

• 临床研究 •

老年低血糖脑病误诊分析

王利群 周翠玲 张延霞

【摘要】 目的 探讨老年低血糖脑病误诊原因。方法 回顾性分析 16 例老年低血糖脑病患者的临床资料。结果 16 例老年低血糖脑病患者被误诊为急性脑血管病、癫痫或脑炎。结论 老年低血糖脑病易被误诊,临床上对老年突发的意识障碍、癫痫发作及精神异常者应常规行血糖检查,及时确诊并尽早治疗,以免影响预后。

【关键词】 低血糖症;脑疾病;代谢;老年人

Misdiagnosis of hypoglycemic encephalopathy in the elderly

WANG Liqun, ZHOU Cuilin, ZHANG Yanxia

Department of Neurology, the 88th Hospital of PLA, Tai'an 271000, China

【Abstract】 Objective To investigate the causes of misdiagnosis of hypoglycemic encephalopathy in the elderly. Methods A retrospective study was performed on the clinical data of 16 elderly patients with hypoglycemic encephalopathy misdiagnosed initially in our hospital from September 2000 to October 2005. Results Sixteen patients were initially misdiagnosed as acute cerebrovascular disease, epilepsy or encephalitis. Conclusion Misdiagnosis is not uncommon in elderly patients with hypoglycemic encephalopathy. Therefore, examination of blood sugar must be performed as routine for the elderly patients suffering from accidental conscious disturbance, epileptic attack, or mental anomaly in order to make definite diagnosis and correct treatment as soon as possible, and to avoid poor prognosis.

【Key words】 hypoglycemia; encephalopathy; metabolic; elderly

由于糖尿病患者不合理的饮食控制及不规范用药,致使发生低血糖脑病患者有逐渐增多的趋势,低血糖脑病是指血糖浓度 $<2.8\text{mmol/L}$ 、脑部葡萄糖储量耗尽时所引起的一系列神经精神症状,最终可发生不可逆性脑损害,抢救不及时可致死亡^[1]。老年低血糖脑病表现缺乏特异性,如对其缺乏警惕和认识,容易误诊及漏诊,若不能及时明确诊断和给予有效治疗,将影响患者预后。本文总结解放军第 88 医院自 2000 年 9 月至 2005 年 10 月诊治的 16 例老年低血糖脑病患者临床资料,分析误诊原因。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 16 例,男 10 例,女 8 例;年龄

60~78 岁,平均 68 岁。病程 30min 至 2d。均急性发病,晚 9 时及凌晨 4 时发病 9 例,上午发病 3 例,下午发病 4 例。既往有糖尿病史 12 例,均为 2 型糖尿病。有高血压病史 5 例;感冒 5 例;腹泻 3 例;口腔疾病手术史 1 例;骨科疾病手术史 1 例;原发性肝癌 2 例;大量饮酒后发病 1 例。其中口腔疾病手术 1 例、骨科疾病手术 1 例、感冒 5 例、腹泻 3 例患者均在手术后或感冒、腹泻不能正常进食情况下,患者未经医师允许仍按原剂量服用降糖药美比达、优降糖、二甲双胍及皮下注射普通胰岛素至病人出现精神异常、肢体抽搐及昏迷,后疑急性脑血管病或病毒性脑炎而行脑 CT 或脑 MRI 检查,同时急查血电解质时发现血糖明显降低,确诊为低血糖脑病。后追问病史,2 例手术后患者其家属诉患者发病时均先有出汗,随之呼之不应,1 例口腔疾病手术患者首次发病后给予输注甘露醇及补液后意识恢复,脑 CT 检查发现颅内多发性梗死灶,且有新发梗死灶,诊断为脑梗死,症状性癫痫。

