

简明临床

常见疾病护理规范

JIAN MING LIN CHUANG ◆杨 光 主 编
CHANG JIAN JI BING
HU LI GUI FAN



济南出版社

简明临床常见疾病护理规范

杨 光 主编

济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

简明临床常见疾病护理规范/杨光主编. —济南:济南出版社, 2013. 4

ISBN 978-7-5488-0849-7

I. 简… II. ①杨… III. ①常见病-护理-技术操作规程
IV. ①R47-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 081840 号

责任编辑: 朱 琦

封面设计: 冯 伟

出版发行: 济南出版社

地 址: 济南市二环南路 1 号

邮 编: 250002

印 刷: 泰安市长城印刷有限公司

版 次: 2013 年 7 月第 1 版

印 次: 2013 年 7 月第 1 次印刷

印 张: 20.75

开 本: 880 × 1230 毫米 1/16

字 数: 750 千字

定 价: 48.00 元

(如有印刷质量问题, 请直接与印刷厂调换)

《简明临床常见疾病护理规范》

编 委 会

主 编：杨 光

副主编：马为梅 袁淑华 孙红喜 和玉芬 王静波 李 妹
王 静 肖艳红

编 委：（按姓氏笔画排序）

丁迎晓	亓 玉	亓红伟	亓 琴	牛 彤	牛庆琴
王小丁	王兆兰	王荣芝	王冬梅	王爱红	王 莲
田 芳	石焕玲	安增银	闫 惠	邢 丽	许婷婷
许 敏	刘 芸	刘 轶	刘笑南	吕秀花	孙亚平
邵玉会	杜 云	杜 辉	张 伟	张 青	张晓红
张秋芳	张玉霞	张晓莉	张 锋	张桂平	张林丽
张海芹	张彦梅	张衍珍	张淑红	李 岩	李尉然
汪晓云	苏 琳	杨 莉	杨永红	陈立新	陈 璐
陈梦婷	陈冬梅	陈 敏	孟 力	侯 云	赵玉娟
荣雅伟	郝海明	柏 萍	畅芳丽	徐 丽	徐红霞
姜秀丽	姜 彤	郭 俊	骆 青	贾 莉	崔 红
韩 玲	韩 娟	韩 静	薛 玲	董 华	燕 云
鞠 燕					

目 录

第一章 内分泌代谢性疾病护理规范	1
第一节 腺垂体功能减退症护理规范	1
第二节 甲状腺疾病护理规范	3
第三节 糖尿病护理规范	9
第四节 嗜铬细胞瘤护理规范	15
第五节 痛风护理规范	18
第六节 骨质疏松症护理规范	20
第二章 泌尿系统疾病护理规范	24
第一节 急性肾小球肾炎护理规范	24
第二节 肾病综合征护理规范	25
第三节 急性肾功能衰竭护理规范	28
第四节 慢性肾功能衰竭护理规范	31
第三章 血液系统疾病护理规范	35
第一节 贫血护理规范	35
第二节 血友病护理规范	43
第三节 白血病护理规范	45
第四节 淋巴瘤护理规范	52
第五节 造血干细胞移植护理规范	53
第四章 神经系统疾病护理规范	58
第一节 急性脊髓炎护理规范	58
第二节 短暂性脑缺血发作护理规范	59
第三节 脑梗死护理规范	61
第四节 脑出血护理规范	67
第五节 蛛网膜下腔出血护理规范	69
第六节 多发性硬化护理规范	71
第七节 帕金森病护理规范	74
第八节 癫痫护理规范	77
第九节 重症肌无力护理规范	82
第五章 循环系统疾病护理规范	85
第一节 原发性高血压护理规范	85
第二节 病毒性心肌炎护理规范	88
第三节 心律失常护理规范	89
第四节 慢性心力衰竭护理规范	95
第五节 心肌梗死护理规范	99
第六节 亚急性感染性心内膜炎护理规范	103
第六章 消化系统疾病护理规范	106
第一节 胃癌护理规范	106

第二节	肠结核护理规范	108
第三节	溃疡性结肠炎护理规范	110
第四节	肝硬化护理规范	112
第五节	原发性肝癌护理规范	117
第六节	肝性脑病护理规范	120
第七节	急性胰腺炎护理规范	126
第八节	结核性腹膜炎护理规范	129
第九节	急性上消化道大出血护理规范	130
第七章	呼吸系统疾病护理规范	137
第一节	慢性支气管炎护理规范	137
第二节	阻塞性肺气肿护理规范	139
第三节	肺源性心脏病护理规范	142
第四节	支气管哮喘护理规范	146
第五节	支气管扩张护理规范	150
第六节	肺炎护理规范	154
第七节	肺脓肿护理规范	157
第八节	肺结核护理规范	160
第九节	原发性支气管肺癌护理规范	167
第十节	胸腔积液护理规范	172
第十一节	自发性气胸护理规范	175
第十二节	呼吸衰竭护理规范	178
第十三节	急性呼吸窘迫综合征护理规范	182
第八章	颅脑损伤护理规范	185
第九章	甲状腺功能亢进的外科治疗和护理	191
第十章	胸部损伤护理规范	196
第一节	气胸护理规范	196
第二节	血胸护理规范	197
第十一章	肺癌护理规范	201
第十二章	腹部闭合性损伤护理规范	207
第十三章	胃癌护理规范	210
第十四章	肠梗阻护理规范	215
第十五章	肝癌护理规范	220
第十六章	门静脉高压症护理规范	224
第十七章	胆道疾病护理规范	229
第一节	胆石病和胆道感染	229
第二节	胆道肿瘤	233
第十八章	急性胰腺炎护理规范	238
第十九章	器官移植护理规范	243
第一节	器官移植术前的准备	243
第二节	肾移植护理规范	245
第二十章	肾脏损伤及膀胱损伤护理规范	250
第一节	肾脏损伤护理规范	250
第二节	膀胱损伤护理规范	251

第三节	肾脏及膀胱损伤患者各种尿管的护理·····	252
第二十一章	断肢（指）再植护理规范·····	255
第二十二章	创伤性高位截瘫护理规范·····	259
第二十三章	骨肿瘤护理规范·····	261
第一节	骨软骨瘤·····	261
第二节	骨巨细胞瘤·····	261
第三节	骨肉瘤·····	261
第二十四章	人工关节置换术护理规范·····	265
第二十五章	内科急症急救与护理·····	267
第一节	心搏骤停急救与护理·····	267
第二节	急性中毒急救与护理·····	270
第三节	休克急救与护理·····	286
第四节	多脏器功能衰竭急救与护理·····	291
第二十六章	感染性疾病护理规范·····	298
第一节	病毒感染性疾病护理规范·····	298
第二节	细菌感染性疾病护理规范·····	307
第三节	原虫感染性疾病护理规范·····	313
第四节	蠕虫感染性疾病护理规范·····	320

