

艾油治疗烧伤 35 例临床观察

于 锋

笔者近用自制的中药“艾油”对 35 例烧伤患者进行住院观察,取得了较好的治疗效果。并与传统疗法和使用湿润烧伤膏的既往病例分别进行对比,现报告如下。

临床资料

艾油治疗组(艾油组):35 例,男 25 例,女 10 例;年龄 10 个月~80 岁。烧伤面积: <10%12 例, 11%~20%18 例, 21%~40%5 例;深度:浅Ⅱ°19 例,深Ⅱ°10 例,Ⅲ°6 例,其中 2 例为陈旧性感染创面,2 例为伤后 36h 创面加深所致,另有 1 例合并有严重的糖尿病。致伤原因:烫伤 32 例,电灼伤 2 例,硫酸烧伤 1 例。部位:头面部 5 例,四肢 23 例,躯干 7 例。湿润烧伤膏治疗组(湿润膏组):取近 2 年内住院治疗的病例 35 例,年龄 5~60 岁。深度:浅Ⅱ°18 例,深Ⅱ°15 例,Ⅲ°2 例,烧伤面积与艾油组大致相同,最大面积不超过 40%。30 例为烫伤,5 例为瓦斯爆炸伤。传统疗法治疗组(传统组):31 例既往病例,年龄 8~70 岁,其中浅Ⅱ°18 例,深Ⅱ°12 例,Ⅲ°1 例;25 例为烫伤,2 例汽油烧伤,2 例电灼伤,2 例瓦斯伤。

治疗方法

1 治疗方法 三组均将创面直接或间接地暴露于空气中,便于创面变化的观察及护理。病房应恒温在 21~25℃,无条件时可用局部灯箱照射以达到恒温的目的。艾油组:药物由鲜大风艾叶经馏法制得艾油(备用),辅以冰片及高级辅料制成油性艾油烧伤膏。35

例患者,无论新旧创面均在入院时经严格地无菌清创后立即涂敷“艾油”0.3~0.8mm 厚,每天 1~2 次。用药 3 天,创面液化物稍多,应每天清除 1 次。于第 3~4 天,创面表面或液化物深面之间可见一层乳白色脂膜形成,在清除液化物时应注意保护,否则会引起创面出血或影响愈合时间。治疗过程中无须合用抗生素。

湿润膏组:“美宝”牌湿润烧伤膏,北京中医创疡研究所出品(88)卫药试字 Z—01 号。治疗方法同艾油组,每天 5~6 次,用药期间患者出现发热,甚有高热(38.5℃~39℃)。创面无保护膜形成,35 例患者在治疗全程需合用大剂量广谱抗生素(先锋 V、VI 或氨苄青霉素等加入 5%葡萄糖或 0.9%生理盐水中静脉滴注,每天 1~2 次)。

传统组:用 1:3000 洗必泰或新洁尔灭液按每 100ml 中加入庆大霉素 3 万 u 湿敷,深Ⅱ°或Ⅲ°创面用单层凡士林纱布覆盖保护,每天换药 1 次。Ⅲ°须在切除焦痂或溶痂后肉芽生长良好时行植皮;患者在合用大剂量抗生素情况下,全程有体温升高。

3 组病例均于入院初期(渗出期或入院 3 天内),中期(水肿回收期或第 5~8 天)、后期(愈合期或第 8~15 天)取创面渗出物作细菌培养。

2 观察指标 3 组患者在治疗期间分别对体温变化、创面细菌培养结果,合用抗生素情况及创面保护膜的形成的愈合时间等进行对比。

结 果

三组治疗效果 见附表。

附表 3 组临床指标对比 (例)

组别	烧伤面积		深度	体温>38℃(病程)			创面细菌培养(1)			抗生素使用			治愈	保护膜
	%	例		初	中	后	初	中	后	初	中	后		
艾油 (A)	<10	12	浅Ⅱ	19	3	—	—	—	—	—	—	—	19	有
	20	18	深Ⅱ	10	8	—	3	1	—	1	—	—	10	
	40	5	Ⅲ	6	5	—	3	1	—	1	—	—	6	
湿润膏 (B)	<10	15	浅Ⅱ	18	6	3	—	2	—	5	4	3	18	无
	20	18	深Ⅱ	15	10	12	5	8	1	15	12	3	13	
	40	5	Ⅲ	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	
传统 (C)	<10	14	浅Ⅱ	18	12	5	2	—	—	10	7	2	17	无
	20	11	深Ⅱ	12	9	10	4	8	5	12	12	7	10	
	50	6	Ⅲ	1	—	1	—	1	1	1	1	1	1	

注:(1)各组体温变化比较,A:B,A:C, $P<0.01$;(2)创面细菌培养各组比较,A:B,A:C, $P<0.05$;(3)抗生素使用率各组比较,A:B,A:C, $P<0.01$

