

易被误诊的甲状腺功能减退症

▲ 中国中医科学院广安门医院内分泌科 倪青



倪青 教授

近期,《英国医学杂志》发表一篇妊娠期亚临床甲状腺功能减退症(甲减)的综述,该文章指出妊娠期临床甲减的治疗可为患者带来诸多益处,包括改善孕产妇和新生儿结局。

甲减是由多种原因引起的甲状腺素合成、分泌或生物效应不足所导致的临床综合征,包括代谢及各系统功能低下。本病是较常见的内分泌疾病,各个年龄均可发病,其中以女性多见,临床患病率男性为0.1%,女性为1.9%,目前亚临床甲减的患病率呈增高趋势,男性为2.7%,女性为7.1%。该病可发生于任何年龄,随着年龄的不同而分为三种:发生于新生儿或胎儿的称为呆小症;发生于儿童者,称幼年型甲减;起病于成年者称成年型甲减。病情严重时各型均可表现为黏液性水肿。

甲减的8种表现易被误诊

贫血

有25%~30%的甲减患者表现贫血。多见于女性,常伴月经量多、经期长,导致失血过多,同时食欲减低、营

养不足和胃酸缺乏更加重了贫血。甲减贫血中有5%~10%的患者因叶酸缺乏表现大细胞贫血。

慢性肾炎

甲减患者因水钠潴留表现为皮肤苍白、水肿、贫血、高血压和血胆固醇升高,有些患者还伴有尿蛋白阳性,常为甲减所致肾损害、肾炎慢性肾功能不全的患者,常常会表现甲

状腺激素测定异常,主要是血清 T_3 下降,这是机体降低代谢率的保护性反应。甲减患者除水肿外还常伴有怕冷、食欲低下、皮肤粗糙、心率慢、便秘等代谢低下的表现。

肾病综合征

常表现为水肿、高血压、发冷、发热、腰酸、尿血等,有的人会出现恶心、呕吐。

肥胖症

女性肥胖患者,常在月经前后表现出水肿明显加重。

特发性水肿

甲减患者的纤维母细胞分泌透明质酸和黏多糖,具有亲水性,阻塞淋巴管,引起黏液性水

肿,多数表现为非可凹性水肿,患者常因症状不特异,长期查不出原因,被误诊为特发性水肿。

浆膜腔积液

甲减发生浆膜腔积液的原因是由于淋巴回流缓慢、毛细血管通透性增加、浆膜腔黏蛋白和黏多糖亲水性、TSH刺激浆膜腔中腺苷酸环化酶活性,从而使

玻璃酸酶分泌增多,引起腹水、心包积液、胸腔积液和关节腔积液。甲减发生浆膜腔积液常被误诊为结核、恶性肿瘤、尿毒症、心包炎和结缔组织病等。

抑郁症

甲减患者发生在老年人中较多,老年患者症状并非特异,病程进展缓慢,不易被发现,

怕冷、迟钝、食欲不振、情绪低落、睡眠障碍和抑郁等症状,被诊断为老年性抑郁症。

垂体瘤

长期甲减患者,尤其是儿童患者,原发性甲减因长期血 T_4 下降,垂体TSH细胞增生肥大,致蝶鞍增大,一些

女性患者由于月经紊乱和泌乳,实验室检查发现催乳素轻度升高,被误诊为垂体催乳素分泌瘤。

妊娠甲减注意事项

妊娠期甲状腺功能指标参考值范围变化

妊娠期间因母/胎对甲状腺素(TH)需求量增加,可致甲状腺功能减退加重。临床甲减患者一般生育能力降低。妊娠期母体甲减与妊娠高血压、胎盘剥离、自发性流产、胎儿窘迫、早产以及低出生体重儿的发生有关。妊娠早期胎儿脑发育所需的甲状腺激素完全依赖母体提供。母体临床甲减与后代的神经精神发育障碍有关。甲状腺激素减少,可造成胎儿发育期大脑皮质中主管语言、听觉和智力的部分不能得到完全分化和发育。妊娠期母体亚临床甲

