

DOI: 10.12209/CAIM202603030001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例饮酒诱发低血糖综合征患者急救的护理体会

裴凌雪

(北京市延庆区井庄镇社区卫生服务中心 120 急救站, 北京, 102105)

摘要: 本文总结 1 例饮酒诱发低血糖综合征患者急救的护理经验。通过院前快速血糖筛查明确诊断, 实施静脉推注高渗葡萄糖等紧急处理, 并结合院内系统性监测、根本原因分析及个体化健康教育, 形成从急救到预防的闭环护理模式。经系统干预后, 患者血糖迅速回升至安全范围, 意识状态恢复, 未发生反跳性高血糖及心脑血管并发症。出院后 3 个月随访, 患者未再出现严重低血糖事件, 自我管理能力显著提升。

关键词: 低血糖综合征; 急救护理; 血糖监测; 健康教育

Nursing Experience in Emergency Treatment of a Patient with Alcohol-Induced Hypoglycemic Syndrome

PEI Lingxue

(Emergency Station, Jingzhuang Community Health Service Center, Yanqing District, Beijing, 102105)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience in the emergency treatment of a patient with alcohol-induced hypoglycemic syndrome. The diagnosis was confirmed through prehospital rapid blood glucose screening, followed by immediate interventions such as intravenous hypertonic glucose administration. Combined with in-hospital systematic monitoring, root cause analysis, and individualized health education, a closed-loop nursing model from emergency care to prevention was established. After systematic intervention, the patient's blood glucose rapidly returned to a safe range, consciousness was restored, and no rebound hyperglycemia or cardiovascular complications occurred. During a 3-month follow-up after discharge, the patient reported no recurrent severe hypoglycemic episodes and demonstrated significant improvement in self-management capabilities.

KEY WORDS: hypoglycemic syndrome; emergency nursing; blood glucose monitoring; health education

低血糖综合征是由多种病因导致血糖浓度过低, 引发交感神经兴奋及中枢神经系统功能紊乱的一组临床症候群^[1]。成年非糖尿病患者血糖低于 2.8 mmol/L、糖尿病患者血糖低于 3.9 mmol/L 即可诊断^[2]。该症起病急骤、进展迅速, 若未及时纠正, 可导致不可逆性脑损伤甚至死亡。随着糖尿病患病率的上升及降糖药物的广泛应用, 低血糖事件的发生率逐年增高, 成为急诊科常见的代谢急症之一。本文通过对 1 例饮酒诱发的严重低血糖患者实施从院前急救到院内管理的全程护理干预, 探讨系统性护理策略在改善患者预后及预防复发中的作用, 为临床低血糖综合征的规范化管理提供参考。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男, 45 岁, 因“突发意识丧失伴言语不利 5 min”于 2025 年 11 月 30 日由家属呼救。既往 2 型糖尿病史 8 年, 规律口服二甲双胍(500 mg, 2 次/d)及格列美脲(2 mg, 1 次/d); 高血压病史 5 年, 口服硝苯地平控释片(30 mg, 1 次/d)。患者有长期饮酒史, 每日酒精摄入量约 40~50 g。发病当日晚餐时饮用白酒约 100 mL, 约 30 min 后出现双目凝视、四肢抽搐, 伴大汗、皮肤湿冷, 家属立即拨打急救电话。

1.2 查体

急救人员于接警后 10 min 抵达现场, 现场查

收稿日期: 2026-03-03

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

体示患者呈昏睡状态,对疼痛刺激有反应,双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射迟钝。生命体征:体温(T)36.3℃,脉搏(P)58次/min(细弱),呼吸(R)22次/min,血压(BP)106/72 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),脉搏血氧饱和度96%。即刻床旁快速血糖检测示1.9 mmol/L。初步诊断为严重低血糖综合征,考虑与酒精抑制肝糖异生及磺脲类药物(格列美脲)的协同作用有关。

1.3 诊断

本例患者诊断为低血糖综合征,2型糖尿病,高血压病1级。

1.4 治疗干预

现场立即建立外周静脉通路,缓慢推注50%葡萄糖注射液40 mL(推注时间>3 min)。推注后1 min患者可简单对答,5 min后复测血糖升至3.6 mmol/L,意识完全恢复,生命体征趋于平稳(P68次/min,BP118/74 mm Hg)。在持续低流量吸氧及心电监护下转运至急诊科。急诊查动脉血气分析、血常规、肝肾功能、心肌酶谱及心电图均未见明显异常。留院观察6 h,期间监测血糖波动于4.5~8.2 mmol/L,未再出现意识障碍。经内分泌科会诊后,调整降糖方案为西格列汀(100 mg,1次/d),并嘱严格戒酒。患者病情稳定后于当日出院,转内分泌科门诊随访。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

