

复方溃疡宁治疗烧伤难愈创面 20 例临床观察 *

陈鑫¹ 张红艳² 曾志刚¹ 彭旦明^{3#} 邓罗英³

(1 南昌大学医学院 2009 级研究生 江西南昌 330006; 2 南昌大学第一附属医院 江西南昌 330006; 3 江西省中医药研究院 南昌 330046)

摘要:目的:观察复方溃疡宁在烧伤难愈创面治疗中的有效性和安全性。方法:运用中国中医科学院临床研究中央随机系统将患者随机分为复方溃疡宁(肤康宝)治疗组及复方桐叶烧伤油对照组,两组均用皮肤外科技术清除创面坏死物质,治疗组用复方溃疡宁药纱外敷创面,对照组运用复方桐叶烧伤油纱条外敷,观察两组溃疡面愈合情况及药物的不良反应和副作用。结果:治疗组 28 d、42 d 的有效率均明显高于对照组(P<0.05)。结论:复方溃疡宁治疗烧伤慢性难愈创面具有较好的有效性及安全性。

关键词:烧伤;难愈创面;复方溃疡宁

中图分类号:R 644

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.022

深度烧伤创面,尤其是大面积深度烧伤创面,后期常残留散在的小创面,经久不愈反复破溃,严重影响病人的功能恢复^[1]。中医药对治疗烧伤慢性难愈创面有一定特色,笔者采用随机、对照试验设计应用复方溃疡宁治疗方法,观察其有效性及安全性,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 患者年龄 18~75 周岁,创面类型为小面积难愈性创面,特指未愈时间超过 1 个月,面积为 2~25 cm²,合并糖尿病但血糖控制稳定者。

1.2 排除标准 合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者,肿瘤或艾滋病者;妊娠或哺乳期妇女,过敏体质或肝肾功能异常者;合并严重感染,病情危重者;合并糖尿病血糖控制不稳定者;溃疡并见肌腱、骨骼暴露者;合并神经营养障碍者。

1.3 临床资料 选择 2010 年 1 月~2011 年 9 月我

科住院及门诊符合上述标准的患者 40 例(均签署知情同意书),运用中国中医科学院临床研究中央随机系统将其分为复方溃疡宁治疗组 20 例、复方桐叶烧伤油对照组 20 例。按无菌操作原则,给予生理盐水常规清洗处理创面后,治疗组使用肤康宝(复方溃疡宁)覆盖于患处,棉垫适当包扎固定,每日 1 次;对照组则使用复方桐叶烧伤油纱条覆盖于患处,同样每日更换。

1.4 观察指标 治疗后 28 d、42 d 观察创面愈合情况。

1.4.1 创面面积 采用伤口愈合快示格贴胶进行测量,以入院前创面面积为初始面积,分别记录疗程结束时各时相点创面面积,愈合面积=初始面积-各时相点面积,愈合面积百分比=(愈合面积/初始面积)×100%。

1.4.2 创面情况 治疗前后按照创面评分标准评分(见表 1),并拍照进行前后对比。

表 1 创面症状体征评分标准

症状体征		0 分	1 分	2 分	3 分	4 分
创面形态	面积	愈合	<4 cm ²	4~9 cm ²	9~16 cm ²	≥16 cm ²
	深度	愈合	部分皮层	皮肤全层	可见肌腱	可见骨膜
	疮缘潜行	0 cm	0~0.4 cm	0.4~0.9 cm	1~1.4 cm	≥1.5 cm
脓液(渗出物)	性质	无	黏稠	稠厚	清稀	稀薄如水
	色泽	无	色泽鲜明	黄白	黄浊	秽浊/绿黑
	性状	无	血清样	浆液样	混浊样	脓液样
	气味	无	淡腥	臭秽	恶臭	夹有气泡
	脓液量	无	极少	少量	中量	大量
坏死组织	性状	无	疏松黄白腐肉	致密黄白腐肉	疏松灰白焦痂	致密灰黑焦痂
	腐肉量	无	小≤25%	中 26%~50%	大 51%~75%	大部分≥76%
	腐脱程度	无	轻度附着	中度附着	重度附着	严重附着
肉芽	肉芽色泽	愈合	红活	紫暗/暗红	色淡/苍白	无
	新生肉芽	完全	大部分≥76%	大 51%~75%	中 26%~50%	小≤25%
	新生上皮	完全	部分≥76%	大 51%~75%	中 26%~50%	小≤25%
下肢性质		无	非凹陷有弹性	凹陷	伴皮肤纤维增生	伴皮肤硬化
水肿程度		如常	轻度	中度	重度	极度肿胀
创面微生物负荷		愈合	气味轻	气味重	创面感染	全身感染
创周肤温		如常	微热	热	较热	灼热
创周肤色		如常	紫暗	微红	鲜红	鲜红发亮
对生活质量的影		高兴	满意	时有烦恼	烦恼	糟糕害怕

1.5 疗效评价 症状体征评分表评分。痊愈:创面完全愈合,症状、体征消失,积分减少≥95%;显效:创面面积缩小 75%以上,症状、体征明显改善,积分

减少≥70%;好转:创面缩小 25%~75%,症状、体征均好转,积分减少≥30%;无效:创面缩小不足 25%,甚至扩大,症状、体征均无明显改善,积分减少不足

基金项目:国家“十一五”科技支撑计划(NO:2008BAI53B015)

通讯作者:彭旦明,E-mail:tmispdm@sina.com

动力型外固定支架结合有限内固定术治疗 Pilon 骨折

程福寿

(江西省余干县中医院 余干 335100)

