

科技出版社, 2002: 68.

[3] 中华心血管病杂志编委会心率变异性对策专题组、心率变化异性检测临床应用的建议[J]. 中华心血管杂志, 1998, 26(4): 252-255.

[4] Kleiger RE, Miller JP, Bigger JT, et al. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality

after acute myocardial infarction[J]. Am J Cardiol, 1987, 59: 256-262.

[5] 王翔, 姜毅. 充血性心力衰竭患者心率变异频域指标和QT离散度的变化[J]. 中华医学丛刊, 2003, 3(3): 5.

* 安徽省蒙城县中医院(233500)

龙血竭联合红外线治疗Ⅲ期褥疮 21 例

卢 义 琼*

褥疮其实质就是压迫性溃疡或压疮, 褥疮的发生常见于慢性疾病长期卧床及危重患者^[1]。一旦发生较难治愈, 如继发感染可使病情加重, 影响康复, 增加患者痛苦, 严重者可引起败血症甚至危及生命。我科自2008年1月始使用龙血竭+红外线治疗Ⅲ期褥疮患者, 取得了较满意的疗效, 现报告如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

我科自2008年1月~2009年12月共收治Ⅲ期褥疮患者41例, 共计68处。其中男21例, 女20例; 年龄49~85岁; 部位: 尾骶部21处, 髌部10处, 踝部7处, 足跟部13处, 脊椎3处, 头枕部3处, 股骨大转子11处。面积最小者3cm×3cm, 最大者28cm×9cm。将患者按随机分组方法分成龙血竭联合红外线治疗组(试验组)21例、传统常规治疗组(对照组)20例。两组在试验条件、性别构成比、年龄、病程、合并症分布以及溃疡部位、数量、大小、深度方面经统计学检验, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

病程2周以上、创面面积 $>3\text{cm} \times 3\text{cm}$ 的Ⅲ期褥疮患者, 血糖控制在正常范围, 并用外科清创方法将溃疡表面坏死组织清除后。

1.3 治疗方法

观察组: 先将3%过氧化氢(双氧水)溶液擦洗溃疡表面, 然后用无菌生理盐水冲洗干净。用无菌纱布擦干伤口水分, 直接剥开龙血竭胶囊倒出里面的粉末均匀撒在溃疡创面上, 最后用红外线照射溃疡处30min, 每日1次。对照组: 用上述方法清洗溃疡面后, 常规使用庆大霉素外敷, 纱布覆盖创面, 每日2次, 连续4周为1个疗程进行观察。

1.4 统计学方法

用SPSS 11.0统计软件包, 应用 t 检验。

1.5 观察指标及方法

①溃疡表面色泽: 紫暗或苍白, 计为(++++) ; 暗红, 计为(+++) ; 淡红, 计为(++) ; 红润, 计为(+)。②创面渗液量: 浸透纱布5层或5层以上者, 计为(++++) ; 浸透纱布3~4层, 计为(+++) ; 浸透纱布1~2层, 计为(++) ; 未浸透纱布, 计为(+)。③新生肉芽组织: 设初诊创面面积为 s , 新生肉芽组织为 g 。 $1/4s > g \geq 0$, 计为(++++) ; $1/2s > g \geq 1/4s$, 计为(+++) ; $3/4s > g \geq 1/2s$, 计为(++) ; $1s > g \geq 3/4s$, 计为(+)。④创面愈合时间: 记录从应用药物之日起到创面完全愈合所需时间。

1.6 疗效评定标准

用药4周后进行疗效评定。①痊愈: 创面完全愈合, 临床症状消失。②显效: 创面缩小75%, 临床症状消失。③好转: 创面缩小25%, 临床症状改善。④无效: 创面缩小不足25%, 临床症状无改善。

2 结果

实验组21例中, 痊愈17例, 显效3例, 好转1例, 无效0例, 痊愈率80.95%; 对照组20例中, 痊愈10例, 显效4例, 好转3例, 无效3例, 痊愈率50.00%。试验组的痊愈率明显高于对照组($P<0.01$)。实验组愈合时间(18.76 ± 4.58)天, 对照组愈合时间(30.45 ± 3.61)天。两组愈合时间比较, 差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

褥疮的局部治疗方法很多, 有物理疗法、中西药外敷、外科治疗及其他方法。①传统方法: 传统治疗褥疮的方法是吸收和排除伤口渗液, 尽可能保持创面干燥, 以防止感染。这种方法可使伤口脱水、结痂, 达到痂下愈合目的。在痂皮中混有一些表皮细胞, 这些细胞被迫移向干燥痂皮下深处。痂皮是创口愈合的天然屏障, 表皮细胞在痂下移动缓慢从而延长了愈合的过程。②新式疗法: 将龙血竭粉末均匀撒在组织溃烂且渗出液较多的潮湿伤口表面, 能吸收过多的伤口分泌物、毒素、坏死组织, 提供伤口愈合的湿润环境。保持肉芽组织湿

