

△名科 □石专家
 院○名院 科□知名
 科□知名 名院△
 名院△名科□知名专家○名院△名
 △专家○名 科□知名
 名科□知 名院△
 家○名院△名科□知名专家○名院△
 知名专家○名 科□知名
 人 科□知 名院△
 家 院△名科□知名专家○名院△
 院○名院△名科□知名专家○
 科□知 名院△
 院△名科□知名专家○名院△石
 家○名院△名科□知名专家○石
 家 院△名科□知名专家○石
 家 院△名科□知名专家○石

内分泌科临床护理 思维与实践

户理

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家
临床护理思维与实践系列丛书

内分泌科临床护理

思维与实践

主 编 陈伟菊

编 委 (以姓氏笔画为序)

古成璠 吕丽珍 刘雪彦 李 华 李延飞

杨 青 张珊英 陈伟菊 陈庆玲 陈焕娣

周天蓉 周佩如 徐玲丽 黄洁微 谢翠华

秘 书 周佩如

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内分泌科临床护理思维与实践/陈伟菊主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013.5

ISBN 978-7-117-16854-0

I. ①内… II. ①陈… III. ①内分泌病-护理
IV. ①R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第011208号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

内分泌科临床护理思维与实践

主 编: 陈伟菊

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 23 插页: 1

字 数: 425 千字

版 次: 2013 年 5 月第 1 版 2013 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16854-0/R · 16855

定 价: 40.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

《内分泌科临床护理思维与实践》是为了更好地传承和推广护理学领域护理专家在临床工作中所积淀下来的宝贵经验与财富,通过具体的典型病例,培养护士的临床护理思维,将护理从打针、发药等常规工作中提升,帮助护士根据患者的实际情况,综合运用多学科知识,分析和解决患者的护理问题,真正管理好自己的患者,进而更好地推动临床护理工作的发展。

多年来,由于护理教育的局限和临床护士以完成护理工作为主的工作模式,造成了临床护士缺乏临床护理思维,机械地执行医嘱和完成护理工作。本书的新颖性在于突出了临床护理思维,从满足患者需要和提高护士实际工作能力出发,以改善患者结局为目标,为临床护士建立一种思维方式。临床护理思维是护士对患者和护理的反应及认识能力,临床思维能力是专业护士最重要的核心能力,我们相信,只有护士在认识和护理患者的过程中,在评估、计划和评价等方面显示出独特的专业判断,才能显示护理专业的特性和价值。全书分为两部分:第一部分为具体的病例,精选已经明确的较疑难的典型病例,内容涵盖该种疾病护理过程中需要面临的常见问题,如护患沟通、病情观察、生命体征的护理、生活护理、标本采集、用药监护、并发症的护理、护理记录、健康教育与健康促进等。内容的展开以患者从入院到出院的时间顺序为线索,详细叙述疾病的治疗与发展过程中,临床护理的每一工作环节、每一步骤或每一具体操作的内容、特点、要求及方法。通过对患者的评估确定患者存在或预见患者潜在的护理问题,提示护理思维,并采取措施,重点融入作者的实践经验,如护理安全提示,易出现的护理缺陷的防范,难点与疑点,护患关系、医护关系沟通的技巧及意义等。第二部分为内分泌科常见的护理技术,系统介绍了每项技术的具体操作流程,并对操作中所需掌握的要点及注意事项进行相应的注解,重点突出,让临床护士知其然也知其所以然。

本书聚集了广东省知名三甲医院内分泌科十几位护理管理、临床护理和护理教育方面的专家和骨干,他们以严谨务实的工作精神,反复讨论思考,突破常规,贴近临床,按照临床护士工作程序进行编写,每项护理技术具有专科特点,所选病例均为真实住院患者,面对一个个病例,如同面对一个个活生生的患者,让读者如临其境,如己所护。

