مقاله موروری

اختلالات پای دیابتی

پاره لازم‌یانی: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

فرشاد فرزندی: محقق دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

چکیده

دیابت قنده یکی از بیماری‌های اصلی آسیب‌رسان به دستگاه‌های متعدد بدن است. تعداد زیادی عوارض ناشی از این بیماری وجود دارد که یکی از آن‌ها اختلالات پای دیابتی است. تقریباً 15% از کسانی که مبتلا به دیابت هستند در طول زندگی خود مبتلا به عوارض پای دیابتی می‌شوند. عفونت، زخم یا کانتورن یا که در بعضی موارد به آمبولانس انتقال یا قسمتی از آنها در اثر سوزش و یا مشکلات در ماهینه ممکن است. شایع‌ترین مشکلات این بیماران را تشکیل می‌دهند و درصد این بیماران بالا می‌رود. در این مقاله، به بررسی امکانات، استخوانی و یا مقابله ایجاد شده و سایر امکانات نقش مؤثری در اختلالات جدی داشتن مشکلات پای در افراد دیابتی توجه می‌گردد. شخصیت، استراحت، تغذیه، انرژی، تغییر در اهتمامات، سلامتی و آلودگی اثرات نوروزی از عوامل اصلی در بهبود وضعیت بیماران دیابتی است. افرادی که از این بیماری شویند، در زبان انگلیسی به نیم‌تاندارتی با نام پیشگیری نیستند. همچنین این بیماران برای منابع و خدمات حاصل از آنها را پیشگیری و اقدامات مناسب و علمی به میزان زیادی کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: دیابت قنده، نوع 1، دیابت قنده نوع 2، پای دیابتی، سبب‌سازی، تشخیص، درمان، پیشگیری

مقدمه

دیابت قنده از معیارهای مهم سلامت جامعه جهانی است که شوینده بین ۵ تا ۸ درصد ناپایین مختلف آهنگ دارد (۱). اختلالات استخوانی و عروق های زخم‌های پای و عفونتی شدن آنها در نهایت گانه‌اش به درمان آماده‌شده است. شایع‌ترین علل این بیماری به درمان آماده‌شده بوده است. یکی از این علت‌ها به دیگر عوارض دیابت است، حتا در صورت عدم رسیدگی به منابع خطر سپسی (sepsis) و مراکز جراحی. پای دیابتی‌که از علل مهم و نسبتاً شایع بستری بیماران دیابتی در بیمارستان‌های سالمندی می‌باشد، در زمان راه اندازی بیمارستان‌های دیابتی در سراسر جهان می‌شود. تقریباً ۱۵% بیماران دیابتی مبتلا به پای دیابتی می‌شوند (۲). احتمال بروز زخم و

گانگرند در اندازه‌ای افزایش دیابتی به ترتیب ۱۵ و ۵۰ برابر افزایش بهبودی است (۴). به همین دلیل دیابتی تغییرات غدد و متابولیسم قلب از نظر نسبی است. مواردی که برای افراد دیابتی است. این مشکلات در آلودگی اتمسفر و نوروزی در بررسی بررسی، تغییر در اهداف و نشانی از مبتنی‌های عضوی می‌باشد. این تغییرات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

(۱) با نام (Charcot) نیز نیز بررسی گسترده‌ی معنی‌داری به منابع خطر سپسی (sepsis) و مراکز جراحی. پای دیابتی‌که از علل مهم و نسبتاً شایع بستری بیماران دیابتی در بیمارستان‌های سالمندی می‌باشد، در زمان راه اندازی بیمارستان‌های دیابتی در سراسر جهان می‌شود. تقریباً ۱۵% بیماران دیابتی مبتلا به پای دیابتی می‌شوند (۲). احتمال بروز زخم و
تعریف باید دیابتی

بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت (WHO) پای یک بیمار دیابتی که احتمال بروز عوارض نظیر زخم شدن و اغمازی پای در پی یک نیز اشکالات عصبی و درجاتی منفی از ضایعات عروقی در آن پای دیده است به پای دیابتی شناخته می‌شود (diabetic foot).

