

护理技术

糖尿病足的全周期护理

□葛艳翔

一位瓦格纳(Wagner)分级为4级的糖尿病足患者,经过综合护理,虽然应用抗生素骨水泥技术后未按常规要求及时拆除,但最终自然脱落并实现创面愈合。在这个过程中,多学科协作进行负压封闭引流(VSD)、阶段性敷料调整及居家护理指导,在患者经济条件受限的情况下,探索出一条可行性强、适合基层医院的糖尿病足管理路径。

患者梁某,76岁,男性,患冠心病、糖尿病多年,血糖控制效果不佳,右足Wagner4级,坏疽(第五趾干燥发黑,足背动脉未触及),合并疼痛(评分6分),心理负担较重。

患者右足背外侧红肿,皮温较高,有一约1厘米×2厘米的溃疡,以及大量黄色液体渗出,第五趾干燥发黑,足背动脉未触及,胫后动脉波动弱。

患者神志清醒,精神较差,身高170厘米,体重65千克,体重指数22.5,体温36.6摄氏度,心跳频率78次/分,呼吸频率20次/分,血压130/75毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),饮食不佳,睡眠质量差,大小便正常。

医护协同干预

医生角色 制定血糖控制方案(胰岛素治疗),手术清创,以及抗生素骨水泥技术的应用。

护士角色 依据TIME(T:对坏死组织处理。I:感染与炎症控制。M:湿度平衡管理。E:创面上皮化促进)伤口处理原则,结合VSD负压吸引治疗,动态评估创面(红黄组织比例、液体渗出量)、疼痛及心理支持,营养评估及干预。

协同关系 医生和护士联合制定个性化换药方案,定期沟通与反馈,动态调整干预措施,提升患者的依从性及创面愈合效率。

联合查房 患者年纪大,经济条件差,不愿接受手术治疗。医护团队综合评估后,决定分阶段处理。医生聚焦医疗决策的科学性,护士聚焦医嘱执行的细节性,通过共同评估、协同决策、同步沟通,确保患者获得“诊断-治疗-护理-康复”的全链条闭环管理,尤其适合这类“多并发症、长周期治疗”的复杂病例。

首诊问题清单

核心问题 患者因患Wagner4级糖尿病足,需要进行感染控制与组织血运重建。

管理难点 血糖控制:患者是否存在血糖大幅波动或胰岛素抵抗,是否需要制定个性化降糖方案?患者出院后的依从性对治疗方案是否有影响?

创面管理:根据细菌培养结果,选择敏感抗生素,区分浅表感染与深部组织感染。患者出院后的居家换药能否做到无菌操作?抗生素骨水泥延迟拆除,创面情况无法直观观察。

患者选择:结合药敏试验结果,避免滥用广谱抗生素,减少耐药风险。

家属护理培训:怎样开展健康教育,指导患者家属对患者进行日常足部护理和换药、血糖监测及饮食管理?

医护协作重点 初期:以医生为主导,制定清创方案。护士严格按照医嘱进行创面护理操作,同步反馈患者的疼痛程度,以及感染的相关迹象(如红肿、发热、异味等),为方案调整提供依据。

中期与后期:建立医护联合评估机制。医生重点评估创面血液循环情况。护士根据临床观察结果,优化换药频率及选择适合的敷料,形成医护协同诊疗闭环。

居家随访期间:护士重点观察抗生素骨水泥的状态(包括是否移位等),创面液体渗出情况,以及周围组织是否出现发红等异常情况,及时反馈给医生。医生经过综合评估,决定是否拆除抗生素骨水泥。

营养支持:定期检测血红蛋白水平,并做好检测值的记录。针对患者营养不足的情况,给予口服营养补充剂,保障创面修复所需的营养。

心理干预:采用医院焦虑抑郁量表进行焦虑评分,根据评分结果实施心理疏导,缓解患者的焦虑情绪。

后期管理 血糖管理:绘制糖化血红蛋白(HbA1c)趋势图,评估阶段性血糖控制效果,优化降糖治疗方案。

营养支持:统计蛋白质摄入量达标率并形成图表,调整饮食指导方案,确保患者每日摄入足够的蛋白质,能够满足机体修复需求。

心理干预:记录患者治疗依从性改善情况,通过强化健康教育,提升患者主动配合治疗的积极性。

关键事件小结 动态适应性管理 根据创面愈合情况,灵活调整处理频率(如从护士每日换1次药过渡至患者家属每周换2次药)。在保证治疗效果的前提下降低医疗成本,提升患者居家护理的可行性。

