

引用:陈萌,刘霞辉,吴燕妮.穴位贴敷联合艾灸干预失禁性皮炎23例效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(11):110-112.

穴位贴敷联合艾灸干预失禁性皮炎23例效果观察

陈 萌,刘霞辉,吴燕妮

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:观察穴位贴敷联合艾灸对失禁性皮炎(IAD)的护理效果。方法:将46例IAD患者随机分为观察组和对照组,每组各23例。对照组予以莫匹罗星软膏外涂干预,观察组在对照组基础上采用穴位贴敷、艾灸干预,疗程均为14d。比较2组综合疗效、干预前后皮损皮肤情况(包括皮肤红肿面积、皮损面积、疼痛程度、皮损部位温度),干预前与干预后7、14d的大便次数、形状评分,患者护理满意度。结果:总有效率观察组为91.30%(21/23),高于对照组的65.22%(15/23),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);与干预前比较,干预后2组患者皮肤红肿面积、皮损面积均减少,疼痛程度减轻,且观察组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2组干预后7、14d大便评分均较干预前下降,且观察组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);护理满意率观察组为100%(23/23),对照组为78.26%(18/23),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:穴位贴敷联合艾灸对IAD患者的干预效果显著,可改善皮肤红肿和疼痛,促进皮损愈合。

[关键词] 失禁性皮炎;穴位贴敷;艾灸;莫匹罗星软膏

[中图分类号] R246.7, R275.982.5 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.11.040

失禁性皮炎(incontinent-associated dermatitis, IAD)是指皮肤持续性暴露在尿液或粪便环境中因刺激而形成的皮炎,可伴有皮肤缺损、渗出、水肿、溃烂等,多发于危重症患者^[1]。IAD发生后,护理的目标是保护皮肤免受进一步受损,建立良好的内环境以促使皮肤进行自我修复,同时应合理治疗和护理大小便失禁的情况^[2]。临床治疗多单用或联合使用凡士林软膏、氧化锌油、造口护肤粉、水胶体敷料等,其疗效有待加强。IAD属中医学“湿疮”范畴,风、湿、热邪客于肌肤,气血亏虚,经络受阻,肌肤失养而致皮肤受损,基本治疗原则为行气活血、解毒生肌、通络散瘀^[3]。Meta分析结果显示,中药治疗IAD具有独特功效,效果良好^[4]。本研究对23例IAD患者在外用莫匹罗星软膏的基础上采用穴位贴敷联合艾灸进行干预,在改善患者皮肤红肿、疼痛,促进皮损愈合方面取得了满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将2019年2月至2020年2月由我院收治的46例IAD患者随机分为观察组和对照组,每组各23例。观察组中,男8例,女15例;年龄50~69岁,平均 (61.93 ± 7.28) 岁;病程1~20d,平均 (7.12 ± 2.36) d;皮炎程度:轻度5例,中度15例,

重度3例。对照组中,男10例,女13例;年龄55~70岁,平均 (62.07 ± 7.13) 岁;病程3~15d,平均 (7.19 ± 2.40) d;皮炎程度:轻度4例,中度14例,重度5例。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 参考文献[5]中的诊断标准制定。大小便失禁,环境潮湿,多发生于肛周、会阴、臀部、大腿内侧,皮损呈斑点状,分布不均匀,周围皮肤多侵犯表皮或真皮,伴有瘙痒、灼痛。轻度:皮肤完整,有轻度发红和不适;中度:中度发红,皮肤剥脱,大小水疱或小范围部分皮层受损,伴有疼痛或不适;重度:皮肤变暗,呈深红色,大面积皮肤剥脱受损、水疱或渗出。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄50~70岁;3)患者思维清晰,表达能力正常,能配合护理;4)患者及家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)伴有直肠低位恶性肿瘤、肛周脓肿、肛门脱垂或消化道出血;2)患有糖尿病;3)伴有其他皮肤疾病;4)继发真菌感染者。

2 干预方法

2.1 对照组 予莫匹罗星软膏外涂。患者便后采用温水清洁肛周、臀部、大腿内侧及带有大小便的皮肤,纱布擦干,皮炎处涂抹莫匹罗星软膏(中美天

津史克制药有限公司,批准文号:国药准字 H10930064,规格:20 mg/支),待干后每 2 h 协助患者翻身,3 次/d,并保持床单清洁。

2.2 观察组 在对照组基础上加用穴位贴敷、艾灸干预。1)穴位贴敷:选取关元、天枢、足三里,将吴茱萸与醋调和后用无菌贴将黄豆大小药膏敷于以上穴位,2 h/d,1 次/d。2)艾灸:选取神阙穴及肛周、会阴、臀部、大腿内侧、腹股沟等皮损部位的阿是穴,点燃艾条并与施灸部位保持 2 cm 距离,神阙穴温和灸 10 min,阿是穴回旋灸 15 min,以温热无痛感为宜。对于昏迷患者,施灸者采用食指和中指感受艾灸部位的温度以防止烫伤。2 次/d。

