

引用:覃薛文,贺涟漪,向鹏,易琴,王雅丽,易丹,张绪华,雷春湘.紫草膏治疗深Ⅱ度烧伤30例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(8):18-20.

紫草膏治疗深Ⅱ度烧伤30例临床观察

覃薛文¹,贺涟漪²,向鹏¹,易琴²,王雅丽¹,易丹¹,张绪华¹,雷春湘¹

(1. 怀化市中医院,湖南 怀化,418000;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:观察紫草膏治疗深Ⅱ度烧伤的临床疗效。方法:将深Ⅱ度烧伤患者60例随机分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组予紫草膏治疗,对照组予美宝湿润烧伤膏治疗。比较2组综合疗效和视觉模拟评分量表(VAS)评分及治疗1、2、3个疗程后的创面愈合率。结果:总有效率治疗组为90.00%(27/30),对照组为60.00%(18/30),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组的VAS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$);2组患者治疗1、2、3个疗程后的创面愈合率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:紫草膏中药涂擦治疗深Ⅱ度烧伤能明显改善患者创面情况,提高创面愈合率。

[关键词] 深Ⅱ度烧伤;中医药疗法;紫草膏;创面愈合率

[中图分类号] R269.44 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.006

Clinical effect of arnebia root ointment in treatment of deep grade II burn: An analysis of 30 cases

QIN Xuewen¹, HE Lianyi², XIANG Peng¹, YI Qin², WANG Yali¹, YI Dan¹, ZHANG Xuhua¹, LEI Chunxiang¹

(1. Huaihua Hospital of Traditional Chinese Medicine, Huaihua 418000, Hunan, China;

2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of arnebia root ointment in the treatment of deep grade II burn. Methods: A total of 60 patients with deep grade II burn were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given arnebia root ointment, and those in the control group were given MEBO moist burn cream. The two groups were compared in terms of overall response, Visual Analogue Scale (VAS) score, and wound healing rate after 1, 2, and 3 courses of treatment. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [90.00% (27/30) vs 60.00% (18/30), $P < 0.05$]. After treatment, the treatment group had a significantly lower VAS score than the control group ($P < 0.01$). There was a significant difference in wound healing rate between the two groups after 1, 2, and 3 courses of treatment ($P < 0.05$). Conclusion: In the treatment of deep grade II burn, arnebia root ointment can significantly improve the conditions of wound and increase wound healing rate.

[Keywords] deep grade II burn; traditional Chinese medicine treatment; arnebia root ointment; wound healing rate

烧伤指热力,包括热液(水、汤、油等)、水蒸气、高温气体、火焰、炽热金属液体或固体(如钢水、钢锭)等所引起的组织损害,主要涉及皮肤和/或黏膜,严重者可伤及皮下和/或黏膜下组织,如肌肉、骨、关节甚至内脏^[1]。本病属中医学“汤火伤”“火烧疮”“汤烫疮”等范畴。中医学认为烧伤的病因多

为火热毒邪,所以治疗上以清热泻火解毒为主^[2]。笔者应用紫草膏涂擦治疗30例深Ⅱ度烧伤患者,获得较为满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年1~6月于怀化市中医院确诊为深Ⅱ度烧伤且烧伤面积均 $\leq 10\%$ 体表

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2019109)

第一作者:覃薛文,女,副主任中药师,研究方向:新药研发及临床应用

通讯作者:向鹏,男,医师,研究方向:新药临床观察与研究(中医外科),E-mail:313551911@qq.com

总面积(TBSA)的住院患者60例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组中,男16例,女14例;年龄22~60岁,平均(41.20±1.74)岁;烧伤面积3%~10%TBSA,平均(5.20±4.80)%TBSA。对照组中,男15例,女15例;年龄20~62岁,平均(41.57±1.39)岁;烧伤面积2%~10%TBSA,平均(4.83±5.17)%TBSA。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

