

DOI: 10.12209/CAIM202506170008

· 中西医结合临床案例 ·

1 例老年细菌性肺炎患者合并骶尾部Ⅳ期压疮感染多种中药联合换药的护理体会

张莹莹, 张军玲, 孙 伟

(北京市丰台中西医结合医院 老年科, 北京, 100072)

摘要: **目的** 探讨老年细菌性肺炎患者合并骶尾部Ⅳ期压疮感染多种中药联合换药的临床效果及护理要点。**方法** 回顾性分析 1 例 74 岁细菌性肺炎患者合并骶尾部Ⅳ期压疮的护理过程, 采用血竭粉、复方黄柏液涂剂、康复新液及解毒生肌膏交替换药, 结合体位管理、营养支持及呼吸道护理等综合干预措施。**结果** 经过 8 周治疗, 患者压疮创面愈合率达 58%, 肺部感染得到控制, 炎症指标降低。**结论** 多种中药联合换药结合个体化护理可有效促进Ⅳ期压疮愈合, 改善合并症预后, 体现中西医结合护理的优势。

关键词: Ⅳ期压疮; 细菌性肺炎; 中药换药; 老年护理; 血竭粉

Nursing Experience of Combined Herbal Dressing Changes in an Elderly Patient with Bacterial Pneumonia Complicated by Stage IV Sacrococcygeal Pressure Ulcer Infection

ZHANG Yingying, ZHANG Junling, SUN Wei

(Department of Geriatrics, Beijing Fengtai Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing, 100072)

ABSTRACT: Objective To explore the clinical efficacy and nursing key points of combined herbal dressing changes in an elderly patient with bacterial pneumonia complicated by stage IV sacrococcygeal pressure ulcer infection. **Methods** A retrospective analysis was conducted on the nursing process of a 74-year-old patient with bacterial pneumonia and stage IV pressure ulcer. The intervention included alternating topical applications of Dragon's Blood Powder (Xuejie Fen), Compound Huangbai Liniment, Kangfuxin Liquid, and Jiedu Shengji Ointment, combined with comprehensive measures such as position management, nutritional support, and respiratory care. **Results** After 8 weeks of treatment, the patient achieved a 58% wound healing rate, controlled pulmonary infection, and reduced inflammatory markers. **Conclusion** Combined herbal dressing changes integrated with individualized nursing can effectively promote healing of stage IV pressure ulcers and improve prognosis of comorbidities, demonstrating the advantages of integrated Traditional Chinese and Western Medicine nursing.

KEY WORDS: stage IV pressure ulcer; bacterial pneumonia; herbal dressing change; geriatric nursing; Dragon's Blood Powder (Xuejie Fen)

细菌性肺炎为临床常见的呼吸系统感染性疾病, 发病率及死亡率在老年患者中更高^[1]。细菌性肺炎是由肺炎链球菌、葡萄球菌、革兰阴性杆菌及军团菌等所致, 是常见的感染性疾病之一^[2]。临床症状以出现发热、胸痛、呼吸急促、呼吸困难及肺部啰音等为主^[3]。

老年长期卧床患者如护理不当, 易发生压疮。

压疮是局部组织长期受压导致的皮肤及皮下组织损伤^[4], 是诸多老年疾病中常见的并发症之一, 也是影响临床干预的重要因素, 与增加老年患者住院风险、家庭经济压力和家庭照护负担具有密切的关系^[5]。本病例中患者年龄较大, 卧床时间较长, 且合并骶尾部Ⅳ期压疮感染, 伤口已达 1 月未愈合, 属于慢性创面, 若不及时处理患者伤口, 极

易引起感染扩散到血液中,导致脓毒症,严重时危及患者生命。本文通过对1例细菌性肺炎患者合并骶尾部Ⅳ期压疮感染多种中药联合换药的个案护理,探讨在护理过程中的护理要点,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,74岁,主因“咳嗽、咳痰及发热约8 d”由门诊于2024年11月11日收入我院。患者8 d前出现咳嗽、咳痰,伴有发热,自服退热药物,体温可降至正常,伴有间断意识模糊,食欲减退,就诊于外院,行相关检查诊断为肺部感染、压疮感染1月余,予以罗氏芬+奥玛环素抗感染治疗,压疮每日换药,体温仍有间断升高,最高达38.9℃,效果欠佳。复查提示肝、肾功能减退,为进一步治疗就诊于我院。既往史:帕金森病史10年,4年前于外院植入颅内起搏器,高血压病史10年、高脂血症病史10年、阿尔兹海默病史2年余,目前高血压、高脂血症、阿尔兹海默病均控制平稳;认知功能减退,近半月交流能力明显下降,1个半月前开始卧床,1个月前出现压疮。

