

愈溃膏治疗体表溃疡的临床观察

宫少波¹ 王勇² 刘翔² 宋爱莉³

(1 山东中医药高等专科学校 莱阳 265200; 2 山东省枣庄市薛城区中医医院 枣庄 277000;

3 山东中医药大学附属医院 济南 250011)

摘要:目的:观察愈溃膏治疗体表溃疡的疗效。方法:先将创面行外科清创术,清除坏死组织、陈旧肉芽,并用生理盐水冲洗至创面干净,然后将药膏涂于创面,再覆盖一层无菌敷料,稍加包扎,以保持创面湿润,利于新生组织生长。研究组用愈溃膏涂敷,对照组用生肌愈皮膏以同样的方法涂敷。每日换药 1 次,4 周为 1 个疗程。结果:研究组总有效率为 96.61%,对照组为 85.00%,两组比较差异有显著性($P < 0.05, \chi^2 = 9.297$);各组分类中,损伤感染性溃疡、循环障碍性溃疡疗效优于对照组($P < 0.05, \chi^2 = 9.98$ or 8.68);全部愈合的病例中,研究组的愈合时间平均为(20.61±15.04)d,对照组愈合时间为(26.42±10.68)d,研究组较对照组明显缩短($P < 0.05, t = 2.13$)。结论:愈溃膏治疗体表溃疡有显著的促修复作用,能加速创面的愈合。

关键词:愈溃膏;体表溃疡;创面修复;行气活血

中图分类号:R 632.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0028-02

体表溃疡主要因各种损伤或感染,以致循环障碍造成真皮或连同皮下组织的局限性病损,病损常因处理不当而长期不愈形成慢性溃疡,这在外科领域中较为常见。近 2 年来我们使用愈溃膏治疗体表溃疡 118 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共观察病人 178 例,按照抽签法分为研究组 118 例,对照组 60 例。研究组中男 72 例,女 46 例,年龄 8~65 岁,平均(42.36±10.12)岁,病程 1 个月~3 年,平均(15.68±8.86)个月;对照组中男 37 例,女 23 例,年龄 9~63 岁,平均(43.26±11.08)岁,病程 1.5 个月~2.5 年,平均(13.32±10.56)个月。两组病例经统计学处理 $P > 0.05$,具有可比性,优良率 91.67%。

3 讨论

胫骨远端骨折由于创伤解剖的特殊性,肢体末端血运差,软组织覆盖少,骨折部代偿空间狭小,伤后易造成局部血运障碍^[1],术后易发生骨不连、切口皮肤坏死、感染及功能障碍等并发症^[2]。因此,在处理胫骨远端骨折中的关键问题在于手术复位过程中对软组织的保护。Krettel 等^[3]在 1997 年首先提出 MIPPO,其先进的手术理念被逐渐接受并广泛用于四肢骨折,LCP 钛板正是基于生物性固定的思想研发出来的。

LCP 钛板是 AO 新一代接骨板螺钉内固定系统,临床应用已取得较好效果^[4]。LCP 钛板结合 MIPPO 作为一种崭新的骨折内固定技术,能够较好地解决胫骨远端骨折治疗的难点^[5]。LCP 钛板结合 MIPPO 首先可使骨折端的骨膜及周边软组织悬空于内固定下,钛板与骨折部可形成一定的空间,不会存在对骨膜的压迫,防止骨折端血运进一步破坏。其次 LCP 钛板的末端楔形设计,利于微切口插入;干骺端薄支撑设计,利于胫骨远端软组织覆盖;钛板的椭圆形结合孔内既可使用锁定螺钉,也可使用标准螺钉;钛板-螺钉-骨形成一体的框架结构,钛合金的材料与骨质的弹性模量相近,组织相容性好,在负重过程中,骨折部会保持一种良性刺激,引发骨痂的生成,骨折端的微间隙不会因应力遮挡而产生骨吸收。但在 MIPPO 操作下应选用较长的 LCP,以使钛板上的应力分享,避免压力集中造成内固定断裂或骨折端的过度刺激,导致骨折部增生性骨不连,并且 LCP 钛板上的锁定螺钉应远离骨折

可比性。

1.2 诊断标准 体表溃疡是指体表组织的局限性缺损,伤口经久不愈,时间超过 1 个月,并伴有不同程度的感染。

1.3 排除标准 合并严重的肝肾功能损害及血液系统疾病者;合并全身感染者;恶性溃疡者;有药物接触过敏史者。

1.4 体表溃疡的分类 根据文献^[6]分为损伤感染性溃疡(A),特异性感染性溃疡(B),循环障碍性溃疡(C),神经性溃疡(D)4 类型,详细情况见表 1。

表 1 两组病例体表溃疡分类 例

组别	n	损伤感染性	特异性感染性	循环障碍性	神经性
研究组	118	49	3	58	8
对照组	60	24	1	31	4
合计	178	73	4	89	12

端,利于 LCP 钛板依靠弹性固定促进骨折 II 期愈合的设计原理。但值得强调的是,在手术过程中,不能为了片面强调内植物与骨折部的贴附或过多地重视骨折块的复位而反复多次操作,破坏局部血运,其后果可能就是骨折的不愈合^[6]。

