

1 例甲状腺全切术后停用“优甲乐”后甲减危象前期的病人

谢铃莉

迪庆藏族自治州人民医院 云南 迪庆州香格里拉市

674400

前言

进行甲状腺全切手术后，病人需持续接受外源性甲状腺激素（诸如优甲乐等）的补给，以保障其机体代谢功能的正常运作不受影响^[1]。若病人未经医嘱擅自停止治疗，可能会因甲状腺功能减退（甲减）病情加剧，进而诱发黏液性水肿及多系统机能失调，最终可能恶化至甲减危象（即黏液水肿昏迷），严重危及病人生命安全^[2]。本研究报告了 1 例甲状腺全切术后病人私自中断优甲乐使用，随后步入甲减危象前期的临床实例，旨在强调术后严格遵守治疗规程及加强监测工作的必要性。具体情况概述如下。

一、病史摘要

患者鲁某某，男性，69 岁，主诉：颜面水肿 2 月余，加重 20 余天。现病史：患者 1 月初时无明显诱因出现颜面及双手掌水肿，无明显消退方式，局部皮肤无红肿，瘙痒不适，患者无特殊不适，未作重视，未诊治。20 天前开始出现不思饮食、乏力、易打瞌睡，双下肢无力，遂到当地“藏医”处就诊，诊断不详，予以“藏药”口服治疗 10 天，后症状无明显缓解。10 余天前患者外出旅行，上述症状逐渐加重，伴腰痛、行走不稳、头晕、眼花，为系统诊治今日到我院急诊就诊，以“水肿待查，电解质代谢紊乱？”收住院。起病以来，患者精神、饮食稍差，大小便比平时次数少，近期体重增加 1kg。既往史：否认肝炎史，否认疟疾史，否认结核史，否认高血压史，否认冠心病史，否认糖尿病史，否认脑血管病史，否认精神病史，有手术史：2024 年 2 月在“昆医附二院”行“甲状腺切除术”（具体不详），术后予以口服“优甲乐 1.5 片”，服药 4 月后患者未复查，自行停药。否认外伤史，否认输血史，否认食物及药物过敏史，预防接种史不详。体格检查：T36.4℃，P70 次/分，R20 次/分，Bp113/73mmHg，体重 65.00kg。发育正常，营养中等，自主体位，神志清晰，表情自然，查体合作。颜面水肿，眼睑水肿；浅表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆。双侧扁桃体无肿大。咽无异常，声音正常，颈部可见陈旧性手术瘢痕，颈部无抵抗，颈动脉搏动正常，颈静脉无怒张，气管居中，甲状腺未触及肿大。生理反射存在，病理反射未引出。双手掌手背水肿，双下肢无水肿。专科检查：P70 次/分，Bp113/73mmHg，颜面水

肿，眼睑水肿，颈部可见陈旧性手术痕，心尖搏动正常，无心包摩擦感，震颤未触及，心率：70 次/分，心律规整，未闻及明显额外心音。上腹部压痛，双手掌手背水肿，双下肢无水肿。辅助检查：急诊检验：2025-03-13 血同型半胱氨酸 22.13umol/L ↑。2025-03-13 心肌酶：肌红蛋白 133.9ng/ml ↑，肌酸激酶-MB 同工酶 13.64ng/ml ↑。尿常规，凝血五项、血常规基本正常。初步诊断：1.黏液性水肿（颜面、双手掌）原因待查；2.急性胃炎；3.手术后甲状腺功能减退待排；4.高同型半胱氨酸血症（中度）；5.甲状腺术后；6.心肌酶谱异常。

