

评估。

Janszky 等^[14]研究还发现,其中接近 1/5 的人存在抑郁和焦虑的共病,之后对他们进行了全面的心脏检查,结果患有抑郁症或焦虑症的年轻男性吸烟较多或活动较少,并且有抑郁症或焦虑症的个体乙醇消耗量较没有抑郁症或焦虑症的更大。而抑郁症和冠心病或心肌梗死在统计学上却没有发现明显的相关性。但是,他们推断焦虑症在冠心病和心肌梗死的发生、发展中扮演了重要的角色。而这项研究的不足之处是没有对焦虑症和抑郁症患者在评估后进行追踪随访。因此,许多对于进行中的抑郁症和焦虑症效应的考察是未知的,没法知道抑郁症和冠心病或心肌梗死共病的个体,在抑郁症和(或)焦虑症治愈后是否依然会发作心肌梗死。

另外有研究还报道了,顽固性高血压组、非顽固性高血压组和健康人组的医院焦虑抑郁量表的得分分别是 7 分、7.1 分和 4 分,前两组差异无统计学意义,但前两组均与第 3 组之间差异有统计学意义,这项研究证实了,顽固性高血压和非顽固性高血压患者的抑郁程度均明显高于健康人^[12]。

3 小结及展望

大量的研究证实了,焦虑症和(或)抑郁症与心血管疾病存在广泛共患病的关系,并且焦虑症和(或)抑郁症对心血管疾病的治疗存在不良影响。其可能的机制是焦虑症和抑郁症通过心理、社会和生物效应上综合影响心血管的功能,即患者活动的减少,血压升高和动脉粥样硬化的加剧等都促进了冠状动脉不良事件的产生^[15]。然而,由于缺乏治疗焦虑症和(或)抑郁症后,患者预期的高血压和继发心血管改变的资料,所以,很难明确焦虑症和(或)抑郁症与冠状动脉事件的生物学联系。所以,进一步研究的方向是,在已确定患有顽固性高血压合并焦虑障碍或潜在焦虑障碍的患者,目前的治疗措施是否足够? 如果慢性焦虑症可以导致或促进高血压的发生和恶化,那么对慢性焦虑症的治疗就可以降低顽固性高血压的血压值,并减少冠状动脉事件相关的不良后果。

参考文献

[1] 刘梅颜. 心血管疾病与精神心理关系最新研究进展——双心医学发展述评[J]. 山东医药,2012,54(4):1-3.

[2] 庄琦,毛家亮,何奔. 难治性高血压伴焦虑抑郁障碍患者临床诊断与治疗[J]. 临床心身疾病杂志,2010,16(1):22-24.

[3] White WB,Baker LH. Episodic hypertension secondary to panic disorder[J]. Arch Intern Med,1986,146(6):1129-

1130.

[4] White WB,Baker LH. Ambulatory blood pressure monitoring in patients with panic disorder[J]. Arch Intern Med,1987,147(11):1973-1975.

[5] Kessler RC,Chiu WT,Demler O,et al. Prevalence,severity,and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication[J]. Arch Gen Psychiatry,2005,62(6):617-627.

[6] 苏金刚,田麦会,张波文,等. 138 例老年难治性高血压病抗抑郁治疗疗效分析[J]. 中国新医学论坛,2008,8(9):55-56.

[7] 赵连友. 难治性高血压诊断和治疗的现代概念[J]. 实用中华内科杂志,2006,26(19):1494.

[8] Player MS,Peterson LE. Anxiety disorders,hypertension,and cardiovascular risk: a review [J]. Int J Psychiatry Med,2011,41(4):365-377.

[9] Roest AM,Martens EJ,de Jonge P,et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis[J]. J Am Coll Cardiol,2010,56(1):38-46.

[10] 赵云泉. 抗焦虑药物对地震灾区难治性高血压的临床观察[J]. 实用临床医药杂志,2011,15(1):97-98.

[11] Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases[J]. Am J Med,1984,77(1):101-106.

[12] Davies SJ,Ghahramani P,Jackson PR,et al. Panic disorder,anxiety and depression in resistant hypertension—a case-control study[J]. J Hypertens,1997,15(10):1077-1082.

