

# 糖尿病急性并发症的护理

---

-----2013.12

韩雪

## ■ 糖尿病急性并发症包括：

---

- 糖尿病酮症酸中毒
- 高渗性非酮症性糖尿病昏迷
- 乳酸性酸中毒

# 一、糖尿病酮症酸中毒的护理

- 酮症酸中毒是一种发展迅速、病情凶险的糖尿病急性并发症
- 酮症酸中毒的定义和发病机制：
- 糖尿病代谢紊乱加重时，脂肪动员和分解加速，大量脂肪在肝脏经 $\beta$ 氧化产生大量分解产物——酮体（包括乙酰乙酸、 $\beta$ -羟丁酸、丙酮）在血液中堆积，引起血酮水平升高，称为酮血症，其临床表现称酮症
- 糖尿病酮症酸中毒是糖尿病最常见的急性并发症之一，多见于1型糖尿病。

# 诱因

- 2型糖尿病在某些诱因下也可发生：
- ① 胰岛素、口服降糖药剂量不足或治疗中断
- ② 感染,以呼吸道、皮肤、泌尿系及胃肠道感染为多见。
- ③ 生理压力（手术、妊娠、分娩、外伤、过度劳累、精神创伤等）
- ④ 饮食不当

# 临床表现

- 早期：多尿、多饮、疲乏等原有糖尿病症状加重。
- 中期：食欲不振、恶心、呕吐、口渴、尿量增多，伴头痛、嗜睡、呼吸深大（Kussmaul呼吸）呼气中出现烂苹果味（丙酮所致）。
- 后期：脱水明显，尿少、皮肤干燥、血压下降、休克、昏迷，以致死亡。

# 糖尿病酮症酸中毒指标

- (1)尿。肾功能正常时尿酮体、尿糖均为强阳性。
- (2)血。血化验常有以下异常：
  - ①高血糖。多数为 $16.7\sim 27.8\text{mmol/L}$ ；有时可达 $33.3\sim 55.5\text{mmol/L}$ 以上。
  - ②高血酮。定性强阳性。
  - ③血脂升高。有时血清呈乳白色，由于高乳糜微粒血症所致。

④血酸度。本症属代谢性酸中毒，代偿期pH在正常范围，失代偿期低于正常，二氧化碳结合力可降至13.5mmol/L以下，严重者9.0mmol/L以下。

⑤电解质。血钠大多降低，少数正常，血钾初期偏低，当少尿、失水和酸中毒严重时可发生高血钾。胰岛素治疗4~6小时后，血容量趋向恢复，尿中大量排钾，同时葡萄糖利用增加，钾离子返回细胞内；又因酮症酸中毒得到纠正后，细胞释放氢离子并摄取钾离子，故出现低钾。

- ⑥白细胞计数常增高。但在此症中不能以白细胞计数与体温反映有无感染。尿素氮、血肌酐常因失水、循环衰竭及肾功能不全而升高，补液后可恢复。



# 治疗

- 1、胰岛素治疗：小剂量持续静滴速效胰岛素，4~6 u/h,根据血糖水平调节胰岛素剂量。初始在0.9%NS中加胰岛素静滴，待血糖降至13.9mmol/L改为5%GS或5%GNS，按照每3~4g葡萄糖加1 u胰岛素计算的剂量持续给予，至酮体消失。尿糖弱阳性时，酌情皮下注射速效胰岛素8u左右，1h后停用静脉胰岛素，改皮下注射。

- 2、 输液应注意先快后慢，首先补充NS。对无明显循环障碍者，最初4小时内每小时输液500ml，以后4小时内每小时250ml。重症病人在最初2小时内补充NS 1000~2000ml为宜。之后根据病人的血压、心率、每小时尿量和周围循环情况调整输液量和速度。最初6小时内可输液3000~4000ml，在最初24小时内输液4000~5000ml，严重脱水者需6000~8000ml。