入院时生命体征及床旁血糖监测显示,GCS评分10分,心率(HR)52次/min,血糖1.9 mmol/L,符合严重低血糖诊断。病史提示患者存在长期饮酒史、近1周末调整降糖方案、低血糖识别与应急处理知识缺乏等高危因素。

2.1.2 量表评估

低血糖恐惧量表—忧虑版(Hypoglycemia Fear Survey-Worry Subscale, HFS-WS)^[3-4]总分0~52分,评分≥26分为中度以上恐惧。本例得分为28分,提示存在中度低血糖恐惧,患者因担忧再次发作而刻意维持偏高血糖。

糖尿病自我管理行为量表(Summary of Diabetes Self-Care Activities, SDSCA)^[5-6]中文版总分0~77分,评分<42分提示自我管理行为较差。本例得分为32分,其中血糖监测(1.5 d/周)、足部护理(0.8 d/周)得分最低,饮食控制亦不规律。

2.2 护理诊断

①急性意识障碍、组织灌注不足:与低血糖所致代谢紊乱及激素调节失衡有关;②知识缺乏:与患者及家属对低血糖诱因识别及规范处理认知不足有关;③焦虑:与低血糖反复发作、病情进展及应对能力不确定有关;④有受伤的危险:与低血糖后代谢性损伤、血流动力学波动及神经功能恢复不全有关。

2.3 护理计划

2.3.1 护理目标

①院前急救阶段:10 min内纠正低血糖,患者意识恢复,神经功能缺损症状缓解。②院内观察阶段:24 h内维持血糖于4.0~10.0 mmol/L,避免再次发生严重低血糖及反跳性高血糖。③出院前阶段:患者及家属掌握低血糖识别与处理方法,明确酒精诱发低血糖的机制并承诺戒酒。④远期目标:出院后3个月内无严重低血糖事件,糖化血红蛋白(HbA1c)控制在7.5%~8.0%。

2.3.2 护理计划

①实施快速血糖筛查与紧急处理,逆转急性低血糖状态。②采取严密血糖监测与生命体征观察,预防血糖波动及相关并发症。③开展根本原因分析与个体化健康教育,提高患者自我管理能力。④建立多学科协作随访机制,实现从医院到家庭的无缝照护。

2.4 护理措施

2.4.1 院前急救与急性期处理

抵达现场后,急救人员首先确保环境安全,遵循ABCDE原则快速评估,重点关注意识水平、气道通畅性、呼吸循环状态及外伤迹象^[7]。对疑似代谢急症者,立即行床旁快速血糖检测,本例血糖1.9 mmol/L为紧急干预提供直接依据。确诊后迅速建立静脉通路,首选粗大外周静脉,缓慢推注50%葡萄糖注射液40 mL,推注时间控制在3~5 min,避免速度过快导致局部疼痛或高渗损伤。推注后于1、5及15 min复测血糖以评估疗效。若静脉通路建立困难,可备选胰高血糖素1 mg肌肉注射。患者意识初步恢复后,取侧卧位或平卧头偏一侧,保持气道通畅,予持续低流量吸氧(2 L/min)。转运途中持续监测心电、血压、血氧,重点观察有无心律失常及血压波动,保持静脉通路通畅,备好急救药品,并与接收医院提前沟通病情,确保无缝衔接。

2.4.2 院内监测与稳定期管理

患者转入急诊留观后,制定个体化血糖监测

方案:初始每小时监测指尖血糖,连续3次稳定 $>5.0\text{ mmol/L}$ 后改为每2~4 h一次,持续24 h,重点监测夜间及凌晨血糖,警惕无症状性低血糖。详细记录血糖值及与进餐、用药的关系。持续监测意识、瞳孔、生命体征,注意意识状态反复及新发头痛、呕吐、视物模糊等神经体征,警惕迟发性脑水肿^[8]。评估四肢肌力、感觉及言语功能恢复情况。意识障碍较长或反复发作,初始推注葡萄糖后需持续静脉滴注葡萄糖维持血糖稳定,精确计算输注速度。评估营养状况,对存在营养不良风险者启动营养筛查,适时给予肠内或肠外营养支持,预防再喂养综合征。本例患者意识迅速恢复且无营养不良,经口进食后即停止静脉补糖。