[13] Chiaie RD,Iannucci G,Paroli M,et al. Symptomatic sub-syndromal depression in hospitalized hypertensive patients[J]. J Affect Disord,2011,135(1-3):168-176.

[14] Janszky I,Ahnve S,Lundberg I,et al. Early-onset depression,anxiety,and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men [J]. J Am Coll Cardiol,2010,56(1):31-37.

[15] Hildrum B,Romild U,Holmen J. Anxiety and depression lowers blood pressure: 22-year follow-up of the population based HUNT study, Norway [J]. BMC Public Health,2011,11(10):601.

(收稿日期:2012-05-30)

糖尿病足的预防护理概况

李 晓 综述,王玉华 审校(重庆市第七人民医院 400054)

【关键词】 糖尿病足; 护理; 健康教育
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)17-2206-03

随着糖尿病发病率的不断增加,糖尿病并发糖尿病足的患者也日趋增多,糖尿病足不但影响糖尿病患者的生活质量,严重者甚至可以致残,而且还造成巨大的经济和社会负担^[1]。同时,随着人们生活水平的提高及生活方式的转变,人们对自身的健康要求也越来越高。但相当一部分患者缺乏对该病的认

识,有人甚至一无所知。因此,对糖尿病足患者进行适当的护理及开展健康教育是十分必要。

1 糖尿病足的发病机制

1956 年有研究者等提出“糖尿病足”这一名词,并认为该病的病变基础是糖尿病的两大并发症:血管病变和神经病变,

而感染则加重其病变^[2]。有研究表明,血糖控制的情况、合并下肢血管病变和神经病变为糖尿病足发生的高危因素^[3]。

1.1 高血糖 据所查文献报道:糖尿病患者因长期高血糖导致小血管平滑肌细胞增生,毛细血管基底膜增厚,导致糖尿病性动脉硬化,血管腔变窄而致血栓形成,使微循环发生障碍,皮肤组织供血不足,一旦发生感染,伤口难以愈合。

1.2 血管病变 血管病变包括大血管和微血管病变,血液的高黏稠、高凝状态、下肢循环障碍的特点等诸多因素使糖尿病患者的下肢动脉容易发生血管病变,管壁增厚、管腔狭窄^[2]。有研究者研究发现,糖尿病并发视网膜病变者有更高的足溃疡发生率和截肢率,视网膜病变表明有微血管病变,这就间接证明足部有微血管病变^[1]。

1.3 神经病变 糖尿病性神经病变会导致肢体末梢的保护性感觉减弱或丧失及足部生物学的改变等,使机体缺乏对足部的保护措施,易引起机械的或温度的损伤,加上糖尿病易于合并眼病,发生视力障碍,使有些患者在足部遭受外伤后形成溃疡时尚不知晓,导致损伤加重^[3]。

1.4 足受压 近年发现,足底承受压力的改变以及由此形成的胼胝是发生足部溃疡的重要原因,当严重溃疡所致坏疽累及整个下肢时,就需要采取膝部以下截肢手术等治疗措施^[4]。

1.5 感染 糖尿病足溃疡并非必然存在感染,但一旦存在感染,病情都较复杂,危及肢体生存甚至患者生命。有资料表明,足感染是 25%~50% 的糖尿病患者立即进行截肢手术治疗的直接原因。糖尿病患者由于机体免疫力低下、白细胞功能障碍易致感染。缺血的肢体更易于发生感染,且多为革兰阴性菌、厌氧菌、葡萄球菌等感染,感染后使血液中促凝物质增加,局部氧耗增加,使局部缺血加重而发生坏疽^[5]。总之,糖尿病足的发病机制比较复杂,目前认为血糖升高是基础,血管病变和神经功能障碍是关键,足底压力异常是诱因,若在此基础上再合并感染就促使肢体缺血进一步加重而引起糖尿病足的发生^[6]。