创面愈合情况,灵活调整处理频率(如从护士每日换1次药过渡至患者家属每周换2次药)。在保证治疗效果的前提下降低医疗成本,提升患者居家护理的可行性。

患者未接受二次手术拆除抗生素骨水泥的情况下,通过长期临床观察证实其安全性和有效性,为经济困难患者提供了低成本、高疗效的替代治疗方案,拓展了该疗法的应用场景。

患者教育体系 核心教育内容 基础护理技能:包括家庭血糖监测规范,创面观察核心要点(如颜色、液体渗出、气味等),敷料更换技巧及足部自检方法。

足部自检法:通过图片示范“望、触、动、量”四步法:“望”,观察患者足部皮肤的颜色变化;“触”,触摸局部温度是否异常;“动”,检查足背动脉搏动情况。

血糖监测规范:提供操作视频指导,重点讲解采血部位轮换原则,以及血糖记录表规范填写方法,确保监测数据准确可靠。

营养处方:制定个性化食谱,附低血糖指数(GI)食物占比图,明确每日饮食中低GI食物的摄入比例及具体种类。

用药指导:发放胰岛素使用注意事项图文清单,详细说明注射部位选择、剂量调节、储存方法及不良反应处理等内容。

主要教育形式 采用多维度教育模式,包括科室专题健康教育课,扫码观看教学视频,建立医护联络群,提供实时咨询指导,确保患者及患者家属全面掌握相关知识与技能。

伤口愈合全周期记录 第一次处理(2024年7月8日):进行局部切创术,首日采用中药化腐治疗,后续改用乳酸依沙吖啶填塞,外用无菌纱布覆盖,每日换1次药,创面初期以腐肉组织为主,液体渗出量较大。

第二次处理(7月11日):患者足背无明显红肿,右足背外侧创面约2厘米×4厘米,足底方向创面约3厘米×3厘米,液体渗出量仍较多;第5趾趾呈现干燥发黑状态,与周围皮肤分离,创面组织构成75%红色组织、25%黄色组织,启动VSD负压吸引治疗。

第三次处理(7月27日):经2次负压吸引治疗后,患者第5趾趾与足底创面贯通,实施切扩创术,于掌趾关节处进行离断处理。

护士检查发现患者第4足趾方向形成约2厘米的窦道,右足背外侧创面扩大至5厘米×6厘米,组织构成仍为75%红色组织、25%黄色组织,液体渗出量中等,改用乳酸依沙吖啶填塞,并使用无菌纱布覆盖,执行隔日换药方案;7月30日,恢复VSD负压吸引治疗,有效控制创面感染与液体渗出。

后期:患者初始创面为1厘米×2厘米,红黄组织的比例0:10,液体渗出量较大,采用中药化腐,并使用乳酸依沙吖啶填塞处理;7月11日,创面扩大(右足背外侧约2厘米×4厘米,足底方向约3厘米×3厘米),红黄组织的比例3:7,液体仍大量渗出,改用VSD负压吸引治疗联合藻酸盐敷料;9月5日,创面为右足背外侧3厘米×4厘米(偏向第4足趾的窦道约2厘米),红黄组织的比例5:5,液体渗出转为少量渗出,实施截趾术并应用抗生素骨水泥;最终在2025年4月29日,创面完全愈合,红黄组织比例为10:0,且无液体渗出,抗生素骨水泥自然脱落,患者进入居家观察随访阶段。

总结与体会 动态适应性管理模式成效显著 根据创面愈合不同阶段的反应,灵活调整换药频率及处理方式(如从每日换药逐步过渡至患者家属负责每周换2次药),在保障治疗效果的同时有效降低医疗成本,提升患者治疗依从性。

抗生素骨水泥非标准应用但具有临床价值 在患者因经济原因无法接受二次手术拆除抗生素骨水泥的情况下,通过长期居家随访观察,证实了抗生素骨水泥长期留置的安全性和有效性,为同类经济困难患者提供了切实可行的替代治疗方案,丰富了糖尿病足治疗的临床思路。

居家护理模式可行性得到验证 医生和护士联合家访与微信远程指导相结合,帮助患者实现复杂创面的家庭化管理,有效缩短患者住院时间,降低院内感染风险,同时减轻患者家庭的照护压力与经济负担。