本书适合广大临床护理工作者使用。我们希望本书能成为内分泌科护理人员的工作标准和临床指引,以及解决疑难问题的钥匙。

本书吸取了国内外许多专家、学者的研究成果,引用的著作、论文、资料等参考文献,已在文中列出,在此表示深深的谢意。

由于时间所限,书中涉及的内容较广,篇幅较多,编者的学识和能力有限,本书可能会有不少缺点,敬希读者不吝赐教和指正。

《内分泌科临床护理思维与实践》编写组

2012年11月20日

第一篇 病 例 篇

病例1	2型糖尿病患者的护理	2
病例2	儿童1型糖尿病患者的护理	13
病例3	妊娠期糖尿病患者的护理	23
病例4	低血糖患者的护理	36
病例5	糖尿病酮症酸中毒患者的护理	47
病例6	非酮症高渗性糖尿病昏迷患者的护理	59
病例7	糖尿病乳酸性酸中毒患者的护理	68
病例8	糖尿病合并高血压患者的护理	76
病例9	糖尿病合并冠心病患者的护理	83
病例10	糖尿病合并心肌梗死患者的护理	90
病例11	糖尿病合并脑卒中患者的护理	99
病例12	糖尿病合并肾病患者的护理	108
病例13	糖尿病合并视网膜病变患者的护理	115
病例14	糖尿病足患者的护理	124
病例15	糖尿病足行下肢动脉支架植入术后患者的护理	135
病例16	糖尿病合并肺炎患者的护理	143
病例17	2型糖尿病合并急性胃肠炎患者的护理	150
病例18	糖尿病合并胃轻瘫患者的护理	157
病例19	痛风患者的护理	169
病例20	骨质疏松患者的护理	176
病例21	垂体瘤患者的护理	182
病例22	垂体功能减退性危象(垂体危象)患者的护理	189
病例23	甲亢患者的护理	198
病例24	甲状腺危象患者的护理	204
病例25	糖尿病合并甲亢患者的护理	209

病例26 甲亢引起周期性瘫痪患者的护理	217
病例27 甲状旁腺功能亢进患者的护理	222
病例28 原发性醛固酮增多症患者的护理	229
病例29 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症患者的护理	237
病例30 Cushing综合征患者的护理	247
病例31 嗜铬细胞瘤患者出现高血压危象的护理	255
病例32 尿崩症患者的护理	262
病例33 单纯性肥胖患者的护理	270

第二篇 专科护理技术篇

第一章 护理评估技术	282
一、糖尿病患者代谢指标控制状态的评估	282
二、糖尿病患者饮食管理能力评估	285
三、糖尿病患者活动能力评估	287
四、糖尿病患者血糖监测能力评估	289
五、糖尿病患者血压监测能力评估	292
六、胰岛素注射能力评估	294
七、体重指数的评估	297
八、糖尿病患者足部的评估	298
九、糖尿病肾病的评估与分级	300
十、甲状腺肿大的评估与分度	303
十一、甲状腺相关性眼病的评估与分级	305
十二、水肿的评估与分度	308
十三、内分泌疾病患者皮肤黏膜的评估	311
第二章 护理实施技术	313
一、口服葡萄糖耐量试验	313
二、静脉葡萄糖耐量试验	315
三、馒头餐试验	316
四、血糖监测技术（应用便携式血糖仪）	317

五、胰岛素笔注射技术	318
六、糖尿病足换药技术	321
七、基础代谢率测定	322
八、醛固酮立卧位试验	323
九、24小时尿标本采集技术（包含：24小时尿VMA标本的收集）	325
十、小剂量地塞米松抑制试验	326
十一、大剂量地塞米松抑制试验	327
第三章 仪器使用技术	330
一、胰岛素泵的应用	330
二、动态血糖监测仪的应用	332
三、多普勒血流计的应用	335
四、足底压力分析系统的应用	337
第四章 专科护理技术配合	341
一、饥饿试验	341
二、胰高血糖素试验	342
三、促肾上腺释放激素兴奋试验（ACTH兴奋试验）	344
四、胰岛素低血糖兴奋试验	345
五、禁水试验	346
六、禁饮与垂体后叶素联合试验	348
七、冷加压试验	349
八、酚妥拉明试验	350
九、胰高血糖素激发试验	352
参考文献	354