二、检查计划

完善各项必要检查，以明确病人病情。

三、临床检查诊断

2025-03-13 给予甲状腺及颈部淋巴结超声检查，检查提示：1.甲状腺术后改变；2.双侧颈部未见明显异常肿大淋巴结。给予颈动脉超声检查，检查提示：双侧颈动脉内中膜增厚并多发强回声斑形成（狭窄率<50%）。2025-03-14 给予心脏彩超，检查提示：1.二尖瓣、三尖瓣轻度反流；2.左心室舒张功能减低。给予甲状腺功能检查，甲状腺素 8.76nmol/L ↓，促甲状腺素 >100.0mIU/L ↑，甲状腺球蛋白 0.57ng/ml ↓。

四、检查结果

1.甲状腺功能减退危象前期（继发于甲状腺全切术后药物中断）。

五、讨论

在甲减危象前期的临床阶段中，本案例患者呈现出了典型的相应症状群，具体包括：病情演变特征，体现为患者的体力明显衰退并伴有嗜睡倾向，且患者的血压及心率均降低；其次，黏液性水肿的体征显现，以面部及双手的非凹陷性水肿为特点，此由甲状腺激素匮乏导致的黏多糖在体内组织异常沉积造成；再者，甲减状态下，Na⁺/K⁺-ATP 酶活性降低，进而导致肌细胞膜通透性增大。此通透性变化促使肌酸激酶等细胞内酶释放至细胞外，表现为肌酶水平上升。与此同时，黏液蛋白在肌纤维中的沉积加速了肌纤维的变性过程。这一系列病理改变强烈提示损伤源自骨骼肌而非心肌；最后，神经系统功能表现出异常，患者可能出现步态摇晃、反应迟缓等症状，这揭示了脑细胞能量代谢过程受到了不良影响。甲减危象前期的发病机理，本例患者归因于甲状腺全切手术后未能维持甲状腺激素（优甲乐）的规律性补充，这一缺失直接造成体内甲状腺激素水平的急剧滑落，随之触发负反馈调节机制，导致促甲状腺激素的浓度大幅度升高^[3]。甲减危象前期的治疗方针包括：①紧急干预措施。紧急情况下，应迅速给予甲状腺激素补充，这可以通过两条途径实现：一是采用静脉注射左甲状腺素的方式，起始剂量设定在 200 至 500μg 之间，之后每日以 50 至 100μg 维持剂量进行；另

一选择是口服优甲乐，起始时应给予小剂量，旨在避免可能引发的心肌缺血状况恶化。②辅助性治疗措施。针对甲减患者常见的稀释性低钠血症问题，需采取相应的纠正措施；同时，为确保患者的基本营养需求得以充分满足，营养支持治疗也显得尤为重要。③并发症预防与控制。考虑到甲减可能引发心肌受损及心律失常的风险，心肌保护成为关键，因此需对患者实施心电监护，并持续跟踪心肌酶浓度的变化以及心电图的动态演变。④患者教育。需向患者重点阐述擅自中断治疗的潜在风险，同时强调定期复查的重要性。此外，还应指导患者学会辨识甲减危象的早期预警信号，诸如意识水平的波动以及显著的体温下降等症状^[4]。本例患者经过治疗后，2025-03-17 进行静脉血清免疫检查，孕酮 0.92nmol/L ↑，葡萄糖检查 4.26mmol/L 正常，肌酸激酶纠正至 861u/L ↑。

六、参考文献

- [1] 李霞,黎秋平,黎娇.优甲乐在妊娠期亚临床甲减患者中的应用效果[J].实用临床医学,2024,25(1):46-49.
- [2] 赵琪.甲状腺功能检测联合 TG-Ab、TPO-Ab 水平检查对亚临床甲减患者的诊断效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(8):97-100.
- [3] 郑淑君,句卫玲,高丽红,等.分层评价指导治疗对改善亚急性甲状腺炎复发率和甲减发生率的临床研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2024,27(2):122-127.
- [4] 吴飞鹏,高勇强,洪丽菊,等.分化型甲状腺癌碘治疗前停药后短期甲减状态下甲状腺功能与肾功能的相关性[J].昆明医科大学学报,2022,43(1):77-83.