本案例通过规范的分阶段干预,结合多阶段清创、VSD负压吸引及抗生素骨水泥应用等核心技术,有效促进糖尿病足创面愈合,缩短治疗周期,降低感染风险,其诊疗思路与管理模式可为基层医院糖尿病足护理工作提供重要参考。

(作者供职于辉县市中医医院糖尿病肾病科)

患循环再次启动,周而复始,消耗大量精力。强迫思维的核心困境在于,患者开始用“思考”来解决“过度思考”引发的问题。这就如同试图用汽油去灭火,不仅无法摆脱困扰,还会让焦虑和内耗愈演愈烈。从本质上来说,强迫思维是大脑的“危险警报系统”出现了误判,将无关紧要的不确定性当成了需要紧急处理的“危险信号”,进而对“不确定性”产生了极端的无法容忍。

因此,针对强迫思维的治疗,核心目的并非用一个完美的答案去填补不确定性的黑洞,而是帮助人们拓展心灵容纳不确定性的能力。当您不再执着于“先有鸡还是先有蛋”这样的问题寻找一个绝对确定的答案;当您能够坦然接受“我不知道,但是我可以继续生活”的状态;当您不再被大脑的误判牵着走时,您就已经赢得了这场与自己大脑的“战争”。(作者供职于郑州市第八人民医院)

对于普通人而言,这个问题只是茶余饭后的“思维体操”,想不通便一笑置之。但是对于被强迫思维困扰的人来说,可能会演变成一场精神浩劫,其运作逻辑往往是这样的:首先是闯入性念头突然出现——“我必须搞清楚先有鸡还是先有蛋!如果搞不清楚,就说明我思维不完整,我的人也会因此不完整!”紧接着是焦虑驱动,这个念头会引发强烈的、难以忍受的不确定感,让内心陷入煎熬;随后进入精神强迫阶段,患者开始无休止地查资料,在脑海中反复推演,向身边人不断求证……发誓要找到一个“绝对确定”的答案,即便明知这种行为毫无意义,却始终无法停止;最后是短暂缓解与恶性循环的形成。短暂的思考或求证行为可能会暂时减轻焦虑,但很快“万一我想错了呢?”“会不会有更完美的答案?”等新念头又会冒出来,让思

维循环再次启动,周而复始,消耗大量精力。强迫思维的核心困境在于,患者开始用“思考”来解决“过度思考”引发的问题。这就如同试图用汽油去灭火,不仅无法摆脱困扰,还会让焦虑和内耗愈演愈烈。从本质上来说,强迫思维是大脑的“危险警报系统”出现了误判,将无关紧要的不确定性当成了需要紧急处理的“危险信号”,进而对“不确定性”产生了极端的无法容忍。

叙事护理

第一次走进病房时,我看到了李女士。她身高160厘米以上,体重只有约45公斤,虽然有气无力地躺在窗边的病床上,但是衣着干净精致。她的爱人与儿子站在床边,正在帮她整理衣服,盖上一条带小红花的薄毯,隐约露出上腹部10多厘米长的术后瘢痕。

“李女士,您好。我是主管医生楚国强。”李女士挤出一丝笑容,“您好,楚医生。”“您这次住院是哪不舒服?”

一旁,李女士的儿子接话道:“咳嗽。我妈去年在上海做了食管癌手术,之后就一直咳嗽,时好时坏;这几天病情加重了,还发烧,吃不下饭。马主任说你们这儿环境好,让我们来看看……”话音未落,李女士突然剧烈地咳嗽起来。

问诊结束后,李女士的儿子默默地跟着我走出病房,低声说:“楚医生,实话实说,我妈去年确诊食管癌后,在上海做了食管全切手术,现在癌细胞应该已经扩散到全身。所有抗肿瘤的药都停了,我们不想让她再受罪。这次不知道是食管癌还是肺炎,您就先帮她治疗咳嗽和发烧吧!”

李女士的儿子顿了顿,声音低沉:“前几天在其他医院做胃镜,医生说术后吻合口有个溃疡,可能就是这个原因让她吃不下饭。这几天只能喝流食……我有时候真后悔,当初做这个手术到底对不对?”

我拍着他的肩膀说:“做了手术就不要后悔。我们能做的是努力过好当下,往前走。”安慰完家属,我却在心里反复琢磨:面对这样的患者,我们该如何制定治疗方案?当他们说“后悔”时,又该如何回应?