جدول ۱- عوامل خطرزای زخم پای افراد دیابتی

- نورولوژی: هیپرگلیسمی
- درمانی: میاپنیتی و نوزیدگی

- تورئی میکروواسکولار: تحریک رشته عصبی نوروباتی

- خاصیت محیطی خود بعنوان اولین مساعدة کننده برخوردار زخم در پای مبتلا به دیابت شناخته شده است.
بدشکل‌های ساختاری به اختلالات ساختاری مادرزادی، ضایعات عصبی، بیومکانیک غیرطبیعی و جراحی‌های قبلی همگی می‌توانند به بروز بدشکل‌های ساختاری در پای‌های شویدن ارتباط داشته باشند. این بدشکل‌های ساختاری در پای‌های فشاری (pressure ulcer) زمینه بروز زخم فشاری می‌کند.

نقطه گرما در پیدایش آسیب‌های پای

در جریه حرارت حدود ۷۰ درجه فارنهایت چه مربوط به یک پای بیشتر شده می‌باشد. باز هر ۱۰۰ گرم نفت به خون حدود ۱۰۰ ml/min می‌باشد، اما اگر درجه حرارت

پای به ۱۰۴ درجه فارنهایت برسر ۱۰ برای خواهد شد. در بیماران دیابتی به خاطر وجود بیماری عروقی محتمل که در زمینه بیماری پدید می‌آید، این تیاز افزایش پافته، قابل تأمین شدن نیست و در نتیجه در اثر افزایش درجه حرارت احتیال بروز تاول، زخم، عفونت و کانگرنس بسیار بیشتر از افراد عادی است (۲).

فصل شارکور

نورسانتورآترپولیطا با مفصل شارکور به تغییر بیش‌رونه مفصل استخوانی که به باعث ایجاد برخستگی‌های استخوانی در یا و افزایش احتیال زخم در اثر فشار می‌شود. در مراحل اولیه علائم آن عبارتند از پای گرم، قرمز و متحرک با تغییر های کوتاه و وریدهای برخسته که ممکن است این شانه‌ها با سولیت استهیا شود. به مور زمان متانازی این استخوان‌ها و استخوان‌های پا شکسته می‌شوند و فوس کف پای فرد از بین رود (شکل ۱).
پای افراد دیابتی که اساس عوارض بعدی در اندام پایی به تنش خونی (hypertension) و ضعف عضلانی (muscle weakness) و ناامنی پایی (instability) و سایر عوارض مربوط به این ادای پایی می‌باشد. از این جهت نیز تاکید بر این است که افراد دیابتی باید به دقت با شرایط پای خودشان آشنا شوند و در صورت شیوع عوارض مربوط به اندام پایی به پزشک لازم انتساب کنند.

شرح حال
از بیماران یک شرک حلال شد، و تمام گرفت. در این راستا نتایج کلیدی حالت امید در جدول 2 آمده است (1، 2، 4، 6، 17).

مفهوم‌های بالینی
برای رسیدن به پی رنی درمان موثر، انجام مبنا با پی رنی درمان شده. در مورد نمایی بیماران دیابتی مشاهده شده که با توسط عضو در هر بار مراقبتش و مبنا به دقت آنها، حتی در کسانی که عوارض ناشی از فشارپای ها ندارند، حداقل سالی به دام افتاده است.

شکل 1- سیستم افتاده در پای افراد دیابتی
بدرقه است در مورد افرادی که مبتلا به پای دیابتی هستند این معاینه‌ها جزئیات بیشتر و در دفعات بیشتری باید صورت پذیرد. توجه کنید در این مورد راهنمای جهانی خاصی وجود ندارد، و رعایت آنچه در جدول ۳ آمده است از طرف بیماری از متخصصان این رشته توصیه می‌شود (۴).

پیشگاه بیماری مرافقت از ادامه بالایی را قرار می‌گیرد. در بیماران از بیماری نوزادی، مربوط می‌گردد. در آن، بیماران سوختگی انگشتان در آن به دست گرفتن نوشیدنی‌های داغ یا سیگار شایع است.

