

3 讨论

纤维支气管镜支气管肺泡灌洗疗法治疗严重肺部感染是近年来临床开展的一项新技术。一般认为危重病人、高热、低氧血症、昏迷、心功能不全、心律失常等病人均为该疗法禁忌证^[3]。本组 11 例病人虽分别有以上情况, 又为颅脑术后病人, 经纤维支气管镜支气管肺泡灌洗共 116 次, 无 1 例发生严重并发症, 并取得了良好的治疗效果。我们认为对颅脑术后有颅内高压者和危重病人, 应在充分供氧的条件下, 适当麻醉, 要有熟练的操作技术, 并在有效的负压吸引和严密观察病情变化的情况下进行。灌洗时间在 30 min 左右可减少或避免颅内高压和并发症的发生。本疗法具有以下作用: ①局部病灶清洗作用。纤维支气管镜可插入病灶部位, 易于吸出呼吸道的误吸物、分泌物及炎症渗出物。这比经气管切开或鼻腔吸痰目的性强, 而且在直视下操作可避免或减少气管粘膜的损伤。给予药物加生理盐水局部灌洗, 更利于支气管肺泡内炎症渗出物的溶解, 稀释

后易于吸除。②提高病灶局部的药物浓度。通过纤维支气管镜将抗生素和激素直接注射到病灶部位, 使病灶部位的药物浓度显著提高, 很快达到有效的杀菌浓度。病灶部位的高浓度激素有消炎、抗过敏和解除支气管痉挛等作用^[4]。③为选择用药提供细菌学依据。通过纤维支气管镜采样, 可在直视下准确采集病灶部位的分泌物作细菌学培养和药物敏感试验, 比常规通过咳嗽或吸引器采样的细菌学检查更为准确、可靠。从而为下一次纤维支气管镜支气管肺泡灌洗及全身用药提供可靠依据。

参 考 文 献

- 1 王忠诚. 神经外科学·颅脑损伤分册. 北京: 人民卫生出版社, 1974. 250
- 2 汪均涛. 支气管肺泡灌洗大剂量激素治疗肺部严重感染 23 例报告. 内镜杂志, 1986, 3(2): 23
- 3 汪均涛. 纤维支气管镜在危重病人中的应用. 内镜杂志, 1986, 3(3): 29
- 4 张文钦. 支气管镜临床应用的进展. 内镜杂志, 1991, 8(3): 156
(收稿: 1997-07-04 修回: 1999-02-25)
(本文编辑: 吴 进)

糖尿病病人低血糖昏迷 26 例临床分析

杨荣礼 李 励

(附属医院老年病科)

摘要 目的 探讨糖尿病病人低血糖昏迷的特点与早期诊断方法。方法 分析 26 例糖尿病低血糖昏迷患者的临床特点、误诊原因。结果 16 例伴有出汗、心动过速, 14 例误诊为脑血管病变。结论 交感肾上腺系统兴奋的表现是其重要体征之一, 综合分析临床资料, 及时进行血糖检查和试验性治疗有助于早期诊断和改善预后。

关键词 糖尿病 低血糖 昏迷

分类号 R587.2

低血糖症是血糖浓度低于正常的一种临床现象, 可伴有或不伴有临床症状与体征。糖尿病患者在某些情况下也可出现低血糖甚至低血糖昏迷, 易被误诊。现将我们自 1985~1997 年所诊治的糖尿病病人低血糖昏迷报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 26 例糖尿病低血糖昏迷患者中男性 18 例, 女性 8 例, 平均年龄 58 岁(28~74 岁, 大于 60 岁者 20 例)。发病前均有明确的糖尿病病史, 病程 1 个月~30 a, 平均 10 a。23 例发病前服用口服降糖药, 3 例发病前皮下注射胰岛素。伴有高血压者 8

例, 伴糖尿病肾病慢性肾功能不全 10 例(代偿期 3 例, 氮质血症期 6 例, 尿毒症期 1 例), 肾移植术后 1 例; 脑萎缩 16 例, 陈旧性脑梗死 10 例; 伴原发性肝癌 1 例、肝炎肝硬化 1 例。导致低血糖的原因: 口服磺脲类降血糖药过量 23 例, 胰岛素过量 1 例, 注射胰岛素后未进食 2 例。

1.2 临床表现 昏迷至就诊时间 0.5~12 h, 平均 4 h; 浅昏迷 6 例, 深昏迷 20 例, 伴呕吐 3 例。昏迷前诉心悸、无力、颤抖者 18 例, 伴出汗者 16 例, Babinski 征阳性 6 例, Chaddock 征阳性 4 例。

1.3 辅助检查 尿糖定性试验、尿酮体定性试验均为阴性, 血糖 0~2.1 mmol/L。BUN > 16 mmol/L 8

例, $Cr > 150 \mu\text{mol/L}$ 7 例, $AFP > 400 \text{ mg/L}$ 1 例。心电图: 窦性心动过速 16 例。头颅 CT: 单发脑梗死 6 例, 多发性脑梗死 7 例, 提示脑水肿 3 例。头颅 MRI: 多发性脑梗死 2 例。