1.2 查体

体格检查:入院体温(T)38.2℃,脉搏(P)72次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)115/59 mm Hg,体形偏瘦、表情呆滞、慢性病容、言语不利,只可进行极简单交流、双下肢轻微水肿,双肺呼吸音粗,可闻及湿啰音,骶尾部Ⅳ期压疮。舌质红、舌苔薄黄、脉滑数。入院自带鼻饲管及导尿管。辅助检查:肺CT显示双肺片状阴影;肝肾功能示丙氨酸氨基转移酶142 U/L,天冬氨酸氨基转移酶129 U/L,白蛋白21.1 g/L,肌酸激酶239 U/L,血常规CRP94.25 mg/L,白细胞 $11.83 \times 10^9/L$,血红蛋白89 g/L。

1.3 诊断

根据《中医内科学》辨病辨证,患者为中老年女性,以“咳嗽、咳痰伴发热8 d”收入院。患者舌质红、舌苔薄黄、脉滑数亦为痰热之征,依据临床症状,符合中医“风温肺热病”痰热壅肺证的范畴。《医学三字经》云“肺为脏腑之华盖,呼之则虚,吸之则满,只受本脏之正气,受不得外来之客气”。肺脏为娇脏,不耐寒热,又为呼吸之孔道,故外感之邪先犯肺胃。外邪不解,入里化热,热灼肺津而生痰,痰热壅肺,肺气失于宣降,故咳嗽、咳痰、便

秘,为内热之象。

中医诊断:风温病,痰热壅肺证;西医诊断:细菌性肺炎,阿尔兹海默病,帕金森病(脑起搏器植入术后),压疮Ⅳ期合并感染,高血压三级,高脂血症,肝损伤,慢性肾功能不全,低蛋白血症,中度贫血,营养不良,叶酸缺乏,周围神经病变。

1.4 治疗干预

西医予抗感染、补充营养治疗;中医以清热化痰、止咳平喘为主,予中药方剂麻杏石甘汤合金苇茎汤加减;中医护理予耳穴贴丸、中药热奄包及温灸治疗。骶尾部压疮予血竭粉、复方黄柏液涂剂、康复新液及解毒生肌膏交替换药。经过中西医结合护理,患者咳嗽、咳痰、高热症状得到明显缓解,骶尾部压疮愈合率达58%,2025年01月08日患者家属要求出院,结束治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 诊断依据

细菌性肺炎诊断依据临床症状、体格检查、影像学检查、实验室检查、病原学诊断及综合评估等进行诊断,患者8 d前出现咳嗽、咳痰、伴有高热,行相关检查可确诊为细菌性肺炎。

2.1.2 呼吸系统评估(细菌性肺炎相关)

评估患者肺部呼吸音,通过听诊、叩诊等手法可判断患者呼吸音粗,呈湿啰音,叩诊呈浊音。本例患者中医痰热量化评估表评分,咳嗽4分,咳痰4分,肺部听诊6分,痰黄粘稠难咯1分,发热1分,舌质红、苔黄、脉滑数各1分,总分19分。

2.1.3 压疮伤口评估

根据《美国国家压疮咨询委员会2016年压力性损伤的定义和分期》评估患者压疮的损伤程度,Ⅳ期压疮为全层皮肤和组织的缺失,可见或直接触及到筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨或骨头;可见腐肉或焦痂,常可见上皮内卷,潜行和或窦道,深度按解剖位置而异。如果腐肉或焦痂掩盖组织缺损的程度,即为不可分期的压疮。本例患者压疮大小约6 cm×4 cm,可见肌肉组织,创面25%为红色伤口,75%为黑色伤口,腐肉覆盖,3点至6点钟方向潜行深度约为5 cm,其余部分潜行深度约为2~3 cm,伤口边缘有少量黑色焦痂约1 cm×5 cm,其余伤口边缘浸渍,大量脓性渗出液,量约15 mL。根据患者伤口损伤程度可判断为Ⅳ期压疮。