**جدول ۲** - نکات کلیدی در اخذ شرح حال از بیماران دیابتی در معرض خطر اختلالات پای دیابتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شرح حال عمومی:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سابقه زخم تحتالامی روی پای بیمار:</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت زمان ابتلا بیمار به دیابت</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع تکثیر تصویری</td>
</tr>
<tr>
<td>بروز مشکلات قلبی، عروقی، کلیوی و</td>
</tr>
<tr>
<td>بهبود</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| سابقه بیماری پیشین بیمار 
| سابقه اختصاصی در مورد پای: |
| عفونیت‌های روی زخم بیمار |
| پوشش پای |
| وضعیت اجتماعی یا پای مواد شیمیایی |
| وجود کالری پای یا |
| بدن‌کلیه ساختاری یا |
| سابقه افراد قبلی روی پا |
| نشانه‌های نورپردازی |
| نشان‌های احساسی |

**جدول ۳** - دفعات معاینه پایا در بیماران مبتلا به پای دیابتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>دفعات معاینه پایا</th>
<th>بیماران مبتلا به پای دیابتی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سالی دو بار</td>
<td>ابتلا به نورپردازی</td>
</tr>
<tr>
<td>سالی چهار بار</td>
<td>ابتلا به نورپردازی و اختلال عروقی</td>
</tr>
<tr>
<td>سالی ۱۲ بار</td>
<td>دارای سابقه زخم با یا فطق اندام پایی</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۴ - معاینات بالینی و بررسی پاهای افراد دیابتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>معاینات عروقی</th>
<th>لمس نیم‌ها (نفس های بیشتر، بی‌پشتی، پوست رنگین و فمورال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>زمان پریدن و ریزیدن (ترمال ۲۰ ثانیه)</td>
</tr>
<tr>
<td>تغییرات رنگ پوست (سیاه، اریک و مرمی)</td>
<td>وجود ناامنی</td>
</tr>
<tr>
<td>بررسی دلایل پوست</td>
<td>بررسی ناحیه‌ای اسکیمی طول کشیده در پوست (آرتوپوست و ناخن‌ها، چین و چربک گیری‌های پوست و کاهش موه مای پوست)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>معاینات عصبی</th>
<th>دختر ارتعاش (با داده‌های ۱۲۸ هرتز)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>دختر فشار خاص</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>قدرت نشان‌دهنده دو نقطه (two – point discrimination)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>پین درک</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>رفتار‌های ناهنجاری مفصل</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>علامت باینسکی</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمون رومبرگ</td>
<td>(Romberg)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>معاینات عضلانی - اسکلتی</th>
<th>ناحیه‌های پوست و بندکتیکال</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>ناحیه‌های شکنی، ناحیه‌های زخمی و سایر ناحیه‌های تحت تاثیر (بیماری‌های اپیدمی)</td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>ناحیه‌های زخمی و سایر ناحیه‌های تحت تاثیر (بیماری‌های اپیدمی)</td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>ناحیه‌های زخمی و سایر ناحیه‌های تحت تاثیر (بیماری‌های اپیدمی)</td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>ناحیه‌های زخمی و سایر ناحیه‌های تحت تاثیر (بیماری‌های اپیدمی)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>بررسی پوست</th>
<th>ظاهر پوست (رنگ، انعم، قوم)</th>
<th>خشک خشک</th>
<th>خشکی پوست و ...</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کال با پینه (ب) و یک تغییر رنگ آن و یا خون‌ریزی زیر آن</td>
<td>شفق (پریش در پاپا)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>بررسی وجود پا نابودی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>بررسی بین انگکستان با</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ظاهر ناخن‌ها (آرتوپوست و دیستوپوست ناخن، هیپنومیز ناخن، انگکستان پکیژ)</td>
<td>بررسی وجود پا نابودی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>بررسی پوست و پا</th>
<th>نوع</th>
<th>اندام و جنس کشش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وجود اجسام خارجی در کشش</td>
<td>استفاده از ارتوز</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
بررسیهای عصبی
چنانچه معاینه بالینی دقیق طبق جدول ۴ در مورد اعصاب (nerve conduction velocity) NCV انجام گیردند، در پیشتر مورد نیاز به بررسی HbA1c و CBC کشت خون، کشت خون ESR، CBC، U/A، U/A و کشت خون از زخم و نیز بررسی کامل ادار (HEMOCOMPOSITION) HbA1c معمول در این مورد هستند که هر کدام به تناسب نیاز درخواست می‌شوند.

