

湿润烧伤膏对难愈性伤口营养支持的影响

尹秋丽¹, 王亚平¹, 苏碧林²

1. 广州中医药大学附属粤海医院, 海南 三亚 572021; 2. 三亚市人民医院, 海南 三亚 572020

[摘要] 目的: 观察湿润烧伤膏对难愈性伤口营养支持的影响。方法: 将 170 例难愈性伤口患者随机分为 2 组各 85 例。2 组均给予原发病及营养等支持治疗, 在此基础上, 对照组采用传统换药方式处理, 治疗组采用湿润烧伤膏治疗, 比较 2 组临床疗效、创面愈合时间、肉芽组织出现时间、瘢痕形成率、复发率、创面感染率情况。结果: 总有效率治疗组 92.94%, 对照组 75.29%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗组创面愈合时间、肉芽组织出现时间短于对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 且治疗组瘢痕形成率、复发率、创面感染率亦低于对照组, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 应用湿润烧伤膏治疗难愈性伤口, 可以为伤口愈合提供营养支持, 促进创面愈合, 减少创面感染率。

[关键词] 难愈性伤口; 湿润烧伤膏; 营养支持; 创面愈合; 肉芽组织; 瘢痕形成; 创面感染

[中图分类号] R619 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0207-03

难愈性伤口是临床外科门诊常见疾病, 其伤口恢复缓慢, 影响患者的康复。湿润烧伤膏具有活血化瘀、祛腐生肌、止痛等功效, 近年来, 运用于烧伤和创面的修复取得较好疗效。研究显示, 营养支持对于外科伤口的恢复具有重要作用, 然而, 湿润烧伤膏对难愈性伤口的治疗作用是否与其营养支持有关, 有待进一步研究。本研究旨在通过观察湿润烧伤膏对难愈性伤口的临床研究, 并与传统换药法对照比较, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为 2012 年 6 月~2013 年 3 月粤海医院及三亚市人民医院外科门诊收治的难愈性伤口患者, 共 170 例。按随机数字表法分为 2 组各 85 例。治疗组男 49 例, 女 36 例; 年龄 45~72 岁, 平均 (51.44 ± 5.65) 岁。对照组男 52 例, 女 33 例; 年龄 46~75 岁, 平均 (50.14 ± 5.23) 岁。2 组年龄、性别等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组均给予原发病及营养等支持治疗。

2.1 对照组 在上述支持治疗的基础上, 采用传统干燥的碘伏纱布换药法, 即伤口首先使用生理盐水、碘伏常规清创, 待伤口干燥后再用干纱布覆盖创面, 包扎时不可过紧, 每天换药 1 次。

2.2 治疗组 采用湿润烧伤膏治疗, 伤口经清创消毒后用消毒棉签直接均匀涂抹湿润烧伤膏 (MEBO), 厚度约 1~2 mm, 暴露创面, 予第 1 天、第 2 天、第 3 天, 每 4 h 涂抹湿润烧伤膏一次, 保持创面湿润。每次涂药前, 注意及时清理液化物、清除坏死组织、及时供药, 以不损伤正常组织和导致创面出血为宜。根据创面渗出及有无继发感染决定换药次数, 如患者为瘢痕体质, 则要减少涂药的次数, 以免引起新的肉芽组织过度增长。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察创面愈合时间: 分别在皮肤伤口治疗前 1 天、换药时观察创缘色泽、渗出物、创缘周围皮肤改变, 测量创面直径, 以 mm 为单位、观察创面愈合时间 (治疗开始至创面完全上皮化) 并记录; ②记录 2 组治疗期间伤口细菌培养阳性、肉芽组织出现时间、瘢痕形成率、复发率、创面感染率。

[收稿日期] 2013-11-20

[基金项目] 海南省三亚市医疗卫生科技创新项目 (编号: YW1221)

