DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.01.021

糖尿病合并神经性厌食

（附一例报告）

叶绍珍

（第一附属医院 内分泌科）

糖尿病合并神经性厌食国外罕见，国内未见报告。今报告一例并对有关问题进行讨论。

女 20岁，未婚。79年起明显多食多尿多饮，渐消瘦。父母常责骂其多食，遂控制饮食，此后情绪低落。81年9月停经后渐有恶心、呕吐、厌食症状出现，卧床不起。我院查血糖372mg/dl，尿糖(卅)，尿酮(+)，于83年5月入院。病人系足月顺产，幼年发育正常。父母非近亲结婚，但感情不睦。15岁初潮，周期正常，现停经2年。性格内向。身高143cm，体重26kg。营养极差，骨瘦如柴，发萎黄，腋、阴毛少，乳房稍隆起，甲状腺不大。舟状腹，扪及肠型，下肢不肿，神经系统检查正常。外阴发育差，子宫大小正常。钡餐、胃液分析、头颅胸片、血尿淀粉酶、胰功肽、肝功、蛋白电泳、AKP、CPK、LDH、GOT、血沉、抗"O"、粘蛋白、血脂、钙、磷、BUN、BCr、血尿常规、B超、肝扫描均正常，甲胎蛋白(-)。脑脊液糖176mg，余正常。T_4 7 μg/dl，T_3 0.7ng/ml，TSH1.6μIU，RAIU正常。尿24小时17KS4.9mg，17-OHCS11.6mg，VMA10.3mg。血皮质醇8AM:37μg/dl，4PM 44μg/dl，12PM34μg/dl。血钾钠偏低，血氯及CO_2-CP正常。入院后按糖尿病酮症治疗，每日静滴胰岛素30$^{\pm}$u，3日后尿酮消失，血糖150～200mg/dl间，病情稳定。但病人基本不食，饭车推入病房开始恶心呕吐，其父强迫可进食各种食物，其父走后随即吐出；喜贮藏食物，即使发霉，不愿倒掉；关心自己能否结婚。由于基本不食，每日靠输液维持。肌注及口服胃复安、猴头菌片、胃酶、胰酶、谷维素、赛庚定、强地松、中药及肌注苯丙酸诺龙等均无效；曾鼻饲要素饮食，但病人多次拔管；输液因周边静脉阻塞无法继续，体重下降至18kg，被迫行全静脉营养治疗以挽救病人生命。每日热量1350卡，糖288g，胰岛素52u。在长达半年治疗中，糖尿病病情稳定。共查血糖80^{+}次，血糖在150～200mg/dl间，尿酮未再出现。经一年观察，诊为糖尿病合并神经性厌食，医护人员常与病员谈心，增强战胜疾病信念；为其烹调可口饮食，劝导其进食，并使用安米替林口服，病情好转，体重增加，住院一年步行出院。随访7月，仍使用胰岛素，食欲及精神、情绪尚好。

讨 论

自1689年Morton[1]首次报告神经性厌食病例以来已约300年。西欧国家多见。Crisp发现女学生中发病率约1/200；Nylander[2]发现节食在18岁时达顶峰；英国至少有一万名严重病人，其死亡率为25%[3]。本症特征是对身体体型比例认识错误，即使体重已低于常人，仍极度担心发胖，从而采取节食、人工呕吐、滥用泻药[4]、饮含热量极低饮料[5]、进行激烈活动等手段减重。Feighner[6]等认为其诊断标准为：发病年龄小于25岁；体重下降原体重的25%以上；厌食及反常进食行为；无其它可解释厌食与消瘦的疾病；停经等。

本例糖尿病诊断明确。但厌食、恶心、呕吐、极度消瘦等主要症状不能单纯用糖尿病解释。经一年观察，可除外恶性肿瘤、胶元纤维疾病、淋巴瘤、白血病、甲亢。病人无水泻，胃酸度正常，可除外VIP瘤；虽有停经、腋阴毛少、消瘦，但甲状腺、肾上腺皮质功能无减低，服强地松病情无改善，可除外糖尿病合并垂体前叶功能减退；虽脂肪萎缩、极度消瘦，但无肝脾大、高脂血症及抗胰岛素现象，可除外脂肪萎缩型糖尿病；无特殊皮损、腹泻，可除外胰升血糖素瘤。胃镜检查有慢性胃炎，但不能解释全部临床症状。故神经性厌食之诊断可肯定。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

