·个案与短篇·

低血糖昏迷并严重代谢性酸中毒死亡报道1例

江明宏[1],孙伟民[2],梁芝萍[1],郭海平[3],张龙飞[1],曹雪滨[1] (1.解放军第252医院心内科,河北 保定 071000;2.河北围场县大都医院,河北 围场 068450;3.解放军第264医院,山西 太原 030000)

[关键词]糖尿病;低血糖;代谢性酸中毒
[中图分类号]R587.3 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2014)05-0564-02

在治疗糖尿病的降糖药物中,“格列苯脲”或“优降糖、消渴丸”等比较常用,这类药物常引起低血糖反应或昏迷的现象临床常见,但并发严重代谢性酸中毒致死亡病例较少见。现将我院收治的1例病例报告如下。

1 临床资料

患者,女,69岁,主因间断纳差、恶心2 d,意识不清8 h入院。既往糖尿病病史13年,间断口服格列苯脲,自述血糖控制欠佳。高血压病史13年,最高血压240/90 mmHg,目前间断服用“尼福达”等药物,自述血压控制可;脑梗塞病史13年,经治疗遗留右侧肢体活动障碍。入院时查体:血压75/39 mmHg,心率61次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。意识不清,烦躁,对光反射迟钝。四肢冰凉,右上肢屈曲畸形,痛无刺激反应,右下肢痛刺激可见肌肉萎缩,左侧肢体活动可,双侧巴氏征阳性。心电图提示:窦性心律,ST-T改变。急查电解质:钠151 mmol/L,钙2.83 mmol/L,总二氧化碳结合力7 mmol/L,尿素20.33 mmol/L,肌酐219 mmol/L,葡萄糖1.2 mmol/L。心梗3项正常,血常规:WBC 19.50×10^9/L,嗜中性粒细胞比率77.01%。头颅CT:颅内多发脑梗塞。患者自发病以来,精神差、意识不清、无尿。入院诊断:低血糖昏迷、代谢性酸中毒、2型糖尿病、慢性肾功能不全失代偿期、急性冠脉综合征、高血压病3级(极高危)、脑梗塞。

2 治疗方法与结果

入院后给予升压、扩容、纠正酸中毒,补充高糖,维持生命体征等对症治疗,间隔30 min后电脑血糖监测:9.5 mmol/L,血气分析PH 7.09,PCO_2 26 mmHg,PO_2 69 mmHg,SO_2 86.1%,ABE 20.8 mmol/L。急查电解质测定:电解质总二氧化碳结合力5 mmol/L,随机血糖15.88 mmol/L。继续给予5%碳酸氢钠注射液150 mL静滴,入院30 min后心电监测出现快速心房颤动,并给予盐酸胺碘酮注射液0.15 g稀释后静推,完后转复为窦性心律,间隔3 min随即呼吸停止,心率逐渐减慢,先后给予胸外心脏按压,肾上腺素、硫酸阿托品注射液,建议气管插管、呼吸机辅助呼吸,患者家属拒绝,曾一度恢复窦性心律,但未能维持,心率呈一直线,患者死亡。

3 讨论

葡萄糖是人体的主要供能能量,正常人一般稳定在3.6~6.3 mmol/L。正常人静脉血浆葡萄糖浓度,在禁食过夜后血糖小于3.3 mmol/L则提示低血糖,血糖浓度小于2.2 mmol/L时,常导致低血糖昏迷,而低血糖昏迷是内科危急重病之一,最常见原因为:使用口服降糖药或(和)胰岛素过量,或进食量明显减少,以及某些内分泌疾病,如胰岛素瘤、垂体前叶低功、肾上腺皮质功能低下,肝、肾功能障碍等[1]。低血糖昏迷是糖尿病治疗过程中最常见、也是最重要的并发症[2]。临床表现血糖快速下降首先出现的是交感神经过度兴奋症状,患者有饥饿感、恶心、呕吐、软弱无力、紧张焦虑、心悸、出冷汗、面色苍白、血压轻度升高等[3]。大脑皮质能量障碍表现,精神不集中、头晕、迟钝、视物不清、步态不稳,也可有幻觉、躁动、行为怪异等精神失常表现,波及皮质层下中枢、中脑、延髓等,表现为意识不清、幼稚动作乃至昏迷、血压下降,容易误诊为脑血管意外[4]。诊断可根据whipple三联征确定:①低血糖症状;②发作时查血糖小于2.8 mmol/L;③供糖后低血糖症状迅速缓解。