2 组均干预 14 d。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)皮肤情况:①皮肤红肿面积、皮损面积(cm^2);②疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)评分评价疼痛程度,0 分为无痛,10 分为不能忍受的剧痛,令患者根据自身疼痛程度进行 0~10 分的评分;③皮损部位温度(皮温):红外点测温仪测定皮损中点及 3、6、9、12 点温度($^{\circ}\text{C}$),取其平均值。2)干预前及干预后 7、14 d 的大便次数和形状评分。次数评分: ≤ 3 次/d 为 0 分,4 次为 1 分,5~6 次为 2 分, >6 次为 3 分;形状评分:正常为 0 分,糊状为 1 分,水样状为 2 分。3)护理满意度。采用我科自制护理满意度调查表,统一发放、统一收回,由患者本人或家属填写,分为非常满意、满意和不满意。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定。治愈:皮肤恢复正常,痛感消失;显效:皮肤糜烂部位愈合,疼痛缓解,皮肤仍发红;无效:皮肤无改善或加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件分析数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率观察组为 91.30%,高于对照组的 65.22%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	无效	总有效
观察组	23	20(86.95)	1(4.35)	2(8.70)	21(91.30) ^a
对照组	23	11(47.83)	4(17.39)	8(34.78)	15(65.22)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组干预前后皮肤情况比较 干预前 2 组患者皮肤红肿面积、皮损面积、疼痛程度、皮温比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后 2 组患者皮肤红肿面积、皮损面积均较干预前减小、疼痛程度评分较干预前下降,且观察组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组皮温干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组干预前后皮肤情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	红肿面积(cm^2)	皮损面积(cm^2)	疼痛程度(分)	皮温($^{\circ}\text{C}$)
观察组	23	干预前	24.31 $\pm$ 7.65	2.14 $\pm$ 1.57	4.46 $\pm$ 0.92	37.23 $\pm$ 0.28
		干预后	4.05 $\pm$ 0.13 ^{ab}	0.03 $\pm$ 0.01 ^{ab}	0.18 $\pm$ 0.07 ^{ab}	36.89 $\pm$ 0.17
对照组	23	干预前	24.40 $\pm$ 7.72	2.20 $\pm$ 1.59	4.50 $\pm$ 0.86	37.30 $\pm$ 0.21
		干预后	6.83 $\pm$ 2.91 ^a	0.85 $\pm$ 1.01 ^a	1.16 $\pm$ 0.18 ^a	37.12 $\pm$ 0.39

注:与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组干预后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组干预前及干预后 7、14 d 大便次数和形状评分比较 干预前 2 组大便次数和形状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后 7、14 d 2 组大便次数和形状评分均较干预前下降,且观察组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组干预前及干预后 7、14 d 大便次数和形状评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后 7 d	干预后 14d
观察组	23	4.26 $\pm$ 0.74	3.61 $\pm$ 0.82 ^{ab}	2.74 $\pm$ 0.71 ^{ab}
对照组	23	4.19 $\pm$ 0.68	3.80 $\pm$ 0.51 ^a	3.16 $\pm$ 0.62 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组护理满意度比较 护理满意度观察组为 100%,对照组为 78.26%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意
观察组	23	15(65.22)	8(34.78)	0	23(100.0) ^a
对照组	23	11(47.83)	7(30.43)	5(21.74)	18(78.26)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

4 讨论

IAD 发生的原因因为大小便失禁,小便失禁在会阴部形成潮湿环境,尿液中的氨会改变皮肤的酸性 pH 值,使皮肤处于碱性环境中;同时尿液增加皮肤和床单之间的摩擦,降低皮肤对外界刺激的耐受性。大便中蛋白酶减弱了皮肤角质的保护功能,水样便呈碱性,与皮肤接触面积较大,易损伤皮肤,同

时大便中的大肠埃希菌和真菌还可引起皮肤的继发感染^[7]。IAD是临床上较为常见的皮肤问题,有预见性地进行护理,正确评估患者发生IAD的风险和严重程度,并制定系统合理的干预措施,可以有效减少IAD的发生,减轻患者痛苦,提高护理质量^[8]。莫匹罗星是外用性抗生素,用于革兰阳性菌的感染,同时具有较好的收敛、止血、干燥及止痛的作用。IAD患者因炎症浸润而皮肤局部红肿、表皮受损,外涂莫匹罗星软膏可保护创面,减少渗出液,预防感染,促进创面愈合^[9]。

