



内科护理

第七章 内分泌与代谢疾病病人的护理





第七章 内分泌与代谢疾病病人的护理

第四节 糖尿病病人的护理

主讲人：XXX



病人，男，64岁。患“2型糖尿病”5年，口服降糖药物治疗，药物种类与剂量不固定，未进行饮食控制，血糖未规律监测。近一月来乏力明显，下肢出现水肿入院。

护理体检：T 36.3℃，P 80次/min，R 18次/min，BP 120/95mmHg，神志清楚，双眼睑水肿，双肺呼吸音清，心率80次/min，律齐，未及杂音，腹软无压痛，肝脾未及肿大，双下肢凹陷性水肿。

辅助检查：空腹血糖9.0mmol/L，尿糖（++），尿蛋白(+++)，尿WBC 0~4个/HP。

初步诊断：2型糖尿病



- 1.说出如何指导病人日常饮食。
- 2.说出血糖正常值、糖尿病的诊断标准。
- 3.列出糖尿病的并发症。



知识目标:

- 1.掌握糖尿病病人的护理评估要点、护理措施。
- 2.熟悉糖尿病的分型、病因、发病机制。
- 3.了解糖尿病病人护理目标、护理评价。

能力目标:

- 1.能对糖尿病病人进行全面的病情监测。
- 2.能指导糖尿病病人学会胰岛素注射技术。

素质目标:

具有良好的职业行为习惯和缜密的临床思维能力



- 糖尿病(diabetes mellitus,DM)是由于遗传和环境因素相互作用引起的一组以慢性血中葡萄糖(简称血糖)水平增高为特征的代谢性疾病。
- 因胰岛素分泌和/或作用缺陷导致碳水化合物、蛋白质、脂肪、水电解质等代谢紊乱，久病可导致眼、肾、心脏、血管及神经等器官组织的慢性进行性病变。病情严重或应激时可发生急性代谢紊乱，如酮症酸中毒、高血糖高渗状态等疾病。



糖尿病分为四类：

- 1型糖尿病(T1DM)
- 2型糖尿病(T2DM)
- 其他特殊类型的糖尿病
- 妊娠糖尿病(GDM)



(一)1型糖尿病

1. **自身免疫** 在T1DM患者的血液中可查出多种自身免疫抗体，如胰岛细胞抗体(ICA抗体)、谷氨酸脱羧酶抗体(GAD抗体)等。
2. **遗传因素** 研究显示遗传缺陷(主要表现在人第6对染色体的HLA抗原上)是T1DM的发病基础。
3. **病毒感染** 与T1DM有关的病毒包括风腮腺炎、疹病毒、脑心肌炎病毒、柯萨奇病毒家族等。



(二)2型糖尿病

1. **遗传因素** 是最常见的一种类型，2型糖尿病也是由遗传和环境因素共同作用形成，目前发病机制和病因认识不足，可能是一种特异性疾病。**2型糖尿病机制**比1型糖尿病有**更明显的遗传基础**。

2. 环境因素 包括**年龄、肥胖、体力活动缺乏**、宫内发育不良、应激、化学毒物及现代化生活方式等。



糖尿病的发病机制和病因较为复杂，至今尚未明确原因。不同病因导致胰岛 β 细胞分泌缺陷和/或外周组织对胰岛素利用不足，而引起碳水化合物、蛋白质、脂肪和水电解质等物质代谢紊乱



(一) 健康史

- 了解病人有无糖尿病家族史；
- 了解病人的生活方式、饮食习惯、食量、体力活动、体重、妊娠次数、新生儿出生体重等情况；
- 有无反复病毒感染，尤其是流行性腮腺炎病毒、柯萨奇病毒、风疹病毒等感染史。



(二) 身体状况

1型糖尿病多30岁前起病，起病急，症状明显，有自发酮症倾向。

2型糖尿病多发生在40岁以上，但近年发病趋向低龄化，多肥胖，起病缓，部分病人可长期无代谢紊乱症状，常在体检中发现高血糖。

。

什么样的人容易得2型糖尿病



有糖尿病家族史



疾病和生活压力



既往有妊娠的妇女
曾经分娩过巨大胎儿的妇女



肥胖



不良的饮食及生活习惯



缺乏体力活动



年龄因素

(二) 身体状况

1.代谢紊乱症候群 糖、脂肪、蛋白质紊乱综合症。

(1)三多一少表现：即**多尿**、**多饮**、**多食**及**体重减轻**。因**血糖升高渗透性利尿**导致多尿失水出现口渴而多饮；外周组织葡萄糖利用障碍，且蛋白质和脂肪分解代谢增加，引起消瘦、乏力、体重减轻；因葡萄糖的利用减少及丢失过多出现易饥、多食，常见于1型糖尿病病人。



