

DOI: 10.12209/CAIM202506250019

· 中西医结合临床案例 ·

中药塌渍联合硫酸镁湿敷治疗 1 例 胺碘酮所致静脉炎的护理体会

李 娜

(北京市健宫医院 心血管病科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例胺碘酮注射液致静脉炎患者的中西医结合护理实践。基于中医辨证为湿热证型, 采用复方黄柏液塌渍(湿热敷)联合硫酸镁湿敷的综合干预方案。结果显示, 该疗法能显著缓解静脉炎局部红肿、疼痛症状, 且操作简便、安全性高, 具有临床推广价值。

关键词: 中药塌渍; 复方黄柏液; 胺碘酮; 静脉炎; 硫酸镁

Nursing Experience of Combined Therapy with Chinese Herbal Compress and Magnesium Sulfate Wet Dressing for Amiodarone-Induced Phlebitis: A Case Report

LI Na

(Department of Cardiovascular Diseases, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the integrated nursing approach for a patient with amiodarone-induced phlebitis. Based on traditional Chinese medicine (TCM) syndrome differentiation identifying a dampness-heat pattern, the intervention combined Compound Phellodendron Liquid compress (hot wet dressing) with magnesium sulfate wet dressing. The results demonstrated significant alleviation of localized redness, swelling, and pain, with advantages in operational simplicity and safety, indicating high clinical applicability.

KEY WORDS: Chinese herbal compress; Compound Phellodendron Liquid; amiodarone; phlebitis; magnesium sulfate

静脉炎是静脉输液治疗中最常见的并发症之一, 其典型临床表现为沿静脉走行区域的红斑、肿胀、皮温升高及疼痛, 重症患者可进展为硬结、条索状硬化甚至皮肤坏死^[1]。病理机制涉及多重因素: 药物化学刺激(如 pH 值异常)、高渗透压(>900 mOsm/L)及机械性损伤共同诱发血管内皮炎症反应与微血栓形成^[2]。

胺碘酮作为Ⅲ类广谱抗心律失常药物, 在难治性房颤、室性心动过速等心律失常的治疗中具有不可替代的地位^[3]。然而, 该药溶媒(含聚山梨酯 80)及自身高渗透压特性(通常>1000 mOsm/L)导致显著的外周静脉刺激性。循证数据显示, 经外周静脉输注胺碘酮时静脉炎发生率高达 55%~83%^[4], 不仅引发患者疼痛、延长住院周期, 更可能因治疗中断而影响心律失常控制, 甚至诱发深

静脉血栓或导管相关性感染^[5]。

基于上述背景, 本研究通过 1 例胺碘酮所致静脉炎患者的护理实践, 系统评价中药复方黄柏液塌渍联合硫酸镁湿敷的干预效果, 旨在为临床提供一种操作简便、疗效确切的综合防治方案, 最终改善患者预后并降低治疗相关并发症风险。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性, 74 岁, 主诉突发心悸 5 h 余, 患者于 5 h 前骑车后突发心悸, 感胸闷、气短, 伴大汗, 周身乏力, 无胸痛及后背部疼痛, 无头晕及头痛, 无恶心及呕吐, 无肢体活动障碍及言语不利, 就诊于我院急诊科。行心电图提示快速房颤, 心率(HR)130~150 次/min, 于 2025 年 06 月 03 日急诊

收稿日期: 2025-06-25

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

科以“快速房颤”收入院。患者既往高血压病史10年,血压最高为150/90 mm Hg,现口服厄贝沙坦氢氯噻嗪,半片/d,自述平素血压控制可;否认糖尿病及高脂血症,无药物食物过敏史。

1.2 查体

中医四诊:望诊:神色自如,面色红润,精神良好,形体正常,动静姿态,舌红,苔微腻;闻诊:语声清,无异常气味;问诊:心悸,胸闷,气短,伴大汗,周身乏力;切诊:脉细数。体格检查:体温(T)36.50℃,脉搏(P)132次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)144/88 mm Hg,无疼痛。西医专科检查:意识清楚,对答切题流利,颈静脉无怒张,心前区无隆起,心尖搏动位于第五肋间左锁骨中线内侧0.5 cm,未触及震颤,未触及心包摩擦感。心律不齐,第一心音强弱不等,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,双下肢无水肿。

