

# 一例极度胰岛素抵抗伴肝硬化患者的护理体会

马 维 杜锦霞\*

第二军医大学附属长征医院

**【摘要】目的** 总结以胰岛素抵抗为表现的肝硬化患者的观察要点及护理方法。**方法** 回顾性分析并总结 2018 年 5 月 31 日海军军医大学长征医院收治的一例以胰岛素抵抗为主要表现伴肝硬化的临床资料,分析其病情及护理过程。**结果** 治疗初期,患者因反复高血糖,给予对症处理,效果欠佳,予胰岛素及激素免疫抑制治疗后,血糖下降,后改用胰岛素强化治疗顺利出院。**总结** 糖尿病患者胰岛素抵抗较为常见,护士应该严密观察患者病情变化,及时做好心理护理及各项基础护理,以协助医生早日明确诊断并给予针对护理。

**【关键词】** 胰岛素抵抗;肝硬化;糖尿病

**【中图分类号】** R473.5

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-9753 (2019) 01-075-02

胰岛素抵抗<sup>[1]</sup>(insulin resistance, IR)是指胰岛素的外周组织及靶器官或靶组织,主要是肝脏、脂肪组织、骨骼肌对胰岛素的敏感性及其反应性降低,致正常量的胰岛素产生的生物学效应低于正常水平。发病原因尚不明确。胰岛素抵抗易导致代谢综合征和 II 型糖尿病。2018 年 5 月份海军军医大学长征医院内分泌科收治 1 例极度胰岛素抵抗伴肝硬化的患者,经积极治疗与护理,效果良好,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,男,75 岁,发现血糖升高 19 月,血糖控制不佳。2018 年 5 月 31 日就诊于海军军医大学长征医院收入我科治疗。病史:2017 年 8 月 28 日出现神志模糊,意识不清,快速血糖测不出,至当地医院诊断为“高渗高血糖综合征”,先后予“普通胰岛素”、“优泌林”降糖治疗。外院空腹胰岛素 > 2152.5 pmol/L,外院每日胰岛素用量 > 200u 血糖仍降不下。“肝硬化”6 年余,六年前胃镜提示有食管静脉曲张行静脉曲张套扎治疗止血术。有输血史 3 次,具体不详。入院后诊断为:1 糖尿病 高胰岛素血症 极度胰岛素抵抗综合征 2 肝硬化失代偿期 肝性脑病 II 期 腹水 脾功能亢进 粒细胞缺乏 3 冠状动脉粥样硬化性心脏病 4 痛风。入院后查体:生命体征平稳,身高 174cm,体重 61kg, BMI 20.15 kg/m<sup>2</sup>, 腹围 92cm,皮肤黄染。腹膨隆,腹部无压痛反跳痛,肝脾肋下可及,移动性浊音阳性,肠鸣音正常,双下肢轻度水肿。床旁快速血糖提示为 Hi 测不出,查静脉血糖示 61.4 mmol/L, 白蛋白 26g/L, 尿葡萄糖 3+, 空腹胰岛素 > 1000 mIU/L, D-二聚体 2020 ug/L, 血氨 143 umol/L, 血气分析: PH: 7.47, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20.4 mmol/L, 予以生理盐水 100ml+ 诺和灵 R200U 微泵静滴。血糖未有明显下降趋势。现存在矛盾:患者目前血糖较高,大剂量胰岛素静滴后血糖仍未下降,同时患者肝硬化失代偿期、有腹水,需要利尿降门脉高压治疗,但利尿剂可能引起胰岛素抗体阳性及胰岛素抵抗。解决矛盾的方法:予激素免疫抑制治疗,同时予胰岛素静脉微泵及利格列汀口服降糖。予甲强龙 40mg 静滴免疫抑制治疗、西利宾胺保肝、优思弗利胆、潘妥洛克保胃、吉粒芬升白、舒普深预防感染、补充白蛋白、维持水电解质平衡等对症支持治疗。6-26 请肾内科会诊后行床旁血浆置换术,输血浆 400ml,期间患者无不适主诉,血糖较之前下降。6-27 21:00 患者出现发热,气急、端坐呼吸、行为失常,请消化科会诊后确诊为肝性脑病。予精氨酸,瑞甘,

甘油灌肠剂通便等治疗症状好转。继续予甲强龙 80mg 静滴 \*3 天+生理盐水 100ml+ 诺和灵 R100U 微泵静滴,血糖较前明显下降,白天血糖维持在 10-22mmol/L 后改为“地特胰岛素 18IU/ 晚 + 门冬胰岛素 15IU/ 早 +15IU/ 中 +15IU/ 晚”强化治疗,患者血糖得到控制。于 2018 年 7 月 3 日出院。

