

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.03.054

2 型糖尿病并发脾梗死误诊 1 例分析*

阳 琰,高 琳[△],王小英,李显文,廖 鑫,黄 琦,胡 萍,修帅丽
(遵义医学院附院内分泌科,贵州遵义 563099)

中图分类号:R587.2

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)03-0428-02

随着人们生活水平的提高及生活方式的改变,糖尿病患病率逐年升高,目前全世界有超过 2.85 亿的人口患有糖尿病,预计到 2030 年将飙升到 4.35 亿,中国的糖尿病患者人数 4 320 万,居世界第 2 位。糖尿病患者群是一个特殊的人群,容易合并各种感染,其全身血管、神经的慢性并发症比较常见,严重威胁糖尿病患者的生存质量,且使全球经济负担大大增加。糖尿病合并脾梗死临床上比较罕见,尤其是症状、体征不典型者,更容易漏诊、误诊,本科近期收治 2 型糖尿病并发脾梗死患者 1 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,40 岁,因“口渴、多饮、多尿 10 年,发热 15 d”于 2013 年 7 月 19 日入院。10 年前无明显诱因出现口渴、多饮、多尿,多次测血糖较高,外院明确诊断“糖尿病”,一直服用“二甲双胍、广告药物”(具体不详),未测血糖。3 个月前改为“精蛋白锌重组人胰岛素混合注射液,早餐前 20 U,晚餐前 20 U”降血糖,但血糖控制不佳,15 d 前出现发热,无寒战,未测体温,曾在私人诊所输注抗菌药物,但具体名称、剂量、用法均不详,输液 5 d 后好转,之后未再发热。3 d 后视物模糊、四肢末端麻木,无咳嗽、咳痰、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、尿频、尿痛、心悸、劳力性气促及夜间阵发性呼吸困难。为进一步诊治,就诊于本院门诊,门诊以“糖尿病、发热原因”收入本科。入院查体:体温 36.5℃,脉搏 84 次/分钟,呼吸 20 次/分钟,血压 128/85 mm Hg,体质量 87 kg,身高 168 cm,BMI 30.8 kg/m²,腰围 114 cm,臀围 104 cm,发育正常,肥胖体型,神志清楚,查体合作。全身皮肤及黏膜无黄染、出血点,全身浅表淋巴结未扪及肿大,巩膜无黄染,晶状体无混浊,双侧瞳孔正圆等大,直径约 3 mm,对光反射灵敏,咽充血,扁桃体 II 度大,未见脓点、脓苔,牙龈无萎缩,牙根无暴露,无缺齿、义齿,无颈静脉怒张,肝颈静脉回流征阴性,气管居中,甲状腺不大。两侧胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心界不大,心率 84 次/分钟,心音有力,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹部平软,无压痛、反跳痛及肌紧张,墨菲氏征阴性,肝、脾未触及,肝肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音 4 次/分钟,四肢关节无红肿、畸形,双下肢无水肿,双足背动脉搏动对称有力,四肢肌力、肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出。既往史、个人史、生育史、家族史均无特殊。患者入院后第 3 天才逐渐出现寒战、高热,体温最高达 39.5℃,之后出现间歇性高热,以中午及夜间发热为主,体温波动于 37.1~39.5℃。

主要检验及检查结果,尿常规:葡萄糖(++++)+,余指标正常;大便常规及血常规未见异常;电解质:钾 3.35 mmol/L,余指标正常;肾功能:血清胱抑素 1.12 mg/L;随机静脉血糖 17.34 mmol/L;渗透压 289 mOsm·kg⁻¹·H₂O⁻¹;肝功:谷丙

转氨酶 66 U/L,谷草转氨酶 41 U/L,血清磷酸酶 174 U/L;血脂:三酰甘油 5.75 mmol/L;HDL-C 0.56 mmol/L,余指标正常。血气分析:pH 7.47,氧分压 77.4 mm Hg,二氧化碳分压 27.8 mm Hg,HCO₃⁻浓度 19.9 mmol/L;空腹 C 肽 442.3 pmol/L,餐后 2 h C 肽 1 015.1 pmol/L;糖化血红蛋白 10.30%;心电图:T 波改变;胸片未见病症;腹部彩超:脂肪肝;乙型肝炎 5 项及丙型肝炎抗体均未见异常;HIV 及梅毒血清学实验检查均阴性;伤寒 3 项:阴性;病毒 4 项:阴性;IL-6 324 pg/mL,降钙素原测定 0.70 ng/mL,头颅 CT、肺部 CT 均正常;腹部增强 CT 扫描:脾脏有 26 mm×34 mm 大小的高密度影,呈三角形,尖端指向脾门,考虑脾脏梗死。血沉:80 mm/h;真菌 D-葡聚糖小于 10 pg/mL;男性肿瘤相关抗原均阴性;血培养 5 d 无细菌生长;凝血功能正常;经颅多普勒:双侧大脑中动脉、大脑前动脉峰值流速增快,右侧椎动脉流速减慢;糖尿病自身抗体阴性。24 h 尿微量清蛋白 1.04 mg/24 h。7 d 后复查血常规:白细胞 7.87×10⁹ 个/L,中性粒细胞百分比 0.84,中性粒细胞绝对值 6.61×10⁹ 个/L,血小板 97×10⁹ 个/L,余指标均正常。

