

کتواسیدوز دیابتی در اثر فقدان یا کمبود شدید انسولین ایجاد می شود.

سه علامت مهم بالینی کتواسیدوز دیابتی عبارتند

از:

- ✓ هیپر گلیسمی، دهیدراتاسیون و از دست دادن الکترولیتها و اسیدوز
- ✓ بیماران مبتلا به کتواسیدوز دیابتی شدید ممکن است در طی ۲۴ ساعت بطور متوسط ۶.۵ لیتر آب و ۴۰۰ الی ۵۰۰ میلی اکی والان سدیم، پتاسیم و کلر از دست بدهند.

در جریان کتواسیدوز دیابتی بعلت کمبود انسولین مقادیر زیادی اجسام کتون در بدن تولید می شود. در صورت تجمع اجسام کتونی در جریان خون اسیدوز متابولیک ایجاد می شود.

علل اصلی کتواسیدوز دیابتی عبارتند از:

کاهش مقدار انسولین، فراموش کردن تزریق آن، ناخوشی، عفونت و دیابت درمان نشده یا تشخیص داده نشده می باشد.

علائم:

پرادراری، پرنوشی، تاری دید، خستگی، سردرد، هیپوتانسیون ارتواستاتیک (افت فشار خون سیتولیک بیشتر از 20mmHg در حالت ایستاده)

** کتواسیدوز منجر به بروز علائم گوارشی نظیر: بی اشتهاپی، تهوع، استفراغ و درد شکم می شود و تنفس بیمار دارای بوی استون می باشد. **

از علائم دیگر می توان به هیپرونتیلیشن اشاره نموده که تنفس کاسمال نشان دهنده تلاش بیمار برای کاهش اسیدوز و مقابله با تجمع کتونهاست میزان تغییر هوشیاری ناشی از کتواسیدوز دیابتی در بیماران مختلف متغیر است و ممکن است بیمار هوشیار، خواب آلود یا در حالت اغماء باشد.

ارزیابی تشخیصی:

کاهش بی کربنات سدیم (۰-۱۵) میلی اکی والان در لیتر، پایین آمدن PH خون، افزایش سطح سرمی CI و هموگلوبین و هماتوکریت

درمان:

۱. هیدراتاسیون (ابتدا سرم نمکی با سرعت بسیار بالا) نیم تا یک لیتر در ساعت بمدت ۲-۳ روز و برای بیماران CHF از سرم نمکی هیپوتونیک استفاده می شود.
۲. کنترل علائم حیاتی و I & O
۳. گرفتن ECG

کد مستند:

GCC-PA-71-05



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

«بیمارستان امام خمینی (ره) استهبان»

کتواسیدوز

دیابتی (DKA)

تهیه کننده: حمید رضا کاظمی / کارشناس

پرستاری منبع: برونر سوارث / داخلی و جراحی

هاریسون تاریخ تدوین: فروردین ۱۳۹۷

تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲



تجویز داخل وریدی انسولین باید تا زمان اصلاح بی کربنات سدیم و امکان تغذیه خوراکی بیمار (۲۴-۱۲) ساعت ادامه یابد.

از انفوزیون بی کربنات برای اصلاح



اسیدوز شدید ناشی از کتواسیدوز دیابتی

اجتناب گردد.

۴. جایگزینی الکتrolیتها (کنترل مرتب سطح سرمی پتاسیم بعلت کاهش میزان پتاسیم) جهت جلوگیری از آریتمی های ناشی از هیپوکالمی لازمست مقادیر زیادی پتاسیم (حدود ۴۰ میلی اکی والان در ساعت) بمدت چندین ساعت دریافت کند.

۵. تجویز پتاسیم تنها زمانی قطع می شود که بیمار ادرار نکند یا دچار هایپرکالمی شود.

۶. جهت درمان اسیدوز در این بیماران ناشی از کتواسیدوز دیابتی انسولین معمولا بصورت داخل وریدی و با سرعت کم و ثابت تجویز می شود.

کنترل قند خون هر ساعت و پس از کاهش قند خون و رسیدن آن به ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر برای جلوگیری از سقوط سریعتر آن باید دکستروز به سرم بیمار اضافه شود.