

褥疮膏治疗重度褥疮 96 例

张爱斌 范朝晖

(江西省丰城市中医院 丰城 331100)

关键词: 褥疮; 治疗; 中医药疗法

中图分类号: R 632.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.047

褥疮(又名压迫性溃疡)是由于营养血供与机体组织发生血流障碍的末期结果,为骨骼隆突与长期硬面之间压迫软组织时,渐渐产生局部性区域内的细胞坏死。昏迷及瘫痪病人由于长期卧床,局部组织受压,血液循环不良,导致软组织局限性缺血缺氧,这时受压组织细胞仍在进行代谢,但是其产生的毒性物质却积聚于局部,加速了该部位细胞的死亡。当持久性的压迫解除时,受压的血管扩张水肿,血细胞即从损伤的血管漏出形成褥疮。皮肤经常受潮湿摩擦也是褥疮发生的原因。褥疮多发生在区自体骨移植填充,再根据楔形骨折或压缩骨折的程度选用加压螺钉或“L、T”型支持钢板内固定。III型骨折前外侧弧形切口,压缩骨折处理同II型骨折,但均采用支持钢板内固定。IV型骨折采用内侧弧形切口,骨折整复后先用克氏针暂时固定,前内侧放置合适的“T”或“L”型钢板,钢板顶端孔上2~3枚松质骨螺钉,一枚平行于胫骨平台关节面至外踝,另外一枚垂直于骨折线。V、VI型骨折要充分暴露,在选择外侧弧形切口或内侧弧形切口为主要切口的同时,往往要加小切口,为防止皮肤坏死,切口间距离要长,一般要超过6cm,皮肤剥离在深筋膜层。在内固定时,可借助C臂X光机,对多个骨折应按由里到外、由后到前方法逐一整复,克氏针、尖嘴复位钳暂时固定再用支持钢板内固定。

1.3 结果 本组随访40例,随访时间6~24个月,平均12个月,骨折均骨性愈合。优、良者32例(80%)可、差者8例(20%)。

2 讨论

2.1 术前检查 胫骨平台骨折是通过关节面极其严重复杂的骨折,手术前对损伤程度、类型及合并症诊断应尽可能准确。我们采用X光片及CT相结合的方法。X光片提供了胫骨平台骨折类型、整体移位的方向,CT检查通过多层面扫描将骨折的粉碎程度、碎骨块的位置、骨缺损情况等在图像上清晰的显示出来,为手术方案的选择、术中准确的复位、牢固固定提供了可贵的客观资料,保证了手术的成功。

身体受压和缺乏肌肉、脂肪保护的骨骼隆起处。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集1998年8月~2010年10月门诊和住院的患者96例,依据褥疮分期全部属于IV°褥疮,其中男性58例,女性38例,年龄23~82岁,平均67岁,治疗时间22~61d。

1.2 诊断标准 依据褥疮分期^[1]。I°褥疮(瘀血红肿期):局部皮肤有急性炎症反应,伴有不规则、界限不清的软组织肿胀、硬结及发热。这些改变限于表皮、呈可逆性。II°褥疮(炎性浸润期):局部红肿

2.2 手术时间 近年来随着手术及内固定物的进步,对移位骨折多主张手术复位,本组病例手术时间均在5~14d,平均8.5d。原因:(1)胫骨平台骨折病人往往有膝部及周围软组织损伤、皮肤擦挫伤,术前应先行石膏托或跟骨牵引外固定,待软组织条件允许再行手术;(2)平台骨折多为高能量损伤,除膝关节及周围软组织有损伤外,在此时间内可观察发现其它损伤,便于确定手术方案。

2.3 手术方法的选择 对不同的骨折类型采取不同的手术方法,手术的关键是尽可能达到解剖复位,恢复胫骨平台的完整性,重建关节相互吻合的关系,恢复胫骨的对位。对于I型骨折整复后1~2枚松质骨螺钉固定,对II、III型有塌陷性骨折的,在其塌陷骨块的下方开窗,将压缩骨部软骨连同松质骨顶起,在开窗口植骨,上支撑钢板内固定。

2.4 功能锻炼 平台骨折是关节面的骨折,膝关节又是负重关节,术后宜早活动、晚负重。关节活动有利于加速关节滑液的循环,有利于营养物质扩散到软骨最深层,同时机械的应力可促进骨祖母细胞向软骨组织细胞的转化,有利于肉芽转变为透明软骨,术后2~3d伤口出血基本停止,引流已拔除,除嘱患者行股四头肌收缩外,可行CPM锻炼。绝对禁止过早下地负重行走,骨折愈合后也不宜立即负重行走,一般骨折不严重、固定牢固者不应少于3个月,严重者在6个月后,这样可使骨痂由编织骨状态向排列有序的骨小梁转化,避免骨小梁压缩使关节面塌陷,造成创伤性关节炎的严重后果。

(收稿日期:2011-02-12)

湿疹散外敷配合局封治疗肛周湿疹 61 例

雷雨 李凌琳

(四川省攀枝花市中西医结合医院 攀枝花 617000)

