

自制中药液在再生障碍性贫血口腔黏膜炎患者口腔护理中的应用效果观察

李颖, 崔鸿峥, 李梅君

辽宁医学院附属第三医院血液科, 辽宁 锦州 121000

[摘要] 目的: 观察自制中药液对再生障碍性贫血口腔黏膜炎患者进行口腔护理的临床疗效。方法: 将76例再生障碍性贫血口腔黏膜炎患者随机分为2组各38例, 在采用常规护理的基础上对照组采用康复新液, 观察组采用自制中药液进行口腔护理, 护理期间连续观察并评估口腔黏膜炎病变情况、口腔疼痛情况, 进行疗效评定。结果: 2组均与护理前比较, 口腔黏膜炎分级及疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分分级均有改善, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。护理后观察组与对照组比较, 口腔黏膜炎分级及VAS评分分级改善优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组愈合时间少于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。总有效率观察组92.11%, 对照组73.68%, 观察组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 采用本院自制中药液对再生障碍性贫血口腔黏膜炎患者进行口腔护理。

[关键词] 再生障碍性贫血; 口腔黏膜炎; 口腔护理; 中药液

[中图分类号] R556.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 03-0197-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.078

再生障碍性贫血(aplastic anemia, AA)是多种原因引起骨髓造血功能障碍或造血干细胞损伤, 导致全血细胞减少, 以进行性贫血、出血及感染为主要症状的一种血液系统疾病^[1]。口腔黏膜炎(oral mucositis, OM)是指口腔的炎症性和溃疡性反应, 再生障碍性贫血患者由于免疫功能低下, 是口腔黏膜炎发生的高危人群, 数据显示, 急性重型再生障碍性贫血患者口腔黏膜炎的发生率高达70%。口腔黏膜炎的发生不仅使患者自觉疼痛难忍, 严重影响生活质量, 而且还明显影响营养供给及治疗的连续性, 若护理不当, 可增加感染机率, 严重感染者可引起死亡^[2]。本研究对38例口腔黏膜炎的再生障碍性贫血患者在采用常规护理的基础上, 配合本科室配制的中药液进行口腔护理, 取得了满意的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为2012年3月—2014年3月医院就诊的患者, 共76例。男42例, 女34例; 年龄15~58岁, 平均(38.9±17.8)岁。再生障碍性贫血诊断符合《血液病诊断及疗效标准》(第三版)中提出的

诊断标准, 急性再生障碍性贫血18例, 慢性再生障碍性贫血58例; 口腔黏膜炎诊断及分级参照放射性口腔黏膜炎损伤分级标准。排除合并恶性肿瘤、自身免疫性疾病、消化性溃疡、急性感染性疾病、白血病等疾病的患者及妊娠、哺乳期妇女。将76例患者采用随机数字表法分为2组各38例, 分别采用康复新液(对照组)和自制中药液(观察组)进行口腔护理, 观察组男22例, 女16例; 平均年龄(38.7±17.0)岁; 再生障碍分型急性8例, 慢性30例。对照组男20例, 女18例; 平均年龄(39.2±17.3)岁。再生障碍分型急性10例, 慢性28例。2组患者基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 护理方法

2组患者均采用再生障碍性贫血的常规护理, 包括预防感染、避免诱发或加重出血、饮食护理、生活指导、情志护理、疾病知识宣教、有关注意事项指导等, 2组口腔护理均由护士统一指导进行。

2.1 对照组 采用康复新液(生产厂家: 四川好医生攀西药业有限责任公司; 规格: 每瓶100 mL)在三餐

[收稿日期] 2015-12-28

[基金项目] 辽宁省教育厅科学研究一般项目(L2013336)

