

康复新液治疗糖尿病患者皮肤溃疡创面的疗效观察

田文鹏, 龙本丹, 王 茹

(贵州省人民医院 内分泌科, 贵州 贵阳 550002)

[摘 要] 目的: 观察糖尿病并皮肤溃疡患者, 创面采用常规换药与康复新液换药在溃疡愈合时间上的差异, 以寻求更加有效的治疗方法。方法: 对 12 例运用常规局部换药的患者 30 个溃疡面(对照组)与运用康复新液换药治疗的 12 例患者 33 个溃疡面(治疗组)在愈合时间上比较其疗效。结果: 对照组溃疡创面愈合时间为 (15.3 ± 1.7) d, 治疗组为 (9.1 ± 3.4) d, 两组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 采用康复新液局部换药治疗糖尿病患者皮肤溃疡创面效果优于常规换药。

[关键词] 糖尿病; 皮肤溃疡; 伤口愈合; 康复新液

[中图分类号] R587.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)01-0093-02

近 20 多年来, 随着我国国民经济飞速发展, 人民生活水平迅速提高, 糖尿病发病率急剧增加, 已成为我国重要的社会卫生问题。糖尿病合并皮肤溃疡患者人数亦因此而逐年增多。糖尿病皮肤溃疡的治疗和护理给个人、家庭和社会带来了沉重的经济负担, 其所带来的医疗耗费巨大。通过观察常规换药与康复新液换药治疗糖尿病患者皮肤溃疡创面疗效的比较, 以求寻找更加有效的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

24 例 2 型糖尿病并皮肤溃疡患者, 糖尿病病程 1.5 ~ 26 年, 诊断符合文献标准^[1]。其中男 16 例, 女 8 例, 年龄 29 ~ 50 岁, 溃疡数 63 个, 面积 $0.2\text{ cm} \times 0.8\text{ cm} \sim 6\text{ cm} \times 8.2\text{ cm}$ 。皮肤溃疡轻度为皮肤糜烂、溃疡形成; 中度为皮肤溃疡深达肌层溃灶; 重度为肌间坏死、肌腱断裂、骨质坏死。皮肤溃疡愈合标准为溃疡面炎性反应消失, 创面组织重建脱痂。对照组与治疗组在病程、年龄、性别及皮肤溃疡面积和分度方面均具有可比性。

1.2 方法

所有皮肤溃疡创面均先予外科基本操作原则正规程序进行处理。对照组剪一块略大于溃疡面的网眼凡士林油纱布, 浸湿 1% 庆大霉素后覆盖于创面上。治疗组根据溃疡面积大小选用不同规格浸渍康复新液的敷料覆盖于创面上。两组覆盖物外均用一层无菌纱布包扎。每日或隔日同时换药 1 次, 均先予新洁尔灭或生理盐水将敷料软化后取下, 以避免创面牵拉出血。同时予广谱抗生素静脉滴注抗感染治疗。

1.3 统计学方法

均数之间采用 t 检验比较, 频数之间采用 χ^2 检验比较。

2 治疗结果

对照组皮肤创面第 3 天仍可见较多脓性分泌物, 至 (15.3 ± 1.7) d 方全部愈合。而治疗组皮肤创面第 2 天分泌物减少, 形成一层药物薄膜, 第 3 ~ 5 天见药膜下有颗粒状肉芽组织生长, 创面逐渐减小, 至 (9.1 ± 3.4) d 创面全部愈合。两组在溃疡创面愈合时间上比较有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组皮肤溃疡创面局部换药治疗后愈合情况比较($\bar{x} \pm s, \%$)

Tab. 1 Comparison of skin ulcer healing in two groups after treatment of local dressing changing									
组别	溃疡数 (个)	溃疡面积 (cm^2)	愈合情况						平均愈合 时间(d)
			5 d	7 d	9 d	11 d	13 d	21 d	
对照组	30	3.57 ± 5.11	2.1	6.5	29.7	47.8	55.3	100.0	15.3 ± 1.7
治疗组	33	3.92 ± 6.12	28.6	49.7	91.4	96.3	100.0		9.1 ± 3.4
P				> 0.05		< 0.01			

