

· 临床经验 ·

儿童 1 型糖尿病 22 例误诊分析

刘佳悦,黄乐,孙桂香,吕玲

(天津儿童医院内分泌科,天津 300074)

[中图分类号] R725.8 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2009)09-0765-02

儿童糖尿病,以 1 型糖尿病 (type 1 diabetes mellitus) 为主,系胰岛 β 细胞破坏,导致胰岛素绝对缺乏,典型临床表现为多饮、多尿、多食、体重减轻。但有些患儿无上述典型症状,仅因合并感染同时伴酮症酸中毒,如乏力、恶心、呕吐、腹痛、呼吸急促、憋气、嗜睡、精神萎靡、外阴瘙痒等症状时,以并发症首诊。临床医生常诊断为胃炎,肺炎,颅内感染,心肌炎等儿童常见疾病^[1],导致未能得到及时诊断、治疗^[2]。本研究将我科 2002~2007 年收治的 22 例误诊的 1 型糖尿病病例分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我科 2002~2007 年共收治初发糖尿病患儿 192 人,其中 1 型糖尿病 153 例 (79.7%),2 型糖尿病 39 例 (20.3%),年龄在 1~15 岁之间,男 90 例,女 102 例。1 型糖尿病中有 22 例误诊,其中男 9 例,女 13 例,年龄 1~13 岁。

1.2 临床表现

误诊的 22 例就诊时的症状涉及多个系统 (表 1)。

表 1 误诊患儿就诊时症状

症状	例数	症状	首诊诊断
神经系统	6	精神萎靡、嗜睡,共济失调	脑炎
消化系统	5	频繁呕吐,脱水,腹痛,腹部不适	胃肠炎
呼吸系统	6	呼吸困难,喘息,气促	肺炎
循环系统	4	憋气、心电图异常	心肌炎
泌尿系统	1	外阴瘙痒,尿频	泌尿系统感染

1.3 治疗及预后

以上 22 例患儿中合并糖尿病酮症酸中毒 (diabetic ketoacidosis, DKA) 15 人,全部于我科抢救成

功。住院后经反复追问病史,最终能提供多饮多尿等症状者仅 10 人。

1.4 病例报道

病例 1:女,1 岁半,主诉为发热伴咳喘 2 d,以“肺炎合并急性充血性心力衰竭”收至呼吸科。查体:神清,稍烦躁,呼吸急促 (60 次/min),无发绀,双肺未闻及啰音,心音有力,HR 150 次/min,腹部平软,肝脏右肋缘下 3 cm,神经系统 (-)。胸片示肺炎。入院后查血气分析:pH 7.031,BE -24.6 mmol/L,示严重代谢性酸中毒,以肺炎不能解释,急查血糖为 31 mmol/L (未静脉输注葡萄糖);尿常规示尿糖 (+++),尿酮体 (+++)。入院后 2 h 诊断为“糖尿病、DKA、肺炎”。经静脉滴注胰岛素,抗感染等抢救治疗,第 3 天 DKA 完全纠正,第 18 天出院。该患儿发病年龄小,症状不典型,且以合并肺炎就诊,造成误诊,由于及时发现血气分析结果与病情不符,并进一步检查,明确诊断,使患儿及时得以救治,后反复追问,本例患儿家长始终未提供“三多一少”病史。

病例 2:女,9 岁,主诉为腹痛 2 周,呕吐 3 次,以“急性胃肠炎?”收至消化科。查体:体重 22 kg,神清,呼吸平稳,心、肺 (-),腹部平软,全腹散在轻压痛,神经系统 (-)。腹部平片示局限性肠瘀胀;腹部 B 超 (-);大便常规:黄稀便,白细胞 (+)/HP,红细胞 3~4 个/HP,粘液 (+)/HP;血、尿淀粉酶 (-)。患儿消瘦,考虑与进食差有关,给予抗感染,补液等治疗,患儿病情无好转。入院 16 h 尿常规:尿糖 (++),尿酮体 (+++);血气分析示 pH 7.179,BE -18.3 mmol/L,提示代谢性酸中毒;查血糖示为 20.5 mmol/L,入院 18 h 诊断为“糖尿病,DKA”。经抢救 1 d 后 DKA 完全纠正,住院 14 d 出院。本患儿以胃肠道症状起病,因本患儿无“三多