随着癌细胞的扩散,李女士的状态急剧下滑,从只是“瘦弱”,后来变成了“瘦弱嶙峋”。李女士的心态也悄悄变了,最初总说“看好发热和肺炎就能回家”,后来却常念叨“孩子们别忙,还天天折腾来看我”。

有一天,李女士突然拉着我的手说:“楚医生,我其实最放心不下小女儿,她的两个哥哥都成家了,她还是单身,我还想着给她带孩子呢……”

我一时语塞。李女士大概已经知道,自己这次回不了家了;但是,她没挑明,因为她的爱人就坐在床边,一言不发,只是紧紧握着她的手。

李女士的小女儿专门请了假,每天守在病房,两个哥哥则定时送来换着花样的饭菜。虽然李女士总说“遗憾”,但是我看得出来,被家人紧紧围绕的这段时间,对她、丈夫和孩子们来说,都是最珍贵的时光。

一段时间后,李女士彻底吃不下东西了,每天靠一袋营养液维持着,输液从早到晚。偶尔,李女士会坐起来,望着窗外说:“外面挺热吧!这么大的太阳,大家都打着伞呢!”

一天,李女士的大儿子找到我:“楚医生,明天我姨来陪我妈,我带着我爸、弟妹妹去看看墓地……到时候从这里走,需要什么证明,麻烦您提前准备好。当天要是有什么事,也请您多照看。”

8月的最后一天,李女士从上午开始,出现了呼吸困难,呼吸又快又浅,心率忽快忽慢,窦性心动过速与心房颤动交替出现。很快,李女士全身发汗,血压下降,四肢末梢冰凉。起初,李女士还能勉强应答,但是很快陷入浅昏迷状态。家属拒绝了所有有创操作,只是围在床边,静静地陪着她。

当天晚上,当李女士的心电图变成一条直线时,病房瞬间安静得可怕。李女士小女儿的哭声打破了宁静,李女士的大儿子示意我带家属去安静的地方,李女士的爱人却执意留下,一点儿一点儿给李女士擦拭身体。病房里的人都在忙碌,我看着每个人的表情:李女士的爱人直勾勾地望着李女士,默默擦拭;李女士的大儿子对二儿子说:“你带爸和小妹回家,我跟着去。”语气里没有一丝波澜,却藏着千钧重的平静。

所有人离开后,病房里只剩下一地杂乱的线头和白色的床单。我站在原地,五味杂陈。

后来,李女士的大儿子说:“那两天忙着处理我妈的后事,什么顾不上想。直到一个月后,甚至半年后,悲伤才慢慢涌上来。”

过了很久,有一天,我偶然看到这家人给家中老人过生日的照片,其乐融融。

“楚医生,感谢您那段时间的照顾。我妈最后走得很平静,这就够了。其实我们不怕结局,怕的是在这个过程中有遗憾。你们能懂我们想让她‘少受罪’的心思,就已经是‘最好的治疗’了。”

“医学不是万能的,但是你们的耐心和理解,比药还管用。希望你们永远记得,患者和家属要的不仅是‘治好病’,还有被尊重、被理解的温暖。”

作为医生,我们总在经历类似的场景——一个人,一家人的酸甜苦辣,结局或许相似,但如何让过程充满意义?我们该做些什么?我曾遇到一位听力障碍合并白内障的患者,她像被关在无形的牢笼里,无法与外界沟通;但是,在强光下,她看到穿白大衣的人,眼神里会亮起一丝光,仿佛那是唯一的出口。

穿白大衣的人,怎样才能成为患者和家属心中的那束光?一位肝硬化的老太太,儿子带着她四处旅行,想让她享受最后时光。终末期,她突发消化道大出血,儿子跪在地上说“对不起”。他的选择对吗?我们无法评判,只能记录这份遗憾与爱。

还有一位肝脏疾病患者,胆红素居高不下,治疗中几度峰回路转。患者家属在“坚持”与“放弃”间反复挣扎,最终还是没能留住患者。如果您是,您怎么选?