第一章 内分泌代谢性疾病护理规范

第一节 腺垂体功能减退症护理规范

腺垂体功能减退症是由于腺垂体激素分泌减少或缺乏所致的复合症群,可以是单种激素减少如生长激素(GH)、催乳素(PRL)缺乏,或多种激素如促性腺激素(Gn)、促甲状腺激素(TSH)、促肾上腺皮质激素(ACTH)同时缺乏。腺垂体功能减退症可原发于垂体病变,或继发于下丘脑病变,表现为甲状腺、肾上腺、性腺等功能减退或蝶鞍区占位性病变。此类病临床表现变化较大,容易造成诊断延误,但补充所缺乏的激素治疗后症状可迅速缓解。

【病因与发病机制】

(一)垂体瘤 为成人最常见原因,大都属于良性肿瘤。腺瘤可分功能性和非功能性。腺瘤增大可压迫正常垂体组织,引起腺垂体功能减退。颅咽管瘤可压迫邻近神经血管组织,导致生长迟缓、视力减弱、视野缺损、尿崩症等。

(二)下丘脑病变 如肿瘤、炎症、浸润性病变(如淋巴瘤、白血病)、肉芽肿(如结节病)等,可直接破坏下丘脑神经分泌细胞,使释放激素分泌减少,从而减少腺垂体分泌各种促靶腺激素、生长激素和催乳素等。

(三)垂体缺血性坏死 妊娠期垂体呈生理性肥大,血供丰富,若围生期因前置胎盘、胎盘早期剥离、胎盘滞留、子宫收缩无力等引起大出血、休克、血栓形成,使腺垂体大部缺血坏死和纤维化,以致腺垂体功能低下,临床称为希恩(Sheehan)综合征。

(四)蝶鞍区手术、放疗和创伤 垂体瘤切除、术后放疗以及乳腺癌作垂体切除治疗等,均可导致垂体损伤。颅骨骨折可损毁垂体柄和垂体门静脉血液供应。鼻咽癌放疗也可损坏下丘脑和垂体,引起垂体功能减退。

(五)感染和炎症 各种感染如病毒、细菌、真菌等引起的脑炎、脑膜炎、流行性出血热、结核等均可引起下丘脑-垂体损伤而导致功能减退。

(六)其他 长期使用糖皮质激素、垂体卒中以及空泡蝶鞍、海绵窦处颈内动脉瘤等均可引起本病。

【临床表现】

据估计,约50%以上腺垂体组织破坏后才有症状,75%破坏时有明显临床表现,破坏达95%可有严重垂体功能减退。最早表现为促性腺激素、生长激素和催乳素缺乏;促甲状腺激素缺乏次之;然后可伴有ACTH缺乏。希恩综合征患者多表现为全垂体功能减退,但无占位性病变表现。垂体功能减退主要表现为各靶腺(性腺、甲状腺、肾上腺)功能减退。

(一)性腺功能减退 常最早出现。女性多有产后大出血、休克、昏迷病史,表现为产后无乳、乳房萎缩、月经不再来潮、性欲减退、不育、性交痛等;检查有阴道分泌物减少,外阴、子宫和阴道萎缩,毛发脱落,尤以阴毛、腋毛为甚。成年男子性欲减退、勃起功能障碍,检查睾丸松软缩小,胡须、腋毛和阴毛稀少,无男性气质,皮脂分泌减少,骨质疏松。

(二)甲状腺功能减退 患者怕冷、嗜睡、思维迟钝、精神淡漠,皮肤干燥变粗、苍白、少汗、弹性差。严重者可呈黏液性水肿、食欲减退、便秘、抑郁、精神失常、心率缓慢等。

(三)肾上腺皮质功能减退 患者常有明显疲乏、软弱无力、食欲不振、恶心、呕吐、体重减轻,血压偏低。因黑色素细胞刺激素减少可有皮肤色素减退,面色苍白,乳晕色素浅淡,有别于慢性肾上腺功能减退症。对胰岛素敏感者可有血糖降低,生长激素缺乏可加重低血糖发作。

(四)垂体功能减退性危象(简称垂体危象) 在全垂体功能减退症基础上,各种应激如感染、败血症、腹

泻、呕吐、失水、饥饿、寒冷、急性心肌梗死、脑卒中、手术、外伤、麻醉及使用镇静剂、催眠药、降糖药等均可诱发垂体危象。临床表现为:①高热型(体温 $>40^{\circ}\text{C}$);②低温型(体温 $<30^{\circ}\text{C}$);③低血糖型;④低血压、循环虚脱型;⑤水中毒型;⑥混合型。各种类型可伴有相应的症状,突出表现为循环系统、消化系统和神经精神方面的症状,如高热、循环衰竭、休克、恶心、呕吐、头痛、神志不清、谵妄、抽搐、昏迷等严重垂危状态。

另外,生长激素不足成人一般无特殊症状,儿童可引起侏儒症。垂体内或其附近肿瘤压迫症群除有垂体功能减退外,还伴有占位性病变的体征如视野缺损、眼外肌麻痹、视力减退、头痛、嗜睡、多饮多尿、多食等下丘脑综合征。

【实验室及其他检查】

(一)性腺功能测定 女性有血雌二醇水平降低,没有排卵及基础体温改变,阴道涂片未见雌激素作用的周期性变化,男性见血睾酮水平降低或正常低值,精子数量减少、形态改变、活动度差、精液量少。

(二)肾上腺皮质功能测定 24h尿17-羟皮质类固醇及游离皮质醇排量减少,血浆皮质醇浓度降低,但节律正常,葡萄糖耐量试验示血糖呈低平曲线改变。

(三)甲状腺功能测定 血清总T4、游离T4均降低,总T3和游离T3正常或降低。

(四)腺垂体激素测定 FSH、LH、TSH、ACTH、PRL及GH血浆水平低于正常低限。

(五)其他检查 可用X线、CT、MRI了解病变部位、大小、性质及其对邻近组织的侵犯程度。

【诊断要点】

根据病史、症状、体征结合实验室检查和影像学发现,可作出诊断。需排除以下疾病:多发性内分泌腺功能减退症、神经性厌食、失母爱综合征等。

【治疗要点】

(一)病因治疗 垂体功能减退症可有多种病因引起,应针对病因治疗。肿瘤患者可通过手术、化疗或放疗等措施治疗。对颅内占位性病变,必须先解除压迫及破坏作用,减轻和缓解颅内高压症状,提高生活质量。

