

中医湿敷法在难愈性伤口换药中的效果分析

李 鹏

泰安市中医医院骨科, 山东 泰安 271000

【摘要】 目的 研究针对难愈性伤口换药中实行不同湿敷法治疗的效果对比。方法 选取 2022 年 1 月—2022 年 11 月来我院骨科就诊的 80 例难愈性伤口患者纳入试验, 依据随机数字表法进行分组, 其中 40 例采取常规外洗碘伏浸泡无菌纱布联合氯化钠溶液换药的归为对照组, 另 40 例采取中医湿敷法换药的归为观察组(基于对照组方法之上进行), 对比两组治疗的疗效、疼痛评分以及症候量化积分。结果 观察组的总有效率较对照组更高, $P < 0.05$ 。治疗前, 两组 VAS 评分比较差异不大 ($P > 0.05$), 无统计学意义; 治疗后, 两组 VAS 评分较治疗前均呈下降趋势, 且观察组 VAS 评分较对照组更低 ($P < 0.05$), 有统计学意义。治疗前, 两组各症候量化积分比较差异不大 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组的创面颜色、分泌物、肉芽颜色和足部水肿积分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 相比传统湿敷法, 采取中药湿敷法治疗有效促进难愈性伤口恢复, 改善症候量化积分, 降低疼痛程度, 加快创面愈合。

【关键词】 难愈性伤口换药; 湿敷法; 中药湿敷; 疗效

难愈性伤口是指患者创面经适当治疗后在预期时间段内仍未能有效愈合的伤口, 临床上常见病征包括下肢静脉曲张、糖尿病性溃疡、压疮、外伤性溃疡、烧伤残余创面溃疡等, 整个治疗的难度和周期均较大, 若不给予科学有效的治疗措施, 严重的将危及患者生命健康, 同时生活质量也随之下降^[1]。目前, 对难愈性伤口的处理上采用常规方式进行, 主要是先对伤口进行清创, 随后给予常规换药治疗, 或外喷生长因子, 虽有一定效果, 但愈合的时间相对较长, 临床效果并不理想^[2]。中医学中, 难愈性伤口均为淤毒蕴结、湿毒内侵等因素所致, 治疗原则以清热解毒、祛腐生肌、通络止痛等为主, 严格依照辨证论治, 加快创面修复, 减少瘢痕组织生长, 实现治疗的目的。有研究显示, 基于常规治疗基础上加用中医湿敷, 有利于弥补传统疗法的不足之处^[3]。基于此, 本文重点分析在难愈性伤口患者中采取不同湿敷法治疗的效果对比, 阐述如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 研究抽取 2022 年 1 月—2022 年 11 月来我院就诊的 80 例难愈性伤口患者纳入试验, 对其分组。对照组(40 例)男性 21 例、女性 19 例; 年龄区间(22 ~ 84)岁, 均值计算(53.01 ± 1.59)岁; 病程 0.25 ~ 7 年, 均值(3.63 ± 1.09)年。观察组(40 例)男性 22 例、

女性 18 例; 年龄区间(23 ~ 85)岁, 均值计算(54.01 ± 1.61)岁; 病程 0.3 ~ 7 年, 均值(3.65 ± 1.10)年。组间资料比较差异不大 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组均可实行抗感染、控血糖血清蛋白、改善血液循环等基础性干预, 并给予营养神经药物治疗。

对照组实行常规换药治疗, 即外洗干预, 医护人员使用沾 0.9% 氯化钠溶液棉球反复清洗创面, 从而有效清除分泌物, 充分暴露新鲜创面。随后使用无菌纱布充分蘸取碘伏后, 擦洗创面 15min, 再使用无菌纱布对创面进行包扎, 1 次/d, 每日进行更换, 坚持治疗 1 个月。

观察组在对照组基础之上加以中医湿敷治疗, 药方选择^[4]: 黄芩、黄连、黄柏 80g, 苦参、乳香、没药 40g, 当归、川芎、鸡血藤、桂枝、葛根、紫草、连翘和白芷 60g, 再加上黄芪和苍术 100g, 诸药联合加水至 1000mL, 用武火煎煮 15min 后, 再用文火煎 15min, 最后将药液过滤至 500mL, 用无菌容器贮存, 每次均匀涂抹在创口处, 每剂用 3d。

1.3 观察指标 ①对比两组疗效, 判定: 记录创面被肉芽组织填充状况, 显效指患者创面缩小范围 $> 50\%$, 而新鲜肉芽组织覆盖率 $> 70\%$; 有效指患者创面显著缩小, 存在部分新肉芽组织生长; 无效指患者创面愈合并未有任何改善或缩小, 分泌物仍较多, 无肉芽组织生长。②评估两组治疗前后疼痛情况, 判定: 选用视觉模拟疼痛