这场关于生命的旅程里,我们既是医者,也是见证者。让所有患者在这个过程中都被认真对待,或许就是我们能给生命最好的答案。(作者供职于黄河科技学院附属医院)

没说出口的牵挂

□楚国强

心灵驿站

精神科医生教你打破强迫思维

□苏玉晨

您是否曾为一个无解的问题彻夜难眠?比如,反复琢磨“究竟是先有鸡,还是先有蛋”,在循环往复的思考中耗尽精力?这种令人疲惫的思维内耗,正是无数强迫思维患者的日常缩影。他们的大脑犹如一台卡顿的唱片机,某个念头、图像或冲动总会不请自来,随之引发强烈的焦虑。为了驱散这份焦虑,他们被迫进行反复的“逻辑论证”或重复性行为,试图压制焦虑,反而深陷强迫思维的泥潭无法自拔。笔者就以

“先有鸡还是先有蛋”这个经典哲学难题为切入点,拆解强迫思维的运作机制,探寻科学的应对方法。

从进化论的视角分析,这个问题似乎能找到一套逻辑闭环:如果第一只“非鸡”(具备鸡的祖先特征的生物)产下了一颗蛋,而这枚蛋孵出了世界上的第一只“鸡”,且之后这只“非鸡”仍保持原有特征,继续产下“非鸡”的蛋,那么结论便是“先有蛋”;如果这只“非鸡”产下孵出“鸡”的蛋后,

后续产出的蛋都能孵化出“鸡”,那么从物种定义来看,这只“非鸡”其实已经具备了“鸡”的核心属性,严格意义上不能再称之为“非鸡”,此时结论就变成了“先有鸡”。这样一想,“先有鸡还是先有蛋”的难题似乎有了答案?当然,物种的演化并非跳跃式的突变,而是漫长、连续的渐进过程,这里我们暂不深究生物学上的细节争议。

值得注意的是,“先有鸡还是先有蛋”的问题,在生物学领域或许能找到进化层面的解释;但是,在强迫思维的语境下,它注定没有标准答案。

对于普通人而言,这个问题只是茶余饭后的“思维体操”,想不通便一笑置之。但是对于被强迫思维困扰的人来说,可能会演变成一场精神浩劫,其运作逻辑往往是这样的:首先是闯入性念头突然出现——“我必须搞清楚先有鸡还是先有蛋!如果搞不清楚,就说明我思维不完整,我的人也会因此不完整!”紧接着是焦虑驱动,这个念头会引发强烈的、难以忍受的不确定感,让内心陷入煎熬;随后进入精神强迫阶段,患者开始无休止地查资料,在脑海中反复推演,向身边人不断求证……发誓要找到一个“绝对确定”的答案,即便明知这种行为毫无意义,却始终无法停止;最后是短暂缓解与恶性循环的形成。短暂的思考或求证行为可能会暂时减轻焦虑,但很快“万一我想错了呢?”“会不会有更完美的答案?”等新念头又会冒出来,让思

维循环再次启动,周而复始,消耗大量精力。强迫思维的核心困境在于,患者开始用“思考”来解决“过度思考”引发的问题。这就如同试图用汽油去灭火,不仅无法摆脱困扰,还会让焦虑和内耗愈演愈烈。从本质上来说,强迫思维是大脑的“危险警报系统”出现了误判,将无关紧要的不确定性当成了需要紧急处理的“危险信号”,进而对“不确定性”产生了极端的无法容忍。

因此,针对强迫思维的治疗,核心目的并非用一个完美的答案去填补不确定性的黑洞,而是帮助人们拓展心灵容纳不确定性的能力。当您不再执着于“先有鸡还是先有蛋”这样的问题寻找一个绝对确定的答案;当您能够坦然接受“我不知道,但是我可以继续生活”的状态;当您不再被大脑的误判牵着走时,您就已经赢得了这场与自己大脑的“战争”。(作者供职于郑州市第八人民医院)

对于普通人而言,这个问题只是茶余饭后的“思维体操”,想不通便一笑置之。但是对于被强迫思维困扰的人来说,可能会演变成一场精神浩劫,其运作逻辑往往是这样的:首先是闯入性念头突然出现——“我必须搞清楚先有鸡还是先有蛋!如果搞不清楚,就说明我思维不完整,我的人也会因此不完整!”紧接着是焦虑驱动,这个念头会引发强烈的、难以忍受的不确定感,让内心陷入煎熬;随后进入精神强迫阶段,患者开始无休止地查资料,在脑海中反复推演,向身边人不断求证……发誓要找到一个“绝对确定”的答案,即便明知这种行为毫无意义,却始终无法停止;最后是短暂缓解与恶性循环的形成。短暂的思考或求证行为可能会暂时减轻焦虑,但很快“万一我想错了呢?”“会不会有更完美的答案?”等新念头又会冒出来,让思



制图:徐琳琳