

当归、白及外用联合特定电磁波治疗器防治 I 期压疮的临床研究*

王俊杰, 李伏燕, 李薇, 王刚[△] (湖北医药学院附属太和医院 PET 中心, 湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 探讨当归、白及外用联合特定电磁波治疗器(TDP)在压疮预防以及治疗 I 期压疮中的应用。方法 将 2012 年 3 月至 2013 年 4 月住院的高危和 I 期压疮患者 82 例作为试验组。2010 年 10 月至 2011 年 12 月入院的 80 例高危和 I 期压疮患者作为对照组。试验组创面给予当归、白及外用外敷联合 TDP 照射, 对照组创面给予 3M 透明敷贴创面。结果 对照组患者未发生压疮 34 例, 有效率 85%。试验组患者未发生压疮 42 例, 有效率 100%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 试验组治疗 I 期压疮的有效率 92.3%, 对照组治疗 I 期压疮的有效率 73.1%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 当归、白及联合 TDP 照射能显著预防压疮的发生, 并能促进 I 期压疮的愈合, 效果显著, 值得临床推广应用。

【关键词】 压疮; 当归、白及外用; 电磁波治疗器

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.029 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)09-1217-02

压疮(PU)是身体局部组织长期受压, 血液循环障碍, 组织营养缺乏致使皮肤失去正常功能而引起的组织破溃和坏死^[1]。压疮的形成与修复损伤组织的自由基、细胞因子及生长因子密切相关^[2]。《新编护理学基础》将压疮分为 3 期: I 期淤血红润期, II 期炎性浸润期, III 期溃疡期。I 期压疮(淤血红润期)表现为红、肿、热、痛或麻木, 短时间内不见消退。此期皮肤的完整性未被破坏, 为可逆性病变^[3]。早期干预是预防压疮发生、发展的关键^[4]。如果此期护理不当, 容易使 I 期压疮向 II、III 期压疮发展, 不仅增加患者痛苦又加重患者的经济负担。国内外均将压疮的发生率作为护理质量评价的重要指标之一, 我国卫生部将压疮的发生率和防治作为三甲医院护理质量的重要考核指标。因此, 如何防治压疮, 减少压疮并发症, 保障患者安全, 成为护理工作的一个重要环节。本院对 162 例 I 期压疮患者采用随机分组法, 分别分为当归联合白及外用+特定电磁波谱(TDP)、3M 透明敷贴创面试验组, 进行 I 期压疮的防治疗效对比研究, 同时评估两组压疮治疗的有效率, 现将研究方法 with 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2013 年 4 月住院的高危和 I 期压疮患者 82 例作为试验组, 其中男 42 例, 女 40 例; 年龄 46~78 岁; 高危压疮 56 处, I 期压疮 26 处; 压疮发生部位: 骶尾部 29 处、脊椎体骨隆突处 30 处, 髌部 26 处、臀部 23 处、肘部 25 处、膝部 12 处、小腿外侧 8 处, 肩胛部 13 处、四肢 15 处、外踝 9 处、足跟部 8 处, 其他 4 处; 面积 0.5~12.0 cm²。选择 2010 年 10 月至 2011 年 12 月入院的 80 例高危和 I 期压疮患者为对照组, 其中男 40 例, 女 40 例; 年龄 44~76 岁; 高危压疮 54 处, I 期压疮 26 处; 压疮发生部位: 脊椎体骨隆突处 31 处, 骶尾部 28 处、髌部 25 处、肘部 26 处、臀部 24 处、膝部 10 处、小腿外侧 9 处, 肩胛部 14 处、四肢 14 处、足跟部 9 处, 外踝 7 处、其他 5 处; 压疮面积 0.6~11.0 cm²。将两组患者按照性

别、年龄、受压部位、疮面大小、压疮分期等因素进行比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 压疮评估标准

