

胸骨后巨大甲状腺肿伴气管及食管压迫一例

• 病例报告 •

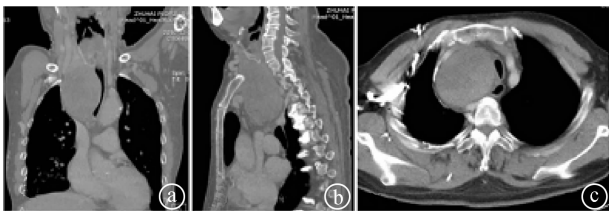
吴剑超， 崔 敏

作者单位：519000 广东，暨南大学附属珠海医院普外一科
作者简介：吴剑超（1989 - ），男，在读研究生，研究方向：肝胆胰脾及甲状腺外科疾病的诊治。E-mail:370744515@ qq. com
通讯作者：崔 敏（1960 - ），男，大学本科，学士学位，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：肝胆胰脾及甲状腺外科疾病的诊治。E-mail: cuimw@ hotmail. com

[关键词] 胸骨后甲状腺； 吞咽困难
[中图分类号] R 581.3 [文章编号] 1674 - 3806(2018)01 - 0077 - 02
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2018.01.22

1 病例介绍

患者,男,70 岁,以“右侧颈部大 1 年,气促、吞咽困难 2 d”入院。既往无慢性肺疾病、食道等相关病史,无明确外伤史,无特殊药物治疗史;既往家族内无肿瘤病史及相关病史。入院查体:生命体征平稳。神志清晰,查体配合。颈软,气管稍偏左,右侧甲状腺可触及肿物,大小约 2 cm×3 cm,质稍硬,无压痛,活动可,随吞咽而运动。左侧未触及明显肿块。双侧颈部未触及浅表淋巴结肿大。颈部未闻及血管杂音。急诊胸部 CT:甲状腺右侧叶巨大结节凸入上纵膈内,考虑甲状腺腺瘤并胸内甲状腺肿形成可能性大(与 2015-12 片比较大致相仿)。见图 1。入院诊断:胸骨后巨大甲状腺肿(气管及食管压迫)。入院抽血检查:血常规、术前八项、甲功等未见明显异常;当日急诊行“右侧胸骨后甲状腺包块切除术”,选择颈胸联合胸骨劈开术式,术中见右侧甲状腺下极有一包块,大部分位于胸骨后,劈开胸骨见甲状腺包块位于无名静脉后方,将包块钝性游离提至无名静脉前方,见包块约 10 cm×6 cm×6 cm 大小,无明显粘连,质地中等,遂贴包块边缘将其切除,标本送检。术后病理报告:右侧甲状腺(胸骨后)结节性甲状腺肿伴腺瘤增生及坏死。见图 2。术后 10 d 出院。出院情况:患者无咳嗽咳痰,无呛咳及吞咽困难,无胸闷气促,无肢体麻木等,一般情况良好。查体:生命体征平稳,颈软,颈部术口已愈合拆线;胸前术口未见红肿渗液,未拆线。



①冠状位；②矢状位；③横断位
图 1 急诊胸部 CT 示:甲状腺右侧叶体积增大,延伸至胸骨内,气管、食管受压左移

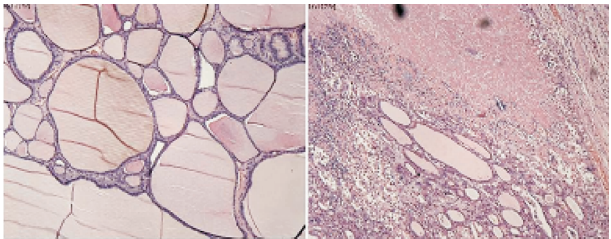


图 2 术后病理:右侧甲状腺(胸骨后)结节性甲状腺肿伴腺瘤增生及坏死

2 讨论

2.1 胸骨后甲状腺肿是指肿大甲状腺体积的 50% 以上位于胸骨入口以下的甲状腺肿^[1]。该病以女性居多,生长缓慢,其临床表现取决于肿块的大小、部位。由于肿块位于狭小的胸廓入口处,主要表现为压迫症状。如压迫气管出现呼吸困难、喘鸣,压迫上腔静脉出现上腔静脉压迫综合征,压迫喉返神经出现声嘶,压迫食管出现吞咽困难,部分患者临床上可无症状^[2]。胸骨后巨大甲状腺肿发病率低,约占