多尿



多饮



多食



体重下降

(二) 身体状况

1.代谢紊乱症候群 糖、脂肪、蛋白质紊乱综合症。

(2)皮肤瘙痒：部分病人因高血糖及神经末梢病变导致皮肤干燥、感觉异常，常表现出瘙痒，女性可因尿糖刺激局部皮肤出现外阴瘙痒。

其他：可因糖尿病导致视力减退、四肢麻木或酸痛、月经不调、性欲减退、阳痿不育等。



(二) 身体状况

2. 并发症

(1) 急性并发症

1) 糖尿病酮症酸中毒(diabetic ketoacidosis,DKA): 是最常见的糖尿病急症。是以高血糖、高血酮症和酸中毒为主要表现。糖尿病代谢紊乱严重时, 脂肪动员和分解加速, 脂肪酸在肝脏经 β 氧化产生大量乙酰乙酸、 β -羟丁酸和丙酮, 三者称为酮体。血清酮体超过正常水平时出现酮血症或酮尿, 临床上统称为酮症。若代谢紊乱进一步加重, 血酮体持续升高, 即可发生代谢性酸中毒。



(二) 身体状况

1) 糖尿病酮症酸中毒

- 诱因：常见于感染、饮食不当、胰岛素剂量不足或治疗中断、妊娠和分娩、手术、创伤、麻醉及急性心肌梗死等，有时亦可无明显诱因。



(二) 身体状况

1) 糖尿病酮症酸中毒

- 临床表现：早期主要表现为“三多一少”等症状加重；酸中毒失代偿时表现为食欲减退、恶心与呕吐，常伴头痛、嗜睡、烦躁，呼吸深快有烂苹果味；后期严重失水、尿量减少、眼球下陷、皮肤弹性差、脉搏细速、血压下降、四肢厥冷等；晚期各种反射迟钝消失，甚至出现昏迷。也有少数病人为急腹症的表现如腹痛等。病人血糖一般多为 $16.7 \sim 33.3\text{mmol/L}$ ，血酮体明显升高，尿糖强阳性，尿酮体强阳性。



(二) 身体状况

2) **高血糖高渗状态**(hyperglycemic hyperosmolar status,HHS):是糖尿病急性代谢紊乱的另一临床类型。多见于老人,好发年龄为50~70岁的;约2/3病人于发病前糖尿病病史不明显。

- 诱因: **有感染、外伤、手术、脑血管意外、急性胃肠炎、胰腺炎、不合理限制水分、严重肾疾患、血液或腹膜透析、静脉内高营养以及某些药物如糖皮质激素、免疫抑制剂及噻嗪类利尿药的应用等。**



(二) 身体状况

- 2)高血糖高渗状态

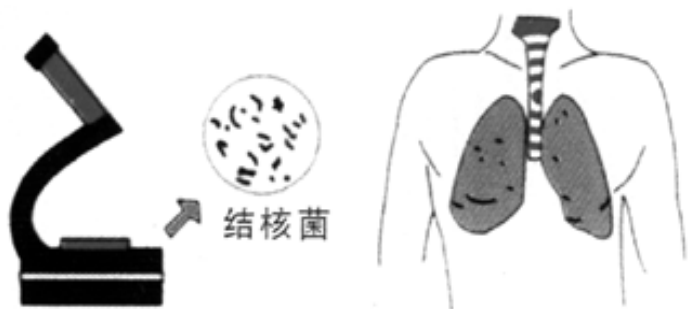
- 临床表现：起病缓慢，最初表现有多尿、多饮，但多食不明显或食欲减退。失水随病程进展逐渐加重，表现嗜睡、烦躁、淡漠、幻觉、定向力障碍、偏盲及偏瘫等，晚期陷入昏迷、抽搐、少尿或无尿。病人血糖一般为33.3 ~ 66.8mmol/L、血浆渗透压明显升高(≥ 320 mOsm/L)、尿糖强阳性、尿酮体阴性或弱阳。



