

们提供了简便快速的操作方法,能大大节约护理人员的时间,有利于护理人员更好的为患者服务。

[参 考 文 献]

- [1] 谭 懿,童玛玲,白 鸽.全胃切除术后病人肠内营养的护理[J].实用护理杂志,2002,18(6):24-25.
- [2] 提文萍,王思亮.上消化道肿瘤术后早期肠内营养的观察及护理[J].护理研究,2004,18(2B):315.
- [3] 彭 苹,周 佳,唐艳平.重型颅脑损伤患者应用输注泵肠内营养并发症的观察[J].护理学报,2006,13(8):15-16.
- [4] Oh H, Suh Y, Hwang S, et al. Effects of nasogastric tube feeding on serum sodium, potassium, and glucose levels[J]. *J Nurs Scholarsh*,

2005,37(2):141-147.

- [5] 徐 琳,王小波,叶 茜.食管贲门癌患者术后早期肠内营养中输液增温器的应用[J].护理学杂志,2008,23(2):78-79.
- [6] 范向丹,陈春英,杨冰瀑.建立人工气道后鼻咽部的护理[J].中原医刊,2003,30(10):封三.
- [7] 梁 涛,于庆杰,徐英纳,等.食道癌术后早期肠内营养对免疫功能的影响[J].现代医药卫生,2004,20(23):482-484.
- [8] Aydin S, Ulusoy H, Uslu H, et al. Effects of early versus delayed nutrition on intestinal mucosal apoptosis and atrophy after traumatic brain injury[J]. *Surg Today*, 2005, 35(9):751-759.

[文章编号] 1000-2200(2008)05-0615-02

· 护理医学 ·

糖尿病足 40 例护理体会

罗 红,陆春红

[摘要]目的:总结糖尿病足的护理体会。方法:对 40 例糖尿病足患者在积极控制血糖、抗感染、改善下肢循环、营养支持及其他对症治疗的基础上,进行局部创面清创、换药,采用胰岛素加敏感抗生素进行湿敷,根据创面的面积、程度,决定局部换药次数,进行处理及卫生宣教。结果:1 例因溃疡面积大、血糖控制不理想而最终截肢,2 例进行带血管蒂植皮,2 周断蒂后痊愈,其余病例经积极治疗及护理均痊愈出院,无严重并发症发生。结论:对糖尿病足患者及时进行治疗的基础上加强全身及局部创面的处理能取得满意疗效。

[关键词] 糖尿病足;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 587.2

[文献标识码] A

糖尿病足是糖尿病的重要并发症之一,全球约 15 亿糖尿病患者中 15% 以上将在其病程中发生足部溃疡^[1]。糖尿病患者易并发末梢神经炎及大小血管病变,导致下肢供血不足或继发感染,其发生率比同龄非糖尿病患者高 30 倍,而且感染后不易愈合,给患者及家属带来很多痛苦;其危害极大,是糖尿病患者致残的主要原因。糖尿病足仅依靠治疗是不够的,辅以完善的护理才能达到事半功倍之效。2000 年 3 月~2005 年 6 月,我院收治 40 例糖尿病足患者,现就其护理作一报道。

1 临床资料

本组男 15 例,女 25 例;年龄 46~75 岁。均符合 1999 年 WHO 规定的糖尿病诊断标准,平均糖尿病史 8.5 年,入院时平均空腹血糖 11.8 mmol/L。坏疽的部位为足趾和足背部,主要表现为足部红肿、动脉搏动减弱、皮肤溃烂、分泌物多。其中足趾 11 例,足背 20 例,混合型 9 例,糖尿病合并冠心病 10 例,肾病 8 例,单纯糖尿病 22 例。本组中 1 例因溃疡面积大,血糖控制不理想而最终截肢;2 例进行带

