



复方紫草油擦剂治疗手部Ⅱ度烧伤的疗效观察

张松林 王道明 叶永同 洪美蓉 (福建省中医药大学附属晋江中医院外二科 福建晋江 362200)

摘要: **目的** 探讨手部Ⅱ度烧伤治疗最佳方法, 观察自制复方紫草油擦剂疗效。**方法** 治疗组和对照组分别采用自制复方紫草油擦剂和复方磺胺嘧啶锌治疗, 在60例病例中随机分组, 观察分析用药后2组创面愈合时间及止痛效果。**结果** 自制复方紫草油组创面愈合时间及创面用药后止痛效果均优于复方磺胺嘧啶锌组。**结论** 复方紫草油擦剂在外用治疗手部Ⅱ度烧伤时, 促进创面愈合效果理想, 特别是在浅Ⅱ度创面加快愈合功效尤为显著, 在深Ⅱ度创面及感染创面上优势不明显, 有待进一步研究; 但在止痛方面均具有明显的优势, 是临床上一种较好的选择。

关键词: 烧伤; 手部; 复方紫草油

中图分类号: R644 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2020)05-003-02

基金项目: 福建中医药大学校管科研课题, 课题编号: XB2017055

双手结构复杂精细, 暴露在外, 易致损伤, 烧伤后容易遗留瘢痕增生挛缩畸形和功能障碍^[1], 或者形成所谓的“冻结手”^[2], 严重影响生活质量。但是烧伤后如创面处理得当、及时, 能获得良好愈合, 甚至功能完全恢复, 不留瘢痕及功能障碍^{[3][4]}。为探讨手部Ⅱ度烧伤治疗的最佳方法, 对自制复方紫草油擦剂治疗进行总结, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本病例共60例, 均为手部Ⅱ度烧伤, 部分含有全身其他部位烧伤, 其中浅Ⅱ度42例, 深Ⅱ度18例, 随机分为2组, 治疗组(自制复方紫草油组)和对照组(复方磺胺嘧啶锌组)各30例。治疗组男性17例, 女性13例, 年龄8个月-61岁, 平均(36±3.15)岁, 对照组男性15例, 女性15例, 年龄9个月-59岁, 平均(37±4.15)岁, 手部烧伤面积为1%-5%, 平均(3.2±2.16)%, 主要为热水、热汤烫伤、火焰烧伤、电火花烧伤、蒸汽烫伤。排除大面积烧伤、孕妇、严重脏器功能不全及需要抢救的患者, 两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 制剂^[5]

治疗组选用复方紫草油擦剂, 按我院制剂室制作方法: 复方紫草油由紫草、冰片、忍冬、白芷、黄柏、虎杖、地榆、白芨、大黄等组成, 按处方量称取除冰片外的药物, 经漂洗、沥干、麻油浸泡、熬制、过滤、冷却等处理后, 加入粉状冰片, 制成紫草油纱布, 高压灭菌备用。对照组选用成都第一药业有限公司生产的复方磺胺嘧啶锌涂膜(产品批号: 130602)。

1.3 创面处理

治疗组: 创面清创, 剪去失效泡皮, 生理盐水冲洗, 碘伏消毒, 采用包扎疗法, 方法是先将创面用紫草油纱布覆盖, 无菌敷料包扎, 定期换药。

对照组: 先予创面清创, 剪去失效泡皮, 生理盐水冲洗, 碘伏消毒, 采用包扎疗法, 方法是用纱布搓揉复方磺胺嘧啶锌覆盖创面包扎, 定期换药。

1.4 观察指标

(1) 创面用药后反应及愈合情况: 观察烧伤创面用药后创面是否加深或改善; 有无创周红肿、渗出增多; 有无皮疹、瘙痒; 是否瘢痕增生、挛缩。

(2) 创面愈合时间: 急性患者, 从创面用药起到创面完

全上皮化所需时间。

(3) 止痛效果: Ⅱ度创面用药后止痛效果评价标准: 优: 用药后10min内创面疼痛缓解; 良: 用药后10min内创面疼痛减轻, 30min内缓解; 一般: 用药后30min内创面疼痛减轻, 不需药物止痛; 差: 用药后30min创面疼痛无减轻, 需药物止痛; 极差: 用药后创面疼痛加重, 需药物止痛^{[6][7]}。计算优良例数。

1.5 统计学处理

数据用SPSS22.0软件录入及分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料用t检验, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 创面用药观察及愈合情况