对于出血、休克而引起缺血性垂体坏死,关键在于预防,加强产妇围生期的监护,及时纠正产科病理状态。国内自采用新法接生及重视围生医学、加强产前保健后,因分娩所致大出血的发生率已显著下降,产后垂体坏死已大为减少。

(二)激素替代治疗 多采用靶腺激素替代治疗,需要长期、甚至终身维持治疗。治疗过程中应先补充糖皮质激素,然后再补充甲状腺激素,以防肾上腺危象发生。所有替代治疗宜经口服给药。

1. 肾上腺糖皮质激素。多选用氢化可的松,生理剂量为 $20\sim 30\text{mg/d}$,剂量随病情变化而调节,应激状态下需适当增加用量。

2. 甲状腺激素。生理剂量为左甲状腺素 $50\sim 150\mu\text{g/d}$ 或甲状腺干粉片 $40\sim 120\text{mg/d}$,对于老年人、冠心病、骨密度低的患者,宜从最小剂量开始,并缓慢递增剂量,以免加重肾上腺皮质负担,诱发危象。

3. 性激素。病情较轻的育龄女性需采用人工月经周期治疗,可维持第二性征和性功能,促进排卵和生育。男性患者用丙酸睾酮治疗,可促进蛋白质合成、增强体质、改善性功能与性生活,但不能生育。

(三)垂体危象处理 首先给予50%葡萄糖 $40\sim 60\text{ml}$ 迅速静注以抢救低血糖,然后用5%葡萄糖盐水, $500\sim 1000\text{ml}$ 中加入氢化可的松 $50\sim 100\text{mg}$ 静滴,以解除急性肾上腺功能减退危象。有循环衰竭者按休克原则治疗,感染败血症者应积极抗感染治疗,水中毒患者应加强利尿,可给予泼尼松或氢化可的松。低温与甲状腺功能减退有关,可给小剂量甲状腺激素,并采取保暖措施使患者体温回升。高温者应予降温治疗。禁用或慎用麻醉剂、镇静剂、催眠药或降糖药等,以防止诱发昏迷。

【护理措施】

(一)饮食护理 指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食,少量多餐,以增强机体抵抗力。

(二)垂体危象的护理

1. 避免诱因。避免感染、失水、饥饿、寒冷、外伤、手术、不恰当用药等诱因。

2. 病情监测。密切观察患者的意识状态、生命体征的变化,注意有无低血糖、低血压、低体温等情况。评估患者神经系统体征以及瞳孔大小、对光反射的变化。

3. 紧急处理配合。一旦发生垂体危象,立即报告医师并协助抢救。主要措施有:①迅速建立静脉通路,补充适当的水分,保证激素类药及时准确使用;②保持呼吸道通畅,给予氧气吸入;③低温者应保暖,高热型患者给予降温处理;④做好口腔护理、皮肤护理,保持排尿通畅,防止尿路感染。

【健康教育】

(一)避免诱因 指导患者保持情绪稳定,注意生活规律,避免过度劳累。冬天注意保暖,更换体位时动作应缓慢,以免发生晕厥。平时注意皮肤的清洁,预防外伤,少到公共场所或人多之处,以防发生感染。

(二)用药指导 教会患者认识所服药物的名称、剂量、用法及不良反应,如肾上腺糖皮质激素过量易致欣快感、失眠;服甲状腺激素应注意心率、心律、体温、体重变化等。指导患者认识到随意停药的危险性,必须严格遵医嘱按时按量服用药物,不得随意增减药物剂量。

(三)观察与随访 指导患者识别垂体危象的征兆,若有感染、发热、外伤、腹泻、呕吐、头痛等情况发生时,应立即就医。外出时随身携带识别卡,以防意外发生。

【预后】

积极防治产后大出血及产褥热,在垂体瘤手术、放疗时也应预防此症的发生。本病多采用靶腺激素长期替代治疗,可适应日常生活。

(杨 光 畅芳丽 邢 丽)

第二节 甲状腺疾病护理规范

一、甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(hyperthyroidism)简称甲亢,是指由多种病因导致甲状腺功能增强,从而分泌甲状腺激素(TH)过多引起的临床综合征。其特征有甲状腺肿大、突眼征、基础代谢明显增加和自主神经系统功能失常。各种病因所致的甲亢中,以 Graves 病最多见。Graves 病(简称 GD)又称毒性弥漫性甲状腺肿或 Basedow 病,是一种伴 TH 分泌增多的器官特异性自身免疫病。临床表现除甲状腺肿大和高代谢综合征外,尚有突眼以及较少见的胫前黏液性水肿或指端粗厚等。

【病因】

本病为自身免疫性甲状腺疾病的一种特殊类型,其病因与发病机制尚未完全阐明。

(一)遗传因素 GD 有明显的家族性倾向,并与一定的人类白细胞抗原(HLA)类型有关。

(二)免疫因素 GD 的发病与甲状腺兴奋性自身抗体的关系十分密切。最明显的体液免疫特征是在患者血清中可检出甲状腺特异性抗体,即 TSH 受体抗体(TRAb)。TRAb 分为两类,即甲状腺兴奋性抗体(TSAb)和 TSH 阻断(结合)性抗体(TBAbs)。这些抗体在自身免疫性甲状腺疾病中,是导致甲状腺肿大或萎缩的原因之一;另外,在患者外周血及甲状腺内 T 淋巴细胞数量增多,功能发生改变。GD 浸润性突眼主要与细胞免疫有关。

(三)应激因素 精神刺激、感染、创伤等应激因素作用于免疫系统,诱发体内的免疫功能紊乱。

GD 发生的基本因素是一种伴 TH 合成、分泌过多,与遗传和 HLA 有关,属于 Ts 细胞功能缺陷的器官特异性自身免疫性疾病。

【临床表现】

多数起病缓慢,少数在感染或精神创伤等应激后急性起病。典型表现有 TH 分泌过多所致高代谢症群、甲状腺肿及眼征。老年和小儿患者表现多不典型。

(一)甲状腺毒症表现

1. 高代谢综合征。由于 TH 分泌增多导致交感神经兴奋性增高和新陈代谢加速,患者常有疲乏无力、怕热多汗、多食善饥、消瘦等,危象时可有高热。TH 促进肠道糖吸收,加速糖的氧化利用和肝糖原分解,使患者发生糖耐量减低或使糖尿病加重;TH 促进脂肪合成、分解与氧化,加速胆固醇合成、转化及排泄,使血中总胆固醇降低;蛋白质分解增强致负氮平衡,体重下降,尿肌酸排出增多。

2. 精神神经系统。神经过敏、多言好动、焦躁易怒、紧张不安、失眠、记忆力减退、注意力不集中、有时有幻觉甚至精神分裂症表现。可有手、眼睑和舌震颤,腱反射亢进。偶尔表现为淡漠、寡言。

