

· 病例报告 ·

1 型糖尿病酮症酸中毒伴发过敏性紫癜 1 例并文献复习

牛春华 刘国庆 张杉杉 王彦

胜利油田中心医院内分泌科, 东营 257034

通信作者: 张杉杉, Email: sstrshan@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4157.2019.04.016

Type 1 diabetic ketoacidosis with Henoch-Schönlein purpura: a case report and literatures review

Niu Chunhua, Liu Guoqing, Zhang Shanshan, Wang Yan. Department of Endocrinology, Shengli Oilfield Central Hospital, Dongying 257034, China

Corresponding author: Zhang Shanshan, Email: sstrshan@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4157.2019.04.016

目前认为 1 型糖尿病与自身免疫反应破坏胰岛 β 细胞有关, 多以酮症或酮症酸中毒起病^[1]。过敏性紫癜 (Henoch-Schönlein purpura, HSP) 是儿童期最常发生的血管炎, 是主要以小血管炎为主要病理改变的全身综合征。HSP 的临床表现为非血小板减少性可触性皮肤紫癜, 伴或不伴腹痛、胃肠出血、关节痛、肾脏损害等症状。多数呈良性自限性过程, 但也可出现严重的胃肠道、肾脏及其他器官损害^[2-3]。目前发病机制尚不清楚, 可能涉及感染、免疫紊乱、遗传等因素, 缺乏统一的治疗方法和规范随访。国内未见 1 型糖尿病酮症酸中毒伴发 HSP 的报道, 本文就诊治的 1 例患儿进行报道, 以期指导临床。

1 病例简介

患者, 女, 11 岁, 因“口干、多饮、多尿 1 年半, 腹部不适 1 d”于 2018 年 3 月 15 日入院。入院前 1 年余患“上呼吸道感染”后出现口干、多饮、多尿, 每日饮水量 3 000 ml 左右, 喜饮甜饮料, 伴尿量增多。患者未重视, 遂在半个月后出现昏迷, 至胜利油田中心医院儿科就诊, 当时查血葡萄糖 23.6 mmol/L, 糖化血红蛋白 12%, 酮体阳性, pH 值 6.868, 考虑“1 型糖尿病性酮症酸中毒伴昏迷”, 给予补液、降糖、纠酮等治疗后好转出院。出院后应用“地特胰岛素”、“门冬胰岛素”降糖, 饮食控制不严格, 运动较少, 偶测空腹血糖 10~15 mmol/L。入院前 4 个月再次因“1 型糖尿病性酮症酸中毒”在胜利油田中心医院儿科住院, 治疗好转后出院。本次入院前 1 d 饮凉水后出现脐周疼痛, 伴恶心, 无呕吐, 无腹泻, 无发热。近 1 年来体重下降 5 kg。对“花生”、“海鲜”过敏。患者为第 2 胎第 2 产, 足月剖宫产, 无产伤、窒息史,

智力发育与同龄儿相符。父亲患“强直性脊柱炎”, 母亲、姐姐均体健。查体: 体温 36.5℃, 脉搏 120 次/min, 心率 22 次/min, 血压 93/76 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 身高 1.58 m, 体重 45 kg, 体重指数 18.03 kg/m²。神志清, 精神差, 心律齐, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音, 腹软、无压痛及反跳痛, 肝、脾、肋下未触及, 双下肢无水肿。辅助检查: 血生化: 葡萄糖 24.8 mmol/L, 肌酐 39.5 μ mol/L, 尿素 5.2 mmol/L, 碳酸氢盐 10.7 mmol/L, 钾 4.29 mmol/L, 钠 133.6 mmol/L, 氯 100.4 mmol/L, β -羟丁酸 5 591 μ mol/L (20~200 μ mol/L); 血气分析: pH 值 7.2; D-二聚体 0.98 mg/L (0~0.55 mg/L); C 反应蛋白 4.56 mg/dl; 糖化血红蛋白 9.6%; 空腹 C 肽 0.01 μ g/L (0.78~5.19 μ g/L), 餐后 2 h C 肽 0.04 μ g/L; 甲状腺功能 5 项、甲状腺过氧化物酶抗体、甲状腺球蛋白抗体阴性; IgA、IgG、IgM、抗核抗体阴性; 人白细胞抗原-B27 阴性; 尿常规: 葡萄糖 3+, 酮体 3+, 蛋白、潜血、白细胞均阴性; 尿微量白蛋白/肌酐比值正常; 便常规、血尿淀粉酶、肝功能、肾功能正常; 腹部超声未见明显异常; 心电图: 窦性心动过速, T 波改变。治疗: 给予补液、小剂量胰岛素静滴降糖、纠酮, 次日酮体转阴, 给予胰岛素泵强化降糖, 同时指导饮食、运动协助控制血糖。患者全天血糖水平控制在 4~15 mmol/L, 但仍有脐周隐痛。

住院第 3 日饮用牛奶后出现脐周疼痛加重, 无恶心、呕吐、腹泻, 无发热。查体: 心、肺听诊未闻及明显异常, 腹软, 无明显压痛及反跳痛。考虑胃肠痉挛, 给予山莨菪碱肌注, 腹痛无明显缓解。再次行腹部超声示右下腹肠间隙少量积液, 右下腹肠系膜淋