(二) 身体状况

3) 感染:

糖尿病病人易发生感染。**皮肤化脓性感染多见，如疔、痈等**；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的感染；皮肤真菌感染也较为常见，如足癣、体癣等，女性病人常合并真菌性阴道炎，反复发作可转为慢性炎症。



(二) 身体状况

4)低血糖:

- 低血糖症是一组多种病因引起的以静脉血浆葡萄糖(简称血糖)浓度过低综合征。成人空腹血糖低于2.8mmol/L或糖尿病病人血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ 即可诊断低血糖。
- 诱因：包括使用外源性胰岛素或胰岛素促泌剂、运动量增加、空腹饮酒、胰岛素瘤等疾病、进食少或未按时进食等。①空腹低血糖症，多由内源性胰岛素分泌过多、降糖药或水杨酸类药物所致。②餐后低血糖症，多见于2型糖尿病早期餐后胰岛素分泌高峰延迟、倾倒综合征及肠外营养治疗等；



(二) 身体状况

4)低血糖

- 临床表现：①交感神经过度兴奋的表现，如出汗、饥饿感、心慌、肌肉颤抖、面色苍白等；②脑功能障碍的表现，初期表现为精神不集中、思维和语言迟钝、头晕、嗜睡、躁动、易怒、行为怪异等精神症状。持续6小时以上的严重者出现抽搐、昏迷甚至死亡。