3. 心血管系统。表现为心悸、气短、胸闷、严重者可发生甲亢性心脏病。常见体征有心率加快;心尖部闻及第一心音亢进、I~II级收缩期杂音;心率失常,以心房颤动最为常见;心脏增大;收缩压增高,舒张压降低致脉压差增大,可出现周围血管征。

4. 消化系统。食欲亢进、多食消瘦。老年患者可有食欲减退、畏食。因TH可促使胃肠蠕动增快,消化吸收不良而排便次数增多。重者可有肝大及肝功能异常,偶有黄疸。

5. 肌肉与骨骼系统。周期性瘫痪,多见于青年男性,常在剧烈运动、高碳水化合物饮食、注射胰岛素等情况下诱发,主要是累及下肢,伴有低血钾。部分患者有甲亢性肌病、肌无力及肌萎缩,也可伴发重症肌无力。甲亢可影响骨骼脱钙而发生骨质疏松,还可发生指端粗厚,外形似杵状指。

6. 生殖系统。女性常有月经减少或闭经。男性有勃起功能障碍,偶有乳房发育。

7. 造血系统。外周血白细胞计数偏低,分类淋巴细胞比例增加,单核细胞数增多。血小板寿命较短,可伴发血小板减少性紫癜。

(二)甲状腺肿 多数患者有不同程度的甲状腺肿大,常为弥漫性、对称性肿大,质软、无压痛,久病者质地较韧。肿大程度与甲亢病情轻重无明显关系。甲状腺上下极可触及震颤,闻及血管杂音,为本病重要的体征。

(三)眼征 约有25%~50%患者伴有眼征,其中突眼为重要而特异的体征之一。按病因可分为单纯性突眼和浸润性突眼两类。单纯性突眼与甲状腺毒症所致的交感神经兴奋性增高以及TH的 β 肾上腺能样作用致眼外肌、提上睑肌张力增高有关。单纯性突眼常见的眼征有:①轻度突眼:突眼度不超过18mm;②Stellwag征:瞬目减少,眼神炯炯发亮;③上眼睑挛缩,睑裂增宽;④von Graefe征:双眼向下看时,由于上眼睑不能随眼球下落,出现白色巩膜;⑤Joffroy征:眼球向上看时,前额皮肤不能皱起;⑥Mobius征:两眼视近物时,眼球辐辏不良。

浸润性突眼约占5%,与眶后组织的自身免疫性炎症有关。除上述眼征外,常有眼睑肿胀肥厚,结膜充血水肿;眼球显著突,突眼度超过18mm,且左右眼突眼度可不相等(相差>3mm),眼球活动受限。患者自诉视力下降、异物感、畏光、复视、斜视、眼部胀痛、刺痛、流泪。严重者眼球固定,眼睑闭合不全,角膜外露易导致溃疡发生及全眼球炎,甚至失明。

【特殊的临床表现和类型】

(一)甲状腺危象(thyroid crisis) 是甲状腺毒症急性加重的一个综合征,属甲亢恶化的严重表现。其发病原因可能与交感神经兴奋,垂体-肾上腺皮质轴应激反应减弱,短时间内大量 T_3 、 T_4 释放入血有关。

1. 主要诱因。①应激状态,如感染、手术、放射性碘治疗等;②严重躯体疾病,如心力衰竭、低血糖症、败血症、脑卒中、急腹症或严重创伤等;③口服过量TH制剂;④严重精神创伤;⑤手术中过度挤压甲状腺。

2. 临床表现。早期表现为原有的甲亢症状加重,并出现高热(体温>39℃),心动过速(140~240次/min),常伴有心房颤动或扑动,烦躁不安、大汗淋漓、呼吸急促、畏食、恶心、呕吐、腹泻,患者可因大量失水导致虚脱、休克、嗜睡、谵妄或昏迷。

(二)甲状腺功能亢进性心脏病 简称甲亢性心脏病,发生率约为10%~22%,多见于男性结节性甲状腺肿伴甲亢患者,随年龄增长而多见。主要表现为心脏增大、心房颤动和心力衰竭,经有效的抗甲状腺治疗可使病情明显缓解。

(三)淡漠型甲状腺功能亢进症 多见于老年人。起病隐袭,无明显高代谢综合征、甲状腺肿及眼征。主要表现为神志淡漠、乏力、嗜睡、反应迟钝、明显消瘦;有时仅有腹泻、畏食等消化系统症状;或仅表现为心血管症状,如原因不明的心房颤动,还可并发心绞痛、心肌梗死,易与冠心病相混淆。由于本型甲亢容易因为表现不典型而长期未能得到诊治,易发生甲状腺危象。

(四)妊娠期甲状腺功能亢进症 主要有2种临床情况:①妊娠合并甲亢:妊娠期甲亢的患者,其高代谢症状较一般孕妇明显;②HCG相关性甲亢。

(五)胫前黏液性水肿 与浸润性突眼同属自身免疫性病变,约见于5%的患者。多见于胫骨前下1/3

部位,也见于足背、踝关节、肩部、手背或手术瘢痕处,偶见于面部。皮损为对称性,早期皮肤增厚、变粗,有广泛大小不等的棕红色或红褐色突起不平的斑块或结节,边界清楚,直径5~30mm大小不等。皮损周围的表皮可有感觉过敏或减退,或伴痒感。后期皮肤粗糙如橘皮或树皮样。

(六)三碘甲状腺原氨酸(T_3)型和甲状腺素(T_4)型甲状腺毒症 仅有血清 T_3 增高的甲状腺毒症称为 T_3 型甲状腺毒症,占甲亢病例的5%,在碘缺乏地区和老年人群中多见。仅有血清 T_4 增高的甲状腺毒症称为 T_4 型甲状腺毒症。

(七)亚临床型甲状腺功能亢进症 其特点是血清 T_3 、 T_4 正常,TSH降低,本症需在排除其他能够抑制TSH水平的疾病前提下,依赖实验室检查结果才能诊断。

(八)Graves眼病。

(九)甲状腺功能亢进性周期性瘫痪 可见于GD、多结节性毒性甲状腺肿、慢性淋巴细胞性甲状腺炎或使用过量TH患者。

【诊断要点】

典型病例在详细询问病史的基础上,结合临床表现即可拟诊。早期轻症、小儿及老年人表现为不典型甲亢,则有赖于甲状腺功能检查和其他必要的特殊检查方可确诊,还要排除其他原因所致的甲亢。