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床诊疗指南·烧伤外科学分册》^[3]中烧伤的有关标准制定。烧伤深及真皮乳头层以下,但仍残留部分真皮及皮肤附件,愈合依赖于皮肤附件上皮,特别是毛囊突出部位的表皮祖细胞的增殖。如无感染,一般需3~4周自行愈合,常留有瘢痕。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]中水火烫伤火毒炽盛证的辨证标准。创面腐烂,分泌物增多,局部水肿,寒战高热,汗多,口渴,小便短赤。舌红、苔黄,脉洪数等。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准;2)年龄20~70岁;3)无食物及药物过敏史,对本研究中使用的药物无过敏反应;4)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并急性传染病、糖尿病、恶性肿瘤、心脑血管疾病、肝肾损伤及血液疾病等严重原发性疾病者;2)面部和会阴部等不能包扎的烧伤患者;3)妊娠期或哺乳期妇女;4)不配合治疗者;5)凝血四项异常患者;6)已进行过治疗者。

2 治疗方法

2组均以常规烧伤防治措施治疗,即在严格无菌操作下,先予0.9%氯化钠注射液清洗创面,后予络合碘消毒烧伤创面周围皮肤,并做好基础护理,加强烧伤创面局部的护理,避免进一步感染,同时加强全身营养。

2.1 治疗组 予紫草膏治疗。用无菌棉签挑取紫草膏(怀化市中医医院制剂室制备,批准文号:湘药制药Z20080678,规格:50g/盒;药物组成:紫草、当归、防风、生地黄、白芷、乳香、没药、蜂蜡等)均匀涂布于创面,厚度约1mm,外用无菌纱布覆盖固定。根据烧伤创面分泌物情况,每天1~2次。

2.2 对照组 予美宝湿润烧伤膏治疗。美宝湿润烧伤膏(汕头市美宝制药有限公司,批准文号:

1802303A;药物组成:黄连、黄柏、黄芩、地龙、罂粟壳等),涂擦法同治疗组。

2组均以7d为1个疗程,均治疗3个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)疼痛程度。于每个疗程末采用视觉模拟评分量表(VAS)评分^[5]判定患处疼痛程度。即采用1条10cm标尺,上有刻度及相应分数,0分端表示完全无痛感,10分端则表示最剧烈的疼痛,患者对疼痛程度自行判定,于标尺相应位置进行标记。3)创面愈合率。于每个疗程开始第1天换药前,取透明方格纸铺于创面上,沿创面边缘描记创面大小形状,经计算机扫描后采用Adobe Photoshop 7.0和ImageJ软件计算创面面积,然后计算创面愈合率。创面愈合率=(创面初始面积-用药后创面面积)/创面初始面积×100%。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定。治愈:患处疼痛消失,创面愈合。有效:患处疼痛基本消失,创面未完全愈合。无效:患处疼痛未见明显改善,创面感染不能控制。

3.3 统计学方法 应用SPSS 16.0软件对所有数据进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对 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 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.00%,优于对照组的60.00%,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	30	7(23.33)	20(66.67)	3(10.00)	27(90.00) ^a
对照组	30	2(6.67)	16(53.33)	12(40.00)	18(60.00)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后VAS评分比较 2组治疗前VAS评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,治疗组VAS评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	5.65±0.60	0.72±0.21
对照组	30	5.54±0.70	2.61±0.34
t 值		1.552	14.366
P 值		0.059	0.002

3.4.3 2组不同时间创面愈合率比较 治疗1、2、3个疗程后,治疗组的创面愈合率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表3)

表3 2组不同时间创面愈合率比较($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	第1个疗程	第2个疗程	第3个疗程
治疗组	30	63.25 ± 14.10	81.50 ± 7.70	97.10 ± 8.10
对照组	30	41.24 ± 7.86	61.80 ± 10.30	86.50 ± 6.95
P值		<0.05	<0.05	<0.05