► 病例 1 2型糖尿病患者的护理

患者,男性,47岁,已婚,财务总监,体重80kg,身高167.5cm, BMI 29.4kg/m²。患者1年前无明显诱因下出现口干、多饮,饮水量不详,无多食、多尿及体重下降等症状,未予重视诊治。半余月前出现视物模糊,伴听力下降,无头痛、头晕等症状。4天前患者来医院行体检,体检结果示空腹血糖15.1mmol/L、总胆固醇7.1mmol/L、甘油三酯3.05mmol/L,门诊以“2型糖尿病、代谢综合征”收入内分泌专科治疗。患者起病以来,精神胃纳可,睡眠可,大小便正常。否认有高血压、心脏病、肾病史,否认肝炎、结核等传染史。母亲患有糖尿病。适龄结婚,育有一女。否认吸烟史,有饮酒史10余年,约每周3次,每次约半斤白酒。体格检查无特殊。

<<<

一、诊疗过程中的临床护理

(一)入院时

1. 诊疗情况 入院后诊断为“糖尿病、代谢综合征”^[1]。予以检测随机血糖,急查生化八项,血清羟丁酸测定(酮体),尿常规、血常规。随机血糖结果为16.3mmol/L^[2],酮体(-)。立即给予皮下注入短效胰岛素3U,继续观察血糖变化。

2. 护理评估

(1)生理评估:入院时体温36.8℃,脉搏86次/分,呼吸20次/分,血压136/81mmHg,体重80kg,身高167.5cm, BMI 29.4kg/m²^[3]。发育正常,体型肥胖,饮食不规律,每日饮食未做到定时、定量,营养搭配不合理,每日膳食的总热量不确定,每日饮水不详。口腔黏膜完整,无咀嚼及吞咽困难,消化吸收良好。睡眠良好,睡前有良好习惯。排尿4~5次/天,夜间0~1次/天,排便正常,1~2次/天,黄色软便。各关节活动无障碍,平日生活能自理。有良好的卫生习惯,身体无异味,指甲修剪干净,皮肤黏膜完整无黄染。生化检查随机血糖结果为16.3mmol/L,酮体(-)。

(2)心理评估:患者性格较外向,喜欢结交朋友。患者无视疾病的存在,自律行为较差,对疾病的管理知识缺乏,管理能力较差。患者入院时拒绝注射胰岛素,认为胰岛素可“成瘾”。担心会对日常的工作和生活产生影响。患者为哈尔滨人,为人仗义、性格豪放、不拘小节。患者34岁时喜得一女,对女儿疼爱有加。

(3) 社会评估: 患者为中年男性, 哈尔滨人, 财务总监。平时因工作应酬经常外出饮酒, 陪客户吃饭等, 很少在家中吃饭, 日常生活不规律, 经常加班。平素活动少, 不喜欢活动, 居家时喜看电视节目。近期因刚晋升为财务总监, 社会应酬更加繁重, 近半月几乎都在饭店进食晚餐。

思 考 提 示

[1] 评估入院时患者血糖的水平。随机血糖为16.3mmol/L, 立即实施降糖措施, 降低高血糖对身体的危害。急查生化八项, 血清羟丁酸测定(酮体), 尿常规、血常规等排除患者是否有酮体产生, 及早发现和防止糖尿病酮症酸中毒的发生。

[2] 患者为中年男性, 慢性病程, 口干、多饮1年余, 视力模糊半月, 4天前体检发现血糖血脂升高。体重80kg, 身高167.5cm, BMI 29.4kg/m²。结合患者体检结果和入院后的随机血糖的结果可初步可诊断为“糖尿病、代谢综合征”。

[3] 体质指数(BMI)=体重(kg)/身高的平方(m²)。根据中国的参考标准, 该患者为肥胖状态。

3. 护理思维与实施方案

思 考 提 示

患者自律行为较差, 对疾病的管理知识缺乏, 对疾病未予足够的重视。平时因工作原因, 导致日常生活极不规律, 经常加班应酬等。本次体检时才发现自身存在的问题, 此时的护理要点主要为以下几个方面:

(1) 首要重点评估血糖、酮体水平, 判断是否有酮症酸中毒的可能。

(2) 健康教育的时机最好选在患者病情稳定的情况下, 切勿操之过急。

随机血糖结果为
16.3mmol/L, 酮体(-)

↓
血糖高

(1) 预期目标: 患者血糖降至10.0mmol/L左右, 无低血糖症发生。

(2) 护理措施

- 确认患者拒绝使用胰岛素的原因, 针对原因实施相应的护理措施。
- 评估患者血糖、酮体水平, 根据患者的病情、经济收入等情况, 选择适当的降糖策略。

随机血糖结果为
16.3mmol/L,酮体(-)