2.1.1 治疗组

创面用药后疼痛缓解, 未出现皮疹、瘙痒、红肿等反应, 渗出逐渐减少, 浅Ⅱ度创面直接上皮化愈合, 深Ⅱ度创面先出现皮岛, 皮岛逐渐向周围扩展、融合而愈合。

2.1.2 对照组

创面用药后大部分疼痛缓解, 1例出现疼痛加剧, 需服用止痛药缓解, 未出现皮疹、瘙痒等反应, 局部炎症反应明显, 肿胀持续时间较长, 经过溶痂、皮岛、皮岛扩展而愈合, 用时较长。

2.1.3 不良反应

2组病例均未出现感染、休克、过敏、及用药引起白细胞、肝肾功异常等后果。

2.2 创面愈合时间

2组创面用药后愈合时间对比, 治疗组创面平均愈合时间浅Ⅱ度为8.5d, 对照组为10.95d, 两组比较, 治疗组愈合需时明显缩短, 创面愈合更快, 2组比较有显著性差异($P<0.01$), 但深Ⅱ度平均愈合时间则为20d, 与对照组19d相比优势不明显($P>0.05$)。见表1。

表1: 两组创面愈合时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	浅Ⅱ度创面		深Ⅱ度创面	
		n	愈合时间/d	n	愈合时间/d
治疗组	30	21	8.47±1.47	9	19.78±2.58
对照组	30	21	10.95±1.83	9	18.78±1.71
P			< 0.01		> 0.05

2.3 止痛效果

2组创面用药后止痛优良率对比, 其中治疗组止痛优良率为66.67%, 对照组止痛优良率为50%, 治疗组明显高于对照组, 而且未出现加重现象, 止痛效果好, 2组比较有显著性差



异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 两组创面用药后止痛效果比较 (n, %)

组别	例数	优 (%)	良 (%)	中 (%)	差 (%)	极差 (%)
治疗组	30	5 (16.67)	15 (50.0)	8 (26.67)	2 (6.66)	0 (0)
对照组	30	3 (10.0)	12 (40.0)	9 (30.0)	5 (16.67)	1 (3.33)

其中: $P < 0.05$

3 讨论

手部烧伤患者约占临床总烧伤例数的 16%^[8], 小面积烧伤主要任务及处理创面, 创面处理自始至终应遵循防止感染、促进愈合的原则。烧伤创面是细菌入侵的主要途径, 烧伤后局部血管栓塞, 全身使用抗生素难以达到局部而发挥作用, 故早期合理使用有效的外用药可以有效控制创面细菌繁殖, 促进创面愈合^[10]。

基础研究表明, 烧伤后创面存在淤滞带, 早期它的深度、范围会进行性加深, 伤后 4 小时内损害最明显^[11], 深 II 度创面, 烧伤后即开始出现毛细血管进行性血栓形成, 一般可持续 12 小时, 此时毛细血管障碍达到顶峰。

中医认为烧伤是因感受热邪, 热毒炽盛, 热胜则肉腐, 故肌肤腐烂, 其病机以热毒蕴结皮肉, 经络气血瘀滞为主, 宜选治则清热解毒、活血逐瘀。方中紫草为主药, 紫草甘寒, 有凉血解毒、化腐生肌之功。适用于水火烫伤。佐药忍冬藤、白芷、白芨、虎杖、地榆、冰片均有清热解毒、生肌止痛等功效; 麻油为基质甘凉寒解毒生肌^[12]。诸药配伍具有协同作用, 合具有清热解、去腐生肌毒、收敛通络止痛之功效, 符合中医治疗烧伤理论。

药理研究证明复方紫草油的主要成分左旋紫草素, 能抑制多种细菌, 具有抗炎抗菌作用; 外用后形成一层无菌保护膜, 隔离保护创面, 能逆转烧伤淤滞带组织血运, 阻止创面加深; 保持创面湿润, 利于毛细血管生成; 促进各种生长因子释放, 加快组织的再生和愈合速度; 避免创面遭受干燥空气直接刺激, 通过保护感觉神经细胞, 避免损伤, 起到止痛作用^[13]^[14]、^[15]。

复方磺胺嘧啶锌涂膜含磺胺嘧啶、银、锌, 具有协同作用。磺胺嘧啶本身是磺胺类抗生素, 抗感染能力较强; 银离子渗透性强, 具有广谱杀菌作用^[16], 因此抗感染能力更强, 故在深 II 度及感染创面更加使用^[17]。锌离子可促进上皮细胞增殖, 具有促进创面修复的特性^[18]。外用成膜后能保护创面, 抢救间生态组织, 使部分瘀滞带得以逆转。

使用体会: 应用复方紫草油擦剂治疗手部 II 度烧伤, 促进创面愈合效果理想, 特别是加快浅 II 度创面愈合功效尤为显著, 在在深 II 度创面及感染创面上优势不显著, 有待进一步研究; 但在止痛方面均具有明显的优势, 是临床上一种较好的选择。

参考文献

(上接第 2 页)

2002, 5(9):688-689.

