

· 案例讨论 ·

紧张型精神分裂症合并糖尿病昏迷 1 例

刘 波 冯艳萍

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.03.033

1 病 例

患者,女性,61岁,因“乱语、行为异常35年以上,不语不动3天”于2013年1月11日19时33分门诊以“精神分裂症”急诊收治入院。有35年以上精神分裂症病史,长期服用五氟利多治疗(具体用法用量不详),病情相对稳定,但仍存在孤僻少语,生活懒散,亲情淡漠,意志力减退等阴性症状。1周前因感冒后出现精神症状加重,表现为不语不动,不思饮食,夜眠差。入院4小时前在乡村卫生室给予口服葡萄糖处理后,病情加重,并出现四肢抽搐、二便失禁。

入院后查体: T36.5℃, P86次/分, R20次/分, BP136/86mmHg, 神萎, 不合作, 心肺腹未见明显异常, 生理反射存在, 病理反射未引出。精神检查: 由家属搀扶步入病房, 衣着欠整洁, 年貌相符, 检查不合作, 接触被动差, 数问不答, 嘴里念叨着什么, 听不清内容, 双眼紧闭, 低着头, 显烦躁不安, 坐卧不宁, 有盲目抓扯摸索动作。急查血常规示 WBC $19.64 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 97.1%; 尿常规示红细胞 2-6/HP, 白细胞 2-4/HP, 尿糖(+ -), 酮体(-); 电解质: NA+119mmol/L, CL-83 mmol/L; 血糖 70.3 mmol/L; 肾功能: BUN30.94 mmol/L, CREA298.1 umol/L, UA1397 umol/L; 渗透压 349mosm; 甘油三酯 2.83 mmol/L, 总胆固醇 6.13 mmol/L, 高密度脂蛋白 0.78 mmol/L, 低密度脂蛋白 3.98mmol/L; 心电图示窦性心律不齐, 频发室上性期前收缩, 部分导联 ST-T 改变。入院诊断: 1、糖尿病高渗性昏迷 2、紧张型精神分裂症 3、急性肾功能不全 4、高脂血症, 5、电解质紊乱; 6、尿道感染。

立即下病危通知, 给予持续心电监护、吸氧, 导尿并记 24 小时尿量处理, 0.9% NS500ml + 普通胰岛素 20uivgtt 降糖处理, 监测血糖 q1h, 血糖仍大于

33.3mmol/L, 病情未见好转, 随即给予 0.9% NS39ml + 普通胰岛素 40u 微泵泵入降糖处理, 盐酸左氧氟沙氯化钠注射液 0.2ivgttbid 抗感染治疗, 0.9% NS500ml + 血栓通 0.45givgttqd 改善循环治疗, 并给予补充生理盐水及电解质 2000mlivgtt 支持, 患者于次日 10 时许意识渐清醒, 10:50 测得指尖血糖为 30.1mmol/L, 继续对症支持治疗, 患者渐能进少量流质饮食, 精神好转后, 接触慢慢改善, 能对答, 基本切题, 时自言自语, 骂脏话等。于 1 月 16 日复查血常规示 WBC $7.0 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 80.1%; 提示感染有所控制; 电解质: K+3.8 mmol/L, NA+149mmol/L, CL-118 mmol/L; 肾功能: BUN4.52mmol/L, CRE86.4umol/L, UA268umol/L; 渗透压 318mosm; 提示电解质、肾功得到纠正。病情好转后, 停止泵胰岛素治疗, 改用口服二甲双胍 0.5tid + 格列齐特缓释片 90mgbid 降糖治疗, 血糖控制可, 病情好转出院。

2 讨 论

高渗性非酮症性糖尿病昏迷(HNDC)是由于体内胰岛素缺乏和胰岛素抵抗激素分泌增加, 引起糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱, 并以严重高血糖、高钠血症、高血浆渗透压、严重脱水伴进行性意识障碍或昏迷而无明显酮症酸中毒为表现的临床综合征^[1]。多见于老年人, 2/3 发病前无明显糖尿病史, 或仅有轻度症状, 血糖 >33.3mmol/L, 血浆渗透压 >350mosm/L; 血尿素氮升高, 无 DKA, 死亡率高达 70%。常见诱因: 感染、急性肠胃炎、静脉内高营养、脑血管意外、不合理限制水分等。其基本病因是胰岛素不足, 靶细胞功能不全和脱水, 由于患者多存在主动摄水能力障碍和不同程度肾功能损伤, 故高血糖、高渗、脑细胞脱水及由此而致脑细胞或脑血管损伤, 以神经系统表现为首发症状, 而且大部分无糖尿病史^[2]。老年患者, 尤其患有糖尿病者均有不同程度