血管蒂植皮,2 周断蒂后痊愈,其余病例经积极治疗及护理,均痊愈出院,无严重并发症发生。

2 护 理

2.1 整体护理

2.1.1 心理护理 糖尿病临床过程复杂,病情重,难治愈,患者心理压力重,精神紧张、焦虑,情绪低落,悲观失望,对治疗失去信心,因此心理护理十分重要。护士应有高度的责任心和同情心,热情诚恳地为患者做入院介绍,帮助患者解决实际问题,介绍成功病例,使患者保持乐观态度,树立战胜疾病的信念,让患者了解糖尿病是一种全身性疾病,让其了解糖尿病与日常生活的关系,不要过分忧虑;自觉进行饮食控制及病情监测,学会自我管理是战胜疾病的重要基础,也是长期控制病情的基础。通过心理护理,能明显减轻患者的心理障碍,使患者积极配合治疗,预防并发症的发生,从而提高生命质量。

2.1.2 饮食护理 饮食疗法是治疗糖尿病的基本措施,目的是减轻胰岛素细胞的负担,降低血糖。糖尿病患者不论病情轻重,均应长期坚持控制饮食,要根据患者的年龄、体重和劳动强度计算每日所需的热量及营养成分,以适应生理需要。饮食定时定量,三餐合理安排,副食也要算在总热量之内,三餐分配为 1/5、2/5、2/5。让患者多吃富含纤维素的谷物、

[收稿日期] 2007-12-15

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 内分泌科,233000

[作者简介] 罗 红(1972-),女,护师。

蔬菜,少吃含脂肪、胆固醇过高的动物油脂、内脏及其他含糖量过高的食物,并戒除烟酒。对于应用胰岛素治疗的患者,胰岛素应保存在冰箱的冷藏室内(温度 $2\sim 8\text{ }^{\circ}\text{C}$),胰岛素注射在脂肪深层或脂肪和肌肉之间,每次注射部位应轮换,注射要定时,应在三餐前 30 min 皮下注射,注射后按时进食,避免剧烈运动,注射部位不能按摩,以免胰岛素加速吸收引起低血糖。

2.2 局部护理

2.2.1 局部用药

糖尿病足皮肤溃疡面周围用 1% 苯扎溴铵消毒,溃疡面用过氧化氢溶液清洁后再用生理盐水冲洗。如果创面清洁,可单用 $654-2\ 10\text{ mg}$ 加胰岛素 $4\sim 8\text{ u}$ 局部湿敷。如分泌物多,创面可用庆大霉素 8 万 u 外涂,然后用 $654-2\ 10\text{ mg}$ 加胰岛素 $4\sim 8\text{ u}$ 喷洒于用生理盐水浸泡的无菌纱布,湿敷在溃疡面,外用无菌纱布包扎,如创面深而大可用 0.5% 甲硝唑液冲洗,最后用生理盐水冲洗,创面用 $654-2\ 30\text{ mg}$ 、庆大霉素 24 万 u 、 0.5% 甲硝唑液 10 ml 混合湿敷,每天 $1\sim 2$ 次,直至痊愈,或视药敏试验结果选择敏感抗生素^[2]。

2.2.2 局部处理

首先据医嘱采集脓液送细菌培养及药敏试验,以便选择敏感抗生素控制感染。对于足部坏死组织应分期分次清除,以保持创口和切口引流通畅,促进病变缩小。操作时严格无菌操作,动作轻柔,每日换药 1 次。绷带宜松不宜紧,以防创面受压。保持足部清洁;糖尿病足坏死患者会出现肢端痛、温觉障碍,每晚睡前宜用温水泡脚(非患侧),水温不宜超过 $38\text{ }^{\circ}\text{C}$,以免烫伤,造成溃烂坏死,每次 $10\sim 15\text{ min}$,洗完后将趾间隙处轻柔拭干。剪趾甲时切勿伤及脚趾。鞋袜适宜,勿过紧过硬。寒冷时用棉袜套肢端保暖。切忌将患肢长时间下垂,以免静脉、淋巴回流受阻,造成局部淤血,加重溃烂坏死。