发抖



心慌



乏力想睡



饥饿



冷汗



视物不清

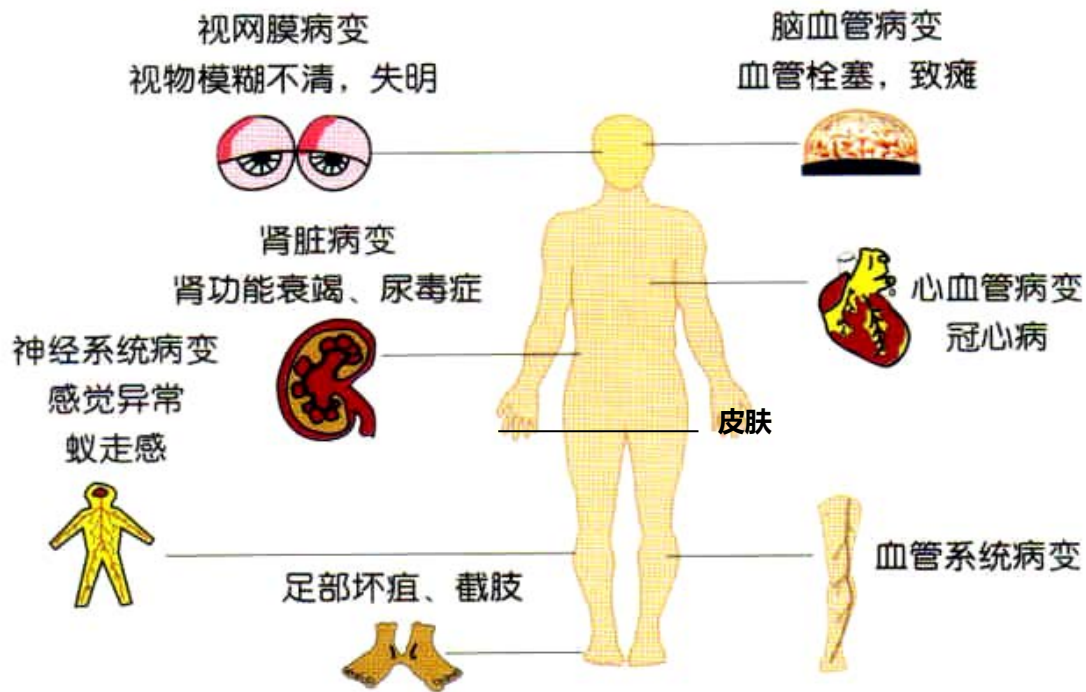


四肢无力



情绪不稳

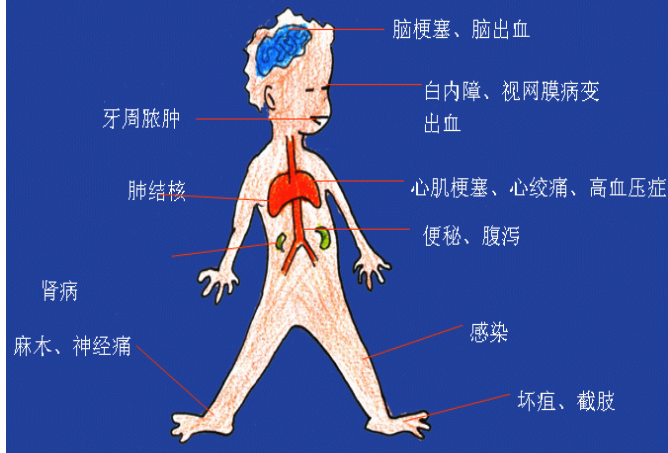
(2)慢性并发症



(2)慢性并发症

1) **大血管病变**：是大、中动脉粥样硬化引起**冠状动脉粥样硬化性心脏病**、**出血性或缺血性脑血管病**、**肾动脉硬化**及肢体外周动脉硬化等。因脑体外周动脉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、严重供血不足可导致肢体坏疽。**多数病人死于心、脑血管动脉粥样硬化**。其为糖尿病**最严重**和突出的并发症。

糖尿病的慢性并发症



(2)慢性并发症

2)微血管病变：主要表现于肾、视网膜、神经及心肌组织，以肾和视网膜病变最重要。是糖尿病特异性并发症。

①糖尿病肾病：是1型糖尿病病人主要死亡原因，以弥散性肾小球硬化最常见，早期肾病出现微量蛋白尿，晚期可出现尿毒症症状。

②视网膜病变：是糖尿病病人失明的主要原因之一。此外还可引起白内障、青光眼、屈光改变等。

③其他：因心脏微血管病变和心肌代谢紊乱可导致糖尿病心肌病，可诱发心力衰竭、心律失常、心源性休克、猝死等。



(2)慢性并发症

3)神经病变：以周围神经病变最常见，糖尿病神经病变主要表现为对称性肢端感觉异常，分布如手套（袜套）状,伴有麻木、针刺，痛觉过敏等；自主神经病变时可引起尿潴留、直立性低血压和胃肠功能失调等。



(2)慢性并发症

4)糖尿病足：与下肢远端神经异常和不同程度周围血管病变相关的足部（踝关节或以下关节部分）**溃疡、感染**和/或深层组织破坏。轻者表现足部畸形、皮肤干燥和发凉、胼胝；重者出现为足部**溃疡、肢端坏疽**等。是**糖尿病病人截肢、致残的主要原因**。



(三)心理-社会状况

糖尿病是一种慢性代谢性疾病，漫长的病程使病人的心理产生压力，**须终身治疗且严格控制饮食**。部分病人持消极态度，不能坚持治疗；病人失去生活乐趣、常自述孤独无助，因此产生悲观情绪；随着并发症的出现，造成躯体痛苦甚至残疾，进而产生沮丧、恐惧心理。



(四) 辅助检查

1. 血糖测定 是**诊断糖尿病最常用和最重要指标**，以空腹血浆葡萄糖(FPD)检测方便可靠，葡萄糖氧化酶法参考范围3.9~6.1mmol/L。
2. 尿糖测定 尿糖阳性是诊断糖尿病的重要线索，但尿糖阴性不能排除糖尿病可能，当FDP超过9mmolL时尿糖即可阳性。



(四) 辅助检查

3. 葡萄糖耐量实验(OGTT) 用于血糖高于正常范围而未达到糖尿病诊断标准者。

糖尿病诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖水平 (mmol/L) 或 HbA1c 水平
典型糖尿病症状	
加上随机血糖	≥ 11.1
或加上空腹血糖	≥ 7.0
或加上口服葡萄糖耐量试验 2 小时血糖	≥ 11.1
或加上 HbA1c	$\geq 6.5\%$
无糖尿病典型症状者, 须改日复查确认	

注: 典型糖尿病症状包括烦渴多饮、多尿、多食、不明原因体重下降; 随机血糖指不考虑上次用餐时间, 一天中任意时间的血糖, 空腹状态指至少8h没有进食; OGTT为口服葡萄糖耐量试验; HbA1c为糖化血红蛋白A1c。



(四) 辅助检查

4.血浆胰岛素和C-肽测定 常用于糖尿病分型，不作为诊断主要依据。

5.糖化血红蛋白(GHb)和糖化血浆蛋白(GSP)测定 糖化血红蛋白中GHbA1 反应了近8~12周血糖的平均水平，是目前临床最常检测的部分；血浆蛋白可与葡萄糖反应形成果糖胺(FA)，果糖胺可反应病人2~3周内总血糖水平，为糖尿病病人近期血糖的控制指标。