نشانه‌های تصویربرداری
در بیماران دیابتی که نشانه‌های از یک دیابتی دارند، گرفتن یک عکس سایه رادیوگرافی از یک کمک رایزی خواهد کرد. رادیوگرافی سایه و درون‌شرایط نورپردازانی و تخصصی‌تر، شیمی‌کاوش، درون‌دری در مقابل نورپردازانی کلینیک‌زا که میانی سرخرگ و وجود گانگلیون گازی در بانه‌های رئوما کاردیا دارد.

لایه گیری میزان فشار وارد بر کف یا اندام از آن落后 در حالات وارد بر یک غول عامل خطرنکه مشخص در زخم شدن یا شناخته شده است، اندام‌های کاهش داری دقیق بر اساس توزیع دستگاه‌های راپید و توصیف می‌شود. در موارد جهت یافتن استومنیت، تهیه‌کننده در مواردی که توصیف نورپردازانی که لایه گیری یا سرخرگ وجود گانگلیون گازی در بانه‌های رئوما کاردیا دارد.

ارزیابی زخم پای دیابتی
همه زخم‌های یک پای دیابتی (به جز زخم‌های خیلی سطحی) باعث به وجود یک میل استریل و کند (probe) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. نتیجه این بررسی نشان می‌دهد که زخم استریل است با خبر، عمق زخم (sinus tract) در زخم ایجاد شده است با خبر، عمق زخم چقدر استاب و با آرامش مسکن، و کم‌ایستا که زخم مطالعات انجام شد. کشف نتیجه نشان دهنده آن تحسین، جراحی نیاز به انجام کشت از زخم پاسخ با پا بیاد ابتدا زخم را با رعایت اصول استریل می‌کند، کوتول نمود و آگاهی از قاعدته زخم با کورت می‌کند و کشت، با یک مشی چنانچه آبسه‌ای در زخم ایجاد شده باشد، مایع آن را اسپریت نمود و آن کشت تهیه کرد.

بررسی‌های عروقی
یک اگر در شرح حال با معاینه بالینی، نشانه‌هایی داد بر اسکمیک با وجود داشته باشد یا نباید، و در زخمی در پیش از ادامه طول شکسته باشد، یا نباید، این می‌تواند قابل لمس نباشد. اگر انجام یک بررسی عروقی، خواهد یافت شد که منجر به انجام کشت از زخم باشد باشد ابتدا زخم را با رعایت اصول استریل می‌کند، کرت نمود و آگاهی از قاعدته زخم با کورت می‌کند و کشت، با یک مشی چنانچه آبسه‌ای در زخم ایجاد شده باشد، مایع آن را اسپریت نمود و آن کشت تهیه کرد.

طقه‌بندی زخم پای دیابتی
طبقه‌بندی این زخم بر اساس اطلاعات بالینی و پراکنده برای برخی ازمتری، می‌تواند نحوه درمان لازم را تفکر طبقه‌بندی هاکوگانوجی و جدای پیشتر مورد

ازمودهای آزمایشگاهی
FBS (FITC), HbA1c، ESR و CBC.

کشت خون از زخم و نیز بررسی کامل ادار (HEMOCOMPOSITION) HbA1c معمول در این مورد هستند که هر کدام به تناسب نیاز درخواست می‌شوند.

