mL)。电解质:钙 2.94 mmol/L,磷 0.66 mmol/L,镁 0.49 mmol/L。颈部CT平扫加增强未见异常。颈部彩超:右锁骨下动脉与颈总动脉交叉处包块,可能异位甲状旁腺腺瘤为右侧。转普外科进一步治疗。自起病以来,患者精神、饮食、睡眠较差,大小便正常,身高降低5 cm,体质量减轻10 kg。查体:颈部未触及明显包块,心、肺、腹部无异常体征,全身骨骼压痛明显。⁹⁹TC^m-MIBI扫描示:右侧甲状旁腺颈部异位(插Ⅳ图1),右侧甲状腺下方椭圆形放射局灶性浓聚,甲状腺、舌下腺摄取较浓。120 min后甲状腺影像变淡消失,右侧甲状腺下方椭圆形放射局灶性聚集仍较浓,颌下腺也显示浓聚影。泌尿系彩超:双肾及输尿管结石。于12月13日行手术切除异位甲状旁腺瘤,术后第2天复查PTH为5.45 pg/mL。术后病理检查:右侧甲状旁腺腺瘤伴囊肿形成(插Ⅳ图2、3)。患者术后出现面部和手足麻木、抽搐等低血钙症征象,每日给予静脉滴注10%葡萄糖酸钙20 mL,并口服钙片和维生素D片。10 d后患者不适症状消失,康复出院。患者住院期间血钙、磷、碱性磷酸酶(ALP)结果见表1。

表 1 血钙、磷、碱性磷酸酶结果

日期(年-月-日)	血钙 (mmol/L)	血磷 (mmol/L)	碱性磷酸酶(U/L)
2009-11-26	2.94	0.55	1 286
2009-11-30	2.93	0.59	1 201
2009-12-10	2.94	0.66	1 156
2009-12-13	2.36	0.38	887
2009-12-16	1.79	0.51	453
2009-12-18	1.74	0.46	323
2009-12-21	1.65	0.54	157
正常值	2.00~2.65	0.80~1.50	40~160

2 讨 论

原发性甲状旁腺功能亢进症(primary hyperparathyroidism, PHPT)是由于PTH的合成和分泌过多所引起的一系列疾病,常导致骨骼、肾脏、消化系统、神经系统病变和钙磷代谢紊乱^[1]。准确的血清PTH水平测定是诊断PHPT为主要依据^[2]。因其临床症状错综复杂,且缺乏特征性,常易引起误诊

而作出不恰当的治疗。随着各影像学检查技术的进步,特别是彩超、CT及MRI的进展,其诊断已达一定水平。近年研究发现,同位素⁹⁹TC^m-MIBI扫描的功能形态学角度有一些优势,⁹⁹TC^m-MIBI扫描对甲状旁腺疾病诊断的敏感度和特异度均较高,特别是对异位甲状旁腺术前的定位诊断优于彩超、CT和MRI等检查,已广泛应用临床,对异位甲状旁腺腺瘤更列为首选。王茜等^[3]报道⁹⁹TC^m-MIBI发现异位甲状旁腺腺瘤阳性率为95.8%。有报道联合应用超声和同位素⁹⁹TC^m-MIBI定位,直接切除甲状旁腺成功率达95%^[4]。本例颈部CT未见明显异常,同位素⁹⁹TC^m-MIBI扫描明确异位甲状旁腺腺瘤诊断,证实了同位素⁹⁹TC^m-MIBI扫描检查确实优于CT检查。

PHPT是最主要的甲状旁腺疾病,由甲状旁腺腺瘤或原发性甲状旁腺增生所致。甲状旁腺腺瘤最常见,有报道称约占91.7%,且多数为单发性;其次为甲状旁腺增生,约占15%;甲状旁腺癌仅占1%左右^[5]。手术切除甲状旁腺腺瘤是治疗的惟一手段。

本例患者误诊误治达6年之久,究其原因大概有以下几个方面:对本病认识不够,部分患者早期症状不典型,即使本病最具特色的高血钙、低血磷也并非都同时存在。此外PHPT主要以骨痛或泌尿系结石为表现,常初诊于外科,不容易与内分泌疾病联系起来。主管医师基础知识不扎实,忽视了甲状旁腺在发育过程中也可移行于其他部位(甲状腺内、胸腺内、胸骨后纵隔、颈动脉分叉处等)。应以此为戒,注意专业理论的深化,搞好理论与临床实践的结合,不断提高业务水平,避免误诊误治。

参考文献:

[1] Hamdy NA. A patient with persistent primary hyperparathy midism due to a second ectopic adenoma[J]. Nat Clin Pract Endocfind Metab, 2007, 3(3): 311-315.

[2] 田雨霖. 原发性甲状旁腺功能亢进症的诊断与外科治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(03): 221.

[3] 王茜, 高伯山, 秦淑玲. MRI及⁹⁹TC^m-MIBI显像对甲状旁腺机能亢进症的诊断价值[J]. 中华核医学杂志, 2002, 22(1): 28-30.

[4] Arici C, Cheah WK, Ituarte PH, et al. Can localization studies be used to direct focused parathyroid operations? [J]. Surgery, 2001, 129(6): 720.

[5] 杨效东, 李忠友. 甲状旁腺腺瘤 553 例诊治体会[J]. 重庆医学, 2001, 7(30): 380.

(收稿日期:2010-03-25 修回日期:2010-09-22)

[△] 通讯作者, Tel:15826511386; E-mail: yuexin1980@yeah. net .