2.1.4 疼痛评估

本病例中患者因认知功能减退,遂采取面部疼痛评分工具FPS-R评分量表进行疼痛评估。该量表是通过观察患者的面部表情来评估疼痛程度,量表中包含从快乐到悲伤及哭泣的6个不同表现的面容,每个表情代表不同程度的疼痛,尤其适用于急性疼痛、老人、小儿及表达能力丧失者。①无痛:无疼痛感,表情平静或微笑,不影响日常活动;②轻度疼痛:轻微不适,可能皱眉或表情稍显紧张,但能正常活动和休息;③中度疼痛:明显疼痛,表情痛苦(如紧闭双眼、嘴角下垂),活动受限,需干预缓解疼痛;④重度/剧烈疼痛:极度疼痛,表情极度痛苦(如流泪、面部扭曲),无法耐受,需紧急处理。根据评分等级判断,患者在换药过程中表现为表情痛苦,紧闭双眼、嘴角下垂、呻吟,该患者疼痛评估为中度疼痛。

2.1.5 营养评估

压疮护理中营养评估至关重要,直接影响皮肤健康、组织修复能力和整体免疫。该病例中使用NRS 2002营养评分量表及MNA-SF微型营养评分量表对患者营养状况进行评估。NRS 2002营养评分量表中通过初筛是否存在营养风险,进入正式营养筛查,正式筛查中0~2分不存在营养风险,大于等于3分为存在营养风险,本例患者评分为5分。NRS 2002营养评分存在营养风险后进入MNA-SF微型营养评分量表。该表中12~14分为正常营养状态,8~11分为存在营养不良风险,0~7分为营养不良,本例患者评分为6分。依据两张量表中患者的评分结果,可判断该患者存在营养不良。

2.2 护理诊断

依据患者各项评估,主要护理结果诊断具体如下:①清理呼吸道无效:与痰液黏稠、患者咳嗽无力有关;②体温过高:与细菌感染引发全身炎症有关;③皮肤完整性受损:与长期卧床皮肤受压破损有关;④营养失调:与感染、低于机体需要量有关;⑤疼痛:与创面暴露、换药操作及炎症刺激有关。

2.3 护理计划

根据患者存在的相关问题,制定如下护理计划:定时监测患者生命体征,包括体温、脉搏、呼吸、血压、血氧,意识状态及尿量,帮助患者恢复正常体温;通过中药换药促进伤口愈合与炎症的消散;减轻患者疼痛,辨证施护予患者个性化饮食护

理,提高患者营养状态;予患者情志护理,提高患者舒适度。

2.4 护理措施

2.4.1 呼吸道护理

保持病房空气流通,控制室温在22~24℃,湿度50%~60%,避免冷空气刺激呼吸道,持续低流量吸氧2 L/min。患者卧床予有效叩击排痰技术,手掌呈空心状,由下至上,由内向外叩击背部(避开脊柱和肾区),2~3次/d。盐酸丙卡特罗吸入溶液雾化吸入扩张支气管,缓解咳嗽等症状,稀释痰液,促进排出。予中药方剂麻杏石甘汤合金苇茎汤加减止咳化痰,方药包括炙麻黄6 g、杏仁9 g、甘草6 g、生石膏(先煎)30 g、芦根15 g、桃仁15 g、薏苡仁15 g及冬瓜子15 g,共5付,水煎服,鼻饲1次/d,5 d为一个疗程。鼻饲时予患者床头抬高30~45°,防止管内液体反流,药液温度保持在38~40℃,避免过冷或过热,药液鼻饲后需用温开水冲洗鼻饲管路。

2.4.2 体温过高护理

患者体温过高时可予物理降温,如温水擦浴(32~34℃),或遵医嘱予患者使用医用冰袋包裹薄巾冷敷,可放置于腋下及额头、腹股沟处,避免冻伤。患者双下肢水肿,提示体液潴留过多,可予患者少量多次温水补液,避免饮水量过多加重体液潴留。