1.2.1 高危压疮判定 感觉: 完全丧失 1 分, 严重丧失 2 分, 轻度丧失 3 分, 未受损害 4 分; 潮湿: 持久潮湿 1 分, 十分潮湿 2 分, 偶尔潮湿 3 分, 很少潮湿 4 分; 活动情况: 卧床不起 1 分, 局限于椅 2 分, 扶助行走 3 分, 活动自如 4 分; 行动能力: 完全不能 1 分, 严重限制 2 分, 轻度限制 3 分, 不受限制 4 分; 营养: 严重不良 1 分, 不良 2 分, 中等 3 分, 良好 4 分; 摩擦力和剪切力: 有 1 分, 有潜在危险 2 分, 无 3 分。入选两组的患者评估分均小于或等于 12 分, 属于高危压疮患者。

1.2.2 方法 局部外敷方法: (1) 对照组采用局部无菌生理盐水冲洗创面、聚维酮碘消毒, 3M 透明敷贴创面, 然后采用无菌纱布和无菌敷料对创面进行包扎, 每天换药 2 次。(2) 试验组采用无菌生理盐水局部冲洗, 随后联用 TDP 照射, 照射距离通常为 10~20 cm, 照射时间 30 min, 皮肤表面温度控制在 38~46 °C 范围, 以免照射过程中烫伤, 经常询问患者的感觉并观察局部情况, 随时进行调节。照射结束后, 将压疮表面均匀涂抹当归、白及外用, 厚度约 1~2 mm, 涂敷范围超过压疮创面边缘 2 cm, 外敷无菌纱布, 胶布固定, 每天换药, 照射 2 次。两组患者均进行压疮常规护理。

1.2.3 疗效判断标准 (1) 未发生压疮。皮肤无红肿热痛或受压发红部位压之褪色, 且解除压力后 30 min 内能恢复正常。(2) I 期压疮。显效: 创面结痂并脱落, 局部组织完全修复; 有效: 创面变浅, 面积缩小, 渗出减少或基本无渗出, 或原正常皮肤无红肿, 水泡, 溃疡; 无效: 创面无变化, 或进一步发展或原正常皮肤出现红肿, 水泡, 溃疡。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验进行检验, 以 $P < 0.05$ 具有统计

* 基金项目: 湖北省教育厅基金项目(B20122418)。

[△] 通讯作者, E-mail: 13972481839@163.com。

学意义。

2 结 果

2.1 两组高危压疮患者预防效果比较 试验组患者采取当归、白及外用+TDP 联合应用受压皮肤表面,结果未发生压疮 56 例,有效率 100%;对照组患者采用 3M 透明敷贴应用于受压皮肤表面,结果未发生压疮 34 例,有效率 63%。两组比较差异有统计学意义($\chi^2=4.939, P<0.05$)。

2.2 两组 I 期压疮患者疗效比较 两组患者 I 期压疮治疗有效率比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.555, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 I 期压疮患者疗效比较

组别	I 期压疮(n)	显效(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
对照组	26	9	10	7	73.1
试验组	26	13	11	2	92.3*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

中医学认为,久病体虚、年老体弱者,气血已亏,如长期卧床可致气血运行受阻,肌肤失于温煦濡养,造成肌肤腐烂、染毒而成压疮^[6]。压疮是手术患者常见的并发症之一,目前尚无特效的防治方法,压疮的防治护理成为当前护理学领域的重点难题之一。当归、白及为中医传统中药,处方中主要成分当归、白及、姜黄、甘草、轻粉、冰片、蜂白蜡等,其综合功效具有润肤、保湿和促进压疮创面愈合的作用^[5-8]。处方中的当归具有活血补血、通经活络的作用;白及具有收敛止血、消肿生肌、抗菌的作用;蜂白蜡具有抗炎、保湿、润肤等功效,能增加皮肤的弹性,软化角质。当归、白及含有的多糖和黏液附着性强,对皮肤刺激性小,不阻碍皮肤表面分泌物的分泌和水分蒸发,对皮肤的正常功能影响较小,药物释放后透皮吸收快^[9-10]。应用当归、白及中药外敷压疮,能够诱导血管舒张,又可增强局部皮肤组织的抵抗力,并可增加细胞的内聚力,加速表皮细胞的更新,改善受压局部氧供。