纵膈肿块 5.0% ~ 10.0%^[3],它位于胸骨后、气管前间隙内,其中 75.0% ~ 80.0% 起自颈部甲状腺下极或峡部,由于临床症状不典型,早期发现和诊断均有一定困难^[2]。胸骨后甲状腺肿由于胸腔负压作用,往往会进行性向下生长,最终出现气管压迫导致呼吸困难,一旦肿物下缘低于主动脉弓,手术难度极大,甚至需要劈开胸骨完成手术。因此,胸骨后甲状腺肿是明确的手术指征。CT 检查是胸骨后甲状腺肿最佳的术前检查手段,它不仅能显示肿物的大小、形态、位置及内部情况,还能显示肿物与周围脏器、组织的关系以及周围脏器的移位情况。本病的主要治疗方式是手术切除,目前手术方式主要有 3 种,即颈前低位领形切开术、颈胸联合胸骨劈开术和开胸术。亦有文献^[4]报道,改良内侧入路胸骨后甲状腺腺叶切除术亦是一种较为安全、可行的手术方式。

2.2 本例患者早在 1 年前 CT 检查提示为甲状腺右侧叶巨大结节凸入上纵膈内。因无明显压迫症状,未予重视,未行手术治疗。随着甲状腺肿大的渐

进性发展,食管、气管压迫愈发严重,导致了患者本次的急性起病、病情危重,出现气促、呼吸困难症状。急诊行胸骨后甲状腺包块切除术可解除患者呼吸梗阻,及时避免老年患者因缺氧出现的各种不良并发症。该病例的教训是临床医师对明确诊断的胸骨后甲状腺肿,尤其是老年或者伴有慢性心肺疾病的患者,应充分评估患者的气管、食管、神经等的压迫情况,尽早行手术,解除压迫,降低出现呼吸困难、甲状腺恶变等的可能风险。

参考文献

- 1 龚新雷,秦叔逵.胸骨后甲状腺肿物的诊断和治疗[J].中国医师进修杂志,2006,29(8):3-6.
- 2 王黎明,许顺,杨春鹿,等.胸骨后甲状腺肿的诊断与治疗[J].中国医科大学学报,2013,42(2):189-191.
- 3 徐进志,李野,王俊峰,等.巨大后纵隔结节性甲状腺肿 2 例诊治分析[J].中国实用外科杂志,2007,27(4):315-316.
- 4 杜国能,肖玉根,王昆,等.改良内侧入路胸骨后甲状腺腺叶切除术的研究[J].中国实用医药,2017,12(16):100-101.

[收稿日期 2017-10-20][本文编辑 黄晓红]

儿童肾病综合征合并颅内静脉窦血栓形成一例

· 病例报告 ·

刘桂良, 陆明旭, 王敏, 梁珍花, 张健

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院儿科(刘桂良,王敏,梁珍花,张健); 530021 南宁,广西壮族自治区江滨医院儿科(陆明旭)

作者简介: 刘桂良(1986-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:小儿心血管疾病的诊治。E-mail:journey450@163.com

通讯作者: 陆明旭(1989-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:小儿肾脏疾病的诊治。E-mail:972304601@qq.com

[关键词] 肾病综合征; 血栓; 儿童

[中图分类号] R 725 [文章编号] 1674-3806(2018)01-0078-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.01.23

1 病例介绍

患儿,男,2岁11月,因“发热2 d,头痛、呕吐1 d”于2017-05-28入院。既往于2017-04-20因“浮肿、尿少5 d”在广西壮族自治区人民医院儿科住院治疗,诊断“肾病综合征”,予口服激素6片[2 mg/(kg·d),21/4~19/5]治疗,期间定期复查尿常规,经激素治疗约2周后,尿蛋白开始逐渐转阴,尿量增加,每天约1 000 ml[3.0 ml/(kg·h)],无泡沫尿及肉眼血尿。此次入院2 d前患儿出现发热,以高热为主,1 d

前出现头痛伴呕吐,呕吐呈喷射状,为胃内容物,病程中共呕吐10余次。入院查体:体温38.8℃,脉搏128次/min,呼吸26次/min,血压103/75 mmHg,体重14 kg,指脉氧98%。神清,精神萎靡,全身无皮疹,满月脸,颜面部、眼睑无浮肿,咽充血,扁桃体Ⅱ度肿大,无脓点、滤泡。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心率128次/min,律齐无杂音,腹稍胀,腹壁软,移动性浊音阴性,双肾区无叩击痛。阴囊、会阴部无水肿,双下肢无凹陷性浮肿。神经系统:神志