

# 黄白四味生肌膏加速慢性创面愈合（气血两虚型）的临床观察

李春光 石贵军 石 艳 冯玉甫 马轶红 马田田 李芳玲 刘美君 刘艳丽

长春市中医院 吉林长春 130051

**摘要：**目的：探讨黄白四味生肌膏加速气血两虚型慢性创面患者创面愈合的临床效果。方法：选择2021年3月至2023年3月医院接收的气血两虚型慢性创面患者72例进行研究，随机数字表法分为2组。对照组37例采取油纱外敷创面，观察组35例采取黄白四味生肌膏外敷创面，比较两组临床疗效、视觉模拟评分法（VAS）评分、创面愈合时间、白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）、肿瘤坏死因子- $\alpha$ （TNF- $\alpha$ ）、并发症情况。结果：观察组总有效率97.14%比对照组的82.86%更高（ $P < 0.05$ ）。治疗2周、4周观察组VAS评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组比对照组的创面愈合时间短（ $P < 0.05$ ）。治疗后观察组IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 水平比对照组更低（ $P < 0.05$ ）。观察组并发症发生率5.71%比对照组24.32%更低（ $P < 0.05$ ）。结论：气血两虚型慢性创面患者采取黄白四味生肌膏外敷可加速创面愈合，快速减轻疼痛程度，消退不良症状，取得良好的治疗效果，而且抑制炎症，减少并发症，值得推广。

**关键词：**慢性创面；气血两虚型；黄白四味生肌膏；疼痛程度；炎症因子

慢性创面是指皮肤和皮下组织的正常结构和功能遭受破坏形成伤口，无法正常、有序、及时的修复，愈合时间超过2周<sup>[1]</sup>。常规治疗慢性创面以创面清除、引流及外敷为主，而油纱外敷创面可起到预防感染，促进创面愈合及预防粘连的作用，但创面愈合的速度和效果有限，因此需改进治疗方法<sup>[2]</sup>。中医认为慢性创面是由于脾胃虚弱，气血不足，余毒未尽所致，病因病机为邪正盛衰，正气不足，局部气血凝滞，创口气血失养，郁结不通，创口久难收敛<sup>[3]</sup>。气血两虚型患者气血均亏损不足，疮疡难溃难腐，因此治疗需注重补气养血。为此，本次研究对黄白四味生肌膏加速气血两虚型慢性创面患者创面愈合的临床效果进行了探讨，选择2021年3月至2023年3月医院接收的气血两虚型慢性创面患者72例进行研究，如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2021年3月至2023年3月医院接收的气血两虚型慢性创面患者72例进行研究，随机数字表法分为2组，对照组37例，观察组35例。本次研究取得医院伦理委员会审核批准。

**纳入标准：**患者经过正确诊断和治疗8周后，伤口面积缩小 $< 50\%$ ；符合《最新伤口护理学》<sup>[4]</sup>诊断标准；中医辨证为气血两虚证：创面肉芽灰白无血色，分泌物清晰量少，皮肤干燥、脱屑，皲裂，甲干燥变形，生长缓慢，汗毛稀少，

肌肉萎缩，身体消瘦，气短乏力。舌淡，苔薄白，脉沉细无力。患者自愿签署知情同意书。

**排除标准：**严重的心、肝、肾等并发症者；周围血管闭塞或严重狭窄患者；血糖控制不佳患者；严重感染患者；对中药成分过敏患者；试验中因严重不良反应而需要中断治疗患者。

对照组男患者22例，女患者15例，年龄22岁-75岁，平均 $(41.42 \pm 4.06)$ 岁，病程9周-20周，平均 $(14.42 \pm 1.66)$ 周，体质指数（BMI） $19.5\text{kg}/\text{m}^2$ - $28.9\text{kg}/\text{m}^2$ ，平均 $(23.22 \pm 1.18)\text{kg}/\text{m}^2$ ；观察组男患者20例，女患者15例，年龄21岁-75岁，平均 $(41.55 \pm 4.03)$ 岁，病程9周-18周，平均 $(14.19 \pm 1.58)$ 周，BMI为 $19.4\text{kg}/\text{m}^2$ - $29.2\text{kg}/\text{m}^2$ ，平均 $(23.09 \pm 1.15)\text{kg}/\text{m}^2$ ；两组基本资料比较无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 对创面局部消毒，冲洗创面，将分泌物清除，再采用基础碘伏对伤口消毒，将油纱敷于创面，利用纱布包扎创面，初始每天更换1次，观察创面恢复效果，一般1周后，可延长至每隔2-3d更换1次，共持续4周左右。