2.4.3 伤口护理

患者伤口换药过程,具体如下。①第一次中药换药(11月11日):伤口面积约6 cm×4 cm,可见肌肉组织,组织类型25%为红色组织,75%为黑色组织,腐肉覆盖;潜行方向3点至6点钟深度约为5 cm,其余部分潜行深度约为2~3 cm;伤口边缘8点至12点钟方向伤口边缘有少量黑色焦痂约1 cm×5 cm,其余伤口边缘浸渍;周围皮肤7 cm×5 cm紫红色,皮肤完整,皮温稍高;气味臭,渗液性质和量为大量脓性渗液,量约15 mL。处理方式:选择湿性愈合方式,给予伤口处双氧水及碘伏消毒,0.9%氯化钠冲洗,伤口边缘黑痂处给予保守锐器清创,无菌纱布块吸收腔洞中渗液,依据“腐脱—肌生—皮合”的创面修复理论,腐脱期伤口脓腐壅滞,热毒炽盛,需“提脓去腐”,遂使用复方黄柏液涂剂浸润无菌纱布覆盖于黑色伤口处,1次/d,7~14 d为一个疗程。解毒生肌膏涂抹于红色伤口“偎脓长肉”促进气血化生,1次/d,7~14 d为一个疗程,无菌纱布填塞,外层敷料使用双

层无菌棉垫包扎固定,定时观察患者外层敷料渗液量,若渗液量大于75%及时更换。此时,本例患者疼痛评估为中度疼痛。

②第二次中药换药(11月20日):伤口面积约7.5 cm×6 cm(扩大),可见肌肉组织,组织类型50%为红色组织,50%为黑色组织,腐肉覆盖;潜行方向3点至6点钟深度约为5.7 cm(扩大),其余部分潜行深度约为3~4 cm;伤口边缘8点至12点钟方向伤口边缘有少量黑色焦痂约0.6 cm×3 cm,其余伤口边缘浸渍;周围皮肤7 cm×5.2 cm紫红色,皮肤完整,皮温稍高;气味臭,渗液性质和量为大量脓血性渗出液,量约20 mL。处理方式:因患者换药时疼痛明显,换药前予盐酸利多卡因注射液涂抹于创面局麻,减轻疼痛不适。消毒及清创方法同上,无菌纱布块吸收腔洞中渗液,并给予按压止血,黑色组织占比已下降至50%,使用康复新液浸润无菌纱布填塞腔洞黑色伤口处祛腐,1次/d,4周为一个疗程。血竭粉薄洒于红色创面及出血处,止血、活血生肌,1次/d,4周为一个疗程。外层敷料使用双层无菌棉垫包扎固定,因使用局麻药,疼痛评估为无痛。

③第三次中药换药(12月10日):伤口面积约6.5 cm×5.8 cm,组织类型50%为红色组织,50%为黄色组织;潜行方向3点至6点钟深度约为5.6 cm,其余部分潜行深度约为2~3 cm;伤口边缘黑痂脱落,少量组织增生;周围皮肤7 cm×5 cm紫红色,皮肤完整,皮温降低;气味无,渗液性质和量为中量淡黄色渗出液,量约6 mL。处理方式:因患者换药时疼痛明显,换药前予盐酸利多卡因注射液涂抹于创面局麻,减轻疼痛不适。消毒方法同前,无菌纱布块吸收渗液,血竭粉薄洒于红色创面处,油纱条填塞腔洞,外层敷料使用双层无菌棉垫包扎固定,疼痛评估为轻度疼痛。

④第四次中药换药(12月24日):伤口面积约6 cm×5.6 cm,组织类型75%为红色组织,25%为黄色组织;潜行方向3点至6点钟潜行深度约为5.6 cm;其余部分潜行深度约为0.6~1.4 cm,伤口边缘少量组织增生;周围皮肤紫红色消失,6 cm×5 cm色素沉着,皮肤完整,皮温降低;气味无,渗液性质和量为少量透明色渗出液,量约5 mL。处理方式:消毒方法同前,无菌纱布块吸收渗液,血竭粉薄洒于红色创面处,油纱条填塞腔洞,外层敷料使用双层无菌棉垫包扎固定,疼痛评估为轻度疼痛。

⑤第五次中药换药(12月31日):伤口面积约5.5 cm×4.7 cm,组织类型<75%为红色组织,>25%为黄色组织;潜行方向3点至6点钟潜行深度约为5.5 cm,其余部分潜行深度约为0.3~0.8 cm,伤口边缘少量组织增生;周围皮肤6 cm×5 cm色素沉着,皮肤完整,皮温降低;气味无,渗液性质和量为少量透明色渗出液,量约2 mL。处理方式:消毒方法同前,无菌纱布块吸收渗液,血竭粉薄洒于红色创面处,油纱条填塞腔洞,外层敷料使用双层无菌棉垫包扎固定,疼痛评估为轻度疼痛。

