

## کتو اسیدوز دیابتی

کتو اسیدوز دیابتی در اثر فقدان یا کمبود شدید انسولین ایجاد میشود.

سه علامت مهم بالینی کتو اسیدوز دیابتی عبارتند از:

- هیپرگلیسمی ، دهیدراتاسیون و از دست دادن الکترولیتها و اسیدوز
- بیماران مبتلا به کتو اسیدوز دیابتی شدید ممکنست 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 کتو اسیدوز دیابتی بعلت کمبود انسولین مقادیر زیادی اجسام کتونوی در بدن تولید میشود. در صورت تجمع اجسام کتونوی در جریان خون اسیدوز متابولیک ایجاد میشود.



## علل اصلی کتو اسیدوز دیابتی عبارتند از :

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

## علائم :

پر ادراری ، پر نوشی ، تاری دید ، خستگی ، سر درد ، هیپوتانسیون ارتواستاتیک ( افت فشار خون سیئولیک بیشتر از 20 mmHg در حالت ایستاده )

**\*\*کتواسیدوز منجر به بروز علائم گوارشی نظیر:**

**بی اشتهایی ، تهوع ، استفراغ و درد شکم می شود**

**و تنفس بیمار دارای بوی استون می باشد . \*\***

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

## ارزیابی تشخیصی :

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

## درمان :

۱. دهیدراتاسیون (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 میشود.

۲. کنترل علائم حیاتی و I&O

۳. گرفتن ECG





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
آذربایجان غربی معاونت امور درمان

مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی  
قلب و عروق سیدالشهداء (ع)



کتاب بروشور آموزشی شماره: 32

عنوان بروشور: کتواسیدوز دیابتی

منبع: راهنمای پیشگیری و درمان بیماریهای قلبی  
عروقی ( دکتر نیک پژوه )

تاریخ تهیه: تیر ماه ۱۳۹۲

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 الکترولیتها (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 میشود که بیمار  
ادارار نکند یا دچار هایپرکالمی شود.

۶. جهت درمان اسیدوز در این بیماران ناشی از  
کتو اسیدوز دیابتی انسولین معمولاً بصورت داخل  
وریدی و با سرعت کم و ثابت تجویز میشود.  
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.