

肾上腺皮质功能减退漏诊引发肾上腺危象一例

何健 程静 李谨 崔汝玉 徐申瑞

(昭通市第一人民医院 云南 昭通 657000)

【摘要】肾上腺皮质功能减退是由于肾上腺遭受损害或破坏,导致肾上腺皮质无法产生足量的糖皮质激素或盐皮质激素使机体无法维持盐和水电解质平衡的一种严重并可危及生命的临床症候群。其常见病因为“自身免疫性疾病、结核、AIDS”等。当机体处于应激或病理状态时,肾上腺皮质无法分泌足量的糖皮质激素或盐皮质激素维持机体盐和液体平衡,严重时可诱发肾上腺危象,如治疗不及时或救治措施不得当可危及患者生命。在发达国家肾上腺皮质功能减退主要病因为自身免疫性疾病,而在我国主要为结核。因肾上腺皮质功能减退临床表不典型、多样性、非特异性,早期容易误诊或漏诊,严重时会产生不良预后。本病例主要通过患者病史、临床表现及肾上腺CT系统阐述了肾上腺结核导致肾上腺皮质功能减退诱发肾上腺危象救治的基本过程。为临床医务人员提供借鉴。

【关键词】肾上腺皮质功能减退;漏诊;肾上腺危象

1 病例摘要

患者,男,53岁,因“反复胸闷、气促3年余,再发2月,加重一天”入院。既往有“肺结核”病史11年,“冠心病?”2月余。否认“高血压、糖尿病”等慢性病史,否认“肝炎、艾滋病及伤寒”等传染病史,否认“手术、外伤及输血史”。体格检查:一般情况差,口唇紫绀,T:36.2 R:24次/分 HR:70次/分, Bp:79/50mmHg SP02:79%,肺气肿征阳性,呼吸频率增快,双肺呼吸音弱、肺动脉听诊区可闻及3/6收缩期杂音,未闻及干湿性啰音及病理性呼吸音,心界无明显扩大,心率:70次/分,律齐,心音无增强或减弱,未闻及病理性杂音。腹平软,肝脾未触及,双下肢无水肿。全是浅表淋巴结未触及肿大。辅助资料:急诊床旁心电图示:窦性心律,完全性右束支阻滞,右心室肥厚可能,T波双向(V1,V2,V3)。外院CT提示:

1.1 双肺陈旧性肺结核。

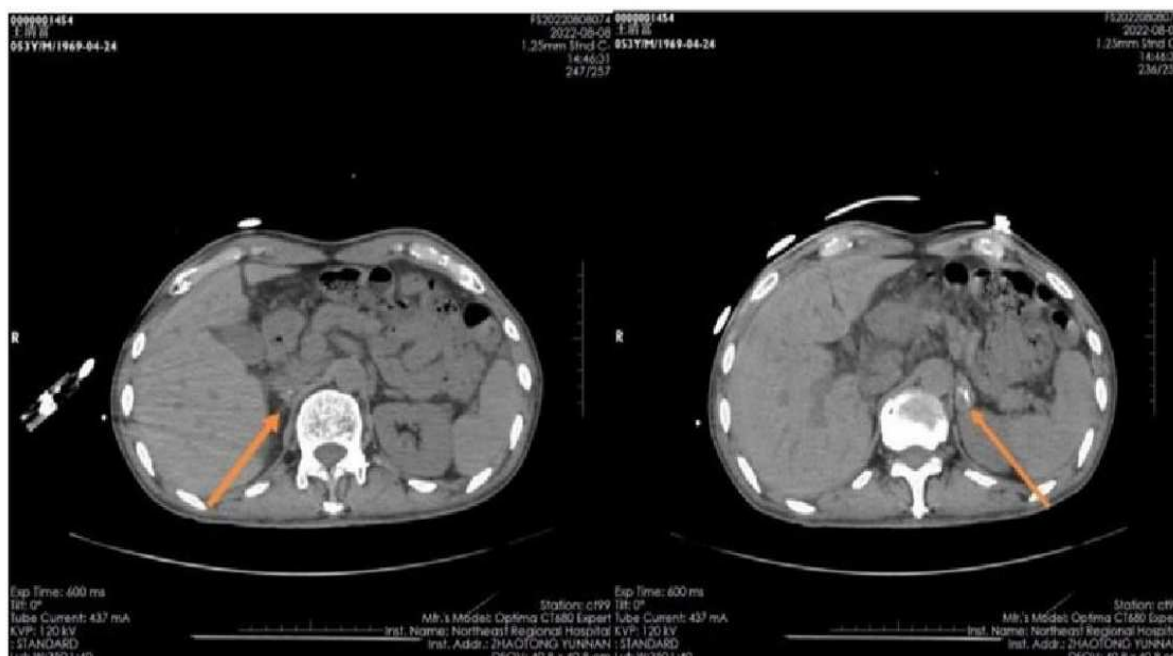
1.2 双侧胸膜增厚。

初步诊断:

- (1) 急性肺动脉栓塞?
- (2) 冠状动脉粥样硬化性心脏病?
- (3) 低血压状态
- (4) 急性呼吸衰竭
- (5) 双肺陈旧性肺结核

诊疗经过:患者入院后,立即给予吸氧、补液扩容、升压等治疗,急诊完善相关临床生化检验。N末端B型钠尿肽前体:NT-proBNP 107.00pmol/L,急诊心肌酶示:Hcy933.87 μ mol/L肌钙蛋白:阴性。急诊血气分析示:PH:7.21 P 02:84mmHg,PCO2:28 mmHg

K 5.8mmol/L Na:127 mmol/L;HCO316.6mmol/L。BE:-3.4mmol/L。肝肾功能:未见明显异常,D二聚体(阴性)电解质示:K5.8mmol/L Na:128 mmol/L;HCO320.2mmol/L。急诊主肺动脉CT平扫+增强+三维重建+成像(1)肺动脉干增宽;肺动脉干、双侧肺动脉、双侧肺动脉段分支未见明显异常征象,(2)双肺上叶及双肺下叶背段影像改变,考虑陈旧性肺结核,(3)双肺下叶后基底段及外基底段多发结节,建议抗炎治疗后复查排除外结核,(4)双侧局部胸膜增厚、粘连。主动脉CT:未见明显异常。患者入院第二天在治疗过程中于夜间出现发热(T:39.1℃)烦躁、血氧饱和度及血压测不出,呼吸25次/分,心率140次/分。立即给予高流量吸氧、(甲强龙)平喘、补液、升压、降温等治疗后病情稍减轻。急查纤溶三项示:D-二聚体:4.34ug/mL AT-III40.6L,FDP:17.11ug/mL,急诊血生化示:PCT:756ng/mL CRP:113.6mg/L,CK:397U/L。尿常规示:KET:2+。经治疗后,患者在吸氧状态下SP02:95%,每天尿量约1500~2200ml。但血压不稳定(多巴胺10~15ug/min/kg微量泵入)。反复多次复查心电图示:(1)窦性心动过缓;(2)Q波异常;(3)右心室肥厚。T波双向(V1,V2,V3)。再次复查心肌酶谱示:心肌酶学筛查(六项):Hcy926.84 μ mol/L,肌钙蛋白:阴性。急诊床旁心脏彩超示:(1)升主动脉增宽。(2)右房、右室增大,三尖瓣少量反流,右室前壁增厚。(3)肺动脉增宽,肺动脉瓣少量反流(估测肺动脉收缩压50mmHg)。(4)下腔静脉内径约23mm,塌陷率<50%,TAPSE:16mm。腹部彩超示:肝、胆、胰、脾、双肾声像目前未见明显异常。患者病情重,经持续补



液、扩容及升压等治疗血压不稳定。患者“低血压”原因不明确。且病情呈进行性加重状态，如不能及时准确确诊病因，将严重威胁患者预后。再次详细追问患者病史，患者入院前无外伤、烧伤、高温作业、呕吐、腹泻等病史，无感染、服用中草药、水田劳作及蛇虫咬伤史。患者入院3天后“低血压”原因尚不能明确。期间患者病情加重，反复请呼吸科、重症医学科等相关科室会诊指导诊治，但效果不理想。再次回顾患者病史，患者既往有“肺结核”病史11年余。入院时外院及我院肺部CT提示：双肺陈旧性肺结核。因患者持续处于低血压状态，且经补液、升压、扩容等效果不理想，结合患者既往有“结核”病史，故患者不排除“爱迪生氏病”于是给患者行肾上腺增强CT，结果示：双肾上腺钙，右侧肾上腺萎缩，左肾上腺增粗，考虑结核可能。

2 治疗与转归

结合患者病史、临床表现及肾上腺CT，目前患者诊断基本明确为“爱迪生氏病”，立即给予患者调整治疗方案。首先，给予患者抽血完善血浆皮质醇激素及血浆ACTH激素水平。其次，积极静脉滴注氢化可的松100mg，然后每6h静滴50~100mg，24h补充约400mg。24h后患者病情基本得以控制，血压稳定在120/136/64~72mmHg之间。（无需多巴胺维持），调整氢化可的松减至50mg，每6小时1次，在第4~5天后减至维持量。8小时后患者检验结果示：血浆皮质醇：1.84 μ g/dl 血浆ACTH：359.29pg/ml。肾素测定：

64.46pg/ml。支持“爱迪生氏病”。经治疗一周后，患者病情平稳，顺利康复出院。院外嘱患者继续给予口服“醋酸泼尼松”10mg/d，一周后抽血复查血浆皮质醇激素及血浆ACTH激素水平，根据激素水平调整口服药物剂量。