【治疗要点】

(一)一般治疗 适当休息和各种支持疗法,补充足够热量和营养,以纠正本病引起的消耗。精神紧张不安、失眠者可给予苯二氮草类镇静剂。

(二)甲状腺功能亢进症的治疗 包括药物治疗、放射性碘治疗及手术治疗3种。

1. 抗甲状腺药物治疗

(1)适应证。①病情轻、甲状腺轻度至中度肿大者;②年龄在20岁以下,或孕妇、年迈体弱,或合并严重心、肝、肾疾病等而不宜手术者;③术前准备;④次全切除术后复发而不宜用 ^{131}I 治疗者;⑤作为放射性 ^{131}I 治疗前后的辅助治疗。

(2)常用药物。常用的抗甲状腺药物分为硫脲类和咪唑类两类。硫脲类有甲硫氧嘧啶(MTU)及丙硫氧嘧啶(FIU);咪唑类有甲巯咪唑(MM,他巴唑)和卡比马唑(CMZ,甲亢平)。故严重病例或甲状腺危象时作为首选用药。

(3)剂量与疗程。长期治疗分初治期、减量期及维持期,按病情轻重决定剂量。初治期:硫脲类300~450mg/d,或咪唑类30~40mg/d,分2~3次口服,至症状缓解或血TH恢复正常即可减量。减量期:约2~4周减量一次,硫脲类每次减50~100mg,咪唑类每次减5~10mg,直至症状完全消失,体征明显好转再减至最小维持量。维持期:硫脲类50~100mg/d,咪唑类为5~10mg/d,维持1.5~2年。必要时还可在停药前将维持量减半。疗程中除非有较严重的一般不宜中断,并定期随访疗效。

2. 其他药物治疗

(1)复方碘口服溶液。仅用于术前准备和甲状腺危象。

(2) β 受体阻滞剂。用于改善甲亢初治期的症状,近期疗效好。可与碘剂合用于术前准备。

3. 放射性 ^{131}I 治疗

(1)适应证。中度甲亢、年龄在25岁以上者;对抗甲状腺药有过敏等反应而不能继续使用,或长期治疗无效,或治疗后复发者;合并心、肝、肾等疾病不宜手术,或术后复发,或不愿手术者;某些高功能结节者;非自身免疫性家族性毒性甲状腺肿者。

(2)禁忌证。①妊娠、哺乳期妇女;②年龄在25岁以下者;③严重心、肝、肾功能衰竭或活动性肺结核者;④外周血白细胞在 $3 \times 10^9/\text{L}$ 以下或中性粒细胞低于 $1.5 \times 10^9/\text{L}$ 者;⑤重症浸润性突眼症;⑥甲状腺危象;⑦甲状腺不能摄碘者。

(3)并发症。①甲状腺功能减退,分暂时性和永久性甲减两种;②放射性甲状腺炎,见于治疗后7~10d,个别可诱发危象;③可能导致突眼恶化。

4. 手术治疗 甲状腺次全切除术的治愈率可达70%以上,但可引起多种并发症。

(1)适应证。①中、重度甲亢,长期服药无效,停药后复发,或不愿长期服药者;②甲状腺巨大,有压迫症

状者;③胸骨后甲状腺肿伴甲亢者;④结节性甲状腺肿伴甲亢者。

(2)并发症。可发生创口出血、呼吸道梗阻、感染、甲状腺危象、喉上与喉返神经损伤、暂时性或永久性甲状旁腺功能减退、甲状腺功能减退及突眼症恶化等。

(三)甲状腺危象的防治 去除诱因,积极治疗甲亢是预防甲状腺危象的关键,尤其是防治感染和充分的术前准备工作。一旦发生需积极抢救。

1. 抑制 TH 合成。首选 PTU,首次剂量 600mg,口服或胃管注入,继而口服 PTU200mg,每日 3 次。症状缓解后减至一般治疗量。

2. 抑制 TH 释放。服 PTU 后 1~2h 用复方碘口服溶液,首剂 30~60 滴,以后每 6~8h 5~10 滴。一般使用 3~7d 停药。

3. 抑制组织 T_4 转换为 T_3 或抑制 T_3 与细胞受体结合 PTU、碘剂、 β 受体阻滞剂和肾上腺糖皮质激素均可抑制组织 T_4 转换为 T_3 ,如无哮喘和心力衰竭可以加用普萘洛尔 30~50mg,每 6~8h 口服一次,或 1mg 经稀释后缓慢静注,视需要可间歇给药 3~5 次;氢化可的松 100mg 加入 5%~10% 葡萄糖盐水中静滴,每 6~8h 一次。

4. 降低血 TH 浓度。上述治疗效果不满意时,可选用血液透析、腹膜透析或血浆置换等措施降低血 TH 浓度。

5. 对症支持治疗。在监护心、脑、肾功能的条件下,纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱,补充热量和多种维生素,降温、给氧、防治感染,积极治疗各种合并症和并发症。

6. 危象控制后,制定适当的甲亢治疗方案,防止危象再次发生。

(四)浸润性突眼的防治 严重突眼不宜行甲状腺次全切除术,慎用 ^{131}I 治疗。主要治疗措施有:

1. 保护眼睛,防治结膜炎和角膜炎。适量使用利尿剂减轻球后水肿。

2. 早期选用免疫抑制剂及非特异性抗炎药物。泼尼松 10~20mg,每日 3 次,症状好转后减量,1 个月后再减至维持量,每日 10~20mg,而后逐渐停药。也可酌情试用其他免疫抑制剂,如环磷酰胺等。

3. 对严重突眼、暴露性角膜溃疡或压迫性视神经病变者,行球后放射或手术治疗,以减轻眶内或球后浸润。

4. 使用抗甲状腺药控制高代谢综合征。

【护理措施】

(一)饮食护理 为满足机体代谢亢进的需要,给予高热量、高蛋白、高维生素及富含矿物质的饮食。主食应足量,可以增加奶类、蛋类、瘦肉类等优质蛋白,以纠正体内的负氮平衡,两餐之间增加点心。每日饮水 2000~3000ml 以补充出汗、腹泻、呼吸加快等所丢失的水分。有心脏疾病患者应避免大量饮水,以防水肿和心力衰竭。禁止摄入刺激性的食物及饮料,如浓茶、咖啡等,以免引起患者精神兴奋。勿进食增加肠蠕动及易导致腹泻的食物,如高纤维食物。

(二)保持环境安静,避免嘈杂 因患者基础代谢亢进,怕热,应安排通风良好的环境,保持室温凉爽而恒定,使患者得到充分的休息。病情轻者可下床活动,以不感到疲劳为度。病情重、心力衰竭或合并严重感染者应卧床休息。协助患者完成日常的生活自理,如洗漱、进餐、如厕等,减少其活动度,增加休息时间,缓解疲乏。对大量出汗的患者,应随时更换浸湿的衣服及床单,防止受凉。