[作者简介] 李颖(1974-), 女, 主管护师, 主要从事血液科护理临床工作。

前后及晨起、睡前各进行含漱，每次 20 mL，每次含漱至少持续 3 min。

2.2 观察组 取金银花、黄芩、水牛角、生地榆各 30 g，生甘草、薄荷叶各 15 g，三七、五味子各 10 g 用水煎至 100 mL。该中药制剂由本院中药房制剂室统一煎制，药液真空包装，每袋 100 mL。在三餐前后及晨起、睡前各进行含漱，每次 20 mL，每次含漱至少持续 3 min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 口腔黏膜炎分级及愈合时间 ①分级标准参照文献[3]：0 度：正常； 度：黏膜充血、红斑、疼痛轻，不影响正常进食； 度：黏膜溃疡，呈片状或散在，疼痛中度，可进半流质饮食； 度：有融合的纤维性黏膜，疼痛严重，可进流质饮食； 度：黏膜出血、坏死或大片状溃疡，疼痛剧烈，不能进食。每一病房由同一名责任护士在早晨口腔护理前、在充足的光线下检查口腔，观察发生部位、溃疡大小、数目及愈合时间，并逐项记录，对 2 组口腔护理前及护理 1 周后口腔黏膜炎进行分级评估。②疼痛程度分级参照文献[4]：每天早晨进行口腔黏膜检查后由同一名责任护士采用视觉模拟评分法(VAS)进行口腔疼痛评分，轻度：0~3 分；中度：4~6 分；重度：7~10 分。对护理前及护理 1 周后疼痛分级进行评估。③每天检查口腔 1 次，在连续检查 1 周后，根据口腔黏膜炎恢复情况进行疗效评定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析处理，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，对于正态分布且方差齐的计量资料采用独立样本 *t* 检验，计数资料以百分比表示，2 组有序分类变量资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献拟定疗效标准。显效：口腔溃疡愈合，无疼痛感；有效：口腔溃疡面缩小，黏膜炎症或红斑减轻，疼痛减轻或消失；无效：护理前后无明显改善或恶化。

4.2 2 组护理前后口腔黏膜炎分级及愈合时间比较见表 1。2 组组内口腔黏膜炎分级情况分别与护理前比较， $Z_{\text{观察组}}=6.183$ ； $Z_{\text{对照组}}=4.811$ ，差异均有统计学意义($P<0.05$)；护理后，观察组与对照组比较， $Z=2.566$ ，差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组愈合时间少于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组护理前后口腔黏膜炎分级及愈合时间比较 例

组别	n	时间	口腔黏膜炎分级					愈合时间(d)
			0 度	度	度	度	度	
观察组	38	护理前	0	5	12	10	11	3.56± 2.12
		护理后	20	13	3	2	0	
对照组	38	护理后	12	10	8	6	2	6.58± 2.57
		护理前	0	4	10	12	12	
统计值			$Z=2.566$					$t=5.588$
<i>P</i>			<0.05					<0.05

4.3 2 组 VAS 评分分级情况比较 见表 2。护理后，2 组 VAS 评分分级情况分别与护理前比较， $Z_{\text{观察组}}=5.651$ ， $Z_{\text{对照组}}=2.569$ ，差异均有统计学意义($P<0.05$)；护理后观察组与对照组比较， $Z=4.031$ ，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组 VAS 评分分级情况比较 例

组别	n	时间	VAS 分级		
			轻度	中度	重度
观察组	38	护理前	5	20	13
		护理后	28	10	0
对照组	38	护理前	4	20	14
		护理后	13	18	7
<i>Z</i> 值			4.031		
<i>P</i>			<0.05		

4.4 2 组临床疗效比较 见表 3。总有效率观察组 92.11%，对照组 73.68%，总有效率观察组高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	20(52.63)	15(39.47)	3(7.89)	35(92.11)
对照组	38	12(31.58)	16(42.11)	10(26.32)	28(73.68)
<i>Z</i> 值				2.283	
<i>P</i>				<0.05	

5 讨论

再生障碍性贫血发病原因目前仍未阐明，多认为与化学、物理、生物、遗传或免疫等多因素综合作用有关。口腔黏膜炎是再生障碍性贫血的常见并发症之一，这可能与患者免疫功能低下、营养状况差、某些化疗药物(如免疫抑制剂、糖皮质激素)的使用等多因素有关^[5]。口腔黏膜炎的发生一方面可延长患者住院时间，增加患者住院负担，一方面是导致感染甚至死亡的重要原因。因此，对口腔黏膜炎进行有效护

