

碘伏与湿润烧伤膏配合艾灸治疗压力性损伤患者的疗效观察

彭美英 谭碧海

广西壮族自治区河池市中医医院脑病科 广西河池 547000

[摘要] **目的** 探究碘伏与湿润烧伤膏配合艾灸治疗压力性损伤应用效果。**方法** 随机选取在2018年1月至12月期间,纳入40例外院带入2期及以上压力性损伤患者,以数字法为基础划分为两组,各有20例患者。对照组采用碘伏与湿润烧伤膏进行治疗,实验组采用碘伏与湿润烧伤膏配合艾灸进行治疗,经过15天一个疗程常规护理之后,对两组患者的恢复情况进行分析、比较和评价。**结果** 实验组的总有效率明显高于对照组,两组总有效率比较,卡方值5.4320, $p=0.0198$,差异有统计学意义($p<0.05$);可见实验组患者的治疗效果明显优于对照组。**结论** 碘伏与湿润烧伤膏配合艾灸治疗压力性损伤能够达到比较好的护理效果,具有重要的临床意义和价值。

[关键词] 碘伏;湿润烧伤膏;艾灸;压力性损伤

[中图分类号] R473

[文献标识码] A

[文章编号] 1677-3219 (2020) 01-027-02

由于受到医疗器械影响或者是在患者的骨隆突位置出现的软组织损伤,一般为局部损伤,即压力性损伤。压力性损伤会使患者出现完整皮肤溃疡与开放性溃疡的症状,同时部分患者会伴有疼痛症状^[1]。祖国医学中医则称之为“席疮”,因久着席褥而得名。2016年4月,NPUAP在美国召开了关于压疮定义和分期的学术会议,并发布在NPUAP网站(www.npuap.org)。此次会议将“压疮”正式更名为“压力性损伤”。根据NPUAP发布的最新指南,压力性损伤的分期和主要表现特点为:1期,表现为指压不变白红斑,皮肤完整;2期,表现为部分皮层缺失伴真皮层暴露;3期,表现为全层皮肤缺失;4期,表现为全层皮肤和组织缺失;不可分期,表现为全层皮肤和组织缺失,损伤程度被掩盖;深部组织损伤期,表现为持续指压不变白的深红色、栗色或紫色^[2]。为临床识别、护理和诊疗压力性损伤提供了重要的思路。当前在我院应用了压力性损伤相关预见程序以及强化了基础护理工作,降低了医院内发生压力性损伤的概率。但一些慢性疾病患者在出院之后未得到好的护理,发生压力性损伤的概率仍然比较高,这会让患者的医疗费用和痛苦都增加,也增加了医护人员工作量^[3]。近年来,各方都提出了不少的治疗方式方法,我们科结合基层中医医院的实际情况,自2018年1月~12月开展关于本次研究,整体效果比较满意,将主要内容做如下介绍:

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2018年1月~12月期间的40例压力性损伤患者,均为外院带入2期。患者符合标准且自愿治疗,所有压力性损伤患者中,男23例,女17例,年龄42~93岁,平均73岁;原发病均为脑中风,长期卧床,压力性损伤面积最小1.0×1.2cm,最大10×13×4cm;发生部位:10处位于足跟,在两侧髋关节和肩胛骨分别有8处,34处位于骶尾部。对照组20例(共29处压力性损伤,2期18处,3期及以上11处),实验组20例(共31处压力性损伤,2期20处,3期及以上11处)。两组患者一般资料差异比较小,可比($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对40例患者入院后均给予用海绵垫床(因海绵垫透气性能好,吸收性能好,柔软而有弹性)作局部减压,做好基础护理,定时每2h翻身1次,建立翻身卡。患者的皮肤要确保处于干燥与清洁状态,及时更换被污染的被套以及床单,确保床单无褶皱、平整和清洁等,根据季节的变化及时增减衣被。护理人员应当增强自己的责任心,做好交接班工作,在交接班时必须要做好相关的记录工作。每班次认真观察皮肤

的颜色、温度、压力性损伤的大小,分度,以便及时掌握压力性损伤的转归。同时改善全身营养状况相同的情况下,对40例患者的60处压力性损伤疮口入院时的处理:如果有水泡形成,对完整的水泡用无菌注射器抽出泡内液体(保留皮肤),对于渗出液较多的疮口,在无菌技术操作下,用生理盐水清洗创面,清除坏死组织。经初步处理后用0.5%碘伏两层纱布(纱布面积比压疮面积大2~3cm)湿敷于疮面上5分钟(碘伏作用时间是3~5分钟)后,再用生理盐水棉球擦拭干净疮口上的碘伏。