量表(VAS)进行分析,按计分制,0~10分,0分表无痛,10分表剧烈疼痛,得分越高代表疼痛越强烈。③观察两组治疗前后局部症候量化积分情况^[5],判定:选用创面分期评估系统,记录足靴区、足背、内踝、外踝、足跟及脚趾等部位足部局部症状及体征变化,包括创面颜色、分泌物、肉芽颜色和足部水肿积分等。并联系症状发作频率、持续时间等划分严重程度,按0~4分计算,逐一分为未发生、轻、中、重度四级,分值越高表明症状越严重。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	17 (42.50)	22 (55.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	12 (30.00)	18 (45.00)	10 (25.00)	30 (75.00)
χ^2					8.538
P					0.003

2.2 比较两组治疗前后疼痛情况 治疗前,两组VAS评分比较差异不大,无意义(P>0.05);治疗后,两组VAS评分均比治疗前呈下降趋势,且观察组的VAS评分较对照组更低,差异显著(P<0.05)。见表2。

2.3 比较两组治疗前后局部症候量化积分 治疗前,两组局部症候量化积分比较无差异(P>0.05);观察组治疗后的创面颜色、分泌物、肉芽颜色和足部水肿积分均低于对照组(P<0.05),

1.4 统计学分析 实验选用SPSS22.0版本统计学软件录入测评。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,组间用t检验;计数资料用%表示,组间用 χ^2 检验。若P<0.05则表明差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 比较两组疗效 观察组的总有效率为97.50%,高于对照组的75.00%,差异明显,P<0.05。见表1。

存在统计学意义。见表3。

表 2 两组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	40	6.45±1.36	3.04±0.57*
对照组	40	6.49±1.41	4.19±1.12*
T		0.129	5.788
P		0.898	0.000

注:*表示与组内治疗前比较,P<0.05。

表 3 两组治疗前后局部症候量化积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	创面颜色		分泌物		肉芽颜色		足部水肿	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	1.36±0.78	0.43±0.14	4.11±2.01	0.84±0.39	1.12±0.48	0.07±0.02	1.89±0.40	0.43±0.21
对照组	40	1.35±0.72	0.71±0.32	3.96±1.98	1.26±0.55	0.97±0.42	0.41±0.16	1.73±0.44	0.62±0.31
T		0.060	5.070	0.336	3.940	1.487	13.336	1.702	3.040
P		0.953	0.001	0.738	0.001	0.141	0.001	0.093	0.003

3 讨 论

传统伤口换药治疗中,多有不足之处,敷料换药不仅需要频繁更换药物,还应保证切口处干燥环境,故而医护人员会采取数层纱布覆盖的方法达到治疗的效果。但这类疗法存在一定缺陷,具体表现为:纱布对局部渗液吸收存在局限性;受敷料纤维影响易出现脱落状况,继而不利于愈合;伤口愈合中,局部肉芽组织极易在纱布网眼中发展,换药期间易拉扯,继而引发局部疼痛,新生的肉芽组织也受到影响延缓伤口恢复;再者便是换药工作量大,一旦换药不及时便会引发恶化

现象;纱布及伤口面积加以接触,伤口干燥环境加剧,继而同纱布粘连紧密,在换药时易带给患者痛苦。

3.1 利于提高临床疗效 研究结果指出,观察组的总有效率较对照组更高,差异有统计学意义(P<0.05)。由此提示,实行中药湿敷法,可显著降低创面愈合不易的难度,减少分泌物产生与外渗,提高治疗效果。邵鑫,冉颖卓,吴学苏等^[6]学者指出,治疗组采取中药湿敷与对照组采取传统治疗的总有效率分别是93.10%和78.57%,前者优于后者(P<0.05)。究其原因,黄连、黄柏均具有清热燥湿、泻火解毒等功效;苦参具有清

热燥湿、杀菌止痒等作用;乳香、没药则具备活血行气止痛、消肿生肌等功效;川芎起着活血行气、祛风止痛等作用,经现代药理学指出,该药不仅可增加冠脉血流量,扩张脑血管以改善微循环外,还能减少血小板聚集,避免血栓形成。诸药联合共奏清热解毒、活血止痛等功效^[7-8]。

3.2 利于改善疼痛情况 纱布敷料吸附渗出物常与组织粘连带,在更换时,也会诱发疼痛、如果伤口受到损伤,导致新生上皮细胞死亡,无法阻挡细菌的侵袭,很容易导致疼痛感加深。治疗前,两组 VAS 评分比较差异不大,组间无意义($P>0.05$);治疗后,观察组 VAS 评分较对照组更低($P<0.05$)。这表明,中药湿敷中的将各类中药充分浸泡,按照一定比例制成药剂,继而实现抑炎消肿、活血止痛的作用,有效加速新的肉芽组织生长,减轻疼痛感,为创面愈合提供良好的生长环境^[9-10]。