2 糖尿病足患者的护理

据报道,全球约 1.5 亿糖尿病患者中 15% 以上将在其生活的某一时间发生足溃疡或坏疽。因糖尿病足造成的截肢者是非糖尿病患者的 15 倍,每年的截肢患者中约 50% 是糖尿病患者,而后者 85% 以上是因足部溃疡恶化造成深部感染或坏疽所致^[2]。因此,强化糖尿病患者的日常足部护理教育与指导,督促患者养成良好的日常足部护理卫生习惯,建立健康的足部护理行为,是预防糖尿病足的重要举措。

2.1 足部护理 足部护理对于糖尿病足的预防和发展至关重要。与郝建玲和范丽凤^[7]调查结果类似,李明子和徐靖^[8]对 101 例住院糖尿病患者的调查也表明,糖尿病患者的足部护理状况令人担忧,72.3% 的患者从未每天检查双脚,71.3% 的患者没有穿鞋前检查鞋内异物的习惯,55.4% 的患者根本不知道不应赤脚行走,不穿有破洞、打补丁的袜子。美国每年 6 万个非创伤性截肢者中有超过一半的患者是因糖尿病足病所致,15%~20% 的糖尿病足部溃疡患者会因此截肢,这是非糖尿病患者的 15 倍。有研究表明,糖尿病患者定期足部护理,可降低足部溃疡的发生,使糖尿病足溃疡发生截肢率下降 40%~80%,可减少 80% 的截肢费用。一些研究结果表明,早期采取积极的措施,尤其是强化健康教育和足部保健护理,可以有效预防因糖尿病足部溃疡所致截肢的发生^[9-10]。范丽凤等^[11]也通过对 92 例糖尿病患者进行护理教育干预,强化患者对糖尿病足及其危害性的认识,提高患者对双足的自我保护意识,使

其掌握基本的日常足部护理知识,减少了糖尿病足的发生率。

2.1.1 糖尿病患者至少每年应全面检查足部一次,包括感觉功能的改变、下肢血管状况等,高危足要每 1~2 个月全面检查评估一次。学会足部检查,如皮肤颜色、温度改变、感觉异常、趾甲变形等,要及时正确求医,防止贻误病情。

2.1.2 保护足部避免受伤,注意足部卫生及鞋袜穿着,每天用 39~40 ℃ 温水泡脚,时间 10 min 为宜,洗脚后用柔软、吸水性强的毛巾彻底擦干,注意擦干趾缝间的水迹,但切勿用力,防止任何微小的损伤。冬季洗完脚后,不要使用热水袋、电热器或直接烧火取暖。脚易干裂时涂擦甘油或植物油,以保持皮肤柔软,减少胼胝的形成。

2.1.3 范丽凤等^[12]研究发现,1/3 以上的患者对合适鞋袜穿着对预防糖尿病足的重要性认识不足,普遍缺乏选择合适鞋袜的相关知识。糖尿病患者应选择圆头、厚底、系鞋带、面料柔软、透气性好的鞋子,鞋子不能过紧或过松,鞋子的长度要比患者的足大 1 cm,鞋的宽度依趾关节宽度大小而定,高度应该使足趾有一定的空间,要让患者处于站立位来评估,最好选择下午或傍晚时购鞋。避免穿尖头鞋、高跟鞋、硬皮鞋、塑料鞋、前后暴露的凉鞋,不赤足行走。新鞋要试穿 1~2 h,适应后再逐渐增加穿着时间。

2.1.4 剪指甲要小心,按时修剪并在泡脚后趾甲变软时再修剪,剪指甲不能太靠近皮肤以免损伤甲沟皮肤而导致感染,存在胼胝、鸡眼时,禁止乱用药或用手撕皮,可将足浸泡在肥皂水中,用砂子、浮石磨掉死皮。也可每晚用温水泡脚 20 min,用纱布擦去表皮的方法治疗胼胝。

2.2 促进末梢血液循环

2.2.1 按摩足部可以改善微循环,并可经常观察足背动脉的波动、弹性及皮肤温度。有研究报道,足部按摩每日早、中、晚各一次,每次 30 min,动作轻柔,从趾间开始向上按摩,血液循环明显改善,患者行动不便可以让家属协助按摩。