1.2.2 对照组:对照组的20例患者29处压力性损伤疮口经上述处理后,需要将湿润烧伤膏均匀地涂抹在患处,涂抹的范围需要超过患区2cm左右,然后再采用无菌纱布进行包装^[4]。换药次数以创面渗出液体的量多少作为评判依据。在早起阶段渗出比较多的可以每天更换2次到4次左右;后期渗出比较少的每天换1次药即可。

每次换药时需先拿开外层的纱布,里层的纱布用无菌的生理盐水充分湿润后再拿开,目的是保护新鲜肉芽组织不受破坏,有利于肉芽组织生长,促进伤口的愈合。将疮面的分泌物和药物先用生理盐水清洗干净,再用0.5%碘伏湿敷于创面上5分钟后,再用生理盐水棉球擦拭干净疮口上的碘伏。再重新将湿润烧伤膏涂于疮面后包扎。15天为一个疗程。

1.2.3 实验组:实验组的20例患者31处压力性损伤疮口,经用对照组相同的方法,碘伏湿敷,生理盐水棉球擦拭处理后,用南宁市宛北艾绒厂生产的五年陈艾进行施灸,每天一次,每次30min,根据伤口的大小选择合适的灸法,伤口直径<2cm者用雀啄灸;直径在3~5cm者用回旋灸;直径大于5cm者用温和灸(用自制的2~3孔的灸盒施灸)^[5]。对于昏迷,感觉迟钝者,施灸时操作者将食指置于施灸部位两侧,以测知患者局部受热程度,随时调节施灸距离,防止烫伤。施灸结束后用和对照组相同的方法给以使用湿润烧伤膏,换药次数,方法也同对照组。15天为一个疗程。

1.3 效果观察

以患者压力性损伤在治疗15天之后的效果为观察指标。

1.4 观察指标

治疗效果采用评价标准为:治愈:局部组织完全修复,创面结痂愈合;有效:局部组织部分修复,创面缩小,肉芽新鲜;未愈:局部无变化,疮口增大,溃烂不止;治愈加有效计为总有效。

2 结果

实验组未愈合的例数比对照组更少,证明其治愈率更高,

两组差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。见下表:

对照组与实验组疗效比较

组别	压力性损伤 (处)	治愈 (处)	有效 (处)	未愈 (处)
对照组	29	17	2	10
实验组	31	24	4	3

注:两组总有效率比较,卡方值 5.4320, $p=0.0198$

3 讨论

3.1 碘伏的作用:0.5%碘伏是一种以表面活性剂为载体和助溶剂的不定型络合碘,在水中可逐步溶解,不容易染色,具有广谱的杀菌作用,在病毒、芽孢、细菌以及衣原体和真菌方面都可以起到作用,有比较低的毒性,对于黏膜也不会产生刺激作用,不容易让患者的伤口出现疼痛感。碘伏的杀菌消炎作用不仅比较好,还能让创面渗出液不断减少,对于肉芽组织生长起到比较好的促进作用,最终实现去腐生肌、清创目标^[6]。因本文研究的40例患者的压力性损伤均为院外带入,所受感染的病菌比较复杂,本方法每次换药时用0.5%碘伏湿敷于创面上5分钟,起到有效的杀菌作用。

3.2 徐荣祥教授是中国中西医结合学会烧伤专业委员会的主任委员,他研发出的湿润烧伤膏,结合中医的当中的再生理论和药理,可以在各种烫伤、烧伤以及灼伤创面当中应用。在本产品当中包含了麻油、黄芩、地龙、黄柏、罂粟壳以及黄连等成分,可以起到活血化瘀、止痛生肌以及清热解毒的作用,能够让压疮的局部循环得到显著改善,促进组织免疫功能增强,让局部血流量增加,对于创面几乎不会产生刺激作用,可在患处直接进行涂抹。在治疗中必须要确保创面所处的环境较为湿润,这样才可以让渗出物当中包含的组织蛋白溶解酶得到更好地保留,对于坏死组织起到有效地溶解作用。同时,不适用抗生素以及按摩方式治疗,避免导致出现组织损伤,对于创面的愈合产生不利作用^[7]。

