

• 案例分析 •

甲状腺功能亢进危象 1 例病例报道

续 蕾¹, 罗江涛², 周宏斌¹

(湖北省襄阳市中心医院:1. 神经内科;2. 精神科 441021)

关键词: 甲状腺功能亢进; 危象; 谵妄状态; 甲状腺功能检查**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.064 **文献标志码:**C **文章编号:**1672-9455(2017)02-0310-01

1 临床资料

患者,男,19岁。因发热咳嗽3d,意识障碍2d于2015年8月26日入院。患者于3d前有发热,具体体温不详,伴有咳嗽,无明显咳痰,有无头痛不详,无呕吐、无意识障碍、四肢抽搐、大小便失禁等,未重视,于8月25日患者发热,最高体温达39℃,伴有肢体乏力、头昏、行走不稳,伴有神志恍惚、胡言乱语、不认识家人,在当地医院治疗,具体不详,患者病情进行性加重,8月26日早晨患者出现双上肢抽搐、双眼上翻,持续时间不详,无呕吐,伴有烦躁不安,伴有小便解不出,遂呼120送至本院急诊,急诊生化和血常规大致正常,给予对症处理后,患者症状无缓解,以“发热、意识障碍待查”收入神经内科。既往有眼肌型重症肌无力,有甲状腺功能亢进病史,每日口服泼尼松10mg,甲硫咪唑用量不详,发病2~3d前自行停药。体格检查:体温39℃,血压127/70mmHg,心跳138次/分,呼吸18次/分,神志恍惚,烦躁不安,言语不清,左眼裂小,双侧瞳孔等大等圆D2.5mm,对光反射灵敏,眼球活动不合作,双眼球居中,可见水平细微波眼震,鼻唇沟等称,伸舌不合作,四肢可见自主活动,感觉共济不合作,颈强3指,双巴氏征阳性。面部和躯干可见少许丘疹。甲状腺二度肿大,心率138次/分,律齐,双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音,腹软,双下肢无水肿。实验室检查:8月26日尿常规、凝血功能基本正常。降钙素原正常。心电图:窦性心动过速,左室高电压。头CT左侧颞叶及枕叶钙化灶。双肺及纵隔CT平扫未见明显异常。双侧甲状腺体积增大,密度减低。8月27日脑脊液检查基本正常。血清游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)>50.0pmol/L;血清游离甲状腺素(FT4)>100.0pmol/L;促甲状腺激素(TSH)<0.005μIU/mL;甲状腺球蛋白抗体:881.31IU/mL↑;抗-tpo:305.67IU/mL↑。8月28日生化、凝血4项和肌钙蛋白大致正常,呕吐物和粪便潜血阳性。8月26日给予丙基硫氧嘧啶片(PTU)100mg,每日3次,心得安片10mg,每日3次,地塞米松针10mg静脉滴注,亚冬眠、冰毯+双氯芬酸钠降温。8月27日丙基硫氧嘧啶片100mg,每日4次,心得安片20mg,每日3次,地塞米松针10mg静脉滴注,冰毯物理降温,泮托拉唑60mg,每12小时1次。8月28日丙基硫氧嘧啶片200mg,每日3次;心得安片20mg,每日3次;地塞米松针10mg静脉滴注,冰毯物理降温。8月29日患者体温、心率开始下降。8月31日体温及心率降至正常、神志明显好转。9月3日FT3为36.9pmol/L;FT4>100.0pmol/L;TSH<0.005μIU/mL;甲状腺球蛋白抗体:328.43IU/mL↑;抗-tpo:208.31IU/mL↑。于入院后第19天好转出院。

2 讨论

由于医疗知识普及,人们对甲状腺功能亢进等疾病的认识有所提高,临床上已经较少见到甲状腺功能亢进危象^[1]。作为神经内科医生,收治意识障碍患者虽多,但是甲状腺功能亢进危

象在临床上还是十分罕见。甲状腺功能亢进危象是一种甲状腺功能亢进恶化状态危及生命伴有一种或多种器官系统功能失常^[2]。目前发病机制尚不太清楚,可能包括大量甲状腺激素释放至循环血液中;血中游离甲状腺激素增加;感染、甲状腺以外其他部位手术应激,可使血中甲状腺激素结合蛋白水平减少,与其结合的甲状腺激素解离,血中游离甲状腺激素增多;机体对甲状腺激素反应的改变;肾上腺能神经的活力增加;甲状腺激素在肝中清除降低^[3]。

该病例为青年男性患者,既往有甲状腺功能亢进、重症肌无力及口服激素病史。因呼吸道感染诱发,从而快速高热、谵妄状态、心动过速、眼球震颤、可疑脑膜刺激征、锥体束征,出现明显神经系统症状。容易误认为是神经系统疾病,其病情及症状复杂且危重,入院给予了丙基硫氧嘧啶治疗,但因为诊断尚未相对明确,给予剂量不足,排除重症颅内感染后,快速将丙基硫氧嘧啶加量;另外,虽然患者期间有消化道出血,但笔者坚持给予患者激素治疗,患者病情迅速控制。但是在整个治疗中因丙基硫氧嘧啶剂量的迟疑,患者的治愈时间有所延迟^[4]。

因此,神经科及急诊科医生在收治意识障碍患者时,尤其是发热、谵妄状态的,需要考虑甲状腺功能亢进危象,甲状腺功能检查应作为谵妄状态患者常规筛查内容,一旦有甲状腺功能亢进,甲状腺功能亢进危象疑似,就不要犹豫,快速首次足量PTU 600mg口服,应积极使用复方碘油、普萘洛尔、地塞米松,高热以物理降温为主,必要时可应用解热药,但避免使用乙酰水杨酸类药等^[5-6],积极抢救及足量PTU治疗是降低病死率的关键。

参考文献

- [1] 任雪莲,王庆文. 甲状腺功能亢进危象延迟诊断1例[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(5):92.
- [2] 王丽萍,吕春婷. 甲状腺功能亢进危象6例诊治分析[J]. 中国医药指南,2015,13(23):158-159.
- [3] 廖二元,莫朝晖,刘石平,等. 内分泌学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:608.
- [4] 中华医学会内分泌分会组《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南[J]. 中华内科杂志,2007,46(10):879.
- [5] 姚庆春. 甲亢危象误诊为癫痫1例分析[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(10):2362.
- [6] 张敏娟,叶小珍,王坚. 非典型甲亢危象合并低血糖及肌肉损伤1例[J]. 医学研究生学报,2012,25(10):1119-1120.