

技术·思维

老年甲减易被误诊 临床诊断需要注意细节

□陈泉峰

甲状腺功能减退症(简称甲减)是内分泌科常见病之一,也是严重危害人体健康的慢性病。老年人由于生理机能不断减退,易发生各种慢性病。老年甲减的不典型临床表现与其他常见老年病的症状甚为相似,生理病理的特殊性决定了该病在老年人群中发病比较隐匿,很容易导致误诊或者漏诊现象。

为此,笔者将老年甲减临床容易误诊的情况加以归纳,希望能够对广大基层医生有所帮助。

案例

王老太太是某单位退休干部,76岁,性格开朗,平时喜欢遛弯,见到街坊邻居总是老远就打招呼。

但是,最近街坊邻居发现,王老太太变了,不仅不爱出门,而且见到人也不搭理,面无表情。大家都认为她可能最近心情不好,也不便多问。

王老太太的家人也感到奇怪:老太太这是怎么了?是不是得老年痴呆症啦?

一段时间后,王老太太的情况没有缓解,家人遂带她去医院就诊。

到了医院后,王老太太住进神经内科,接受了全面检查。结果,医务人员发现,王老太太的甲状腺功能异常,FT₃(三碘甲状腺原氨酸)、FT₄(甲状腺素)均低于正常值,TSH(促甲状腺激素)值为20毫摩尔/升,遂诊断为甲减。

王老太太转到内分泌与代谢科治疗后,精神状态慢慢恢复正常。



特殊的临床表现

老年人患甲减的常见原因有:桥本甲状腺炎;甲亢碘131治疗后;甲状腺结节或癌手术术后。

甲减特殊的临床表现有以下两种。

一、黏液性水肿

黏液性水肿多见于老年患者,通常由并发症所诱发,临床表现为嗜睡、精神异常,木

僵甚至昏迷,皮肤苍白、低体温、心动过缓,呼吸衰竭和心力衰竭等,预后差,患者死亡率高达20%。

二、低T₃综合征

低T₃综合征在老年人中的发生率较高,国外有报道老年人发病率可达14%,常见于禁食和慢性营养不良、重症感染、烧伤、大的

手术和创伤,心、肝、肾疾病或功能衰竭。

低T₃综合征是一种非甲状腺疾病,是机体由于严重疾病、饥饿状态导致的循环甲状腺激素水平的减低,是机体的一种保护性反应,不需要应用甲状腺素类药物,而应该治疗原发性疾病。临床医生要注意,不可按老年甲减治疗。

临床误诊的的几种类型

老年人甲减的临床表现常不典型,容易被误诊为以下几种疾病。

心血管系统疾病

误诊为:原发性心脏病、心包炎及冠心病

甲减患者心脏扩大、心包积液、心脏黏液性水肿、间质水肿及心肌纤维化,可导致心肌松弛、收缩无力,造成心脏假性肥大、瓣膜相对关闭不全(可出现病理性的杂音)、心律失常、心力衰竭、心动过缓、肢体导联低电压、血压下降,易被误诊为原发性心脏病、心包炎。

部分患者会有胸痛、呼吸困难、心电图T波出现缺血性改变,心肌酶谱异常者易被误诊为心肌梗死。

由于一般老年人多发高血压病及冠心病等基础性心血管病,如果出现心衰、呼吸困难等,医务人员会误以为是本身病情加重。

误诊为:原发性高血脂症

甲状腺功能减退时,其作用减低,可造成血中胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白升高并在血管壁中沉积,导致动脉粥样硬化形成。

甲状腺激素对血清脂代谢,特别是胆固醇的代谢具有重要影响。甲减患者由于甲状腺激素分泌不足,从而导致血清中总胆固醇和LDL-胆固醇(高密度脂蛋白胆固醇)水平的明显升高。这种由甲减引起的高胆固醇血症属于继发性高脂血症,在治疗上,必须首先治疗原发病。