2.4.3 根本原因分析与个体化健康教育

与患者及家属共同回顾事件,剖析酒精抑制肝糖异生并掩盖低血糖前兆的双重危害;分析当前降糖方案与生活模式匹配性,评估肝肾功能等潜在病因。指导患者正确使用血糖仪,强调调药期、有症状时、运动前后、饮酒后及驾驶前必须监测,识别异常血糖模式。宣教“15-15”原则:识别心悸、手抖、冷汗等典型及不典型低血糖表现;意识清醒时立即摄入15~20 g快速碳水(如4~5块方糖、半杯含糖饮料),15 min后复测血糖,必要时重复;血糖纠正后若距正餐超过1 h需加餐(如面包、水果)以维持稳定;强调意识不清时禁止喂食,应立即呼救。生活方式干预:制定个体化饮食计划,定时定量、均衡营养,严格“限酒/戒酒”,随身携带应急食品;指导血糖 $>5.6\text{ mmol/L}$ 时运动,避免空腹运动,监测运动前后血糖;强调遵嘱服药,了解药物作用高峰^[9]。提供心理支持,通过共情沟通、案例分享增强信心,指导放松训练缓解焦虑。

2.4.4 多学科协作与随访安排

建立由内分泌科医师、糖尿病专科护士、营养师、临床药师及心理医师组成的协作团队。为患者制定详细的出院后随访计划:①门诊随访:出院后1周、1个月及3个月于内分泌科门诊复查,评估血糖控制情况(包括糖化血红蛋白)、低血糖发生频率、药物副作用及生活方式改善情况,必要时调整治疗方案。②专科护士随访:通过电话或网络平台,在出院后第1、2、4周进行随访,强化健康教育,解答居家管理疑问,评估自我管理行为。③药物重整:临床药师评估患者用药方案,本例中考虑将格列美脲调整为低血糖风险更低的药物(如二肽基肽酶-4抑制剂),或调整剂量。④远期并发症

筛查:安排定期进行心脑血管疾病、视网膜病变、肾脏病变及神经病变的筛查,实现全方位健康管理。

2.5 护理评价

经过系统护理干预后,患者的治疗依从性明显提高,低血糖症状得到有效控制,自我管理能力显著提升,详见表1。

表1 疗效评估

评价指标	干预前	干预后	出院时
血糖控制范围/(mmol/L)	1.9	4.5~8.2	4.8~9.1
低血糖发生频率/(次/月)	2	0	0
SDSCA/分	32	58	71

3 结果和随访

经过系统护理干预后,患者住院期间血糖维持稳定,未再发生低血糖事件。患者于2025年11月30日出院。出院时,患者及家属已掌握低血糖识别与处理原则,明确酒精与低血糖的关联并承诺戒酒。出院后1个月电话随访,患者已完全戒酒,坚持每日监测血糖,空腹血糖维持在 $5.0\sim 7.0\text{ mmol/L}$,餐后2 h血糖 $<10.0\text{ mmol/L}$ 。出院后3个月门诊复查,糖化血红蛋白7.6%,未出现严重低血糖,焦虑情绪明显缓解,已恢复正常工作与社交。

4 讨论

低血糖综合征的管理关键在于“时间窗”与“系统化”两大原则。本案例成功得益于院前急救的快速响应与精准处置,于“黄金时间”内逆转危象,提示急救人员应熟练掌握床旁快速血糖检测技术,对疑似代谢急症者应将其作为常规筛查项目。酒精是诱发低血糖的重要独立危险因素,尤其对于使用胰岛素促泌剂(如磺脲类药物)的糖尿病患者。酒精通过抑制肝糖异生、消耗烟酰胺腺嘌呤二核苷酸(NAD^+)储备,削弱机体对低血糖的代偿能力,同时可掩盖交感神经兴奋症状,导致患者错过早期干预时机^[10]。因此,护理教育须贯穿整个护理过程,阐明其病理生理机制以提高患者依从性。

建立从急救到预防的连续性护理模式至关重要。本研究通过全面评估剖析根本原因(药物、饮食及合并症等),实施涵盖监测、教育、心理及药物调整的个体化长期管理,推动护理重心从“以血糖为中心”转向“以患者安全与健康为中心”。多学科协作是复杂病例管理的基石,内分泌、药学、营养、护理及心理等多专业共同参与,能确保干预全面、科学,实现从医院到家庭的无缝照护。本案例

