

·病例报告·

 ^{131}I 治疗甲亢合并特发性血小板减少性紫癜一例

杨宝军

【关键词】 甲状腺功能亢进症; 紫癜, 血小板减少性, 特发性; 近距离放射疗法

1 患者资料

患者女性, 24岁, 全身散在瘀斑半月余, 伴双足背及双下肢疼痛, 加重4d。入院前半个月受凉, 伴乏力、头痛, 自认为“感冒”, 采用服感冒药、拔火罐等治疗手段后症状略好转。随后四肢及躯干部相继出现大小不等的出血点及瘀斑, 伴口腔血疱, 化验血小板: $55 \times 10^9/\text{L}$ ($125 \times 10^9 \sim 350 \times 10^9/\text{L}$), 未予重视。入院前4d无诱因出现双足背及双下肢疼痛, 行走活动时明显, 休息后能缓解, 局部使用止痛膏, 效果较差, 皮肤出血点明显较前增多, 入住血液科。

血细胞分析: WBC: $5.71 \times 10^9/\text{L}$ ($3.50 \times 10^9 \sim 9.50 \times 10^9/\text{L}$), 血红蛋白: 115 g/L ($130 \sim 175 \text{ g/L}$), 血小板计数: $2 \times 10^9/\text{L}$ ($125 \times 10^9 \sim 350 \times 10^9/\text{L}$)。血沉: 14.3 mm/h ($0 \sim 15 \text{ mm/h}$)。C反应蛋白: (-)。抗链球菌溶血素O: 110 IU/ml ($0 \sim 100 \text{ IU/ml}$)。甲状腺功能指标: T_3 : 3.35 ng/ml ($0.78 \sim 2.20 \text{ ng/ml}$); T_4 : 236.88 ng/ml ($42 \sim 135 \text{ ng/ml}$); TSH: $0.01 \mu\text{IU/ml}$ ($0.25 \sim 4.00 \mu\text{IU/ml}$); 甲状腺过氧化物酶抗体: 2017.12 IU/ml ($0 \sim 35 \text{ IU/ml}$); 促甲状腺素受体抗体: 23.44 U/L ($0 \sim 5.0 \text{ U/L}$); FT_3 : 13.56 pmol/L ($3.1 \sim 6.5 \text{ pmol/L}$); FT_4 : 56.37 pmol/L ($9.0 \sim 23.2 \text{ pmol/L}$); 甲状腺球蛋白: 30.52 ng/ml ($11.45 \sim 20.25 \text{ ng/ml}$)。肝脏功能: 总胆红素: $27.2 \mu\text{mol/L}$ ($5.0 \sim 21.0 \mu\text{mol/L}$); 直接胆红素: $6.4 \mu\text{mol/L}$ ($0 \sim 5 \mu\text{mol/L}$); 间接胆红素: $20.8 \mu\text{mol/L}$ ($1.7 \sim 16.0 \mu\text{mol/L}$); 谷丙转氨酶: 20.6 U/L ($9 \sim 50 \text{ U/L}$), 谷草转氨酶: 17.5 U/L ($15 \sim 40 \text{ U/L}$); 谷氨酰转肽酶: 20.1 U/L ($10 \sim 60 \text{ U/L}$); 乳酸脱氢酶: 279.6 U/L ($135 \sim 225 \text{ U/L}$)。肾脏功能、电解质水平: 正常。血糖: 8.09 mmol/L ($3.9 \sim 6.2 \text{ mmol/L}$)。便常规及潜血: (-)。尿常规: 葡萄糖: $2(+)$, 其余指标均正常。

影像学检查: 甲状腺彩超示甲状腺弥漫性增大, 血流丰富; 甲状腺显像示甲状腺体积明显增大, 高度浓聚显像剂, 符合甲状腺功能亢进症(简称甲亢)表现。

骨髓细胞学检查: 骨髓增生极度活跃, G:E=1.46:1, 粒系比例正常, 成熟受阻, 红系比例增高, 以中晚幼红细胞为主, 成熟红细胞大小不一, 淋巴细胞比例正常, 全片共见巨核细胞465个, 分类25个, 其中, 幼稚巨核细胞4个, 成熟无血小板形成巨核细胞21个, 血小板少见。

