

非酮症高渗性糖尿病昏迷 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E9_9D_9E_E9_85_AE_E7_97_87_E9_c22_302399.htm 名称非酮症高渗性糖

尿病昏迷所属科室内分泌科病因诱发因素 感染、严重烧伤、血液透析、腹腔透析、和使用静脉高营养、利尿剂、肾上腺皮质激素制剂等。临床表现 早期出现烦渴、多尿、乏力、头昏、食欲不振、恶心呕吐等。渐渐发展成为严重脱水，四肢肌肉抽动、神志恍惚，定向障碍，烦躁或淡漠乃至昏迷。查体发现皮肤干燥，弹性降低，舌干、眼球凹陷，血压下降甚至休克。呼吸浅，心率快。神经系统体征多种多样，除昏迷外可以出现癫痫样大发作、轻偏瘫、失语、自发性肌肉收缩、偏盲、眼球震颤、视觉障碍、病理反射阳性、中枢性体温升高等。检查 一、血糖与尿糖。 二、血酮与尿酮。 三、电解质。 四、血尿素氮（BUN）和肌酐（Cr）。 五、酸碱平衡：半数患者有代谢性酸中毒。 六、血浆渗透压：显著升高，是HONK的重要特征及诊断依据。诊断血糖显著升高，多超过33.3mmol/L(600mg/dL)，甚至高

达83.3-266.6mmol/L(1500-4800mg/dL)，由于脱水及肾功障碍，肾糖阈升高，使血渗透压超过320mmol / L（正常值280 - 300mmol / L），可以用渗透压计直接测定，也可以由下列公式估算。血浆渗透压（mmol / L）= 2times.（钾 + 钠）mEd/L 血糖（mg/dL）/18 血尿素氮（mg/dL）/2.8 由于严重脱水和细胞内液外逸，可使血钾、钠浓度正常和偏高，但机体内钾、钠总量均显著丢失，如机体缺钾可达40 - 100mmol。多伴有代谢性酸中毒，血浆阴离子较正常约增高一倍。鉴别诊

断其它原因所致的高渗状态，如透析疗法、脱水治疗、大剂量皮质激素治疗等均可导致高渗状态。因意识障碍就诊者易误诊为脑血管意外而延误治疗。脑血管意外常用药物多对本病有害，例如甘露醇、高渗糖、皮质固醇等均加重高渗状态；苯妥英钠不能制止高渗状态所致的抽搐和癫痫发作，而且能抑制胰岛素分泌，使高血糖进一步恶化。所以鉴别诊断很重要。

治疗 一、迅速大量补液 根据失水量，要求补液约100ml/kg体重，总量的1 / 3应在4小时内输入，其余应在12 - 24小时内输完，可以按中心静脉压、红细胞压积、平均每分钟尿量确定补液量和速度。以输入生理盐水和5%葡萄糖液为主，输入过量的低渗液（0.45%氯化钠液及2.53%葡萄糖液）有诱发脑水肿、低血容量休克和溶血危险，必须慎用。合并心脏病者酌情减量。

二、胰岛素治疗 对胰岛素多较敏感，以每小时4 - 8u速度持续静滴，使血糖缓慢下降，血糖下降过快有引起脑水肿的危险。由于血容量不足，四周循环不良，皮下注射胰岛素时不能稳定的维持血中胰岛有效浓度，而且循环恢复后，大量胰岛素进入血内，将引起低血糖。

三、维持电解质平衡 及时补钾、即应足量又要防止高钾血症，以血钾测定和心电图检查进行监测，对肾功障碍和尿少者尤应注重。

四、治疗诱因 抗感染治疗，停用一切引起高渗状态的药物。

治疗 一、迅速大量补液 根据失水量，要求补液约100ml/kg体重，总量的1 / 3应在4小时内输入，其余应在12 - 24小时内输完，可以按中心静脉压、红细胞压积、平均每分钟尿量确定补液量和速度。以输入生理盐水和5%葡萄糖液为主，输入过量的低渗液（0.45%氯化钠液及2.53%葡萄糖液）有诱发脑水肿、低血容量休克和溶血危险，必须慎用。合

并心脏病者酌情减量。二、胰岛素治疗 对胰岛素多较敏感，以每小时4 - 8u速度持续静滴，使血糖缓慢下降，血糖下降过快有引起脑水肿的危险。由于血容量不足，四周循环不良，皮下注射胰岛素时不能稳定的维持血中胰岛有效浓度，而且循环恢复后，大量胰岛素进入血内，将引起低血糖。三、维持电解质平衡 及时补钾、即应足量又要防止高钾血症，以血钾测定和心电图检查进行监测，对肾功障碍和尿少者尤应注重。四、治疗诱因 抗感染治疗，停用一切引起高渗状态的药物。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com