

# 1 例误诊糖尿病致药物性低血糖昏迷的抢救教训

马彬 陈超

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词:糖尿病;并发症;药物性低血糖昏迷;抢救;误诊

中图分类号:R

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0058-01

患者,男,65岁,农民,因口渴、夜尿多1个月,在当地诊断为糖尿病。入院前3d开始服用D<sub>860</sub>降糖治疗,每次0.5g,饭前半小时服用,每日3次。入院当天晚上突然出现神志不清,抽搐,口吐泡沫,于2003年1月12日晚10时入院。向家属询问病史,急查血常规、二氧化碳结合力、肝肾功能、血电解质、头颅CT均正常,指尖血糖1.9mmol/L,立即静注50%葡萄糖20mL,后以10%葡萄糖静点,患者渐转清醒。2h后再次昏迷,急查指尖血糖1.6mmol/L,静注50%葡萄糖20mL,继以10%葡萄糖维持,患者出现躁动,未转清醒,后又昏迷。第2日清晨抽血急查血糖1.14mmol/L,立即又静注50%葡萄糖液40mL,辅以减轻脑水肿、营养脑细胞、补糖等治疗,不久患者神志转清醒。以后观测血糖每2h1次,一直在2.0~3.0mmol/L之间波动,中途再推注50%葡萄糖2次,并鼓励患者进食,下午血糖基本稳定。次日查空腹血糖及OGTT

均正常,排外糖尿病诊断为D<sub>860</sub>致严重低血糖昏迷。

从这一病例我们可以吸取以下几点教训:(1)糖尿病不能凭一二次血糖增高而确诊,一定要排除一些干扰因素诊断明确之后合理选择服药,开始期间应监测血糖。(2)出现严重的低血糖昏迷应立即抢救,首选静注50%葡萄糖30~50mL,这样能在5min之内将血糖从<1mmol/L,提高到12.5mmol/L<sup>[1]</sup>,使神经低血糖症状迅速清除。如昏迷时间过长,引起脑水肿,预后差。严重者导致植物人,死亡率高。(3)D<sub>860</sub>虽为第一代磺酰脲类快速短效剂,但导致低血糖后维持时间较长,在抢救过程中要不断监测血糖,并鼓励患者进食,才能及时完全纠正低血糖。

### 参考文献

[1]何戎华.糖尿病现代诊疗[M].南京:江苏科学技术出版社,2000.336

(收稿日期:2003-03-25)

# 尿毒症肺 10 例误诊分析

黄显丰

(山东省济宁医学院附属金乡医院 济宁 272200)

关键词:尿毒症肺;误诊分析

中图分类号:R 563.9

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0058-02

尿毒症肺是尿毒症的常见并发症之一,其发生率可达50%~70%。本人收集我院1999年1月~2001年9月间住院的尿毒症患者61例,符合尿毒症肺者30例,占45.9%,其中10例曾先后在院内外误诊,现就其误诊原因作简要分析。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 误诊的10例尿毒症肺病人中,男6例,女4例;年龄20~72岁,平均年龄47.3岁;原发病慢性肾炎1例,高血压病3例,糖尿病2例,慢性肾盂肾炎1例,紫癜性肾炎2例,原因不明1例。

1.2 呼吸系统表现 症状:咳嗽、咳白痰6例,呼吸困难2例,咯血1例。体征:肺部干性罗音5例,湿性罗音3例,哮鸣音3例,呼吸音粗2例。X线表现:(1)肺瘀血型:两肺门阴影增大、模糊,肺纹理增多3例,占30%。(2)肺泡性肺水肿型:双肺呈广泛小片状或大片状阴影,边缘模糊,密度不高,可融合成片4例,占40%。(3)间质肺水肿型:肺门阴影增大,边缘不清,出现KerleysA线和B线,两下肺纹理增重、模糊2例,占20%。(4)胸膜炎型:出现外高内低的弧形阴影1例,占10%。化验室检查:BUN 16.5~35.5mmol/L,Cr 455.2~754.2mmol/l。