摘要:目的:评价复位手法、动力型外固定支架结合有限内固定术治疗 Pilon 骨折的疗效。方法:2009 年 1 月~2011 年 1 月,采用手法复位、动力型外固定支架结合有限内固定术治疗 23 例复杂 Pilon 骨折。结果:所有患者术程顺利,手术用时平均 57 min,术中出血量平均 75 mL,术中无神经、血管损伤。随访 23 例,随访时间 6~24 个月,平均 17 个月。未发生螺钉松动及切口深部感染;3 例出现钉道浅部感染,均通过换药等局部处理后治愈;创伤性关节炎 1 例;轻度踝内翻 1 例。骨折均愈合,平均时间 4.2 个月。优 15 例,良 5 例,可 2 例,差 1 例,优良率 87.0%。结论:手法复位、动力型外固定支架结合有限内固定能够减少切开复位带来的软组织损伤,避免对骨折端血供的破坏,具有出血少、创伤小、手术时间短、骨不连发生率低等优点,是治疗复杂 Pilon 骨折的较好选择。

关键词:胫骨骨折;外固定器;支架;有限内固定术;Pilon 骨折

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.023

Pilon 骨折是涉及负重关节面的胫骨远端骨折,由于该损伤骨折类型复杂,且常伴有严重的软组织损伤,术后并发症多,故治疗较为困难。自 2009 年 1 月~2011 年 1 月,我科应用手法复位、跨关节动力型外固定支架结合有限内固定术治疗 23 例复杂 Pilon 骨折患者。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 23 例,男 16 例,女 7 例。年龄 22~63 岁,平均年龄 45 岁。致伤原因:车祸伤 12 例,高处坠落伤 10 例,扭伤 1 例。骨折类型:开放性骨折 7 例,闭合性骨折 16 例。脑外伤 2 例,桡骨骨折 1 例,腰椎骨折 1 例,同侧腓骨骨折 12 例,跟骨骨折 1 例。合并伤 10 例,占 43.5%。

1.6 安全性评价 分别于试验开始 0 d、28 d 进行血常规、尿常规、肝肾功能、心电图及创面分泌物细菌学检查。

1.7 统计学处理 采用 SPSS14.0 软件对数据进行统计学分析。

2 结果

治疗 28 d、42 d 后,治疗组的显效率明显高于对照组。见表 2。治疗期间未见明显不良反应。

表 2 两组治疗 28 d、42 d 疗效比较										
组别	n	28 d				42 d				显效率
		痊愈	显效	好转	无效	痊愈	显效	好转	无效	
治疗组	20	15	3	2	0	19	1	0	0	1.00*
对照组	20	7	6	5	2	10	6	4	0	0.80

注:与对照组比较,*P<0.05。

3 讨论

烧伤难愈创面多见于小面积深度烧伤患者,因其多门诊换药治疗,表皮及真皮细胞残存少,愈合过程多需数月甚至更长。另外深度烧伤尤其是大面积者,自行愈合后的深Ⅱ度创面及Ⅲ度肉芽创面植皮片间隙的残余小创面,由于新生表皮较薄,承受压力、耐磨性能均较差,稍遇损伤即溃破,创面反复溃破,经久不愈,一直是困扰烧伤科医生的难题之

例。伤后至手术时间 3~14 h,平均 8.3 h。

1.2 术前处理 所有患者均完善相关常规检查,视患者年龄、身体状况、受伤程度、实验室检查结果决定手术时间。对于身体状况良好、无严重复合伤、化验指标正常的开放性骨折患者,可于 8~10 h 内行急诊手术;对于肿胀严重的患者,入院后行跟骨牵引,抬高患肢,应用脱水、消肿、抗炎等药物治疗,配合活血化瘀、消肿止痛类中药内服,待肢体肿胀基本消除后再行手术,手术时间最好在伤后 10 d 左右。

1.3 手术方法 麻醉成功后,患者取仰卧位,术区常规消毒铺巾,根据骨折的具体情况,对骨折端进行手法整复,纠正骨折的移位及成角畸形。外形及

—[2]。目前烧伤难愈创面的治疗主要以广谱抗生素及抗菌中草药为主,效果并不十分理想,小面积深度烧伤创面患者往往拒绝手术等治疗手段^[3],而非手术治疗如物理治疗、皮肤组织工程、细胞因子、骨髓间充质干细胞等治疗尚未完全成熟^[4]。因此寻找一种新的更有效的方法治疗烧伤后慢性难愈创面显得十分必要。复方溃疡宁的主要成分是植物油、黄芩、紫草等。黄芩、紫草均对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、痢疾杆菌和绿脓杆菌有抑制作用,能清热解毒祛邪,直接祛除病因,用药于病灶处,易于见效。本研究观察表明,在治疗 28 d 及 42 d 时相点,复方溃疡宁治疗烧伤慢性难愈创面有效率均明显高于复方桐叶烧伤油对照组,且安全性高,未见不良反应及副作用,因此笔者认为复方溃疡宁可作为治疗烧伤慢性难愈创面的较好选择。

参考文献

[1]杨宗城.烧伤治疗学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2006.13
[2]赵修准.烧伤后难愈残余创面 42 例治疗体会[J].华北国防医药,2009,21(2):52-53
[3]刘发生. MEBO 治疗烧伤残余创面的体会[J].中国烧伤创疡杂志,2004,16(1):42-43
[4]郭璐,唐乾利.慢性皮肤溃疡外治法实验研究近况[J].中国烧伤创疡杂志,2009,21(3):226-230

(收稿日期: 2012-03-29)