3 讨论

原发性肾上腺皮质功能减退症(adrenal insufficiency, AI) 又称“爱迪生氏病”。因双侧肾上腺皮质破坏，导致肾上腺糖皮质激素和盐皮质激素分泌缺乏引起。在我国主要由肾上腺结核感染所致，约占60~80%^[1]。肾上腺结核导致双侧肾上腺组织包括皮质和髓质破坏严重，常常超过90%^[2]。肾上腺皮质3层结构消失，代以大片的干酪样坏死、结核性肉芽肿和结节，残存的肾上腺皮质细胞呈簇状分布，继而出现纤维化病变，故肾上腺钙化较常见，约50%的患者有肾上腺钙化、萎缩和肿胀。肾上腺结核不仅影响束状带和网状带同时也影响球状带，此外还影响髓质。因此，糖皮质激素、肾上腺性激素和盐皮质激素同时缺乏。糖皮质激素即皮质醇缺乏可引起乏力、倦怠、食欲减退恶心和体重下降以及应激能力下降等。盐皮质激素缺乏可引起机体丢钠增多，体液丢失，血容量下降、体位性低血压低血钠、高血钾和^[3]轻度代谢性酸中毒；此外糖皮质激素对儿茶酚胺“允许”作用减弱，心搏量和外周阻力下降，进一步加重体位性低血压。因此肾上腺结核所致肾上腺皮质功能减退主要临床特点是：低血压和低血容量^[4]。因该病起病隐

匿各种临床表现在很多慢性病都可见到,临床表现不典型误诊率较高。在应激(外伤、感染等)时容易产生肾上腺危象。典型的临床表现以及血尿常规和生化测定可为本病的诊断提供线索,但确诊依赖皮质醇与ACTH的实验室检查。实验室诊断标准:1、血浆皮质醇 $\leq 3 \mu\text{g/dl}$ 可确诊^[5]血浆皮质醇 $\geq 20 \mu\text{g/dl}$ 可排除本症2、血浆ACTH:原发性肾上腺皮质功能减退症中血浆ACTH显著升高,总皮质醇在正常范围,血浆ACTH也常 $\geq 100\text{pg/ml}$ 。肾上腺结核患者除血浆皮质醇和血浆ACTH可发生改变外CT可发现肾上腺钙化病变。对于不明原因的休克或昏迷患者应注意询问有无肾上腺皮质功能减退的病史和检查有无色素沉着的体征,并进行血电解质、血糖、血气、皮质醇和ACTH等测定;心电图可示低电压,T波低平或倒置,P-R间期与Q-T时间可延长。

4 小结

A1:起病隐匿,早期临床表现多样化,缺乏特异性,非专科或缺少经验的医生常难以及时识别,临床上易造成误诊、漏诊而导致严重后果。因此只要怀疑有A1可能,无需等待检验结果,可立即予激素替代治疗^[6]。肾上腺结核患者在应用糖皮质激素后可能会使结核出现扩散。在行抗结核治疗用药前应考虑其对糖皮质激素的影响。利福平为经典的三联抗结核药物之一,该药可促进皮质醇氧化为6-羟皮质醇^[7-8],导致皮质醇的半衰期会缩短,此时应加大糖皮质激素的剂量,以防肾上腺危象发生。本病例阐述了肾上腺结核导致肾上腺皮质功能减退诱发肾上腺危象救治的基本过程。结合相关文献资料分析AI的临床表现、诊断及治疗,

分析了误诊或漏诊的基本原因,为A1的防治提供了参考。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献:

- [1] 葛红雨,王忠民.爱迪生综合征辨治浅析[J].中医学报,2022,08-1615-04.
- [2] 罗景梅,杨中策,潘俐等.免疫检查点抑制剂所致内分泌不良反应处理流程研究进展[J].解放军医学杂志,2021,46(2):200-206.
- [3] 郑鹏杰,张少玲.肾上腺皮质功能减退症的诊治现状[J].内科急危重症杂志,2019,25(01):73-79.
- [4] 张宇1于会宁1王林1李新1潘金彬2等.肾上腺危象研究进展[J]中华老年病研究电子杂志2021年2月第8卷第1期.
- [5] 林果为,王吉耀,葛均波,等.实用内科学[M].15版.北京:人民卫生出版社,2018:22052219.Lin GW,Wang JY,Ge JB,et al.Practical internal medicine[M].15th ed.Beijing:People's Medical Publishing House,2018:22052219.
- [6] 中华医学会内分泌学分会免疫内分泌学组.免疫检查点抑制剂引起的内分泌系统免疫相关不良反应专家共识(2020)[J].中华内分泌代谢杂志,2021,37(1):11-6.
- [7] 卢亚南,李伟,李玉秀等.抗结核治疗中诊断Addison病1例报告并文献复习[J].中国实用内科杂志,2020,40(5):438-440.
- [8] 廖二元.内分泌代谢病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2012:668-678.