

聚乙二醇电解质肠道准备引发严重电解质紊乱 3例

周益峰,张筱凤(杭州市第一人民医院消化科,杭州 310006)

中图分类号:R994.11;R977.7

文献标识码:B

文章编号:1007-7693(2008)05-0421-01

1 病例介绍

病例 1:女,64岁,体重系数 18.61,因“下腹不适伴纳差、消瘦 2月余”入院,既往有轻度高血压病史 6年,入院后查胃镜、腹部 CT、粪便潜血均未发现明显异常,血钠 $135\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.61\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,甲状腺功能等正常。行结肠镜检查。肠道准备方案:检查前正常饮食,检查当日上午以聚乙二醇电解质口服(商品名:恒康正清,江西恒康药业有限公司生产,每盒含聚乙二醇 4000 60 g,取 2盒化水 2 000 mL分次口服,下同)。腹泻 6次,其间伴呕吐 2次,下午肠镜检查顺利,镜检后患者仍呕吐 2次,为清水样胃内容物,伴乏力、嗜睡,于当晚 6时出现手足抽搐,随即心跳呼吸骤停,紧急心肺复苏成功同时急查血钠 $118\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $2.41\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,并予补钠补钾至血钠 $139\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.27\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 后,但仍处于浅昏迷状态。维持正常浓度电解质及对症治疗 3 d,患者逐渐恢复意识,查血醛固酮及 ACTH均正常范围,但仍感乏力及头晕,时伴四肢阵发性抽搐,后经过积极治疗半月后痊愈出院。

病例 2:女,65岁,体重系数 20.08,因“右上腹隐痛 2月余”入院,入院后查腹部 B超未见明显异常,小肠 CT无殊,血钠 $137\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.72\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,拟行肠镜检查。肠道准备方案:半流质 3 d,流质 1 d,第 4天晚间予以聚乙二醇电解质化水 2 000 mL分次口服。肠道准备中腹泻 7次,伴恶心、呕吐 2次,次日凌晨起床时出现肢体抽搐,随后陷入浅昏迷伴有二便失禁,急查心电图提示频发室性早搏,血钠 $114\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.14\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,予以紧急补钠、补钾 6 h后患者意识逐渐恢复,复测血钠 $130\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.67\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血醛固酮及 ACTH均正常,遗留反应迟缓及头晕症状,治疗近 1月后好转出院。

病例 3:男性,74岁,体重系数 21.09,因“大便习惯改变 1月余”入院,既往有高血压病史,检查腹部 B超、CT均无明显异常,粪便隐血阴性,血红蛋白及血肿瘤标志物均正常,血钠

$137\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $3.67\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。肠道准备方案同病例 2。准备过程中腹泻 5次,恶心伴呕吐 3次,肠镜检查顺利。镜检后出现头晕,并迅速加重直至肢体抽搐,并随即出现浅昏迷,急查心电图提示心房扑动,血钠为 $120\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血钾 $2.87\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血醛固酮、ACTH及甲状腺功能均正常,查头颅 MRI提示脑水肿。予以补钾、补钠后头晕及呕吐症状逐渐缓解,治疗 14 d后痊愈出院。

2 讨论

聚乙二醇电解质是首选的肠道准备药物。其最大优点是快捷、方便、痛苦少,肠道清洁效率高,电解质紊乱等并发症少。但近一年来我院却出现 3例用聚乙二醇电解质肠道准备导致严重电解质紊乱的患者,严重者直接导致心跳骤停。总结 3例病例有以下特点:①均为中老年患者,体重系数明显低于平均水平,体质瘦弱,对电解质紊乱的耐受能力及代偿能力下降;②均有一定焦虑状态,尤其第 2例患者之前诊断有轻度抑郁症,沉默少语,降低肠道准备的顺应性,也掩盖病情恶化的进程;③在肠道准备中有不同程度的呕吐,引起消化液中的电解质快速丢失,同时减少对补充电解质的有效吸收;④3例患者均为住院检查病人,在出现昏迷或心跳骤停后得到有效的抢救,避免了严重的不良后果。故而在运用聚乙二醇电解质液进行肠道准备时,更应重视对患者耐受性的评估,对体质瘦弱、有焦虑状态的患者建议其住院检查,必要时密切观察电解质水平,并静脉足量补充予以预防。而聚乙二醇电解质散剂临床推广的同时,仍需完善其药品安全性的研究及宣传。

上述 3例病例在纠正严重的低钠血症后仍遗留不同程度的神经系统症状,尤其第 1例病例头颅 MRI提示脑水肿明显消退的情况下仍持续昏迷 3 d,这提醒我们在补钠的过程中更应注意补充速度的控制,避免出现渗透性脱髓鞘作用的危险。

收稿日期:2008-03-06

作者简介:周益峰,男,硕士,住院医师

Tel:13157118028

E-mail:zyfl20@yahoo.cn