

2012年临床助理医师考试辅导：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_ti2020/655/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_655990.htm

本文介绍了非酮症高渗性糖尿病昏迷的病因、临床表现、鉴别诊断等方面。非酮症高渗性糖尿病昏迷临床特征为严重高血糖，血浆高渗透压，脱水，伴意识障碍或昏迷。较少见，多发生于老年糖尿病患者和以往无糖尿病史或仅轻度糖尿病不需胰岛素治疗者，经常伴有肾功不全。发病机制老年原有脑血管疾病和肾功能异常者，易发生口渴中枢功能障碍（高渗状态和严重高血糖也影响下丘脑口渴中枢的功能），肾脏调节水、电解质和排糖功能不全，引起脱水，严重高血糖，部分病人有高血钠和氮质血症。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。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）= 2 ×（钠 + 钾）（mmol/L）+ 血糖

(mmol/L) + 血尿素氮 (mmol/L) 或血浆渗透压 (mmol/L) = 2 × (钾 + 钠) mEq/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, 周围循环不良, 皮下注射胰岛素时不能稳定的维持血中胰岛素有效浓度, 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意。四、治疗诱因抗感染治疗, 停用一切引起高渗状态的药物。 小编推荐: #0000ff>2012年临床助理

医师考试辅导：紧张型头痛#0000ff> #0000ff>2012年临床助理
医师：泌尿系统疾病的诊断 #0000ff> #0000ff>2012年临床助理
医师考试辅导：阿尔采末病的鉴别诊断 特别推荐
：#0000ff>2011年执业医师考试真题及答案（网友版） 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