3.3 艾灸治疗:艾灸时通过艾火直接对着压疮口,艾灸治

疗的机制首先和局部火相关的温热刺激存在关系,正是因为受到了温热刺激,才会让局部皮肤出现充血的情况,扩张患者的毛细血管,让局部的淋巴与血液循环不断加强。促进患者平滑肌痉挛的缓解和消除,增强皮肤组织在写能力,消散吸收渗出物、血肿以及炎症等病理产物。帮助扩散大脑皮质异质性物质,使神经系统的兴奋性降低,可以发挥到镇静以及镇痛作用,在温热的同时,还可以让药物更好吸收。本治疗方法中正是艾灸30分钟后涂上湿润烧伤膏,促进药物的吸收,更好的发挥药物的疗效。

基于本次研究,可以看出对于压力性损伤患者而言,采用湿润烧伤膏联合、碘伏、艾灸治疗整体效果好,不良反应少,应用便利性高。取材方便,而且价格不贵,发挥了祖国医学优势,减少了抗生素的使用,减轻了患者的经济负担,提高了经济社会效益,特别值得基层医院的临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 刘玉金.老年患者压力性损伤发生的危险因素和护理管理[J].特别健康,2017,14(18):102-104.
- [2] 褚万立,郝岱峰.美国国家压疮咨询委员会2016年压力性损伤的定义和分期解读[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2018,13(01):64-68
- [3] 余敏.湿润烧伤膏治疗压力性损伤患者疗效观察[J].临床医药文献杂志,2017年第4卷第44期
- [4] 余敏.湿润烧伤膏治疗压力性损伤患者疗效观察[J].临床医药文献杂志,2017年第4卷第44期
- [5] 苏荣,彭美英,莫华丹,韦姣[J].广西医科大学学报2012Jun:29
- [6] 韦月琴.碘伏与湿润烧伤膏配合红外线照射治疗压疮8例的体会[J].中外健康文摘2013年1月第10卷第3期 World Health Digest Medical Periodical
- [7] 黄俭美.湿润烧伤膏治疗压疮26例护理体会[J].护理研究·201706

(上接第25页)

频率低于非糖尿病人群^[2]。资料显示^[2],相比规律刷牙的糖尿病患者,不规律刷牙的患者牙周健康不佳,更易出现龋齿,说明有必要帮助糖尿病患者了解良好的口腔自我保健知识,形成规律口腔清洁、定期口腔随访的习惯。尽管常规健康教育能够提供口腔健康知识,但是口干的自我管理、正确刷牙和使用牙线、对口腔清洁技术的演示反馈这三大口腔健康主题仍存在不足^[3]。本研究尝试采用个性化健康教育模式对老年糖尿病患者实施教育,结果显示,干预后研究组口腔保健

知识水平及自护能力均明显优于对照组,说明个性化健康教育能提高老年糖尿病患者口腔保健知识水平和自我护理能力。

【参考文献】

- [1] 刘贤彬,吴标良.血糖控制与糖尿病足关系的研究进展[J].右江医学,2019,47(11):801-805.
- [2] 梁玮,赵慧华.糖尿病与口腔疾病互为因果的临床研究进展[J].护理研究,2019,33(1):50-53.
- [3] Yuen HK.Oral health Content in diabetes self-management education programs[J].Diabetes Res Clin Pract,2018,90(3):82-84.

(上接第26页)

在本次研究中,观察组脑梗塞患者治疗后神经功能缺损评分明显低于对照组,而且观察组患者治疗后BMI指数高于对照组,差异性对比: $P<0.05$ 。对比两组患者治疗后的CRP水平,数据差异性明显: $P<0.05$ 。

综上所述,对脑梗塞患者而使用阿托伐他汀联合氯吡格雷进行治疗后,能够有效改善患者神经功能缺损前程度,并加速清除患者炎症因子水平,提高患者治疗效果。

【参考文献】

- [1] 黄传斌.阿托伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗塞的临床

观察[J].现代诊断与治疗,2018,29(4):554-555.

[2] 李艳.阿托伐他汀与氯吡格雷联合应用于脑梗塞治疗中的效果分析[J].临床医学研究与实践,2018,3(5):30-31.

[3] 郝沛.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2018,29(7):1056-1058.

[4] 高娟.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(5):42-43.

[5] 冒文娟,王姗姗.氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果分析[J].系统医学,2018,3(7):46-48.