1.3 其他表现 高血压、心脏扩大、肝功能损害、蛋白尿、少

尿、无尿、贫血、昏迷、皮炎、水肿、电解质紊乱等。

1.4 误诊 慢性支气管炎6例,支气管哮喘2例,心衰2例。

### 2 讨论

尿毒症肺发生机制尚未明确,代谢产物的贮留、肺毛细血管免疫性损伤、贫血等为发病的重要因素。其中血液中胍类代谢产物的蓄积及多肽等中分子物质的贮留可能起主要作用,它与左心衰引起的肺水肿不同,强心利尿效果不明显。

2.1 误诊原因 该病常以呼吸道症状就诊,引起误诊原因较多,主要有以下原因:

2.1.1 采集病史不细致,致使相关病史被遗漏。本组1例20年前患紫癜性肾炎,以呼吸困难就诊,入院后反复询问病史,细致查体及结合临床表现才明确诊断,故对可疑病人应反复询问病史,即使若干年以前的病史也不应遗漏。

2.1.2 缺乏对本病的警惕性。对现已出现的症状只考虑常见的病因,如支气管哮喘、心衰,忽视了慢性肾病对呼吸系统影响,没有做必要的检查。本组1例反复发作,误诊为支气管哮喘达3年之久,长期治疗无效,经肾功能检查后确诊,治疗10余天,症状缓解出院,如果能警惕到尿毒症肺的发生,误诊是可以避免的,既往没有慢性肾病等致肾功能不全也应警惕。

2.1.3 对本病的症候群认识不足。只看局部,缺少对本病全

# 危重新生儿伴低钠低钙血症 30 例临床分析

石菊红

(浙江省宁波市妇儿医院 宁波 315010)

关键词: 危重新生儿; 低钠血症; 低钙血症

中图分类号: R 591

文献标识码: B

文章编号: 1671-4040(2003)04-0059-01

我院监护病房于 1998 年 10 月~2001 年 10 月收治危重新生儿伴低钠低钙血症 30 例, 分析如下:

## 1 一般资料

男 19 例, 女 11 例; 早产儿 16 例, 足月儿 14 例; 出生体重, 1 000~1 500g 4 例, ~2 500g 16 例, ~4 000g 10 例; 出生 ~24 h 8 例, ~3 d 11 例, ~7 d 7 例, ~28 d 4 例; 自然分娩 14 例, 剖腹产 8 例, 头吸助产 5 例, 产钳助产 3 例; 窒息史 21 例, 其中轻度窒息 12 例、重度窒息 9 例。危重新生儿的诊断标准按照全国儿科重症疾病急救学术研讨会的诊断标准。

## 2 原发疾病

呼吸衰竭 18 例(合并肺炎 8 例, 心衰 4 例, 败血症 3 例, 肺出血 2 例, 重度硬肿症 1 例), 先天性心脏病伴心衰 4 例, 缺氧缺血性脑病 2 例, 颅内出血 2 例, 休克 2 例, 化脓性脑膜炎 1 例, 多脏器功能衰竭 1 例。

## 3 临床表现

除具有原发疾病的表现外, 同时伴有低钠低钙的症状和体征, 如面色苍白、发绀、四肢发冷、呼吸暂停、烦躁不安、抽搐、昏迷、心音低钝、心动过缓等。

## 4 实验室检查

所有患儿均取静脉血进行电解质检查, 其中血钠 <120mmol/L 16 例, 120~130mmol/L 14 例, 血钙 <1.5mmol/L 12 例, 1.5~1.75mmol/L 18 例。

## 5 治疗和转归

治疗原发疾病, 如供氧、气管插管人工呼吸、抗炎、血管活性剂、纠酸、利尿、脱水剂、输血等, 同时纠正低钠低钙。轻度低钠 120~130mmol/L 予 2/3 张液体或等张液体静滴, 血钠 <120mmol/L 补等张液体或 3%氯化钠 (3%氯化钠 12mL/kg 可提高血钠浓度 10mmol/L), 一般在 4~6h 内补给, 也可根据病情及电解质复查来调整血钠浓度, 多数 2~3d, 最长 7d 临床症状好转, 血钠测定恢复正常。对稀释性低钠采用限水、利尿、脱水及补钠的原则。低钙的治疗, 轻度低钙予 10%葡萄糖酸钙 1~2mL/kg 加入 10%葡萄糖 10mL 中静滴, qd, 2~3d 可恢复正常, 重度低钙予 10%葡萄糖酸钙 2mL/kg 加入 10%葡萄糖