收稿日期:2006-12-13

作者单位:271000 泰安市,解放军第 88 医院神经内科

作者简介:王利群,女,1961 年 6 月生,山东平度市人,医学本科,副

主任医师,科副主任。Tel:0538-8839301,13562895058

万方数据

次日再次发作时血压为180/90mmHg,出汗、意识不清,左侧肢体强直,急查血糖为2.2 mmol/L,确诊为低血糖脑病。2例2型糖尿病患者原服用二甲双胍片、美比达片,血糖控制在6~7 mmol/L,病情平稳。因治病心切,1例私自加大原口服药物剂量致低血糖脑病,另1例听信广告,私自购买药物成分不明的降糖中药服用,服药2d后即出现走路不稳,继续服药,3d后清晨患者未按时起床,家人发现时已呼之不应,化验血糖为1.8 mmol/L,确诊为低血糖脑病。1例反复发作性意识丧失、四肢抽搐患者,就诊时诊断为癫痫全面性发作,给予脱水、补液及抗癫痫治疗,住院期间仍反复发作,均在清晨发作,常规生化检查时发现血糖为0.9 mmol/L,诊断为低血糖脑病,后经检查确诊为胰岛 β -细胞瘤。2例原发性肝癌患者均无糖尿病病史,在住院待手术期间出现反应迟钝继之昏迷,曾拟诊脑转移及肝昏迷,后行常规肝肾功能检查发现血糖明显降低,确诊为低血糖脑病。大量饮酒后发病1例,病前无糖尿病病史。临床表现:发病初感心慌、出汗者4例;精神症状5例,表现为烦躁,语言增多,语无伦次;突然昏迷4例;癫痫发作4例,其中1例为癫痫持续状态;肢体瘫痪5例,左侧肢体瘫痪2例,右侧肢体瘫痪1例,双下肢瘫痪2例,双下肢Barbinski征阳性3例,一侧Barbinski征阳性2例,双Chaddock征阳性5例。初步诊断误诊为脑梗死9例,癫痫1例,病毒性脑炎3例,酒精性脑病1例,肝昏迷2例。误诊时间2~48h不等。所有病例均在就诊的48h内行血糖检查。11例行脑CT检查,7例行脑MRI检查。

1.2 治疗 16例患者发病后均按初步诊断意见给予脱水、控制抽搐、镇静、促醒及改善脑代谢等治疗,化验血糖确诊为低血糖脑病后,给予快速静脉注射50%高渗葡萄糖及静滴10%葡萄糖液,进食或胃管注入含糖液及高糖食物。13例在6h内确诊而进行治疗的患者,经治疗8例在30min内意识恢复,肢体抽搐发作停止,精神症状消失;2例2h内意识恢复;1例24h后意识恢复;2例因服用降糖药物过量,血糖太低,意识恢复数小时后再次昏迷,复查血糖仍<2 mmol/L,后经静脉注射50%高渗葡萄糖、静滴10%葡萄糖液、胃管注入含糖液及进食高糖食物10余小时,患者逐渐意识转清。3例48h内确诊而进行治疗的患者,1例癫痫仍反复发作,多在晨间发作,发作时

万方数据

血糖水平波动于0.9~1.8 mmol/L,经各项检查最终确诊为胰岛 β -细胞瘤,因家庭经济条件所限未行手术治疗,于6个月后死于癫痫持续状态。1例入院时已昏迷2d,诊断为脑干梗死,化验血糖明显降低,血糖纠正后意识未恢复,住院期间死亡;1例治疗后留有轻度智能障碍。

2 结果

发病时血糖均<2.8mmol/L,其中<1 mmol/L 3例,2例死亡,1例遗留轻度智能障碍;1~2 mmol/L 10例,1例遗留轻度智能障碍,9例恢复正常;<2.8 mmol/L 3例,死亡2例,1例完全恢复。

脑CT异常5例,脑MRI异常3例,均为缺血性改变,基底节区、放射冠区及丘脑区腔隙性梗死灶,其中2例见新发病灶,余均为陈旧性病灶或软化灶。

误诊为脑梗死9例,癫痫1例,病毒性脑炎3例,酒精性脑病1例,肝昏迷2例。

经治疗8例在30min内意识恢复,肢体抽搐发作停止,精神症状消失。2例2h内意识恢复。1例24h后意识恢复。2例因服用降糖药物过量,血糖太低,意识恢复数小时后再次昏迷,复查血糖仍<2 mmol/L,后经静脉注射50%高渗葡萄糖、静滴10%葡萄糖液、胃管注入含糖液及进食高糖食物10余小时,患者逐渐意识转清。住院期间死亡2例,其中原发性肝癌1例,死于原发病,1例为入院时已昏迷2d误诊为脑干梗死,给予脱水、促醒及活血化瘀治疗,化验血糖明显降低,血糖纠正后意识未恢复,住院期间死于脑干功能衰竭。余14例患者随访3个月至1年,1例原发性肝癌患者于3个月后死于原发病全身衰竭;1例胰岛 β -细胞瘤患者,未行手术治疗,癫痫仍反复发作,多在晨间发作,于6个月后死于癫痫持续状态。2例1年后留有轻度智能障碍,其余10例均恢复正常。经加强糖尿病健康教育,正规指导用药,未再发生低血糖。

3 讨论

随着老年人糖尿病发病率的逐年上升,由降糖药物使用不当而出现低血糖脑病者逐渐增多^[2]。本组降糖药物使用不当12例,为2型糖尿病患者,分别为口服降糖药美比达、优降糖及二甲双胍等药物或皮下注射胰岛素,在血糖水平近于正常及因手术