理, 显得十分必要。

2004年, MASCC/ISOO发布了第一个循证医学的口腔黏膜炎临床实践指南, 目前, 该指南仍然是该领域中的临床权威指南。指南强调, 对于口腔黏膜炎患者应做好口腔黏膜评估, 并做好基础口腔护理, 以防治各种形式的口腔黏膜炎^[6]。口腔卫生护理对口腔黏膜炎的防治是有良好效果的。因此, 再障的口腔护理一直以来都被作为其常规护理之一, 在临床护理工作中严格执行。康复新液系美洲大蠊提取物制成的纯天然液体制剂, 可清除炎症介质及细胞因子, 促进血管内皮细胞再生, 加速创口愈合。研究显示, 康复新液治疗口腔溃疡的总有效率71.79%^[7], 本研究显示, 对照组在采用康复新液进行口腔护理后, 口腔黏膜炎分级及VAS评分较护理前均有改善, 总有效率73.68%。康复新液用于口腔黏膜炎的治疗具有一定疗效, 但疗效仍然十分有限。

中医学认为, 气血损伤、真阴亏损; 瘀久化热、热毒炽盛为再生障碍性贫血患者口腔黏膜炎的发病机制, 前者为本, 后者为标^[8]。中医学认为, 伏火循经上扰, 致口腔溃疡发生, 进而耗伤阴液, 热盛阴亏日久, 则正气亏虚, 正虚邪恋, 溃疡久治难愈^[9]。本研究中的观察组患者, 采用由金银花、黄芩、水牛角、地榆、生甘草、薄荷叶、三七、五味子这几味中药制成的中药液进行含漱, 方中黄芩可消炎抗菌、消肿止痛、清热燥湿; 金银花可解热止血、消炎消肿; 水牛角可清热解毒、凉血止痛; 地榆可凉血止血、清热敛疮; 三七止血定痛; 五味子收敛生津; 生甘草解毒和诸药。方中各药配伍, 共奏滋阴清热、凉血活血、抗菌消炎、消肿止痛之功效, 正切合口腔黏膜炎的发病病机及病理。

本研究结果显示, 观察组疗效优于对照组, 溃疡

愈合时间也明显缩短。而且笔者采用该中药液在临床应用多年, 发现该中药液对口腔渗血、牙龈出血、血疱及抗口腔感染方面疗效确切, 而且长期应用不会发生菌群失调, 因此, 可有效避免机会感染发生。

综上所述, 对再障患者采用常规护理的同时, 采用中药液进行口腔护理, 疗效确切, 安全性高, 且成本低廉, 使用方便, 具有良好的临床应用前景。

[参考文献]

- [1] 刘荣. 再生障碍性贫血并发出血的护理中国误诊学杂志[J]. 2007, 7(14): 3288.
- [2] 刘景玲. 护理干预在急性造血功能停滞患者预防感染中的应用[J]. 全科护理, 2009, 7(6): 162.
- [3] 蒙莉萍, 张宏玉. 循证护理与标准化口腔护理预防化疗口腔黏膜炎[J]. 现代预防医学, 2011, 38(9): 1732-1733, 1736.
- [4] 汪跃平, 李春阳, 杨光伟, 等. 仙方活命饮加减方与西帕依固龈液治疗放射性口腔黏膜炎临床疗效比较分析[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8): 740.
- [5] 顾艳茹, 龚丽俐, 胡雁, 等. 口腔黏膜炎每日自评问卷的汉化及信度评价[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(1): 108-112.
- [6] 阮培刚. 护理干预在减轻鼻咽癌患者放疗中口腔黏膜炎的作用[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(4): 382-383.
- [7] 郑远达, 闻强, 季永领, 等. 康复新液防治放疗患者口腔黏膜急性放射损伤的观察[J]. 华西药理学杂志, 2006, 21(4): 404.
- [8] 王跃珍, 封巍, 王准, 等. 养阴生血合剂防治鼻咽癌患者放射性口腔黏膜损伤30例临床观察[J]. 中医杂志, 2010, 51(1): 44.
- [9] 韩俊庆, 俞新爽, 丁晓, 等. 中药预防性治疗急性放射性口腔黏膜炎的临床研究[J]. 中国癌症杂志, 2008, 18(4): 294-297.

(责任编辑: 刘淑婷)