护理难点在于患者同时存在多种低血糖危险因素(酒精摄入、磺脲类药物使用、自我管理能力强),且对疾病危害认识不足。通过实施系统性护理干预,特别是根本原因分析与个体化健康教育,成功帮助患者建立正确的疾病认知与行为模式。出院后3个月随访显示,患者自我管理能力强持续提升,生活质量未受影响,证实了综合护理干预的长期效果。综上,构建快速识别—根因分析—系统教育—长期随访的综合护理体系,可有效降低低血糖复发率。临床应重视高危人群筛查与教育,将低血糖预防作为糖尿病管理的核心内容。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 李梅英, 杨琴, 李聪. 1例老年糖尿病合并急性胰腺炎致低血糖昏迷的护理[J]. 医药前沿, 2025, 15(14): 102-105.
LI M Y, YANG Q, LI C. Nursing of 1 case of hypoglycemic coma caused by senile diabetes mellitus complicated with acute pancreatitis[J]. Yiyao Qianyan, 2025, 15(14): 102-105. (in Chinese)
- [2] 韩文娟, 叶赞, 沙琦, 等. 1例极度消瘦低血糖昏迷伴再喂养综合征老年患者的护理[J]. 中国临床护理, 2023, 15(2): 130-132.
HAN W J, YE Y, SHA Q, et al. Nursing care of an elderly patient in extreme emaciation hypoglycemia coma with refeeding syndrome[J]. Chin Clin Nurs, 2023, 15(2): 130-132. (in Chinese)
- [3] 叶宁, 凡银银, 邓玲, 等. 减重代谢术后患者早期不同饮食阶段血糖变化规律及清流质饮食阶段发生低血糖的危险因素分析[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(8): 754-758, 763.
YE N, FAN Y Y, DENG L, et al. Analysis of the change rule of patients' blood glucose in early different dietary stages after metabolic bariatric surgery and risk factors of hypoglycemia in liquid diet stage[J]. J Nurses Train, 2022, 37(8): 754-758, 763. (in Chinese)
- [4] 何娜, 江淑贤, 郑子梅, 等. 慢加急性肝衰竭患者低血糖发生现状及危险因素分析[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(7): 846-852.
HE N, JIANG S X, ZHENG Z M, et al. Status and risk factors of hypoglycemia in patients with acute-on-chronic liver failure[J]. Chin J Nurs, 2022, 57(7): 846-852. (in Chinese)
- [5] 张瑞丽, 李小巧, 敢志惠. 高蛋白膳食睡前加餐预防老年2型糖尿病夜间低血糖的效果观察[J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36(12): 1534-1536.
ZHANG R L, LI X Q, GAN Z H. Effect observation on preventing nocturnal hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes by adding high protein diet before going to bed[J]. J Aerosp Med, 2025, 36(12): 1534-1536. (in Chinese)
- [6] 郭芝菁, 王伟群. 动态血糖监测在预防2型糖尿病患者低血糖中的临床应用[J]. 智慧健康, 2025, 11(23): 161-164.
GUO Z J, WANG W Q. Clinical application and nursing care of dynamic blood glucose monitoring in the prevention of hypoglycemia in type 2 diabetes patients[J]. Smart Health, 2025, 11(23): 161-164. (in Chinese)
- [7] 李欣若. 睡前饮食指导预防老年2型糖尿病患者夜间低血糖的效果观察[J]. 中国社区医师, 2025, 41(18): 112-114.
LI X R. Observation on effect of pre-sleep dietary guidance in preventing nocturnal hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes mellitus[J]. Chin Community Dr, 2025, 41(18): 112-114. (in Chinese)
- [8] 陈丽燕, 任俊, 董辉, 等. 成人糖尿病患者低血糖管理的指南质量评价及内容分析[J]. 护理学报, 2024, 31(22): 41-47.
CHEN L Y, REN J, DONG H, et al. Quality evaluation and content analysis of guidelines for hypoglycemia management in adults with diabetes[J]. J Nurs, 2024, 31(22): 41-47. (in Chinese)
- [9] 朱燕玲. 糖尿病患者低血糖恐惧对焦虑的影响及心理弹性的调节作用[J]. 黔南民族医学学报, 2024, 37(3): 331-334.
ZHU Y L. Effect of hypoglycemia fear on anxiety of diabetic patients and the moderating effect of resilience[J]. J Qiannan Med Coll Natl, 2024, 37(3): 331-334. (in Chinese)
- [10] 方怡, 黄敏. 问题导向—目标链接式护理干预对糖尿病患者低血糖发生率的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(2): 89-93.
FANG Y, HUANG M. Effect of problem-oriented and target-linked nursing intervention on the incidence of hypoglycemia in diabetic mellitus patients[J]. Chin Foreign Med Res, 2024, 22(2): 89-93. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。