TDP 治疗压疮的原理是通过将多种元素的电磁波与体内相同元素产生谐振,使局部组织温度升高,毛细血管扩张,组织细胞活力及再生能力提高;促进上皮生长、促进细胞内的元素排列,提高细胞内各种酶的活性,激发机体自身免疫功能和抗病能力,从而增强机体的代谢能力和免疫功能^[11];此外,促进机体脑啡肽的分泌,达到镇痛消炎、促进愈合等作用^[7],以期达到改善压疮症状、康复疾病的目的。将当归、白及中药外用联合 TDP 照射,通过发挥外用中药促进局部组织血液循环的作用,增强细胞功能,增加局部含氧量,促进上皮细胞生长,加速创面愈合等治疗效果,有利于组织的再生和修复^[12-17]。

通过对试验组和对照组的对比研究,当归、白及中药联合 TDP 照射能明显预防压疮的发生,并能促进 I 期压疮的愈合,效果明显,为压疮的防治与护理提供一定的实验依据和理论基础。目前,临床上尚无活血消肿、生肌敛疮等综合功效的制剂联合 TDP 应用于压疮的防治与护理。因此,将具有促进血液循环及促进皮肤创面愈合作用的新型制剂联合 TDP 应用于防治压疮具有重要的临床意义和经济价值。临床实践证明,当归、白及中药联合 TDP 照射防治压疮护理操作简单,使用方便,患者痛苦和不良反应少,效果满意,成本低,适合临床应用

推广。降低压疮发生率重在预防。当归、白及中药能够增加皮肤抵抗力,费用仅仅是治疗费用的 1%,同时也降低了医务人员的劳动强度,使复杂的预防压疮操作变得简便易行,值得在临床上广泛推广。

参考文献

- [1] 涂倩,孙艳,张纯瑜,等.氧合作用和血流灌注指标对 ICU 患者压疮发生的预警作用[J].中华护理杂志,2011,46(3):285-287.
- [2] 李凤萍,锁安云,郑莹莹,等.贝复剂联合红霉素软膏治疗深 II 度压疮的疗效观察[J].护理研究,2010,24(33):3034.
- [3] 董晓江,吕巧芸.压疮防止新进展[J].护理研究,2010,24(6B):1516-1518.
- [4] 李小萍.基础护理学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2006:86.
- [5] Watts D,Abrahams E,Macmillan C, et al. Insult after injury: pressure ulcers in trauma patients[J]. Orthop Nurs, 1999,17(4):84-91.
- [6] Coleman EA, Martau JM, Lin MK, et al. Pressure ulcer prevalence in long-term nursing home residents since the implementation of OBRA'87. Omnibus Budget Reconciliation Act[J]. J Am Geriatr Soc, 2002,50(4):728-732.
- [7] Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, et al. Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands[J]. Res Nurs Health, 2002,25(2):99-110.
- [8] 常明泉,陈芳,叶立红,等. 瑰及乳膏的制备与质量控制[J]. 中国药事,2010,24(4):400-402.
- [9] 梅正平,王俊杰,王刚,等. 瑰及乳膏祛腐生肌作用机理的实验研究[J]. 国际中医中药杂志,2010,32(4):301-302.
- [10] 梅正平,王俊杰,王刚,等. “瑰及”乳膏中白及不同提取部位活血化瘀作用的实验研究[J]. 中国医药导刊,2010,12(7):1207-1208.
- [11] 贾长虹. 双柏散外敷配合 TDP 照射治疗压疮的观察及护理[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(8):75-76.
- [12] 刘红,付晓悦,余晓晨,等. 压疮危险因素评估及预防研究进展[J]. 中国护理管理,2007,7(2):50-51.
- [13] 王刚,常明泉,梁耀文,等. 正交试验法优选瑰及乳膏的制备工艺[J]. 中国药师,2010,13(8):1135-1137.
- [14] 章晓幸. 护理学基础[M]. 3 版. 郑州:郑州大学出版社,2003:221.
- [15] 徐燕. TDP 灯在脑卒中患者压疮护理中的应用[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(20):2579-2580.
- [16] 吴熹,李培珍. 紫花烧伤膏治疗褥疮的疗效观察[J]. 护理研究,2002,16(4):215-216.
- [17] 刘珍. 中药褥疮 I 号治疗褥疮的护理[J]. 中华护理杂志,2001,36(8):63-64.