

锁的类型、出生体重、伴发畸形和肺炎的严重程度等因素有关^[3]。食管闭锁并不一定需作急症处理,术前对患儿进行危险度分级有利于临床制定合理的治疗方案及判断预后^[3]。Spitz 分级侧重于合并先天性心脏病的影响,该患儿我们按 Spitz 分级为 II 级(体质量 < 1 500 g 或合并有显著心脏畸形,成活率在 60%)。现在食道闭锁及动脉导管未闭手术方式分为开放式手术和胸腔镜手术。根据国内情况,食管闭锁胸腔镜手术初学者应选择体质量 2.5 kg 以上、无合并严重先天性心脏病和重症肺炎、食管盲端距离在 2 cm 以内的患儿^[3]。该患儿我们选择开放式胸膜外手术,避免了放置胸引管。对有显著左向

右分流的症状性 PDA 进行治疗几乎是毫无争议的^[4]。该患儿符合症状性 PDA,我们给予同期手术治疗。

参考文献

- 1 谷兴琳,张儒舫.先天性食管闭锁的外科治疗[J].中华小外科杂志,1993,14(3):367-368.
- 2 杨星海,魏明发.先天性食道闭锁治疗现状[J].临床小儿外科杂志,2005,4(4):130-131.
- 3 夏惠敏.先天性食道闭锁诊断及治疗(专家共识)[J].中华小儿外科杂志,2014,35(8):623-626.
- 4 林云峰,杨长仪,陈涵强.早产儿动脉导管未闭诊治进展[J].中国新生儿杂志,2010,25(3):180-182.

[收稿日期 2018-02-11][本文编辑 杨光和]

以急性心包填塞首诊的继发性 甲状腺功能减退一例

· 病例报告 ·

余丽琼, 张涛, 张爱东, 颜建龙, 康晚秋

作者单位: 510632 广州,暨南大学附属第一医院心内科

作者简介: 余丽琼(1992-),女,在读研究生,研究方向:心力衰竭的诊治。E-mail:2580455963@qq.com

通讯作者: 张爱东(1963-),男,医学硕士,主任医师,博士生导师,研究方向:心血管疾病的基础和临床研究。E-mail:zhangad1003@126.com

[关键词] 急性心包填塞; 继发性甲状腺功能减退; 垂体瘤手术

[中图分类号] R 581.2 [文章编号] 1674-3806(2018)07-0707-02

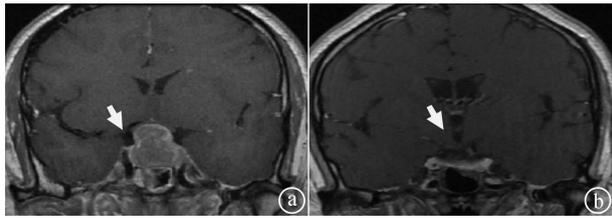
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.07.24

1 病例介绍

患者,男,43岁,因“反复呕吐、纳差1月,伴胸闷1d”入院。既往于2个月前因“垂体腺瘤”行手术切除(见图1),术前甲状腺功能正常。患者1月前反复呕吐,伴纳差,予护胃等治疗后症状未缓解。1d前突发胸闷,晕厥1次,持续10min左右,伴意识障碍、大汗淋漓,查体血压76/51mmHg,全身湿冷、表情淡漠、颜面浮肿、毛发稀疏、颈静脉怒张、心界向两侧扩大、心率115bpm、心音遥远,余查体无异常。心电图示:ST-T改变,不排除急性下壁心肌梗死。心脏彩超示:心内结构未见异常,心包大量积液(见图2)。急行冠脉造影未见冠脉血管明显狭窄。考虑患者出现休克为急性心包填塞所致,急予心包穿刺术置管引流出250ml黄色积液。术后血压逐渐上升,症状改善。但仍精神倦怠。化验:白蛋白

31.8g/L,肌酐104.9umol/L,肌钙蛋白I 0.052ug/L,N末端B型利钠肽原1878pg/ml,多次查血钠在114.5~130.5mmol/L,血氯在81.6~92.5mmol/L。下丘脑-垂体轴相关激素:促卵泡成熟激素1.11mIU/ml(正常值1.27~19.26mIU/ml),黄体生成素0.47mIU/ml(正常值1.24~8.62mIU/ml),泌乳素0.15ng/ml(正常值2.64~13.13ng/ml),睾酮0ng/ml(正常值1.75~7.81ng/ml),促甲状腺素0.23mIU/L(正常值0.49~4.91mIU/L),游离三碘甲腺原氨酸2.55pmol/L(正常值3.09~7.42pmol/L),游离甲状腺素3.44pmol/L(正常值7.64~16.03pmol/L)。血常规、结核杆菌DNA、肿瘤标志物、风湿组套未见异常,积液常规、生化、细菌培养、结核杆菌、肿瘤细胞均阴性。垂体MR示垂体瘤术后少许残留。诊断:垂体功能减退症并继发性甲状腺功能减退伴心

