

钉尾激惹等发生病例。

1.3.2 恢复时间观察：记录两组住院时间、骨折临床愈合时间（骨折线模糊并出现连续性骨痂，且连续 2 周骨折处不变形）、骨折骨性愈合时间（骨小梁通过骨折线，且连续 2 周骨折处不变形）。

1.3.3 功能恢复观察：随访半年，采用 Harris 髌关节功能进行评估，该量表采用百分制，得分越高则功能恢复越好。

表 1 两组手术相关指标、术后恢复时间对比

组别	例数	术中出血量 ( $\bar{x} \pm s$ , ml)	手术时间 ( $\bar{x} \pm s$ , min)	并发症发生率 (n, %)	住院时间 ( $\bar{x} \pm s$ , d)	骨折临床愈合时间 ( $\bar{x} \pm s$ , w)	骨折骨性愈合时间 ( $\bar{x} \pm s$ , w)
甲组	30	50.53±28.68	44.36±8.29	2 (6.67)	7.96±2.25	8.73±1.84	17.29±1.95
乙组	30	74.39±42.45	59.93±12.56	8 (26.67)	11.14±3.83	10.24±2.61	20.96±2.73
t/X <sup>2</sup>	-	2.551	5.667	4.320	3.921	2.590	5.992
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组功能恢复情况 (见表 2)

表 2 两组治疗前后 Harris 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	术前	术后 6 个月	t	P
甲组	30	61.20±14.87	93.13±4.62	11.232	<0.05
乙组	30	61.34±14.72	82.85±9.89	6.644	<0.05
t	-	0.037	5.158	-	-
P	-	>0.05	<0.05	-	-

### 3 讨论

由于小儿群体的特殊性，既往临床治疗儿童股骨骨折主张非手术疗法。然而，传统牵引、石膏固定等方法会让患儿产生相对严重的疼痛，且并发症多，加之维持良好的复位效果，患儿必须要长时间卧床，但其自制能力差，难以积极配合医护人员，甚至因乱动而引起畸形愈合<sup>[2]</sup>。

近几年，骨折治疗从机械力学逐渐向生物学固定转变，以外固定支架、弹性髓内钉等为代表的微创技术开始广泛应用于临床治疗。现代研究表明，外固定支架、弹性髓内钉均能保持良好的血运、减轻局部软组织损伤，保证患者快速康复<sup>[3]</sup>。然而，关于两种术式的应用效果比较，临床相关报道十分有限。基于此，我院抽取 60 例儿童股骨骨折患者进行前瞻性研究，

### 1.4 统计学方法

以 SPSS19.0 行统计分析，正态计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，行 t 值检验，计数资料以率表示，行卡方检验，差异有统计学意义以 P<0.05 为评估标准。

## 2 结果

2.1 两组手术指标及恢复时间 (见表 1)

研究结果显示，甲组手术指标、恢复时间、功能评分均优于乙组，总结原因为：弹性髓内钉插入骨折端可发挥三点相互制衡的支撑力，有效固定骨折断端，保证复位的稳定性，且该术式避开了骨骺，其能维持骨折端的血液供应，更利于断端愈合<sup>[4]</sup>；而外固定支架术在锁钉时可能损伤骨板，不仅会引起骨不连、骨骺早闭等并发症，且会影响小儿关节发育，故弹性髓内钉更具优势。

综上，弹性髓内钉固定术是治疗儿童股骨骨折的有效术式，值得借鉴。

### 参考文献

- [1] 郭美振,宿玉玺.弹性髓内钉与外固定支架治疗儿童股骨骨折的临床研究[J].第三军医大学学报,2019,41(20):2006-2011.
- [2] 姜海,王磊,李晓博,等.弹性髓内钉内固定治疗儿童股骨干骨折临床疗效观察[J].实用骨科杂志,2020,26(03):76-79.
- [3] 向杰,范伟杰,尹科,等.弹性髓内钉与外固定架固定治疗儿童下肢长骨干骨折的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,033(010):1092-1094.
- [4] 杨毅军,李燕琴,王小玮,等.弹性髓内钉固定治疗儿童股骨骨折的临床价值[J].陕西医学杂志,2017,046(008):1097-1098.