巴结肿大。之后 3 d 内患者反复腹痛,请消化科会诊,应用山莨菪碱、颠茄合剂、奥替溴铵等效果不佳。复查 D-二聚体 4.07 mg/L、4.57 mg/L,完善肠系膜动脉 CT 血管造影显示回肠及升结肠壁增厚,并肠系膜淋巴结增大,考虑可能为炎性反应,盆腔少量积液,左肾囊肿。住院第 6 日复查 D-二聚体 2.92 mg/L,同时查体见双下肢、背部多个鲜红色紫癜,腹软,无固定压痛,无反跳痛,肝脾无肿大,肠鸣音 5 次/min。考虑 HSP,给予甲强龙、西咪替丁、赛庚啶及低分子肝素治疗。饮食调整为去动物蛋白饮食,随后患者腹痛缓解,但紫癜仍存在,继续口服抗过敏药物。住院第 12 日复查 D-二聚体 0.15 mg/L,腹痛好转,腹部、下肢仍有少量紫癜。治疗期间,由于应用糖皮质激素,患者血糖难以控制,至出院时应用地特胰岛素早餐前、睡前各 10 U,门冬胰岛素 7 U 于三餐前皮下注射,维持血糖空腹 4 ~ 8 mmol/L,其他时段 4 ~ 15 mmol/L。

2 讨论

国内齐江等^[4]曾报道 1 例成人糖尿病伴过敏性紫癜的病例,未见 1 型糖尿病合并过敏性紫癜的报道。因糖尿病酮症酸中毒也可表现为腹痛,极易漏诊过敏性紫癜的诊断。陈祝勇等^[5]曾分析报道了临床常见的腹痛误诊,有糖尿病酮症酸中毒误诊为胃肠炎,腹型 HSP 误诊为肠痉挛。由于 HSP 多为自限性,如果误诊,不仅延误治疗,更可能导致临床决策错误,致使患者接受不恰当的治疗。根据丁甫月和李建新^[6]对 478 例 HSP 患儿回顾性研究发现,有 84 例以消化道表现为首发症状,以腹痛、呕吐、便血就诊,表现为腹痛严重,但腹部体征较轻,呈症状与体征分离现象。年龄分布在 2 岁 1 个月至 14 岁,其中误诊病例数高达 67 例(79.8%),腹痛距皮肤出现紫癜时间 3 d 至 1 个月。本病例首先表现为腹痛,1 周后出现皮肤紫癜。因合并 1 型糖尿病性酮症酸中毒,易经验性的诊断为酮症酸中毒导致腹痛,亦因患儿腹部体征轻,易诊断为肠痉挛;且患者 D-二聚体多次复查明显高于正常,肠系膜动脉 CT 血管造影显示回肠及升结肠壁增厚,并肠系膜淋巴结增大,极易误诊为肠系膜淋巴结炎、肠系膜动静脉血栓等。临床医师若忽视了皮肤体征的变化,极易漏诊 HSP 的诊断,所以要关注腹痛变化,并重视体格检查。

1 型糖尿病常伴发其他自身免疫性疾病,如桥本甲状腺炎、Graves 病、Addison 病、乳糜泻、白癜风等^[1]。该患者父亲患强直性脊柱炎,但该患者本人无腰背痛症状,查人白细胞抗原-B27 阴性,并甲状腺相关抗体、抗核抗体系列、IgA 阴性,排除了上述疾病。但其伴发 HSP 较为少见,考虑亦可能与自身免疫因素相关。

关于治疗,《儿童 HSP 循证诊治建议》中提到,对于胃肠症状较严重的患儿,如持续腹痛、肠出血、肠系膜血管炎等,推荐静脉使用糖皮质激素,可使用短效,也可使用中长效糖皮质激素(甲强龙 5 ~ 10 mg · kg⁻¹ · d⁻¹),严重症状控制后改口服,并逐渐减量,总疗程 2 ~ 4 周^[7]。本病例即参考该循证诊治建议,患儿腹痛症状迅速缓解,病情好转出院。

该病例提示对于腹痛患者,要详细询问病史、体格检查,结合实验室检查排除其他常见疾病,动态观察腹部症状、体征改变,综合分析,必要时进行多学科会诊,从而减少或避免误诊、漏诊。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 1 型糖尿病诊治指南要点摘录[J]. 糖尿病天地:临床,2012,6(11):488-493. DOI:10.3969/j.issn.1672-7851.2012.11.002.
- [2] McCarthy HJ, Tizard EJ. Clinical practice: diagnosis and management of Henoch-Schönlein purpura[J]. Eur J Pediatr, 2010, 169(6):643-650. DOI:10.1007/s00431-009-1101-2.
- [3] Tizard EJ, Hamilton-Ayres MJ. Henoch Schonlein purpura[J]. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2008, 93(1):1-8. DOI:10.1136/adc.2004.066035.
- [4] 齐江,降玉林,魏延喜,等. 糖尿病伴发背部脓肿、过敏性紫癜、带状疱疹 1 例[J]. 中国皮肤性病学杂志,1995,(4):230.
- [5] 陈祝勇,沈洪章,严正. 腹痛误诊,39 例原因分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(13):3055-3056. DOI:10.3969/j.issn.1009-6647.2007.13.104.
- [6] 丁甫月,李建新. 以消化道表现为首发症状的儿童过敏性紫癜[C]. 中华医学会第十四次全国儿科学术会议论文汇编,南宁,2006.
- [7] 中华医学会儿科学分会免疫学组. 儿童过敏性紫癜循证诊治建议[J]. 中华儿科杂志,2013,51(7):502-507. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2013.07.006.

(收稿日期:2018-09-14)

(本文编辑:饶颖)