**1.2.2 观察组** 制备黄白四味生肌膏，选择黄芪9g，桑白皮4g，生甘草10g，蜂蜜5g调成呈糊状，由药剂科制作。采用基础碘伏对伤口消毒，将黄白四味生肌膏外敷创面，利用纱布包扎创面，初始每天更换1次，观察创面恢复效果，一般1周后，可延长至每隔2-3d更换1次，共持续4周左右。

### 1.3 观察指标

1.3.1 比较两组临床疗效：痊愈为创面愈合，症状完全消失；显效为创面缩小 > 75%，症状完全消失；有效为创面缩小 ≥ 25%，< 75%，症状明显改善；无效为创面缩小 < 25%，症状无变化。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.3.2 比较两组疼痛程度、创面愈合时间：治疗前、治疗2周、治疗4周时，采取视觉模拟评分法(VAS)按照0分-10分评估疼痛程度，分数越高疼痛越强烈；自换药后第1d为初始，每日观察创面，待创面平齐，完全上皮化为愈合，记录创面愈合时间。

1.3.3 比较两组炎症因子：采集空腹静脉血5ml，以3000r/min离心处理，10min，半径12cm，分离血清，酶联免疫吸附法测定白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)。

1.3.4 比较两组并发症：瘢痕、感染、异味。

### 1.4 统计学处理

使用SPSS 24.0处理，计量资料以t检验，采取( $\bar{x} \pm s$ )表示。计数资料以 $\chi^2$ 检验，采取[n(%)]表示，P < 0.05为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

分析表1可知，观察组总有效率97.14%比对照组82.86%更高(P < 0.05)。

### 2.2 两组疼痛程度、创面愈合时间比较

分析表2可知，治疗前两组疼痛程度比较无统计学意义(P > 0.05)；治疗2周、4周观察组疼痛程度明显低于对照组(P < 0.05)；观察组创面愈合时间短于对照组(P < 0.05)。

### 2.3 两组炎症因子水平比较

分析表3可知，治疗前两组炎症因子水平比较无统计学意义(P > 0.05)；治疗后观察组IL-6、IL-8、TNF-α水平比对照组更低(P < 0.05)。

### 2.4 两组并发症比较

表1 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	25 (71.43)	6 (17.14)	3 (8.57)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	37	18 (51.43)	5 (14.29)	6 (16.22)	8 (22.86)	29 (82.86)
$\chi^2$	--	--	--	--	--	4.201
P	--	--	--	--	--	0.040

表2 两组疼痛程度、创面愈合时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前疼痛程度(分)	治疗2周疼痛程度(分)	治疗4周疼痛程度(分)	创面愈合时间(d)
观察组	35	7.55 ± 1.18	1.55 ± 0.25*	0.52 ± 0.16*	18.85 ± 3.63
对照组	37	7.62 ± 1.24	3.32 ± 0.42*	1.05 ± 0.27*	28.49 ± 4.79
t	--	0.245	21.573	10.059	9.583
P	--	0.807	< 0.001	< 0.001	< 0.001

注：\*为与治疗前比较(P < 0.05)。

表3 两组炎症因子水平比较 (ng/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-6		IL-8		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	9.22 ± 1.56	3.36 ± 0.56*	12.25 ± 2.95	6.22 ± 1.15*	6.55 ± 1.06	3.35 ± 0.46*
对照组	37	9.42 ± 1.42	4.54 ± 0.88*	12.43 ± 2.99	9.42 ± 1.84*	6.52 ± 1.04	3.82 ± 0.69*
t	--	0.569	6.744	0.256	8.790	0.121	3.380
P	--	0.570	< 0.001	0.798	< 0.001	0.903	0.001

注：\*为与治疗前比较(P < 0.05)。



分析表4可知，观察组并发症发生率5.71%比对照组24.32%更低( $P < 0.05$ )。

表4 两组并发症比较 [n (%)]

组别	例数	瘢痕	感染	异味	并发症发生率
观察组	35	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)
对照组	37	4 (10.81)	3 (8.11)	2 (5.41)	8 (24.32)
$\chi^2$	--	--	--	--	4.201
P	--	--	--	--	0.040