包积液、急性心包填塞。心包引流管留置 4 d 至无液体引出时拔管,予氢化可的松、左甲状腺素钠片、十一酸睾酮软胶囊等替代治疗 2 周后复查心脏彩超无心包积液,症状好转后出院。



①术前示垂体大腺瘤;②术后示垂体瘤术后少许残留

图 1 垂体 MR 结果图



图 2 心脏彩超示心包大量积液

2 讨论

2.1 甲状腺功能减退症(简称甲减) 临床上分为原发性甲减、中枢性或继发性甲减及周围性甲减。其中继发性甲减的病因包括垂体肿瘤或垂体手术等,文献^[1]报道垂体瘤术后短期内有垂体功能低下,尤以术后 3 d 内激素水平降低最为明显,术后 1 个月有所恢复,但仍低于术前的激素水平,术后 3 个月、1 年可达到相对稳定的较高水平。王宏利等^[2]回顾性分析 278 例垂体瘤术后患者,发现 19 例出现垂体功能低下,其中甲状腺功能低下 8 例,1 个月后仍出现垂体功能低下 4 例。该患者术后 1 个月出现纳差、呕吐,考虑与激素水平降低相关,复查发现激素水平低下后,尽早予激素替代治疗,症状好转。

2.2 甲减引起心包积液早在 1918 年^[3]和 1925 年^[4]就有报道,心包积液发生率占甲减的 9% ~ 33%^[5],但多数起病隐匿,症状复杂,呈亚临床进展,心脏受累难以早期发现,漏诊率高。甲减发生心包积液的原因仍有争议,一般主要考虑为机体多器官组织代

谢降低、透明质酸堆积、局部毛细血管通透性增加、淋巴回流受阻等使组织液渗出,导致心包积液形成^[6]。但不是所有的心包积液都会转化为心包填塞,后者发生与否主要取决于心包积液的集聚速度。然而,由甲减引发的心包积液一般血浆蛋白渗至腔隙同时毛细血管的通透性增加缓慢,有足够的时间给予心包进行舒展,故急性心包填塞极少发生^[7,8]。Smolar 等^[9]在大量文献中只发现 13 例有甲减患者发生心包填塞。在另一项对 56 例心包填塞患者的研究^[10]中发现,仅 2 例由甲减所致。

2.3 出现急性心包填塞时心包穿刺引流是治疗的关键,而对于原发病继发性甲减应予及时激素替代治疗。该例患者以急性心包填塞为首要表现,且起病急,临床表现复杂且无特异性,如对甲减的临床表现缺乏足够认识则极易造成误诊。因此对垂体瘤术后患者,应术后密切监测激素水平,如出现心包填塞时应仔细排查继发性甲减的可能,以免延误诊治。

参考文献

- 1 付晓红,薛鑫诚,周培志,等.垂体瘤术后垂体功能变化及激素替代[J].四川大学学报(医学版),2013,44(3):448-451.
- 2 王宏利,鲍刚,李传坤,等.经鼻蝶垂体瘤切除术后常见并发症原因分析[J].陕西医学杂志,2013,42(9):1161-1162,1181.
- 3 Zondek H. Das myxödemherz(Article in German)[J]. Münch Med Wschr, 1918,65:1180-1183.
- 4 Fahr G. Myxedema heart[J]. J Am Med Assoc, 1925,84(5):345-349.
- 5 李骞,张强,叶伟祥.甲状腺功能减退症并大量心包积液 1 例[J].中国现代医生,2010,48(30):101.
- 6 Kabadi UM, Kumar SP. Pericardial effusion in primary hypothyroidism[J]. Am Heart J, 1990, 120(6 Pt 1):1393-1395.
- 7 Jimeno Sainz A, Blázquez Encinar JC, Quiles Torregrosa I, et al. Pericardial tamponade as the first manifestation of primary hypothyroidism[J]. Rev Esp Cardiol, 2000, 53(1): 145-146.
- 8 Butala A, Chaudhari S, Sacerdote A. Cardiac tamponade as a presenting manifestation of severe hypothyroidism [J]. Case Reports, 2013, 2013(5):bcr 2012005281.
- 9 Smolar EN, Rubin JE, Avramides A, et al. Cardiac tamponade in primary myxedema and review of the literature[J]. Am J Med Sci, 1976,272(3):345-352.
- 10 Guberman BA, Fowler NO, Engel PJ, et al. Cardiac tamponade in medical patients[J]. Circulation,1981,64(3):633-640.

[收稿日期 2018-04-01][本文编辑 吕文娟]