作者单位: 643000 自贡市精神卫生中心

脑动脉硬化、微血管病变及脑蛋白的沉积造成血管狭窄,无氧代谢和酸性产物增加,引起内皮细胞功能改变,成为癫痫细胞,该细胞在高血糖环境下可诱发癫痫^[3]。该患者有多年精神分裂症史,而又以不语不动等木僵状态为首表现,故临床精神科医生极易轻易诊断为紧张型精神分裂症,而就不再考虑其有没有合并有躯体疾病的情况,这样很易导致漏诊,该患者入院前还给予了口服大量葡萄糖,而未监测血糖,致使病情加重,出现意识障碍和抽搐等症状,幸亏及时转院,抢救及时,才挽救生命。在临床工作中,遇到首发症状为木僵状态的精神病人,尤其是老年精神病人,临床精神科医生一定要高度警惕患者

是否合并有高渗性非酮症糖尿病昏迷可能,以免造成漏诊,延误病情。只有及早准确诊断,及时治疗,减少意外发生,才能更好的为患者服务。

参 考 文 献

- [1] 胡绍文.实用糖尿病学[M].北京:人民军医出版社,2000:162-167.
- [2] 汪大望.以神经系统症状为首表现的高渗性非酮症糖尿病昏迷 11 例临床分析[J].实用内科杂志,1990,10(1):539.
- [3] 郑立峰,王爱兰.糖尿病性癫痫附 3 例报告[J].脑与神经疾病杂志,2003,11(2):114.

(收稿日期:2014-06-09)

(上接第 268 页)

3 讨 论

本研究结果显示,治疗后两组 HAMD 和 HAMA 评分均较基线分下降(P 均 <0.01),表明两种治疗方法均能有效缓解抑郁症患者的抑郁和焦虑症状,rTMS 组有效率为 78.8%,氟西汀组有效率为 84.4%。rTMS 治疗抑郁症的机理目前尚不完全清楚,有研究者认为可能是 rTMS 对不同脑区内的单胺类神经递质水平起到调节作用从而发挥抗抑郁作用^[5];本研究还发现,在治疗第 1 周末 rTMS 组 HAMD、HAMA 评分较氟西汀组低(P 均 <0.05),表明 rTMS 治疗首发抑郁症起效较氟西汀快,与张传波等^[6]报道结果基本一致,可能与 rTMS 通过强电流在线圈上产生磁场,磁场几乎无衰减的穿透颅骨进入大脑皮层,在相应的皮层产生局部微小电流,从而改变大脑皮层的局部电活动有关。

rTMS 组 TESS 评分低于氟西汀组($P < 0.01$)。rTMS 组不良反应发生率为 12.5%,主要表现为头痛、头晕,氟西汀组不良反应发生率为 41.9%,主要表现为恶心呕吐、头晕、疲乏及失眠等,与张咏梅等^[7]报道的 rTMS 治疗抑郁症不良反应少的结果一致。其不良反应发生率低可能与重复经颅磁刺激技术是一种无痛、无创的脑皮质刺激治疗方法有关。

综上所述,低频重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症患者起效较氟西汀快,疗效与氟西汀相当,但不良反应发生率较氟西汀低,值得临床推广。本研究的局限在于未做较长时间的跟踪随访,难以明确 rTMS 治疗首发抑郁症的远期疗效,今后有待进一步探索。

参 考 文 献

- [1] 江开达.抑郁障碍防治指南[M].北京大学医学出版社:2007:1.
- [2] 沈渔邨.精神病学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2001:428-429.
- [3] Schutter DJ. Antidepressant efficacy of high-frequency transcranial magnetic stimulation over the left dorsolateral prefrontal cortex in double-blind sham-controlled designs: a meta-analysis[J]. Psychological Medicine, 2009, 39(1): 65-75.
- [4] Kolbinger HM, Hoflich G, Kasper S, et al. Transcranial magnetic stimulation (TMS) in the treatment of major depression - a pilot study[J]. Human Psychopharmacology, 1995, 10(2): 305-307.
- [5] 陈运平,梅元武,孙圣刚,等.低频重复经颅磁刺激对慢性应激抑郁模型大鼠行为及脑内单胺类神经递质的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2005,27(12):724-726.
- [6] 张传波,葛茂宏,张玉芹,等.重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症快速起效作用的临床研究[J].精神医学杂志,2013,26(1):50-51.
- [7] 张咏梅,胡斌,王朝辉,等.高频及低频重复经颅磁刺激治疗抑郁症的对照研究[J].临床荟萃,2011,26(5):401-403.

(收稿日期:2013-11-20)