

1例2型糖尿病酮症酸中毒合并急性消化道出血的护理

宋洁

武汉亚心总医院, 湖北 武汉 430000

【摘要】报告1例2型糖尿病酮症酸中毒合并急性消化道出血的护理过程。护理要点: 细致观察患者病情, 判断有无低血钾症, 控制血糖, 预防并发症的发生, 提供有效的心理护理和疾病指导。经过11d的精心治疗与护理, 患者病情得到有效控制, 痊愈出院。

【关键词】糖尿病酮症酸中毒; 急性消化道出血; 护理

【中图分类号】R587.2 **【文献标识码】**A

糖尿病酮症酸中毒(diabetic ketoacidosis, DKA)是由于胰岛素分泌相对不足或绝对不足和胰高血糖素不恰当升高引起的糖、脂肪和蛋白质三大代谢产物严重代谢紊乱的综合征, 主要特征为高血糖、高酮体、代谢性酸中毒。急性感染、不当饮食、胰岛素不适当减量或中断、胃肠道病变、急性心肌梗死、缺血性脑卒中、严重损伤、重大手术、分娩、精神心理刺激等都是糖尿病酮症酸中毒的诱因^[1]。糖尿病酮症酸中毒起病急、变化快、病情危重, 发病后可能出现多脏器功能衰竭。在住院的糖尿病患者中出现DKA合并上消化道出血者约占9%^[2], 此类症状在各个年龄段都有可能发生。我院成功抢救1例2型糖尿病酮症酸中毒合并急性消化道出血患者, 现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者许某, 男, 68岁。主诉: 发现血糖升高9年余, 因恶心、呕吐12h入院。患者于2021年2月因“2型糖尿病酮症酸中毒”于我科住院治疗, 予以降糖、补液及对症治疗, 血糖控制平稳后出院, 患者自诉出院后血糖波动大, 夜间常出现低血糖, 但未进一步调整血糖。既往史: 1个月前行PCI术, 术中于左旋动脉(LCX)植入支架2枚, 术后规律服药。患者入院当天早上无明显诱因频发恶心、呕吐不适, 呕吐胃内容物7~8次, 腹泻5~6次, 初大便成形, 后为黄色稀水样便, 伴乏力, 纳差, 精神萎靡, 到我院就诊。查血提示: 尿葡萄糖4+, 尿酮体3+, 葡萄糖30.75mmol/L,

血清 β -羟基丁酸7.02mmol/L。血气分析示: pH 7.247, PCO₂ 21.9mmHg, 血红蛋白122g/L。诊断: 2型糖尿病伴有酮症酸中毒; 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 冠状动脉支架植入术后。立即给予胰岛素泵积极控制血糖, 补液, 抗感染, 稳定血压, 维持水电解质酸碱平衡治疗。入院后第2日开始出现咖啡渣样大便, 血压波动在(84~90)/(45~52)mmHg, 急查血红蛋白70g/L, 考虑患者长期服用抗血小板聚集药物, 有消化道出血的可能, 予以禁食、吸氧、输血、艾司奥美拉唑钠(耐信)泵入以抑酸护胃、奥曲肽泵入以止血, 加强补液, 并完善内镜下检查, 后病情逐渐平稳后出院。

2 护理

2.1 常规护理

(1) 要求患者绝对卧床休息, 给予心电监护及低流量氧气吸入, 严密观察患者心率、心律、血压、神志及瞳孔的变化。

(2) 注意保护患者的安全, 要求家属留陪, 患者烦躁时加强安全防护, 打起双侧床栏, 必要时使用约束带, 约束时关注患者的皮肤, 每2~4h协助患者翻身1次, 避免压疮。

(3) 给予患者及家属心理护理, 使患者及家属树立战胜疾病的信心, 日常生活中多关注患者, 及时发现患者的需求, 为患者提供帮助。

2.2 糖尿病酮症酸中毒的护理

(1) 迅速建立两条以上的静脉通道, 按照医嘱大量补液, 先快后慢, 在患者无心力衰竭的情况

下, 1h内需要输入1000~2000ml液体, 之后根据患者的血压、心率、尿量等情况继续补液, 24h总补液量为4000~5000ml。

(2) 及时复查血生化、电解质、动脉血气、尿酮等, 采血时应注意在没有输液的肢体侧进行, 或输液结束半小时后再进行采血, 并关注复查结果。

(3) 加强血糖监测, 按照医嘱每2h测量1次血糖, 可根据患者的意愿, 推荐动态血糖监测, 动态血糖监测可避免患者多次扎针取血的痛苦, 保护手指的皮肤, 还可以获取更多的血糖数值, 当患者血糖 $\leq 13.9\text{mmol/L}$ 时, 须开始补充葡萄糖并继续胰岛素治疗, 直至血酮、血糖均得到控制^[3], 同时遵医嘱根据血钾浓度静脉补钾, 血气pH低至7.0~7.1时, 需进行补碱治疗。