## 2 护理

### 2.1 用药护理

(1) 指导患者注意休息及保暖,密切观察患者神志、瞳孔、呼吸、心率、血压及周围循环等病情变化以防高渗性昏迷。(2) 观察患者精神状况及意识行为有无异常,定向力及计算力障碍,保持大便通畅预防肝性脑病及肝昏迷的发生(3) 患者在用输液泵治疗时应每小时监测血糖以避免血糖快速下降导致的低血糖。观察患者有无出汗、饥饿、心慌、严重还可出现躁动、昏迷等低血糖情况的发生。(4) 输液时严格控制滴速,输液泵一旦发生报警情况,应及时查找原因进行处理。持续维持输注胰岛素所使用的输液器每 24 小时更换一次,防止感染(5) 激素的使用:在应用激素前需常规排除患者有无胃溃疡等疾病;在治疗期间严防应激性溃疡出血。指导患者注意保暖,减少人员探视,严格无菌操作,防止交叉感染的发生

### 2.2 饮食护理

胰岛素抵抗的患者要限制碳水化合物的摄入,可以优先摄入来自蔬菜、水果、乳制品中的碳水化合物。可以食用不饱和脂肪酸的食物如橄榄油,亚麻籽油等。同时,该患者有食管静脉曲张避免暴饮暴食特别是食用粗糙的食物可机械性损伤食管静脉和胃底静脉而导致出血。避免饮酒食管静脉曲张破裂出血是肝硬化的并发症之一,而酒精中间的代谢产物乙醇对肝脏有直接损害作用,饮酒可加重肝脏的损伤,诱发出血。禁食辛辣食品,限制钠盐的摄入。肝硬化失代偿期患者常伴有血氨的升高,患者要控制蛋白质的摄入,适量的摄入如鱼虾、鸡蛋、牛奶、豆制品等富含优质蛋白的食物,以纠正低蛋白血症。现该患者予糖尿病低盐低嘌呤饮食,并告知患者应饮食清淡,少食多餐,细嚼慢咽,控制总热量。

### 2.3 心理护理

患者病程时间长,病情反复、始终没有得到控制、家庭经济负担重等因素,入院后变现少言寡语,治疗态度不积极。护士采取比较积极主动,尊重患者的态度,加强与患者及家属的沟通交流,了解患者的喜好,仔细观察患者的生活习惯,

(下转第 76 页)

\* 通讯作者: 杜锦霞

## 双源双能量 CT 诊断颈椎椎管内痛风石 1 例

蒋煌洲

德阳市人民医院 四川德阳 618000

【中图分类号】R589.7

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2019) 01-076-01

患者男, 63 岁, 因“反复关节肿痛 20+ 年, 肉眼血尿 2 天”入我院。20+ 年前无明显诱因出现左足跖趾关节疼痛、肿胀、皮温升高, 于当地卫生所对症治疗缓解, 后反复发作, 逐渐累及双足跖趾关节、双膝关节及双手指间关节; 10+ 年前逐渐出现双足、双膝及双手关节蚕豆大小痛风结节, 伴握拳及双膝关节活动障碍; 均口服“止痛及降尿酸”药物后缓解。2 天前出现血尿, 伴颈部疼痛, 无肢体感觉及运动障碍, 来我院诊断为“急性出血性膀胱炎, 痛风性肾病 慢性肾脏病 5 期 肾性贫血 肾性高血压, 痛风性关节炎急性发作”。体格检查: 双手变形, 双侧指间关节、跖趾关节、踝关节、膝关节肿胀并多个大小不等痛风结节, 双耳廓及鼻部痛风结节。

辅助检查: 头颅双能量 CT 显示“寰枢关节齿状突周围、双侧耳廓、鼻骨旁见多发点、小结节状痛风石(绿色), 脊髓未见明显受压, 邻近骨质结构未见破坏, 痛风石总体积约 0.14cm<sup>3</sup>”(图 a-f)。血生化: 尿酸 509μmol/L, 尿素氮 15.71mmol/L, 肌酐 320μmol/L, 内生肌酐清除率 22.6ml/min, 血沉 45mm/h。血常规: 血红蛋白(Hb) 81g/L。尿常规: 隐血(3+), 蛋白质(2+)。腹部彩超: 双肾实质回声增强, 双肾钙乳征。给予对症治疗后, 患者血尿及颈部疼痛改善出院。

