

手术治疗,术中在甲状腺右下叶后方摘除一包膜完整、质软 $3\text{cm} \times 2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 包块,病理示瘤细胞排列呈索状及巢团状,间质少,为丰富的毛细血管,瘤细胞体积中等偏大,核圆居中,染色深浅不一,胞浆丰富淡染,病理诊断甲状旁腺腺瘤。术后4小时、24小时、48小时血 Ca^{2+} 分别为 2.83mmol/L , 2.31mmol/L , 2.25mmol/L , 术后7天 $\text{PTH} 194.7\text{pmol/L}$ 。

原发性甲旁亢近年来发现增多,多见于中年女性,青年男性少见,病因多为甲状旁腺腺瘤,约占80%。该例具有原发性甲旁亢典型临

床表现,但在较长时间内却被误诊为多发性骨髓瘤,原因为①骨髓中易见的成骨细胞误认为浆细胞;②X射线片中典型的棕色瘤未引起放射科和临床医师的注意;③查体不仔细,患者右颈部气管旁可触及一边界不清包块。原发性甲旁亢和多发性骨髓瘤均可引起高血钙与骨损害,但患者血中轻链蛋白 KAp 、 LAM 不高,球蛋白不高,尿本周氏蛋白(-),且经过三个疗程化疗后骨损害不仅没减轻反而加重,即应排除骨髓瘤。本例行肿块切除后,血 Ca^{2+} 迅速正常, PTH 大幅下降,也进一步证实了临床诊断。

老年期脑血管疾病与骨矿含量测定的关系

康苏平 牛海燕 李新力 姚同林

Cameron 1963年首次报道高精度、无创伤的单光子吸收法(SPA)骨密度测定以来,骨质疏松症的诊断由定性跨入定量的时代^[1]。为了探讨老年脑血管病患者骨矿含量的变化,我院采用单光子吸收仪测量前臂尺桡骨骨矿含量,现将老年脑血管病的测定值报道如下。

1 材料和方法

1.1 对象

脑梗塞组,91例,男57例,女34例,年龄60~79岁,平均67.22岁。其中60~69岁组,男33例,女22例;70~79岁组,男24例,女12例。全部病例发病1周内均经脑CT证实为脑梗塞。非脑梗塞对照组:与实验对象的年龄,性别相匹配的组别各50例,计200例。

全部入选病例除外肝、肾、消化道、甲状腺疾病及半年内未服用皮质醇类等可引起骨质疏松的药物,女性患者除外子宫及卵巢手术史。

1.2 测定方法

采用NM-300型骨矿分析仪,²⁴¹Am同位

素 γ 放射源,透射前臂尺、桡骨中下1/3交界处,测量出的骨矿物质对 γ 线的吸收强弱程度,脑梗塞组测量非瘫侧,检测时仪器能同时给出骨矿含量(BMC)与骨矿密度(BMD),测定误差为3%。

1.3 统计学处理

数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。

2 结果

脑梗塞组与非脑梗塞对照组,骨矿含量(BMC)骨矿密度比较见表1,2。

3 讨论

随着我国人口的老龄化,骨质疏松症病人不仅出现在绝经后妇女,亦出现于正常老年人,单光子吸收仪(SPA),测量前臂尺、桡骨密度,为诊断骨矿含量减少骨质疏松和预测骨折危险性的一种手段^[2]。

我们对老年脑血管疾病脑梗塞进行了观察,虽然从表1显示70~79岁组无论男性或女性尺、桡骨的BMC测量数值均低于对照组,但仅女性桡骨有统计学意义,全组均无统计学意义($P < 0.5$),60~69岁女性桡骨BMC测定值

表1 91例老年脑梗塞患者尺、桡骨骨矿含量(BMC g/cm²)($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	男			女		
		n	尺骨	桡骨	n	尺骨	桡骨
脑梗塞组:	60~69岁	33	0.93±0.13	1.01±0.17	22	0.56±0.10	0.59±0.11**
	70~79岁	24	0.87±0.12**	0.83±0.11**	12	0.37±0.10**	0.37±0.11*
脑梗塞对照组:	60~69岁	50	0.81±0.12	1.02±0.12	50	0.53±0.10	0.56±0.11
	70~79岁	50	0.76±0.12	1.00±0.14	50	0.46±0.18	0.53±0.08

注:与对照组相比,** $P < 0.05$,* $P < 0.05$

表2 骨矿密度(BMD g/cm³)($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	男			女		
		n	尺骨	桡骨	n	尺骨	桡骨
脑梗塞组:	60~69岁	33	0.77±0.08	0.78±0.07	22	0.56±0.09	0.64±0.09**
	70~79岁	24	0.65±0.08**	0.64±0.06**	12	0.48±0.07**	0.40±0.06
脑梗塞对照组:	60~69岁	50	0.66±0.09	1.79±0.07	50	0.49±0.06	0.53±0.07
	70~79岁	50	0.62±0.08	0.66±0.08	50	0.42±0.07	0.49±0.04

注:与对照组相比,** $P < 0.05$,* $P < 0.05$

亦低于正常对照组,但差异无统计学意义。表2显示男性不同年龄组BMD测定值亦无统计学意义。虽然SPA测量本身存在着误差,但从本组观察91例来看似可说明脑梗塞病本身并未影响骨矿含量。

Anderson研究表明初次测量桡骨BMC $< 600\text{mg}/\text{cm}^2$ 者6年后较初次测量 $< 800\text{mg}/\text{cm}^2$ 的骨折发生率高2倍以上^[1]。本组2例骨折者桡骨BMC分别为 $0.73\text{mg}/\text{cm}^2$ 和 $1.02\text{mg}/\text{cm}^2$,虽未小于 $600\text{mg}/\text{cm}^2$,临床在无外伤情况下已出现腰椎压缩性骨折,证实单光子测量主要应用于末梢骨的皮质,对桡骨BMC测量与脊椎及髌部BMC相关不明显^[1]。

单光子骨密度测量的骨是皮质骨虽不如双能骨密度较早发现松质骨的变化,但仍不失为一种符合我国国情快速、简便、经济的预测骨折危险性的手段。

参 考 文 献

- 1 杨定焯,张纪淮. 骨密度测量中正常参考值的建立和应用 国外医学临床放射学分册,1993,16(1):30.
- 2 孟迅吾. 骨密度测定可预示骨质疏松症骨折的危险性. 中华内科杂志,1995,34(9):579.
- 3 Anderson, MI. Bone density screening for osteoporosis. Lancet, 1990, 336:502.
- 4 李斌学,蔡跃增,郝起顺. 骨矿含量测量及其临床应用近况 国外医学临床放射学分册,1994,17(4):196.

中华骨科学会全国第三届骨质疏松第四届基础理论学术交流会议征文启事

经中华骨科学会决定,将于1997年10月下旬在武汉召开中华骨科学会全国第三届骨质疏松第四届基础理论学术交流会议,现将征文内容及要求公布如下:

1. 原发性骨质疏松症的流行病学,诊断及治疗的研究;
2. 继发性骨质疏松症及代谢性骨病的诊断、治疗;
3. 老年骨质疏松性骨折的流行病学,诊断及防治研究;
4. 骨质疏松症的预防方法研究;
5. 有关骨质疏松及老年性骨折的生化、病理、免疫、生物力学及分子遗传学的基础理论研究。
6. 祖国医学对骨质疏松症的实验及临床研究。