[收稿日期]2009-02-26;[修回日期]2009-04-01
[作者简介]刘佳悦,女,大学,主治医师。主攻方向:内分泌代谢疾病。

一少”典型糖尿病症状,且DKA症状亦不典型,以致未能及时发现,造成延误诊断及治疗。后追问病史发现患儿近两周体重下降3 kg。

病例3:女,10岁,主诉为低热两天,憋气半天,以“心肌炎?”收至心脏科。查体:血压80/45 mmHg,神清,呼吸促,肺(-),心率110次/min,心音有力,心律齐,未闻及杂音,腹部(-),神经系统(-),末梢循环欠佳。心电图:窦性心动过速,心肌缺血。超声心动(-),胸片(-)。急查血气:pH 7.053, BE -21.5。血糖40.8 mmol/L(未静脉输注葡萄糖),入院1 h诊断为“糖尿病,DKA”转我科。立即静脉点滴胰岛素每小时0.1 U/kg,并扩容纠正休克治疗^[3],积极控制感染,1 h后血压95/60 mmHg,2 h后憋气、呼吸深长明显好转,第3天DKA完全纠正,体温正常,15 d出院。本患儿以心脏症状就诊,虽心电图异常,但心脏查体及辅助检查均未见异常,临床症状不能用心脏疾患解释。因及时想到DKA并明确诊断,患儿得以抢救,使严重的高血糖,DKA未再进行性加重,未导致昏迷等更严重后果。后追问病史,患儿多饮多尿消瘦1个月,因于夏季发病,家长未予重视。

2 讨论

近年来儿童1型糖尿病的发病率逐年上升,按全国人口构成比例标化的确定校正发病率0.57/10万人年计算,1型糖尿病患儿正以每年6 840人的惊人速度递增,且严重影响儿童身体健康及生命质量,应引起医生的足够重视^[4]。儿童1型糖尿病误诊的原因:①发病率相对较低,首诊医生对本病认识不足,未详细询问病史及仔细查体,思维局限于儿科多发病和常见病。②儿童1型糖尿病患者多数起病急,机体自我调节能力差,故常在无典型“三多一少”症状时,以并发症就诊。因胰岛素绝对缺乏,引起机体代谢紊乱,进食后无胰岛素分泌高峰,餐后血糖升高后不能下降,同时脂肪动员分解代谢增加,酮体产生增加,导致水与电解质紊乱,脱水,酮症酸中毒,临床出现呼吸深长、呕吐、憋气,意识障碍甚至昏迷。因临床误诊为肺炎、脑炎、肠炎等^[5,6]。③1型糖尿病患者机体抵抗力差,极易合并感染,在多饮、多尿等典型症状出现前,往往已合并肺炎等感染就诊,易被

忽视原发病^[7]。④小年龄患儿由于原本进食次数多,且肾脏浓缩功能不健全,排尿次数多,更容易漏诊^[8]。⑤夏季起病的患儿,家长会误认为因天气炎热而多饮,多尿,未予就诊,延误病情。⑥部分学龄期儿童发病较缓慢,可仅出现乏力,消瘦等,家长认为学习劳累所致,常被忽视。我们应注意儿童1型糖尿病与常见疾病相鉴别,尽早作出诊断,防止误诊加重病情。除了熟悉掌握1型糖尿病的临床表现及发病特点,还应在接诊时详细采集病史,追问患儿发病前一段时期的其他异常表现,注意细节症状;并认真查体,当临床症状与查体及辅助检查存在矛盾时,应全面分析病情,不草率诊断^[9];存在疑问者可先应用简单的辅助检查方法加以鉴别。如尿常规检查,大多数1型糖尿病患儿都存在尿检异常,能帮助医生做出正确的诊断,并指导下一步的检查方向,同时,可选择快速血糖、血气分析等简单快捷的检查协助诊断。1型糖尿病的及时诊断能避免输入葡萄糖进一步加重患儿病情,不至于导致昏迷等更严重后果,提高1型糖尿病合并DKA患儿的抢救成功率。

[参 考 文 献]

[1] 杨斌,孙桂香,黄乐. 儿童1型糖尿病酮症酸中毒酸碱失衡59例分析[J]. 天津医药,2008,36(2):143-144.

[2] 李丽红. 儿童糖尿病误诊11例分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(11):2535-2536.

[3] Wolfsdorf J, Glaser N, Sperling MA. American Diabetes Association. Diabetic ketoacidosis in infants, children, and adolescents: A consensus statement from the American Diabetes Association [J]. Diabetes Care, 2006, 29(5):1150-1159.

[4] 董关萍,梁黎,邹朝春,李洪芳. 儿童1型糖尿病30年临床特征及随访观察[J]. 临床儿科杂志,2005,23(8):513-515.

[5] 胡亚美,江载芳,诸福棠,马英杰,毛文华,王家葆,等. 实用儿科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2002,2042-2051.

[6] 倪桂臣. 儿童时期糖尿病的危重表现及临床急救[J]. 实用儿科临床杂志,2006,21(8):449.

[7] 吴莉,林汉华. 儿童1型糖尿病的诊断与治疗[J]. 实用儿科临床杂志,2007,22(8):638-639.

[8] Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association[J]. Diabetes Care, 2005, 28(1):186-212.

[9] 吕彦双. 婴儿糖尿病2例误诊报告[J]. 临床儿科杂志,2005,23(8):522.

(本文编辑:吉耕中)