神经系统疾病

误诊为:老年痴呆症、抑郁症、脑血管病
甲状腺素能提高人体内大多数细胞的氧化率,使产热量增加,基础代谢率升高增强。甲状腺功能减退时,基础代谢率减低,神经系统兴奋性降低。同时,由于贫血、心肌受损,心排血量减少,造成脑细胞缺血、缺氧,患者会出现懒言少语、精神抑郁、冷漠迟钝、记忆力减退等症状,甚至会出现木僵、痴呆、昏睡、小脑性共济失调及黏液性水肿昏迷。

这些症状易和衰老相混淆,容易被误诊为神经精神疾病,如老年痴呆症、抑郁症、脑血管病等。而且,患者易对镇静剂敏感,服后可诱发昏迷。

血液系统疾病

误诊为:血液病,如贫血
25%~30%的甲减患者会有贫血表现。甲状腺功能减退时,由于红细胞生长素合成减少,骨髓造血功能受到抑制,同时胃肠蠕动减慢,胃酸分泌减少,纳食减少,导致人体必需营养物质的吸收减少,内因子、维生素B₁₂、叶酸及铁剂缺乏,从而造成贫血。

消化系统疾病

误诊为:老年性便秘、肿瘤
便秘是老年人常见病,老年甲减患者因甲减导致胃扩张、肠胀气、肠蠕动缓慢等,可出现顽固性便秘。这时,往往会被误诊为是由于老年人活动量小,或长期卧床、

摄入纤维性食物减少而引起的老年性便秘。

部分老年患者由于长期食欲不振、纳食减少,可出现体重下降,容易被误诊为是胃肠道肿瘤或其他疾病导致的恶病质。这一点与年轻甲减患者因水肿导致体重增加不同。

呼吸系统疾病

误诊为:喉部疾病、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征、胸膜疾病
老年甲减患者会出现唇肥舌大、舌根后坠等情况,可导致声音嘶哑、说话不清楚、睡眠打鼾。患者往往就于呼吸科,易被误诊为喉部疾病或阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。

此外,甲减引起的毛细血管通透性增加、淋巴回流缓慢、淋巴细胞分泌高亲水性的黏蛋白和黏多糖的增多,可导致患者发生浆膜腔积液,引起胸腔积液,易被误诊为胸膜疾病。

泌尿系统疾病

误诊为:慢性肾炎
甲减患者可有浮肿、蛋白尿、贫血、高血压病、高胆固醇血症等类似肾病综合征的症状,因此,常被误诊为慢性肾炎。但慢性肾炎患者的甲状腺功能(T₃、T₄、TSH)大多是正常的。肾性水肿通常是指凹性水肿;而甲减患者的血清T₃、T₄降低,TSH显著升高,非指凹性水肿。患者常常伴有畏寒、怕冷、心动过缓、便秘等低代谢症状。

结束语

老年人甲减病情隐匿,容易使诊断误入歧途。在临床工作中,如果遇到老年人不明原因出现水肿、怕冷、少汗、腹胀、便秘、贫血、记忆力减退、声音嘶哑及多浆膜腔积液

等情况时,要认真分析病情,考虑到甲减的可能性,及时进行甲状腺功能及甲状腺彩色多普勒超声检查,以明确诊断。

此外,临床医生应具备渊博的知识和敏

锐的洞察力,从蛛丝马迹中找到疾病的真相,提高对老年甲减的认识,做到早发现、早治疗,做好相关诊治工作,降低误诊、误治情况的发生率。

(作者供职于驻马店市第六人民医院)

临床笔记

上午10点多,一位77岁、个子不高的女性患者,在家属的搀扶下,走进了我的诊室。当时,她前面还排有20多个人。但是,因为看到老太太脸色不好、疼得严重,我还是决定让她插队,先给她看诊。

经过询问,我得知老太太从8点开始出现剧烈的胃部疼痛,伴有泛酸、嗝气、恶心等症状,还呕吐了一次。呕吐物是胃内容物,没有血液。

我问老太太:“您有没有发热?有没有胸闷?走路会不会引起疼痛?疼痛有没有向背部和左侧上肢放射?休息后疼痛会不会得到缓解?大小便有没有问题?”