1.3 诊断及治疗

中医诊断:心悸,心血不足证;西医诊断:(快速型)心房颤动(心房纤颤),高血压病1级(极高危),低钾血症,腔隙性脑梗死。遵医嘱予一级护理,氧气低流量吸入,氯化钾口服纠正离子,胺碘酮缓慢静注及静脉泵入纠正房颤,同时给予皮内针治疗,取穴双侧内关穴,1次/d。

患者静脉泵入胺碘酮21 h后诉穿刺处疼痛,心电图示窦性心律,心率(HR)72~81次/min,遵医嘱停胺碘酮静脉泵入,观患者穿刺处周围红肿,皮温略高,疼痛评分为3分,予患者复方黄柏液涂剂塌渍及50%硫酸镁湿敷。患者3 d后好转,疼痛减轻,疼痛评分为0分,于2025年06月07日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 风险评估

用药前应综合以下因素对患者静脉炎发生风险进行评估,具体如下。1)药物因素:胺碘酮的pH值低(酸性强)、渗透压高(≥ 600 mOsm/L),对血管刺激性大。2)浓度与输注速度:浓度越高、输注速度越快,风险越高(推荐浓度 ≤ 2 mg/mL,速度 ≤ 1 mg/min)。3)患者因素:血管条件:细、弯曲、脆性大的静脉(如手背、腕部)更易损伤。4)合并疾病:糖尿病、外周血管病变、免疫功能低下者、既往静脉炎史或多次穿刺史风险增加。5)导管因素:选择导管型号与血管不匹配(如粗导管用于小静脉)。穿刺部位:避免关节活动处,首选中心静脉

(如PICC/CVC)或大静脉(前臂肘正中静脉)。该患者老年女性,有高血压病史,血管条件差,静脉炎发生风险较高。

2.1.2 分级评估

用药中及用药后加强巡视,密切关注患者穿刺处皮肤情况,按照INS2021静脉分级标准^[6](见表1)对静脉炎进行分级,该患者表现为右上肢皮肤有疼痛红肿,静脉炎分级为2级。

表1 静脉炎分级

分级	临床表现
0级	无任何症状
1级	穿刺部位红斑,伴或不伴疼痛
2级	穿刺部位疼痛,有红斑和或水肿
3级	穿刺部位疼痛,有红斑,条状物形成,可触及静脉条索
4级	穿刺部位疼痛,有红斑,条状物形成,可触及静脉条索,长度 >2.5 cm,有脓性渗出

2.1.3 疼痛评估

疼痛是影响康复的重要因素,因此精准控制疼痛尤为重要。采用数字评分法(NRS)评估疼痛程^[7],0分表示无疼痛,10分表示最剧烈的疼痛,评估时间点为干预前和干预后24 h。本病例患者治疗前NRS评分为3分,属轻度疼痛。

2.1.4 焦虑评估

患者转入后情绪低落、注意力不集中、对治疗保持消极态度,采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评定焦虑情况^[8],如小于7分,没有焦虑;超过7分,可能有焦虑;超过14分,肯定有焦虑;超过21分,肯定有明显焦虑;总分超过29分,可能为严重焦虑。本例患者评分为22分,属于有明显焦虑。

2.2 护理诊断

皮肤完整性受损与静脉炎症反应有关;疼痛与静脉管壁薄弱,发生静脉炎有关;焦虑与患者静脉炎造成的精神紧张有关。

2.3 护理计划

通过复方黄柏液塌渍及50%硫酸镁湿敷缓解患者疼痛症状,消除红肿,缓解静脉炎所致的焦虑情绪。

2.4 护理措施

2.4.1 预防措施

选择粗直、弹性好的静脉,建立两根血管通路交替使用,每6~8 h更换一次,避免同一血管反复刺激,选用22~24 g静脉留置针,减少血管占位效应。稀释胺碘酮至适宜浓度(通常 ≤ 2 mg/mL),并使用输液泵控制速度(建议 ≤ 3 mg/min)。输注前