营养不良及神经精神紊乱均可导致停经。80%在明显体重减少前即已停经[6]。停经常使病人极度忧虑，从而加重病情。故有人建议递次使用黄体酮、克罗米芬直至h-MG或h-CG以促排卵[6]。但体重过低很难奏效，故本例未予治疗。

由于长期营养不良常伴下丘脑-垂体功能紊乱。Fichter[7]等发现本症处于极期时LH分泌呈婴儿型，血皮质醇却明显升高，节律紊乱。本例皮质醇值与Fichter观察一致。

神经性厌食者情感自相矛盾，兴奋、失眠、抑郁，停经又加重上述症状，最后可能自杀死亡[5]，可误诊为抑郁性精神病。本例以厌食起病，病程延续一年，无环性发作，无典型情感性精神病症状，故可鉴别。

糖尿病合并神经性厌食罕见，国外亦只有少数病例报告。Bruch、Nalkin各报告1例。Fairburn[8]等报告3例，1例最低体重38.2kg。Gomez等报告2例：1例先有神经性厌食，4年后发现糖尿病；1例9岁患糖尿病，15岁时厌食，反复发作低血糖，16岁时发现死于床上。Roland[2]报告3例均有低血糖发生，1例曾发生酮症酸中毒昏迷；1例8岁患糖尿病，20岁发生神经性厌食，22岁有肾及眼并发症。本例16岁患糖尿病，因父母责骂而节食，18岁停经后渐出现典型神经性厌食症状，而糖尿病病情相对稳定，与文献中多数报道一致；但消瘦更为严重，体重仅18kg，严重厌食被迫行全静脉营养长达半年，文献中尚无报道。

两病并存罕见原因有认为糖尿病发病早，症状明显，病人常处于医疗监督之下故不易发生。但有学者认为两病并存实际并非罕见，因糖尿病需饮食调节，病人父母易将异常习惯误为治疗措施；病人处于青春期，有各种生理及心理变化，易引起情绪紊乱；出现厌食、停经、消瘦等症状时，又常以糖尿病解释。故对糖尿病少女，应警惕并发神经性厌食。

长期饥饿可导致严重后果。体重下降5～10%对成人机体可能尚无显著损害；若体重下降35～40%则难于维持生命。5～20%病人可能因低钾或水分过多造成肺水肿，发生心跳骤停或心衰而死亡。合并糖尿病更加重代谢紊乱，使重要器官功能降低而促进死亡。

两病并存应两病同治。使用胰岛素等积极治疗糖尿病同时，应对病人精神状态、思想顾虑作调查研究，消除病人疑虑，增强战胜疾病信念，参加各种有益活动；按照病人喜好烹调食物，注重营养、鼓励进食，再辅以各种药物治疗，方能收效。Vandereycken[9]等曾用多巴胺能受体阻滞剂哌咪清效果良好。本例用阿米替林也有一定效果。本例严重厌食，体重下降53%，濒于死亡，全静脉营养挽救了病人生命。故在严重病例，该疗法亦不失为一紧急抢救措施。

（本文承冯刚教授指正，特此志谢）

参考文献

1. Alexander L: Toward the understanding of Anorexia Nervosa as a disease entity. Mayo Clin Proc 1981; 56(4):254

2. Schleimer K: Anorexia Nervosa. Nutr Rev 1981; 39:99

3. Crisp AH: Regular Review: Anorexia Nervosa. Brit Med J 1983; 287:855

4. Roland JM, et al: Anorexia Nervosa occurring in patients with diabetes mellitus. Postgraduste Med J 1982; 58:354

5. Sowrs JA: Case reports of Anorexia Nervosa and Caffeinism. Am J Psychiatry 1983; 140(2):235

6. Eisenberg E: Toward an understanding reproductive function in Anorexia Nervosa. Fertility and Sterility 1981; 36:543

7. Fichter MM, et al: Behavior, attitude, nutrition and endocrinology in Anorexia Nervosa. Acta Psychiatr Scand 1982; 66:429

8. Fairburn CG, et al: Anorexia Norvosa in Diabetes Mellitus. Br Med J 1980; 280:1167

9. Vandereycken W, et al: Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of Anorexia Nervosa. Acta Psychiatr Scand 1982; 66:429

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net