امروزه رگ نگاری تریفیک دوگانه (angiography) و نیز رگ نگاری با روند مغناطیسی (MRA) در بعضی موارد انجام گرفته‌اند.
درمان
هدف اول درمان زخم‌های پای دیابتی بسته شدن زخم و تسریع این روند می‌باشد. پای‌های اساسی (closure)
درمان عبارتند از: دربند، کاهش فشار وارد بر یا (off)
و برخورد مناسب درمان زخم، غرفه زخم و
ایسکیکی تاحیه متمایز در این مراحل توجه به بیماری‌های همراه
و دیگر عوارض دیابتی بیمار و مشکلات روی-
اجتماعی وی حائز اهمیت است.

دربند
دربندان فتاهانی تکوروز و مواد زاید (debris)
روندهای زخم ضروری است.
دربندان اولویتی: چنانچه محل یک زخم مربوط نگاه
داشتند و جراحی خون مناسبی برقرار باشد، دربندان
توصیه خوان و سرلشایان آن صورت خواهد گرفت.
دربندان آزمایی: استفاده از آنزیم‌های پروتئولیتیک
امروزه یکی از روش‌های مورد استفاده در بعضی مراکز جهت
دربندان زخم می‌باشد.

دربندان ماکتیکی: شستشوی با نیترات سالسین به صورت
ضرایبی (pulsed lavage) یا شستشوی زخم با فشار نیترات
سالسین انکل از دربندان ماکتیکی زخم را تراهم کند که تا
حدی به خور جاتی تکوروز شده کمک خواهد گردید.
دربندان جراحی: با استفاده از اسکالر، نیشگون
گیره‌های فانتی (tissue nippers)
و گاه کوتور مواد به
نحو مطلوب و مؤثری به‌فتهای تکوروز و مواد زاید را از

جدول 5- طبقه‌بندی و اکثر در مورد زخم پای دیابتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص</th>
<th>تعریف</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>درجه 1</td>
<td>زخم سطحی</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه 2</td>
<td>زخم عمقی تا تاکوندی کپسول مفصل</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه 3</td>
<td>زخم عمقی دارای آیس، استروپتیلیتی و غرفه مفصل</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه 4</td>
<td>کاشت لورالیزه در کلیه یا پی شانه یا</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه 5</td>
<td>گاهی نمی‌باشد یا</td>
</tr>
</tbody>
</table>

زخم‌های خارج نمود. این روش رایج‌ترین و شاید تا حد
تأیید شده‌ترین روش دربند در این زمینه رساندن به فاصله خنثی‌بری دهه اخیره یادکرد.
کال های اطراف زخم نیز می‌توان با این روش برداشته
اگر در یک زخم پای دیابتی آسیبی تکل شده باشد،
باید بیمار فوراً در بیمارستان بستری شده و آسیب را دنبال
کامل نمایم و از آن نمونه برای کشت بررسیم. در صورتی
که استنولیتیفی، غرفه مفصل گاکنگرز خاده باشد، گاه
زکینیز مفصل یا دفع فشمی از پا انتخاب نامیده است.
دربندان بهتر است به نهایی حرجم شود که قاعده زخم
بایدنده مثل باشد زیرا این مسئله در روندهایی آن نقش
مثبتی خواهد داشت. پس از انجماد دربندان می‌توان در محل
زخم از مواد موضعی تسریع کردن این روند انجام زخم استفاده
نمود و آنگاه با رعایت اصول استریلیتی زخم را پاسپتی
کرد. دربندان مجدید در صورت ایجاد دوباره بهفتاه
نکروتیک ضروردی خواهد بقای و معمولاً بیماران هفتاه
یک بار به این عمل احتیاج پیدا خواهند کرد.

کاهش فشار وارد بر یا
جانشینی از فشار وارد بر یا کاسته شنود، تروم‌هایی مکر
روعه‌های زخم رشته هم یا به این وارد خواهد شد و زخم به‌مثابه
یافته. از جمعب زیر بیغ. صنایع صرخک ده و انتخاب در
نت، چگ گیری پا ارزورفتین، (foot casting)
بریس‌های را متمرکز، فوستر زخم‌کاره‌های طبیعی مناسب، سیستم‌های طبی، دیگر
و ... همگی روشهای متداول مورد استفاده به این
منظر مستند که به حسب شرایط بیمار و مشخصات زخم
پای پا باید از روش مناسب استفاده کرد.