[作者简介] 尹秋丽 (1967-), 女, 主管护师, 主管营养师, 研究方向: 外科护理、营养与慢性病转归的相关性。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS14.0 软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两样本的比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照相关文献^[1]制定。治愈:新生肉芽组织全部长出,创面全部愈合。显效:创面愈合率大于 80%,有新鲜的肉芽组织生长。有效:创面范围缩小,创面愈合率未达 80%,创面清洁,渗出液少,有肉芽组织生长。无效:换药后伤口无变化或加重,创面不新鲜。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 92.94%,对照组 75.29%,2 组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	85	45	20	14	6	92.94 ^①
对照组	85	23	17	24	21	75.29

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组创面愈合时间及肉芽组织出现时间比较 见表 2。治疗后治疗组肉芽组织出现时间和创面愈合时间分别与对照组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗组优于对照组。

表 2 2 组创面愈合时间及肉芽组织出现时间比较($\bar{x} \pm s$) 天

组别	n	创面愈合时间	肉芽组织出现时间
治疗组	85	12.43 \pm 3.45 ^①	4.32 \pm 1.65 ^①
对照组	85	19.43 \pm 4.01	6.54 \pm 1.29

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组瘢痕形成率、复发率、创面感染率比较 见表 3。治疗后治疗组瘢痕形成率、复发率、创面感染率分别与对照组比较,差异有显著性或非常显著性意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组优于对照组。

表 3 2 组瘢痕形成率、复发率、创面感染率比较 例(%)

组别	n	瘢痕形成	复发	创面感染
治疗组	85	6(7.06) ^①	8(9.41) ^①	10(11.76) ^②
对照组	85	14(16.47)	17(20.00)	25(29.41)

与对照组比较,① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$

5 讨论

难愈性伤口或创面是指一类与创伤部位和宿主有关的创面在期望时间内不能正常愈合。近年来,本病常用的治疗方法包括传统换药、保守疗法、手术治疗

等。但传统换药方法疗效不佳,易反复不愈。物理治疗对改善局部血液循环有一定的辅助作用,但远期疗效不佳。手术治疗存在一定风险,限制其在临床中的运用。研究表明,创伤的愈合是一个复杂的过程,它需要经过细胞迁徙和增殖、细胞外基质沉积、血管再生和组织重构等一系列复杂的生物和分子水平改变共同作用完成。寻求理想的促进慢性创面愈合的治疗方法,已成为创面愈合研究工作者所追求的目标。

湿润烧伤膏是我国医药工作者根据中医药理论研制而成的新药,组方主要包括黄芩、黄柏、黄连、地龙、罂粟壳、蜂胶、麻油等,具有祛腐生肌、活血化瘀的功效。湿润烧伤膏中的活血祛瘀成分能直达病所,其含有祛腐生肌的成分可祛除局部的腐肉和邪毒。

湿润烧伤膏富含多种营养成分,其中构成湿润烧伤膏独特疗效的药物主要成分是亚油酸,它是细胞必需的脂肪酸,也是构成细胞生物膜不可缺少的重要组成部分,对创面组织损伤后细胞修复发挥重要作用。湿润烧伤膏还含有包括糖、多糖、脂肪及脂肪酸、蛋白质、氨基酸和微量元素等成分,且它所提供的生理性湿润环境有利于表皮干细胞再生,促进其分化,增殖未成熟的上皮细胞,有利于伤口表皮干细胞再生^[2],为组织损伤后的细胞修复不断提供丰富的营养基质,完成皮肤的再生过程,最终实现创面皮肤再生愈合^[3-6]。湿润烧伤膏在促进上皮细胞生长的同时,对成纤维细胞的形成、分裂、增殖及胶原纤维的分泌、排列具有一定的调控作用,因此,能遏制成纤维细胞的过度分化增殖,减轻肌成纤维细胞收缩所致的瘢痕挛缩,降低瘢痕率^[7]。此外,湿润烧伤膏的基质为框架剂型,它能有效地隔离创面与外界的接触,更能方便皮肤代谢产物的排出,且在隔离创面的同时,不影响正常皮肤呼吸作用,有利于维护组织细胞正常的生长环境^[8],促进肉芽组织生长。湿润烧伤膏还含有黄芩甙、小檗碱、 β -谷甾醇等抗菌成分,可导致病菌变异,降低细菌的代谢合成速度,具有良好的抗菌作用^[9],从而减少伤口的感染。