2.2.2 毕格尔法是一种能促进下肢血液循环、提高足部感觉功能有效的方法。该方法分 3 步:(1)让患者平躺双腿上举,与床面成 60~90°,30~120 s,放下双腿。(2)将足垂至床沿下,直到足部发热或充血(2~5 min)止,然后,踝部左、右、上、下活动 3 min。(3)平躺床上,用毛巾包裹热水袋,温暖足部 5 min。每天反复约 1 h,年老体弱者由他人协助完成。

2.2.3 避免下肢循环障碍。(1)禁止吸烟,吸烟会引起血管收缩,减少血液供应;(2)保暖,寒冷使血管收缩,组织供应减少;(3)坐时不要一条腿交叉压在另一条腿上,以免压迫封闭下肢血管。

2.3 一般护理

2.3.1 饮食护理 指导患者遵循“三高一低”进食原则。

2.3.2 运动指导 运动从小运动量、短时间开始,循序渐进,可安排在餐后 1~1.5 h 运动,这是降低血糖的最佳时间,并有益于肥胖或者减轻体重。可每天 1 次或者每周 4~5 次,每次时间 30~60 min,根据患者的身体状况和病情,以不疲劳为度,但注射胰岛素的患者不宜空腹(如注射胰岛素后或饭前)运动^[13]。

2.3.3 药物指导 护士要教会患者分辨和认识各种口服降糖药,掌握正确的服药方法及药物的注意事项。

2.3.4 血糖监测 指导患者定期监测血糖,以确保血糖控制在目标范围内。定期监测血糖还可以及时发现高血糖和低血糖。同时还应让患者了解血糖仪的使用,尿糖的正确监测。

2.4 心理护理 有研究表明,患者对自身疾病承受能力亦对

病情变化有着重要影响,只有糖尿病患者情绪稳定,休息得当,机体抗应激能力增强,积极配合治疗,病情才能好转;否则,病足会持续恶化,只能截肢,最终给患者带来极大的心理压力,形成恶性循环^[14]。因此,对某些因文化素质较低、缺少保健意识表现的无所谓、不注意自己足部情况的患者,应耐心介绍糖尿病的发病机制,增强患者对本病的认识,积极配合治疗和护理。对某些思想负担重的患者,表现为焦虑、恐惧,针对这种心理,护理人员应主动、热情地与患者交谈,讲解有关知识,关心和安慰患者,尽量满足他们的需求,教育患者多了解糖尿病足发生的原因,使他们保持良好的心态;同时,做好家属的工作,要家属理解患者,从各方面帮助患者,使患者感到家庭的温暖,树立战胜疾病的信心。

综上所述,通过合理的足部护理预防措施和糖尿病足的健康教育,可以达到预防糖尿病足的目的,降低截肢率。糖尿病足的教育及护理是一项十分关键和艰巨的工作,随着医学发展,对糖尿病足的认识不断深入,对糖尿病足的医疗、护理水平也在提高。更新护理理念,掌握护理新知识,才能指导患者增强对该病的认识 and 信心,坚持合理控制血糖,积极预防和治疗疾病,提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 杨玉芝. 糖尿病教育及最新临床指南[M]. 中国知识出版社, 2004:159-166.
[2] 袁群, 吴石白. 糖尿病足的诊治[J]. 解放军保健医学杂志, 2004, 6(4): 203-206.
[3] 戚超英, 邓婉萍. 糖尿病足患者的高危因素和护理对策[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(4): 254-256.
[4] Wieman TJ. Principles of management: the diabetic foot