- 老年人尤其心功能不全者，补液速度应稍慢，并做中心静脉压监测，以防止输液过快过量而发生肺水肿。
- 3、补钾：酮症酸中毒患者体内都有不同程度缺钾，对有尿的患者，治疗开始即应补钾，至少持续一周，并监测血钾水平。

- 4、纠正电解质及酸碱平衡失调：纠酸不宜过早。轻、中度酸中毒经充分输液及胰岛素治疗后即可纠正，无需补碱， $\text{pH}<7.1$ 的严重酸中毒者予碳酸氢钠静滴。
- 5、治疗诱因及并发症：积极抗感染，纠正脱水、休克、心衰等严重并发症。

# 护理要点

- 病情监测：在原有糖尿病的临床表现基础上，出现显著软弱无力、极度口渴、尿量增多伴钠差、恶心、呕吐、头痛及意识改变者应警惕酸中毒的发生，应向医生报告并及早处理。
- 护理措施：①严密观察患者血压、心率、呼吸、体温、神志、血糖、尿量、尿糖、尿酮体、血气分析及电解质，每0.5~1小时测血压、呼吸、脉搏1次，记录出入量，每2小时查尿糖和酮体1次，2~4小时查血糖及电解质1次。

- ②吸氧，对昏迷病人应注意吸痰以保持呼吸道通畅。
- ③绝对卧床休息，注意保暖，使体力消耗达最低水平，以减少脂肪、蛋白质分解。
- ④快速建立静脉通道，准确迅速地执行医嘱，严格掌握输液速度，保证24小时液体入量。
- ⑤协助处理并发症，尤其是老年患者，应及时预防治疗脑血管意外、心肌梗死、肾功能衰竭等。

- ⑥饮食护理：昏迷患者禁食，待昏迷缓解后改为糖尿病半流质或糖尿病饮食。
- ⑦基础护理：第一做好口腔及皮肤护理，保持皮肤清洁预防感染；第二勤翻身、拍背防止褥疮和坠积性肺炎；第三女性患者应注意保持外阴清洁；第四昏迷病人置尿管，胃扩张者留置胃管。
- ⑧心理护理：此期病人因对医治知识的缺乏而产生紧张、恐惧等情绪，护理人员应予关心、安慰作好解释工作。

## 二、高渗性非酮症性糖尿病昏迷的护理

---



# 诱因

- 1. 应激和感染
- 2. 摄水不足
- 3. 失水过多和脱水 如严重的呕吐、腹泻，大面积烧伤患者，神经内、外科脱水治疗，透析治疗等。
- 4. 高糖摄入和输入 如大量摄入含糖饮料、高糖食物
- 5. 药物 许多药物均可成为诱因，如大量使用糖皮质激素、噻嗪类或呋塞米(速尿)等利尿药、普萘洛尔、苯妥英钠、氯丙嗪、西咪替丁、甘油、硫唑嘌呤及其他免疫抑制剂等。
- 6. 其他 如急、慢性肾功能衰竭，糖尿病肾病等。由于肾小球滤过率下降，对血

# 临床表现

- 1. 前驱期表现：HNDC起病多隐蔽，在出现神经系统症状和进入昏迷前常有一段过程即前驱期，约可持续数日至数周，病人可表现有口渴、多尿和倦怠无力等糖尿病症状的加重，以及反应迟钝、表情淡漠等，引起这些症状的基本原因是由于渗透性利尿而导致的失水，这些症状的发展比DKA慢，如能对HNDC提高警惕，在前驱期及时发现和诊断，则对病人的治疗和预后明显益处。

- 2. 脱水和周围循环衰竭：严重的脱水是HNDC的一个特征，体格检查可以发现病人皮肤干燥、弹性减退，眼球凹陷，舌干可有纵行裂纹。病人有周围循环衰竭时，可出现脉搏快而弱、体位性低血压（站立后收缩压较平卧时低10mmHg）、低血压、休克等。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/278124107053006064>