

引用:刘伊亮,石全. 乌梅阳和汤联合负压封闭引流治疗 3 期骶尾部压疮 50 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(3):60-62.

乌梅阳和汤联合负压封闭引流 治疗 3 期骶尾部压疮 50 例

刘伊亮¹, 石全^{2,3,4}

- (1. 湖北中医药大学,湖北 武汉,430060;2. 湖北省中医院,湖北 武汉,430061;
3. 湖北中医药大学附属医院,湖北 武汉,430061;
4. 湖北省中医药研究院,湖北 武汉,430074)

[摘要] 目的:观察乌梅阳和汤联合负压封闭引流(VSD)治疗骶尾部压疮的疗效及安全性,并探讨其作用机制和实用性。方法:将 100 例 3 期骶尾部压疮患者随机分为治疗组和对照组,每组各 50 例。对照组予以 VSD 治疗,并每周更换 1 次负压封闭引流装置;治疗组在对照组基础上联合乌梅阳和汤治疗,2 组均在治疗 14 d 后行转移皮瓣修复术,比较 2 组治疗后第 7、14 天时创面肉芽组织的毛细血管密度值、创面愈合时间和创面愈合率。结果:治疗组的创面肉芽组织毛细血管密度值、创面愈合率均比对照组高($P<0.05$),治疗组的创面愈合时间较对照组短($P<0.05$)。结论:采用乌梅阳和汤联合 VSD 治疗骶尾部压疮的临床疗效优于单用 VSD 治疗,可有效促进创面肉芽组织的生长,可为二期转移皮瓣创造有利条件,缩短压疮创面愈合时间。

[关键词] 压疮;骶尾部;中西医结合疗法;乌梅阳和汤;负压封闭引流

[中图分类号] R269.321 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.03.021

压疮也称褥疮、压力性溃疡,是因长期卧床导致局部组织长期受压后发生持续性缺血、缺氧及营养不良等情况,最终造成局部软组织溃烂和坏死^[1-2]。压疮多见于中风、脑出血、截瘫、脊髓及下肢骨折等长期卧床患者,这类患者因意识不清或不能自主翻身或合并其他疾病,全身营养状态差,一旦产生压疮而没有及时处理或护理不当,则可能导致病情逐步加重,伤口创面逐步扩大、加深,创面迁延难愈,严重时可使骨髓炎及脓毒血症而危及生命。

压疮曾一度是十分常见却相当棘手的临床疾病,但近年来负压封闭引流(VSD)技术的出现,给患者带来了福音,成为目前治疗压疮的主流且有效的方法。但 VSD 技术的治疗费用较传统疗法高,且每次的使用周期约为 7~10 d,对 3、4 期创面组织缺损严重的压疮患者需进行多次 VSD 治疗,因此如何在合理使用 VSD 治疗的前提下促进肉芽组织生长,缩短压疮创面的愈合时间是医务工作者需要研究的课题。本研究采用乌梅阳和汤联合 VSD 治疗 3 期骶尾部压疮患者,取得了理想的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 12 月至 2020 年 1 月于湖北省中医院外科住院的 3 期骶尾部压疮患者

100 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 50 例。治疗组中,男 31 例,女 19 例;年龄 52~86 岁,平均 65.3 岁;患者卧床时间 3~107 个月,平均 37 个月。对照组中,男 37 例,女 13 例;年龄 50~90 岁,平均 68.7 岁;患者卧床时间 5~120 个月,平均 46 个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《国际性压疮防治指南》^[1]及 2016 年美国压疮咨询委员会(NPUAP)更新的压疮定义和分期^[2-3]进行诊断及评定分级。压疮(压力性损伤):皮肤和深部软组织的局部损伤,通常位于骨隆突部位,或与医疗器械等相关,其可以表现为完整的皮肤或开放性溃疡,可能伴有疼痛。压力性损伤是由强烈和(或)长期的压力或压力联合剪切力所致。1 期:以手指按压具有完整性的皮肤不会改变皮色以及发红,深部皮肤无明显苍白,但其颜色与周围正常皮肤颜色不同,损害多发于有骨突起部位,皮损出可伴有疼痛感或质地及温度的改变。2 期:表现为浅表性溃疡,即可见部分真皮层的损伤,无腐烂组织,创面呈肉粉色;或为血清性血泡,可有完整性,外观有光泽或干燥,无腐烂组织。3 期:全层皮肤组织的缺损伴肉眼可见腐烂组织及皮下脂肪组织,骨骼、肌腱及肌肉