从本次研究结果可以看出,治疗组采用湿润烧伤膏治疗,其总有效率优于对照组,且治疗组肉芽组织出现时间和创面愈合时间短于对照组,瘢痕形成率、复发率、创面感染率亦低于对照组。提示湿润烧伤膏可以为伤口愈合提供营养支持,促进创面愈合,减少

伤口感染率,较传统换药方式有效且愈合快,适合临床推广使用,然其作用机制仍有待进一步研究。

[参考文献]

- [1] 宋卓文,邓定安,李刚,等.湿润烧伤膏联合穴位注射黄芪注射液治疗难愈合伤口的临床观察[J].中国医学创新,2011,8(20):56-57.
- [2] 席云峰,张斌.湿润烧伤膏联合创疡贴治疗深度烧伤[J].中国烧伤创疡杂志,2010,22(5):4.
- [3] 盖俊华.美宝湿润烧伤膏在烧伤植皮创面中的应用[J].中国烧伤创疡杂志,2004,16(3):199.
- [4] 唐乾利,王权胜,尚新志.MEBT/MEBO对慢性难愈合皮肤创面基础研究现状与展望[J].中国烧伤创疡杂志,2009,21(2):95-99.
- [5] 徐荣祥,许增禄.烧伤湿性医疗技术对表皮再生干细胞作用的研究[J].中国烧伤创疡杂志,2000,12(3):41-42.
- [6] Atiyeh BS, Ioannovich J, Magliacani G, et al. The efficacy of MEBO (moist exposed burn ointment) in the management of cutaneous wounds and ulcers: a pilot study[J]. Ann Plast Surg, 2002, 48: 226-227.
- [7] 莫伟强,莫东,饶贵云,等.湿润烧伤膏在急诊创伤中的临床应用[J].中国现代药物应用,2011,5(13):16-18.
- [8] 金霞.MEBO治疗下肢血管性溃疡的药理学作用[J].护理实践与研究,2009,6(17):49-51.
- [9] 徐荣祥.烧伤湿性医疗技术 MEBO 抗菌作用实验研究[M]//烧伤医疗技术蓝皮书.北京:中国医药科技出版社,2000:94.

(责任编辑:刘淑婷)

中西医结合治疗与护理应用于腹部术后粘连性肠梗阻临床观察

陆群瑛,顾根英

湖州市双林人民医院外科,浙江 湖州 313012

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗与护理应用于腹部术后粘连性肠梗阻的临床效果。方法:选取腹部术后出现粘连性肠梗阻的患者 100 例,随机分为观察组和对照组各 50 例,对照组采用常规西医治疗和护理方法,观察组进行中西医结合治疗与护理。观察 2 组的临床疗效,以及患者的肛门排气时间、胃管拔除时间以及住院时间。结果:临床疗效总有效率观察组为 96.0%,明显高于对照组的 82.0%,2 组总有效率比较,差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的胃管拔除时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组,差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论:采用中西医结合的方法对粘连性肠梗阻患者进行治疗与护理,临床疗效良好。

[关键词] 粘连性肠梗阻;腹部手术;中西医结合疗法;大承气汤;中医护理

[中图分类号] R574.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0209-03

肠梗阻是临床上常见的外科急腹症,肠梗阻的发病原因多样,临床症状复杂多变,严重时甚至会导致患者全身出现病理生理改变^[1]。肠梗阻在临床上可分为动力性肠梗阻、机械性肠梗阻及血运性肠梗阻,其中以机械性肠梗阻最为常见。粘连性肠梗阻是由于腹腔内粘连或肠粘连而引起的肠梗阻,在各类肠梗阻中

的发病率较高,约占 20%~40%^[2]。在本次研究中,笔者对腹部术后粘连性肠梗阻患者进行中西医结合治疗和护理,临床效果较好,现报道如下。

1 临床资料

选取 2012 年 1 月~2013 年 6 月本院收治的腹部术后出现粘连性肠梗阻的患者,共 100 例,均符

[收稿日期] 2013-10-20

[作者简介] 陆群瑛(1977-),女,主管护师,研究方向:外科临床护理。