家族史: 患者母亲有甲亢病史, 经 ^{131}I 治疗后维持甲状腺功能减退症(简称甲减)状态。

诊断: 甲亢(Graves病)、特发性血小板减少性紫癜(idiopathic thrombocytopenic purpural, ITP)。

2 治疗方法

患者经内科治疗后, 血小板计数未见明显改善($9 \times 10^9/\text{L}$)。经核医学科会诊后, 拟行 ^{131}I 治疗。经查文献, ^{131}I 治疗甲亢合并ITP的报道较少。内科医师不建议用抗甲状腺药物治疗, 外科手术危险性很高。

经查文献, 当甲亢合并ITP时, 应首先控制甲亢, 以减轻甲状腺激素对ITP的影响^[1-3]。首选肾上腺皮质激素来抑制抗体与血小板的结合, 减少血小板的破坏和单核巨噬细胞对血小板的吞噬作用。

患者在签署知情同意后, 于2014年8月行第一次 ^{131}I 治疗($3.7 \times 10^8 \text{ MBq}$) [给予剂量=甲状腺估重(80 g) \times 给予剂量($2.96 \times 10^8 \text{ MBq/g}$) \div 24h摄碘率(64.02%)], 患者无不适反应。1个月后复查, 甲亢症状较前减轻, 甲状腺较前明显缩小, 血小板计数明显上升($50 \times 10^9/\text{L}$)。3个月时, 患者甲状腺明显缩小, 全身出血点消失, 右脚背处疼痛症状未见明显改善, 右侧尤甚。甲状腺功能指标: T_3 : 1.37 ng/ml ; T_4 : 96.88 ng/ml ; TSH: $0.02 \mu\text{IU/ml}$ (\downarrow); 甲状腺过氧化物酶抗体: 2217.30 IU/ml (\uparrow); 促甲状腺素受体抗体: 159.65 U/L (\uparrow); FT_3 : 4.24 pmol/L ; FT_4 : 14.36 pmol/L ; 甲状腺球蛋白: 38.91 ng/ml (\uparrow)。

2014年11月上旬, 行第二次 ^{131}I 治疗($5.55 \times 10^8 \text{ MBq}$) (计算方法同前)。患者于2014年12月开始出现体重明显增加等症状。2015年3月复查甲状腺功能提示甲减。血小板计数: $165 \times 10^9/\text{L}$ 。甲亢虽已痊愈, 但患者自述右下肢疼痛较前明显。查体: 右侧胫前距踝关节10cm处软组织包块, 隆起状, 触之质韧, 颜色呈暗红色。考虑黏液性水肿。

^{131}I 治疗甲亢合并胫前黏液性水肿(pretibial myxedema)临床上少见^[4-5], 报道也较少, 该病起病较为隐匿, 容易误诊。其发病机制尚不完全清楚, 临床上也缺乏特效治疗方法, 因而水肿伴发的斑块或包块持续时间较长。针对此情况, 在纠正甲减的同时给予免疫抑制剂治疗(环磷酰胺: 50 mg/d , 1次/d, 连服8周)及局部激素注射治疗(地塞米松: 20 mg/d , 局部皮下多方向、多点、分层注射, 每周1次)。2个月后患者自述症状较前缓解, 肿块变平、变软, 颜色呈

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4114.2015.06.017

作者单位: 030600, 晋中市第一人民医院核医学科

通信作者: 杨宝军 (Email: yangbaojun777@126.com)

灰白色,但面积较前只是略微缩小(图1)。



2014年12月



2015年3月

图1 患者女性,24岁,黏液性水肿治疗前后对比。

3 讨论

经过¹³¹I治疗后,甲亢和ITP均已治愈。但胫前黏液性水肿属原发还是继发尚不确定,患者入院时自觉下肢疼痛,可能已经合并有黏液性水肿,因局部表现、症状等不明显,

查体时未能及时发现,可能当时严重的甲亢症状掩盖了病情。随着甲亢向甲减的演变,黏液蛋白聚集,加速了局部胫前黏液性水肿的进展。

总之,对于这种甲亢合并ITP的治疗,查体非常重要,详细的查体会给诊疗带来很大的帮助。经过对该病例的随访,丰富了临床工作经验,对以后¹³¹I治疗工作开展起到了积极的作用。