(4) 遵医嘱使用胰岛素静脉滴入或微量泵静脉泵入进行降糖治疗, 根据患者血糖变化来减慢或增快降糖速度, 血糖下降速度以每小时2.8~4.2mmol/L为宜, 血糖下降过快或过慢均应告知医生, 根据医嘱调整胰岛素输注速度, 当血糖值小于13.9mmol/L时, 可将胰岛素改为皮下泵入, 根据血糖情况调整基础率及餐前大剂量; 在口服降糖药的情况下, 根据药物性质及服用方法, 按时发放口服药。

(5) 给予患者及家属糖尿病护理相关的健康指导, 指导患者健康饮食, 遵循低盐、低脂、低油、低糖、清淡饮食的进食原则, 根据患者年龄、身高、体重及日常活动量, 利用美敦力食谱计算器计算出每日所需摄入的总热量, 分配到三餐中, 按时按量吃, 少吃主食, 主食最好以粗粮为主, 保持营养均衡, 蔬菜、蛋白及肉类均要摄入。每日均需进行运动, 运动前先进行自我评估, 无不适方可开始运动, 宜在餐后1h开始, 运动时间大于30min, 以不感到疲劳为度, 运动后的最快心率不超过(170-年龄)次/分, 运动后有微汗, 心率可在5~10min内恢复正常, 运动后身体的不适如肌肉酸痛等很快能恢复正常, 且不影响饮食和睡眠, 运动强度应以此为宜。按时按量服用降糖药物及注射胰岛素, 告知患者不可自行停药或更改剂量。告知患者及家属应避免感染、外伤、中断药物治疗或应用药物剂量不足、暴饮暴食、精神过度紧张等DKA的诱因。

2.3 急性消化道出血的护理

(1) 大出血患者绝对卧床休息, 保持情绪稳

定, 避免激动, 平卧时头偏向一侧, 双下肢略抬高, 促进血液回流; 在患者病情平稳后可逐步恢复活动。

(2) 出血期应禁食, 出血停止后1~2d可进高营养流食, 避免进食粗糙、坚硬、刺激性的食物, 细嚼慢咽, 以防止再次出血, 如无再次出血, 饮食可逐渐改成半流质软食。少量出血无呕吐者, 可进温凉、清淡流质食物, 出血停止后改成营养丰富、易消化、无刺激性的半流质食物、软食, 开始时少量多餐, 以后改成正常饮食。

(3) 生命体征的观察, 观察患者的心率、血压, 给予床边心电监护, 每15~30min测量1次血压, 同时关注神志、排便、皮肤温度、面部及眼睑的颜色, 关注24h出入量, 并可通过呕血、排便次数及大便颜色、性状判断是否仍有出血。在患者出现头晕、心悸、出冷汗等休克表现时, 及时告知医生做好处理, 遵医嘱使用止血、补液、护胃等药物, 建立两条以上静脉通路, 尽可能使用大号留置针, 一条通道予以输血, 其余通道予以补液治疗, 注意观察有无心律失常、腹痛、药物外渗等不良反应, 根据患者的情况把握输血及补液的速度, 避免引起心力衰竭。

(4) 保持病房及患者个人的卫生, 及时清理污物, 以减少对患者的精神刺激。耐心解答患者及家属的疑问, 避免患者出现焦虑或恐惧情绪, 帮助患者树立战胜疾病的信心。

(5) 为保护患者安全, 应打起双侧床档, 急性期患者应绝对卧床休息, 指导其在床上排便, 轻症患者可在家属或护士搀扶下进行少量床边活动, 床边排便。初次下床活动时, 应有医护人员在旁协助, 坐起、站起时动作缓慢, 遵循“三个30s”原则, 床上坐30s, 床边坐30s, 床旁坐30s, 没有头晕等不适再开始活动。