## 糖尿病足患者就诊延迟现状及其影响因素分析

侯冬霞

(山东大学附属威海市立医院 山东威海 264200)

**【摘要】**随着我国糖尿病发病率的逐年增加，糖尿病足的发病率也随之增加，目前我国糖尿病足的年发病率高达 8.1%，且糖尿病足溃疡治愈后的复发率更是高达 31.6%，死亡率高达 14.4%，给患者、家庭以及社会造成极大的负担！

**【关键词】**糖尿病足，影响因素，控制方法

**【中图分类号】**R587 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0430 (2021) 15-0102-01

### 前言

概述糖尿病足是糖尿病的严重并发症，是下肢血管病变、神经病变和感染共同作用的结果。严重者需要截肢。糖尿病足可以迅速发展，处理不当会严重致残。目前，糖尿病足介入治疗正足部走入临床，它可以有效改善患者足下部血液灌注，不但效果明显，而且缩短了患者住院时间，节约了社会成本。临床常用的糖尿病足 Wanger 分析法显示糖尿病足分为临床常用的糖尿病足 Wanger 分析法显示糖尿病足分为 6 级，其中 0 级为尚未溃疡但会发生溃疡因素。1 级和 2 级为轻微的溃疡，经过积极治疗后，大多数可以痊愈。3 级到 5 级为中度到重度的感染，即使积极治疗仍然不可避免的切除局部或整条肢体。临床治疗的目的为：控制感染、促进溃疡愈合和防止复发。当下肢供血不足将导致足部抵御感染和伤口自愈能力的下降。而所有的药物治疗必须通过血液输送到感染组织，只有良好的血供才能保证组织之间达到有效的药物浓度。所以治疗糖尿病足应该重视早期血运重建。

### 1 糖尿病足患者

1.1 男性，78 岁，双下肢间歇性跛行 10 年，加重 3 个月，既往糖尿病 8 年；脑梗塞 4 年，无后遗症。术前的 CTA 显示，患者的膝动脉已经出现了严重的闭塞，主要表现为双侧的胫前动脉闭塞。经介入治疗，获得了良好的效果。术后的可控比测压显示，右侧为 1.20，左侧为 1.08，加木前有所好转。患者的渐行骨髓症状也得到有效地改善。本例患者给我们这样一个启示，糖尿病患者血管的病变与症状往往不一致，而且患者的踝动比值不能准确反映血管病变的程度，对于糖尿病患者有必要进行早期干预，尽管早期干预，仍有糖尿病患者膝下血管病变不能完全开通。如本例的左侧胫前动脉和胫后动脉。

1.2 患者女性，76 岁，主因双足肿痛 1 月，右足第二趾红紫 3 天入院。既往糖尿病史 15 年。查体双侧腓动脉可及，双侧胫后动脉可及，较弱。双侧足背动脉未及术前 B 超，双侧腓动脉以下管腔重度狭窄，双侧胫前、足背动脉闭塞；双侧腓动脉、胫前动脉、胫后动脉多发斑块。术前患者足部第 2 趾趾已出现红紫，处于坏死的边缘，术中造影发现患者股浅动脉末端、胫前动脉闭塞，胫后动脉远端可见严重狭窄，术中导丝穿越了闭塞和狭窄病变到达了胫后动脉远端，并对胫后动脉和股浅动脉进行了全段扩张，在股浅动脉部位放置了支架。术后的造影可以看到血流获得了重建，足部造影显示流量增加，术后第三天患者的足趾暗红得到了有效地改善，偏为好转。对于本例患者的治疗体会，我们可以看到对于因血管闭塞导致的足部坏死前期，应该积极开通血管，如果能及时恢复血流灌注，足部可完全恢复正常。