(三)用药护理 有效治疗可使体重增加。每日测量体重,评估患者体重的变化。护士应指导患者正确用药,不可自行减量或停药,密切观察药物副作用,及时处理。使用抗甲状腺药物的常见副作用有:①粒细胞减少,严重者可致粒细胞缺乏症。粒细胞减少多发生在用药后 2~3 个月内,如外周血白细胞低于 $3 \times 10^9/\text{L}$ 或中性粒细胞低于 $1.5 \times 10^9/\text{L}$,应考虑停药,并给予促进白细胞增生药。如伴发热、咽痛、皮疹等症状时,须立即停药;②药疹较常见,可用抗组胺药控制,不必停药;如皮疹加重,应立即停药,以免发生剥脱性皮炎;③若发生中毒性肝炎、肝坏死、精神病、胆汁淤滞综合征、狼疮样综合征、味觉丧失等,应立即停药抢救。

(四)眼部护理 采取保护措施,预防眼睛受到刺激和伤害。

1. 配戴有色眼镜,以防光线刺激,灰尘和异物的侵害;复视者戴单侧眼罩。

2. 经常以眼药水湿润眼睛,避免过度干燥;睡前涂抗生素眼膏,用无菌生理盐水纱布覆盖双眼。

3. 睡觉或休息时,抬高头部,使眶内液回流减少,减轻球后水肿。

4. 指导患者当眼睛有异物感、刺痛或流泪时,勿用手直接揉眼睛。

5. 观察球后水肿消长情况。定期眼科角膜检查以防角膜溃疡造成失明。

(五)病情观察 注意神志、体温、呼吸、脉搏、血压变化。观察患者精神状态和手指震颤情况,注意有无焦虑、烦躁、心悸等甲亢加重的表现,必要时使用镇静剂。若原有甲亢症状加重,并出现严重乏力、烦躁、发热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$)、多汗、心悸、心率 >140 次/分、伴食欲减退、恶心、呕吐、腹泻、脱水等应警惕甲状腺危象发生,立即报告医师并协助处理。

1. 避免诱因。指导患者自我心理调整,避免感染、严重精神刺激、创伤等诱发因素。

2. 紧急处理。

(1)绝对卧床休息,呼吸困难时取半卧位,立即给氧。

(2)及时准确按医嘱使用 PTU 和碘剂。注意碘剂过敏反应,如出现口腔黏膜发炎、腹泻、恶心、呕吐、鼻出血等症状,应立即停药。

(3)密切观察生命体征和病情变化,准确记录 24h 出入量。

3. 对症护理。体温过高者给予冰敷或酒精擦浴以降低体温;躁动不安者使用床栏保护患者安全;昏迷者加强皮肤、口腔护理,定时翻身,防止压疮、肺炎的发生。

(六)心理护理

1. 鼓励患者表达出内心的感受,理解和同情患者,避免其情绪不安。

2. 解释病情时,尽量简单明了,注意态度平静而耐心。向患者家属和同室病友解释患者紧张易怒的行为是暂时性的,会因有效治疗而改善。

3. 限制探视时间,提醒家属勿提供兴奋、刺激的消息,以减少患者激动、易怒的精神症状。

4. 设计简单的团体活动,鼓励患者参与,以免社交障碍产生焦虑。

5. 指导和帮助患者正确处理生活突发事件。

【健康教育】

(一)嘱患者保持身心愉快,避免过度劳累和精神刺激。

(二)教导患者有关甲亢的疾病知识和眼睛的保护方法,使患者学会自我护理。指导患者上衣领宜宽松,避免压迫肿大的甲状腺,严禁用手挤压甲状腺以免甲状腺激素分泌过多,加重病情。

(三)指导患者坚持长期服药,并按时按量服用,不可随意减量和停药。服用抗甲状腺药物者每周查血象一次,每隔 1~2 个月做甲状腺功能测定,每日清晨起床前自测脉搏,定期测量体重。脉搏减慢、体重增加是治疗有效的标志。若出现高热、恶心、呕吐、腹泻、突眼加重等,应警惕甲状腺危象的可能,及时就诊。

(四)妊娠期甲亢患者,指导其避免对自己及胎儿造成影响的因素。宜用抗甲状腺药物控制甲亢,禁用治疗,慎用普萘洛尔。产后如需继续服药,则不宜哺乳。

二、甲状腺功能减退症

甲状腺功能减退症(hypothyroidism,简称甲减),是由多种原因引起的 TH 合成、分泌或生物效应不足所致的一组内分泌疾病。按起病年龄分为三型,起病于胎儿或新生儿者,称呆小病(cretinism);起病于儿童者,称幼年型甲减;起病于成年者,称成年型甲减。病情严重时各型均可引起的全身性低代谢综合征,表现为黏液性水肿(myxedema)。本病多见于中年女性,男女之比约为 1:5~10,普通人群患病率为 0.8%~1.0%。本节主要介绍成年型甲减。

【病因与发病机制】

(一)原发性甲状腺功能减退症 约占成人甲减的 90%~95%以上,是甲状腺本身疾病所引起。主要病因有:①炎症:由于自身免疫反应或病毒感染所致。最常见的是自身免疫性甲状腺炎;②放疗:放射性 ^{131}I 治疗等;③缺碘或碘过多:缺碘多见于地方性甲状腺肿地区,由于碘的缺乏导致 TH 合成减少。碘过量可引起具有潜在性甲状腺疾病者发生一过性甲减,也可诱发和加重自身免疫性甲状腺炎;④抗甲状腺药物:如锂盐、硫脲类等可抑制 TH 合成。

(二)继发性甲状腺功能减退症 由于垂体或下丘脑疾病导致 TSH 不足而继发甲状腺功能减退症。常

见原因有肿瘤、手术、放疗或产后垂体缺血性坏死等。

(三)TH 抵抗综合征 由于 TH 在外周组织发挥作用缺陷而引起的一种甲状腺功能减退症,称为 TH 抵抗综合征。

【临床表现】

本病除手术切除或放疗损毁腺体者外,多数起病隐袭,发展缓慢,有时长达 10 余年后始有典型表现。

(一)一般表现 易疲劳、怕冷、体重增加、记忆力减退、智力低下、反应迟钝、嗜睡、精神抑郁等。体检可见表情淡漠,面色苍白,皮肤干燥发凉、粗糙脱屑,颜面、眼睑和手部皮肤浮肿,声音嘶哑,毛发稀疏、眉毛外 1/3 脱落。重症者呈痴呆、幻觉、木僵、昏睡或惊厥。由于高胡萝卜素血症,手足皮肤呈姜黄色。

