

# 原发性甲状旁腺功能亢进症 9 例的诊疗体会

## Diagnosis and therapy of primary hyperparathyroidism: a report of 9 cases

陈琳, 闻兆章, 林富林, 张志强

(第二军医大学长海医院普通外科, 上海 200433)

[关键词] 甲状旁腺功能亢进症; 诊断; 治疗学

[中图分类号] R 581.1 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)05-0573-01

原发性甲状旁腺功能亢进症是一种内分泌功能异常疾病, 容易被误诊或漏诊。本研究结合我院 1989~2004 年收治的 9 例甲状旁腺功能亢进症患者的临床资料, 就其外科诊疗问题进行讨论。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者女性 7 例, 男性 2 例, 年龄 33~69 (43.89±4.06) 岁。病程 1 个月至 10 年, 主要临床表现: (1) 以骨痛为主, 骨质疏松、病理性骨折、纤维性骨炎等骨病表现较常见。(2) 泌尿系统结石, 多为反复发作的双肾多发性结石。(3) 精神差, 全身乏力或四肢无力, 可有食欲下降, 体质量减轻。

1.2 辅助检查 (1) 血钙: 9 例中 7 例明显增高, 1 例处于上限临界值, 仅有 1 例合并甲亢者无明显升高。(2) 甲状旁腺激素(PTH): 9 例均明显增高。(3) 血磷: 仅 4 例稍降低。(4) X 线: 提示 6 例全身性骨质疏松, 1 例齿根周围骨质吸收, 5 例提示肾结石或肾积水。(5) B 超: 3 例明确提示单侧甲状旁腺肿块, 3 例提示甲状腺旁肿块, 3 例提示单侧甲状腺肿块。(6) CT: 6 例明确提示单侧甲状旁腺腺瘤或增生, 1 例提示甲状腺旁肿块, 1 例提示单侧甲状腺肿块, 仅 1 例未见甲状旁腺异常。(7) Tc-MIBI: 9 例均行核素扫描, 3 例明确提示单侧甲状旁腺腺瘤或增生, 1 例提示双侧甲状腺冷结节, 4 例未见甲状旁腺异常, 1 例提示骨骼多处肿瘤转移灶。

1.3 手术方式及疗效 9 例均接受手术治疗, 其中 8 例行单侧探查、甲状旁腺腺瘤切除术, 1 例甲状腺内异位甲状旁腺患者由于甲亢合并甲亢而行甲状腺次全切除术。术后病理学检查结果表明 8 例为甲状旁腺腺瘤, 1 例为甲状旁腺增生伴甲状旁腺腺瘤。

本组患者术后无 1 例出现严重并发症。术前血钙明显增高的 7 例术后均降至正常或低于正常, 1 例术前处于上限临界值者亦降至正常。PTH 除 1 例术后未复查外, 其余 8 例术后均降至正常。4 例血磷稍降低者, 术后升至正常。

### 2 讨论

原发性甲旁亢随着年龄的增长, 发病率明显增加。50 岁后, 两性发病率均显著增加, 尤其是更年期女性。本组患者仅 2 例为男性, 余 6 例为女性。

原发性甲旁亢治疗的成功要素在于早期发现、明确定位及避免误诊。反复多次的血钙筛查, 有助于早期诊治。筛查

的指征: 反复发作的尿路结石或肾钙盐沉着; 有骨质吸收、脱钙, 甚至囊肿形成; 绝经期女性出现不明原因的全身骨痛者<sup>[1]</sup>。

甲状旁腺可采用 B 超、CT、MRI 或<sup>99m</sup>Tc-MIBI 等检查定位。颈部 B 超与 CT 检查的准确率相似, 能发现直径大于 1 cm 的瘤体, 而 CT 可以发现异位及胸骨后的甲状腺腺体。核素扫描亦有助于腺瘤准确定位。本组病例依据颈部体检及 B 超、CT、核素扫描等辅助检查结果作综合分析, 术前诊断与手术结果对照基本符合, 进一步证实通过体检及各项辅助检查, 可以对甲状旁腺肿块进行精确的术前定位。

外科手术是治疗原发性甲旁亢的首选治疗方法。早期的手术方案以双侧颈部探查术(bilateral neck exploration, BNE)为主, 手术成功率高, 但存在组织分离探查范围广、易造成喉返神经损伤、影响正常甲状旁腺血供、手术并发症多等缺点。因此, 单侧颈部探查(unilateral neck exploration, UNE)正逐渐取代 BNE<sup>[2]</sup>。通过精确的术前定位, UNE 在减少术中损伤和术后并发症的同时, 能达到与 BNE 相仿的疗效, 并未增加术后顽固性甲旁亢或甲旁亢复发的概率<sup>[3]</sup>。本组 9 例病例均行 UNE, 无 1 例发生手术遗漏现象, 术后复查显示疗效良好, 也证明精确的术前定位的效果不亚于术中 BNE。

原发性甲旁亢术前症状多样化, 容易误诊或者漏诊。随着医疗技术的进步, 对其诊断更加可靠, 术前定位更加精确, 使得手术效果逐步提高, 手术指征也逐渐放宽。临床医师必须重视对原发性甲旁亢的认识, 争取做到早期诊断和早期手术治疗。

### [参考文献]

- [1] al Zahrani A, Levine MA. Primary hyperthyroidism[J]. Lancet, 1997, 349: 1233-1238.
- [2] Walgengach S, Hommel G, Junginger T. Outcome after surgery for primary hyperparathyroidism; ten-year prospective follow-up study[J]. World Surg, 2000, 24: 564-569.
- [3] Palazzo FF, Delbridge LW. Minimal-access/minimally invasive parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism[J]. Surg Clin North Am, 2004, 84: 717-734.

[收稿日期] 2005-09-25

[修回日期] 2006-03-30

[本文编辑] 曹静

[作者简介] 陈琳, 博士生, 住院医师。

E-mail: linchen79@163.com