⑥第六次中药换药(01月08日):伤口面积约3.4 cm×2.9 cm,组织类型100%为红色组织,潜行方向3点至6点钟潜行深度约为4 cm,伤口边缘光滑;周围皮肤6 cm×5 cm色素沉着,皮肤完整,皮温降低;气味无,渗液性质和量为少量透明色渗出液,量约2 mL。处理方式:消毒方法同前,无菌纱布块吸收渗液,血竭粉薄洒于红色创面处,油纱条填塞腔洞,外层敷料使用双层无菌棉垫包扎固定,疼痛评估为轻度疼痛。

2.4.4 中医特色护理

2.4.4.1 耳穴压丸

予患者耳穴压丸治疗,取穴肺、脾、胃、脑及肾等穴位,可缓解患者咳嗽咳痰、疼痛、便秘的症状。操作方法:评估患者耳部皮肤完整无红肿,适度按揉耳廓,用探棒探取耳穴位置,刺激阳性反应点。75%酒精由内而外消毒耳廓后待干,使用止血钳夹取贴有磁珠的耳穴贴紧密贴于耳穴上,每次点揉1~2 min,3~4次/d,3次/周,双耳交替贴压。按揉力度依患者耐受程度而定,告知陪护人员如有耳贴脱落或贴敷部位红肿及时告知护士。

2.4.4.2 中药热奄包(中脘穴)

予患者中药热奄包外敷中脘穴,可改善患者食欲减退情况。中药方包括细辛3 g、炒莱菔子10 g、制吴茱萸10 g、盐小茴香10 g、干姜10 g、丁香20 g、旋覆花5 g、姜厚朴15 g、姜半夏15 g、紫苏梗15 g、北柴胡15 g、醋香附15 g、郁金15 g及大青盐300 g,共5付外敷。操作方法:评估患者腹部皮肤完整无红肿,将中药放置于专用热奄包的无纺布袋中,置于恒温箱加热至60℃,为患者放置热奄包前先在患者手臂内测试温,防止温度过高烫伤患者。然后找到患者中脘穴,为剑突至肚脐连线中点处,将热奄包隔衣置于患者穴位上,通过热力将药效渗透于皮肤深层,温热刺激穴位,隔

5~10 min 观察患者局部皮肤有无水泡发生,持续热敷 30 min 后,取下热奄包,再次观察热敷局部皮肤有无红肿及水泡发生,安置患者舒适体位并保暖,1 次/d。

2.4.4.3 温灸(足三里)

温灸足三里具有调节脾胃、增强免疫力的功效。操作方法:评估患者艾灸部位皮肤完整无红肿,将长短适当的艾条点燃后放入专用温灸器中,放置于患者双侧足三里穴上,固定灸盒,温灸 10~15 min,让局部皮肤微微发红即可,防止烫伤患者,1 次/d。温灸完成后安置患者舒适体位并保暖。

2.4.5 心理护理

患者因换药时疼痛易出现恐惧心理,请科室缓和医疗小组,院外安宁疗护志愿者针对患者不良情绪,进行简单有效的心理疏导,在换药时给予陪伴、安抚患者情绪,及时给予疼痛干预,使患者消除恐惧心理,提高舒适度。

2.4.6 饮食护理

予患者陪护饮食指导,针对患者中医辨证予痰热壅肺证饮食指导。选择低盐低脂低糖,清肺润肺化痰的食物,如白萝卜、冬瓜等,有助于缓解肺热,稀释痰液,避免辛辣、油腻、刺激饮食,如姜蒜、肥肉等易生内热的食物。遵医嘱予患者肠内营养粉,57 g/d 鼻饲。通过中药热奄包刺激腹部中脘穴,增加胃肠道血流,提升肠内营养粉的吸收

利用率。适量增加含蛋白高食物,如蛋、瘦肉、奶等,以提高患者机体免疫力,促进伤口愈合。予陪护进行鼻饲防误吸宣教及防脱管宣教。

2.4.7 体位管理

根据患者情况减短翻身时长,每隔 1 h 翻身一次,使用减压工具气垫床分散身体压力,避免骨突部位持续受压,翻身时使用三角垫倚靠背部,形成 30°侧卧位,骶尾部伤口处禁止受压,翻身时避免拖拉拽,每次翻身后检查之前受压皮肤有无指压不退色、破损的情况出现,给予肢体适力按摩促进血液循环。保持床单平整干燥,避免排出的体液刺激污染伤口。

