

34例原发性甲状旁腺功能亢进的临床分析

宋旭波 王玉香 崔光成

(黑龙江省齐齐哈尔市富拉尔基人民医院 黑龙江 齐齐哈尔 161042)

(黑龙江省齐齐哈尔医学院

161042)

摘要 目的:探讨原发性甲状旁腺功能亢进(PHPT)的诊断和治疗。方法:回顾性分析15年间收治的34例PHPT的临床资料。结果:34例PHPT均经手术治疗、病理证实,全组均表现为:不同程度的骨病变,其中合并泌尿系结石患者7例(20.5%)经超声检查的阳性率为85%(22/26),放射性计算机X线断层扫描(ECT)检查的阳性率95.4%(20/21),手术后无永久性甲旁减和喉返神经损伤等并发症,部分患者骨痛缓解和消失。结论:超声和ECT可作为首选的定位诊断方法,定性诊断主要依靠血钙和甲状旁腺素升高。定位明确的甲状旁腺腺瘤可行单侧探查。定位不明确或异位者,可在放射性核素指导下行手术探查。PHPT手术是有效的治疗手段,经手术可大大减少严重骨病的发生。要注意术前高钙危象和术后低钙血症的处理。

关键词: 甲状旁腺功能亢进;甲状旁腺腺瘤;外科手术

The clinical analysis of 34 cases of primary hyperparathyroidism

SONG Xu-bo, WANG Yu-xiang, CHU Guang-cheng

Department of General Surgery

Department of Medicine

Qiqihar Fulaerji People's Hospital Qiqihar Medical College (Fulaerji 161042, China)

ABSTRACT Objective: To explore the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism (PHPT). **Methods:** Clinical data of 34 cases of PHPT were retrospectively analyzed. **Results:** 34 patients with PHPT were confirmed by operation and pathology. There were bone pathological changes of varying extent in all patients. Stones in urinary system plus bone pathology in 7 cases. 22 out of 26 cases (85%) undergoing preoperative ultrasonography with a positive result were verified by intraoperative findings. For ECT the positive rate was 20 out of 21 cases (95.4%) there was no permanent hypoparathyroidism of recurrent nerve injury of other complications. **Conclusions:** PHPT could be diagnosed according to co-elevated calcemia and PTH. Ultrasonography and ECT Should be considered as the methods of first choice for preoperative Localization. UNE of parathyroidoma could be feasible if accurate image localizations are available. Radionuclear guided parathyroid resection could be performed in the patients with ectopic parathyroid disease or lesions without accurate localization. Effective early treatment by surgical removal of the pathological lesion can alleviate the occurrence of severe bone changes and deformity.

Key words: primary hyperparathyroidism(PHPT); parathyroidoma; surgical treatment

原发性甲状旁腺功能亢进症(PHPT 甲旁亢)是欧美国家常见的内分泌疾病,发病率8/10万人^[1],近年来,我国PHPT病例也明显增多,多已骨病变就诊,容易误诊和漏诊,直到症状严重时,方得到正确的诊治,给病人带来较大的痛苦,我院自1990年-2005年8月收治PHPT患者34例经手术病理证实报道如下以供临床参考,以提高临床工作者对PHPT的重视。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组收集我院1990-2005年经手术后病理证实的原发性甲旁亢34例,本组男11例,女23例,男女比例1:2.1,平均

年龄39.2(14-66岁)。其中骨型26例,肾型5例,肾骨型3例,甲状旁腺腺瘤28例,甲状旁腺增生5例,甲状旁腺癌1例。临床表现:本组病程为2个月-16年,其中以骨关节痛就诊者21例,病理性骨折3例,骨关节痛合并尿路结石4例,肾结石6例。

1.2 临床诊断

影像学检查:26例采用超声检查,其中22例与手术中所见相符,诊断准确率为85%。21例行ECT检查,其中20例与手术中所见相符,诊断准确率为95.2%。

骨骼系统检查:

均行全部X线检查:除3例仅表现为骨质疏松外,余31例表现为骨质疏松、溶骨性骨吸收、骨破坏、骨囊肿和纤维性

骨炎等。本组中病理性骨折 3 例, 其中 2 例发生在股骨。生化学检查血钙均高于 2.7mmol/l 血碱性磷酸酶 (ALP) 均明显升高, 12 例行甲状旁腺素 (PTH) 检查, 均明显高于正常值。

术前诊断: 30 例患者曾多次在不同家医院就诊, 曾分别误诊为风湿性关节炎、类风湿性关节炎、肾结石、骨囊肿等。后结合病史及血钙、血 PTH 升高和影像学定位检查, 本组术前均确诊为 PHPT。

1.3 手术方法

经颈手术中采用颈丛阻滞麻醉 4 例, 其余均采用全身麻醉, 双侧甲状旁腺探查 3 例, 切除增生甲状旁腺 3.5 枚 1 例, 切除双侧各 1 枚腺瘤 1 例, 异位甲状旁腺经颈 1 例, 其余均为一侧开放手术, 其中 1 例甲状旁腺瘤术中冷冻病理报告良性, 术后石蜡病理报告确诊为甲状旁腺瘤癌变, 因术中进行腺叶切除, 周围无淋巴结肿大, 未追加扩大手术。

术中见: 26 例甲状旁腺腺瘤中 25 例为单发, 其中位于甲状旁腺左叶下极 8 例, 右叶下极 9 例, 左叶上极 5 例, 右叶下极 2 例, 1 例为异位甲状旁腺腺瘤位于右侧近锁骨上窝处, 术中探查见: 腺瘤直径 $0.5\sim 0.6\text{cm}$, 包膜完整, 暗红色实质性。其中 1 例呈囊性变, 甲状旁腺增生 4 例: 腺体 $0.6\sim 5.0\text{cm}$ 。

2 治疗结果

无永久性声嘶、呛咳等并发症, 术后 17 例呈现面部、手足麻木感, 其中 4 例并严重低钙血症, 并发手足抽搐, 静脉补钙 1~4 周, 逐渐转为口服大剂量含维生素 D 的钙剂 (联用罗钙全和钙尔奇) 探查 1~4 个月, 血钙达正常。32 例随访半年~10 年, 术后半年血钙和 PTH 均正常, 临床症状缓解, 骨质疏松症明显好转。

3 讨论

3.1 原发性甲旁亢定性诊断:

原发性甲旁亢表现: ①以骨关节系统脱钙和骨质疏松, 纤维囊性骨瘤, 不明原因的骨折, 棕色瘤为主要表现者, 称为骨型。②以反复尿路结石为主要表现者称为肾型。③二者均具备称骨肾混合型, 确诊要依靠血钙升高 (可伴血磷下降和血甲状旁腺素升高) 但要排除肾功能不全等引起的继发甲旁亢, 中国人原发性甲旁亢以骨型或骨肾混合型占多数, 基层医院对可疑病例可通过血钙, 骨骺平片颈部和泌尿系统 B 超筛选, 另外不明原因的 AKP 升高, 而其它肝功能指标正常也要考虑原发性甲旁亢可能。

欧美国家发现的无症状及轻微症状 PHPT 的病例报告占 $30\%\sim 40\%$ [2], 前瞻性临床分析显示 1/4 的无症状患者具有疾病进展的, 至少 10%, 合并骨质疏松和骨密度的降低 [3], 所以在现有条件下, 加强对本病的认识、提高首诊早期诊断率。

3.2 原发性甲旁亢的术前定位诊断:

同位素 $^{99\text{m}}\text{Tc-MIBI}$ 扫描的功能形态学角度有一些优势, 尤其是异位甲状旁腺腺瘤时列为首选王茜等 [4] 报道 $^{99\text{m}}\text{Tc-MIBI}$ 阳性率为 95.8%, 如果基层医院没有上述条件可选用 B

