

糖尿病酮症酸中毒 19 例救护体会

王朋波¹ 董向阳²

(1 山东省乳山市人民医院 乳山 264500; 2 山东省乳山市康宁医院 乳山 264500)

关键词:糖尿病酮症酸中毒;抢救;护理

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0033-02

糖尿病酮症酸中毒是糖尿病的急性并发症,也是内科常见的急症之一,其死亡率可达 3%~5%。我院内分泌科自 2002 年 7 月~2003 年 1 月共收治 19 例,除 1 例病情严重死亡外,其余都康复出院。现将救护过程报告如下:

1 临床资料

19 例患者中,男 8 例,女 11 例;年龄 36~73 岁,平均年龄 53.5 岁;1 型糖尿病 5 例,2 型糖尿病 14 例;胰岛素治疗自行减量不当 4 例,治疗中断 6 例,饮食不当 3 例,呼吸道感染 4 例,腹泻 2 例。治疗效果:酮体阴性,主诉症状消失,FPG≤7.0mmol/L、2HPG<7.8mmol/L 12 例 ,FPG<7.0mmol/L、2HPG<11.1mmol/L 6 例,死亡 1 例。

2 救护措施

2.1 安置患者 接诊患者后,立即安置于抢救室内,保持呼吸道通畅,吸氧,保持患者安静。

2.2 补液 糖尿病酮症酸中毒时,常有重度脱水,使组织微循环灌注不良,胰岛素不能有效进入组织间液而发挥生化效应。因此在抢救时,输液是最关键的措施。19 例患者均首选生理盐水及林格氏液。其中 15 例患者在抢救的头 24h 按体重

1.3 统计学处理 用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。

2 结果

2 组治疗结果见表 1。治疗组 15d 和 21d 后分别与对照组比较积分值,15d 时, $t = 4.35$ $p < 0.01$;21d 时 $t = 4.83$, $p < 0.01$,2 组分值有显著差异。

表 1 2 组神经功能缺损评分结果 ($\bar{X} \pm S$)

	例数	治疗前	治疗 15d	治疗 21d
治疗组	49	23.7±5.5	10.4±6.2*	6.7±4.9*
对照组	45	22.9±5.2	16.3±7.4*	12.8±6.9

注:* 与对照组比较, $p < 0.01$ 。

3 讨论

急性脑梗死是中、老年人常见多发病之一,致残率高。急性脑梗死发生后,缺血微循环障碍, β -内腓肽浓度增加,造成神经元的损伤及细胞毒,对感觉神经元的传入通路及运动神经元的传出通路均有影响,而导致偏瘫,甚至昏迷^[1]。一般认为纳络酮通过拮抗阿片受体而减轻 β -内腓肽所产生的病理反应来治疗脑梗死。同时,纳络酮可直接作用于神经细胞,通过抑制蛋白水解,稳定溶酶体膜,抑制脂质过氧化,稳定细胞膜对 Ca^{++} 的通透性,增加 C_{AMP} 的含量等,改善细胞水平的代谢,并有抑制兴奋性氨基酸的作用^[2],降低自由基损伤^[3],降低血管流变学中血粘度多项指标^[4]。因而对急性脑梗死治疗有效。纳络酮作用特点为:(1)疗效好,起效快;(2)有催醒

的 10%液体量补液,速度为先快后慢。头 2h 输入液体量为 1~2L,以后每 4~6h 输入 1L;4 例患者因合并冠心病而减慢输液速度为 60 滴/min,并减少输液总量;9 例患者给予开放 2 条静脉通道,确保在补液的同时,保证胰岛素的输入。患者血糖在 13.8mmol/L 以下时,即改用 5%葡萄糖盐水。

2.3 应用胰岛素 小剂量胰岛素治疗有简便、有效、安全等优点,较少引起脑水肿、低血糖、低血钾等,可使血糖稳步下降。19 例患者先按每千克体重 0.3U 普通胰岛素作为首次负荷量静脉给药,然后按 0.1U/(kg·h) 速度持续静脉点滴。在治疗过程中,每 1~2h 监测血糖、尿糖、酮体定性,并根据测定指标调整胰岛素用量。