第一作者:刘伊亮,女,医学硕士,研究方向:中医外科,中西医治疗皮肤病,中医美容

通讯作者:石全,男,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医外科,中西医结合治疗皮肤病,中医美容,E-mail:shi.quan.2009@163.com

尚不可见,可能形成皮下窦道,因压疮发生不同部位的组织结构的差异而压疮的创面深度差别较大。4期:全层皮肤组织缺损并可见骨骼、肌腱及肌肉组织,常伴有腐烂组织和结痂及皮下窦道。不可分期:全层皮肤组织缺损,基地溃烂,其上覆盖腐烂组织或痂皮组织,因其必须大量清除覆盖组织以暴露创面,才能判断分期,固归为难以分期类型。深部组织损伤:持续指压不变白的深红色、栗色或紫色或表皮分离后可见黑色创基或充血的水疱。

1.3 纳入标准 1)症状符合 NPUAP 分期中3期压疮的诊断标准;2)已了解研究内容并签署知情同意书,愿意全程配合。

1.4 排除标准 1)出血或有出血倾向;2)合并有严重的糖尿病、心脑血管疾病及肝肾功不全等疾病,可能无法耐受手术;3)非骶尾部的其他部位压疮;4)有精神障碍,不能配合治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以 VSD 治疗。材料使用:医用泡沫敷料(武汉斯维亚科技有限公司,主要成分:聚乙烯醇水化海藻盐泡沫);生物透性薄膜(美国 3M 公司,特性:具有黏合性的聚胺甲酸乙酯薄膜,防水且单向透气);三通接头;负压吸引装置。手术操作:一期手术,纳入本研究的所有病例均由湖北省中医院外科医师根据其创面形状、大小,选择合适、服贴的泡沫辅料,并按照 VSD 治疗标准流程完成手术,再分别于治疗前、治疗后第7天、第14天留取创面肉芽组织标本送检。二期手术,所有病例在 VSD 治疗14 d后,均由湖北省中医院外科医师完成创面的转移皮瓣修复术。一期手术后按 VSD 术后护理流程行规范护理,观察负压引流装置气密性,压力控制在-15~20 kPa,期间同时对患者原发疾病予以纠正低蛋白血症、全身营养等对症支持治疗;二期手术后予抗感染治疗3 d以预防术后感染。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上于一期手术后即开始配合乌梅阳和汤加减治疗。处方:乌梅 60 g,黄芪 30 g,当归 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g,熟地黄 20 g,丹参 15 g,地龙 10 g,肉桂 10 g,炮姜 10 g,白芥子 10 g,麻黄 10 g,生甘草 10 g。以上中药均由湖北省中医院药事部代煎提供。服药方法:口服,100 ml/次,2次/d,于早晚餐后 30 min 服用,连续服用2周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)毛细血管密度值。于 VSD 治疗前,治疗后第7、14天时,分别取患者的压疮创面组织,以固定液固定后用蜡块封存保留作为标本,再采