参 考 文 献

- [1] Schmohl J, Vogel W, Gallwitz B, et al. Thrombocytopenia in Graves' disease[J]. Dtsch Med Wochenschr, 2012, 137(20): 1056.
- [2] Azar M, Frates A, Rajput V. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) and hyperthyroidism: an unusual but critical association for clinicians[J]. J Hosp Med, 2008, 3(5): 431-433.
- [3] Ioachimescu AG, Makdissi A, Lichtin A, et al. Thyroid disease in patients with idiopathic thrombocytopenia: a cohort study[J]. Thyroid, 2007, 17(11): 1137-1142.
- [4] Yu H, Jiang X, Pan M, et al. Elephantiasic pretibial myxedema in a patient with graves disease that resolved after ¹³¹I treatment[J]. Clin Nucl Med, 2014, 39(8): 758-759.
- [5] Sendhil Kumaran M, Dutta P, Sakia U, et al. Long-term follow-up and epidemiological trends in patients with pretibial myxedema: an 11-year study from a tertiary care center in northern India[J]. Int J Dermatol, 2015, 54(8): e280-e286.

(收稿日期: 2015-05-06)

(上接第510页)

参 考 文 献

- [1] Travis WD, Colby TV, Corrin B, et al. Histological typing of lung and pleural tumours[M]. 3rd ed. Berlin: Springer, 1999: 29.
- [2] Travis WD, Muller-Hermelink HK, Harris CC, et al. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart[M]. Lyon: IARC Press, 2004: 73-77.
- [3] 王建卫, 吴宁, 林冬梅. 浅谈对肺不典型腺瘤样增生的认识[J]. 中华放射学杂志, 2008, 42(5): 558-560.
- [4] Yokose T, Doi M, Tanno K, et al. Atypical adenomatous hyperplasia of the lung in autopsy cases[J]. Lung Cancer, 2001, 33(2/3): 155-161.
- [5] Carey FA, Wallace WA, Fergusson RJ, et al. Alveolar atypical hyperplasia in association with primary pulmonary adenocarcinoma: a clinicopathological study of 10 cases[J]. Thorax, 1992, 47(12): 1041-1043.
- [6] Mori M, Tezuka F, Chiba R, et al. Atypical adenomatous hyperplasia and adenocarcinoma of the human lung: their heterology in form and analogy in immunohistochemical characteristics[J]. Cancer, 1996, 77(4): 665-674.
- [7] 宋艳, 李凌, 张询. 肺不典型腺瘤样增生——肺的癌前病变之一[J]. 中国肺癌杂志, 2003, 6(5): 399-401.
- [8] 徐艳, 周晓军, 黄文斌. 肺不典型腺瘤样增生和细支气管肺泡癌的鉴别诊断[J]. 临床与实验病理学杂志, 2008, 24(3): 362-365.
- [9] Takashima S, Maruyama Y, Hasegawa M, et al. CT findings and progression of small peripheral lung neoplasms having a replacement growth pattern[J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 180(3): 817-826.
- [10] 王建卫, 张宏图, 马霄虹, 等. 肺不典型腺瘤样增生的影像与病理对照分析[J]. 中华放射学杂志, 2007, 41(5): 483-486.
- [11] 柳学国, 易先平, 梁明柱, 等. 关于《肺不典型腺瘤样增生的影像与病理对照分析》一文中部分病例诊断结果的商榷[J]. 中华放射学杂志, 2008, 42(5): 557-558.
- [12] Nomori H, Ohtsuka T, Naruke T, et al. Differentiating between atypical adenomatous hyperplasia and bronchioloalveolar carcinoma using the computed tomography number histogram[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 76(3): 867-871.

(收稿日期: 2015-03-15)