总之,LCP 钛板结合 MIPPO 治疗胫骨远端骨折,具有微创、美观、固定牢靠、早期功能锻炼和负重、并发症少、手术操作简单、适应范围广、效果确切等优点,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]钱越宁,胡铁铭,顾宣歆,等.微创内固定技术治疗胫骨远端粉碎性骨折[J].实用骨科杂志,2008,14(2):79
- [2]Johner R,Wrush O. Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation [J].Clin Orthop Relat Res,1983,178:7-25
- [3]戈涛,徐中和,邝炯祥,等. MIPPO 技术下运用 LCP 治疗胫骨远端骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):620
- [4]张志山,周方,姬洪全,等.微创经皮钢板骨桥接联合锁定加压钛板治疗胫骨远端骨折[J].中国微创外科杂志,2007,7(11):1090
- [5]Krettek C,Schandelmaier P, Miclau T,et al. Minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis (MIPPO) using the DCS in proximal and distal femoral fractures[J].Injury,1997,28:20
- [6]Sommer C, Gantier E, Muller M, et al.First clinical results of the locking compression plate(LCP)[J].Injury, 2003,34(2):43
- [7]Hazarika S,Chakravarthy J, Cooper J. Minimally invasive locking plate osteosynthesis for fractures of the distal tibia- results in 20 patients[J].Injury,2006,37(9):877-887
- [8]付备刚,夏胜利,王秀会,等.LCP 钛板经皮插入微创固定治疗胫骨远端骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(1):75

(收稿日期:2008-06-13)

1.5 治疗方法 先将创面行外科清创术,清除坏死组织、陈旧肉芽,并用生理盐水冲洗至创面干净,然后将药膏涂于创面,再覆盖一层无菌敷料,稍加包扎,以保持创面湿润,利于新生组织生长。研究组用愈溃膏涂敷,对照组用生肌愈皮膏(国药准字 B20021045)以同样的方法涂敷,每日换药 1 次,4 周为 1 个疗程。在治疗过程中应同时进行病因治疗,如控制血糖、改善血液循环、抗感染、营养支持等。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参考有关文献^[2-3]以患者自身治疗前后创面的变化为对照制订。治愈:溃疡面完全愈合,局部其他症状消失时间不超过 4 周;显效:溃疡面缩小 80%以上,局部红、肿、热、痛症状消失或减轻;有效:溃疡面缩小 50%以上,局部红、肿、热、痛症状消失或减轻;无效:局部创面无变化或扩大变深,其他症状加重。

2.2 治疗结果 研究组总有效率为 96.61%, 对照组为 85.00%, 两组比较差异有显著性($P < 0.05, \chi^2 = 9.297$); 各组分类中, 损伤感染性溃疡、循环障碍性溃疡疗效优于对照组($P < 0.05, \chi^2 = 9.98$ or 8.68); 全部愈合的病例中, 研究组的愈合时间平均为 (20.61 ± 15.04) d, 对照组愈合时间为 (26.42 ± 10.68) d, 研究组较对照组明显缩短($P < 0.05, t = 2.13$)。详细结果见表 2、表 3。

表 2 两组治疗结果比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	P
研究组	118	78	21	15	4	96.61	<0.05
对照组	60	34	7	10	9	85.00	

表 3 两组体表溃疡分类疗效比较 例

类型	n	研究组				对照组				P 值		
		治愈	显效	有效	总有效率(%)	n	治愈	显效	有效		总有效率(%)	
A 型	49	36	8	3	95.92	24	13	4	3	4	83.33	<0.05
B 型	3	0	2	1	100	1	0	0	1	0	100	>0.05
C 型	58	42	11	5	100	31	21	3	3	4	87.10	<0.05
D 型	8	0	0	6	75.00	4	0	0	3	1	75.00	>0.05
合计	118	78	21	15	96.61	60	34	7	10	9	85.00	<0.05