2.4 纠正酸中毒 纠正酸中毒不宜过早、过快。19 例患者中有 13 例患者在补液和应用胰岛素治疗后,由于肝酮体产生停止,原堆积的酮体参加三羧酸循环,氧化产生碳酸氢盐使酸中毒症状自行消失。有 5 例患者因血 pH<7.1, $Co_2CP \leq 8.9mmol/L$,酸中毒严重,因此我们给予 5%碳酸氢钠 125mL 缓慢静脉滴注,结果使酸中毒症状明显改善。

2.5 补钾 糖尿病酮症酸中毒患者在酸中毒纠正前,钾离子

作用;(3)神经损伤迅速改善,肌力恢复 1~2 级以上。有人主张,早期足量持续用药是治疗成功的关键^[5]。本组研究用纳络酮治疗急性脑梗死,在 15、21 d 均取得了较好的疗效。丘玉桃等报道,使用纳络酮加脉络宁治疗急性脑梗死 30 例,治愈率及总有效率均显著高于对照组,24h 内用药,总有效率达 100%^[6]。笔者体会到,早期用纳络酮治疗,对减轻致残,促进患者恢复,对基层不具备溶栓条件和超过溶栓时间窗、重症脑梗死均有较好疗效。纳络酮可出现恶心、呕吐、血压升高、心律失常及肺水肿等副作用,但本组病人仅 4 例出现恶心、呕吐,经减慢给药速度,症状缓解,不需终止治疗。

参考文献

[1]陶艳华,陶表华.纳络酮的应用现状[J].实用临床医学,2001,6(2):封二
[2]张虹桥.盐酸纳络酮治疗急性重症脑梗死患者的疗效观察[J].临床神经病杂志,2000,13(4):253
[3]孟庆林.纳络酮拮抗乙醇中毒作用机理探讨[J].中国急救医学,1996,16(3):2
[4]全元章.纳络酮治疗脑梗死的疗效研究[J].中国实用内科杂志,1995,15(5):30
[5]胡庆之.纳络酮治疗脑梗死的现状与展望[J].中国急救医学,2000,20(2):3~6
[6]丘玉桃.纳络酮加脉络宁治疗急性脑梗死疗效观察[J].临床荟萃,1998,13(1):3

(收稿日期:2003-03-21)

大剂量丙种球蛋白佐治合并严重感染系统红斑狼疮临床观察

郑超¹ 邓晓敏²

(1 江西省抚州市第一人民医院 抚州 334000; 2 江西医学院抚州分院 抚州 334000)

关键词:系统型红斑狼疮;严重感染;丙种球蛋白
中图分类号:R 593.24¹ 文献标识码:B 文献编号:1671-4040(2003)05-0034-01

合并严重感染的系统红斑狼疮(SIE)死亡率极高,常规激素及免疫抑制剂治疗因为发生严重毒副作用或治疗无效而中止。本文采用静脉大剂量丙种球蛋白治疗,取得满意疗效。现报告如下:

1 一般资料

病例选取本院 1997~2000 年收治住院患者共 26 例,男性 4 例,女性 22 例;平均年龄 34.6 岁。全部病例诊断符合 1982 年美国风湿病学会关于 SIE 诊断,14 例严重肺部感染,4 例皮肤感染,3 例真菌性尿路感染,4 例肠道感染,1 例合并肛周脓肿。将 26 例患者随机分为治疗组 14 例,对照组 12 例。

2 治疗方法

全部病例积极抗感染、常规激素及免疫抑制治疗。治疗组加用大剂量丙种球蛋白(成都生物制药研究所生产冻干制剂)、静脉冲击治疗,剂量为 400mg/kg·d¹,连用 3d 之后,每月重复 1 次,共用 3 个月。