### 3 讨论

伤口主要受到年龄增长、糖尿病、压疮、感染等因素，导致创面恢复缓慢或完全停止，导致局部长时间显露，容易受到各种因素滋生细菌，促使疼痛加重，并引起炎症，增加感染风险，延长创面愈合时间，形成恶性循环<sup>[5-6]</sup>。中医治疗伤口经验丰富，辨证分型为气血两虚证需采取益气养血疗法<sup>[7]</sup>。本次研究结果显示观察组总有效率97.14%比对照组高，而VAS评分、创面愈合时间比对照组低，提示黄白四味生肌膏外敷治疗可促进疼痛快速消退，肉芽良好生长，创面加速愈合，取得确切的治疗效果。与王盈<sup>[8]</sup>结果基本一致。依据中医五行理论，黄白四味生肌膏药方中黄芪为君药，以补金气，五行流通生旺气，起到健脾补中，升阳举陷，益卫固表的功效，而且可托毒排脓、敛疮生肌，对气血亏虚，疮疡难溃难腐起到良好效果<sup>[9]</sup>。甘草、蜂蜜为臣药，大补脾胃中土，土旺金生，其中甘草起到益气补中、解毒，缓急止痛的功效，蜂蜜起到补中，润燥，止痛，解毒的功效<sup>[10]</sup>。桑白皮为佐药，使药泻火，以防克金，可泻肺平喘、利水消肿。外敷在创面可促使药物渗入，补全身之气，补肌表之气，有效益气活血，托毒排脓，促进疮疡溃收口，提高治疗效果<sup>[11]</sup>。治疗后观察组IL-6、IL-8、TNF- $\alpha$ 水平及并发症发生率低于对照组，提示黄白四味生肌膏外敷治疗可抑制炎症反应，减少创面相关并发症。崔雷<sup>[12]</sup>认为中医辨证施治可促进术后创面愈合，减轻炎症反应。现代药理学证实蜂蜜具有抗菌、清创的作用，并可激活人体对感染的免疫反应。黄芪可桑白皮可通过抑制炎症反应，促进血管生成、修复创面<sup>[13]</sup>。桑白皮可降低高糖引起的小鼠足细胞损伤<sup>[14]</sup>。黄白四味生肌膏含有的多种药物可抑制炎症反应，促进创面愈合，预防相关并发症。

综上所述，黄白四味生肌膏治疗后可加速气血两虚型慢性创面患者的创面愈合，取得良好的治疗效果，而且抑制炎症反应，减少相关并发症，值得推广。

### 参考文献：

- [1] 冯心怡, 朱圣杰, 郭冬婕, 等. 中药植物雌激素促进慢性创面愈合的作用机制研究进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(4): 450-453.
- [2] 戚晓霞, 陈世红, 常春雷, 等. 医用级蜂蜜敷料对非窦道型慢性感染创面愈合和疼痛的改善作用 [J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(6): 1048-1053.
- [3] 雷忠卫, 杜揭, 孙宏艺, 等. 基于数据挖掘的中医药促进创面修复用药规律的研究 [J]. 药学实践杂志, 2022, 40(3): 281-285.
- [4] 蔡新中. 最新伤口护理学 [M]. 人民军医出版社, 2008.
- [5] 王跃辉, 陈宾, 司文腾, 等. 脉络疏通丸联合低分子肝素钙注射液对全膝置换术后深静脉血栓形成、血红蛋白、D-二聚体的影响 [J]. 中医研究, 2023, 36(1): 33-35.
- [6] 林财辉, 林启雄, 熊建华. 应用复方黄柏洗液治疗慢性创面愈合不良的临床研究 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(1): 159-160.
- [7] 葛斌, 高原, 梁建国, 等. 黄芪在中医外科中的应用进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(6): 1202-1205.
- [8] 王盈, 于才. 去腐生肌膏治疗压疮的疗效观察与护理经验 [J]. 中医临床研究, 2023, 15(24): 142-145.
- [9] 李哲夫, 方明治, 李敏. 方明治教授运用桂枝汤加黄芪化裁治疗肿瘤术后伤口难愈经验 [J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(1): 83-85, 118.
- [10] 张丽, 高怡, 栗江霞, 等. 黄芪外用对慢性伤口护理效果影响的系统评价 [J]. 护理研究, 2022, 36(13): 6.
- [11] 丁禹尧, 龚光明. 黄芪桂枝五物汤联合松花粉治疗糖尿病足慢性创面1则 [J]. 光明中医, 2022, 37(13): 2418-2420.
- [12] 崔雷, 安永康. 凉血地黄汤对环状混合痔患者手术后创面恢复情况的影响 [J]. 中医研究, 2023, 36(9): 57-61.
- [13] 范丽娜, 陈丽娟, 刘芳. 黄芪多糖对大鼠慢性难愈合创面的作用及其对PTEN、AKT和VEGF蛋白表达的影响 [J]. 中国中医药科技, 2022, 29(1): 36-40.
- [14] 王爱媛, 刘姝, 吴卫平, 等. 桑白皮黄酮提取物通过调控miR-223-3p表达对高糖诱导的小鼠足细胞损伤的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(12): 3048-3053.