痛风指嘌呤代谢障碍引起血尿酸升高, 尿酸盐晶体沉积于骨关节、肾脏、皮下等组织引起关节炎、肾病及痛风石。在我国患病率约 0.15%-0.67%<sup>[1]</sup>, 以男性多见, 发病率逐年增高, 且年轻化。高尿酸血症仅少部分发展为痛风, 少部分痛风患者血尿酸正常。其发病机制不明, 骨关节退行性变、组织坏死、既往外伤史可促使痛风发生。痛风性关节炎最常见

于第一跖趾关节, 其次系四肢远端关节, 尿酸盐可沉积于关节滑膜、滑囊、软骨、骨、关节周围软组织、肌腱、韧带等。脊柱痛风罕见, 多累及腰椎, 其次是颈椎及胸椎, 可累及椎体、附件、椎间盘、黄韧带及硬膜内外组织间隙。

在诊断方面, 脊柱痛风石患者临床表现不具特异性, 部分患者既往无痛风病史或血尿酸无明显升高。常规 X 线、CT、MRI 对其诊断的敏感性特异性差, 临床及影像表现与椎间盘病变、椎管内占位病变、结核、骨肿瘤等相似, 因缺乏有效的诊断手段, 多数患者诊断时常合并骨质破坏、神经根性及脊髓受压症状而需手术治疗。既往有关颈椎痛风石的报道, 多因神经根性症状或脊髓受压而就诊, 常规 CT 及 MRI 检查发现结节或合并骨质破坏, 术后病理证实为痛风石, 双能量 CT 诊断痛风石的病例极少报道。本例患者痛风病史长达 20+ 年, 目前全身多处痛风石、关节畸形、痛风性肾病, 入院前两天出现颈部疼痛, 需警惕颈椎痛风石, 行头颅双能量 CT 发现齿状突周围、双侧耳廓、鼻骨旁痛风石, 总体积 0.14cm<sup>3</sup>, 不伴颈髓受压及椎体骨质破坏, 经对症治疗症状改善出院, 诊断及治疗及时, 避免了病情进展、恶化而需手术治疗。

综上, 脊柱痛风石罕见, 极少数患者可不合并血尿酸升高, 对于颈腰部疼痛、或神经根性症状及脊髓压迫症状患者, 即使既往无痛风病史, 也需警惕脊柱痛风石。双能量 CT 可早期、敏感的发现痛风石, 诊断准确性高, 具有重要的临床价值。

## 参考文献:

[1] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断和治疗指南[J]. 柳州医学, 2012, 25(3): 184-188.

(上接第 75 页)

以取得患者的理解与配合, 通过扎实的专业知识和技术赢取患者及家属的信任, 从而树立战胜疾病的信心, 随着患者血糖明显下降以及心理护理的良好落实, 该患者情绪逐渐稳定, 积极配合治疗及护理。

## 2.4 腹水和水肿护理

患者应保持床单位平整干燥, 抬高水肿的下肢, 并给予按摩热敷, 促进血液循环, 预防褥疮。患者腹水协助其保持半坐卧位, 以保证呼吸通畅, 必要时遵医嘱予氧气吸入。肝硬化患者抵抗力低, 容易造成各种的感染, 应告知患者保持皮肤干燥注意口腔卫生, 保证足够的休息和睡眠。并嘱患者着宽松的衣裤和鞋袜。密切观察患者腹水消涨情况, 每日正确测量腹围和体重, 认真记录 24h 出入量。

## 2.5 延续护理

糖尿病患者住院时间短, 住院期间的宣教内容不足以满足患者的需要, 大部分糖尿病患者对该病的认识不完全, 同时也缺乏自我保健能力, 严重影响了其生活质量及血糖控制。

传统的医疗照护服务无法满足糖尿病患者出院后的护理需求, 患者出院后的延续护理问题逐渐受到重视。延续护理作为一种延伸性、开放性的护理服务, 是一种教练式管理<sup>[2]</sup>的护理模式, 能使以患者为中心的服务延伸到患者家庭。采取出院后对患者进行电话随访形式, 一方面对于病人提供指导, 另一方面也提高患者对于护理的满意度。

## 3 讨论

糖尿病由于病程较长, 并且容易引发各种严重并发症, 因此若不进行及时地治疗以及护理, 极易使患者的病情恶化, 因此常常会导致对血糖的控制效果不理想。此外, 糖尿病常常伴随其他疾病导致患者不易发现。因此, 要加强多学科联合以尽快的明确诊断及有效的治疗方案。从而使患者的疾病得到及时的诊断和治疗, 并给予针对性护理, 使之减轻痛苦。

## 参考文献:

[1] 牛洁, 刘铜华. 胰岛素抵抗研究概况[J]. 深圳中西医结合杂志, 2008, 18(2): 116-119.  
[2] 李家强. 教练式管理[J]. 培训, 2011(8): 22-29.