↓
血糖高

- 给予胰岛素皮下注射,注射的部位选取吸收速度较快的腹部。
- 做好血糖监测,防止因降糖速度过快而出现头晕、心慌、出冷汗等低血糖反应。动态监测血糖,及时记录。
- 关注患者胰岛素注射后有无按时、按量进餐,糖尿病餐是否符合患者的饮食习惯。

(二)住院过程中

1. 诊疗情况 住院过程中,按内科护理常规,二级护理,根据情况调整护理级别;糖尿病饮食;给予完善相关检查:三大常规(血、尿常规已做)、生化、糖尿病抗体,糖化血红蛋白、血清C肽测定,常规心电图、微量尿白蛋白,肌肉神经传导速度测定、颈动脉椎动脉彩超,肾小球滤过率测定和肾动态显像^[5]。患者入院后给予胰岛素治疗,现血糖逐渐降至稳定水平,证明患者对胰岛素治疗敏感有效,结合家族史中母亲患有糖尿病以及患者为肥胖体型,且血清谷氨酸脱羧酶抗体0.41U/ml,胰岛素自身抗体(-)、胰岛细胞抗体(-),诊断为2型糖尿病。患者体重80kg,身高167.5cm, BMI 29.4kg/m²,血液生化结果显示空腹血糖7.57mmol/L、总胆固醇6.5mmol/L、甘油三酯2.08mmol/L。综合治疗方案为降糖、活血、护肝、抗感染、营养神经、改善微循环等相关治疗。患者为首发糖尿病,空腹、餐后血糖均较高^[4], HbA1c 9.5%。目前采用胰岛素治疗,胰岛素用量根据三餐前后、睡前血糖监测结果调节用量;针对视物模糊的症状,请眼科会诊;患者双侧颈动脉粥样硬化并双侧斑块形成,予以阿司匹林、西洛他唑等疏通血管、抗凝治疗。其余检查均正常。

患者血糖控制平稳后停用餐前胰岛素,只用长效胰岛素每晚注射1次,并加用二甲双胍、氟伐他汀(来适可)药物治疗。监测三餐前后、睡前血糖,根据血糖水平调整药量。

2. 护理评估

(1)生理评估:血糖降至空腹7~8mmol/L^[5]。餐后2小时10~11mmol/L,患者BMI 29.4kg/m²,饮食按照制订的糖尿病餐进食,每日能够做到定时、定量,患者对食物搭配、热量的计算、加餐等表示不清楚,每日饮水500~800ml。

(2)心理评估:患者看到自己的血糖从入院时16.3mmol/L降到餐后10mmol/L左右,知道这是胰岛素治疗所产生的效果,开始接受胰岛素药物治疗,但还是会担心储存和注射胰岛素会对日常生活或工作带来不便,尤其是客户和同事对自身疾病的看法。入院后从思想上开始对疾病引起重视,担心疾病的预后与转归,心理上有焦急的情绪,只要是主管医生或主管护士到床边查

房,患者会迫不及待地询问自己的检查结果和病情。患者懂得糖尿病的遗传因素,担心自己会把糖尿病遗传给女儿,已经流露出想了解糖尿病的相关知识的欲望。

(3) 社会评估: 住院期间,患者家属经常来医院探望,其女儿放学后便到医院陪伴患者,为患者鼓气。看到患者的血糖逐渐稳定,较为放心。支持患者按照医院营养饭堂配置的糖尿病餐进食,未再从家里给患者送餐,患者的同事也经常来医院探视,关心患者。

思维提示

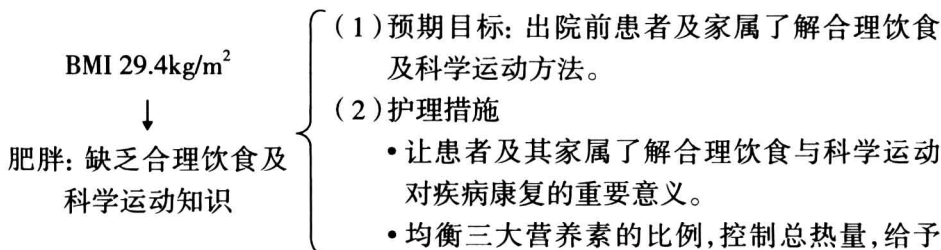
[4] 2型糖尿病患者在生活方式和口服降糖药联合治疗的基础上,如果血糖仍然未达到控制目标,即可开始口服药物和胰岛素的联合治疗。一般经过较大剂量多种口服药物联合治疗后HbA1c仍大于7.0%时,就可以考虑启动胰岛素治疗。对新发病并与1型糖尿病鉴别困难的消瘦的糖尿病患者,应该把胰岛素作为一线治疗药物。在糖尿病病程中(包括新诊断的2型糖尿病患者),出现明显高血糖时,为减少高血糖毒性应该尽早使用胰岛素治疗。

