

老年低血糖昏迷 16例临床分析

吴雪梅

[摘要]目的:旨在减少老年低血糖昏迷的误诊。方法:收集老年低血糖昏迷 16例临床资料,分析其原因、临床表现,及时确诊、漏诊情况及预后。结果:及时确诊者 8例,误诊为脑血管意外 8例,1例因延误诊断时间过长并发心功能衰竭死亡。结论:老年低血糖昏迷临床并不多见,当其出现神经系统症状体征时,易被误诊为脑血管意外。

[关键词] 血糖过少;昏迷;老年病学

[中国图书资料分类号] R 587.3 R 741.041

[文献标识码] A

低血糖昏迷是糖尿病治疗过程中出现的一种严重急性并发症,如不及时抢救,长时间的低血糖昏迷将会导致患者死亡。由于其在临床上不甚常见,且在老年人群中又多患有心脑血管疾病,故老年人出现低血糖昏迷于初诊时,极易被误诊为脑血管意外^[1,2],以致贻误抢救时机,严重者将导致患者死亡。1996年6月~2005年6月,我院收治 16例老年低血糖昏迷,现作总结。

1 临床资料

1.1 一般资料 16例均为入院前发病,男 10例,女 6例;年龄 65~88岁。有明确糖尿病史 14例,病程 10~25年,无明确糖尿病史 2例。合并高血压 10例,冠心病 13例;既往有脑血栓史 5例,脑出血史 2例,脑动脉硬化史 9例,合并糖尿病肾病 7例。发病原因:因其它疾病如急性肠胃炎、发热等导致食欲缺乏、进食减少而降糖药或胰岛素未减量 14例,在社区诊所或私人诊所测血糖轻度升高或偶高而未经确诊为糖尿病自购消渴丸口服所致者 2例。初诊时误诊为脑血管意外 8例,因延误诊断时间过长后死亡 1例。

1.2 临床表现 16例均有意识障碍,嗜睡 10例,浅昏迷 4例,中度昏迷 2例,伴有强直性抽搐 1例,运动性失语 7例,伴有偏瘫体征者 6例,单侧椎体束征 5例,双侧椎体束征 6例。

1.3 诊治经过 首诊时急查血糖者 8例,血糖为 $0.75 \sim 1.2 \text{ mmol/L}$,立即予以 50%葡萄糖注射液 40~60 ml 静脉注射,患者神智有好转,遂确诊为低血糖昏迷,继予以 10%葡萄糖注射液 250 ml 静脉持续滴注,患者神经系统症状、体征渐改善、消失;另 8例初诊为脑血管意外,急查头颅 CT 无明显异常或未见活动性病灶。经仔细询问病史后,了解有糖尿

病病史并不合理应用降血糖药物或伴发其它导致低血糖的因素存在,测血糖为 $0.82 \sim 1.13 \text{ mmol/L}$,才确诊为低血糖昏迷,立即予升高血糖处理,患者神智、言语障碍、偏瘫等症状、体征渐消失。其中 1例中度低血糖昏迷合并冠心病患者因贻误时间过长,后并发心功能衰竭经抢救无效死亡。

2 讨论

2.1 低血糖昏迷机制 葡萄糖是维持大脑正常功能的主要能源,由于脑组织中无葡萄糖的储备,脑细胞代谢所需的能量几乎完全依赖血糖的供给,因而大脑对低血糖非常敏感^[3]。低血糖症对机体的影响以神经系统为主,尤其是自主神经和脑组织^[4]。低血糖初期表现为自主神经症状,如心悸、烦躁、饥饿、无力等,严重者大脑皮质受到抑制,患者可出现昏迷。低血糖昏迷出现局灶性神经症状、体征的理论基础目前认为:由于脑代谢完全依赖血糖水平,当血糖降低到某一临界水平时,便对神经系统产生抑制作用,临床上表现相应的局灶性症状和体征,当低血糖纠正后,受抑制的神经功能迅速恢复正常,相应的局灶性神经症状和体征也随之消失,神经系统的选择性易损是发生低血糖偏瘫的重要因素^[5~7]。

2.2 漏诊及其原因 本组低血糖昏迷 16例,其中及时得到确诊者 8例,漏诊或延误诊断者 8例,漏诊率 50%,漏诊率极高。延误诊断的原因:(1)因无明确糖尿病史或家属及陪同人员未能提供详细、正确的病史,其中 2例无糖尿病史,仅在社区诊所查血糖高而未被确诊糖尿病自购消渴丸所致。余 6例为独居老人或与子女分居,故送其就诊人员或子女提供病史、病情、用药情况不详。(2)患者均表现有意识障碍,且大多数患者表现有偏瘫、运动性失语等神经系统局灶性体征,极似脑血管意外症状、体征,误导了医生的诊断思维。(3)由于首诊医生缺乏临床经验,诊断思维狭窄。