血气分析提示导致本例患者死亡的根本原因为难以纠正的代谢性酸中毒所致。患者为何存在如此严重的酸中毒,分析原因如下:患者入院前2 d始乏力、纳差,可能为“酮症”所致;糖尿病在并发“酮症酸中毒”时,可造成乳酸堆积,诱发乳酸性酸中毒。肾功能不全、酸性代谢产物排泄障碍也会加重酸中毒。从肾功能检查结果可以看出肌酐高,患者无尿,从而亦证明了患者酸性代谢产物排泄障碍。同时由于本例为老年女性,糖尿病病史长,门诊头颅CT示大面积脑梗塞,预示脑组织器官血液灌注不良或低氧血症,进而不能排除心、肝、肾等组织器官的缺氧性改变,致乳酸生成增多。患者自入院前后一直意识不清、呼吸浅快、血压低,考虑为肌体内严重酸中毒对心、脑、呼吸、血管的抑制所致。患者呼吸浅快,血压下降,进一步加重了组织器官的缺血、缺氧,使乳酸生成增多。二者互为因果,形成恶性循环,加重了代谢性酸中毒。患者经积极治疗二氧化碳结合力仍未上升,甚至下降,提示血pH<7.1时肝脏不能经糖异生作用而清除乳酸,反而使乳酸升高加重酸中毒;代谢性酸中毒导致各种形式的心律紊乱,最终患者突然出现心跳、呼吸骤停,经抢救无效死亡。

代谢性酸中毒轻症临床表现不明显,但重症除具有酸中毒一般表现外,起病较急、发展迅速、酸中毒严重、血酮体一般不高、预后差、病死率高、补碱量多、无满意的疗法是其最基本的特

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405050
[收稿日期]2014-03-11 [修回日期]2014-03-29

点,因此,对于代谢性酸中毒患者,须尽快纠正酸中毒,必要时可给予呼吸机辅助呼吸纠正中毒,力争在 4 h 内使血 pH 达到 7.1 以上,8 h 内恢复正常水平,并继续维持治疗[5],因此对本病的早期发现、早期诊断和早期治疗,是提高患者预后的关键。

通过对本例患者临床资料的回顾性分析,医生对这类患者应该重视认识乳酸性酸中毒。其次,治疗上也有需要探讨的地方,尽快纠正代谢性酸中毒,在给予碳酸氢钠效果欠佳,尽快行呼吸机辅助呼吸,也许是抢救成功的关键。

[参考文献]

[1] 邱晓萍,林哲章. 糖尿病合并垂体前叶功能减退症 12 例临床分析[J]. 福建医药杂志,2006,8(3):73 - 74.

[2] 董红晨,张瑞红. 低血糖昏迷并严重代谢性酸中毒死亡 1 例[J]. 实用临床医学,2011,11(12):38 - 39.

[3] 张淑霞,蔡红卫. 门诊 1 例口服降糖药致低血糖昏迷报道[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):348.

[4] 韦延军. 32 例糖尿病低血糖昏迷院外急救分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(10):951 - 953.

[5] 何远辉,何爱萍. 糖尿病昏迷的诊治(附 41 例临床分析)[J]. 中国乡村医药杂志,2006,13(12):17 - 18.

(编辑:周小林)

1 例妊娠晚期合并急性重症胰腺炎的护理

钟红玲,张 玲 (第三军医大学西南医院门诊部,重庆 400038)

[关键词] 妊娠;急性重症胰腺炎;护理
[中图分类号] R657.51;R714.25 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0565-02

