

# 腧穴热敏化艾灸护理 Ⅰ、Ⅱ期压疮研究

周春姣, 林美珍, 杨丽明, 李莉, 林丽君, 郑婵美, 刘明

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 观察腧穴热敏化艾灸护理 Ⅰ、Ⅱ期压疮病人的效果。方法: 将 80 例 Ⅰ、Ⅱ期压疮病人随机分为 2 组, 2 组均采用外科换药, 去除坏死组织后生肌油纱布覆盖或填塞换药。观察组再加用腧穴热敏化艾灸护理。比较 2 组病人压疮护理效果和治愈时间。结果: 治疗后, 观察组 Ⅰ、Ⅱ期压疮治愈时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。2 组治疗后第 7、14、21 天压疮愈合评价量表 (PUSH) 评分分别比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组优于对照组。结论: 腧穴热敏化艾灸可促进压疮伤口的愈合。

**[关键词]** 压疮; 腧穴; 热敏化; 艾灸

**[中图分类号]** R632.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0262-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.123

压疮是由于压力、剪切力和/或摩擦力而导致皮肤、皮下组织和肌肉及骨骼的局限性损伤, 常发生在骨隆突处<sup>[1]</sup>。好发于手术后、脊髓损伤、慢性神经系统疾病等各种需长期卧床的慢性消耗性疾病及老年病人。从全球范围来看, 压疮的发生率与 15 年前比较并没有明显的下降, 仍是护理领域难题<sup>[2]</sup>。压疮的发生不仅降低病人的生活质量, 而且压疮的治疗与护理消耗了巨大的医药资源。给患者带来痛苦, 甚至可以导致死亡, 延长住院时间, 增加医疗费用。笔者采用简单易行、价格低廉的传统中医方法腧穴热敏化艾灸治疗 Ⅰ~Ⅱ期压疮病人, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①采用 2013 年《中国压疮护理指导意见》压疮分期标准确认为 Ⅰ、Ⅱ期压疮者, Ⅰ期压疮为表皮和真皮缺失, 在临床可表现为粉红色的擦伤、完整的或开放/破裂的充血性水疱或者表浅的溃疡。Ⅱ期压疮为全层伤口, 失去全层皮肤组织, 除了骨、肌腱或肌肉尚未暴露外, 可见皮下组织。有坏死组织脱落, 但坏死组织的深度不太明确。可能有潜行和窦道。②营养状况良好者。③知情同意并签署同意书者。

**1.2 排除标准** 昏迷、感觉障碍、糖尿病(血糖稳定者除外)、出血性脑血管疾病(急性期)、水肿者。

**1.3 一般资料** 观察病例为本院 2013 年 3 月—2014 年 7 月收治的 Ⅰ、Ⅱ期压疮病人, 共 80 例。压疮面积最小 2 cm × 2 cm, 最大 10 cm × 11 cm; 压疮分布: 骶尾部 63 处, 髋部 10 处, 踝部 11 处, 足跟部 8 处。随机分为 2 组。观察组 40 例, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 55~87 岁; Ⅰ期压疮 27 例, Ⅱ

期压疮 13 例; 压疮伤口 48 处。对照组 40 例, 男 24 例, 女 16 例; 年龄 56~86 岁; Ⅰ期压疮 29 例, Ⅱ期压疮 11 例; 压疮伤口 44 处。2 组患者性别, 年龄, 意识形态, 活动情况, 全身营养和压疮分期、部位及大小等方面比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 护理方法

**2.1 对照组** 护理方法包括避免局部受压, 改善皮肤健康状态, 增加病人营养, 保持皮肤清洁干燥。换药方法按外科换药处理, 有坏死组织者去除伤口坏死组织, 清洗完毕后用生肌油纱布覆盖或填塞换药。

**2.2 观察组** 在对照组的基础上加用腧穴热敏化艾灸法治疗。具体方法: 采用长 22 cm, 直径 1.8 cm, 重 28 g 的圆柱状艾条。循经取穴: 主穴加配穴的方法, 主穴: 如压疮部位在后背、颈后、骶骨、股后、足跟等处, 主穴取足太阳膀胱经上的穴位承山、昆仑、承扶、委中、会阴等热敏化现象最为明显的穴位进行悬灸。配穴取强壮穴足三里、关元、气海、三阴交中的任意两个。艾灸操作: 将点燃的艾条悬于施灸的穴位上, 距离皮肤 2~3 cm, 先行回旋灸 2~3 min 温通局部气血, 继以雀啄灸 2~3 min 加强施灸部位的热敏化程度, 循经往返灸 2~3 min 疏通经络, 激发经气, 再施以温和灸发动灸性感传、开通经络。在操作过程中要注意病人感受, 灸法以局部发热、发红为度, 适时调整, 防烫伤。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①压疮愈合评分: 根据压疮愈合评价量表 (Pressure Ulcer Scale for Healing, PUSH, 1997 年由美国压