1.4 误诊疾病 误诊为急性脑血管病 14 例, 误诊为尿毒症脑病 6 例, 误诊为糖尿病非酮症高渗性昏迷(高渗性昏迷) 2 例, 误诊为肝昏迷 2 例, 误诊为昏迷原因待查 2 例。确诊时间最短 1 h, 最长 96 h。

1.5 治疗及转归 所有病人于确诊低血糖昏迷后, 即给予 50% 葡萄糖注射液 40~100 ml 静脉注射, 继之以 10% 葡萄糖注射液持续静脉滴注, 同时每 1~2 h 复查血糖 1 次, 将血糖维持在 8~15 mmol/L。有 4 例病人使用地塞米松或氢化考的松静脉注射或静脉滴注, 3 例使用胰高血糖素肌肉注射。接受脱水剂治疗 16 例, 使用 20% 甘露醇 10 例, 使用甘油氯化钠、人体白蛋白或与 20% 甘露醇合用者 6 例。有 6 例使用脑组织水解液治疗, 1 例使用高压氧舱治疗。

26 例病人中 20 例于 72 h 内神志完全转清, 无神经、精神系统症状与体征遗留, 死亡 4 例(2 例死于上消化道大出血, 2 例死于肺部感染), 遗留痴呆 2 例。

2 讨论

低血糖昏迷时, 由于脑组织的能量供应困难, 故低血糖持续时间过长就有可能导致不可逆性脑损害。这就使得糖尿病病人低血糖昏迷的早期诊断和早期治疗极为重要。

2.1 高度警惕 首先对所有昏迷的糖尿病病人都应疑及低血糖昏迷的可能。昏迷患者不能自己主动提供病史, 对亲属等了解本次发病前后经过的询问尤为重要。本组有 15 例病人在正常用药与饮食控制下出现低血糖昏迷, 但昏迷前均有反复的低血糖发作史, 如注意到昏迷前的反复低血糖发作和本次的发病经过则可更早确诊。3 例于口服降糖药, 2 例于注射胰岛素后未及时进食而发病, 了解这一时间顺序则对早期诊断有利。

昏迷病人体检不合作, 但多数低血糖昏迷病人仍可查见面色苍白、皮肤多汗、心室率偏快等交感神经和肾上腺髓质兴奋的体征(血糖 $< 2.8 \text{ mmol/L}$ 时即可有体征)。本组病人中有 16 例伴面色苍白、汗多、心动过速, 发现这些体征并注意追寻引起这些体征的原因就有可能避免误诊。

辅助检查是确诊低血糖昏迷的重要手段之一, 对所有糖尿病昏迷患者及时进行血糖检查极为重

要。本组有 2 例即是在准备使用胰岛素前检查了血糖而得以确诊的。

老年患者体质虚弱、摄食量少, 胰高血糖素、肾上腺素、肾上腺糖皮质激素等升血糖激素分泌障碍, 均可促使低血糖发生^[1], 本组中大于 60 岁者即有 20 例。掌握饮食治疗与用药史特别是新近反复低血糖发作病史是有利的线索, 同时应注意常用中成药消渴丸因含有磺脲类口服降糖药格列本脲(优降糖), 当然也可以引起低血糖与低血糖昏迷; 格列喹酮(糖适平)虽然只有约 5% 从肾脏排泄, 但在慢性肾功能不全尿毒症与氮质血症期病人过量服用时也可引起低血糖发作, 本组中有 6 例是服用消渴丸、2 例服用糖适平引起的。

科学地分析临床资料并对辅助检查结果作出合理的解释有助于避免误诊。本组有 4 例因只注意到病人有糖尿病肾病史、血尿素氮和肌酐升高而误诊为尿毒症所致的昏迷; 2 例初诊为高渗性昏迷因未注意血渗透压与血糖均不支持诊断所致; 12 例因只注意到头颅 CT 提示脑梗死误诊为急性脑血管病, 而未注意既往即有脑梗死史, 本次所见的病灶为陈旧性梗死而并非此次昏迷的责任病灶。

2.2 治疗 低血糖昏迷一般对治疗反应迅速, 多在静脉注射 50% 葡萄糖注射液 40~60 ml 后完全或部分清醒。一旦疑诊低血糖昏迷, 可于采取血标本后即迅速静脉注射葡萄糖液, 如有效则既证实了诊断又赢得了早期治疗的时机。不能武断地认为血糖测定值过低可能是检验误差而延误诊断与治疗。本组有 3 例反复送检血糖 3 次均小于 1.0 mmol/L 才作出正确的诊断。