面分析, 查体不细致, 致使阳性体征漏查。尿毒症肺的临床表现早期不明显, 随病情的进展而出现咳嗽、呼吸困难等, 难以与呼衰、心衰鉴别。但相应治疗效果差, 且大多伴尿毒症的其它表现, 如贫血、皮炎, 把它们联系起来综合分析, 不难得出正确诊断。

2.1.4 临床表现未能与辅助检查相结合, 在没有进一步检查的情况下轻易下结论, 甚至仅凭主观臆断下结论, 否认辅助检查结果。本组 6 例病人蛋白尿, 能与临床表现结合的话, 也可减少误诊的发生。

2.1.5 就尿毒症肺本身而言, 起病缓慢, 缺乏相应病史, 临床

糖 10mL 中静滴, q12h, 一般 5~10d 可恢复正常。

## 6 讨论

危重新生儿致低钠血症的原因: (1) 由于新生儿严重感染、休克、缺氧、中枢神经系统疾病等引起脑损伤, 可直接或间接刺激下丘脑 - 神经垂体轴, 致抗利尿激素分泌增加, 抗利尿激素作用于肾脏远曲小管和集合管, 使水分重吸收增加, 另外肾脏发育不成熟, 浓缩稀释功能差, 而致稀释性低钠<sup>[1]</sup>。(2) 严重感染中毒缺氧和酸中毒引起肺小血管收缩, 使肺循环压力上升, 致左心房回心血量减少和右心房压力急速上升, 后者使心钠素 (ANP) 分泌异常增加, ANP 能使肾脏对钠的吸收减少和排钠增加。(3) 摄入不足, 如禁食、呕吐、胃肠引流等及利尿剂、脱水剂的使用和输入非电解质过多。低钙血症的原因: (1) 危重新生儿由于严重缺血缺氧致甲状旁腺功能受到抑制和损害, 影响甲状旁腺对血钙的调节, 使血钙下降<sup>[2]</sup>。(2) 病情危重时组织细胞严重缺氧缺血可激活钠钙交换蛋白, Na<sup>+</sup>/Ca<sup>2+</sup> 交换增多, 钙通道开放导致钙离子向细胞内流。(3) 早产儿、低体重儿存在功能性甲状腺功能减低, 同时钙储存不足, 以及出生来自母体钙的供应中断和因疾病未能进食, 易出现低血钙。(4) 碳酸氢钠在纠正酸中毒时, 易使血钙下降。

所以, 危重新生儿因多种原因很容易出现低钠低钙, 而低钠低钙血症缺乏特异症状和体征, 常被忽视。故在抢救危重新生儿时, 除积极治疗原发疾病外, 同时应警惕低钠低钙血症的出现。对危重新生儿入院时要作电解质常规检查和随时复查, 一旦存在低钠低钙血症者应及时补充。本组病例中血钠 <110mmol/L 及血钙 <1.3mmol/L 提示预后差。在用碳酸氢钠纠酸时易出现低血钙, 建议碳酸氢钠的治疗最好在补充钙剂之后。

## 参考文献

[1] 金献江. 危重新生儿与血钠关系的探讨[J]. 新生儿科杂志, 1997, 12 (6): 276  
[2] 李永昶. 小儿内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版, 1992. 233

(收稿日期: 2003 - 03 - 07)

表现不典型, X 线表现缺乏特征性也是造成误诊的原因。总之, 造成误诊的原因是多方面的, 只要养成认真细致的工作作风, 树立科学的工作态度, 提高对本病的认识, 误诊是可以避免的。

2.2 治疗与转归 本病的治疗关键是治疗原发病, 改善肾功能, 降低 BUN、Cr, 肺部体征在治疗后大多随肾功能的改善而好转或消失。本组 10 例病人行血透治疗 5 例, 死亡 1 例, 自动出院 2 例, 好转出院 2 例。死亡的主要原因为尿毒症晚期造成的肺间质纤维化、多脏器损害及电解质紊乱。

(收稿日期: 2003 - 03 - 11)