

亚急性甲状腺炎 15 例误诊分析

郑海文¹ 时兢²

(1 江苏省无锡市新区江溪街道社区卫生服务中心 无锡 214026; 2 江苏省无锡市人民医院 无锡 214023)

关键词: 亚急性甲状腺炎; 误诊; 分析

中图分类号: R 581.4

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.058

亚急性甲状腺炎 (又称 Quervain 甲状腺炎、肉芽肿性甲状腺炎、巨细胞性甲状腺炎) 是由病毒感染后引起的变态反应性疾病, 临床较为少见。临床表现早期多不典型, 发病率约 4.9/10 万^[1], 夏季是发病的高峰^[2]。现将我院 2008 年 1 月~2012 年 1 月收治的初诊时被误诊的亚急性甲状腺炎患者 15 例分析报道如下:

组病人就无术后黄疸、胆漏、出血、粘连性肠梗阻等并发症。(3) 可减少术后切口并发症, 如切口感染、切口疝等。(4) 单孔腹腔镜技术的手术步骤和常规腹腔镜基本一致, 可应用常规腹腔镜器械, 减少了学习曲线, 必要时可中转传统腹腔镜手术。

但是通过手术操作, 我们体会单孔腹腔镜胆囊切除术和其它单孔腹腔镜技术一样存在着一系列的操作困难。由于腹腔镜和各种器械几乎平行进入腹腔, 将造成直线视野, 影响术者对深度和距离的判断; 器械难以形成三角形排列, 不利于器官的显露; 还有手术时器械在腹腔外相互拥挤, 不利于手术的操作。目前针对单孔腹腔镜手术开发的手术器械有很多, 包括尖端可弯曲的手术器械和多通道穿刺装置, 这些在一定程度上缓解了手术操作难度。本组病例是通过常规腹腔镜器械来完成单孔腹腔镜胆囊切除, 一可方便中转传统腹腔镜手术, 二不增加病人经济负担。我们的体会是分离胆囊三角应采用后三角入路^[3], 在胆囊壶腹下方分离出胆囊管两侧的疏松组织, 扩大胆囊壶腹部、胆囊管、肝总管之间的间隙; 而且由于操作器械基本上在盲视下进出, 要注意器械进出角度, 尽量贴近腹壁进出。当常规操作无法满足手术要求时, 需要熟悉运用左右手交叉技术, 贯彻交叉技术概念^[4]。研究表明, 有腹腔镜手术基础的外科医生经过专门的单孔腹腔镜手术训练后, 其完成单孔腹腔镜操作与常规腹腔镜操作的准确性没有差异^[5]。

腹腔镜单孔胆囊切除术作为一种新的腹腔镜技术, 本身尚处于发展和完善阶段, 而且还存在学习曲线阶段的风险。因此严格掌握手术适应证是降低手术风险十分重要的措施。我们开始的病例多选择单纯性胆囊结石或息肉、体型中等偏瘦、无腹部

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例, 其中女 12 例 (80.0%), 男 3 例 (20.0%); 年龄 23~55 岁; 误诊时间 7 d~4 个月。症状: 病前 1~3 周有上呼吸道感染 10 例 (66.7%), 发热 9 例 (60.0%), 甲状腺局部疼痛 8 例 (53.3%), 其中 6 例疼痛向枕部、耳部、头面部放射, 吞咽、颈部转动时加重, 有短期发热、多汗、心悸等手术史、年龄在 50 岁左右的病人。随着手术经验的积累, 也有选择发病在 24 h 之内的急性胆囊炎、胆囊结石的病人。不仅术前选择病例很重要, 而且手术之中把握适应证是减少手术并发症的关键。在必要时果敢中转常规腹腔镜手术。本组就有 3 例由于胆囊三角区脂肪堆积和肝左叶肥厚导致暴露不佳中转传统 LC 手术。所以, 如术中发现有腹腔广泛粘连、紧密呈胼胝状、胆囊三角区脂肪堆积、肝左叶异常肥厚、术中出现渗血较多、面积较大等导致显露困难、解剖关系不清时要及时中转传统 LC 术。单孔腹腔镜手术由于放置引流难以达到引流目的, 所以手术一般不能置腹腔引流, 因此术中要注意对操作区域的冲洗和吸净, 避免术后感染, 确需放置引流, 也最好中转传统 LC 术。本组就有 1 例术后胆囊窝积液, 考虑是由于术中渗液未吸尽所致。

综上所述, 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术如果严格把握手术适应证, 由经验丰富的腹腔镜医师开展, 应该是安全可行的, 且具微创、美观等优点。相信随着技术的发展和器械的改进, 将会更广泛地在临床工作中开展运用。

参考文献

[1] 张忠涛, 郭伟. 单孔腹腔镜技术发展带给我们的思考[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(1): 29-31

[2] 张忠涛, 周晓娜. 经自然孔道内镜外科技术发展现状与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(1): 35-37

[3] 周群, 王克成, 高建宏. 腹腔镜胆囊切除术及其并发症防治[M]. 西安: 陕西人民出版社, 2008. 148-150

[4] Cuesta MA, Berends F, Veenhof AA. The "invisible cholecystectomy": a transumbilical laparoscopic operation without a scar[J]. Surg Endosc, 2008, 22(5): 1 211-1 213

[5] Santos BF, Enter D, Soper NJ, et al. Single-incision laparoscopic surgery (SILS™) versus standard laparoscopic surgery: a comparison of performance using a surgical simulator [J]. Surg Endosc, 2011, 25(2): 483-490