(二)心血管系统 心肌黏液性水肿导致心肌收缩力减弱、心动过缓、心排血量下降。由于心肌间质水肿、非特异性心肌纤维肿胀、左心室扩张和心包积液导致心脏增大。久病者由于血胆固醇增高,易并发冠心病。但因心肌耗氧量减少,发生心绞痛与心力衰竭者少见。

(三)消化系统 患者有食欲不振、腹胀、便秘等,严重者可出现麻痹性肠梗阻或黏液水肿性巨结肠。由于胃酸缺乏或维生素 B₁₂ 吸收不良,可导致缺铁性贫血或恶性贫血。

(四)内分泌生殖系统 表现为性欲减退,女性患者常有月经过多或闭经。部分患者由于血清催乳素(PRL)水平增高,发生溢乳。男性患者可出现勃起功能障碍。

(五)肌肉与关节 肌肉软弱乏力,可有暂时性肌强直、痉挛、疼痛等,偶见重症肌无力。嚼肌、胸锁乳突肌、股四头肌及手部肌肉可出现进行性肌萎缩。部分患者可伴有关节病变,偶有关节腔积液。

(六)黏液性水肿昏迷 见于病情严重者,常在冬季寒冷时发病。其诱发因素有寒冷、感染、手术、严重躯体疾病、中断 TH 替代治疗和使用麻醉、镇静剂等。临床表现为嗜睡,低体温(体温 < 35℃),呼吸减慢,心动过缓,血压下降,四肢肌肉松弛,反射减弱或消失,甚至昏迷、休克,心肾功能不全而危及患者生命。

【实验室及其他检查】

(一)一般检查 血常规及生化检查多为轻、中度正常细胞性、正常色素性贫血,血胆固醇、甘油三酯常增高。

(二)甲状腺功能检查血清 血清 TSH 增高为原发性甲减的最早表现,血清 TSH 升高而 T₃、T₄ 正常,可能为亚临床型甲减;血 TT₄(或 FT₄)降低早于 TT₃(或 FT₃);血清 TT₃(或 FT₃)严重病例中可降低。甲状腺摄¹³¹I 率降低。

(三)病变部位检查 TRH 兴奋试验主要用于原发性甲减、垂体性甲减和下丘脑性甲减的鉴别。静注 TRH 后,血清 TSH 无升高反应者提示垂体性甲减;升高反应延迟者为下丘脑性甲减;血清 TSH 在增高的基值上进一步增高,提示原发性甲减。影像学检查有助于异位甲状腺、下丘脑-垂体病变等的确定。

【诊断要点】

除临床表现外,主要依靠检测 TT₄ 或 FT₄、TT₃(或 FT₃)、TSH 以及 TRH 兴奋试验等确立诊断。早期轻型甲减多不典型,需与贫血、特发性水肿、肾病综合征、肾炎及冠心病等鉴别。

【治疗要点】

(一)替代治疗 各种类型的甲减,均需用 TH 替代,永久性甲减者需终身服用。首选左甲状腺素(L-T₄)口服。治疗的目标是用最小剂量纠正甲减而不产生明显不良反应,使血 TSH 值恒定在正常范围内。

(二)对症治疗 有贫血者补充铁剂、维生素 B₁₂、叶酸等。胃酸低者补充稀盐酸,并与 TH 合用疗效好。

(三)黏液性水肿昏迷的治疗

1. 立即静脉补充 TH。清醒后改口服维持治疗。
2. 保温,给氧,保持呼吸道通畅。
3. 氢化可的松 200 ~ 300mg/d 持续静滴,待患者清醒后逐渐减量。根据需要补液,但补液量不宜过多。
4. 控制感染,治疗原发病。

【护理措施】

(一)饮食护理 给予高蛋白、高维生素、低钠、低脂肪饮食,细嚼慢咽,少量多餐。进食粗纤维食物,如蔬菜、水果或全麦制品,促进胃肠蠕动。每天摄入足够的水分,大约 2000 ~ 3000ml,以保证大便通畅。桥本

甲状腺炎所致甲状腺功能减退症者应避免摄取含碘食物和药物,以免诱发严重黏液性水肿。

(二)保持正常的排便习惯 指导患者每天定时排便,养成规律排便的习惯,并为卧床患者创造良好的排便环境。教会患者促进便意的技巧,如适当按摩腹部,或用手指进行肛周按摩,以促进胃肠蠕动和引起便意。鼓励患者每天进行适度的运动,如散步、慢跑等。必要时根据医嘱给予轻泻剂,并观察大便的次数、性质、量的改变,观察有无腹胀、腹痛等麻痹性肠梗阻的表现。

(三)注意保暖 调节室温在 $22^{\circ}\text{C} \sim 23^{\circ}\text{C}$ 之间,避免病床靠近门窗,以免患者受凉。以适当的方法使体温缓慢升高,如添加衣服、包裹毛毯、睡眠时加盖棉被或用热水袋保暖等。冬天外出时,戴手套、穿棉鞋,以免四肢暴露在冷空气中。监测生命体征变化,观察患者有无寒战、皮肤苍白等体温过低表现及心律不齐、心动过缓等现象,并及时处理。

(四)黏液性水肿昏迷的护理

1. 避免诱因。避免寒冷、感染、手术、使用麻醉剂、镇静剂等诱发因素。

2. 病情监测。观察神志、生命体征的变化及全身黏液性水肿情况,每天记录患者体重。患者若出现体温低于 35°C 、呼吸浅慢、心动过缓、血压降低、嗜睡等表现,或出现口唇发绀、呼吸深长、喉头水肿等症状,立即通知医师处理。

3. 发生黏液性水肿昏迷时立即建立静脉通道,按医嘱给予急救药物;保持呼吸道通畅,吸氧,必要时配合气管插管或气管切开;监测生命体征和动脉血气分析的变化,记录24h出入量;注意保暖,避免局部热敷,以免烫伤和加重循环不良。

【健康教育】

(一)病因预防 告知患者发病原因及注意事项,如地方性缺碘者可采用碘化盐,药物引起者应调整剂量或停药,注意个人卫生,冬季注意保暖,减少出入公共场所,以预防感染和创伤。慎用催眠、镇静、止痛、麻醉等药物。

(二)配合治疗 对需终身替代治疗者,向其解释终身坚持服药的重要性和必要性。不可随意停药或变更剂量,否则可能导致心血管疾病,如心肌缺血、梗死或充血性心力衰竭。指导患者自我监测甲状腺激素服用过量的症状,如出现多食消瘦、心率 >100 次/分、心律失常、体重减轻、发热、大汗、情绪激动等情况时,及时报告医师。替代治疗效果最佳的指标为血TSH恒定在正常范围内,长期替代者宜每6~12个月检测1次。对有心脏病、高血压、肾炎的患者,应特别注意剂量的调整,不可随意减量和增量。同时服用利尿剂时,需记录24h出入量。

