维普资讯 http://www.cqvip.com

低血糖症误诊为急性脑梗死20例临床分析

Clinical analysis of hypoglycemia misdiagnosed as acute cerebral infarction in 20 cases

于淑花,王利东 (佳木斯市中心医院二部神经科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 低血糖症;误诊;急性脑梗死
[中图分类号] R587.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0255-01

门急诊工作中,常常遇到低血糖症病人的临床表现与体征酷似急性脑梗死或颈内动脉系短暂性脑缺血发作(TIA)。如问诊不详,忽略糖尿病,不做血糖化验,极易造成误诊误治。作者将2000年10月至2007年10月经治的20例低血糖症的临床特征分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例20例,男9例,女11例,年龄45~70岁,平均65.6岁。其中18例均有2型糖尿病病史,病程2~15年,所有病例在发生低血糖反应前均使用降糖药,其中8例口服降糖药,10例使用胰岛素;另外2例否认有糖尿病病史,均有高血压、冠心病病史约10年,发病前有肺感染,进食水较平时明显减少。

1.2 神经系统表现

发病初均有不同程度心慌、胸闷、出冷汗、四肢无力等症状,继而13例表现神志恍惚、辞不达意、躁动不安、四肢抽搐,多语或表现呆板、反应迟钝;6例昏迷(浅昏迷4例,深昏迷2例);1例表现为每日凌晨3点左右出现短暂性语言障碍。双侧瞳孔散大13例,双侧瞳孔缩小3例,双侧瞳孔正常4例;对光反应灵敏16例,对光反应迟钝4例;四肢软瘫15例,肢体肌力0~Ⅳ级不等,偏瘫5例,双侧巴彬斯基征阳性9例,单侧阳性4例,病理征阴性7例。意识障碍恢复后肢体力弱1 d以上者3例,短期存在精神症状者2例;2例因不能主动进食,3 d后仍反复出现低血糖昏迷。

1.3 辅助检查

所有病例均行头CT扫描无新鲜梗死灶或脑出血,4例有陈旧性脑梗死,48 h复查头CT无明显变化。查血糖均为未补液时的静脉血糖,血糖水平均明显低于正常,符合低血糖的诊断标准。静脉血糖为0.9~3.2 mmol/L,平均2.33 mmol/L,其中2.0 mmol/L以下者5例,2.0~3.0 mmol/L之间12例,3.0~3.5 mmol/L之间3例,血尿酮体均为阴性,肾功能损害者2例。

1.4 治疗

确诊低血糖症后立即静注50%葡萄糖60 mL,继之静脉滴注10%葡萄糖,直至神志转清,病情完全稳定。监测血糖调整胰岛素用量,有脑水肿者应用20%甘露醇125 mL,每12 h静点,适当应用脑保护剂,其它对症处理。意识清醒后规律进食,加强静脉营养支持治疗[1]。

2 结果

20例患者意识均转清,肢体肌力均恢复正常,病理征转阴,其中1 h内完全恢复10例,3 h恢复4例,6 h恢复5例,1例5 d后完全恢复正常。

3 讨论

低血糖症表现形式多样,可因血糖下降的速度、程度及机体反应性不同而异。低血糖症时临床表现主要有两大类,即交感神经兴奋表现和中枢神经系统异常表现,有些患者先出现心悸、多汗、疲乏无力、饥饿感等交感神经症状,对诊断有一定帮助,但有些患者,尤其老年糖尿病患者,往往单纯表现为中枢神经系统障碍,甚至出现局灶定位体征,易误诊为急性脑梗死[2-3]。有些家属不能提供可靠的病史,而CT对急性脑梗死48 h内可不显影,接诊医生对年龄较大,特别是有中枢神经系统定位体征的患者,极易误诊为脑梗死。接诊医生问诊不详细,忽略了糖尿病病史,忽略低血糖症。长效胰岛素应用不当,晚饭较早,次日早餐较晚,一夜相隔时间过长,出现"黎明现象"[4]。

对于45岁以上的病人,特别是有意识障碍的病人常规查血糖,逐一排查;认真询问病史、用药情况、饮食情况及近期有无感染、腹泻等情况;为防止"黎明现象",建议严格每12 h应用一次长效胰岛素;饭后注射胰岛素;对糖尿病病人及家属进行宣教,及早发现,及时纠正低血糖。

[参考文献]

[1] 孙亚芹,于 凝.脑瘤合并糖尿病的术后观察和护理[J].局解手术学杂志,2006,15(1):72.
[2] 闫 磊,李文东,贾凡玲.低血糖症误诊为急性脑卒中19例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(24):5816-5817.
[3] 孙鹏飞.53例老年糖尿病低血糖症的临床诊治分析[J].内科,2008,3(1):52-53.
[4] 王丽萍,陈俊峰,魏安民.糖尿病酮症酸中毒合并脑梗塞昏迷8天复苏成功1例[J].局解手术学杂志,2005,14(4):276.

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2008-04-15 [修回日期] 2008-06-12