[5] 2010年《中国2型糖尿病防治指南》胰岛素的治疗目标: 消除高血糖症状; 预防糖尿病酮症酸中毒; 阻止严重的分解代谢状态并保持合适的体重指数及恢复去脂肪体重; 降低感染发生率; 降低孕期的胎儿和母体的患病率; 预防并和延缓糖尿病的微血管及大血管并发症。

3. 护理思维与实施方案

思维提示

患者已被明确诊断,血糖已降至接近正常。故护理的重点是:
①抓住健康教育时机,教育患者糖尿病自我管理知识,制订切实可行的个案护理措施,帮助患者树立战胜疾病的信心; ②协助完善各项相关检查。



BMI 29.4kg/m^2



肥胖: 缺乏合理饮食及
科学运动知识

每日总热量为1500~1600kcal。

- 改变不良饮食习惯,实施健康饮食行为,如一日三餐定时、定量进餐,晚餐少吃、合理进食睡前加餐等,采用低能量的平衡饮食。
- 合理选择食物,多选脂肪含量低的蛋白质食物,富含维生素、无机盐、膳食纤维丰富的新鲜蔬菜、水果、粗粮;限制高能量食物和甜点等。教会患者如何计算热量。
- 烹调方法选择蒸、煮、炖、拌、卤等,少用煎、炸等方法。外出应酬时,可用白开水将食物中的油脂涮除一部分后再进食。
- 教会患者科学地进食水果。
- 低盐膳食。每日食盐摄入6g以内。
- 限制饮酒。每日不超过1~2份标准量,热量计入总能量中。
- 多喝水,每日饮水>2000ml,稀释血液,缓解血液黏稠的程度。
- 尽量达到或维持理想体重。纠正代谢紊乱,使血糖、血压尽量达到正常水平。
- 运动要在医护人员的指导下进行,运动计划实施前要全面体检,了解身体状况。
- 运动前的代谢控制: 血糖大于 14.0mmol/L ,明显的低血糖症或者血糖波动较大、有糖尿病急性代谢并发症以及各种心、肾等器官严重慢性并发症者暂不适合运动。
- 准备合适的运动服、鞋、袜,随身携带急救卡、水、饼干或糖果。
- 最好选择在饭后1~2小时运动,运动频率和时间为每周至少150分钟。
- 选择中低强度的有氧运动项目(如跑步),不适宜无氧运动。最好每周进行2次阻力性肌肉运动,训练阻力为轻或中度。
- 运用计算脉率及自我感觉评估运动强度。
- 运动完毕后再做5~10分钟的放松活动。
- 养成健康的生活习惯,将有益的体育运动融