1.3 足病患者就诊延迟的影响因素这 126 例足病患者的平均病程为 47.49 天，能够在病程早期到医院就诊的患者普遍享有：医疗保险、较高经济收入、较高程度的文化背景等，其中大部分还有过足部溃疡的就诊记录。而延迟就诊的患者：较少注意足部健康的自我检查、个人文化水平有限对病症危害不够了解、参与随访的频率较少、经济水平受限、医疗保险或社会保险投保率偏低。Logistic 回归表明，没有接受过糖尿病足病知识相关教育的患者为 (OR2.70[95%CI1.03-7.06], P=0.043)。这是糖尿病足病患者在延迟就诊影响因素中的重要独立因素之一，它说明了曾经接受糖尿病足病知识相关讲座介绍或者宣传的患者，在发现足部问题后有更大的可能在病程早期寻求治疗。3 结论虽然我们此次调查只是集中在一家目标医

院的门诊部，而且调查设计人数有限。但是这些研究仍能从侧面反映出：大部分糖尿病足患者存在严重的就诊延迟现象，医务人员应对患者进行有针对性的行为干预，降低糖尿病足患者就诊延迟率，促进糖尿病足早期病变的有效治疗。

### 2 有效的预防糖尿病足

#### 2.1 控制血糖、血压和血脂

血糖、血压和血脂就像是三兄弟，综合管理达到理想目标可以有效降低糖尿病足的风险。

#### 2.2 戒烟

研究表明，吸烟造成足部缺血缺氧，增加糖尿病足溃疡发生和复发的风险。

#### 2.3 适度规律运动

运动可以增加胰岛素敏感性，有助于控制血糖，减轻体重以及改善循环。建议每天进行 30 分钟左右中等强度有氧运动，如：快走、打太极拳、骑车、游泳等，以微微出汗为宜。

#### 2.4 每天检查足部

糖尿病患者要做好足部日常护理，养成每天检查足部的习惯。

检查部位：足背、足底、脚趾、趾甲、趾尖、趾缝，重点检查变形部位。

查看内容：皮肤是否干燥、皲裂；有无鸡眼和老茧、内生甲、嵌甲；有无各种损伤、伤、水泡、淤血、红肿、溃疡、感染(包括霉菌感染)等迹象。如发现红肿、疼痛时，尽早去医疗机构检查，避免延误治疗时机！

#### 2.5 注意保护足部

每日洗脚，水温不超过 37℃，洗完保持足部干爽；定期修剪趾甲，但动作要轻柔，避免弄伤皮肤；选择不挤压脚趾、透气性好的鞋子和袜子等。

#### 2.6 定期随访

糖尿病足有一个预警信号叫作糖尿病周围神经病变，如足部出现发凉、麻木、水泡、老茧等，建议每 3~6 个月筛查 1 次，发现问题及早处理。

综上所述，对于糖尿病患者有必要进行早期干预，尽管早期干预，仍有糖尿病患者膝下血管病变不能完全开通；因血管闭塞导致的足部坏死前期，应该积极开通血管，如果能及时恢复血流灌注，足部可完全恢复正常；对于反复复发的病例可以进行反复的介入治疗可以得到良好的效果；介入后立即清创术，可以有效缩短溃疡愈合时间，缩短住院周期；于严重硬化的患者，即使植入支架，也不能保证长期的通畅，需要进一步改进治疗方案；在不能完全开通股浅动脉时，开通股深动脉也可以改善远端的缺血，达到溃疡愈合的效果；股浅动脉病变复发，与膝下动脉未能成功重建有关，复发性病变可考虑植入支架，能够改善远期通畅率。

### 参考文献

- [1] 张苍曾咏梅刘可.糖尿病足患者就诊延迟现状及其影响因素分析[J],《中华护理杂志》,2016 年第 51 期.
- [2] 柳德元,糖尿病足溃疡感染的临床特点及其预后影响因素分析[J],《河北医学》,2015 年第 12 月.