(6) 给予患者及家属健康指导, 告知患者要保持良好的心态、平稳的情绪, 合理安排作息时间, 禁烟酒、辛辣刺激的食物。回家后要坚持适当的体育锻炼, 增强体质, 出现不适时, 及时就医。

2.4 护理问题

(1) 活动无耐力: 与消化道出血导致的贫血有关, 在急性期指导患者卧床休息, 不要随意下床, 病情平稳后逐步开始活动, 活动时有家属或护士陪同, 动作缓慢, 若出现头晕、乏力等情况应停止活动, 休息缓解后再次开始活动。

(2) 营养失调：低于机体需要量，在禁食水期间遵医嘱大量补充营养液，在恢复进食后可根据患者情况，提供符合患者口味的软烂、易消化、清淡且富有营养的食物，避免食用坚硬或刺激性的食物。

(3) 潜在并发症：低血糖，遵医嘱每 2h 监测 1 次血糖，根据血糖值调整胰岛素的剂量，若患者意识清醒，应立即进食含糖食物，如果汁、糖水等，若患者意识不清或仍在禁食期间，应遵医嘱立即静脉推注 50% 葡萄糖，15min 后复测血糖，若未恢复，再按上述方法处理，直至血糖恢复正常。

(4) 体液不足：与禁食、消化道出血导致体液摄入不足、体液丢失有关，应让患者保持情绪稳定，以休息为主，并给予患者心理安慰。遵医嘱给予患者补液治疗及药物治疗，并观察用药后的反应，准确记录 24h 出入量，关注患者神志、生命体征、皮肤皮温的变化，并做好记录。

(5) 焦虑：与病情严重、担心预后有关，多与患者沟通，减轻患者的心理压力，多巡房，及时发现患者的需要，并提供帮助，让患者对医护人员产生信任，耐心向患者讲解疾病的知识及治疗方法，向患者介绍与其相同疾病患者治愈的例子，帮助患者重塑信心。

(6) 知识缺乏：缺乏糖尿病及消化道出血的相关知识，告知患者及家属在家也要监测血糖，关注血糖的变化，规律服药，不可擅自调整或停用降糖药物，在血糖波动较大时及时来院就诊，指导患者及家属在服用抗凝药物期间密切关注有无口腔黏膜出血、鼻出血、皮肤瘀斑、呕血、柏油样便或外伤导致出血不止等情况，一旦发生，需尽快就诊。指导患者进食清淡、易消化的软食，三餐按时按量，荤素搭配，保证营养，避免过饱，禁食坚硬或刺激性食物。餐后 1h 若无不适，就可以开始适量运动，根据患者的情况选择适合的运动方式，如散步、太极拳等。

3 结果

患者住院期间复查各项指标均有好转，入院第 3 天复查血气：pH 7.407，PCO₂ 21.9mmHg，入院第 9 天复查血尿标本：尿葡萄糖阴性，尿酮体阴性，血清 β-羟基丁酸 0.09mmol/L，血红蛋白 112g/L，

患者未再出现恶心、呕吐、腹泻等不适，大便呈黄色成型软便，可生活自理，每日下床活动 2h，身体各项机能逐步好转。

4 小结

糖尿病酮症酸中毒患者并发消化道出血，若不及时进行正确的治疗与护理，可能导致患者血糖波动及消化道出血的加重，引起其他并发症^[4]。因此，对于糖尿病酮症酸中毒合并消化道出血患者，医护人员要进行全方位合理的治疗与护理，预防并发症的发生。在本病例中，护理人员给予患者生理、心理、用药、健康指导等全方位的护理，为了尽快控制病情，保证患者的安全，护士对患者进行了连续性的生命体征监测及血糖监测，每次发现异常体征或血糖都及时报告给医生，按医嘱对症处理。

