

当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期压疮的研究*

滕敬华¹, 马 丽¹, 王俊杰^{2△} (湖北医药学院附属十堰市太和医院: 1. 消化内科; 2. PET 中心, 湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 观察当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期压疮的效果。**方法** 选择 2012 年 3 月至 2013 年 3 月在湖北医药学院附属十堰市太和医院消化内科住院的 46 例Ⅲ期压疮患者。分为观察组 27 例, 对照组 19 例, 创面用左氧氟沙星粉湿敷。观察组创面给予常规护理方法后, 采用当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗, 对照组创面给予常规护理方法后用取左氧氟沙星粉用生理盐水稀释成糊状敷于创面上。**结果** 观察组治疗 1、2 周后显效率为 88.9% 和 94.4%, 对照组显效率为 53.8% 和 73.1%, 观察组显效率高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期压疮效果显著, 值得推广。

【关键词】 当归; 白及; 雾化吹氧; 压疮

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.037 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)10-1384-02

压疮是长期卧床患者常见的并发症, 是由于身体局部组织长期受压, 血液循环受到阻碍, 不能适当供给皮肤和皮下组织所需营养, 以致局部组织失去正常功能而形成的溃烂和组织坏死, 又称压力性溃疡^[1]。压疮分为 4 期: I 期淤血红润期, II 期炎性浸润期, III 期浅度溃疡期, IV 期深度溃疡期。III 期压疮是指在 II 期压疮的基础上, 水泡部位继续受压, 血液循环得不到改善, 表皮破溃, 露出创面, 有黄色渗液, 感染后创面有脓性分泌物覆盖, 致使浅层组织坏死, 疼痛加剧。此期如不采取有效措施, 压疮将继续发展为 IV 期压疮, 创面感染可向周边及深部扩展, 引起组织坏死甚至脓毒败血症危及患者生命^[2]。为探讨简便易行、安全有效的治疗方法, 对 46 例 III 期压疮患者采用随机分组法, 分为当归和白及外用联合雾化吹氧法的试验组与左氧氟沙星粉湿敷的对照组治疗 III 期压疮, 并进行对比研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2013 年 3 月在湖北医药学院附属十堰市太和医院消化内科收治的 III 期压疮患者 46 例, 其中男 29 例, 女 17 例; 年龄 45~83 岁, 平均 62.4 岁; 基础病变: 冠心病 26 例, 肺部感染 16 例, 心力衰竭 2 例, 骨折术后 2 例; 压疮面积最小 1 cm×1 cm, 面积最大 8 cm×12 cm; 压疮发生部位为骶尾部、髌部、臀部、肘部、膝部、小腿外侧、足跟部。随机分为两组, 对照组 19 例(26 处), 男 12 例, 女 7 例; 压疮 26 处, 分布于骶尾部 12 处, 髌部 6 处, 臀部 4 处, 肘部 1 处, 足跟部 3 处。观察组 27 例(36 处), 男 14 例, 女 13 例, 骶尾部 18 处, 髌部 8 处, 臀部 4 处, 膝部 1 处, 小腿外侧 2 处, 足跟部 3 处。两组患者年龄、病情等比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 46 例试验患者均给予气垫床, 床单元干净整洁, 2 h 翻身 1 次, 皮肤保持清洁干燥, 改善全身营养状态。彻底清创, 用聚维酮碘消毒创面周围皮肤(避开创面, 以避免影响细胞分裂和肉芽组织中毒), 后用注射器抽取生理盐水漩涡式冲洗, 清创至创面新鲜, 有微量血液渗出即可。用红外线灯距离创面 30 cm 照射 30 min 至创面干燥。(1) 对照组: 取左氧氟沙星粉用生理盐水稀释成糊状敷于创面上, 并完全填充皮下间隙, 涂敷范围超过受压面边缘 0.5 cm, 用无菌纱布覆盖, 由专人每天换药 1 次。(2) 观察组: 对创面部位采用空气隔绝后局部雾化吹氧(将雾化器中放入生理盐水 5 mL+地塞米松 2.5 mg+庆