急性胰腺炎是由多种病因导致的胰酶在胰腺内激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应[1]。妊娠合并急性胰腺炎是严重的妊娠合并症,起病急骤、并发症多、死亡率高,对孕妇和胎儿的危害极大[2]。多发生在妊娠晚期或产后,临床较少见,其发病率约为 1/1 000 ~ 1/12 000[3]。妊娠合并急性胰腺炎治疗护理难度大,科学的护理能降低并发症的发生且利于患者的康复。我院于 2013 年 1 月 28 日收治 1 例妊娠晚期合并急性重症胰腺炎患者,经过积极的对症治疗和护理,母亲临床治愈出院,胎儿经剖宫产顺利产出,护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,30 岁,孕 34^{+2} 周,进食后左上腹剧烈疼痛伴呕吐,超声诊断为急性胰腺炎,院外治疗 11 d 后病情加重转我院治疗,入院查体:体温 39 ℃,脉搏 142 次/分,呼吸 30 次/分,血压 136/83 mmHg,吸氧 3 L/min,SPO_2 99%,血淀粉酶 57 u/L,尿淀粉酶 627 u/L,神志清楚,发热疼痛面容,下腹部膨隆,左中腹见双腔引流管 1 根,引流欠通畅,左上腹压痛,无反跳痛,肝脾区无叩痛,腹部移动性浊音阴性,胎心 160 次/分,双下肢中度凹陷型水肿。腹部超声提示:胰腺炎,胰腺尾部巨大囊性团块,脾肾间隙不规则液性暗区;产科超声提示:宫内单活胎;CT 提示:胰腺炎,胰腺假性囊肿。入院诊断为急性重症胰腺炎,胰腺假性囊肿形成,高脂血症,腹腔感染,孕 34^{+2} 周待产。

1.2 治疗方法

患者入院后病情危重,生命体征不稳定,腹痛、腹胀明显,立即给予吸氧,持续血压、呼吸、血氧饱和度、心电监测,禁食、水,置胃管抽吸胃液 900 mL,持续胃肠减压,置入深静脉导管监测中心静脉压,予抗感染、抑制胰腺分泌、减少炎性介质、抑酸护胃、补液扩容等相关治疗,行腹腔积液、血液细菌学检查,监测血气分析、血常规、降钙素原、肝肾功、心肌酶谱、凝血功能等。2 d 后患者出现临产表现,急诊在硬腰联合麻醉下行剖宫产,产出 1 名正常男婴。3 d 后在 CT 引导下行腹部脓肿引流术,用 COOK14Fr 引流管 3 根穿刺到胰腺前方积液区、胰腺下方和胃结肠韧带积液区植入引流管,引流出深褐色液体 650 mL,继续给予抑制胰腺分泌,抗感染、冲洗引流管等对症支持治疗,患者间断发热,22 d 后更换腹腔引流管,加强引流和腹腔冲洗,并行局麻下胆道镜清创术并持续对症治疗,根据细菌培养及药敏试验给予敏感抗生素,经内、外科治疗 46 d 后出院,出院时 CT 检查提示脓腔明显减少,患者无明显腹痛腹胀,体温正常,可正常进食,呼吸循环稳定。

1.3 护理方法

主要护理方法有:①遵医嘱予以患者持续的心电、血压、呼吸、氧饱和度监测,测量 CVP 每小时 1 次,观察和记录每小时出入量,及时发现和预防可能出现的肾功能衰竭和呼吸窘迫综合征。②患者入院后出现临产表现,及时采取了剖宫产手术产出 1 名正常男婴,产后观察子宫复旧和恶露情况,做好产褥期护理,帮助产妇按摩宫底,每日消毒液清洗消毒会阴部预防感染,产妇出汗多,给予勤换衣物保持清洁干燥。③胰腺严重炎症导致患者腹腔内形成脓腔,早期行腹部脓肿引流术置入引流管引流出大量脓液,反复进行腹腔冲洗以减轻腹腔感染,冲洗过程中严格无菌技术,观察生命体征及引流液性状,并留取引流液行细菌培养和药敏试验选用适宜抗生素抗感染治疗。后期行胆道镜腹腔感染灶清创术,清除了腹腔感染灶内的坏死组织,更换了腹腔引流管利于更好的引流脓液,护理过程中妥善管理各引流管,保持引流通畅。④患者较长时间禁食、水,手术前后均给予肠外营养支持,通过中心静脉导管输注营养液,严密监测出入量和血

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405051
[收稿日期] 2014-04-23 [修回日期] 2014-05-10