3 典型病例

女性患者,50岁,糖尿病病程1.5年,有糖尿病家族史,入院体查可见背部及双下肢多处皮肤溃疡,部分创面可见脓性分泌物。以体表正中为界,右侧肢体共15个溃疡,其中最大面积为1.5 cm×3 cm,深约0.5 cm。左侧躯干及上下肢共13个溃疡,其中最大面积溃疡为4.5 cm×6 cm,深约0.2 cm。所有皮肤溃疡创面均先予0.1%新洁尔灭液和生理盐水依次清洗,除去坏死组织;有感染的创面先予3%双氧水清洁其脓性分泌物等程序进行处理后,身体右侧皮肤溃疡采用治疗组康复新液局部换药,身体左侧创面采用常规换药治疗,同时予头孢哌酮舒巴坦钠静脉滴注抗感染。身体右侧溃疡至第13天,创面全部愈合,而左侧皮肤创面至第21天方全部愈合。身体左、右两侧皮肤溃疡在愈合时间上进行比较,存在显著差异。见图1、图2。



图1 治疗前皮肤创面情况

Fig.1 Skin ulcers before the treatment



图2 治疗13 d 皮肤创面情况

Fig.2 Skin ulcers in 13 days after the treatment

4 讨论

糖尿病患者免疫力低下,其易发生皮肤溃疡的主要因素为糖尿病的血管病变及周围神经病变的广泛存在,使皮肤易损、易裂,成为细菌侵入的缝隙。高浓度血糖有利于细菌的生长繁殖,且可抑制白细胞的趋化性、移动性、黏附能力以及杀菌能力。此外,糖尿病易并发大、中血管病变,血流缓慢,血流供应减少时,可妨碍白细胞的动员和移动^[2]。临床上,对糖尿病并皮肤溃疡的治疗,除有效控制血糖、B族维生素、止痛剂对症支持治疗和应用抗生素外,主要采用溃疡创面局部换药(对照组方法),愈合时间差异很大。若无溃疡合并感染一般愈合周期2~3周。创面纱布敷料可造成溃疡面干燥,使创面脱水,在痂皮中可混有部分表皮细胞,这些细胞被迫移向干燥的皮肤深处,从而延长创面愈合时间^[3,4]。

康复新液为美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物制成的溶液,内含多元醇、黏糖氨基、黏氨酸和多种氨基酸,其用于炎症反应期:抗炎,消除炎性水肿,抗感染,促使坏死组织脱落,为组织修复创造条件;用于细胞增殖期:能显著促进肉芽组织生长,促进血管新生,加速坏死组织脱落,为迅速修复各类溃疡及创伤创面奠定基础;用于组织重建期:加速创面愈合,促使结构功能恢复,提高机体免疫功能,能提高巨噬细胞的吞噬能力,提高淋巴细胞及血清溶菌酶的活性,使体内SOD值回升,调节机体的生理平衡^[5,6]。同时康复新液湿敷对局部无刺激,病人感到舒适,易于接受。文中治疗组应用康复新液换药2~3次后,创面炎症反应逐渐减轻,分泌物明显减少,创面可见新鲜肉芽组织快速生长。换药3~4次,91.4%以上溃疡愈合,仅有18.6%以下重度伴感染的溃疡经换药5~7次后愈合,总愈合时间为13 d,与对照组总愈合时间21 d相比较,有显著差异,能有效缩短病人住院时间及降低医疗费用,减轻患者病痛及负担,值得临床推广。

5 参考文献

- [1] American Diabetes Association. Report of the expert committee on diagnosis and classification of diabetes mellitus [J]. Diabetes Care, 1997(20):1183.
- [2] 廖二元,莫朝晖,丁荣蓉,等. 内分泌学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2007(11):1537-1538.