“有发热,体温38.9摄氏度。昨天,我到某医院急诊科就诊,医生给我开了一些药物,但没有说清楚是什么疾病。我曾经有冠心病,5年前做了冠脉搭桥手术,术后一直进行抗凝治疗。我现在胸闷,走路后胸闷症状会加重,休息后会好一点儿。背部和左侧上肢有些不舒服,大小便正常。”老太太回答。

“那您过去有没有胆结石?”

“没有。”

接着,我给老人做了详细的体格检查,发现她的右上腹部压痛阳性,墨菲征阳性,反跳痛可疑阳性;左上腹轻压痛,无反跳痛;其他部位没有发现明显异常。

这会是些什么疾病呢?腹痛可以分为急性腹痛和慢性腹痛。急性腹痛常常由外科病、心脏疾病和呼吸系统疾病引起;慢性腹痛常常由慢性内科疾病引起。此外,按照我自己总结的“腹痛双九思维”(1.原因、诱因;2.部位;3.性质;4.程度;5.放射情况;6.发生时间;7.持续时间;8.伴随状况;9.缓解方法)和“逻辑思维九条”(1.疼痛局部脏器的疾病;2.邻近脏器的疾病;3.远处脏器的放射疼痛;4.皮肤和全身病;5.主动脉夹层和少见病;6.先器质后功能;7.伴发热先考虑外科病;8.急性发作优先考虑外科病;9.先“一元论”再“多元论”)等进行交叉分析,我认为应该做出这样的诊断排列:1.冠心病引起的心绞痛或者急性心肌梗死;2.胆囊结石合并急性胆囊炎;3.急性胰腺炎;4.胃炎的可能性最小;5.如果第一轮做不出诊断,需要考虑主动脉夹层等少见疾病。

针对冠心病的推论,需要做心电图检查;如果是超急性期心肌梗死,需要做心肌酶谱检查;如果是胆囊疾病、胰腺炎等,需要做彩超;急性胰腺炎需要查淀粉酶;鉴别感染性疾病,需要做血常规。

因此,我给患者开了急查血常规、心电图、心肌酶谱、血尿淀粉酶、彩超肝胆胰脾肾检查,并且交代家属和患者,都是急诊检查,如果检查过程中遇到突然头晕、昏倒、胸闷严重等情况,要立即向所在的检查科室医务人员求救。如果我下班后才拿到检查结果,病情紧急,可以去急诊科就诊。

等到我快下班时,患者的检查结果出来了。血常规检查结果显示:白细胞总数12.3,中性粒细胞计数9.36,中性粒细胞百分比76.2,C反应蛋白48.4。

血尿淀粉酶正常。心肌酶谱检查结果显示:AST(天门冬氨酸氨基转移酶)466,LDH(乳酸脱氢酶)971,CK(肌酸激酶)36,CKMB(肌酸激酶同工酶)10。

心电图检查结果:窦性心律,逆钟向转位。彩超检查结果显示:餐后胆囊,大小约98毫米×34毫米,体积大,胆囊壁毛糙,胆囊内可见数个强回声。其中一大约12毫米×10毫米,后伴声影,可随体位改变移动。胆囊内另可见范围约30毫米×13毫米絮状回声堆积。

结合患者病史、体征、辅助检查结果等,经过逻辑分析,我做出了胆囊结石合并急性胆囊炎的诊断,是否为冠心病、心肌梗死还需要进一步观察。因为该患者的胆囊炎随时可能梗阻,导致坏疽穿孔,所以必须住院观察治疗。

听了我的分析,老太太和家属都反复强调,老太太只是胃痛!患者主诉腹痛,恶心、呕吐;冠脉搭桥术后一直口服抗凝剂似乎和胃损伤也有关……但是,经过真正认真的序列问诊、详细的体格检查、必要的辅助检查和科学的逻辑思维,最终的初步诊断却是胆囊结石合并急性胆囊炎。

我告诉他们,医生最忌讳的事情,就是“头痛医头,脚痛医脚”。胆囊疾病导致的疼痛,很多时候不表现在右上腹!听了我的话,经过慎重考虑,患者及家属最后接受了我的建议,立即住院观察治疗了!

