

- 13 Lolmede K, Durand de Saint Front V, Galitzky J, et al. Effects of hypoxia on the expression of proangiogenic factors in differentiated 3T3 - F442A adipocytes [J]. Int J Obes Relat Metab Disord, 2003, 27: 1187 - 1195.
- 14 Jaworek J, Bonior J, Pierzchalski P, et al. Leptin protects the pancreas from damage induced by caerulein overstimulation by modulating cytokine production [J]. Pancreatology, 2002, 2: 89 - 99.
- 15 Tasdelen A, Algin C, Ates E, et al. Effect of leptin on healing of colonic anastomoses in rats [J]. Hepatogastroenterology, 2004, 51: 994 - 997.
- 16 Marikovsky M, Rosenblum C I, Faltin Z, et al. Appearance of leptin in wound fluid as a response to injury [J]. Wound Repair Regen, 2002, 10: 302 - 307.

(收稿日期: 2005-07-14 修回日期: 2005-12-26)

(本文编辑: 李银平)

## • 病例报告 •

## 急性脑血管病并发高渗性非酮症糖尿病昏迷 3 例

黄晓杰

【关键词】 脑血管病, 急性; 昏迷, 高渗性, 非酮症; 糖尿病

抢救 3 例急性脑血管病并发高渗性非酮症糖尿病昏迷患者, 报告如下。

## 1 临床资料

1.1 例 1. 男, 60 岁。2002 年 10 月 2 日入院。患者入院前 1 年患“脑梗死”后留有左侧肢体轻瘫, 收入院。否认高血压、糖尿病、冠心病病史。查体: 体温 36℃, 血压 97.5/71.3 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa); 心、肺、腹部未见异常; 意识清; 不完全运动性失语; 左眼裂小, 左侧瞳孔 (2.5 mm) < 右侧 (4.0 mm); 左侧鼻唇沟变浅, 伸舌左偏; 左侧肢体肌力 II 级, 右侧肢体肌力 III 级, 双侧病理征阳性。入院当日头颅 CT 提示双侧基底节区脑梗死; 心电图提示冠状动脉供血不足。血常规、钾、钠、氯、尿素氮 (BUN)、二氧化碳结合力 (CO<sub>2</sub>CP)、血脂均正常, 血糖 15.5 mmol/L, 尿糖 (+), 尿酮体 (-)。给予质量分数为 20% 的甘露醇 250 ml 及速尿 20 mg 静脉滴注 (静滴), 每日 2 次, 同时给予川芎嗪、血塞通、丹参片等治疗。入院第 2 日, 患者病情加重, 出现嗜睡、昏迷, 血糖 44.0 mmol/L, 血钾 5 mmol/L, 血钠 150 mmol/L, 血氯 96 mmol/L, BUN 10 mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 19.8 mmol/L, 尿糖 (++++), 尿酮体 (±), 计算血浆渗透压为 364 mmol/L, 考虑患者并发高渗性昏迷。停用脱水剂, 给予补液、胰岛素静滴, 对症处理等措施, 病情无好转, 于入院第 4 日死亡。

1.2 例 2. 男, 63 岁。2003 年 3 月 3 日

作者单位: 121100 辽宁省义县人民医院内科

作者简介: 黄晓杰 (1953 -), 女 (汉族), 辽宁锦州人, 副主任医师。

入院。患者于入院前 1 d 突然出现左侧肢体活动不利, 伴头痛、呕吐, 以“脑出血”入院。患者有高血压病 10 年, 否认糖尿病、冠心病病史。入院查体: 体温 36℃, 血压 172/112 mm Hg; 心、肺、腹部未见异常; 嗜睡, 双眼球向右凝视; 左侧肢体肌力 0 级, 病理征阳性, 脑膜刺激征阴性。入院当日头颅 CT 提示右侧基底节区脑出血; 心电图、血常规、血脂正常, 血糖 11.6 mmol/L, 尿糖 (-), 尿酮体 (-)。给予质量分数为 20% 的甘露醇 250 ml 和速尿 40 mg、氟美松 10 mg, 每日 3 次静滴, 同时给予止血剂、抗感染药物及对症治疗。入院第 7 日, 患者病情突然加重, 呈浅昏迷, 复查头颅 CT 示右侧基底节区脑出血吸收期, 无新出血灶。血糖 50.6 mmol/L, 血钾 5.5 mmol/L, 血钠 140 mmol/L, 血氯 93 mmol/L, BUN 27.6 mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 19.9 mmol/L, 尿糖 (++++), 尿酮体 (±), 计算血浆渗透压为 365.6 mmol/L, 考虑并发高渗性昏迷, 停用脱水剂、加大补液量, 同时静滴胰岛素及对症治疗, 但病情无好转, 患者于入院第 9 日死亡。

1.3 例 3. 女, 50 岁。2004 年 1 月 6 日入院。入院前 3 d 无诱因出现右侧肢体无力, 伴言语不清, 以“脑梗死”入院。高血压 20 年, 糖尿病 10 年。入院查体: 体温 36.8℃, 血压 195.0/82.5 mm Hg; 心、肺、腹部未见异常; 意识清, 失语、失读, 不能计算, 右侧鼻唇沟变浅, 伸舌右偏。右侧肢体肌力 III 级, 右侧病理征阳性。次日头颅 CT 提示左侧基底节区及顶枕叶区多发性脑梗死。心电图、血常规正常, 血糖 5.8 mmol/L, 尿糖 (-), 尿酮体

(-)。给予甘露醇、血塞通等治疗, 入院第 3 日患者出现口渴、呕吐、烦躁, 当晚昏迷, 血糖 38.7 mmol/L, 尿糖 (+++), 尿酮体 (±), 血钾 5.2 mmol/L, 血钠 140 mmol/L, 血氯 114 mmol/L, BUN 20 mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 19.6 mmol/L, 计算血浆渗透压为 348.2 mmol/L, 考虑并发高渗性昏迷, 给予胰岛素静滴、输液、对症治疗, 但无好转, 于入院第 4 日死亡。

## 2 讨论

急性脑血管病并发高渗性昏迷时, 患者病死率高, 本组 3 例均死亡。复习文献资料, 我们体会到, 在治疗急性脑血管病时如出现意识障碍, 下列情况要考虑合并高渗性昏迷的可能, 应及时查血糖、尿糖等予以确诊: ①临床症状难以用急性脑血管病解释或经治疗无效者; ②重度脱水或休克, 而尿量并无明显减少甚至增多者; ③出现原因不明的进行性意识障碍, 尤其静滴大量脱水剂、葡萄糖、激素或合并感染时, 尤应注意判断是否存在本病。

急性脑血管病并发高渗性昏迷治疗上有一定矛盾。脱水纠正脑水肿会诱发或加重高渗性昏迷, 故应注意脱水剂用量及使用时间, 对糖尿病患者更要慎重。治疗高渗性昏迷需大量补液, 但可致颅内压升高使病情恶化, 故补液要适量, 速度以迅速纠正血浆高渗状态、恢复血容量为宜, 使血糖缓慢稳定地下降至理想水平, 同时加强对症处理。总之, 治疗时必须两者兼顾, 审慎处理。

(收稿日期: 2005-09-08)

(本文编辑: 李银平)