4 讨 论

烧伤创面处理是治疗烧伤的关键环节,在治疗过程中,口服及静脉用药难以到达局部创面,因此外用药物使用依然是烧伤创面处理的重要措施。中医学在治疗烧伤方面积累了丰富的经验,有些治疗方法沿用至今,且取得了良好的疗效。唐代孙思邈所著《千金方》载:“火疮用梔子、黄芩、白敛煎汤以淋疮,会溜去火热毒。”清代陈士铎著《洞天奥旨》曰:“汤烫疮……轻则害在皮肤、重则害在肌肉,尤甚者害在脏腑。火烧疮遍身烧如黑色者难救,或烧轻而不致身黑者犹可疗也,然而皮焦肉卷、疼痛难熬,有百计千方用之而不验者,以火毒内攻,而治之不得法也。故治火烧之症,必须内外同治,则火毒易解也。”

本研究采用纯中药膏剂——紫草膏涂擦治疗

(上接第13页)化瘀通心脉,可有效扩张冠状动脉,改善心肌微循环,降低血液黏稠度,抗血栓形成,对于心肌细胞具有一定的保护作用^[7-8]。川芎具有抗炎、促进心脏收缩、血管生成和保护心肌作用^[9-10]。

生命质量是医学领域研究的重要课题之一,国际生命质量评价组织推荐使用SF-36健康调查表进行生命质量的测定。同时,本研究采用SAQ检测心绞痛对患者生活质量的影响,研究结果表明,治疗结束后随访6个月,治疗组SF-36评分低于对照组($P < 0.05$),SAQ各项评分结果均高于对照组($P < 0.05$),提示益气活血方能够改善PCI术后康复期患者的远期生命质量。超声心动图结果显示益气扶正方干预能提高左室射血分数和每搏输出量,减小左室舒张、收缩末期内径,增加心搏输出量和排血量,表明该方能明显改善患者的心功能,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2014》概要[J]. 中国循环杂志,2015,30(7):617-622.

深Ⅱ度烧伤的患者,该膏剂为我院自行研制的专科制剂,由生肌玉红膏化裁而来。全方由紫草、当归、防风、生地黄、白芷、乳香、没药、蜂蜡等组成,方中当归、蜂蜡养血活血祛瘀、敛疮生肌,用以补其不足;烧伤后腐肉不去,新肌难生,故以白芷、乳香、没药排脓祛腐、消肿止痛;更加紫草、生地黄凉血解毒,防风养血润燥,以助生肌之力。全方合而用之,具有化腐生肌、解毒止痛之效。本次观察结果表明,在常规烧伤防治措施基础上加用紫草膏治疗烧伤患者,临床疗效显著,创面愈合率高,且能减轻患者疼痛程度,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:138.
- [2] 李一兵. 中医治疗烧伤的研究进展[J]. 医学信息:上旬刊,2011,24(7):4822-4824.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南·烧伤外科学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:146-147.
- [5] KERSTEN P, KUCUKDEVECİ AA, TENNANT A. The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes[J]. Rehabil Med, 2012, 44(7):609-610.

(收稿日期:2019-08-28)

- [2] 安羽萍,王凤荣. 冠状动脉粥样硬化性心脏病易感体质与辨证相关性[J]. 实用中医内科杂志,2016,30(7):34-36.
- [3] ALPERT JS, THYGESEN K, ANTRMAN E. Myocardial infarction redefined - a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2000, 36(3):959-969.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [5] 徐军,齐法莲. 黄芪对心血管疾病药用价值及作用机制[J]. 放射免疫学杂志,2004,17(2):135-136.
- [6] 姚红旗,侯雅竹,王贤良,等. 黄芪心血管药理作用研究进展[J]. 河南中医,2019,39(2):302-306.
- [7] 张洁. 人参皂苷在心血管系统药理作用的研究进展[J]. 中医临床研究,2019,11(7):141-144.
- [8] 褚福永,刘红旭,张大炜,等. 参元益气活血胶囊联合早期冠脉介入干预不稳定型心绞痛患者近期生活质量的临床研究[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2014,16(12):2593-2597.
- [9] 刘秀梅,张述伟,李燕. 川芎治疗心血管疾病作用机制的系统药理学研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,46(11):2382-2387.
- [10] 褚丽. 川芎赤芍配伍对脑缺血再灌注大鼠神经保护因子表达的影响[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2018.

(收稿日期:2019-09-12)