**[收稿日期]** 2014-11-20

**[基金项目]** 广东省中医药局基金课题 (20131210); 国家中医药管理局项目 (12BMGG02)

**[作者简介]** 周春姣 (1970-), 女, 副主任护师, 主要从事外科临床护理工作。

**[通讯作者]** 林美珍, E-mail: hlbzhang@126.com。

疮顾问小组研究形成)进行评分。观察压疮的愈合过程,从初诊开始用测量尺测量创面范围。每7天以《压疮愈合评价量表》对2组病人的治疗效果进行评分。包括压疮范围、渗出液量及组织类型3个项目。3个项目相加所得到的总分用于评估病人压疮愈合过程中是否好转或恶化。量表总分范围0~17分,分值越大表示压疮越严重,分值下降说明治疗有效,如果病人创面恶化,随时进行评估。

3.2 统计学方法 应用SPSS17.0统计软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《护理学基础》<sup>[3]</sup>中的疗效标准。治愈:新生肉芽组织全部长出,创面完全愈合。好转:创面缩小,部分创面干燥、红润,新生肉芽组织长出,炎性渗出液减少。无效:创面无明显变化。

4.2 2组、期压疮愈合时间比较 见表1。治疗后,观察组、期压疮愈合时间均短于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组、期压疮愈合时间比较( $\bar{x} \pm s$ ) h

组别	n	期压疮	期压疮
观察组	40	10.45± 8.12	18.26± 8.72
对照组	40	14.34± 9.16	24.43± 8.36
t值		3.67	4.91
P		<0.01	<0.01

4.3 2组患者压疮治疗前后 PUSH 评分比较 见表2。2组治疗前 PUSH 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组治疗第7、第14、第21天 PUSH 评分分别比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组优于对照组。

表2 2组患者压疮治疗前后 PUSH 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	压疮数	治疗前	第7天	第14天	第21天
观察组	40	48	8.12± 2.37	6.01± 2.43	4.07± 3.19	1.57± 3.24
对照组	40	44	8.10± 3.23	7.38± 2.59	5.36± 3.43	3.27± 3.23
t值			0.89	2.41	2.73	2.92
P			>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 不良反应 观察组患者在施灸过程中未诉不适,未发生局部皮肤烫伤、水泡等不良反应。

5 讨论

压疮是全球卫生保健机构面临的共同难题,严重威胁着病人的生命健康,给社会带来沉重的经济压力与医疗负担。中医学认为,压疮乃因久病气血大亏、长期卧床、局部受压以致气血运行失常,经络阻塞,无以荣肤所致<sup>[4]</sup>。艾灸具有温经通络、活血化瘀、消炎止痛、收敛生肌等功效。《灵枢·刺节真邪论》

云:“脉中之血,凝而留止,弗之火调,弗能取之”<sup>[5]</sup>。现代研究表明,艾的主要成分是精油,有抑菌杀菌的功效,可分别抑制金黄色葡萄球菌、乙型链球菌、大肠杆菌和绿脓杆菌<sup>[6]</sup>。艾条燃烧所放出的热量能使局部温度增高,扩张血管,促进局部血液循环,减轻炎症水肿及组织缺氧,促进炎症的吸收和消散,保持创面干燥,促进创面愈合。

腧穴热敏化艾灸治疗压疮的方法重视整体观念,是用点燃的艾条寻找疾病的反应点,即相关腧穴对艾热异常敏感,产生“小刺激大反应”,在非疮面处循经取穴,通过经络调节全身机能,可以增加血液循环改善局部供血,起到温通经络、行气活血、祛湿逐寒、消肿散结的作用。同时,还以施灸点为中心循经脉路线向周围传导、扩散,也可从经穴皮肤表面直接向深部组织穿透,使局部组织血行旺盛,血供充足,促进炎性渗出物的吸收,又可抑制或杀灭疮面表面的细菌,控制疮面感染,有利于肉芽组织的生长,加速疮面愈合。再加上艾灸强壮穴,有益气补血活血,促进气血运行,增强血液和淋巴循环,提高了全身各系统功能和提高机体的免疫功能,利于伤口愈合。

本研究应用腧穴热敏化艾灸治疗、期压疮,采用 PUSH 评分,动态评估创面进程,观察组压疮愈合时间短于对照组,在治疗第7天、14天、21天效果优于对照组,治疗时间越长,效果越好。

综上所述,循经取穴腧穴热敏化艾灸治疗方法体现了祖国医学整体观念这一精髓,为临床治疗、期压疮提供了有效的方法。该法疗效显著,安全简便易行,费用低廉,易为病人所接受。

[参考文献]

[1] National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2007 National Pressure Ulcer Staging Definition [J]. Wound Council of Enterostomal Therapists Journal, 2007, 27(3): 30- 31.  
 [2] 胡爱玲, 郑美春, 李伟娟. 现代伤口与肠造口临床护理实践[M]. 北京: 北京协和医科大学出版社, 2010: 114- 115.  
 [3] 白继荣. 护理学基础[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 152.  
 [4] 李琰, 王永灵. 中医药防治褥疮的文献综述[J]. 中医文献杂志, 2009(2): 54- 57.  
 [5] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 175.  
 [6] 张青元, 胡淑萍. 艾灸机理研究现状与探析[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(5): 47- 49.

(责任编辑: 刘淑婷)