(收稿日期: 2012-02-24)

中西医结合治疗重症急性胰腺炎 30 例体会

徐亦熊 柯子君

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:急性胰腺炎;中药内服;中药灌肠;中西医结合疗法

中图分类号:R 657.51

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.059

重症急性胰腺炎属于临床常见急腹症之一,主要是胰酶激活引起的胰腺自身消化、出血、坏死等炎症反应^[1]。该病起病急、病情发展快、病理变化复杂,发病早期即有可能引起全身炎症反应综合征(SIRS)、多脏器功能不全(MODS)等严重后果,其致死率可高达 20%~30%^[2]。我院 2010 年 7 月~2012

年 4 月期间,采用中西医结合方法治疗急性胰腺炎患者 30 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2010 年 7 月~2012 年 4 月收治的重症急性胰腺炎患者 60 例,其中男 34 例,女 26 例,年龄 23~71 岁,临床症状主要有上腹部剧痛、

甲亢症状 6 例(40.0%)。体征:15 例患者甲状腺均有不同程度肿大,且伴触痛、质中等或较硬、表面光滑或有结节感;2 例伴颈部淋巴结肿大。辅助检查:所有患者均经血清 T₃、T₄ 检查和 ¹³¹I 摄取率以及同位素扫描等检查后确诊。临床转归:给予消炎痛或强的松治疗后临床全部痊愈。

1.2 误诊情况 同期诊治亚急性甲状腺炎患者 25 例,15 例被误诊,误诊率为 60%;其中 6 例误诊为上呼吸道感染,4 例误诊为甲亢,2 例误诊为桥本甲状腺炎,1 例误诊为恶性肿瘤,1 例误诊为淋巴结炎,1 例误诊为咽炎。

2 讨论

亚急性甲状腺炎是临床少见的一种疾病,早期特征多不典型。起病前 1~3 周多有病毒感染史,最常误诊为上呼吸道感染,从而采取抗病毒、抗细菌治疗;也可误诊为甲亢、桥本甲状腺炎、淋巴结炎、咽炎以及恶性肿瘤等其他疾病,从而延误治疗。

本病典型病例诊断不难,诊断依据有:(1)起病急,有明显的上呼吸道感染或继之出现的甲状腺肿痛是本病的典型临床特征,部分病例可伴有发热,典型的多见于 40~50 岁的女性。(2)急性期血沉增快,早期阶段 ESR>50 mm/h。(3)核医学检测:血清 T₃、T₄ 增高;甲状腺 ¹³¹I 摄取降低具有特征性的分离现象:甲状腺 ¹³¹I 摄取率明显降低,各项均呈现低值;甲状腺核素显像早期提示功能降低,甲状腺核素检查与甲状腺 ¹³¹I 检查之间有较好的平行关系。甲状腺核素显像不仅能反映甲状腺功能,而且可判断甲状腺受累的程度和范围,有助于临床诊断^[3]。(4)糖皮质激素或非甾体类消炎药治疗有效。(5)必要时行甲状腺穿刺,取得病理学依据。

常见误诊原因分析:(1)对亚急性甲状腺炎认

识不足:因本病临床不多见,大多数年青医师从未诊治过,加之部分病例早期症状多不典型,如以发热、咽痛或颈痛发病,未行 T₃、T₄、TSH 及甲状腺摄取 ¹³¹I 检查和同位素扫描检查或没有条件检查,以致被误诊为上感、咽炎或淋巴结炎。(2)未进行全面体格检查和详细询问病史:往往只根据患者的主观症状或局部体征下结论,只看到某一部位的病症,如发病前受凉、出现发热、咽痛即认为上呼吸道感染或咽炎,出现心悸、多汗即认为是甲亢,未进一步询问发病及治疗情况,从而造成误诊。(3)疗效不佳,未考虑诊断是否有误:疗效常能验证临床诊断的正确与否,当拟诊的疾病给予相应的治疗后疗效不佳时,应考虑到诊断是否有误。(4)辅助检查不完善:部分患者甲状腺检查无特异性,有 T₃、T₄ 升高,即认为是甲亢;T₃、T₄ 正常,B 超示为腺瘤即考虑甲状腺瘤,过分相信辅助检查,未进一步行甲状腺核素扫描等检查。(5)对于老年人或儿童亚急性甲状腺炎,临床表现多无特异性,更容易被误诊或漏诊,需要医生有一定的临床经验^[4-5]。

综上所述,患者就诊时应仔细询问病史,全面体格检查,综合实验室检查,必要时甲状腺细针穿刺或甲状腺活检,综合分析提高早期亚急性甲状腺炎的确诊率,减少误诊率,尽早解除患者病痛。

参考文献

- [1]杨维良,张东伟.亚急性甲状腺炎的诊断与治疗[J].医师进修杂志,2005,28(6):2-4
- [2]陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 167-1 169
- [3]谢昌辉,马志海,朱琳,等.亚急性甲状腺炎的核医学分型诊断研究[J].中国实用医刊,2009,36(13):16-20
- [4]郝孝君,李凤岐,张奇亮,等.老年人亚急性甲状腺炎 53 例临床分析[J].中华核医学杂志,2002,22(2):113
- [5]毕亚,纪连福,钱叶普,等.小儿亚急性甲状腺炎 12 例误诊分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(1):56

(收稿日期:2012-02-24)