润,促进上皮细胞再生和血管增生,增进了伤口愈合过程^[2]。

龙血竭,是由世界珍贵树种龙血树树脂提炼而成,被《本草纲目》推崇为活血圣药。治疗上,中医手段为“活血”,相当于现代医学的改善血液流变学、降低血黏度、改善组织器官供氧,最终达最终达“化瘀”效果。龙血竭联合红外线在治疗Ⅲ期褥疮方面能促使机体达到活血化瘀、抗菌消炎、肉芽组织再生及缩短伤口愈合时间的作用。疗效明显优于传统疗法。使用注意事项:①应用龙血竭+红外线需严格按无菌操作进行换药。②

使用初期外观敷料可有颜色改变及膨胀现象,此为伤口与渗液接触敷料引起。③换药期间应注意观察伤口及周围皮肤有无红、肿、皮疹及继发感染现象。

参考文献

[1]爱莲. 碘伏在压疮护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2000, 15(5):285.
[2]缪书卉, 张艺. 龙血竭治疗褥疮的效果观察[J]. 实用护理学杂志, 2002, 18(3):53.

* 湖北民族学院附属医院(445000)

中医药综合疗法治疗风痰瘀阻证颈性眩晕的临床研究

荆志伟¹ 姬爱冬² 杨俊红³

颈性眩晕是指由于颈椎病导致椎基底动脉供血不足,引起延迟性短暂脑缺血的一种疾病。以眩晕为主症,可为旋转性、摇摆性、浮动性眩晕,多在头颈转动或伸屈时加重,或见头痛、视物不清、耳鸣、感觉或运动障碍、内脏性障碍(如恶心、呕吐、上腹部不适、出汗等),重则短暂意识不清、猝倒等症状,循证医学证据研究显示,中医药治疗具有一定优势^[1]。既往研究发现,颈复康颗粒不仅能改善椎动脉弹性,解除血管痉挛,改善脑部血液循环,并能解除肌肉、韧带痉挛,减少对血管、神经的压迫,具有一定的临床效果^[2],为规范地观察颈复康颗粒治疗风痰瘀阻证颈性眩晕的临床效果,特设计随机对照试验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2008年6月~2010年6月就诊的颈性眩晕患者80例(肝肾不足,痰湿中阻证),按随机数字表法随机分为治疗组和对照组各40例,年龄30~65岁。治疗组40例,其中男21例,女19例,年龄30~65岁,平均(46.58±11.62)岁。其中眩晕程度轻度17例,中度16

例,重度7例;对照组40例,男22例,女18例;年龄33~65岁,平均(46.60±8.45)岁。其中眩晕程度轻度15例,中度18例,重度7例。两组性别、年龄、病情程度等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《实用神经病学》椎基底动脉供血不足性眩晕和颈椎病的诊断标准^[3]:经颅多普勒超声(TCD)显示椎基底动脉供血不足。椎间孔压缩试验(+),臂丛牵拉试验(+),X线检查提示颈椎体骨质增生,椎间隙变窄,椎间孔变小。排除其他如急性脑梗死、脑出血、脑肿瘤及耳源性等非颈源性原发疾病。

1.2.2 中医证候诊断标准 纳入风痰瘀阻证患者,参考《中医诊断学》证候诊断标准^[4]制定,包含眩晕,头脑昏蒙,精神不振,胸脘痞闷,少寐,腰膝酸软,耳鸣,舌红,脉细数等四诊信息。

1.2.3 症状量化分级标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定(见表1)。

表1 眩晕症状分级量表

症状		程度分级			
		无	轻	中	重
主症	眩晕	无	头晕眼花,时作时止(2分)	视物旋转,不能行走(4分)	眩晕欲仆,不能站立(6分)
次症	精神不振	无	精神不振(1分)	精神萎靡(2分)	萎靡,反应迟钝(3分)
	胸脘痞闷	无	日间(1分)	夜间(2分)	持续(3分)
	少寐	无	每日睡眠小于4h,易醒(1分)	每日睡眠小于2h,入睡困难(2分)	不能入睡(3分)
	腰酸	无	晨起腰酸,捶打不止(1分)	持续腰酸,劳则加重(2分)	腰酸如折,休息不止(3分)
	膝软	无	微觉膝软无力(1分)	膝软不任重物(2分)	膝软不欲行走(3分)
	耳鸣	无	耳鸣轻微(1分)	耳鸣重听,时作时止(2分)	耳鸣不止,听力减退(3分)