

甲状腺功能减退性晕厥 1 例报道

李冰¹⁾, 李黔云¹⁾, 沈凌²⁾

(1) 云南省中医院老年病科, 云南 昆明 650021; 2) 昆明医科大学公共卫生学院, 云南 昆明 650031)

[关键词] 甲状腺功能减退性晕厥; 病例; 报道

[中图分类号] R581.2 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 11-0122-03

晕厥是一过性全脑低灌注引起的短暂性意识丧失, 特点为快速起始、持续时间短和自发完全恢复^[1]. 晕厥可由各种心血管和非心血管原因所引起, 约 1/3 病例可重复发生. 晕厥最共同的病理生理学基础是继发于心排血量减少引起的急性脑血流减少(脑缺氧的原因), 心律失常, 包括传导异常则为最常见的原因^[2]. 发现导致心排血量减少的原发疾病则是临床治疗的关键. 笔者随访 1 例多次晕厥的老年患者 7 a 诊疗经过, 现报道如下.

1 临床资料

患者男, 77 岁, 反复头晕 20 余 a, 自 1992 年起多次晕厥致右胸 5~7 肋骨骨折, 胸 5、8 压缩性骨折, 左侧头皮裂伤, 晕厥当时无大小便失禁及四肢抽搐, 曾住多家医院检查及治疗, 晕厥仍时有发生, 于 2006 年 2 月 4 日入云南省中医院, 当时患者同时合并高血压 3 级、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病、冠心病, 伴有乏力、

皮肤干燥、心悸、胸闷症状, 入院时查体: BP 120/70 mmHg, 神清, 双肺呼吸音低, HR 54 次/min, 律不齐, 早搏 8~10/min, 腹软, 无压痛, 双下肢不肿, 全身皮肤干燥脱屑, 生理反射存在, 病理反射未引出. 颅脑 MRI 检查: 双侧基底节区、双额顶叶间质区多发腔梗, 双侧脑室脱髓鞘改变, 脑萎缩, 脑动脉硬化, 脑垂体未发现异常. 心脏彩超: EF 71%, 升主动脉、主动脉 (37 mm) 内径增宽, 二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣少量返流, 左心室舒张功能降低, 左心房稍大 (35 mm) 于正常; 心脏彩超在随访过程中无明显变化. 甲状腺 B 超: 左甲状腺内实质性低回声, 考虑腺瘤 (0.6 cm × 0.7 cm). 甲状腺核扫描: 甲状腺显示不清, 摄碘功能明显低于正常. 肝肾功、血脂、血常规正常, 甲状腺功能符合甲减改变, 给左甲状腺素片 25 μg, 1 次/d, 每 2 周加量 25 μg, 逐渐加量至 75 μg, 1 次/d, 随访 7 a, 至 2013 年患者虽然年龄已到 84 岁, 但未再发生晕厥, 亦无冠心病心绞痛发生, 患者甲功变化见表 1~3, 图 1~3.

表 1 甲状腺功能动态观察

甲状腺功能测定	2006.2.6	2008.11.2	2010.7.9	2012.12.2	单位	正常值
抗甲状腺微粒体抗体 (TG)	14.23	15.72	13.22	15.54	IU/mL	< 115
抗甲状腺球蛋白抗体 (TPO)	11.20	12.40	17.10	9.90	IU/mL	< 34
促甲状腺素 (TSH)	4.98 ↑	0.20 ↓	2.29	1.29	uIU/mL	0.27~4.2
甲状腺素 (T4) 101	5.651 ↓	11.41	13.17	13.295	nmol/L	6.6~18.1
游离甲状腺素 (FT4)	18.45	21.45	17.69	22.00	pmol/L	12~22
三碘甲状腺原氨酸 (T3)	0.976 ↓	1.47	2.81	1.43	nmol/L	1.3~3.1
游离三碘甲状腺原氨酸 (FT3)	3.01 ↓	4.42	5.53	4.66	pmol/L	3.1~6.8

[作者简介] 李冰 (1974~), 女, 云南华宁县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事老年病中西医结合治疗和研究工作.

