

以急腹痛为首发症状的糖尿病酮症酸中毒误诊为急性胰腺炎一例

· 病例报告 ·

李金英, 何耀钦, 郭先文, 梁列新

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院消化内科(李金英, 郭先文, 梁列新); 530023 南宁, 南宁市第四人民医院(何耀钦)

作者简介: 李金英(1990-), 女, 在读研究生, 研究方向: 消化系统疾病的诊治。E-mail: maylijing@163.com

通讯作者: 梁列新(1961-), 男, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 消化系统疾病的诊治。E-mail: mdlianglx@126.com

[关键词] 急腹痛; 糖尿病酮症酸中毒; 急性胰腺炎; 误诊

[中图分类号] R 587.2 [文章编号] 1674-3806(2017)09-0907-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.09.25

1 病例介绍

患者,男,31岁,因腹痛2 d入院。患者于入院2 d前饮酒后出现中上腹持续性胀痛,伴阵发性加重,无恶心、呕吐、腹泻、肛门停止排气等,未接受治疗,腹痛症状逐渐加重至不能忍受,发病后未解大便,少尿,约300 ml/d。遂来我院急诊,查血淀粉酶不高,腹部CT示胰头部显示不清,肝、胆、脾、双肾、阑尾均未见异常;胸部CT提示肺部感染,两侧少量胸腔积液。拟诊:(1)急性胰腺炎;(2)肺炎。按急性胰腺炎予禁食、抑酸抑酶、补液及抗感染治疗,症状持续无缓解,收住入院。既往2年前有急性胰腺炎病史,同期诊断糖尿病,血糖控制不详,有长期饮酒史,偶有暴饮暴食史。查体:体温36.6℃,脉搏116次/min,呼吸28次/min,血压117/73 mmHg。精神差,急性病痛苦面容,脸色苍白,屈膝侧卧位。呼吸急促,呼吸音粗,未闻及明显干湿性啰音。心率116次/min,律齐,未闻及病理性杂音。全腹未见胃肠型及蠕动波,中上腹部腹肌稍紧张,上腹部压痛,反跳痛(±),肝脾未触及肿大,肠鸣音4次/min。血气分析显示pH 6.87、PCO₂ 11.0 mmHg、PO₂ 118 mmHg、BE -3.0 mmol/L;血常规:WBC 21.06 × 10⁹/L、中性粒细胞百分比84.9%;尿常规:尿pH 4.50、酮体(2+)、葡萄糖(2+)。生化:钾4.61 mmol/L、钠124 mmol/L、氯86.0 mmol/L、钙2.7 mmol/L、AG 41.1 mmol/L、渗透压258.9 mmol/L,血糖32.55 mmol/L,乳酸5.98 mmol/L,甘油三酯15.60 mmol/L,总胆固醇9.23 mmol/L;肝功、肾功、血尿淀粉酶均无异常;复查腹部CT未见明显异常。考虑急性胰腺炎诊断依据不足,修订诊断为糖尿病酮症酸中毒(diabetic Keto-

acidosis,DKA),停用奥曲肽抑制胰酶,恢复流质饮食,予大量补液、小剂量持续静滴胰岛素降糖、碳酸氢钠纠正酸中毒、抗感染等治疗。经上述治疗约8 h后,患者腹痛症状及体征明显缓解,复查血气分析:pH 7.20、PCO₂ 29.0 mmHg、PO₂ 118 mmHg、BE -3.0 mmol/L。动态监测血生化,肝功能ALT 296.5 U/L,AST 37.8 U/L,血尿淀粉酶均不高,2 d后复查尿酮体消失,血糖、电解质均正常,患者腹痛症状、腹部体征完全消失。继续予抗感染、调整血糖、护肝治疗,1周后患者好转出院。出院诊断:(1)糖尿病,DKA;(2)肺炎;(3)肝功能损害。随访2个月,患者无腹痛等不适主诉。

2 讨论

2.1 DKA临床特点 DKA是糖尿病常见的急性并发症之一,在临床上部分患者可以急性腹痛为首发表现,国外报道急性腹痛在DKA患者中发生率为22.0%^[1],国内报道则偏低仅为6.0%^[2]。研究显示DKA是否以腹痛为首发症状与年龄相关,年龄越小者发生率越高^[3]。发病时患者既往可有或无糖尿病病史,长期饮酒史可能是其相关的因素^[1]。其腹痛的部位一般无特异性,可有全腹痛、上腹痛、下腹痛或脐周痛^[4],腹痛程度一般较剧烈,伴腹胀、恶心、呕吐、脱水、意识障碍等症状,有时体格检查可有腹部的压痛与腹肌紧张,因此可出现腹痛症状重与体征轻不符。实验室检查除了DKA的表现外,国内研究显示以急腹痛为首发症状的DKA患者较非急腹痛患者血HbA1c、BUN水平高,血CRP、Na⁺、Cl⁻、血pH、HCO⁻水平低,但血糖、血清K⁺、Ca²⁺、WBC无差异^[5]。研究^[6]指出在没有合并急性胰腺炎的证据,约16%~25%伴有急腹痛的DKA患者非特异

