DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.01.048

rosci, 1996; 19(2): 49
3 Eggen B J L, Brandsma D, Kasperaitis M *et al*. Rat B-50 gene transcription and translation. Brain Res, 1995; 690(1): 73
4 Lin P X, Fields R D, Agoston D V. Effects of electrical stimulation on GAP-43 expression in mouse sensory neurons. Dev Brain Res, 1993; 76(1): 95
5 Kastner A, Hirsch E C, Agid Y *et al*. Tyrosine hydroxylase protein and messenger RNA in the dopaminergic nigral neurons of patients with Parkinson's disease. Brain Res, 1993; 606(2): 341

(收稿: 1996-07-11;修回: 1997-01-17)
(编辑 张大春)

糖尿病性肾病并发多系统脏器衰竭一例抢救成功

Successful emergency treatment of a case of diabetic renal disease accompanied by multiple system organ failure

李开龙 朱妙珍 涵露 张建国 何娅妮 (第三军医大学附属大坪医院肾内科) 重庆, 630042

患者男性, 73岁。因反复颜面及双下肢浮肿 3月, 发热、咳嗽、咳痰 2 d 昏迷 2 h于 1995年 10月 20日入院。3月前在我院诊断为糖尿病 (II 型)、糖尿病肾病。既往无明确高血压、慢性支气管炎及支气管哮喘史。入院时检查 T 35.5℃、P 82次 /min R 22次 /min BP 28 kPa/14 kPa 神志不清、出冷汗、眼睑及双下肢轻度浮肿, 双下肺满布细湿 音及哮鸣音, 心、腹无阳性发现。生理反射消失, 病理反射未引出。血象: WBC 13×10^9/L、N 90%、L 10%; 血糖 1.8 mmol/L; 尿常规: Prot ⅲ; 生化肾功能正常; ECG示左心室肥厚。诊断:① 糖尿病 (II 型)、低血糖昏迷、糖尿病肾病;② 高血压病 (III期)、左心室肥厚。立即静注 50% GS 50 ml后病人苏醒。入院后 5 h突发急性左心衰, 经强心、利尿、扩血管等处理, 患者自觉症状缓解。21日晚出现明显呼吸困难, BP 22 kPa/21 kPa R 34次 /min 唇绀。双肺满布哮鸣音, 呼气末明显, 无咳粉红色泡沫痰。强心、利尿、扩血管无效, 排除心源性哮喘, 考虑肺部感染致哮喘急性发作, 给予地塞米松, 氨茶碱等平喘。但患者病情继续发展, BP (27~30) kPa/(14~18) kPa, 22日尿量由前一天的 3 000 ml降至 930 ml, 哮喘进展呈持续状态。23日患者进入深昏迷。查血气: pH 7.147 PCO_2 9.75 kPa PO_2 7.36 kPa AB 25.3 mmol/L O_2 sat 0.78 BE 5.8 mmol/L; 血 BUN (18.8~23.7) mmol/L Cr (364~505.5) μmol/L 床旁胸片示双肺感染、慢性支气管炎、肺气肿。考虑并发急性肾功能衰竭[1]、II 型呼衰、肺性脑病。给予呼吸兴奋剂, 纠正酸中毒、脱水、利尿、压宁定降压等处理。48 h后患者意识逐渐恢复。血压稳定在 (18~24) kPa/(10~14) kPa 但感染控制不理想, 且在大小便及痰中发现霉菌, 遂及时更用泰能和酮康唑抗感染, 6 d后感染控制。此时出现上消化道出血, 经对症处理后缓解。以后病情进一步好转, 日尿量增至 2 000 ml以上, BP 18 kPa/11 kPa左右, 双肺呼吸音清晰, 全身浮肿消失; 复查血气: pH 7.424 PCO_2 5.61 kPa PO_2 9.54 kPa AB 27.5 mmol/L O_2 sat 0.91 BE 3.4 mmol/L; 血象: WBC 5.3×10^9/L、N 83%、L 17%; 大便 OB(-); 小便培养无菌生长; 肝、肾功能正常; 血糖 7.5 mmol/L。11月 6日出院。