[通讯作者] 沈凌. E-mail:shenlingkm@163.com

表 2 24 h 动态心电图观察

动态心电图	2006.2.6	2006.3.4	2007.11.2	2008.7.11	2010.5.1	2012.12.4
# RRS > 2 s	0	0	0	0	0	0
Longest RR	1.97 s (09:06)	1.64 s (04:52)	1.78 s (05:46)	1.96 s (10:42)	1.76 s (21:15)	1.60 s (22:37)
最快心率 (次 /min)	158 (13:18)	167 (18:46)	174 (08:21)	109 (22:05)	110 (06:35)	105 (12:41)
最慢心率 (次 /min)	36 (06:59)	43 (03:37)	38 (06:01)	42 (01:09)	40 (03:46)	51 (21:41)
平均心率 (次 /min)	68	67	66	56	56	66
房性早搏 (次 /24 h)	16191	7584	2281	8937	3952	3906
室性早搏 (次 /24 h)	0	8	43	65	26	22
I 度房室传导阻滞	+	+	+	+	+	+
SDNN	增高	增高	增高	正常	增高	增高
SDANN	增高	增高	增高	降低	正常	正常
RMSSD	增高	增高	增高	增高	增高	增高

表 3 心肌酶观察

心肌三项	2006.2.6	2008.11.2	2010.7.11	2012.12.2	单位	正常值
肌钙蛋白 -T	< 0.010	< 0.010	< 0.010	< 0.010	ng/mL	0 ~ 0.1
肌酸激酶同工酶 MB	3.0	3.5	3.1	3.09	ng/mL	0 ~ 4.49
肌红蛋白	35..21	36.51	27.89	43.95	ng/mL	28 ~ 72



图 1 甲状腺功能动态观察

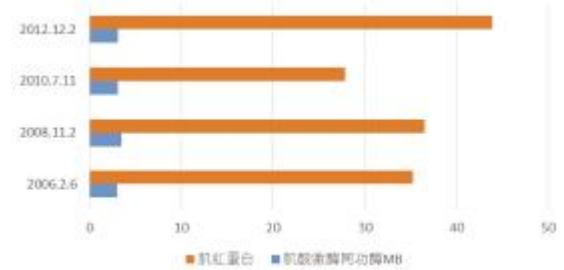


图 3 心肌酶观察

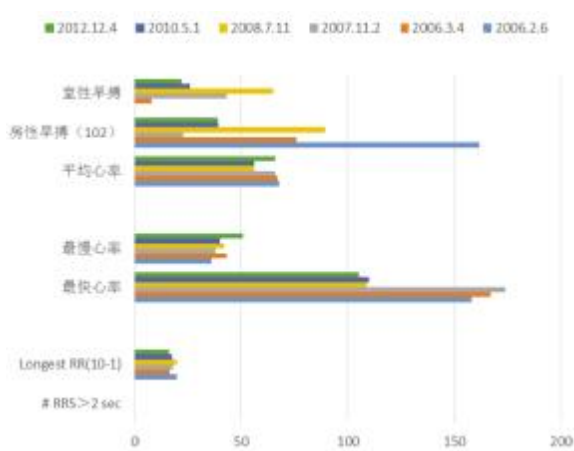


图 2 动态心电图观察

2 讨论

张新超等^[9]分析老年人晕厥发生的原因有：心源性晕厥，脑源性晕厥，反射性晕厥，其他代谢原因如低血糖、贫血引起的晕厥。心源性为主 (51.9%)，脑源性次之 (29.2%)。而陈健^[4]对 322 例晕厥患者的病因分析也有相似之处，在心源性晕厥患者中老年人占了较大比例，占 68.68% (57/83)，心源性晕厥中又以各种心律失常相关性晕厥和心血管性晕厥肺栓塞列前 2 位，分别占 81.93% (68/83) 和 8.44% (7/83)。目前检索国内病例报道，无类似病例，因此以本文讨论引起医生对老年患者甲减的重视。本例患者仅有轻度甲功异常及乏力、皮肤干燥符合甲减诊断，无心包积液、血脂异常，因患者合并冠心病、高心病，在临床上易忽略甲减情况，患者在使用甲状腺素的过程

中, 甲状腺功能逐步恢复正常, 观察动态心电图, 发现服用甲状腺素后明显改善窦房传导功能, 减少房性心律失常, 使最快心率降低, 改善心脏供血, 患者由此不再发生晕厥. 提示在临床上, 患者心率慢, 频发房性心律失常, 纠正患者心肌缺血, 但患者心律失常改变不明显, 应考虑排除患者甲状腺功能低下, 窦房结、窦房传导功能异常所导致的心律失常. 但是, 甲状腺素使用不当, 易加重冠心病心肌缺血, 造成心绞痛发作增加, 甚至心肌梗塞发作, 鉴于老年患者整体代谢偏低, 甲功控制水平亦有别于正常人, 患者多年来补充甲状腺素, 使甲功处于正常偏低情况, 心脏彩超未发现明显心包积液, 生活质量明显改善.