[3] 尤焱南, 周涛, 赵霞.《中医病证诊断疗效标准》修订中文献研究法探析[J]. 中医药导报, 2019, 25(21):22-25.

[4] 胡建国, 万巧巧. 中医治疗内因性类风湿关节炎进展[J]. 中医学报, 2019, 34(12):2558-2562.

[5] 王钰莹, 高辉, 段京莉等. 类风湿关节炎免疫治疗药物的作用机制和应用进展[J]. 临床药物治疗杂志, 2019, 17(8):13-17.

[1] 李敏, 王立波, 付吉东, 80 例手部烧伤的治疗分析[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(2): 83-84.

[2] 孟凡勇, 手部烧伤早期治疗的体会[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2008, 3(3): 368-369.

[3] 邹艳红, 谢世华, 郭守林, 朱春生, 邱留明, 200 例手烧伤治疗分析[J]. 赣南医学院学报, 2006: 67-68.

[4] 卢立春, 杨宝会, 范微微, 刘铭然, 手部烧伤的治疗体会[J]. 吉林大学学报(医学版), 2010, 36(1): 162.

[5] 王道明, 张松林等, 自制复方紫草油治疗小儿浅 II 度烧伤临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(7): 985-986.

[6] 罗成群, 朱颖, 李萍, 等, 湿润烧伤膏临床试验报告(附 100 例临报告)[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2000, 12(2): 15-19.

[7] 徐荣祥, 烧伤医疗技术蓝皮书[M], 北京: 中国医药科技出版社, 2000, 15.

[8] 周金龙, 冉雪梅, 顾忠强, 等, 美宝湿润烧伤膏治疗成人手部电弧 II 度烧伤效果分析[J]. 青岛医药卫生, 2016, 48(2):105-107.

[9] 常致得, 张明良, 孙永华, 等, 烧伤创面修复与全身治疗[M]. 北京: 北京出版社, 1933: 44-45.

[10] 谷廷敏, 谷阳, 隋志甫, 烧伤创面内表皮生长因子表皮生长因子受体 C-myc 三种基因表达变化的临床观察[J], 中国实验诊断学, 2010, 14(9): 1431-1433.

[11] 徐荣祥, 烧伤湿性医疗技术[J]. 中国烧伤创疡杂志, 1997, (3): 42.

[12] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 12.

[13] 胡寅, 创面密闭疗法 112 例临床分析[J]. 南京医科大学学报, 2003, 23(2): 183.

[14] 封玉东, 封丽, 王婉, 复方紫草油促进烧伤面愈合和抗炎作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2008, 15(5): 378.

[15] 彭浩, 罗成群, 复方紫草油对烧伤创面一氧化氮、内皮素、丙二醛含量的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12(9): 17-19.

[16] 郭振荣, 危重伤员的早期处理[M]// 盛志勇, 郭振荣, 危重烧伤治疗与康复学, 北京: 科学出版社, 2000, 101-116.

[17] 曾秀育, 宋知仁, 谭雄进, 何学贤, 等, 复方磺胺嘧啶锌涂膜与湿润烧伤膏在不同烧伤创面的应用策略[J]. 华南国防医学杂志, 2008, 22(3), 67-69.

[18] 郭振荣, 李利根, 赵霖, 重视烧伤后补锌, 促进创面愈合[J]. 中华烧伤杂志, 2001. 17(2):202-203.

[6] 杜娟. 艾拉莫德联合甲氨蝶呤对类风湿性关节炎患者血清 M-CSF、IL-8 及骨代谢的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 029(001):27-29.

[7] 胡冰, 王玲. 探索性研究类风湿性关节炎膝关节早期改变超声分级与中西医结合治疗方法相关性[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 020(008):199-201.

[8] 王泽, 郑慧, 郝慧琴. 中药经方二妙散治疗类风湿关节炎的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(04):152-154.