

糖尿病足溃疡快速诊疗路径



初步评估

合并症

- 心力衰竭分级
- 终末期肾功能衰竭
- 抑郁症

整体法*

- 病史
- 临床检查
- 生物学检验

*: 请注意患者的社会心理背景

糖尿病足病变和下肢评估

无坏死/坏疽
无骨骼、肌肉和/或肌腱外露
脉搏正常
无感染症状*

非复杂性糖尿病足溃疡

护理标准

最长 2 周的观察与治疗
结果: 由于溃疡被肉芽覆盖或再上皮化, 面积减少 30%

是 否

跟进复查护理标准

缩短愈合时间

坏死
骨骼、肌肉和/或肌腱外露
无脉搏异常
感染症状*

或

患有透析病
变或心力衰
竭病变的糖
尿病患者

复杂性糖尿病足溃疡

护理标准

转诊最多延
迟 4 天

转诊至糖尿病足转诊中心

与一线的进一步跟进合作

保肢治疗/↑生命质量

⊕ 坏疽/
蜂窝组织炎/
发热或其他脓毒症症状

高度复杂性糖尿病足溃疡

护理标准

专门的糖尿病足诊所在 24 小时内
进行紧急住院治疗

降低死亡率+
保肢治疗

护理标准的原则

减压: 减少外在和/或内在的生物力学应力/足底压力对于溃疡的保护和愈合至关重要。应根据当地可用资源, 使用适合个人需求的不可拆卸的膝高减压设备、全接触石膏(TCC)、可拆卸助行器或特定鞋类。应指导患者减少站立和行走。应定期进行随访以确保临床有效性和依从性。

恢复足部灌注: 对于周围动脉疾病(踝压<50mmHg, ABI<0.5, 趾压<30mmHg 或 TcPO₂ <25 mmHg)

的患者, 应考虑进行血运重建。当溃疡在优化治疗后的 4 周内未显示出愈合的迹象时, 应考虑进行进一步的血管评估和血运重建(即使上述检查处于可接受/正常范围内)。

感染治疗: 当存在感染的临床迹象时, 应在获得微生物样本(最好是深层组织)后进行经验性和广谱抗生素治疗, 然后根据临床反应和微生物学结果进行调整。在清除任何坏死或无生命组织前, 必须要全面的评估感染的严重性。

代谢控制/整体管理: 代谢方法需要优化血糖控制(如需要使用胰岛素)、营养不良和水肿(如有)的治疗。必须采取相关并发症的优化管理措施。

局部伤口护理: 应经常进行溃疡检查/评估、清创和矫正。敷料的选择应基于溃疡的检查结果(创面床的特征、渗出液、大小、深度、局部疼痛)。如果出现神经缺血性溃疡, 应考虑使用 TLC-NOSF(脂质水胶寡糖)敷料。

名词解释

a. 心力衰竭：正在接受心力衰竭治疗的患者。对于全科医生：该类患者为之前接受过或目前正在接受心力衰竭治疗的结构心脏病患者（例如，患有已知结构性心脏病、呼吸急促和疲劳、运动耐力降低的患者）

b. 终末期肾病：接受肾脏替代治疗（即腹膜透析或血液透析）的患者

c. 抑郁症：接受抑郁症或抑郁症状药物治疗的患者，包括：悲伤或情绪低落、对曾经享受过的活动失去兴趣或愉悦感、食欲变化（与节食无关的体重减轻或体重增加）、睡眠困难或睡眠过多、精力损失或疲劳加剧、无目的的身体活动（例如，搓手或踱来踱去）或动作和言语减慢（他人可观察到的动作）、感觉没有价值或内疚、难以思考、集中精力或做决定、有死亡或自杀的念头。抑郁症状必须持续两周以上才能诊断为抑郁症

d. 坏死：组织失去活力（坏死）

e. 坏疽：由于血液供应不足，所有组织层（真皮、肌腱、筋膜、肌肉）中的组织死亡。如果没有感染，通常会导致组织变干和变黑，通常称为干性坏疽；当组织被感染并伴有腐烂和周围蜂窝组织炎时，通常称为湿性坏疽

f. 脉搏异常：触诊时没有足动脉搏动

g. 肉芽形成症状：它是一种浅红色、柔软、湿润和颗粒状的新生结缔组织，在愈合过程中出现在病变表面。

h. 上皮形成症状：是溃疡愈合的一个阶段，该组织覆盖创面。

i. 与一线合作：在患者初次治疗时共享数据，并在急性期后转诊并定期复查

j. 蜂窝组织炎：由于细菌感染过程，使软组织或结缔组织发炎，并伴有化脓性渗出液

k. 发热或脓毒症症状：患者体温升高，并因感染而引起冷汗、发抖或血压下降。参见指导文件

l. 糖尿病足专科医生的标准：糖尿病足中心，由糖尿病专家、内科医生、足病医生或专科护士以及外科医生组成的多学科团队，为患者提供更好的住院治疗，这些人员具有血运重建技能和深足部感染手术知识，并能提供 24 小时紧急服务

一般性备注

提示 1：复发性溃疡患者需要立即由足部团队进行访视

提示 2：该文件可能需要根据各个国家的法规进行修改