

人认为这些副肾动脉主要为极少部分肾实质提供侧支循环的终末血管,且大部分病例无 II 型内漏发生;无需特殊处理这部分副肾动脉^[1]。本例中源于瘤腔的一支副肾动脉仅为 2.3 mm,未作特殊处理,但腔内隔绝手术后也未见内漏的发生。

总之,对于合并马蹄肾的腹主动脉瘤患者,充分评价肾动脉分支直径、位置以及与动脉瘤腔的关系,合理的使用腔内隔绝手术,避免了手术创伤、手术中复杂的暴露问题;从而显著降低了患者手术风险和住院时间。

参考文献:

- [1] Frego M, Bianchera G, Angriman I, et al. Abdominal aortic aneurysm with coexistent horseshoe kidney[J]. Surg Today, 2007, 37(7): 626-630.
 - [2] Kawanishi Y, Tanaka H, Nakagiri K, et al. Abdominal aortic aneurysm associated with horseshoe kidney[J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2008, 16(3): e28-29.
 - [3] 杨康. 胸主动脉瘤外科治疗现状和进展[J]. 重庆医学, 2004, 12(33): 1761-1762.
- 短篇及病例报道 •

- [4] Stroosma OB, Kootstra G, Schurink GW. Management of aortic aneurysm in the presence of a horseshoe kidney[J]. Br J Surg, 2001, 88(4): 500-509.
- [5] Makita S, Yoshizaki T, Tabuchi N. A case of abdominal aortic aneurysm with horseshoe kidney[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2009, 15(2): 129-132.
- [6] Kaplan DB, Kwon CC, Marin ML, et al. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms in patients with congenital renal vascular anomalies[J]. J Vasc Surg, 1999, 30(3): 407-415.
- [7] Ruppert V, Umscheid T, Rieger J, et al. Endovascular aneurysm repair: Treatment of choice for abdominal aortic aneurysm coincident with horseshoe kidney? Three case reports and review of literature[J]. J Vasc Surg, 2004, 40(2): 367-370.

(收稿日期: 2010-08-23 修回日期: 2010-09-17)

误诊为消化系统疾病的甲状腺功能亢进症 35 例

王 燕¹, 周 力^{1△}, 陈晓琴¹, 刘 莹²

(1. 贵阳医学院附属医院消化科, 贵阳 550004; 2. 日本千叶大学真菌研究中心, 东京 00233756)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.09.047

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)09-0934-02

甲状腺功能亢进症(甲亢)是常见内分泌疾病。临床表现有多系统损害,部分甲亢患者表现不典型。在临床上以消化道症状为主要表现的并不少见。本科自 2000~2008 年收治的以消化系统症状为主的不典型甲亢 35 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 甲亢患者 35 例,男 10 例,女 25 例。年龄 27~70 岁,平均 43 岁。病程 1 个月至 3 年。血清游离 T₃(FT₃)、游离 T₄(FT₄)、超敏促甲状腺素(TSH)、促甲状腺素受体抗体(TRAb)、甲状腺球蛋白抗体(TGA)、甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)检查均符合甲亢诊断标准^[1]。

1.2 临床症状 腹泻 14 例,黄色水样便或稀糊状便,每日 3~10 次;恶心、呕吐 6 例;不明原因食欲缺乏、消瘦 5 例;腹痛 2 例;肝功能损害 8 例。35 例中仅 1 例有眼球突出;仅 6 例有甲状腺肿大,为 I 度肿大,无血管杂音;心率为 80~100 次/分的 27 例,心率大于 100 次/分的 8 例。

1.3 辅助检查 胃镜检查 12 例,提示慢性胃炎 12 例;肠镜检查 16 例,提示直肠、乙状结肠炎 6 例;肝炎标志物检查 12 例,均排除病毒性肝炎;B 超检查提示慢性胆囊炎 1 例;肝功能检查提示肝脏损害 8 例,ALT、AST 超过正常值 2~3 倍多见,最高可达 6 倍。

1.4 误诊情况 初诊时误诊为非特异性结肠炎 6 例;慢性胃炎 8 例;慢性胆囊炎 1 例;病毒性肝炎 8 例;功能性消化不良 2 例;肠易激综合征 5 例;肠结核 2 例;消化道肿瘤 3 例。

1.5 治疗与预后 确诊后均给予抗甲状腺药物或¹³¹I 及普萘洛尔治疗。患者消化道症状缓解,病情好转出院。

2 讨 论

甲状腺功能亢进时过多甲状腺素使肠蠕动加快,排便次数

增加,误诊为结肠炎、结核、肠易激综合征等。因此腹泻的鉴别诊断必须排除甲亢。胃酸缺乏,胃黏膜水肿致上腹不适、食欲缺乏表现易误诊为消化道肿瘤。甲状腺疾病致腹痛易误诊为胃炎、胆囊炎。甲状腺激素对肝脏有直接毒性作用,高代谢还可致肝脏相对缺氧及营养不良,甲亢不同程度影响肝酶活力、肝血流以及自身免疫等因素导致肝脏肿大,肝酶活性增高临床常误诊为肝炎^[2]。

从以上吸取的经验是:(1)临床思维不能局限;(2)应提高甲亢消化系统多种表现的认识,如恶心、呕吐、纳差、腹泻、腹痛及不明原因肝损害;(3)重视某些非突出的伴随症状,如心率加快,本组病例中 1 例为恶心、呕吐伴心率加快,1 例为上腹痛伴心率加快,均曾主观地认为是反射性心率加快而忽视为甲亢的伴随症状;(4)老年患者甲亢症状常不典型,尤其是淡漠型甲亢,老年患者如出现消化系统症状而不能用消化系统疾病解释,或按消化系统疾病处理效果不满意时,应想到甲亢的可能^[3-5]。不典型甲亢给临床的诊治带来一定难度易致误诊、误治,故对消化科医生来说,应引起重视^[4-6]。

参考文献:

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 10 版. 北京:人民卫生出版社, 1997:1019.
- [2] 吴作艳, 王炳元. 甲亢性肝病[J]. 中国实用内科学杂志, 2002, 22(5): 311-312.
- [3] 周伏喜, 卢放根. 消化科门诊中甲亢患者的临床特征[J]. 中国医师杂志, 2003, 5(8): 1103.
- [4] 杨亚玲, 陈先菊, 邓冬梅, 等. 甲亢致恶心呕吐 1 例[J]. 重庆医学, 2008, 37(15): 1656.