2.5 护理评价

患者入院时症状为咳嗽、咳痰、发热及食欲不振,CRP 94.25 mg/L,白细胞 $11.83 \times 10^9/L$,血红蛋白 89 g/L,骶尾部Ⅳ期压疮,NRS 2002 营养评分量表为 5 分,MNA-SF 微型营养评分为 6 分。经过 8 周治疗,患者咳嗽咳痰减轻,发热症状好转,食欲不振得到改善,患者白细胞降为 $6.1 \times 10^9/L$,CRP 降为 44 mg/L,血红蛋白升至 98 g/L,白蛋白升至 32.9 g/L,骶尾部压疮创面愈合率达到 58%,NRS 2002 营养评分量表为 3 分,MNA-SF 微型营养评分为 10 分。患者疼痛评估由中度疼痛降为轻度疼痛,伤口改善情况,详见表 1。01 月 08 日患者家属要求出院,结束治疗。

表 1 伤口改善情况

换药时间	伤口面积	潜行情况	组织类型	伤口边缘	气味	渗液量	疼痛评估
2024 年 11 月 11 日	6.0 cm×4.0 cm,Ⅳ期	3 点至 6 点 5.0 cm, 其余 2.0~3.0 cm	25% 红色,75% 黑色	8 点至 12 点 1.0 cm×5.0 cm 黑痂	臭	大量脓性约 15 mL	中度疼痛
2024 年 11 月 20 日	7.5 cm×6.0 cm,Ⅳ期	3 点至 6 点 5.0 cm, 其余 2.0~3.0 cm	50% 红色,50% 黑色	8 点至 12 点 0.6 cm×3.0 cm 黑痂	臭	大量脓血性约 20 mL	无痛
2024 年 12 月 10 日	6.5 cm×5.8 cm,Ⅳ期	3 点至 6 点 5.6 cm, 其余 2.0~3.0 cm	50% 红色,50% 黄色	黑痂脱落	无	中量淡黄色约 6 mL	轻度疼痛
2024 年 12 月 24 日	6.0 cm×5.6 cm,Ⅳ期	3 点至 6 点 5.6 cm, 其余 0.6~1.4 cm	75% 红色,25% 黄色	少量组织增生	无	少量透明色约 5 mL	轻度疼痛
2024 年 12 月 31 日	5.5 cm×4.7 cm	3 点至 6 点 5.5 cm, 其余 0.3~0.8 cm	<75% 红色,>25% 黄色	少量组织增生	无	少量透明色约 2 mL	轻度疼痛
2025 年 01 月 08 日	3.4 cm×2.9 cm	3 点至 6 点 4.0 cm	100% 红色组织	光滑	无	少量透明色约 2 mL	轻度疼痛

3 结果和随访

患者出院 7 d 后进行随访追踪,家属诉患者无发热,咳嗽咳痰症状无加重、骶尾部压疮无加重,食欲较前好转。

4 讨论

细菌性肺炎在临床较为常见,是由于病原体

通过呼吸道进入肺部,病原体入侵后会导致免疫应答,导致机体产生大量的炎性因子,进而损伤肺部组织,出现炎症症状,若病情持续进展,甚至会导致重要器官功能衰竭及休克^[6]。老年细菌性肺炎是一个不容忽视的健康问题,尤其对于老年群体,治疗这种疾病不仅仅是使用抗生素,还需结合多种综合治疗手段,以确保疗效^[7]。

祖国医学认为“耳者,宗脉之所聚也”,耳是全

身经络分布最密集的地方,与五脏六腑关系密切^[8]。耳穴压丸是将王不留行籽或磁珠贴压于耳部,对相应穴位产生持续刺激,从而达到治病的目的^[9]。本病例中选取的穴位,根据呼吸与消化系统协同调理机制,肺主宣发肃降,脾主生清,胃主浊降,三者和气机运行中相互影响,耳穴刺激可恢复肺、脾、胃轴的气机平衡,可缓解患者咳嗽咳痰、便秘的症状。脑穴对应神经系统,中医认为“脑为元神之府”,是身心调节的中枢,可释放抑制慢性炎症的信号,辅助缓解疼痛。肾穴可补肾益气、强健先天之本,增强免疫力及修复能力,促进压疮创面的愈合。

