

## • 病例报告 •

## 一例急性重症胰腺炎、糖尿病酮症酸中毒患者的急救护理

王晨

(苏州市吴江区第一人民医院, 江苏 苏州 215200)

**摘要:**重症急性胰腺炎是临床上常见的急腹症之一, 病死率高, 发病与早期胰腺炎局部病变触发促炎细胞因子过度释放, 造成全身炎症反应综合征有关, 进而导致病人多脏器功能不全甚至死亡<sup>[1]</sup>。其主要致病因素有以下几种: 胆道系统疾病、酗酒和暴饮暴食、手术和损伤、感染、高脂血症和高钙血症。重症胰腺炎病情危重, 变化复杂, 致死致残率高, 在护理和护理上都有一定的难度。糖尿病酮症酸中毒为糖尿病控制不良所产生的一种需要急诊治疗的情况, 是由于胰岛素不足及升糖激素不适当升高, 引起糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱, 以致水、电解质和酸碱平衡失调, 以高血糖、高血酮和代谢性酸中毒为主要表现的临床综合征<sup>[2]</sup>。因此总结、有效的治疗手段和完善的护理措施对挽救患者生命至关重要, 本科室于2017年10月6日成功救治了一名重症胰腺炎、糖尿病酮症酸中毒的患者, 现报道如下。

**关键词:**重症胰腺炎; 糖尿病; 急救护理

**中图分类号:** R657.5+1

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.74.145

**本文引用格式:** 王晨. 一例急性重症胰腺炎、糖尿病酮症酸中毒患者的急救护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74):184.

## 1 病例介绍

患者, 男, 24岁, 因腹痛伴意识模糊入院, 双侧瞳孔均为3.0 mm, 对光反应均灵敏, 呼吸浅促, 口鼻腔可及烂苹果气味。血压低, 立即予生理盐水、复方氯化钠500 mL快速静滴, 末梢血糖高至测不出, 立即予NS40 mL+诺和灵40 u静脉泵入, 便于补液, 行右股深静脉置管, 便于监测尿量, 予保留导尿。静脉补液2000 mL后, 血压仍低至74/40 mmHg, 予5%GS40 mL+去甲肾上腺素4 mg静脉泵入, 后血压上升至101/43 mmHg, 后01:00末梢可测得血糖为26.6 mmol/L, 入科7 h, 患者烦躁, 急查血气分析PH: 7.38, PaO<sub>2</sub>: 108 mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 103 mmHg, 立即经口气管插管接呼吸机辅助通气, 予地佐辛镇痛、右美托咪定镇静治疗, 后患者PaCO<sub>2</sub>下降至38.6 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 92.9 mmHg。患者血气分析提示血钾1.7 mmol/L, 立即予静脉泵钾。患者全身散在红点, 尾骶部有一大小3 cm×5 cm发黑, 周围伴有多处散在水泡, 予保持床单位及皮肤清洁。

## 2 抢救及护理经过

**2.1 休克的处理。**予面罩吸氧, 行右股深静脉置管, 快速大量补液扩容后, 最低至74/40 mmHg, 予去甲肾上腺素静脉泵入, 后血压上升至101/43 mmHg。

**2.2 酮症酸中毒主要护理措施。**遵医嘱予NS40 mL+诺和灵R40 U静脉泵入, 使用注射泵微量泵入, 血糖q1h监测, 动态调节诺和灵R泵入, 后血糖降至12.4 mmol/L。右锁骨下深静脉置管, 生理盐水, 复方氯化钠补液扩容, 碳酸氢钠纠酸。动态监测血糖、电解质、肝肾功能、血气分析等。留取尿标本, 动态监测尿糖与酮体。加强生命体征监测, 动态尿量监测q1 h, 准确记录24 h出入量。

**2.3 低钾血症主要护理措施。**遵医嘱予右锁骨下深静脉置管, 保持管路在位、通畅, 妥善固定, 观察置管处有无渗血、渗液, 防止药物外渗。使用注射泵微量泵入, 遵医嘱调节10%KCl 20 mL以25 mL/h泵入。心电监护, 观察患者心律及心电图变化, 床边备除颤仪, 抢救车。观察患者神志变化, 监测肌力。气管插管接呼吸机辅助通气, 观察患者呼吸、脉氧情况。留置

胃管、胃肠减压, 观察患者腹部情况。保留导尿, 尿量q1h监测, 记24 h出入量, 补钾期间尿量20-30 mL/h。共补钾43.5 g, 后复查血钾恢复正常。

**2.4 高脂性胰腺炎护理措施。**遵医嘱先行血液灌流, 模式HP, 共3 h, 血流量180 mL/min。再序贯行血液滤过治疗, 模式CVVH, 血流量180 mL/min, 前稀释2000 mL, 平均每小时超滤150 mL, 阿加曲班首剂10 mg, 4 mL/h维持。

CRRT主要采取的护理措施有: 遵医嘱予右股静脉置管, 妥善固定, 穿刺局部护理。严格无菌操作。心电监护、严密观察生命体征、血流动力学指标, 观察有无出血倾向、尿量。观察机器工作状态和各项压力值, 及时排除故障, 观察滤出液量及颜色。维持液体与电解质及酸碱平衡, 计算每小时出入量。定时监测肾功能、电解质与凝血时间。提供足够的营养支持。预防体温过低, 加强保暖。预防并发症: 空气栓塞, 感染, 滤器漏血等。CRRT下机护理: 稀肝素盐水冲双腔血滤管NS3.6 mL+肝素0.4 mL封管。

## 3 结论

重症急性胰腺炎是消化系统多发危重症之一, 发病急, 进展快。死亡率高, 合并糖尿病酮症酸中毒若治疗护理不及时死亡率高达50%以上, 合理治疗, 严密护理, 是提高救治率, 降低死亡率的关键<sup>[3]</sup>。护士在护理重症急性胰腺炎合并糖尿病酮症酸中毒患者的过程中, 不仅需要及时了解患者的实验室检查及心理状态, 更重要的是要严密监测患者的病情变化, 以便及时通知医生, 采取相应措施, 以挽救患者生命。因此, 护理过程中, 护士必须具备高度的责任心, 时刻保持警戒状态, 以取得满意的效果。

## 参考文献

- [1] 吕红红. CRRT用于治疗重症胰腺炎的护理体会[J]. 河北医学, 2012, 18(4):543-544.
- [2] 郭军, 吴源, 王晓华. 糖尿病酮症酸中毒39例临床抢救分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(5):829.
- [3] 杜秋燕, 江艳. 重症胰腺炎非手术治愈患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(12):14.