1.2 方法 (1)2 型糖尿病:①2 型糖尿病性周围神经病;②2 型糖尿病性心脏病;(2)脾梗死;(3)急性扁桃体炎;(4)非酒精性脂肪肝;(5)高脂血症;(6)低钾血症;(7)单纯性肥胖症。治疗方案如下,(1)糖尿病及并发症治疗:①健康教育;②低脂、糖尿病饮食;③适当运动;④监测血糖,避免低血糖;⑤降糖,精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合注射液,早餐前 10 min 30 U,午餐前 10 min 10 U,晚餐前 10 min 22 U 皮下注射;⑥改善脑供血,天麻素 0.6 g 静脉滴注,每天 1 次。血府逐瘀口服液口服,每次 10 mL,每天 3 次。氟桂利嗪口服,每次 5 mg,每晚 1 次;⑦改善心肌代谢,心达康片口服,每次 10 mg,每天 3 次;⑧降脂,低脂饮食,由于肝功能异常,暂不予药物治疗。(2)抗感染:哌拉西林他唑巴坦钠联合奥硝唑。(3)保肝:舒肝宁 6 mL 静脉输液,每天 1 次。(4)低钾治疗:给予补钾。(5)脾脏梗死:小剂量地塞米松静脉注射。

2 结 果

经积极治疗后患者体温波动于 35.5~37.0℃,自诉精神、饮食、睡眠较前明显好转,治疗有效。

3 讨 论

脾梗死指脾内动脉分支阻塞造成局部组织缺血、坏死,临床少见。小面积脾梗死可无任何症状,少数患者会出现发热、外周血白细胞和中性粒细胞增多,一般无明显腹痛;发生大面积脾梗死时可出现左上腹剧烈胀痛或撕裂样疼痛,并向左肩部放射,可伴恶心、呕吐、发热等,查体时可发现左上腹压痛、叩击痛和肌紧张^[1]。脾梗死常见病因有心脏瓣膜栓子脱落、血液性

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81460168);贵州省科学技术基金项目(黔科合 J 字 LKZ[2013]19 号);遵义医学院博士启动基金([2012]F-574)。 作者简介:阳琰(1980—),副教授,博士,主要从事糖尿病及并发症病因及防治方面的研究。 △ 通讯作者, Tel: 13595286671; E-mail: lgzyc@sina.com。

疾病和部分脾栓塞术等。本例发生脾梗死的可能原因:(1)患者长期存在高血糖、高血脂使血液处于高凝状态,血流缓慢,加上动脉硬化,血小板数量及黏性增加,易发生黏集形成血栓;(2)高血脂可引起脾动脉及其分支痉挛、硬化、管腔变窄,在血液黏稠度增高的情况下,易形成脾动脉血栓。一旦血栓脱落,便会引起栓塞致脾梗死^[2]。

糖尿病并脾梗死误诊原因与临床医师对此病认识不足有关。误诊原因还与糖尿病周围神经病变有关,可能是糖尿病周围神经病变导致神经受损,致其疼痛不明显所致。该例患者脾梗死面积较小,因此,临床上未发现任何脾梗死的临床症状及体征,特别容易漏诊,而且该患者入院前 15 d 曾经出现发热,但在外院输注抗菌药物 3 d 后好转,之后未再发热,入院后第 2 天才开始出现低热,并且入院时体查扁桃体 II 度大,容易被认为是扁桃体炎所致,因此更易被误诊,患者入院后第 3 天才逐渐出现寒战、高热,体温最高达 39.5℃,之后出现间隙性高热,以中午及夜间发热为主,体温波动于 37.1~39.5℃,行上腹部增强 CT 扫描后才被确诊为脾脏梗死,给予静脉推注地塞米松后,发热得到有效控制。此例的诊治过程提示,在临床工作中,遇到以发热为主要表现的患者时,要全面掌握临床资料,细致分析,每一个人体系统均要进行排查,尤其对糖尿病合并高脂血症患者,要高度警惕脾梗死。国外研究表明,糖尿病并发脾梗死仅次于糖尿病介导的微血管病变^[3]。糖尿病患者群由于抵抗力差,易并发多种疾病和各种感染,在临床诊治过程中,更应该拓展思路,做到早期诊断、早期治疗。脾梗死的治疗方法如下,(1)一般处理:包括吸氧,针对高热患者在排除使用激素