(作者供职于河南省人民医院)

是胃痛,还是胆痛?

□梁宝松

结核病防治论坛之六十八

2019年全球结核病报告 (二)

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 高三有

结核病流行现状

2018年,全球范围内据估计约有1000万结核病新发病例,这一数字在近年来保持相对稳定。

各国的结核病负担差异较大,从每年每10万人发病例数低于5例到超过500例,而全球平均水平约为130例。

据估计,2018年,HIV(人类免疫缺陷病毒)阴性患者因结核病死亡约120万例(范围为110万~130万,与2000年的170万相比减少了27%),另外,HIV阳性患者因结核病死亡约25.1万例(范围为22.3万~28.1万,与2000年的62万相比减少了60%)。

结核病的发生不分年龄、性别,但成年男性(年龄≥15岁)的结核病负担最重,占2018年所有结核病病例的57%。相较男性,女性和儿童(年龄<15岁)分别占所有结核病病例的32%和11%。另外,8.6%的结核病患者为艾滋病病毒携带者(PLHIV)。

从地理上看,2018年,大多数结核病病例在WHO(世界卫生组织)划分的如下区域:东南亚(44%)、非洲(24%)和西太平洋地区(18%),而东地中海(8%)、美洲(3%)和欧洲(3%)占比较小。其中,有8个国家的结核病病例数

占全球总数的2/3:印度(27%)、中国(9%)、印度尼西亚(8%)、菲律宾(6%)、巴基斯坦(6%)、尼日利亚(4%)、孟加拉国(4%)和南非(3%)。这8个国家和其他22个国家属于WHO列出的30个结核病高负担国家,其结核病病例数占全球总数的87%。

耐药性结核病仍然是一项全球公共卫生危机。

2018年,全球新增约50万利福平耐药性结核病病例(其中78%为耐药结核病)。印度(27%)、中国(14%)和俄罗斯(9%)是全球耐药性结核病负担最大的3个国家。

在全球范围内,3.4%的新发结核病与18%既往治疗过的结核病病例为耐药药或利福平耐药性结核病(MDR/RR-TB)。以上情况在原苏联加盟国和国中最为多见(超过50%既往治疗过的结核病病例为MDR/RR-TB)。

实现“终止结核病战略”各地区进展不一

在全球范围内,2000年至2018年间,结核病发病率的平均下降率为每年1.6%,2017年至2018年间为2.0%。2015年至2018年间仅累计下降了6.3%,与“终止结核病战略”设定的“2015年至

2020年间实现发病率下降20%”的里程碑目标相去甚远。2015年至2018年间,全球因结核病死亡人数下降了11%,尚不足“终止结核病战略”设定“到2020年将因结核病死亡人数下降35%”里程碑目标的三分之一。

好消息是,WHO欧洲区有望在2020年实现结核病发病率和因结核病死亡人数的下降目标。从2015年到2018年,该地区结核病的发病率下降了15%,因结核病死亡人数下降了24%。

WHO非洲区的这两个指标也在相对较快地下降(每年分别为4.1%和5.6%),2015年至2018年间,累计发病率和因结核病死亡人数分别下降12%和16%。

全球有7个结核病高负担国家正在实现2020年里程碑目标。他们是肯尼亚、莱索托、缅甸、俄罗斯、南非、坦桑尼亚和津巴布韦。

从2016年到2019年,14个国家(包

括7个结核病高负担国家)参与并完成了一项关于结核病患者及其家庭支出的国家级医疗机构调查。

就所有类型的结核病而言,面临灾难性总支出的病患比例的最佳估算在27%至83%之间,耐药性结核病患者(DR-TB)的该比例从67%到100%不等。

该调查的结果为制定新的筹资策略,结核病相关医疗服务实施及社会保障措施提供了重要依据,以减少因罹患结核病造成的患者及其家庭灾难性总支出。

另外37项调查正在或计划于2019年至2020年间开展。

结核病防治论坛



本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

本版未署名图片为资料图片

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角
河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部