大霉素 40 000 U+糜蛋白酶 2 000 U, 通过高速氧气气流, 使药液成雾状)。具体方法: 将塑料袋罩在创面上并固定四周, 使创面处形成一个密闭空间, 通过小口像袋内雾化吹氧 25 min^[3], 氧流量为 6~8 L/min, 后用自制瑰及乳膏涂敷于受压皮肤表面约 1 mm 厚, 并充分填充皮下间隙, 涂敷范围超过受压面边缘 0.5 cm, 用无菌纱布覆盖, 由专人每天换药 1 次。

1.3 疗效判断标准 分别于治疗 1、2 周后进行疗效判定。治愈: 皮肤破溃处已结痂愈合, 破溃处腔隙已被新鲜肉芽组织填满。创面干燥, 无脓性分泌物; 有效: 创面缩小, 脓性分泌物减少, 有肉芽组织生长, 渗液减少; 无效: 压疮如前或恶化。显效率=(治愈+有效)/总例数×100%。

1.4 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, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗 1 周后, 观察组治疗的显效率(88.9%)明显优于对照组(53.8%), 差异有统计学意义 ($\chi^2=9.682\ 4, P<0.01$), 见表 1; 治疗 2 周后, 观察组治疗的显效率(94.4%)更优于对照组(73.1%), 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.5547, P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者治疗 1 周后的疗效比较

组别	压疮(n)	治愈(n)	有效(n)	无效(n)	显效率(%)
对照组	26	5	9	12	53.8
观察组	36	12	20	4	88.9

表 2 两组患者治疗 2 周后的疗效比较

组别	压疮	治愈(n)	有效(n)	无效(n)	显效率(%)
对照组	26	9	10	7	73.1
观察组	36	13	21	2	94.4

3 讨 论

传统治疗左氧氟沙星粉用生理盐水稀释成糊状敷于创面上, 每天换药 1 次, 左氧氟沙星粉对革兰阴性菌有较强的抑菌、杀菌作用, 但同时也抑制了创面组织细胞的再生, 创面愈合缓

* 基金项目: 湖北省教育厅基金项目(B20122418)。 △ 通讯作者, E-mail: 15872751885@163.com。

慢^[3-4]。国外护理学者也认为抗菌药物仅能消除压疮局部伤口不愈合的感染因素,没有其他的积极效果,并且对活组织细胞具有破坏性,因此建议压疮局部尽可能避免使用抗菌药物^[5]。

当归、白及是多年生草本植物,也是最常用的中药之一,具有补血活血和消肿排脓、生肌敛疮、祛腐生肌的作用。其综合功效具有抗氧化、清除皮肤自由基、润肤、促进伤口愈合的作用。当归、白及研磨成粉后涂覆于创面,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^[6-9]。对创面及周围皮肤起到一种抑菌作用,有利于创面炎症和组织水肿消退,促进肉芽生长和创面愈合。吹氧法利于改善组织氧代谢的功能,能较好的改善组织缺氧的状态,促进组织新生,加速伤口愈合,氧气可使局部毛细血管氧含量增加,促进受损细胞恢复,还可以使脂肪组织和蛋白组织液化,有利于压疮的愈合。而雾化器中加入的地塞米松具有抗炎、抗过敏、免疫抑制作用;左氧氟沙星粉具有治疗细菌感染,阻断细菌蛋白质合成的作用;糜蛋白酶具有促进创伤或手术后伤口愈合、抗炎的作用。将两者结合治疗,具有协同作用,能够更好地增强疗效。临床实践证明,当归和白及外用联合雾化吹氧法操作简便,安全,雾化吹氧过程中患者感觉舒适,效果较好,且成本低,药物无过敏、无刺激,易于被患者接受。当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期压疮,既有抗炎和促进愈合作用,又解决了抗菌药物类或非抗菌药物类单一防止感染或单一促进创面愈合而无法两者协同兼顾的缺点,既整合了中医药及物理方法治疗压疮的双重优势和特点,同时又具备了现代湿润伤口愈合理论的优势。

通过观察本实验两组治疗 1、2 周后的压疮情况,发现观察组压疮的恢复效果明显效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。提示:当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期

压疮,能减轻患者躯体痛苦与经济负担。

综上所述,当归和白及外用联合雾化吹氧法治疗Ⅲ期压疮,疗效显著,同时操作简便,患者无痛苦,无不良反应,成本低,适应性广。

参考文献

[1] 章晓幸. 护理学基础[M]. 3 版. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 221.