减或孤立的低 T_4 血症的后代智力和运动能力有可能受到轻度的损害。

由于妊娠的生理变化,妊娠期甲状腺功能指标的参考值范围发生变化,需要采用妊娠期特异性的参考值范围。目前推荐TSH 2.5 mIU/L作为妊娠早期保守的上限,超过这个上限可考虑诊断为妊娠甲减。妊娠期间血清总甲状腺素(TT_4)浓度增加,约为非妊娠时正常值的1.5倍。如妊娠期间TSH正常(0.3~2.5 mIU/L),仅 TT_4 低于100 nmol/L,可诊断为低 T_4 血症。

妊娠期甲减的治疗

一旦确诊甲减,应及时、足量补充外源性甲状腺素(左旋甲状腺素, LT_4)。治疗启动的时间越早越好,最好妊娠开始即达到血清TSH < 2.5 mIU/L的标准;血清 FT_4 保持在非妊娠成人正常范围的上1/3水平;血清 TT_4 维持在非妊娠成人正常值的1.5倍。以保证胎儿第一个脑快速发育期,即妊娠4~6个月内甲状腺激素有足量供应。通常妊娠期 LT_4 剂量较非妊娠增加30%~50%。增加剂量的多少取决于TSH增高的程度和母体甲减的原因。自身免疫性甲状腺病(AITD)需增加35%~40%的剂量;甲状腺手术和 ^{131}I 治疗后的甲减需增加70%~75%的剂量。妊娠甲减经过适当的甲状腺素替代治疗,儿童智力发育不会受影响。

妊娠前已明确的甲减患者,最好在怀孕前调整优化 LT_4 的用量,使TSH控制

在2.5 mIU/L以下。妊娠前患AITD但甲功正常女性,都是亚甲减和甲减的易发个体,应在孕产查TSH, TSH低于2.5 mIU/L后,再考虑怀孕。

普通妊娠女性中,高于TSH正常范围(不是妊娠特异的正常值)上限者占1%~2%。对于该群体,适宜的治疗是给予 LT_4 ,使TSH控制在妊娠特异的正常范围。在孕产3个月TSH高于妊娠特异正常范围上限时,立即启动 LT_4 治疗。妊娠期,如果 LT_4 剂量稳定,建议每6~8周测定1次TSH。如调整 LT_4 剂量,每4~6周测定TSH。分娩后,甲状腺素用量可缓慢减少到怀孕前水平,减量时也需对TSH进行监测。需要注意,有时甲状腺素需要量的增加可能是因为同时服用了甲状腺素吸收抑制剂如营养品中的铁、钙,服用这些营养品时需与 LT_4 相隔至少2~3h。

甲减预防

定期筛查:建议老年人或>35岁的人群中每5年筛查1次,以便发现临床甲减患者;特别是孕妇,不孕症和排卵功能异常者;以及有甲状腺疾病家族史或个人史,症状或体检提示甲状腺结节或甲减,1型糖尿病或自身免疫功能紊乱和希望妊娠的女性,更需筛查,对于TSH轻度升高的有心血管疾病的老年人;那些TSH ≤ 10.0 mIU/L的患者;抗甲状腺自身抗体(TPO-A)阴性者,应密切随访,一般不需药物替代治疗,建议绝大多数甲减患者采用 LT_4 替代治疗,特别是那些TPO-A阳性者。

甲减病因预防:

- 1 呆小症的病因预防** 地方性呆小症,胚胎时期孕妇缺碘是发病的关键,散发性呆小症,多由孕妇患某些自身免疫性甲状腺疾病引起,明确病因进行预防,母体妊娠期服用抗甲状腺药物尽量避免剂量过大,加用小剂量甲状腺粉制剂,并避免其他致甲状腺肿的药物。
- 2 成人甲减预防** 及时治疗易引起甲减的甲状腺疾病,防止手术治疗甲状腺疾病或放射性 ^{131}I 治疗甲充引起的甲减。
- 3 积极防止甲减病情恶化** 早期诊断,早期及时有效的治疗,是防止甲减病情恶化的关键,早期采用中医药治疗可有效的预防并发症的发生,注意生活调理避免加重病情因素的刺激。
- 4 防止甲减愈后复发** 甲减病愈后机体尚处于调理阴阳,以“平”为期的阶段,此时的饮食、精神、药膳、锻炼、药物等综合调理,增强体质提高御病能力,是病后防止复发的重要措施。