超或 CT, 同样也有较高的准确性。本组: 经超声确诊阳性率为: $85\% (22/26)$, 经 ECT 确诊阳性率为: $95.4\% (20/21)$ 。

3.3 PHPT 患者的术式选择

PHPT 患者手术径路选择, 双侧颈部探查 (BNE) 还是单侧颈部探查术 (UNE) 一直存在争议 [5] 支持 BNE 的原因是多发性腺瘤的存在, 但是 PHPT 由单发腺瘤引起的约占 $80\%\sim 85\%$ [6,7] 20 年前 Roth [8] 等多位作者相继提出单侧颈部探查 (UNE) 代替 BNE 并获得支持, 近年来 Udelsman 和 Arici 报告 [9] 采用直接甲状旁腺瘤切除术 (MIP) 成功率达 $95\%\sim 100\%$ 。本组: 甲状旁腺腺瘤 28 例, 中例有一侧为多发, 且位于同侧, 所以对于绝大多数患者 单侧探查是可行的。本组 28 例甲旁腺瘤均行单侧探查术, 手术顺利, 术后疗效满意, 甲状旁腺增生者, 则行切除 3 枚半腺体对于甲旁腺瘤, 可根据情况选择术式。

3.4 甲状旁腺危象和术后低钙血症的处理

甲状腺危象十分罕见, wang [10] 等报道 1000 例 PHPT 患者仅有 2%。发生危象, 诊断甲状旁腺危象必须具备 3 个条件 [11] 可以确诊为 PHPT ①血清钙离子浓度 $> 3.5\text{mmol/l}$ ②临床出现危象的症状如胃肠道、心血管系统和神经肌肉等症状, 笔者认为如果患者条件差, 不能耐受手术应先采取内科措施控制病情, 稳定后再行手术治疗, 行甲状旁腺切除后, 一般都不不同程序的低钙血症, 应用钙剂后症状缓解。

微创手术前景可观, 具有切口小、美观、术中付损伤小等优点, 有待临床工作者探讨和发展。

参考文献

- [1] Melton LJ. The epidemiology of primary hyperparathyroidism in North America [J]. J Bone Miner Res, 2002, 17(suppl2): 12- 17
- [2] Julia A, Robert U. New directions in treatment of patient with primary hyperparathyroidism [J]. Curr Probl Surg, 2003, 40(12): 808- 849
- [3] Silverberg SJ, Shane E, Tacobs TP, et al. A 10 year prospective study of primary hyperparathyroidism with or without parathyroid surgery [J]. N Engl J Med, 1999, 341(17): 1249- 1255
- [4] 王茜, 高伯山, 秦淑玲. MRI 及 $^{99\text{m}}\text{Tc-MIBI}$ 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, (1): 28- 30
- [5] 边学海, 任辉, 郑泽霖. 原发性甲状旁腺功能亢进的定位诊断 [J]. 中国普通外科杂志, 2004, 14(11): 852- 855
- [6] 周边平, 李晓莉, 李显骥等. 原发性甲状旁腺功能亢进 35 例诊治分析 [J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(9): 653- 655
- [7] 陈宏伟. 甲状腺大部切除术方法探讨. 生物磁学, 2005, 5(4): 39- 40
- [8] Roth SI, Wang CA, Potts JT. The team approach to primary hyperparathyroidism [J]. Hum Pathol, 1975, 6(6): 645- 648
- [9] Udelsman R. Six hundred fifty- six consecutive explorations for primary hyperparathyroidism [J]. Ann Surg, 2002, 235(5): 665- 670
- [10] Wang CA, Guyton SW. Hyperparathyroid crisis [J]. Ann Surg, 1979, 190(6): 782- 790
- [11] Asagoe T, Takami H, Haratani Y, et al. 副甲状旁腺 $\hat{\text{E}}-^3$ [J]. 日本临床, 1995, 53(4): 925- 929