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.03.055

禁忌的前提下,尽早使用静脉注射地塞米松抗炎,并且逐渐减量;(2)溶栓:起病 6 h 内可予尿激酶 100~150 万单位静脉滴注,采用肝素或华法林抗凝治疗,总疗程 2~3 个月;(3)手术治疗:对脾梗死面积较大,并发脾内大出血、脾破裂、失血性休克、脾脓肿者应尽早行脾切除术^[4]。

总之,糖尿病患者出现不明原因的发热,应该常规行腹部 CT 增强扫描检查,及时排除肝脓肿、脾梗死等内脏病变,以免延误患者的诊治。因此,该病例提示治疗应具有开阔的临床思维,控制糖尿病患者血糖的同时要注意调节血脂、控制血压,缓解糖尿病患者高凝状态,以积极预防脾梗死。但对于糖尿病合并脾梗死的具体发病机制,有待进一步研究和探索。

参考文献:

- [1] 郭花,朱金水,王龙,等.临床脾梗死 1 例[J].上海医学,2008,31(9):616.
- [2] 陈勇.脾梗死的临床和影像学表现[J].中国医学影像技术,1997,13(1):84-85.
- [3] Tóth PP, Reuter RK, Macdonald J. Spontaneous splenic infarction secondary to diabetes-induced microvascular disease[J]. Arch Fam Med, 2000, 9(2):195-197.
- [4] 张民成.糖尿病并发脾梗死误诊一例[J].解放军医药杂志,2011,23(4):77.

(收稿日期:2014-08-30 修回日期:2014-11-22)

微创技术结合锁定钢板治疗胫骨近端骨折 76 例分析

吴相阳,陈麒麟[△],杨卫保,王 琼

(重庆市黔江中心医院骨科 409000)

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2015)03-0429-02

胫骨上端骨折包括胫骨干骺端和胫骨平台骨折,骨折波及关节面者,多并发创伤性关节炎,在治疗上有多种方法可供选择,意见不尽一致^[1]。作者回顾性分析 2008 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 76 例胫骨上端骨折患者的临床资料,69 例得到随访。统计并分析了手术时间、愈合时间、优良率、并发症发生率,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 76 例,成功随访 69 例。男 45 例,女 24 例,平均年龄 35.5 岁。胫骨上端骨折波及平台 20 例,未波及平台 49 例;粉碎性骨折 18 例,横行骨折 12 例,斜行骨折 23 例,螺旋骨折 16 例;车祸伤 25 例,摔伤 28 例,其他 16 例;闭合性骨折 52 例,开放性骨折 17 例(伤口小于 2 cm,无明显污染)。患者年龄结构及骨折类型差异无统计学意义($P>0.05$)。所有闭合骨折患者均先行石膏外固定 7~14 d 肿胀减轻后手术。开放骨折清创缝合石膏或支架外固定,12~14 d 后伤口愈合再手术内固定。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 硬膜外麻醉或者全身麻醉。仰卧位,在气囊止血带控制下手术。小腿上端内侧或者外侧作切口长 3 cm,逐层切开至骨膜外。选择合适长度的锁定钢板。从上向

下沿胫骨平台顺行向远端插入(图 1)。C 臂透视下调整钢板位置。用 1~2 枚普通螺钉临时固定近折端,C 臂透视牵引复位满意后,再用 1 枚普通皮质骨螺丝钉临时固定远折端,钢板与骨干贴附不必完全贴合,再用 C 臂 X 线机透视证实骨折复位满意,用锁定螺钉固定,更换临时固定的普通螺钉为锁定螺钉。对不易复位的大蝶形骨块,在骨折处辅助切口,复位骨块,螺丝钉固定。塌陷的关节面用推子轻轻地抬起,关节面上台的空腔用自体松质骨或者人工骨填充,再用锁定钢板(LCP)固定,见图 2。

1.2.2 评价方法 采用 AO 骨折愈合标准及胫腓骨骨折疗效评定标准评分如下。优:患肢等长,成角大于 5°,膝关节伸屈活动差 15°以内,踝关节屈伸各差 1°~5°,X 线片显示解剖复位或成角小于 5°者;良:患肢短缩小于 1 cm,成角小于 10°,膝关节伸屈各差 16°~30°,踝关节屈伸各差 6°~10°,X 线片显示侧移位骨折面 1/4,重叠小于 1 cm 或成角小于 10°者;可:患肢短缩 1~2 cm,成角 15°,膝关节伸屈各差 31°~45°,踝关节屈伸各差 11°~15°以内,X 线片显示侧移位骨折面 1/2,重叠小于 2 cm 或成角大于 15°者;差:不能达到上述要求者。

1.2.3 观察指标 以手术时间、愈合时间、优良率、并发症发生率为观察指标,根据上述评价标准进行统计描述。