

病例报告

^{99m}Tc -MIBI 核素显像诊断 异位甲状旁腺增生伴功能亢进 1 例

陈璟 吴华

女,24岁,因左肱骨上端骨巨细胞瘤,于1997年7月2日入院,拟行手术治疗。患者近2年先后发生股骨颈和锁骨骨折。双肾B超示两侧肾输尿管多个结石。X线片示骨质疏松。血钙升高(3.18mmol/l),血磷降低(0.71mmol/l),PTH升高(420.0ng/l)。入院诊断为:①左肱骨上端骨巨细胞瘤。②甲状旁腺功能亢进。7月10日行甲状旁腺 ^{99m}Tc -MIBI双时相显像。显像方法:静脉注射 ^{99m}Tc -MIBI后,于10min、2h分别行颈部——上胸部ANT位静态显像,并于2h加作断层显像,图像所见:10min早期显像见双侧甲状腺位置正常,显影清晰,结构完整,放射性分布均匀。距甲状腺下缘3cm,前正中线近胸骨柄水平处见一类圆形放射性异常浓聚区,约1.5cm×1.5cm大小;2h延迟显像见双侧甲状腺影明显变淡,接近周围软组织影,甲状腺下方的放射性异常浓聚区依旧存在;2h断层显像见此类圆形放射性异常浓聚区位于上纵隔胸骨柄后方靠前处。考虑:异位甲状旁腺腺瘤或增生(附图)。7月25日行CT检查未发现颈部异常。颈部多普勒彩超示右侧甲状旁腺实质性病灶可疑。8月15日,在行左侧肱骨上端肿瘤刮除加植骨术后,再次行X线CT扫描,示右侧前上纵隔胸腔入口层面肿瘤(1.5cm×1.3cm)。8月11日行 ^{99m}Tc -MIBI全身扫描,所见病灶征象与前次显像结果一致,未见其它部位异常放射性改变。8月26日行甲状旁腺探查及腺瘤摘除术。术中甲状腺部位未见瘤性病灶,前上纵隔胸腔入口层面可见一1.5cm×1.5cm肿块,取肿块送病检。病理报告为异位甲状旁腺组织增生。术后第2天,复查血钙,已降至正常

(2.17mmol/l)。出院诊断:①左肱骨上端骨巨细胞瘤。②原发性甲状旁腺功能亢进,异位甲状旁腺增生。

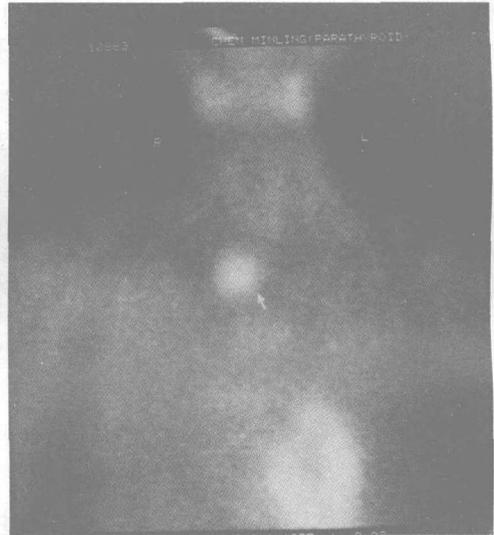


图1 图示 ^{99m}Tc -MIBI双时相显像的2h延迟显像。箭头所指放射性异常浓聚区为异位甲状旁腺位置。下方浓影为心肌影像。

讨论

甲状旁腺通常有4个,上甲状旁腺99%位于甲状腺上极的后部或靠近环状软骨。下甲状旁腺位置变异较大,57%位于甲状腺下极,39%在胸腺的上极,2%在纵隔,2%其它异位。其分泌的甲状旁腺激素(PTH),与降钙素共同维持机体的钙磷平衡。甲状旁腺亢进发生率约1/700。原发性占95%,其中90%为单个良性腺瘤,4%为增生(多发的可能性大),1%为癌。主要临床表现为反复发生的肾结石,广泛的骨吸收,消化性溃疡与精神改变,本病原则上应采

取手术治疗。故术前明确定位,成为外科医生缩短手术探查时间和减少遗漏异位腺瘤的关键。文献报告,目前的影像学检查中, ^{99m}Tc -MIBI核素显像对甲状旁腺病理组织检出的敏感性为90%以上,而XcT为70%,MRI为73%,超声为80%左右。 ^{99m}Tc -MIBI被甲状旁腺病理

组织摄取的机理尚不明了。血流灌注、组织的功能活性及细胞活性可能是影响摄取的因素。本病例随访成功证实, ^{99m}Tc -MIBI核素显像可作为原发性甲状旁腺功能亢进术前筛查和定位病灶的重要手段。

(1998-05-01 收稿)

运用介入技术治疗呼吸道大咯血 2 例

赵然中 周利芹 谷家林

呼吸道大咯血是肺部疾患(如肺结核、支气管扩张、肺血管畸形、肺癌等)常见的并发症。现将我院2例运用介入技术治疗大咯血病例报告如下。

病例1 男,27岁,不明原因大咯血,胸片无异常。临床无法控制出血。用Seldinger技术经右侧股动脉穿刺插管,将导管选择性置于右支气管动脉开口,造影示右上支气管动脉及所属分支,未明显异常,造影剂无外漏。遂将导管置于左支气管动脉开口,造影示左下支气管动脉粗细不均,扭曲成团,但无明显外漏。取垂体后叶素5个单位稀释成10ml经导管缓慢推注。完毕行造影示左下支气管动脉明显变细。由于血管弯曲度太大,超选未成功,故未行栓塞术。本例术后患者情况良好,再未出现咯血。随访半年无复发。

病例2 男,28岁,大咯血3天,生命垂危,胸片示双上肺Ⅲ型肺结核并空洞形成,临床无法控制出血。用Seldinger技术经右侧股动脉穿刺插管,将导管选择性置于右上支气管动脉开口,造影示右上支气管动脉增多、扭曲,用0.25g异烟肼,0.2g丁氨卡那混合稀释至10ml缓慢推注,推注完毕,用2mm×2mm×8mm明胶海绵行栓塞,栓塞后造影示右上支气管动脉闭塞。后

将导管选择性插入左上支气管动脉开口,造影示左上支气管动脉增多、扭曲,先用0.25g异烟肼,0.2g丁氨卡那混合稀释至10ml后缓慢推注,后用2个单位垂体后叶素稀释成10ml后缓慢推注,再行造影示左上支气管动脉分支明显减少。本例患者术后再未出现咯血,抗痨治疗2周出院。3月后复查胸片,双上肺结核灶范围缩小。

讨论 呼吸道大咯血是肺部疾病严重的并发症之一,常危及生命。咯血大部分源于肺部体循环系统,主要为支气管动脉出血,其他亦有来自锁骨下动脉分支、肋间动脉等,少数源于肺动脉分支。痰血和少到中量咯血常采取内科保守治疗。对于急性大咯血,以往常采取外科手术,切除病变肺叶,但手术创伤大,死亡率高,而且许多大咯血的病人来不及手术或因不能耐受手术而失去治疗机会。我们认为,经动脉灌注血管加压素、药物和血管栓塞术是治疗呼吸道大咯血行之有效的手段之一。该法操作简单,容易掌握,且创伤性小,见效快,是一项值得推广的技术。

(1998-05-08 收稿)