3 结果

统计方法:2 组 24h 尿蛋白、C₃、C₄ 及控制感染时间比较进行 *t* 检验,感染控制率比较进行 χ^2 检验。

表 1 2 组临床指标比较

临床指标	对照组	治疗组	<i>t</i>	χ^2	<i>P</i>
24h 尿蛋白/g·d ¹	6.08±1.14	4.02±0.13	8.459		<0.05
C ₃ /g·L ⁻¹	0.51±0.12	0.6±0.20	1.515		>0.05
c ₄ /g·L ⁻¹	0.05±0.02	0.08±0.02	0.002		>0.05
感染控制时间/d	9±3.4	5±3.4	2.692		<0.05
感染控制率(%)	57.14	86.36		3.897	<0.05

从细胞内转移至细胞外,因此血钾可正常或轻度增高。当酸中毒纠正后,钾离子进入细胞内,同时由于血液稀释,细胞容积恢复,又因患者有恶心、呕吐,将发生低血钾,我们自接治患者后即开始静脉补钾。补钾量每小时不超过 1.5g,24h 补钾总量小于 10g,并参考尿量、血钾或心电图调整补钾量及速度。

2.6 做好基础护理 良好的护理是抢救过程中的一个重要环节。由于患者体内血糖、蛋白、脂肪代谢紊乱,抵抗力低下,极易合并肺、皮肤、口腔、泌尿系感染。因此要使患者床铺平整干燥,保持皮肤清洁,定时翻身拍背。对尿失禁或尿留置患者给予留置尿管,并进行会阴护理,每日 1~2 次,及时更换尿管和引流袋,保护口腔清洁卫生,以防细菌繁殖。

3 体会

糖尿病酮症酸中毒患者抢救成功的关键在于治疗途径正确,措施得力,及时有效地补液和应用胰岛素。而 19 例患者中死亡 1 例,原因在于患者 73 岁高龄,且病程长,并发症多,合并严重感染及心、肾衰竭。

糖尿病是一种终身性疾病,急性并发症常威胁患者生命,因此,做好糖尿病患者的早期教育,防止并发症发生、发展是我们的一项长期而艰巨的任务。

2 组比较:治疗组 24h 球蛋白明显下降(*P*<0.05),2 组有显著差异;而 C₃、C₄ 治疗组有所增加(*P*>0.05),但 2 组无显著差异;感染控制时间治疗组明显缩短,控制率明显上升,且 *P*<0.05,2 组有显著差异。治疗组无 1 例死于感染,而对照组 3 例死于感染(于 10d 内)。

4 讨论

丙种球蛋白广泛应用于严重感染性疾病及多种自身免疫性疾病。肾脏方面应用国内外亦有报道^[1],补体、抗体和吞噬细胞三者之一的缺陷均可导致不同程度免疫缺陷^[2],而应用于严重感染的系统感染的系统红斑狼疮,丙种球蛋白的主要作用是中和毒素,抑制抗原代谢和加速单核/吞噬抗原与多种生物学功能。

本组资料显示,治疗组 14 例应用丙种球蛋白后,24h 尿蛋白明显降低,感染控制时间明显缩短,控制率明显升高,无 1 例死亡,与对照组有明显差异;补体 C₃、C₄ 虽有所升高,但无明显性差异。说明丙种球蛋白对系统红斑狼疮近期疗效明显,特别对于感染的控制、死亡率的下降有较好的疗效。因此对于合并严重感染系统红斑狼疮,大剂量丙种球蛋白可使患者安全度过急性感染期,不失为一有效的治疗方法,但远期疗效缺乏系统临床及病理对照。

参考文献

[1]马济民,单剑萍,程威素.静脉丙种球蛋白诊疗重症肾炎[J].肾脏与透析移植杂志,1995,4(6):519
[2]雷杰.静脉应用 IVIG 治疗感染性疾病[J].国外医学·流行病学 感染病学分册,1991,18(4):174

(收稿日期:2003 - 05- 19)

(收稿日期:2003 - 03 - 21)