关键词: 湿疹散; 局封; 中药口服; 肛周湿疹

中图分类号: R 657.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.048

肛周湿疹是一种常见的肛门皮肤病, 多以红斑、丘疹、水疱、渗出、糜烂、瘙痒等症状反复发为特点, 病变一般局限于肛门口或肛门周围皮肤, 偶有累及会阴部或生殖器, 潮湿有界限性边缘。慢性肛周湿疹病程长, 肛门及周围皮肤常变厚而有浸润, 以致发生散在皮肤皲裂, 以奇痒反复发作为特点。肛门湿疹的发病病因十分复杂, 众说纷纭, 至今尚不明了。现代医学认为本病发病可能与变态反应、营养失调、胃肠疾病、肛门蛲虫、内分泌失调、精神功能障碍等因素有关。而中医学认为急性肛周湿疹多由风、热、湿客于肌肤而成, 慢性肛周湿疹多为血虚风燥或肝肾不足、脾虚所致。我科自 1987 年, 自拟湿疹散配合肛周局部封闭注射及中药口服、坐浴治疗肛周湿疹 61 例, 取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 61 例, 其中男性 48 例, 女性 13 例; 年龄最小 23 岁, 最大 58 岁, 平均 38.5 岁; 病程 0.25~28 年; 急性肛周湿疹 15 例, 亚急性肛周湿疹 32 例, 慢性肛周湿疹 14 例; 病灶范围距肛浸润扩大变硬, 甚至累及皮下脂肪, 皮肤为紫红色, 常在表皮有小水泡。病人可有疼痛感觉。III° 褥疮(浅表溃疡期): 局部溃疡组织周边部位红、肿、硬。局部感染侵入皮下脂肪有分泌物和坏死组织。IV° (坏死溃疡期): 肌肉有坏死, 有的露出韧带和骨骼。坏死组织呈黑色, 有臭味, 分泌物较多, 严重者引起脓毒血症。

1.3 治疗方法 本褥疮膏仅用于坏死溃疡期褥疮, 药用人参 30 g、鹿茸 10 g、血竭 10 g、孩儿茶 10 g、龙骨 30 g、牡蛎 30 g、黄芪 10 g、当归 10 g、白芷 30 g、紫草 15 g、没药 10 g、乳香 10 g, 用麻油为溶剂熬制, 以白蜡赋型而成, 局部外用。用前将创口常规清洗消毒, 清除坏死组织, 外面涂一层药膏, 膏厚 3 mm 左右, 再以敷料盖住。以后每次换药用棉球擦干净残余药膏即可, 1 d 1 换。如果是瘫痪患者还应做到勤翻身, 否则会延缓创口愈合过程甚至无效。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈: 溃疡愈合, 结痂脱落; 显效: 创面无分泌物, 溃疡缩小, 肉芽组织正常; 好转: 创

缘 1 cm 内者 18 例, 2 cm 内者 31 例, 3 cm 内者 7 例, 3 cm 以上者 5 例(其中 1 例病灶浸及阴囊)。

1.2 治疗方法

1.2.1 局封 将 1%利多卡因 10 mL、地塞米松 10 mg、亚甲兰 2 mg、肾上腺素 2~3 滴抽入注射器中充分混匀, 围绕肛周湿疹病灶边缘注射一周, 其内呈散在点状或扇形注射, 7 d 1 次, 4 次为 1 个疗程。未愈者间隔 1 个月后再进行第 2 个疗程。

1.2.2 湿疹散外敷 青黛、石膏、黄柏、甘草各 100 g 共研细为粉, 麻油调匀。于封闭术后第 2 天起, 每次大便后中药坐浴, 再敷以湿疹散。

1.2.3 内服湿疹汤 苦参 12 g, 苍术、茵陈、地肤子各 15 g, 炒大黄、生甘草各 5 g, 黄柏 10 g 煎服。服药天数根据病情而定。

1.2.4 中药坐浴 苦参、百部各 30 g, 龙胆草、石菖蒲、蛇床子、白鲜皮、荆芥、苍术、黄柏各 20 g 煎水坐浴。

1.3 治疗结果 本组 61 例治疗后均随访 1~5 年, 治愈 50 例, 占 81.97%; 好转 11 例, (下转第 81 页) 面渗出物减少, 溃疡面无扩展; 无效: 溃疡面无变化或扩大。

2.2 治疗效果 96 例患者治愈 62 例, 显效 22 例, 好转 4 例, 8 例因用药不到 1 周而死亡归于无效。治疗时间 22~61 d, 平均 38 d。总有效率为 91.7%。

3 讨论

褥疮的发生是由于局部受压, 中医认为多由于气血生化失常、瘀毒集聚而成。褥疮膏中当归、人参、黄芪、鹿茸具有扶正助阳、补益气血之效; 紫草长于凉血活血、清热解毒; 儿茶“治一切痈疽、诸疮破烂不敛”; 血竭具有止血生肌散瘀定痛之功; 乳香、没药能调气活血, 定痛、追毒; 龙骨、牡蛎具收敛生肌效果; 诸药组方共奏调气活血、去腐生肌之效。现代研究认为, 当归对多种细菌具抗菌作用; 儿茶、血竭、白芷、紫草等均有良好的抗菌抑菌作用。

参考文献

[1] 王林娥. 褥疮的中西医结合分期护理 [J]. 浙江中医药大学学报, 2007,31(4):499

(收稿日期: 2011-02-08)