BMI 29.4kg/m²



肥胖: 缺乏合理饮食及
科学运动知识

入到日常生活中。

- 运动量大或激烈运动时应建议患者调整饮食及药物, 以免发生低血糖。
- 健康教育: 简单讲解肥胖的相关知识以及减肥的常见方法与评价。

生活无规律、应酬多、
喜吃甜食、较少运动、
无规律服药



知识缺乏: 缺乏糖尿病
自我管理知识

(1) 预期目标: 住院期间掌握糖尿病的自我管理知识。

(2) 护理措施

- 饮食知识、运动知识(同上)。
- 讲解糖尿病的基础知识, 急慢性并发症的预防与治疗。
- 讲解药物的作用机制, 服用方法, 副作用。让患者了解自身的用药种类和方法, 做到心中有数。
- 告知患者不要随意更改或停用药物, 不要相信民间偏方, 要科学用药, 合理降糖。
- 指导胰岛素注射后按时、按量进餐, 逐渐让患者养成良好的饮食习惯。
- 告知患者如何分餐, 预防低血糖的发生。
- 用药的同时注意定期血糖监测, 观察有无低血糖发生。
- 血糖监测频率和时间因人而异, 不同个体在不同治疗阶段监测频率不同。在排除影响血糖监测结果的因素情况下, 确保监测数据的正确性。
- 记录血糖监测的日期、时间, 与进餐的关系, 血糖数值、低血糖症状出现的时间, 与药物、进食或运动的关系。护士应以住院期间的血糖监测过程作为示教, 教会患者如何在出院后做好血糖监测及记录。
- 根据患者病情、年龄、病程等, 选择糖尿病控制目标。患者47岁, 初诊患者, 建议将糖代谢控制目标控制在理想水平。
- 建议患者参加糖尿病教育讲座。

(三)出院前

1. 诊疗情况 患者精神佳,睡眠、胃纳可,大小便正常,无口干、多饮、视力模糊等症状。出院前治疗方案:甘精胰岛素(来得时)12单位,每晚1次,盐酸二甲双胍(麦特美)0.5g,1天3次,氟伐他汀40mg,每晚1次。病情稳定,拟办理出院。

2. 护理评估

(1)生理评估:生命体征稳定,血糖降至空腹5~6mmol/L,餐后2小时8~9mmol/L,无低血糖事件发生,住院期间体重未减轻,服药后血脂开始降低。患者熟悉食物搭配及热量计算,掌握加餐的方法。

(2)心理、社会评估:患者开始接受糖尿病的综合治疗方案,意识到糖尿病的产生与本人在日常生活中不注意饮食,没有适当进行运动锻炼有相关性。虽然患者的社会角色(财务总监)在出院后没有改变,但是患者希望在未来忙碌的生活中可以建立健康的生活方式。

思维提示

患者虽然由于本次疾病能够清醒地认识到导致本病最根本的原因是不健康的生活方式,但是提高患者出院后的自我管理依从性是难点重点。此时的护理重点主要是告知患者复诊时的项目、具体时间、复诊时做好哪些准备,复诊项目的意义。

3. 护理思维与实施方案

积极主动与医务人员沟通,了解病情及出院后的注意事项



寻求健康行为:与自身健康相关的知识和树立健康的生活方式

(1)预期目标:出院前患者及家属能够掌握疾病自我管理知识。

(2)护理措施

- 积极与患者沟通,鼓励患者说出自己对出院后坚持治疗的决心和信心。
- 让患者充分地领会到导致疾病的根本原因是不健康的生活方式。
- 对患者学习自我管理知识及开始实施过程予以正向的赞美及鼓励。检验患者自我管理知识的掌握程度。
- 告知坚持、不放弃在整个计划中的意义,学会克服困难,寻求家属或好友的监督。
- 告知患者出院后,将会电话跟踪随访,在随

积极主动与医务人员沟通,了解病情及出院后的注意事项



寻求健康行为:与自身健康相关的知识和树立健康的生活方式

访中评估患者及家属对自我管理知识的实施情况及对疾病管理的态度。发现问题给予及时处理,同时提供疾病相关知识的咨询或为其预约门诊专家。

二、护 理 评 价

患者从入院到出院,护理上给予了一系列的护理方案的实施。入院时对患者的基本资料、疼痛及心理状态进行评估,并给予相关措施。入院后完善各项的检查,明确诊断,为患者制订个体化的方案,让患者及家属学会如何管理疾病是本病例的护理重点。出院前,再次对个案计划的要点进行了巩固,并对家属进行了指导,提高患者自我管理能力。

三、安 全 提 示

1. 安全降糖 由于长期的高血糖,患者已适应了高血糖的状态,如果降糖治疗过程中,不注意降糖速度,快速的血糖下降可以引起患者的“低血糖反应”,即使是血糖没有达到低血糖的诊断标准,患者也可以有低血糖的症状。所以临床中,护士在实行降糖措施时要注意遵从“缓慢降糖,实时监测”的原则。