或疾病不能正常进食或进食减少的情况下,未相应减少降糖药物的剂量,或盲目加用药物成分不明的降糖药而导致低血糖脑病的发生。张九成等^[3]分析低血糖脑病的发生与药物种类因素似乎关系不大,胰岛素、优降糖、消渴丸等均有发生。低血糖脑病的症状与血糖降低程度、速度、持续时间及患者的机体反应有关,严重的低血糖脑病可表现有精神异常、局灶脑症状,脑干损害,进而嗜睡乃至昏迷。持久性低血糖可导致大脑皮质广泛性坏死,出现皮层综合征^[4,5]。本组有 3 例患者发病后未及时就诊或就诊时对血糖结果未引起重视,失去抢救时机,其中 1 例就诊时已昏迷 2d,最终死亡,另 2 例遗留智能减退后遗症。因此早期明确诊断是抢救成功、避免死亡及减少并发症的关键。而早期明确诊断的关键是对低血糖脑病发生的诱因及临床表现要充分认识。

3.1 误诊原因 (1)缺乏对低血糖脑病的认识。由于多数病人发病较急而重,表现为昏迷、肢体活动障碍、精神异常或癫痫样发作,接诊医生受习惯思维影响,只依据其临床表现及发病年龄满足于常见病的诊断而造成误诊,如本组病人有 9 例在晚间及凌晨发病,符合急性缺血性脑血管病的规律,误诊为脑梗死;另外根据病人表现昏迷、癫痫样发作及大量饮酒史而分别误诊为脑炎 3 例,癫痫发作 1 例,酒精性脑病 1 例。(2)未注意患者存在低血糖脑病的诱因。本组患者中有“感冒”、手术及其他全身性疾病致进食减少而降糖药物未及时调整用量 10 例,为追求降糖效果而盲目加大降糖药量及服用药物成分不明的广告药 2 例,首诊医生询问病史不具体而致误诊。(3)老年人糖尿病病程较长,交感神经敏感性低,低血糖表现以脑部症状为主,交感神经症状不明显。因此在老年糖尿病患者合并植物神经病变时,过量降糖药引起的低血糖可不表现交感神经兴奋征群,可出现无报警症状的低血糖脑病^[6]。且老年人脑血管疾病的发病率较高,老年糖尿病患者一旦有脑症

状,易误诊为急性脑血管病,而忽略了低血糖脑病,本组病例中只有 4 例患者在低血糖时有心慌、出汗症状。另外老年人多数独居,其子女发现时患者已经昏迷或失语,不能提供可靠的病史而导致误诊。

3.2 减少或避免误诊措施 提高对本病的认识及警惕。因老年人皆有不同程度的脑动脉硬化,伴有高血压及糖尿病的患者局部脑动脉硬化、血管狭窄更多见;低血糖时又可能使大脑某些部位丧失血流自动调节的作用,更易引起血流障碍,出现类似急性脑血管病的脑局灶症状,按缺血性脑血管病进行治疗,造成不可逆性脑损害或死亡。因此提醒医务工作者在临床上凡遇到老年人突发意识障碍、精神异常、抽搐发作以及脑实质局灶损害的症状体征等表现时,均应考虑到低血糖脑病的可能,应详细询问病史,包括既往有否糖尿病史,是否使用降糖药,用药品种及剂量,近期的饮食情况等;并常规测定血糖,尽早诊断出低血糖脑病,及时治疗,尽快纠正低血糖,防止不可逆性脑损害的发生并可减少无谓的昂贵的大型仪器检查,降低医疗费用。提高对老年糖尿病低血糖症的认识是早期诊断和治疗的关键。

参考文献

- [1] 欧阳存. 低血糖脑病误诊分析. 内科急危重症杂志, 1997, 3: 186.
- [2] 卜雪梅. 老年药源性低血糖脑病误诊分析. 安徽医药, 2003, 7: 287.
- [3] 张九成, 王海燕. 低血糖脑病 48 例临床分析. 河南实用神经疾病杂志, 2001, 1: 33-34.
- [4] 王卫东, 王春虎. 易误诊为脑卒中的低血糖脑病. 临床医药实践杂志, 2004, 13: 603.
- [5] Mori F, Nishie M, Houzen H, et al. Hypoglycemic encephalopathy with extensive lesions in the cerebral white matter. Neuropathology, 2006, 26: 147-152.
- [6] 李云, 吴新华. 老年人药物性低血糖脑病 12 例误诊分析. 临床误诊误治, 2002, 15: 384-385.