2.3 防治对策 (1)凡遇到老年昏迷患者,均应予以查血糖,尤其是出现局灶性神经系统症状、体征,

临床医生的诊断思维不应仅局限在脑血管意外方面,应考虑有低血糖可能。(2)应加大社区医疗,对社区范围的老年人进行糖尿病知识宣教,对糖尿病患者并发上呼吸道感染、急性肠胃炎及其它疾病时应劝其到医院就诊,调整其降糖药或胰岛素的用量,对未达诊断标准的糖尿病前期人群,应对其进行跟踪性随访管理。

[参 考 文 献]

- [1] 曹 化.老年低血糖症 15例误诊为脑血管病原因分析[J]. 临床误诊误治, 2000 13(3): 227.
[2] 鄢 洁,林 扬,刘国信.糖尿病并低血糖昏迷误诊为脑血管

- 意外 20例临床分析[J]. 临床误诊误治, 2003 16(6): 431
[3] 韩仲岩. 全身疾病的神经系统表现[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 157—158.
[4] 袁申元, 杨光燃. 低血糖症[J]. 国外医学·内分泌学分册, 2005, 25(1): 70—72
[5] 阿孜古丽, 西 林. 以偏瘫为主要表现的老年低血糖症误诊 8 例分析[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(1): 66
[6] 陈 力. 糖尿病与低血糖[A]. 见: 蒋国彦主编. 实用糖尿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992 205—207
[7] 何育生, 成 钰. 低血糖偏瘫 11例临床分析[J]. 临床医学, 2001, 21(1): 8—9.

[文章编号] 1000-2200(2007) 04-0457-02

。 临 床 医 学 。

临时性血管通路在血液净化中的应用

马 艳, 李秀梅, 王玉芹

[摘要] 目的: 总结颈内静脉和股静脉置管建立血液透析血管通路的经验。方法: 回顾分析 66例血液净化患者临时性血管通路的使用情况, 其中颈内静脉 14例, 股静脉 52例, 观察血流量、导管留置时间及相关并发症。结果: 颈内静脉导管平均留置时间为 29.4天, 股静脉导管平均留置时间为 30.6天, 局部水肿的发生率为 3%, 感染发生率为 4.3%, 导管血栓形成的发生率为 3%。透析时血流量 150~250 ml/min。结论: 股静脉插管和颈内静脉插管具有安全、方便、实用而创伤小的特点, 是建立血液净化临时性血管通路两种较为理想的方法。

[关键词] 血液透析; 颈静脉; 股静脉; 并发症

[中国图书资料分类法分类号] R 459.5 [文献标识码] A

血液净化技术已广泛应用于急、慢性肾衰竭的治疗及部分重危患者的抢救, 建立和维持一个有足够功能的血管通路, 是保证血液净化进行和充分的关键。2001~2006年, 我科在血液净化中采用临时性血管通路中的两种深部静脉插管技术, 取得良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 66例, 男 31例, 女 35例; 年龄 15~77岁。急性药物中毒 28例, 急性肾衰竭 9例, 慢性肾衰竭 29例。其中股静脉插管 52例, 颈内静脉插管 14例。血液净化方式: 血液透析 45例, 血液透析联合血液灌流 21例。穿刺导管: 股静脉采用 Quinton双腔管, Gambro单腔管; 颈内静脉插管采用 Gambro单腔管, Quinton或 Mahurkar双腔导管。单腔导管插管 23例, 双腔导管插管 43例。

1.2 方法 股静脉穿刺插管部位选择在股三角的底部, 股动脉内侧 0.5~1.0 cm, 腹股沟韧带中点下

方约 0.5~1.0 cm, 平行股动脉与皮肤呈 45°, 针尖向内向后朝心脏方向。颈内静脉插管部位在右侧胸锁乳突肌胸骨头、锁骨头及锁骨构成的三角顶点, 针与皮肤成 30°~45°, 针尖向外下, 朝乳头方向, 沿着胸锁乳突肌锁骨头内侧缘缓慢进针。穿刺采用 Seldinger 技术, 即先以穿刺针经皮肤穿入静脉血管, 送入导引钢丝, 用扩张管轻扩至血管内, 然后再送入导管, 用缝线固定, 用无菌敷料覆盖, 注意观察透析时的血流量, 穿刺点处有无渗血。透析结束后导管内注入 2~3 ml 肝素生理盐水 (每毫升肝素盐水含肝素 625 U) 封管。

2 结果

2.1 血液流量 患者血液流量 150~250 ml/min 到达血液净化要求, 5例双腔导管血液净化时血流量不佳, 并有抽吸现象, 关泵调整导管位置或导管方向; 农药中毒患者躁动停止后, 血流量情况改善。

2.2 导管留置时间 股静脉插管 8~46天。颈内静脉插管 14~50天。

2.3 并发症及处理 出血 1例 (1.5%), 皮下血肿 2例 (3%), 导管栓塞 2例 (3%), 感染 3例

[收稿日期] 2006-08-09

[作者单位] 安徽省泗县人民医院 血液净化中心, 234300

[作者简介] 马 艳 (1965—), 女, 主治医师。