用 SABC 法进行检测,显影标本中染红的血管交叉数目,使用高倍镜(10HP)观察镜,以此作为毛细血管密度值,其镜下可见血管交叉数目量越多,提示创面新鲜程度越高及肉芽组织生长速度越快^[4]。2)创面愈合时间。3)压疮创面愈合率。分别于行 VSD 治疗后的第7、14天观察压疮创面情况,计算压疮创面愈合率,判断压疮愈合程度。压疮创面愈合率=(原始压疮面积-治疗后压疮面积)/原始压疮面积×100%。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计学软件进行分析处理,符合正态分布的计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析进行统计检验,非正态分布的计量资料以中位数(四分位数间距)表示,采用 Mann-Whitney U 检验进行统计分析;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组治疗前后毛细血管密度值比较 治疗后2组压疮组织的毛细血管密度值均较治疗前升高($P < 0.05$),且2组治疗后第14天毛细血管密度值均较本组治疗后第7天升高,治疗组治疗后第7天及第14天的创面组织毛细血管密度值均高于同期对照组,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组治疗前后毛细血管密度值比较($\bar{x} \pm s$,10HP)

组别	例数	治疗前	治疗后第7天	治疗后第14天
治疗组	50	17.03±4.82	40.44±5.06	53.11±5.23
对照组	50	18.67±5.03	37.40±5.34	45.18±4.07
<i>t</i> 值		1.665	2.922	8.461
<i>P</i> 值		0.099	0.004	0.000

3.3.2 2组创面愈合时间及创面愈合率比较 治疗组的压疮创面愈合时间较对照组缩短,差异有统计学意义;2组治疗后第14天的压疮创面愈合率均较本组治疗后第7天显著升高,且治疗组第7、14天压疮创面愈合率均高于同期对照组,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组创面愈合时间及创面愈合率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	创面愈合时间(d)	创面愈合率(%)	
			治疗后第7天	治疗后第14天
治疗组	50	20.37±4.11	54.62±4.73	93.97±5.99
对照组	50	24.45±3.23	42.98±5.36	81.74±7.21
<i>t</i> 值		5.519	11.514	9.226
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01

4 讨 论

压疮的创面为慢性难愈性的创口,患者多因年老体弱、营养不良、消瘦及长期卧床等不良身体状态,致使骨隆突等部位长期压迫,机体由于无法耐受而出现破溃、局部缺血、缺氧、血管栓塞等情况,继而出现组

织坏死、腐烂等现象,经久难愈^[5]。压疮最易发生于骶尾部、坐骨部及股骨大粗隆部、足跟部等骨突部位,临床最常见是骶尾部压疮,此处压疮多因面积较大、深度较深,加之患者多为仰卧位,骶尾部最易受压等因素,使创面迁延难愈。尤其是3、4期压疮经过长期常规换药后仍效果甚微,此类压疮的护理及治疗不仅给临床医务人员增加了工作量,还增加了患者家庭和社会的心理、经济负担。

中医学将压疮称为“席疮”,是由于本病多因患者久着于床褥而肉腐生疮得名。《外科启玄·溃疡虚实论》中述“席疮乃久病养床之人揉擦磨破而成”,现代中医学者对其作出进一步解释:患者出现压疮多源于久病、大病之后气血耗伤,加之卧久伤气,气虚而血行不畅,其受压部位的气血更是失于通调,以致局部肌肤失于温煦濡养、皮肉坏死;持续卧床局部皮肤长期摩擦破损染毒,可加重病情^[6]。压疮属本虚标实之证,以气血虚滞为本,瘀毒干血为标。古代医家吴师机曰:“外治佐内治,能两精者乃无一失”;又曰:“外治之理,即内治之理;外治之药,亦即内治之药;所异者法耳”等,皆可说明外治法与内治法的方法虽然不同,但其作用机制具有一致性,因此可内外合治以发挥更好的疗效。