(五) 治疗要点

强调早期、综合、长期、积极及个体化原则。治疗目标是通过纠正病人不良的生活方式和代谢紊乱，消除症状，预防和延缓并发症的发生和发展，保持良好的心态和提高生活质量。国际糖尿病联盟(IDF)提出**五大治疗要点**，包括**医学营养治疗、运动疗法、血糖监测、药物治疗和糖尿病教育**。



(五) 治疗要点

1. 医学营养治疗是**重要的基础治疗措施**，应长期严格执行。

(1)计算总热量：根据性别、年龄和身高查表或用简易公式算出理想体重
[理想体重(kg)=身高(cm)-105],根据理想体重和工作性质参照生活习惯计算每日所需总热量。

(2)合理分配：可按每日三餐分配为1/3、1/3、1/3或1/5、2/5、2/5；也可按四餐分为1/7、2/7、2/7、2/7。



(五) 治疗要点

2. 运动疗法

- 根据病人年龄、性别、体力、有无并发症等进行规律适宜的活动，循序渐进，并长期坚持。T2DM病人特别是肥胖者，适当的运动利于减轻体重、提高胰岛素的敏感性。
- 运动量的简单计算方法： $\text{脉率} = 170 - \text{年龄}$ 。但对伴有心、脑血管疾病或严重微血管病变者，应是具体情况妥善安排。



(五) 治疗要点

3. 口服降糖药物治疗 常用口服降糖药物的不良反应及注意事项

- ❑ 促胰岛素分泌剂：刺激胰岛 β 细胞分泌胰岛素
- ❑ 双胍类：抑制肝葡萄糖输出，改善外周组织对胰岛素敏感性、增加对葡萄糖的摄取和利用
- ❑ 噻唑烷二酮：被称为胰岛素增敏剂，明显减轻胰岛素抵抗，刺激外周组织的葡萄糖代谢，降低血糖
- ❑ α 葡萄糖苷酶抑制剂(Agl)：通过抑制小肠黏膜上皮细胞表面 α 葡萄糖苷酶而延缓碳水化合物吸收，降低餐后高血糖



(五) 治疗要点

4. 胰岛素治疗

(1)适应证：①1型糖尿病;②2型糖尿病经饮食及口服降糖药治疗未得到良好控制;③DKA、HHS和乳酸性酸中毒伴高血糖时;④合并各种急、慢性并发症;⑤妊娠期、分娩及围手术期;⑥全胰腺切除引起的继发性糖尿病。





(五) 治疗要点

(2)胰岛素制剂：制剂类型、特点及作用时间

速效	门冬胰岛素赖脯胰岛素
短效	普通胰岛素
中效	低精蛋白胰岛素慢胰岛素锌混悬液
长效	精蛋白锌胰岛素特慢胰岛素锌混悬液甘精胰岛素地特胰岛素
预混	优泌林30R诺和灵30/50R 优泌乐25/50 诺和锐30



(五) 治疗要点

5. 人工胰 是指由血糖感受器、胰岛素泵和微型电子计算机组成，血糖感受器能感知血糖浓度变化，将信息传递于计算机中，指令由胰岛素泵模拟胰岛 β 细胞分泌胰岛素。

6. 胰腺和胰岛细胞移植 主要为1型糖尿病病人，目前尚局限于伴终末期肾病者，尚处于临床试验阶段。

7. 手术治疗 2009年美国糖尿病学会(ADA)在T2DM治疗指南中正式将代谢手术列为肥胖症伴T2DM 治疗的措施之一。



(五) 治疗要点

8. 糖尿病急性并发症治疗

(1)糖尿病酮症酸中毒治疗：对于早期酮症者，仅需给予足量短效胰岛素及口服补液，严密监测病情、定期复查血糖及血酮体、调节胰岛素剂量。对于严重昏迷者应立即抢救：①补液：是抢救DKA首要和关键措施。补液基本原则是“先快后慢，先盐后糖”。一般开始2小时内输入0.9%氯化钠1000～2000ml, 第一个24小时总输液量4000～6000ml,重者可达6000～8000ml;