老年甲减起病隐匿, 进展缓慢, 有时发展到晚期, 临床表现也不明显, 常见疲劳、迟钝、记忆力减退、食欲减退、厌食、腹胀、便秘、抑郁、皮肤干燥等, 易被认为由于衰老所引起, 心血管系统的改变又酷似心肌病、冠心病或高心病, 故极易漏诊和误诊. 老年患者心电图呈窦性心动过缓, 低电压, T波低平或倒置, P-R间期或QRS时限有时延长, 有时有房室传导阻滞, 应行甲状腺功能检查, 排除甲减. 甲减时心肌对肾上腺素和去甲肾上腺素的敏感性下降, 加之组织耗氧量减少及代谢率降低, 心动过缓多见, 其次为房室传导阻滞. 不同研究还发现: 甲状腺功能减退时可升高血浆脂蛋白a (Lpa)、同型半胱氨酸、C反应蛋白水平. 使血管舒张物质NO水平下降, 导致内皮功能紊乱, 使血浆纤维蛋白原、凝血因子VII、纤溶酶原激活物抑制剂-1升高, ATIII减低, 导致高凝和低纤溶状态, 参与冠状动脉粥样硬化的发生、发展^[9].

甲状腺素替代治疗的目的是纠正甲状腺功能减退, 改善心肌代谢障碍, 使心脏病变得以恢复, 临床症状能明显改善, 心脏病进步尤为显著. 未能及时进行诊断和治疗者, 可以多年病残, 最后可死于甲减性昏迷、感染或心脏并发症. 老年患者中有严重心绞痛而甲减又未纠正, 是治疗上的难题. 因为用甲状腺素替代疗法可加重心绞痛, 而治疗心绞痛常用的 β -受体阻滞药又可引起严重的窦性心

动过缓. 这些老年患者接受手术治疗风险大, 加上经济原因, 使用经皮冠状动脉腔内成形术 (percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA) 或在小剂量甲状腺素治疗下做冠状动脉搭桥术, 术后使用足量的甲状腺素替代治疗可能性小, 故而, 给予甲状腺素替代治疗应注意个体化, 坚持从小剂量开始, 缓慢逐渐增加剂量的原则. 老年甲减患者由于脂质代谢紊乱, 常有高脂血症, 易发生动脉粥样硬化, 尤其是冠状动脉粥样硬化, 可并发冠心病. 又由于机体代谢率低, 心肌对氧的需求量减少, 心绞痛与心力衰竭少见. 如果开始治疗时甲状腺激素剂量过大, 可诱发心绞痛和心力衰竭. 因此, 治疗甲减开始剂量宜小, 特别对甲减病情重、年老及伴有心血管疾病者, 左旋甲状腺素片应从12.5~25.0 $\mu\text{g}/\text{d}$ 开始, 以后每隔1~2周逐渐增加剂量, 或者1~2个月甚至更长时间. 左旋甲状腺素片以50~200 $\mu\text{g}/\text{d}$ 为宜. 加药期间注意有无心绞痛等心脏方面不良反应, 有些病人药量过多可产生亚临床甲亢, 故应定期检查甲状腺功能, 老年患者使甲功维持在正常稍偏低范围. 一般服药后1周左右开始利尿, 体质量减轻, 甲减其他症状明显改善. 甲状腺功能恢复正常则大约需1.5~2.0个月.

[参考文献]

- [1] 程中伟, 方全. 晕厥诊断和处理指南的解读[J]. 临床药物治疗杂志, 2012, 10(2):46-50.
- [2] MARK H. BEERS M D, ROBERT BERKOW M D. 默克诊疗手册[M]. 第17版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1951-1955.
- [3] 张新超, 王珺, 冷斌, 等. 老年人晕厥的临床特征分析[J]. 中国急救医学, 2007, 27(11):961-963.
- [4] 陈健. 晕厥322例的病因分析[J]. 现代实用医学, 2013, 25(6):692-694.
- [5] 周健, 常志文, 潘素芳. 亚临床甲状腺功能减退症与冠心病的相关性研究[J]. 临床心血管病杂志, 2006, 22(6):323-325.

(2013-09-01 收稿)