

糖尿病酮症酸中毒 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__E7_B3_96_E5_B0_BF_E7_97_85_E9_c22_302435.htm 名称糖尿病酮症酸中毒

所属科室内分泌科病因 见于不恰当的中断胰岛素治疗，尤其病人处于应激状态时更易发生。也见于未经恰当治疗的初诊糖尿病人，以酮症酸中毒昏迷主诉就诊者。也可以因精神因素诱发。临床表现 一、糖尿病症状加重 烦渴、尿量增多，倦怠乏力等，但无明显多食。二、消化系统症状 食欲不振、恶心、呕吐、饮水后也可出现呕吐。三、呼吸系统症状 酸中毒时呼吸深而快，呈Kussmonl呼吸。动脉血PH值低于7.0时，由于呼吸中枢麻痹和肌无力，呼吸渐浅而缓慢。呼出气体中可能有丙酮味（烂苹果味）。四、脱水 脱水量超过体重5%时，尿量减少，皮肤粘膜干燥，眼球下陷等。如脱水量达到体重15%以上，由于血容量减少，出现循环衰竭、心率快、血压下降、四肢厥冷、即使合并感染体温多无明显升高。五、神志状态 有明显个体差异，早期感头晕，头疼、精神萎靡。渐出现嗜睡、烦躁、迟钝、腱反射消失，至昏迷，经常出现病理反射。六、其他 广泛剧烈腹痛，腹肌紧张，偶有反跳痛，常被误诊为急腹症。可因脱水而出现屈光不正。诊断 一、血糖 未经治疗者血糖多中度升高，如血糖超过33.3mmol/L(600mg/dL)则提示有肾功障碍。经不正确治疗（如大剂量胰岛素注射）者可能出现低血糖而酮症并未能纠正。二、酮体 发生临床酮症时血酮体升高均在5 - 10倍以上。尿酮体测定方法简单，除严重肾功障碍者外均与临床表现平行，可以作为诊断依据。三、动脉血PH值 酮症早期由于体

液的缓冲系统和肺、肾的调节作用，血PH值可以保持在正常范围。但碳酸根及硷超明显下降。假如H⁺的增加超过了机体的缓冲能力，则血PH值将急骤下降。CO₂结合力只反应硷储备情况，不能直接反映血PH值。以上三项检查可以确诊糖尿病酮症酸中毒，但是还有一些变化必须注重，酮症时肾排出的尿酸减少，可出现一过性高尿酸血症。血钠、钾浓度多在正常范围，甚至偏高，而机体已大量丢失钠、钾、氯，即使无感染白细胞总数及粒细胞也可明显增高。鉴别诊断 高渗性非酮症糖尿病昏迷 此类病人亦可有脱水、休克、昏迷等表现，老年人多见，但血糖常超过33.3mmol/L，血钠超过155mmol/L，血浆渗透压超过330mmol/L，血酮体为阴性或弱阳性。

一、乳酸性酸中毒 此类病人起病急，有感染、休克、缺氧史，有酸中毒、呼吸深快和脱水表现，虽可有血糖正常或升高，但其血乳酸显著升高（超过5mmol/L），阴离子间隙超过18mmol/L。

二、乙醇性酸中毒 有酗酒习惯，多在大量饮酒后发病，病人因剧吐致血ge.7.2即应停止。禁用乳酸钠。

五、治疗诱因 六、人工胰岛治疗 利用灵敏的感受血糖浓度的传感器，经计算机的信息处理，根据血糖浓度变化的趋势，经驱动装置向体内注射胰岛素和 / 或葡萄糖液，代替胰岛以维持体内血糖平衡的设备称为人工胰岛。它可以根据血糖变化趋势进行瞬间到瞬间的二维性调整胰岛素剂量，必要时可以自动输入葡萄糖，故安全可靠；能有效的降低死亡率。

七、其他 如血浆置换、血液透析等，仅限于严重病人，尤其伴较严重肾功衰竭者。预防及预后 平均死亡率约为1 - 15%，近10年明显下降。除治疗方案外，影响预后的因素包括年龄超过50岁者预后差。 昏迷较深，时间长的预后差。

血糖、尿素氮、血浆渗透压显著升高者预后不良。有严重低血压者死亡率高。伴有其他严重合并症如感染、心肌梗塞、脑血管病者预后不良。预防早期出现糖尿病，合理治疗，不能中断胰岛注射，正确处理诱因，可以有效的预防或减轻糖尿病酮酸中毒的发生。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