首先，要保证患者的安全，在救治过程中做到快、准、稳，高效地完成各项给药、治疗措施，根据患者的情况，还需了解患者的心理状态，与患者多沟通，保证患者能够更好地配合治疗。相关研究显示，适当的心理护理对于患者的康复十分重要^[4]。其次，对患者进行饮食、运动宣教，给予患者个体化的饮食指导，在患者禁食期间，遵医嘱为患者输入营养液，保证了充足的营养供给，在患者可以进食后，根据患者的年龄、身高、体重、活动量计算出患者每日所需的总热量，按照热量选择患者能吃的食物，分配到一日三餐中，既控制了血糖，又保证了营养的摄入^[5]。在患者能活动后，鼓励患者下床活动，以尽快恢复身体机能。本病例治疗结果显示，通过饮食、运动护理，患者的血糖控制良好，出院前 3d 血糖波动在 7.1~11.5mmol/L，未再出现新的并发症，患者对护理服务的满意度也有所提高。最后，用药方面，胰岛素治疗对于维持糖尿病合并消化道疾病患者的血糖十分重要^[6]，同时护胃止血药物也在持续使用，在患者住院的后期，消化道出血的症状有了明显的好转。

综上所述，对糖尿病酮症酸中毒合并消化道出血患者实施连续的生命体征监测、血糖监测，可以很好地控制患者病情，全面的护理服务可以获得患者的好感，提高患者的信任度，也可以提高患者对护理工作的满意度。

(转第 86 页)

557-559.

- [5] 林俊宏, 谢志伟, 何春卉, 等. 儿童早期预警评分对住院呼吸系统疾病患儿病情判断的有效性 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2016, 31 (16): 1235-1237.
- [6] 冯子娟, 丁晓芳, 苏丽丽, 等. 专职护理小组对新生儿呼吸窘迫综合征肺功能及康复水平的影响 [J]. 河北医药, 2021, 43 (19): 3034-3037.
- [7] 赵文慧, 罗庆花, 曲海新, 等. 体位交换护理对早产儿呼吸窘迫综合征机械通气血气分析的影响 [J]. 贵州医药, 2018, 42 (5): 628-630.
- [8] 谷丽彩, 张晶, 栗闪闪, 等. 不同体位护理方案对早产急性呼吸窘迫综合征患儿机械通气效果及安全性的影响 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27 (6):

669-672.

- [9] 荆晨晨, 孙淑青, 秦德春. 急性呼吸窘迫综合征患者早期风险预测模型的建立 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55 (9): 1285-1291.
- [10] 周麟永, 陈建丽, 凌萍, 等. 儿童早期预警评分对急诊收入重症监护室患儿病情判断的有效性 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2019, 34 (18): 1394-1397.
- [11] 施春柳, 王丽芳, 宋卓华, 等. 儿童早期预警评分在儿科重症监护病房患儿病情及预后评估中的应用价值 [J]. 广西医学, 2019, 41 (20): 2667-2669.
- [12] 张胡爽, 丁静, 丁晓燕. PEWS 模式下的护理干预在新生儿呼吸窘迫综合征患儿中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (3): 108-110.

(接第 68 页)

叉神经痛的疗效及对睡眠质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28 (18): 1995-1997, 2001.

- [3] Yoshida K. Effects of botulinum toxin type A on pain among trigeminal neuralgia, myofascial temporomandibular disorders, and oromandibular dystonia [J]. Toxins (Basel), 2021, 13 (9): 605.
- [4] 中华医学会神经外科学分会功能神经外科学组, 中国

医师协会神经外科医师, 分会功能神经外科专家委员会, 等. 三叉神经痛诊疗中国专家共识 [J]. 中华外科杂志, 2015, 53 (9): 657-664.

- [5] Fraenkel L, Falzer P, Fried T, et al. Measuring pain impact versus pain severity using a numeric rating scale [J]. J Gen Intern Med, 2012, 27 (5): 555-560.

(接第 92 页)

参考文献

- [1] 中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版) [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2021, 13 (4): 311-398.
- [2] 李晓娜, 王旭东. 糖尿病酮症酸中毒合并急性上消化道出血 [J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45 (1): 4-7.
- [3] 江瑞芳. 上消化道出血合并糖尿病的急救和临床护理措施观察 [J]. 糖尿病新世界, 2019, 22 (23):

66-67.

- [4] 林洁欣. 上消化道出血合并糖尿病酮症酸中毒的护理和健康教育探析 [J]. 糖尿病新世界, 2020, 23 (3): 6-7, 10.
- [5] 杜蓓莉, 毛淑芬. 自制匀浆膳对肝硬化合并 2 型糖尿病并发上消化道出血患者的饮食干预 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23 (12): 902-904.
- [6] 王旭, 王晓燕, 孙震, 等. 糖尿病合并上消化出血的临床治疗疗效观察 [J]. 糖尿病新世界, 2019, 22 (15): 32-33.