A、B、C 三组平均治愈时间分别为 15 天、28 天及 34 天,B、C 组与 A 组比较, $P<0.01$ 。

讨 论

从中药提取的“艾油”含有挥发油,透气性好,有良好的创面保护和一定的保湿作用。保护膜的形成起到对空气的相对隔离,避免空气中氧对创面的二次损伤作用,优于传统疗法中皮肤在治疗过程中过于干燥的弱点,使处于间生态的新创面得到稳定,并诱导良性转化。据国外资料报道,在动物模型研究中发现浅Ⅰ°创面在未治情况下,24h后创面会加深成深Ⅰ°,36h后会继续加深形成Ⅱ°。但如能在保持创面湿化的情况下,可防止真皮缺血,毛囊存活,并促进微循环的改善^[1]。湿润膏对创面有湿化作用,但无保护膜形成,对深Ⅰ°的创面保护作用明显减弱,同时抗感染能力差。传统疗法在创面保护方面较不足,使用凡士林纱布覆盖也不能达到相应效果。

脂质膜使真皮湿化,改善微循环,加快上皮再生修复,有效地抵抗细菌的侵入,加之艾油中有效成分

具有良好的抑菌防腐作用。本组资料中使用艾油组在未合并使用抗生素的情况下,创面培养细菌检出率、体温变化及平均治愈时间均方面与相比较的另二组对比有较明显的优势($P<0.01$)。实验室资料亦显示艾油对多种致病菌,包括绿脓杆菌等有明显的抑菌作用。

减少和避免疤痕是烧伤创面治疗的目的,通常在没有感染的情况下,浅Ⅰ°创面自愈需2周,深Ⅰ°需3~4周,Ⅱ°则需在3~5周溶痂后或切痂后再植皮,最后疤痕愈合^[2]。使用艾油平均治愈时间明显提前,浅Ⅰ°8天,深Ⅰ°12.5天,表明艾油促进创面愈合。

参 考 文 献

1. 谷延敏译. 研究Ⅰ°灼伤创面愈合的动物模型. 中华整形烧伤外科杂志 1991; 7(3): 211—212.
2. 山东医学院主编. 急诊外科学. 第1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1983: 82—85.

(收稿: 1996—04—22 修回: 1997—01—17)

功血平治疗功能性子宫出血 76 例

陈树真 王延霞 王随月 宋恒存 张俊巧 胡庆全

1993~1996年,我们用功血平口服液治疗76例功能性子宫出血(功血)患者,疗效较好,现报告如下。

临床资料 全部病例均为门诊患者,经临床检查排除全身出血性疾病及生殖器官明显的器质性病变。年龄12~53岁,平均 35.15 ± 8.96 岁;病程10天~2年,平均0.5年;其中排卵性功血55例,无排卵性功血21例,漏证69例,崩证7例。参考国家中医药管理局医政司颁布的《中医内外妇儿科病证诊断疗效标准》(第1版,南京:江苏科学技术出版社,1988:107)标准诊断,中医辨证分为阴虚血热、冲任不固34例,脾肾两虚、冲任不固42例。

治疗方法 功血平口服液由黄芪、当归、生地、丹皮、红鸡冠花、益母草、旱莲草、地榆炭、川断、牡蛎、菟丝子、仙鹤草、花蕊石、三七、阿胶组成,由邢台市人民医院制剂室制成口服液,每毫升含生药0.9g。漏证者250ml,每天1次口服;崩证者250ml,每天2次口服。一般患者就诊即为出血期,故即刻服药。凡经期延长者均于月经来潮第2天服药。3个经期为1疗程,全部病例均用药1个疗程。

结 果 依照前述疗效标准。痊愈63例(82.89%),好转9例(11.84%),无效4例(5.26%),总有效率为94.74%。对75例患者于用药前后月经前4~5天黄体期采血;用放射免疫法测定血中5项激素水平。结果表明:排卵性功血治疗后雌激素(E_2)水平较治疗前明显下降($P<0.01$),孕激素(P)水平上升($P<0.05$);无排卵性功血治疗后P水平较治疗前明显上升($P<0.01$)。

体 会 功血属中医崩漏范畴,本病成因不外虚、热、瘀。虚者责之脾肾,热者肝郁化火或阴虚生热,瘀者多系瘀阻胞宫。功血平口服液具有补虚清热、化瘀的功效,对止血、缩短经期、恢复月经周期有明显作用。方中黄芪、当归、阿胶益气生血,使气旺血充;当归伍益母草、三七参养血活血、祛瘀生新,行而不聚;生地、丹皮、红鸡冠花凉血化瘀,使虚火得清,实火得泻,取壮水之主以制阳光之意;旱莲草补肾阳而止血,佐牡蛎、地榆炭、仙鹤草可增其止血之功。川断、菟丝子合黄芪补脾肾、固冲任。该药塞流澄源并举,固本清热并用,从宏观调控入手,通过脏腑机能调整,促进整体机能改善,使体内各种紊乱状态趋向新的平衡。

(收稿: 1996—05—03 修回: 1996—07—15)