(下转第97页)

表操作增多,心肌受损、破裂出血的可能性大幅度增加,故对于这一类患者而言,心包切除的范围不宜过大。另外,右房及腔静脉表面的心包,如紧密粘连,不必强行剥离,这样可减少心脏破裂的风险,也能获得良好的手术效果。本组中 1 例术中心脏破裂,即是在剥离右房表面心包时误入右房所致。心包剥离的范围,要视术中患者心脏搏动改善及中心静脉压下降的程度而定,做到“个体化”剥离。本组患者心尖及左右心室均进行了彻底的剥离,而右房表面及上腔静脉处的缩窄心包未进行彻底松解,手术安全性提高,手术效果满意。

3.4 围手术期处理

充分而有效的围手术期处理对消除症状、提高手术成功率、降低死亡率等方面都具有重要的意义。术前需积极进行营养支持,调整心肝肾等重要器官功能,间断输注血浆或白蛋白,加强利尿,减轻组织水肿;术中彻底松解心尖区及心室表面心包;术后持续观察动脉血压、中心静脉压、尿量,保持患者液体出入量轻度负平衡,避免加重心脏的前负荷;积极使用强心药物及血管活性药物,对心功能进行长期、充分的支持;注意保持内环境稳定,预防电解质失衡。确诊为结核性的患者,术后常规抗痨 6 个月以上。

4 参考文献

[1] Srivastava AK, Ganjoo AK, Misra B, et al. Subtotal pericardiectomy via sternotomy for constrictive pericarditis [J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann,2000(2):134-136.
[2] 李红卫,法宪恩,吴晓亮,等. 86 例缩窄性心包炎的手术治疗体会[J]. 医学信息学手术学分册,2008(3):

197-199.
[3] Bertog SC, Thambidorai SK, Parakh K, et al. Constrictive pericarditis: etiology and cause-specific survival after pericardiectomy[J]. J Am Coll Cardiol,2004(8):1445-1452.
[4] 张丽华,倪超,郭立琳,等. 结核所致缩窄性心包炎的临床病理分析[J]. 中华心血管病杂志,2008(9):812-815.
[5] Schwefer M, Aschenbach R, Heidemann J, et al. Constrictive pericarditis, still a diagnostic challenge; comprehensive review of clinical management[J]. Eur J Cardiothorac Surg,2009(3):502-510.
[6] Senni M, Redfield MM, Ling LH, et al. Left ventricular systolic and diastolic function after pericardiectomy in patients with constrictive pericarditis: Doppler echocardiographic findings and correlation with clinical status[J]. J Am Coll Cardiol,1999(5):1182-1188.
[7] Bozbuga N, Erentug V, Eren E, et al. Pericardiectomy for chronic constrictive tuberculous pericarditis: risks and predictors of survival [J]. Tex Heart Inst J, 2003(3):180-185.
[8] Yetkin U, Kestelli M, Yilik L, et al. Recent surgical experience in chronic constrictive pericarditis [J]. Tex Heart Inst J,2003(1):27-30.
[9] Tiruvoipati R, Naik RD, Loubani M, et al. Surgical approach for pericardiectomy: a comparative study between median sternotomy and left anterolateral thoracotomy[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg,2003(3):322-326.
[10] Chowdhury UK, Subramaniam GK, Kumar AS, et al. Pericardiectomy for Constrictive Pericarditis: A Clinical, Echocardiographic, and Hemodynamic Evaluation of Two Surgical Techniques[J]. Ann Thorac Surg,2006(2):522-529.

(2010-11-19 收稿,2011-01-07 修回)

(上接第 94 页)

[3] 邓颖. 康复新液佐治小儿手、足、口病的疗效观察[J]. 华西药理学杂志,2004(3):238.
[4] 樊悦,邓颖. 康复新液保留灌肠治疗儿童溃疡性结肠炎 22 例[J]. 华西药理学杂志,2005(5):465.
[5] 陈柏兴,陈锋. 康复新液治疗小儿口腔溃疡 80 例[J].

华西药理学杂志,2006(5):500.
[6] 熊世珍,彭易坤,赵睿. 康复新液治疗萎缩性鼻炎的疗效观察[J]. 华西药理学杂志,2006(5):502.
(2010-11-24 收稿,2011-01-07 修回)