目前VSD技术已广泛应用于压疮的临床治疗,该外治法能够时刻保护创面,可将血液、脓液等分泌物排出体外,并阻止细菌、灰尘等物质侵入创面,同时使创面保持负压状态从而形成一个缺氧、潮湿且温暖的环境以抑制细菌的生长和繁殖,并且能够促进局部血液循环,通过增加血流量、扩张毛细血管来促进肉芽组织增生,同时加强内皮细胞间的连接,恢复血管壁的完整性从而使机体改善微循环功能,为创面的愈合奠定良好基础^[7]。上述VSD技术的作用机制与压疮中医病机中的“血行不畅,气虚血滞”“肌肤失养,蕴毒而溃”等理念正相吻合,中医治疗则常以“行气活血、疏经通络”“补气扶正、脱毒外出”为纲。本研究采用内服可“补气活血,疏经通络”的乌梅阳和汤与外用VSD技术联合的综合疗法来治疗3期骶尾部压疮,中西结合,内外同治,起到协同增效的作用。

阳和汤原方出自王维德所著《外科证治全生集》,本方功能养血补虚、温阳驱寒,又可祛痰通滞,善治各种阴疽,如贴骨疽、脱疽、流注、痰核、鹤膝风等病中性属阴寒者。笔者所论压疮是因病虚日久,气血两亏,正虚不能驱邪外出所致,当以温煦阳气、峻补精血为主^[8]。本研究所用的乌梅阳和汤系在古方阳和

汤的基础上化裁而成,方中重用乌梅为君药,属创新之举。乌梅性味酸平,入肺、肠之经,具有收敛生津之功,因考虑到3期压疮创面渗出量多,此方重用乌梅,因其有敛液生肌之功效,可有效促进创面愈合。方中使用大剂量黄芪,因其益气固表、托毒生肌、利水消肿作用强;当归可补血活血,归芪合用增强补气生血之功,阴生则阳长、气旺而血生,可有效促进受损组织修复;熟地黄味甘性温,入肝、肾之经,功善温补营血,填精补髓;肉桂、炮姜性辛热,入血分,温阳散寒,温通血脉,使伏寒得祛,上三味共为臣药。地龙通经活络;白芥子性味辛温,可化皮里膜外之痰,温化寒痰、通络散结效佳;再佐以麻黄辛温达表,宣通毛窍,开肌腠、散寒凝;配合丹参、赤芍活血化瘀通经、凉血消痈安神;加以川芎活血行气。姜、芥、桂、麻宣通行散之力,使全方补而不滞;归、丹、赤、芎活血凉血之效,使全方温而不燥。生甘草为使,解毒并调和诸药。综观本方,诸药联用共奏“益气养血、活血通经、祛痰通滞”之效,可达到改善组织营养,提高组织供血供氧速度,缩短创面愈合时间,促进伤口恢复的效果。

综上所述,医务工作者可尝试将本方用于临床术后的辅助治疗,以助压疮创面肉芽组织更快具备向二期手术过渡的条件,提高植皮术或转移皮瓣术的成功率,缩短压疮创面的愈合时间及住院时间,提高整体疗效,减轻患者经济负担。

参考文献

- [1] NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.) [R]. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014.
- [2] NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Consensus conference on pressure ulcer staging [R]. Chicago, Illinois, 2016.
- [3] 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, 2018, 13(1): 64-67.
- [4] 沈晨, 郭大志. 负压封闭引流技术结合高压氧治疗难治性压疮的效果[J]. 中国医药导报, 2018, 15(32): 106-108.
- [5] LUMBERS M. Pressure ulcers: an overview of risk [J]. British Journal of Nursing, 2017, 26(15): S49-S50.
- [6] 马静, 邓述华, 周玉洁, 等. 中医药在压疮护理中的应用及研究现状[J]. 护理管理杂志, 2016, 16(8): 547-549.
- [7] 黄娜, 沈旭慧, 顾正凤, 等. 负压引流技术联合湿性理论治疗重度压力性损伤的研究进展[J]. 护理研究, 2018, 32(21): 3364-3366.
- [8] 高素芳, 宋清富, 高树萍. 前列地尔脂微球载体制剂联合生肌膏对Ⅲ、Ⅳ度褥疮愈合的影响[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(21): 2603.

(收稿日期: 2020-04-03)