[2] 李小萍. 护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 111-113.

[3] 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.

[4] 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.

[5] Anthong G. 护理教材有关褥疮治疗一些问题的商榷[J]. 国外医学护理学分册, 1997, 16(4): 181.

[6] 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.

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

(收稿日期: 2013-10-12 修回日期: 2013-12-16)

(上接第 1383 页)

质子泵抑制剂与抗菌药物联合应用更能有效地清除幽门螺杆菌,抑制幽门螺杆菌的尿素酶,抑制体内、外幽门螺杆菌的生长,提高幽门螺杆菌根治率,有利于溃疡的愈合,降低溃疡的复发率^[8]。

艾普拉唑是新型质子泵抑制剂的一种,具有质子泵抑制剂相同的作用机制,但又具有独特的药理特性:艾普拉唑具有较长的半衰期,可长时间维持较高的抑酸水平,降低夜间酸突破的现象;艾普拉唑的疗效不受肝细胞内细胞色素同工酶的影响,患者个体差异小,安全性好^[9]。本研究结果表明,艾普拉唑与奥美拉唑治疗十二指肠溃疡患者的临床疗效相似;但艾普拉唑能够快速改善患者腹部疼痛,且不良反应少。

综上所述,艾普拉唑肠溶片治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡具有良好的临床疗效,具有较高的临床溃疡根除率,患者不良反应发生率少,安全性高,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1] 杨晨, 黄海, 袁进, 等. 艾普拉唑与雷贝拉唑治疗十二指肠溃疡的药物经济学评价[J]. 药物流行病学杂志, 2012, 21(11): 555-557.

[2] Ríos A, Febrero B, Ramírez P, et al. Successful embolization of a cytomegalovirus-related duodenal ulcer in a kidney-pancreas transplant recipient[J]. Prog Transplant, 2013, 23(3): 217-219.

[3] Bosetti C, Lucenteforte E, Bracci PM, et al. Ulcer, gastric surgery and pancreatic Cancer risk: an analysis from the

International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (PanC4)[J]. Ann Oncol, 2013, 24(11): 2903-2910.

[4] 高文, 成虹, 胡伏莲, 等. 含艾普拉唑三联七天疗法根除幽门螺杆菌的全国多中心临床研究[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(30): 2108-2112.

[5] 俞力军, 黄伟平, 韩钧凌. 艾普拉唑治疗十二指肠溃疡的 Meta 分析[J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(31): 15-17.

[6] 李艳霞, 沈磊, 罗和生, 等. 艾普拉唑三联治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡的近期疗效[J]. 药物流行病学杂志, 2011, 20(10): 509-511.

[7] Pisa F, Castellsague J, Drigo D, et al. Accuracy of international classification of diseases, 9th revision, clinical modification codes for upper gastrointestinal complications varied by position and age: a validation study in a cohort of nonsteroidal anti-inflammatory drugs users in friuli venezia giulia, Italy[J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2013, 22(11): 1195-1204.

[8] Barinov E, Sulaieva O, Lyakch Y, et al. Platelet aggregation measurement for assessment of hemostasis failure mechanisms in patients with gastroduodenal ulcer bleeding[J]. Clin Exp Gastroenterol, 2013, 6: 139-148.

[9] 周丽雅, 林三仁, 杨云生, 等. 艾普拉唑对十二指肠溃疡患者胃内 pH 值的影响[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(4): 290-292.

(收稿日期: 2013-09-25 修回日期: 2013-11-28)