2.3 糖尿病足的预防

(1)按摩足部以改善微循环,经常观察足背动脉的搏动、弹性及皮肤色泽和温度,如温度过低应采取保暖措施,足部按摩早晚各 1 次,每次 10 min ,动作轻柔,应从趾尖开始向上按摩,有利于血液循环。(2)注意足部卫生及鞋袜穿着,穿温暖柔软而宽松的袜子,不可赤足行走或赤足穿鞋,不宜穿皮鞋,以防皮肤受积压而磨损受伤。每次穿鞋前应检查鞋内有无钉子等异物,鞋底是否平整,鞋的长度应比最长的脚趾长半英寸。(3)修剪趾甲不能太靠近皮肤,以免损伤甲沟皮肤而导致感染,有胼胝的患者应请专业人员处理。尽量少抓皮肤,不慎损伤应用乙醇消毒。(4)溃疡愈合后多进行腿部运动,每日适当步行,做到定时定量,量力而行,不能行走的患者可坐在床上做提足运动,每日

$1\sim 2$ 次,每次至少 20 下。

2.4 健康教育

加强高危患者的宣传教育,利用查房、护理、与患者交谈等形式向患者宣传糖尿病足的危害性及如何预防的有关知识,指导患者进行足部的健康护理。每日检查足部,内容包括:(1)用手感觉两足的温度。用手握住足部,查看有无热点,发现热点与别处比较区别,如温度不同,应引起重视。(2)足部有无畸形或形成包块,包块就是感染及早期发生神经病变的表现。糖尿病足最根本的治疗就是预防,对治愈的患者预防复发,对高危人群应确定诊断和教育患者如何预防足部损伤。

2.5 护理效果

每日换药观察创面分泌物、血管及上皮生长的情况。 $5\sim 6$ 天创面分泌物明显减少, $10\sim 12$ 天创面日渐减少, 15 天肉芽组织开始生长, 1 个月新生肉芽组织长全。本组病例中 37 例治愈, 1 例截肢,断端修复良好,无破溃及感染, 2 例给予带蒂植皮, 2 周后断蒂,植皮处皮肤成活无感染,出院后恢复良好。

3 讨论

糖尿病足的治疗首先在积极控制血糖、抗感染、改善下肢循环、营养支持及其他对症治疗的基础上进行局部创面清创、换药。采用胰岛素加敏感抗生素进行湿敷。胰岛素可降低创面血糖,抑制细菌生长,促进创面愈合^[3]。加用敏感抗生素有利于控制感染,促进肉芽生长,改善局部血液循环,加速愈合。从根本上说,对糖尿病患者尽量预防糖尿病足的发生尤为重要^[4],因此,糖尿病患者必须做到:(1)积极控制血糖是治疗糖尿病的前提,理想的控制是餐后 2 h 血糖 $<7.8\text{ mmol/L}$ 。(2)预防危险因素,每天用 $36\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 温水泡脚,保持足部卫生,鞋袜合适、清洁,宽软合脚,通气良好,避免外伤、烫伤,处理好胼胝,经常检查足部有无裂伤、摩擦及红肿变色,及时就医,不要自行处理。(3)密切监护危险指标,早发现、早治疗。本组根据创面的面积、程度,决定局部换药的次数,能达到去腐生肌、消炎镇痛,改善局部微循环、促进肉芽新生、创面早日愈合的目的,大大降低患足截肢率,提高患者生活质量^[5]。

[参考文献]

- [1] Boulton AJ. The diabetic foot: a global view[J]. *Diabetes Metab Res Rev*, 2000, 16(Suppl 1): S2-S5.
- [2] 刘卫华,刘庆兰,庆文平. 胰岛素局部外用治疗糖尿病足的护理[J]. *华夏医学*, 1999, 12(5): 523-524.
- [3] 原焕勇. 复方三黄酊外治糖尿病坏疽 42 例临床观察[J]. *河北医药*, 2001, 7(9): 852-853.
- [4] 徐丽英, 奚九一. 清创外治糖尿病足 60 例体会[J]. *蚌埠医学院学报*, 2006, 31(1): 67-68.
- [5] 黄建英, 黄少薇, 李冬英, 等. 系统干预预防糖尿病足效果观察[J]. *护理学杂志*, 2004, 19(11): 33-34.