(五) 治疗要点

8. 糖尿病急性并发症治疗

(1) 糖尿病酮症酸中毒治疗:

②小剂量速效胰岛素加生理盐水中持续静滴 [0.1U/(kg·h)], 当血糖降到 13.9mmol/L时, 改输5%葡萄糖液并加入短效胰岛素。尿酮体消失后, 根据病情调节胰岛素剂量或改为皮下注射; ③纠正电解质及酸碱平衡失调: 监测血钾, pH≤7.0 者给予小剂量等渗碳酸氢钠, 补碱不宜过多过快, 以免诱发或加重脑水肿; ④消除诱因及防治并发症: 如休克、严重感染等。



(五) 治疗要点

(2)高血糖高渗状态治疗：治疗基本同DKA。

- ①补液：因失水更为严重，输液要更积极小心，24 小时补液量可达6000 ~ 10000ml 。目前多主张开始输0.9%等渗氯化钠，当血糖降至16.7mmol/L时，改输5%葡萄糖液并按每2 ~ 4g 葡萄糖加入短效胰岛素1U;
- ② 小剂量胰岛素：与DKA相似，首剂负荷量静注胰岛素后，继续以0.05 ~ 0.1U/(kg·h)静滴;
- ③补钾要及时，一般不补碱。



(五) 治疗要点

(3)低血糖治疗：①补糖：一旦出现低血糖应尽快补充糖。清醒者给予糖水、含糖饮料或面包、饼干等，以葡萄糖为佳；病情重者应立即静脉注射50%葡萄糖20ml,15分钟后如血糖仍低于 3.9mmol/L ，继续静注50%葡萄糖60ml，或10%葡萄糖液静滴；②进食含淀粉或蛋白质食物防止再度昏迷；③监测血糖。



1. 营养失调：低于机体需要量或高于机体需要量量 与糖尿病病人胰岛素分泌或作用缺陷有关。
2. 有感染的危险 与血糖增高，脂代谢紊乱，营养不良，微循环障碍等因素有关。
3. 知识缺乏：缺乏糖尿病的预防和自我护理知识。
4. 潜在并发症：糖尿病足、酮症酸中毒、高血糖高渗状态、低血糖等。



1. 病人体重、血糖恢复到正常范围，能接受糖尿病饮食，说出糖尿病饮食的基本要求，自觉参与制订并执行饮食计划。
2. 病人能采用适当措施预防和控制各种感染。
3. 病人对疾病有足够的认识 and 了解，掌握药物的使用方法。
4. 病人无并发症发生，或出现并发症后得到及时发现和处理。



一、一般护理

1. 休息与活动 运动锻炼应注意：①强度适当；②以有氧运动为主，如散步、慢跑、游泳、骑自行车等；③以餐后1小时最佳，每次运动时间 30～40分钟；不宜空腹运动，④运动时应随身携带糖果，出现低血糖反应时立即食用；⑤身体出现不良状况时应暂停运动；⑥做好运动日记，以便观察疗效和不良反应。



一、一般护理

2. 饮食护理

(1)按体重计算饮食，并按时分配，定期测量体重、血糖。

(2)控制饮食：目的在于控制总热量。

(3)严格限制各种甜食

(4)增加膳食纤维



一、一般护理

(5)超重者，要忌食油炸、油煎食物。炒菜宜用植物油，忌食动物油。少食动物内脏虾子、鱼子及蟹黄等含胆固醇高的食物。

(6)限制饮酒，食盐 $<6\text{g/d}$ 。

(7)监测体重

3. 注意个人卫生，预防皮肤、泌尿道等感染。





二、病情观察

正确判断病情，定期检测血糖、血脂、血压、糖化血红蛋白、眼底及体重等。观察有无低血糖、DKA 及 HHS 等情况发生；有无肢体麻木等周围神经受损表现。

糖尿病血糖控制目标

指标		理想	尚可	差
血浆葡萄糖 (mmol/L)	空腹	4.4~6.1	≤7.0	>7.0
	非空腹	4.4~8.0	≤10.0	>10.0



三、心理护理

理解关心病人，向病人及家属说明糖尿病基本知识和预后，告知病人和家属，通过饮食控制、适当锻炼、合理药物治疗，糖尿病可以得到有效控制而避免并发症的发生，消除悲观或焦虑心理；与病人及家属共同商讨制订饮食、运动计划，使其获得感情上的支持，提高其治疗的依从性；鼓励病人参加各种糖尿病病友团体活动，增加战胜疾病的信心。