对口服磺脲类降糖药引起的、特别是伴慢性肾功能不全的低血糖昏迷患者, 还应注意到有持续时间长甚至反复发作的可能, 除给予 5%~10% 葡萄糖注射液维持静脉滴注至清醒后 8~12 h 外, 必要时还可使用胰高血糖素与肾上腺糖皮质激素^[2]。本组伴肾功能不全者中有 3 例经治疗清醒后再次发生低血糖昏迷, 其中 1 例至清醒、正常进食第 3 天再次低血糖昏迷, 3 例均于肌肉注射胰高血糖素后控制。这与大多数磺脲类口服降糖药半衰期长, 伴肾功能不全时其半衰期又进一步明显延长有关。

对经治疗后血糖恢复正常、无其它引起昏迷的原因而神志仍不恢复者, 则有因低血糖持续时间太长而继发脑水肿及神经系统不可逆损害的可能, 应及时使用脱水剂及促进脑细胞功能恢复的疗法; 对深昏迷、昏迷时间长者, 应同时注意防治上消化道出

血及继发的肺部与尿路感染,以期改善预后。

参 考 文 献

1 陈敏玲,严 棠,陈玉驹. 20例低血糖昏迷临床分析. 新医学,

1992, 23(8):441

2 刘新民主编. 实用内分泌学. 第2版. 北京:人民军医出版社,1997. 362

(收稿:1998-11-09)

(本文编辑:吴 进)

小儿药物性血尿 43例临床分析

张 晶 刘 琦 刘淑平

(山东省邹城市人民医院儿科 273500)

关键词 血尿,药物性 小儿 诊断

分类号 R695.8

药物引起的血尿越来越引起临床工作者的重视,本文就近6年来的药物性血尿43例综合分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男24例,女19例;年龄1~12岁。原发病:上呼吸道感染23例,肠炎13例,脓疱疮1例,急性中耳炎1例,银屑病4例,流脑1例。以上病例均排除其它肾脏疾患。所用药物:感冒通20例,庆大霉素12例,卡那霉素2例,链霉素1例,复方新诺明1例,磺胺嘧啶钠1例,肠虫清1例,小诺霉素1例,汞中毒4例。

1.2 发病特点

1.2.1 感冒通 20例。均有上呼吸道感染史,在基层医院或家长擅自给患儿服用感冒通,正常剂量15例,超大剂量5例。均于用药后4~48h出现肉眼血尿,其中1例反复用感冒通3次,均于用药后24h出现肉眼血尿。尿常规:红细胞稀布/HP,肾功能、双肾B超均正常。

1.2.2 庆大霉素 共12例。常规剂量3例,按每日3~5mg/kg;超大剂量9例,按每日6~12mg/kg,分2次肌注或1次静滴。出现血尿时间为注射后1h~6d不等,均为肉眼血尿,尿蛋白+~+++,镜检:红细胞稀布~均布/HP,其中8例做肾脏B超,未见异常。治疗10d均痊愈。

1.2.3 卡那霉素 2例。1例按每日60mg/kg,1例按每日250mg/kg,分别于用药后5h及3d出现血尿及尿色深,1例肉眼血尿,1例镜下血尿。肾功能检查正常。停药后10d及15d痊愈。

1.2.4 肠虫清 1例。因腹痛1d按肠炎给予氟哌酸治疗3d好转,又疑肠蛔虫症加服肠虫清400mg,1

h后全身皮肤瘙痒,散在红色斑丘疹,眼睑、面部水肿,尿色深来诊。无其它药物过敏史。尿蛋白+,颗粒管型3~5个/HP,红细胞3~4/HP。入院后给予维生素C、息斯敏治疗8d痊愈。随访6个月尿常规正常。

1.2.5 磺胺嘧啶钠 1例。因流脑给予磺胺嘧啶钠每日1.5g,分2次静脉注射,同时给予20%甘露醇脱水等综合治疗,3d后出现尿少,血尿。尿蛋白+++,高倍镜下磺胺结晶+,红细胞稀布。停用磺胺嘧啶钠,给予补液、碳酸氢钠等治疗5d痊愈。

1.2.6 汞中毒 4例。因银屑病均先后服用当地卫生室配制的中药(内含轻粉),分别于服药后10~20d出现全身淤点、淤斑、关节疼痛、柏油样便、肉眼血尿来诊。尿蛋白++~+++ ,红细胞密布/HP;3例尿素氮、肌酐增高,1例正常。入院后给予输血、依地酸钙钠等治疗2~3个月痊愈,随访6个月尿常规正常。

1.2.7 其它 链霉素1例。每次0.33g,每日2次肌注,2次后出现血尿。小诺霉素1例,每次30mg,每日2次肌注,2d后出现血尿。复方新诺明1例,每次0.24g,每日2次口服,2d后出现血尿。以上3例均于停药后10~15d痊愈。

2 讨 论

肾脏血管丰富,含有各种酶系统,许多药物又在肾脏浓缩排泄,因此,有害药物及化学药品较易损害肾脏。药物对肾脏损害的机理有以下几种。

2.1 肾毒性 主要损伤肾小管上皮细胞,药物剂量较大时更易发生。如氨基甙类抗生素、四环素、对氨水杨酸钠、汞制剂等。本组氨基甙类药物造成血尿16例,占总数的26.9%,并且50.0%以上是剂量偏