3.3 利于改善各症候量化积分 中医证候量化属于现代中医辨证诊断的一个有效量表指征,且发展较为完善,受辨证因素中对症状和体征注意划分,可化为轻、中、重三级,继而根据辨证分型实施半定量分析,既有利于疾病和证候诊断标准的客观化,也有利于疗效判定标准的客观^[11-12]。治疗前,两组各症候量化积分比较差异不大,无意义($P>0.05$);观察组治疗后的创面颜色、分泌物、肉芽颜色和足部水肿积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明药剂中的黄芪为君药,具有益气固本、排脓生肌等作用,而现代药理证实黄芪中的药物因子能够增长巨噬细胞吞噬功能,从而加速淋巴细胞活化。其中白芷辛温,具有活血祛风、溢脓消肿等作用,且现代药理指出,白芷中的醇提液、水提液可发挥镇痛、解热抑炎等作用。当归则能起到活血、抑炎消肿等功效,对皮肤切口、创面愈合应用显著。药物相互联合应用,共奏消炎益气、活血止痛、排脓生肌等作用。有研究学者指出,中药湿敷中的苦参、黄柏、白芷、肉桂等中草药制成,全方共奏消肿生肌、活血止痛、清热解毒之功效,更有利于创面肉芽组织生长。

3.4 利于缩短创面愈合及抗生素使用时间 相比传统湿敷干预,实行中药湿敷法治疗,更利于药物渗透,有效缩短创面愈合时间,加快肉芽组织生长,减少抗生素应用。究其原因该疗法可清除伤口坏死组织,减少炎症和水肿,促进成纤维细胞和上皮细胞生长,促进伤口愈合;快速扩张局部微血管,改善微循环,溶解纤维蛋白原,降低血液粘度,最终改善不同类别的血流动力学参

数,并控制醛糖还原酶活性和抗氧化作用。

总而言之,相比传统湿敷法,采取中药湿敷法治疗有效促进难愈性伤口恢复,改善症候量化积分,降低疼痛程度,加快创面愈合。

参考文献

- [1] 曹英豪,张亚杰,徐洋,等.局部湿敷治疗难愈性儿童创伤性皮肤软组织感染的临床疗效分析[J].创伤外科杂志,2019,21(2):145-146.
- [2] 张慧丽,程静,李林仙,等.凉血祛湿止痒汤联合硼酸洗液湿敷治疗特应性皮炎急性发作期血热湿蕴证的临床观察[J].北京中医药,2021,40(5):521-524.
- [3] 徐晓敏.自制中药冲洗剂治疗下肢创伤后感染性创面的疗效观察[J].中国中医药科技,2021,28(5):813-815.
- [4] 耿文慧,李朝霞,赵静,等.难愈性急性放射性皮肤损伤的护理[J].护士进修杂志,2009,24(11):1034-1036.
- [5] 冯利,金鑫,王波,等.中药熏洗与贴敷结合手术治疗肛周脓肿临床研究[J].国际中医中药杂志,2017,39(1):36-38.
- [6] 邵鑫,冉颖卓,吴学苏,等.中药湿敷对糖尿病足溃疡患者血管介入术后疗效影响[J].南京中医药大学学报,2018,34(2):136-139.
- [7] 叶启乐,邵阿茜,徐雅茜.中药外敷治疗下肢静脉性溃疡的疗效观察[J].护士进修杂志,2019,34(7):665-667.
- [8] 陈鑫,刘政,郭道成.糖尿病足溃疡中医外治法研究进展[J].国际中医中药杂志,2019,41(1):91-94.
- [9] 何婷,谢宜静,舒文杰.穴位贴敷联合自制药酒湿敷加红外线照射在腰椎间盘突出症患者护理中的应用[J].护理实践与研究,2022,19(16):2512-2515.
- [10] 谢亚娟.曲张静脉抽剥术配合利湿通瘀中药湿敷治疗下肢静脉曲张伴淤积性皮炎的疗效及对近期预后的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(16):1734-1737,1757.
- [11] 乔东红,齐佳,鲁静,等.消肿止痛汤湿敷治疗痔外剥内扎术后创面水肿、疼痛的效果研究[J].结直肠肛门外科,2018,24(2):190-194.
- [12] 邵鑫,吴学苏,冉颖卓,等.中药外用治疗糖尿病足溃疡 31 例临床观察[J].江苏中医药,2017,49(12):38-40.