四、用药护理

1. 口服用药的护理

2. 使用胰岛素的护理

(1)准确用药：胰岛素给药途径通常采用皮下注射。普通胰岛素于饭前半小时皮下注射；中效或长效胰岛素宜在早餐前1 小时皮下注射；紧急情况下，可静脉滴注短效胰岛素。



四、用药护理

(2)注射部位的选择与轮换：选择皮肤疏松部位，如腹部、上臂三角肌、臀大肌、大腿前侧等。注射部位应交替使用以免形成局部硬结和脂肪萎缩，影响药物吸收及疗效；同一部位注射，必须与上一次注射部位相距3cm以上。

(3)吸药顺序：长、短效胰岛素混合使用时，应先抽短效、再抽长效胰岛素，然后混匀，切不可逆行操作，以免影响其速效性。

四、用药护理

(4)胰岛素保存：未开封的胰岛素放于 $4 \sim 8^{\circ}\text{C}$ 冷藏保存，正在使用的胰岛素在常温下(不超过 28°C)可使用28天，无需放入冰箱，避免过冷、过热、太阳直射等。如发现药液有颗粒或超过有效期时禁止使用。



四、用药护理

(5)注意观察及处理胰岛素不良反应：

- ①低血糖反应
- ②胰岛素过敏
- ③注射部位皮下脂肪萎缩或增生
- ④“黎明现象”或“Somogyi 效应”



五、并发症的护理

1.DKA与HHS的护理

(1)预防措施：严密监测血糖、合理用药，不随意减量及停药；**保证充足水分摄入**；严密观察病人生命体征并记录、神志、出入液量及血液生化检查等。

(2)抢救配合：①迅速建立两条静脉通道；②安置病人于ICU病房，绝对卧床休息，吸氧，注意保暖；③严密观察病情，并做好记录；④检测并记录，注意有无水、电解质及酸碱平衡紊乱。



五、并发症的护理

2. 感染的预防和护理

- ❑ 指导病人保持局部和全身清洁，注意个人卫生，尤其是口腔、会阴部及皮肤清洁；
- ❑ 注射胰岛素时，严格进行皮肤消毒，以防感染；
- ❑ 若发现感染征象，及时报告医生协助处理。



五、并发症的护理

3. 足部护理

- ❑ 每天检查足部并**保持足部清洁、干燥**，勤换鞋袜，趾甲不要修剪过短以免伤及甲沟；
- ❑ 促进足部血液循环，如经常按摩足部、每日进行适度的运动、足部**保暖**，防止烫伤等；
- ❑ 避免足部受伤，如穿棉质袜，选择轻巧柔软、前头宽大的鞋子，**不可赤脚**走路，鸡眼、足癣及时治疗等；
- ❑ 如局部出现红、肿、热、痛等症状，应立即就医治疗。



五、并发症的护理

4.糖尿病肾病预防及护理

- ◆ 早期筛查微量蛋白尿、评估GFR;
- ◆ 如出现蛋白尿, 应遵医嘱用ACEI或ARB减少尿蛋白、保护肾功能;
- ◆ 进入临床肾病期, 应予低蛋白饮食;
- ◆ 贫血者早期给予EPO;
- ◆ 保护残余肾功能。



六、健康指导

1. 生活指导 指导病人坚持合理规律的生活，保持精神愉悦、适量运动、合理饮食、戒烟酒。注意个人卫生，养成良好的卫生习惯。



六、健康指导

2.疾病知识指导 健康教育是糖尿病重要的基础治疗措施。

- 教会病人及家属饮食、运动、药物治疗及病情监测的重要性的和注意事项，提高病人对治疗的从依性；
- 协助病人制订常用食物营养素含量和热量替换表，使其学会自我饮食调节；
- 指导病人如何预防、发现及处理急、慢性并发症；
- 教会病人自测血糖、尿糖测定方法和结果判断；
- 教会其胰岛素的注射方法、不良反应的观察和低血糖反应的处理。



- 病人能否说出糖尿病饮食的基本要求，营养状态是否得到改善；
- 病人有无感染发生；
- 病人是否了解疾病的相关知识，血糖是否控制良好，能否参与制订并执行饮食计划；
- 病人能否掌握药物的使用方法；
- 并发症是否得到有效预防。



小结





谢谢观看