讨论

该患者为糖尿病肾病, 因双肺严重耐药金葡菌和坡畸氏肠杆菌混合感染诱发哮喘持续状态, 进而发展至肺、脑、肾、心及胃肠道等多系统脏器衰竭。对该病人的抢救体会如下:① 临床诊断不能过分依赖病史。该患者无高血压、慢性支气管炎及哮喘发作史, 但入院后呈恶性高血压, 有急性左心衰表现, ECG示左心室肥厚, 胸片示心脏略向左下扩大、主动脉增宽。故诊断高血压病 (III期)、心脏扩大、急性左心衰。而在心衰纠正后, 哮喘仍进行性发展直至哮喘持续状态, 此时哮喘无法用心源性解释, 结合胸片报告考虑肺部感染诱发哮喘持续状态[2]。② 抗感染, 社区感染, 致病菌首先考虑革兰氏阳性球菌, 以后根据痰革兰氏染色以及痰和咽试子培养加药敏结果及时调整抗菌素收到较好的效果。③ 积极控制血糖, 该患者血糖一直稳定在 10 mmol/L以下, 一般在正常范围内, 这对于控制感染, 减轻脑细胞水肿以及肾功能的迅速恢复具有重要意义。④ 气管切开问题, 老年糖尿病患者, 有严重的肺部感染, 气管切开应慎重, 早期大剂量呼吸兴奋剂的使用可能会收到更好的效果。⑤ 降压, 根据 Friedrich经验用药[3], 特别是压宁定, 最高日用量 300 mg, 我们的体会是压宁定安全有效。⑥ 利尿剂、脱水剂的使用, 由于患者存在恶性高血压、左心衰、ARF脑细胞水肿等, 且此时肾脏对袢利尿剂仍有较好的反应。适当使用利尿剂和脱水剂可能收到与透析相同或更好的效果, 但要注意扩容 (尤其对非少尿型急性肾衰者) 和呼吸道的护理, 以防加重肾衰和出现痰堵, 该患者出现 3次严重痰堵, 因发现和处理及时避免了窒息的发生。⑦ 预防性使用 H_2受体拮抗剂对上消化道出血的防治有积极意义。其它如纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱、充分支持治疗等对抢救成功都具重要意义。

关键词 糖尿病性肾病; 多器官衰竭
中图法分类号 R692.5

参考文献

1 林善锬. 急性肾功能衰竭. 见: 上海医科大学《实用内科学》编

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

辑委员会编.实用内科学.第 9版.北京: 人民卫生出版社, 1993: 1513~ 1521
2 中华结核和呼吸杂志编辑委员会.支气管哮喘的定义、诊断、严重度分级及疗效判断标准(修正方案).中华结核和呼吸杂志, 1993; 16(哮喘增刊): 5
3 Friedrich C L. Treatment and prevention of hypertension: where have we been and where are we going? Kidney Int 1995; 48(Suppl 50): S1A-s-18

(收稿: 1996-02-27;修回: 1996-12-24)
(编辑 仇玉福)

一例系统性红斑狼疮伴隐球菌性脑膜炎昏迷 18个月救治成功

Successful treatment of a case of coma for 18 months due to crypto coccal meningitis associated with systemic lupus erythematosus