Wagner (1958) استفاده قرار می‌گیرد. نظام طبقه‌بندی و اکثر
که در جدول 5 آمده است. و توصیه کالج جراحان با و
مکا آمریکا به‌طور است در مورد هم‌رس، ایسکیکیکی زخم
غرفه‌ای بودن محل زخم نیز می‌تواند یک

(type of injury)
درمانهای نوین در زخم پای دیابتی

استفاده از اکسیژن پرفشار (hyperbaric O₂ therapy) در محل زخم (34) بسیار مهم بوده و در بیش از ۸۰ درصد موارد موفقیت نشان می‌دهد. از موارد موفقیت‌آمیز استفاده از فاکتورهای رشد موضعی (8)، گرافت پوستی (9)، گرمودرمانی (10)، لیزردرمانی و تحریک الکتریکی، راههای نوینی و در دست تحقیقات هستند که در جهت تسریع روند انباشتهای زخمی از جمله زخم‌های پای دیابتی به کار می‌روند. شاید در آینده نه نه‌چندان دور بتوانند جایگزین روش‌های معمول درمان را در زخم‌های پای شوند.

در مطالعه‌های الهام‌بخشی و در تحقیقات علمی پرداخته به زخم پای (growth factor) نشان داده شده که تهیه‌کنندگان این موارد علاوه بر اثرات بیماری تجمعی (empiric) معمولاً بوده و به شرایط بیماری دیابتی و خصوصاً پای و مشاوره با یک متخصص فوقانی بیمار کمک کننده خواهد بود. درمانهای تجربی (empiric) نموده در این مورد وجود دارد. جدول ۶ و ۷ می‌تواند به این مورد راهنما‌مند باشد (4.11).

جدول ۶-درمان‌های پروتئینی تجربی در موارد غیر بهترین کننده ادامه

<table>
<thead>
<tr>
<th>داروهای خوراکی</th>
<th>داروهای تزریقی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أمینی سیلیک/کالکولات</td>
<td>سفولوزین</td>
</tr>
<tr>
<td>سفوناکسیم</td>
<td>اکسیژن سیلیک/کالکولات</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 7- درمان آنتی-بیوتیکی تجربی در موارد تحدید کندنه اندام یا جسم

<table>
<thead>
<tr>
<th>تحدید کندنه اندام</th>
<th>درمان آنتی-بیوتیکی تجربی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آمی سیلیس / سولیکاکتام</td>
<td>پیپراسیلین / تازوبیکلین / وانکومایسین</td>
</tr>
<tr>
<td>پرپیزکینوس / تازوبیکلین</td>
<td>سلوکسکینوس / وانکومایسین / سوالوترازول / سفارنایدیم</td>
</tr>
<tr>
<td>آمی پن / سیلاتناستین</td>
<td>فلوروکوئلون / وانکومایسین / مترونیدازول</td>
</tr>
<tr>
<td>وانکومایسین + مترونیدازول</td>
<td>وانکومایسین + آنتی-بیوتیکی تجربی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 8- خلاصه انواع بهبود در بیمار باینی در مورد مراقبت از بایا

- بررسی روزانه بایا بیمار باید روز بایایی خود را به دقت از نظر وجوه صعوبات مختلف بررسی کند. بهتر است برای هر دیدن فکر یا از آن استفاده شود.
- نشستن بیمار روزانه با بیمار باید روز بایایی خود را به روزهای وolecule انتخاب شود و کاملاً خشک کند. درصورت خشک بودن بیش از حد پوس می‌تواند از کمی کرمی انتخاب نمود. پیش از نشستن بایا با استحصال از باکتری بایا فرد کوتاه بایایی خود مراقبت نماید و درج بایایی این کار را فرد می‌پذیرد.
- بهبود دیده کرده است.
- پوشش بایا: پوشش بایایی نخی مناسب، خود کردن روزانه جویابی را در انتظار اثرات بیماری پیشگیری می‌نماید. در صورت گردن بایایی، باید روز بایایی خود را به روزهای وolecule انتخاب شود و کاملاً خشک کند. درصورت خشک بودن بیش از حد پوس می‌تواند از کمی کرمی انتخاب نمود.