2.3 不良反应 局部应用愈溃膏后未见患者局部或全身出现不良反应,肝肾功能等常规检查未见异常。

3 讨论

体表溃疡严重影响病人的身体健康,为临床常见病和多

发病,发病原因多种多样,由各种复杂病因引起的体表溃疡不仅使局部皮肤软组织缺损,还由于患者内在因素使其自身免疫功能缺陷及局部血液循环障碍,使局部皮肤营养不良并发生退行性病变^[4]。现代医学研究表明,局部微循环障碍,组织营养不良,溃疡边缘疤痕隆起,脓性分泌物侵蚀,坏死上皮组织不能生长覆盖,是导致体表溃疡经久不愈的主要原因。因此,改善局部的血液循环、营养状态和生长环境为主要治则,而溃疡经久不愈且常伴有不同程度感染,临床治疗非常棘手。以往主要使用抗生素、锌剂、维生素等药物治疗或外科手术植皮,被动等待肌体自身修复创面,但疗效均不肯定,且疗程长,费用高。

近年来随着中医学对体表溃疡发病机理的认识逐渐明确,认为它的根本机制是:邪毒未尽,脉络瘀滞,正气损伤。邪毒未尽是指脓腐未脱尽; 正气损伤是指气血因与邪毒相争,化为脓液而受损;而脉络瘀滞是指脓腐与正常组织之间的区域—中医外科学称之为“护场”的气血凝滞,脉络不通。所以治疗应立足于清余邪、行瘀滞、益气血,其关键在于疏通“护场”-行气活血。根据这一启示,组方配制成药膏来治疗本病,方中以丹参、川芎为君药,行气活血、祛瘀消肿;乳香、没药、血竭为臣药,活血散瘀,消肿生肌,镇痛止血;五倍子、珍珠为佐使药,解毒生肌,止血敛疮。全方配伍标本兼顾,气血并治,既立足于体表溃疡的发病机理,又结合各药物的药理作用,可以改善局部微循环和组织营养状况,加速肉芽组织生长并逐渐填平创面,而主动、快速促进创面修复愈合。因此,用愈溃膏治疗体表溃疡疗效显著、安全、无毒副作用、操作简便、无污染、治疗费用低,不失为一种理想的新疗法。

参考文献

[1]周遂桂,徐丽,田维珍,等.外科体表溃疡的鉴别和处理[J].遵义医学院学报,1999,22(2): 140
 [2]傅小兵,沈祖尧,陈玉林,等.碱性成纤维细胞生长因子与创面修复[J].中国修复重建外科杂志,1998,12(4): 210
 [3]李令根,赵钢,吴明远,等.壳聚糖中药复合药膜治疗大鼠体表溃疡的机理研究[J].中国中西医结合外科杂志,2002,8(2): 80-83
 [4]傅小兵,王德文.创伤与修复基础[M].北京:人民军医出版社,1997.127

(收稿日期: 2008-01-08)

(上接第 13 页)时热凝;对双侧梨氏区出血者,在一侧术后两周再作对侧治疗。对鼻腔后部出血者,可在内窥镜下进行治疗。术后常规口服抗生素 3d,并用红霉素软膏涂创面,每天 2 次,连续应用 1 周。

1.3 结果 全部病例术后 3d 复诊,局部有肿胀,少量渗出,无 1 例出血。1 周后复诊,肿胀有减轻,创面局部有假膜,给予清除,以防粘连。术后 1 个月复诊,黏膜红润、光整。随访 3 个月,无 1 例复发。

2 讨论

临床上对鼻出血的治疗方法较多,关键在于找到出血点及出血原因,对于找不到出血点者,只能作鼻腔或后鼻孔填塞,而对于出血点明确者,有很多治疗方法,对鼻中隔前端梨氏区出血的可压迫止血,其他对出血点局部的治疗有药物烧灼、电灼、液氮冷冻、射频治疗、激光治疗等。微波的治疗作用主要是通过热效应与非热效应作用于组织,其产热特点

是:辐射场中的物体内、外同时均匀性发热,不需要传热过程。当局部温度升高到 60~100 度时,会产生组织凝固,故能封堵血管断端,起到止血的作用。其特点是:损伤部位边界清楚,无焦痂,无烟雾,也无即刻反应。而激光不能透过不透明物质,当组织凝结于光纤周围时则能量急剧衰减,甚至不发光,电凝与激光一样,其热能有一个传导过程,所以二者对血管的凝结深度不及微波,导致凝固效果不佳。微波热凝有以下优点:设备简单,操作方便,较安全,术中病人痛苦少,术后肿胀轻,鼻腔无粘连,疗效高,无不良反应。

在治疗过程中尚需要注意以下事项:(1)一定要明确出血点,在明视下进行治疗。(2)在手术过程中尽可能达到麻醉效果,尽量收缩鼻黏膜,增大视野,避免探头接触到周围组织,造成不必要的损伤。(3)对于双侧梨氏区出血,先作一侧治疗,2 周后再作对侧治疗较安全。(4)微波辐射对胎儿有无影响尚无定论,所以对孕妇治疗应慎重。

(收稿日期: 2008-04-14)