足三里穴系胃经合穴,是四总穴之一,既是足阳明胃经的合穴,也是胃的下合穴,是沟通人体体表上下、脏腑内外的枢纽,是六腑疾病在体表穴道的反应点和治疗点,因此在临床上可治疗胃炎、腹胀、消化不良、腹痛等症状^[10]。温灸足三里是中医经典外治法之一,结合了艾灸的温热效应与足三里穴位的特殊功能,具有健脾胃、补气血、强身防病等多重作用。

中医治疗压疮主要根据创面的不同阶段采用化腐生肌、活血化瘀等方法,外治为主。复方黄柏液涂剂的成分含有黄柏、连翘、金银花、蒲公英、蜈蚣等组成,具有清热解毒、消肿祛腐的功效,可发挥抗炎、杀菌、促进创面愈合的作用^[11]。解毒生肌膏为中药制剂,主要由白芷、紫草及当归等中药组成,具有活血化瘀、滋阴潜阳、养血安神之功效^[12]。该患者骶尾部Ⅳ期压疮初期联合使用复方黄柏液涂剂及解毒生肌膏,可散结排脓,化腐生肌,减轻创面炎症反应。康复新液是从昆虫美洲大蠊中提取主要有效成分的中药制剂,具有通利血脉、生肌敛疮、消肿止痛等功效^[13]。可加速患者伤口腐烂组织的脱落,减轻疼痛,促进血管的新生。

血竭是一种棕榈科植物的果实或树脂,其具有活血定痛、化瘀止血、生肌敛疮的功效,临床上易与龙血竭混淆。血竭与龙血竭虽名称相似,但却是两种不同的药材。龙血竭主要源自龙血树科植物的树脂,同样具有活血化瘀的作用,但更侧重于消肿止痛。两者仍存在一定差异。本病例中应用血竭粉敷于患者伤口处可有止血、加速伤口组织血液循环,促进新生肉芽生长,有助于伤口的愈合。

患者因痰热壅肺致创面气滞血瘀,在这一病机背景下,康复新液与血竭粉的组合,从现在医学

看时改善微循环与促进血管新生的双重保障,从中医理论看是“活血祛瘀”与“通脉生肌”的完美结合,共同破解“气血瘀滞”的核心矛盾,清除“痰热”的病理基础,从而显著促进痰热壅肺相关创面的愈合。这体现了中西医理论在阐释复杂病理过程药物作用机制时,虽路径不同,但最终在“改善局部血供、促进组织修复”这一核心目标上达成共识。

同时,根据《中国中西医结合外科杂志》等研究数据中以Ⅱ、Ⅲ期压疮为例,中西医结合组(康复新液+庆大霉素混合溶液)愈合时间较单纯西医组(美皮康敷料)缩短35%(13.5±1.6 dVS20.8±3.5 d),等效创面面积缩小率提升40%以上。所以,中西医联合换药通过“祛瘀生新”(如康复新液)与“活血通络”(如血竭粉)双向调节,破解了西医单纯抗感染或被动等待组织再生的局限,应用于慢性难愈创面,中药换药可将愈合率提升30%以上。

本病例中,使用中药治疗压疮在临床护理中展现多方面的优势,结合传统理论与现代研究,其疗效优势可多靶点促进愈合、安全性高且经济性显著,尤其适用于慢性创面患者,较之西医机械性清创可极大减轻患者疼痛不适感。通过中医整体辨证施护结合中医适宜技术,联合西医疗法予患者个性化护理,使患者整体病情得到较好的控制。但因病例单一且具有局限性,在临床护理中中药需辨证使用(如康复新液禁用于寒证创面),且避免与不明成分中药内服联用。因患者家属要求出院,所以未能记录伤口完全愈合的结果。血竭粉应用于压疮创面在文献中的记载量较少,故可用于临床参考。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 刘碧晴, 张晓彤, 王可, 等. 385例多重用药的老年细菌性肺炎住院患者药品不良反应特点及影响因素分析[J]. 中国药物警戒, 2025, 22(2): 206-210, 216.
LIU B Q, ZHANG X T, WANG K, et al. Adverse drug reaction in 385 elderly inpatients with bacterial pneumonia under polypharmacy[J]. Chin J Pharmacovigil, 2025, 22(2): 206-210, 216. (in Chinese)