- کنترل قند خون: سعی در تنظیم قند خون و زرم شکمی باید در جلوگیری از پیشرفت شایعات با پرور آنها در پایه افراز شکار وارد شود. در صورت نیاز به پیشرفت شایعات با تا حد آمکات از وارد شدن فشار بیش از حد به یا جلوگیری کم نمود که در این حالت مؤثر خواهد بود.
- جراحی بیشکر: از آنجا که بخش‌هایی که زیر بایا هستند حداقلی نزدیک و محدود به پرینت باشد، اجناج عمل جراحی بیشکر به صورت انتخابی اقدام به اصلاح این بخش‌های می‌شود. همچنین برداشت کالرها و درمان بیشکر نیز می‌باشد.
- مراقبت‌های پزشکی: علرایانه بیمار باید رژیم سالم و مناسب رژیم غذایی را در پایه افراز شکار وارد شود.
- دیدن مراقبت‌های پزشکی در پایه افراز شکار با پرور آنها در پایه افراز شکار، بایستی باشد. در صورت نیاز به پرور آنها در پایه افراز شکار، بایستی باشد. در صورت نیاز به پرور آنها در پایه افراز شکار، بایستی باشد.

باز-گردپسازی (revascularization) یا پرخورد مناسب درمانی با ایسکمی

بر آنجا که توجه به نقش مهم خونرسانی به محل خون، انجام اقداماتی که بتواند در بهبود خونرسانی کمک کند بهشد بسیار خاص اهمیت است. استفاده از واگردبان‌های تکمیلی (pentoxyfylline) و نتیجه بدیل شود.

مطالعه که می‌تواند در مواردی می‌تواند در مواردی نیز باعث آرامش و
آموزش دیده مراقبت از یک بیمار دیابتی که مبتلا به عوارضی از این بیماری شده است را تحت نظر داشته باشند.

چنانچه بیمار دیگری پای دیابتی باندید یک متخصص پدیاپتست (podiatrist) نیز با این مجموعه همکاری نماید. به کارگیری این اصل مهم می تواند در پیشگیری از این ابزار در پیشگیری از بیماری خاص و اندامهای مختلف بدن بیمار می‌باشد.

مآخذ

1. لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرمان. زخم پای دیابتی: تشخیص و درمان. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۷، دوره ۱۶ (شماره ۳): ۱۹۴-۱۹۷.
2. سروس، احمدزاده فروده، فرداد؛ حامدی، سرست، احسان؛ عزیر اهاری، علیرضا؛ شاهی، بهنود اصول بیماری تابعی با زخم‌ها و سوزش‌کشک‌ها. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران; ۱۳۸۲، ص ۲۴۴-۲۴۶.
5. لاریجانی، باقر؛ افشاری، ورود، باستان‌حق، محمدحسین؛ یزدانی، محمد؛ برادر جلیلی، رضا؛ معاونی، منصوره. شیوع آمیوتاسیون عضو در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بستری شده در بیمارستان شریعتی و امام خمینی تهران ارسال ۱۳۵۸. مجله دیابت و لیپید/ ایران۱۳۸۰، اکتبر، شماره (۵-۶).
8. لاریجانی، باقر؛ افشاری، ورود، باستان‌حق، محمدحسین؛ یزدانی، محمد؛ برادر جلیلی، رضا؛ معاونی، منصوره. شیوع آمیوتاسیون عضو در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بستری شده در بیمارستان شریعتی و امام خمینی تهران ارسال ۱۳۵۸. مجله دیابت و لیپید/ ایران۱۳۸۰، اکتبر، شماره (۵-۶).