(三)自我监测 给患者讲解黏液性水肿昏迷发生的原因及表现,使患者学会自我观察。若出现低血压、心动过缓、体温 $<35^{\circ}\text{C}$ 等,应及时就医。

【预后】

永久性甲减者若坚持治疗可生活如常人,不及时治疗或中断治疗者可因严重并发症而死亡。

(杨光 邢丽 畅芳丽)

第三节 糖尿病护理规范

糖尿病(diabetes mellitus)是一种常见的内分泌代谢疾病,是由多种病因引起胰岛素分泌或作用的缺陷,或者两者同时存在而引起的以慢性高血糖为特征的代谢紊乱。除碳水化合物外,尚有蛋白质、脂肪代谢紊乱和继发性水、电解质代谢紊乱。久病可引起多系统损害,导致眼、肾、神经、心脏、血管等组织的慢性进行性病变,引起功能缺陷及衰竭。重症或应激时可发生酮症酸中毒、高渗性昏迷等急性代谢紊乱。

糖尿病的患者数正随着人口老化、生活方式的改变和生活水平的提高,以及诊疗技术的提高而迅速增加。我国1996年按WHO标准对全国11省市20~75岁42751人进行流行病学调查,结果发现糖尿病患病率为3.21%,糖耐量减低(IGT)患病率为4.76%。WHO1997年报告,全世界约有1.35亿糖尿病患者,预测到2025年将上升到3亿。糖尿病已成为严重威胁人类健康的世界性公共卫生问题。

【病因与分类】

糖尿病分四大类型,即I型糖尿病、II型糖尿病,其他特殊类型糖尿病和妊娠期糖尿病。糖尿病病因与

发病机制复杂,至今未完全阐明。目前公认糖尿病不是唯一病因所致的单一疾病,而是复合病因的综合征,与遗传、自身免疫和环境等因素有关。

【临床表现】

(一)代谢紊乱综合征 ①多尿、烦渴、多饮;②善饥多食;③消瘦、疲乏无力、体重减轻。以上症状常被称为“三多一少”,即多尿、多饮、多食和体重减轻;④皮肤瘙痒,如并发真菌感染,瘙痒更加严重。⑤其他症状:有四肢酸痛、麻木、腰痛、性欲减退、阳痿不育、月经失调、便秘等。也有一部分患者并无明显“三多一少”症状,仅因体检或检查其他疾病,或妊娠检查时偶然发现高血糖。

(二)糖尿病急性并发症

1. 糖尿病酮症酸中毒(DKA)。多数患者在发生意识障碍前有糖尿病加重表现。早期表现为疲乏软弱、四肢无力、极度口渴、多饮多尿。当出现酸中毒时,则表现为食欲减退、恶心、呕吐,常伴头痛、嗜睡、烦躁、呼吸深快有烂苹果味(丙酮味)。病情进一步发展出现严重失水、尿量减少、皮肤干燥、弹性差、眼球下陷、脉细速、血压下降。晚期各种反射迟钝,甚至消失、昏迷。也有少数患者出现腹痛等急腹症的表现。部分糖尿病患者以DKA为首发表现。

2. 高渗性非酮症糖尿病昏迷(简称高渗性昏迷)。是糖尿病急性代谢紊乱的另一种临床类型,多见于50~70岁的老人,男女发病率相似。约2/3患者于发病前无糖尿病病史或仅为轻症。起病时先有多尿、多饮,但多食不明显,或反而食欲减退,失水随病程进展逐渐加重,出现神经精神症状,表现为嗜睡、幻觉、定向障碍、偏盲、偏瘫等,最后陷入昏迷。实验室检查:尿糖强阳性,早期尿量明显增多,晚期尿少或尿闭。血糖常高至33.3mmol/L以上。

3. 感染。糖尿病患者常发生疖、痈等皮肤化脓性感染,可反复发生,有时可引起败血症或脓毒血症。足癣、甲癣、体癣等皮肤真菌感染也较常见,女性患者常合并真菌性阴道炎。肺结核发病率高,进展快,易形成空洞。肾盂肾炎和膀胱炎为泌尿系统最常见感染,尤其多见于女性,常反复发作,多转为慢性肾盂肾炎。肾乳头坏死是严重的并发症,不多见,典型表现为高热、肾绞痛、血尿、尿中排出坏死的肾乳头组织,病死率颇高。

(三)糖尿病慢性并发症

糖尿病的慢性并发症可遍及全身器官,这些并发症可单独出现,也可以不同组合同时或先后出现。

1. 心血管病变。糖尿病患者易伴发动脉粥样硬化。肢体外周动脉粥样硬化常以下肢动脉病变为主,表现为下肢疼痛、感觉异常和间歇性跛行,严重供血不足可致肢体坏疽。糖尿病对心脏的影响包括:糖尿病心脏微血管病变、大血管病变、心肌病变和心脏自主神经功能紊乱,统称为糖尿病心脏病。

2. 肾脏病变。糖尿病肾病指毛细血管间肾小球硬化症,是糖尿病主要的微血管病变之一,多见于糖尿病病史超过10年者,是I型糖尿病患者的主要死亡原因。

3. 神经病变。糖尿病神经病变可累及中枢神经及周围神经,尤以后者为常见,通常为对称性,下肢较上肢严重。临床表现为先出现肢端感觉异常,如袜子或手套状分布,伴麻木、烧灼、针刺感或如踏棉垫感,有时伴痛觉过敏。随后有肢体疼痛,呈隐痛、刺痛,夜间及寒冷季节加重。后期累及运动神经,可有肌力减弱以至肌萎缩和瘫痪。肌肉萎缩多见于手、足小肌肉和大腿肌。自主神经损害也较常见,并可较早出现,影响胃肠、心血管、泌尿系统和性器官功能,临床表现为瞳孔改变、排汗异常、体位性低血压、心动过速、腹泻或便秘以及尿潴留,尿失禁、阳痿等。

4. 眼部病变。糖尿病性视网膜病变也是糖尿病微血管病变的重要表现,多发生于病程超过10年者,是糖尿病患者失明的主要原因之一。

5. 糖尿病足。糖尿病患者因末梢神经病变,下肢动脉供血不足以及细菌感染等各种因素,引起足部疼痛、皮肤深溃疡、肢端坏疽等病变,统称为糖尿病足。

【诊断要点】

目前仍以血糖升高作为诊断依据。典型病例的“三多一少”临床症状,结合实验室检查,诊断不困难。轻者、无症状者主要依据实验室检查结果。在作出糖尿病诊断时,应考虑是否符合诊断标准、原发性或继发性、分类,有无并发症和伴发病、或加重糖尿病的因素存在。1980年以来,国际上通用WHO的诊断标准,