[J]. Am J Surg, 2005, 190(2): 295-299.
[5] Lipsky BA, Berendt AR, Deery HG. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections[J]. CID, 2004, 39(1): 885-910.
[6] 张荔群, 张鸣青. 糖尿病足的发病机制与治疗[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(4): 461-463.
[7] 郝建玲, 范丽凤. 糖尿病患者对周围神经病变防治知识了解状况的调查[J]. 解放军护理杂志, 2006, 23(1): 36-37.
[8] 李明子, 徐靖. 糖尿病足高危患者及其足部护理状况调查[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(10): 879-881.
[9] Trautner C, Haastert B, Giani G, et al. Amputations and diabetes: a case-control study[J]. Diabet Med, 2002, 19(1): 35-40.
[10] 王萍, 王晶, 章秋. 糖尿病足及溃疡发生的临床特点分析[J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2011, 5(9): 2628-2632.
[11] 范丽凤, 李峥, 郑亚光. 护理教育干预对糖尿病足预防的效果研究[J]. 现代护理, 2005, 11(17): 1377-1381.
[12] 范丽凤, 张小群, 郝建玲, 等. 530 例糖尿病患者对选择、穿着合适鞋袜知识了解状况的调查分析[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(5A): 10-12.
[13] 刘婷. 糖尿病患者在疗养院中的健康教育[J]. 中国疗养医学, 2009, 18(1): 40-41.
[14] 李皓. 糖尿病足患者的临床护理[J]. 国际医药卫生导报, 2008, 14(24): 92-94.

(收稿日期: 2012-04-10)

(上接第 2200 页)

者身体造成一定伤害甚至危及生命^[3-4]。因此,对这类患者适当使用约束用具十分必要。然而,有研究显示,目前临床上使用的约束带有 10% 左右未能起到防护性约束作用,其比例在国内医疗机构中可能还要高;另有 20% 以上的患者在长时间(≥ 12 h)使用约束带后出现不同程度的皮肤破损、肢体末梢循环受阻、肢体神经受压致感觉异常、四肢关节功能障碍^[2]。造成上述现象的主要原因有: (1) 约束带的制作材料粗糙,多为普通帆布或纱带; (2) 约束带固定过松或过紧; (3) 固定部位不妥,多限于手腕及踝部。因此,设计、制作符合 ICU 危重患者病情特点的约束服并加以合理使用,在临床上具有重要意义。

3.2 危重患者约束服在 ICU 危重患者中的应用效果主要表现在应用过程中尽可能趋向于安全、舒适、人性化的原则,将肢体置于功能状态。本研究结果显示,使用约束服后干扰治疗的发生率及相关并发症发生率显著低于传统约束带,故使其患者在 ICU 留观治疗时间及费用显著低于使用传统约束带。

3.3 传统的约束,极易出现因疏于观察而造成约束带滑脱或约束部位皮肤受损,最终出现护士之间相互推卸责任的情况。既不利于团结和睦,又加重了护士工作的心理压力^[5-6]。

3.4 危重患者约束服具有以下优点 (1) 舒适,患者易于接受; (2) 固定牢靠,不易脱出,能降低患者干扰治疗情况的发生率; (3) 穿着方便,能有效保护患者隐私; (4) 采用全棉布制作,质地柔软,透气性好; (5) 其与患者皮肤接触面积大,受力均匀,

局部压强较小,故对皮肤的摩擦损伤相对小; (6) 不影响肢体血液循环或压迫神经,从而降低约束带相关并发症的发生率使患者在 ICU 的观察治疗时间缩短,从而降低医疗费用。

综上所述,危重病员约束服可以有效降低 ICU 躁动患者非计划拔管的发生率,降低约束带相关并发症,增加患者舒适度,有效保护患者隐私,缩短患者在 ICU 的观察治疗时间,从而降低医疗费用,同时还节约了护理人力资源。

参考文献

[1] 夏春红, 李峥. ICU 护士身体约束知识、态度、行为的调查分析[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(6): 568-570.
[2] 姚敏红, 卞美娟, 周晓琴, 等. 改良保护带的制作与应用[J]. 护理学杂志, 2003, 18(5): 394.
[3] 朱胜春, 金钰梅. ICU 患者身体约束使用特征及护理现状分析[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(12): 1116.
[4] 杨志兰, 夷志玲, 何金连. 访视护理对急诊住院患者满意度的影响[J]. 护理学报, 2007, 14(6): 46-47.
[5] 肖介文, 梁月英, 王念. 改进后约束带在神经外科 ICU 的应用[J]. 家庭护士, 2008, 6(6): 1645.
[6] 王君, 刘旭霞, 张玲. 使用约束具应注意的几个问题[J]. 中原精神医学杂志, 1997, 3(4): 240.

(收稿日期: 2012-04-25)