程相岭 (第三军医大学附属新桥医院医教部) 重庆, 630037
王文帮 杨青青 (第三军医大学卫生处) 重庆, 630037

1 病历摘要

患者邓×× ,女 ,39岁 ,四川巴县人 ,职员。1991年 12月因面部红斑、全身无力、关节痛疼 1年余、双下肢瘫痪 7天 ,以系统性红斑狼疮 (SLE)收住我校附一院皮肤科。入院后出现嗜睡 ,颈项强直 ,呼之能应 ,但不能正确回答 ,四肢活动受限。头颅 CT检查: 两侧脑室 ,3、4脑室扩张积水、左侧脑室梗塞; 脑脊液潘氏试验 (+);血培养: 有隐球菌生长; 狼疮带试验 (+)。确诊为 SLE伴隐球菌感染性脑膜炎。经行右三脑室脑脊液外引流术 ,术后用氟康唑 250 mg~ 100 mg, 3次 /日治疗 ,病情仍无好转 ,呈浅昏迷状 ,又行右侧脑室 - 腹腔分流术。术后于 92年 6月 16日以 SLE伴隐球菌性脑膜炎收住校卫生处门诊部 ,查体: 意识丧失 ,嗜睡 ,大小便失禁 ,四肢肌力为 0级 ,仅存吞咽反射。巴彬斯奇征阳性。入院后采用中西医结合的治疗原则。中医辩证认为系湿热郁滞营血 ,邪入心包所致。以清营活血 ,解毒开窍 ,用安宫牛黄丸和犀角地黄汤加减组成: 犀角粉 2 g(冲服)、麝香 1 g(冲服)、牛黄 2 g(冲服)、珍珠粉 3 g(冲服)、生地 60 g、玄参 50 g、山栀 10 g、知母 10 g、黄柏 10 g、黄连 10 g、丹皮 10 g、赤芍 15 g、连翘 10 g;水煎服、1剂 /日 ,连服 15剂。后以广水牛角 60 g,代犀角 ,人工年黄 6 g代牛黄 ,继服 30余剂。西药用强的松 60 mg 1/日 ,及支持对症治疗和加强护理 ,经近 90 d的治疗 ,病情日趋好转 ,呼之能应 ,能答出一两个单字。于 9月 18日开始: 温、痛角觉恢复 ,四肢肌无力有所好转。仍坚持服犀角地黄汤加减加黄芪 70 g以扶正增强免疫 ,隔日一剂 ,连服 10个月余 ,93年 7月 8日开始 ,神态完全清楚 ,问答正常及扶拐杖站立行走 ,四肢肌力恢复正常 ,除书写稍迟钝外 ,余恢复正常 ,于 10月 8日出院休养。94年 5月正式上班 ,胜任原来工作 ,至今随访正常。

2 讨论

SLE伴隐球菌感染性脑膜炎 ,国内报道甚少 ,国外亦少见 ,近几年逐渐增多 ,据 Saton[1]统计 1955年~ 1990大多数均用激素治疗 ,死亡 20例。Diaz Coto等[2]报道认为脑部隐球菌病的临床表现是非特异性的 ,常被误认为狼疮活动 ,易误诊断 ,故以上两文综合提出 ,在诊断方面: 当 SLE病人出现不明原因发热 ,肺部融合侵润病灶或不能解释的中枢神经系统症状 ,淋巴细胞计数低下 (169~ 912个 /mm),应考虑中枢神经系统、肺或其他部位的深部隐球菌感染的危险[1,2]。在治疗方面: Taketa[3]等报告多采用 FLCZ 400 mg, 1 /d,单独使用有效。标准治疗为: 两性霉素 B或与 FLCZ合用。而两性性霉素 B的素副作用较大 ,对肾脏损害为甚 , Li[4]等报道一例 SLE隐球菌性脑炎用两性霉素 B(1 mg),静脉注射后引起急性失明 ,本病若均用大剂量氟康唑、酮康唑等西药治疗需 1年以上 ,费用昂贵 (20万元以上),此例患者先采用了氟康唑及强的松等药治疗 ,疗效不明显; 后采用中西医结合 ,以安宫牛黄丸合犀角地黄汤随证加减为主 ,取得了较好的效果 ,用费较低 (共 5.8万元),为中西结合治疗此病提供了新的方法。

关键词 红斑狼疮; 全身性; 昏迷; 脑膜炎
中图法分类号 R593.24

参考文献

1 Sato M, Saku N, Takeda A *et al*. A case report-pulmonary cryptococcosis associated with systemic lupus erythematosus and review of 44 cases in Japan. Ryumachi, 1993; 33(1): 56
2 Diaz Coto J F, Alpizar Campos R. Central nervous system cryptococcosis in 10 patients with systemic lupus erythematosus. Rev Clin Esp, 1995; 195(1): 12
3 Takeda S, Tatara I, Kono K *et al*. A case report: cryptococcal meningitis and fluconazole therapy. Kansenshogaku Zasshi, 1994; 68(11): 1417
4 Li P K, Lai K N. Amphotericin B induced ocular toxicity in cryptococcal meningitis. Br J Ophthalmol, 1989; 73(5): 397

(收稿: 1996-09-20;修回: 1997-01-15)
(编辑 王 红、沈锡庚)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net