2. 运动安全 糖尿病患者运动时,要了解自身的身体状况,选择合适的运动方式,量力而行、循序渐进、持之以恒,避免剧烈运动引起不必要的损伤。对于保护性感觉缺失的患者,尽量避免选择跑步、长时间走路等,最好选择游泳等非负重运动;增殖性视网膜病变的患者避免剧烈活动、举重、长跑、球类运动。建议老年患者的鞋带不要太长,避免在运动的过程中绊脚,导致意外摔倒。要选择较为宽松的柔软的鞋子,避免长时间运动足部出现挤压伤、水疱等。运动前准备随身携带糖果、温水、身份识别卡,防止低血糖及意外事故的发生。最好有同伴一起运动,发生意外时有同伴协助处理。运动后不宜蹲坐休息,马上洗热水澡,因血液重新分配到下肢、体表,造成心脏和脑组织缺血,容易发生眩晕、胸痛等供血不足的表现,导致意外摔伤等。忌服过冷的水,因为运动后体温上升,服用过冷的水后,容易引起肠道痉挛,血管收缩,造成胃肠功能紊乱。应分次饮水,每次饮水量不超过200ml,至少间隔20分钟。

四、经 验 分 享

1. 代谢综合征的诊断标准 代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是一

组复杂的代谢紊乱症候群,其发生机制及控制方法已成为当前医学界关注的热点。国外既往的研究已经明确随着生活水平的提高和生活方式的改变,MS的患病率显著增加,且随年龄增长而增多。近年来,随着MS发病率增多,对MS的主要成分肥胖、血脂代谢异常、血糖升高或胰岛素抵抗、高血压的关注受到了重视。代谢综合征的诊断标准尚未在全球完全统一,目前我国主要采用的是2004年中华医学会糖尿病学分会(CDS)建议的代谢综合征诊断标准:①超重(和)肥胖:体重指数 $\geq 25\text{kg/m}^2$;②高血糖:空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 及(或)餐后2小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$,及(或)确诊为糖尿病并治疗者;③血脂紊乱:空腹血TG $\geq 1.7\text{mmol/L}$,及(或)HDL $< 0.9\text{mmol/L}$ (男)或 $< 1.0\text{mmol/L}$ (女);④高血压:收缩压/舒张压 $\geq 140/90\text{mmHg}$,及(或)已确诊为高血压并治疗者。具备以上4项组成成分中的3项或者全部者。

2. 代谢综合征的治疗原则与目标 目前防治MS的主要目标是预防临床心血管疾病以及2型糖尿病的发生,对已有心血管疾病者则要预防心血管事件的再发。原则上应先启用生活方式的治疗,然后是针对危险因素的药物治疗。

生活方式干预:保持理想的体重、适当运动、改变饮食结构以减少热量的摄入,戒烟和不过量饮酒等,不仅能减轻胰岛素抵抗和高胰岛素血症,也能改善糖耐量和其他心脑血管疾病的危险因素。

针对各种危险因素如糖尿病或糖调节受损、高血压、血脂紊乱以及肥胖等的药物治疗,治疗目标如下:

- (1) 体重在1年内减轻降低7%~10%,争取达到BMI和腰围正常化;
- (2) 血压:糖尿病患者 $< 130/80\text{mmHg}$,非糖尿病患者 $< 140/90\text{mmHg}$;
- (3) LDL-C $< 2.6\text{mmol/L}$ (100mg/dl)、甘油三酯 $< 1.7\text{mmol/L}$ (150mg/dl)、HDL-C $> 1.04\text{mmol/L}$ (40mg/dl)(男)或 $> 1.3\text{mmol/L}$ (50mg/dl)(女);
- (4) 空腹血糖 $< 6.1\text{mmol/L}$ (110mg/dl)、负荷后2小时血糖(PG) $< 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl)及HbA1c $< 7.0\%$ 。

3. 糖尿病患者应按照少食多餐的饮食原则,以避免三餐中血糖峰值过高。一般按照每日5~6餐进食,也就是每天除了3次正餐,还需要最少2次加餐,同时可以避免患者出现低血糖的现象。但是要根据患者的实际情况来分餐,做到切实可行。

4. 对于在思想中没有对疾病的严重产生足够的认识,无视疾病存在的患者,疾病的自我管理知识较差,在健康教育时一定要找到“突破口”。如果患者短时间内不能够遵从个性化的饮食、运动处方,没有良好的用药和血糖自我管理依从性,教育时切忌操之过急,给患者强加目标,这样会起到适得其反的效果。

5. 要根据患者的实际情况,为患者制订切实可行的个体化处方。不能脱