- [2] 荀孔富, 朱金伍. 炎症指标联合检测对鉴别细菌性和病毒性肺炎的临床意义[J]. 实用检验医师杂志, 2024, 16(2): 104-107.
XUN K F, ZHU J W. Clinical significance of combined detection of inflammatory markers in differential diagnosis of bacterial and viral pneumonia [J]. Chin J Clin Pathol, 2024, 16(2): 104-107. (in Chinese)
- [3] 陈雅倩, 姬长存, 杨洪卫. 头孢哌酮舒巴坦联合阿奇霉素治疗老年细菌感染性重症肺炎的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(34): 16-18.
CHEN Y Q, JI C C, YANG H W. Clinical effect analysis of cefoperazone and sulbactam combined with azithromycin in treatment of senile severe pneumonia with bacterial infection [J]. Chin Community Dr, 2024, 40(34): 16-18. (in Chinese)
- [4] 黄林林, 刘亭亭. 老年卧床患者压疮预防护理实践[C]//2025精神医学与心理健康系列研讨会论文集(一). 重庆, 2025: 222-225.
- [5] 王丽娟. 以专科护士为主导的老年压力性损伤高危患者家庭随访方案的构建及应用研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2024.
- [6] 马娟, 李晓含, 李琳. 电子支气管镜肺泡灌洗治疗细菌性肺炎患者的效果分析[J]. 临床医学工程, 2025, 32(3): 257-260.
MA J, LI X H, LI L. Analysis on the effect of electronic bronchoscopic alveolar lavage in the treatment of patients with bacterial pneumonia [J]. Clin Med Eng, 2025, 32(3): 257-260. (in Chinese)
- [7] 吉晓丹, 赵顺英. 肺炎支原体坏死性肺炎和细菌性坏死性肺炎临床特征分析[J]. 临床儿科杂志, 2024, 42(3): 193-197.
JI X D, ZHAO S Y. Clinical characteristics analysis of Mycoplasma pneumoniae necrotizing pneumonia and bacterial necrotizing pneumonia [J]. J Clin Pediatr, 2024, 42(3): 193-197. (in Chinese)
- [8] 李沛瑾, 侯丽, 王前, 等. 穴位刺激治疗成人癌因性疲乏的系统评价再评价[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(10): 48-55.
LI P J, HOU L, WANG Q, et al. Acupoint stimulation for cancer-related fatigue in adults: an overview of systematic reviews [J]. Chin J Inf Tradit Chin Med, 2023, 30(10): 48-55. (in Chinese)
- [9] 孟祥辉, 郝良燕, 周琦, 等. 耳穴压丸辅助治疗肝阳上亢型高血压合并焦虑状态临床观察[J]. 北京中医药, 2023, 42(6): 689-691.
MENG X H, HAO L Y, ZHOU Q, et al. Clinical observation on auricular point pressing pill in adjuvant treatment of hypertension complicated with anxiety of hyperactivity of liver Yang type [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2023, 42(6): 689-691. (in Chinese)
- [10] 陈丽婷, 董卫国. “肚腹三里留”的中医理论发微[J/OL]. 中医临床研究, 2025: 1-6. (2025-06-11). <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5895.R.20250611.1010.004.html>.
CHEN L T, DONG W G. An In-depth Analysis of the Traditional Chinese Medicine Theory of "Three Inches Below the Abdomen Should Be Left Uninjured" [J/OL]. Clin. J. Chin. Med., 2025: 1-6. (2025-06-11). <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5895.R.20250611.1010.004.html>.
- [11] 刘海涛, 韩志新, 牛大伟. 复方黄柏液涂剂负压滴灌对压疮创面的治疗效果及对相关炎症因子的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(3): 391-395.
LIU H T, HAN Z X, NIU D W. The therapeutic effect of negative pressure drip irrigation with compound Huangbai liquid coating on pressure ulcer wounds and the influence of related inflammatory factors [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2024, 30(3): 391-395. (in Chinese)
- [12] 黄海虹, 宋莉芳. 解毒生肌膏联合医护协作护理干预对慢性创面愈合进程的影响[J]. 西部中医药, 2025, 38(2): 136-140.
HUANG H H, SONG L F. Influence of detoxifying granulation-promoting ointment joined with doctor-nurse cooperation nursing intervention on chronic wound healing process [J]. West J Tradit Chin Med, 2025, 38(2): 136-140. (in Chinese)
- [13] 黄沛君, 冯进进. FMEA模式下构建急诊危重症患者临床护理路径管理研究[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2024, 19(5): 667-672.
HUANG P J, FENG J J. Study on clinical care pathway management of emergency critical patients under FMEA [J]. China J Emerg Resusc Disaster Med, 2024, 19(5): 667-672. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。