中医药可多途径治疗IAD,疗效较优。本研究采用吴茱萸穴位贴敷联合艾灸干预IAD患者,取得了满意疗效。吴茱萸可燥湿理气、止痛温中,将其贴敷于穴位上,可疏通经络、调和气血、调整阴阳。所选取的穴位中,关元培补元气、驱除外邪;天枢为大肠之募穴,可疏调肠腑、理气化滞,调整肠道传导功能和大便的次数及性状^[10];足三里健脾和胃、通络益气,促进皮肤再生^[11]。3个穴位相配,调和气血、通络除瘀、消肿祛湿,促进肿痛消失和皮损恢复,改善大便失禁的情况^[12]。中医学认为,艾灸借助外来之火传热于腧穴传热以助内部阳气,祛风除湿,散结消肿。艾灸使用的艾条主要成分为艾绒、高良姜、降香、广藿香、白芷、香附、桂枝、陈皮、川乌、丹参等,以上药物合用可温通经络、行气逐瘀、消肿祛湿^[13]。现代中医学认为艾条燃烧的热量可扩张局部血管,促进血液循环,加快组织水肿和炎症的吸收,有助于IAD患者皮损的愈合;艾灸还可消毒周围皮肤,保持创面处于干燥的环境,加快肉芽组织生长和创面愈合;艾条中的药物能提高细胞能量,调整脏腑功能,提高患者新陈代谢,增强其抵抗细菌的能力,促进康复^[14-16]。神阙穴是治疗大便失禁的要穴,艾灸此穴可温阳散寒、除湿止泻^[17]。艾灸阿是穴可改善血液循环,促进炎症吸收,加快创面愈合。IAD患者在应用穴位贴敷和艾灸等护理措施之前,需先用温水清洁多发部位的皮肤,清洗动作轻柔,清洗完毕后采用纱布擦拭,在涂抹莫匹罗星软膏时应分开褶皱部位涂抹均匀,涂抹位置超过皮炎的面积。干预时应执行无菌操作以免污染创口,加强患者的营养支持和饮食安全,增强患者的免疫力,防止因食物不洁而导致患者腹泻。

本研究结果发现,观察组总有效率为91.30%,高于对照组的65.22%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者皮肤红肿面积、皮损面

积、疼痛程度、大便次数和形状评分、护理满意度均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明在莫匹罗星的基础上加用穴位贴敷、艾灸干预对IAD患者效果显著,可显著改善皮肤红肿和疼痛,促进皮损愈合,改善大便失禁的情况,值得推广。

参考文献

- [1] 李曰庆. 中医外科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2007:166.
- [2] 刘欢,田永明,冯倩,等. 标准化管理流程在危重患者失禁性皮炎防治中的应用效果[J]. 广西医学, 2020, 42(10):1328-1331.
- [3] 王玲,郑小伟,马蕊,等. 国内外失禁相关性皮炎护理实践专家共识解读[J]. 中国护理管理, 2018, 18(1):3-6.
- [4] 施洁,江锦芳. 中医药疗法治疗失禁性皮炎的Meta分析[J]. 广西医科大学学报, 2016, 33(6):950-955.
- [5] 王春雨,黄维肖,袁义厘,等. 失禁性皮炎皮肤损伤评估量表的汉化及信度、效度评价[J]. 中国护理管理, 2016, 16(3):337-340.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:264.
- [7] 闵小彦,郑晓倩,黄凡,等. 双套管灌洗联合造口袋低负压吸引预防ICU大便失禁患者失禁性皮炎的效果观察[J]. 护理学报, 2019, 26(5):51-53.
- [8] 杨波,熊文燕,初茜. 失禁性皮炎的预防及护理[J]. 吉林医学, 2013, 34(22):4562-4563.
- [9] 陈雯静,何春燕,杨涵,等. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌对莫匹罗星、夫西地酸和瑞他莫林的耐药性分析[J]. 检验医学, 2019, 34(1):33-37.
- [10] 赵盼盼,刘智斌,王斌,等. 基于俞募配穴理论针刺天枢、大肠俞治疗功能性腹泻的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(2):158-161, 166.
- [11] 张方,周云,吴焕淦,等. DRG中P2X3受体参与艾灸足三里穴缓解肠易激综合征大鼠内脏痛的研究[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(6):775-782.
- [12] 金恒,徐派的,张红星,等. 艾灸足三里穴对功能性消化不良模型大鼠肠神经胶质细胞的影响[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1):24-27.
- [13] 王婧吉,吴生兵,程红亮,等. 艾灸督脉组穴对血管性痴呆大鼠皮层和海马中晚期糖基化终产物受体和低密度脂蛋白受体相关蛋白-1表达及神经元超微结构的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(1):37-43.
- [14] 孙博伦,鲍金雷,王璐,等. 百会穴艾灸联合穴位按摩对老年女性失眠患者焦虑及睡眠质量的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(4):92-96.
- [15] 李小芳,蔡妮,陶宝琛,等. 火疗联合艾灸护理对骨质疏松症患者疼痛程度、生活质量及自我效能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(28):3920-3923.
- [16] 李庆玲,马强,李悦,等. 艾灸对慢性心力衰竭大鼠心功能及心肌细胞自噬相关蛋白表达的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(4):5-9, 20.
- [17] 黄方良. 艾灸神阙穴配合痛泻要方治疗肝郁脾虚型肠易激综合征临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(8):1204-1208.

(收稿日期:2021-05-04)