性血清淀粉酶及脂肪酶升高,国内也报道^[7]有 60% DKA 患者血淀粉酶升高,甚至部分患者增高达正常 3 倍以上。另外在 DKA 的患者中可出现一过性高脂血症,而高血脂又是急性胰腺炎诱因之一,尤其是当甘油三酯 $>11.3 \text{ mmol/L}$ 时^[8]。因此以急腹痛为首表现时,DKA 症状与实验室检查常无特异性,与急性胰腺炎不容易区别,容易造成误诊。

2.2 DKA 病理生理 目前 DKA 引起首发表现为急腹症的病理生理学机制尚未明了,既往认为腹痛与高血糖、脱水、电解质紊乱等因素有关,也有研究认为腹痛与代谢性酸中毒有明显关系^[9]。近年来,Pant 等^[10]研究则指出腹痛与乳酸水平、pH 值、阴离子间隙及血糖无关,脂肪酶的升高可能是一个潜在的病理因素。王丽娜等^[3]则认为血糖控制不稳定及尿酮体强阳性、电解质紊乱是 DKA 以腹痛为首发症状的相关因素。但其确切的发病机制目前仍需要进一步研究。

2.3 DKA 鉴别诊断 以急腹痛为首发症状的 DKA 因其临床无特异性症状,有些患者的临床特征可与急性胰腺炎非常相似。张春红^[11]收集分析国内报道的 5 年 DKA 误诊病例,以急腹痛为表现的病例常误诊为急性胰腺炎、急性胃肠炎等。另外 DKA 又可合并其他急腹症,进一步增加了鉴别诊断的困难。国外报道在 DKA 腹痛患者中有 10% ~ 15% 合并急性胰腺炎^[12]。因此在临床工作中,鉴别 DKA 与急性胰腺炎需要注意详细询问病史,区别患者腹痛的特点,仔细行体格检查以及完善各项相关检查,且有时疾病可互相掩盖,需动态观察。

2.4 DKA 治疗 确诊后均应对患者进行液体复苏,大量补液的同时予小剂量胰岛素持续静脉滴注,纠正酸中毒和水电解质紊乱,并予纠正诱因和防治并发症的综合治疗。一般 DKA 纠正后腹痛症状可缓解,若在酮症酸中毒矫正后,腹痛仍持续存在,应积极寻找其他病因^[13]。

综上所述,以急性腹痛为首发症状的 DKA 容易

与外科急腹痛相混淆,我们回顾 1 例以急性腹痛为首发症状的 DKA 误诊为急性胰腺炎的病例,并复习以急腹痛为首发症状的 DKA 的相关文献,希望在今后工作中能提高对其的认识,减少误诊和漏诊,并对其进行及时准确的治疗。

参考文献

- 1 Umpierrez G, Freire AX. Abdominal pain in patients with hyperglycemic crises[J]. J Crit Care, 2002, 17(1): 63 - 67.
- 2 刘志贤, 刘会东, 厉 胜. 急性腹痛伴糖尿病酮症酸中毒诊治分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(26): 3113 - 3115.
- 3 王丽娜, 刘东屏, 李茵茵, 等. 以腹痛为首发症状的糖尿病酮症酸中毒临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2016, 30(1): 78 - 79.
- 4 杨长成, 高 雯, 蒙淑红, 等. 19 例以急性腹痛为首发症状的糖尿病酮症酸中毒临床分析[J]. 疾病监测与控制, 2013, 7(6): 374 - 375.
- 5 雷 霆, 阮剑铭, 林匀华. 以腹痛为首表现的糖尿病酮症酸中毒 63 例临床分析[J]. 糖尿病新世界, 2016, (21): 88 - 89.
- 6 Yadav D, Nair S, Norkus EP, et al. Nonspecific hyperamylasemia and hyperlipaemia in diabetic ketoacidosis: incidence and correlation with biochemical abnormalities [J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(11): 3123 - 3128.
- 7 徐东红, 何 庆, 宋春青, 等. 糖尿病酮症酸中毒患者血淀粉酶升高的原因分析[J]. 临床荟萃, 2013, 28(5): 536 - 538.
- 8 刘 伟, 卢帝君. 糖尿病酮症酸中毒并发高脂血症性急性胰腺炎[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(1): 11 - 15.
- 9 Campbell IW, Duncan LJ, Innes JA, et al. Abdominal pain in diabetic metabolic decompensation. Clinical significance [J]. JAMA, 1975, 233(2): 166 - 168.
- 10 Pant N, Kadaria D, Murillo LC, et al. Abdominal pathology in patients with diabetes ketoacidosis [J]. Am J Med Sci, 2012, 344(5): 341 - 344.
- 11 张春红. 糖尿病酮症酸中毒误诊文献分析[J]. 空军医学杂志, 2015, 31(2): 120 - 121.
- 12 Nair S, Yadav D, Pitchumoni CS. Association of diabetic ketoacidosis and acute pancreatitis: observations in 100 consecutive episodes of DKA [J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(10): 2795 - 2800.
- 13 Fields JM, Dean AJ. Systemic causes of abdominal pain [J]. Emerg Med Clin North Am, 2011, 29(2): 195 - 210.

[收稿日期 2017-06-27][本文编辑 吕文娟]