后用生理盐水冲管,避免药物残留刺激血管。

2.4.2 观察与评估

每1~2 h检查穿刺部位,观察有无红肿、疼痛、硬结等静脉炎表现(按INS标准分级)。询问患者主观感受,如灼热感或疼痛,及时处理。

2.4.3 处理措施

局部外敷50%硫酸镁或水胶体敷料,减轻炎症;疼痛明显者可遵医嘱使用镇痛药。记录静脉炎分级、范围及处理效果,上报不良事件并优化输注方案。

2.4.4 中药塌渍

操作前关闭病室门窗,调节空调温度26℃,协助患者排空二便。协助患者平卧位,取舒适体位,充分暴露塌渍部位,必要时围帘遮挡,将6~8层无菌纱布浸透常温复方黄柏液,以不滴水为度,敷于患处,范围应超过病变边缘2 cm。覆盖保鲜膜防止蒸发,外层用绷带适当固定,30 min/次,2次/d,两次治疗间隔至少4 h。观察患者皮肤反应,询问患者感受,操作完毕,清洁皮肤,协助患者取舒适体位。

2.4.5 硫酸镁湿敷

中药塌渍清洁皮肤后,皮肤待干,2 h后将辅料浸于50%常温硫酸镁溶液中,将辅料拧至不滴水状态,敷于患处,避开穿刺点,范围应超过病变边缘2 cm。覆盖保鲜膜防止蒸发,外层用绷带适当固定,30 min/次,2次/d,两次治疗间隔至少4 h。观察患者皮肤反应,询问患者感受。操作完毕,清洁皮肤,协助患者取舒适体位。

2.4.6 健康指导

告知患者避免热敷或揉搓患处,出现异常及时报告。

2.4.7 心理护理

发放静脉炎相关知识,让患者了解静脉炎,患者紧张焦虑情绪;选取安静舒适的区域,引导患者静坐,倾听舒缓音乐,并通过呼吸减压,实现自我放松;鼓励患者适当看电视、听音乐等方式转移注意力,改善焦虑情绪。

2.5 护理评价

患者经系统诊治及护理后,心悸、胸闷等不适症状未再发作,从发现患者右上肢出现红肿热痛开始,积极予患者中药塌渍及硫酸镁湿敷交替治疗,中药塌渍间隔2 h以上可开始硫酸镁湿敷,避免药物相互作用,安抚患者情绪。患者出院皮肤较前明显好转,静脉炎由2级转为0级,NRS评分由3分转为0分,于2025年06月07日出院。

3 结果和随访

住院期间自发现静脉炎起,予患者中药塌渍、硫酸镁湿敷,加强心理护理,患者静脉炎症状缓解,于出院后7 d、14 d分别行电话随访,患者肢体皮肤正常,情绪稳定。

4 讨论

胺碘酮作为临床常用的Ⅲ类抗心律失常药物,因其高渗透压及PH值偏酸性,静脉给药易导致化学性静脉炎的发生,也一直是护理工作中的难点问题。目前西医临床常用的治疗及护理方法主要包括:硫酸镁、多磺酸黏多糖乳膏、糖皮质激素等药物外敷^[9];红外线照射、超短波治疗、水胶体辅料等物理疗法改善循环,促进愈合^[10];如立即停止输注、抬高患肢、更换输液部位等基础护理措施。然而,这些方法存在患者依从性差、价格昂贵、多为对症治疗,难以从根本上阻断炎症反应的发展进程等局限性^[11]。

胺碘酮所致静脉炎可归属于“脉痹”“恶脉”等范畴,其病机关键在于“湿热瘀阻,脉络不通”。胺碘酮的酸性特质在中医看来属于“热毒”属性,而高渗特性则可理解为“湿邪”的表现^[12]。这种“湿热毒邪”侵入脉络,导致气血运行受阻,形成局部红肿热痛等症状。根据临床表现的不同,可分为湿热证和血瘀证,中药塌渍疗法通过外敷大黄、黄连、黄柏等药物水煎剂清热解毒,丹参、红花等药物水煎剂活血化瘀,具有改善局部微循环、抑制炎症反应。

本文患者中医辨证为湿热证,应治疗上宜采用“清热利湿”的治疗原则。复方黄柏液中黄柏苦寒清热,配合硫酸镁的消肿作用,正契合这一病机特点^[13],且具有协同作用机制。硫酸镁作为传统的外用药物,其高渗性能够促进组织水肿液的回吸收,镁离子还能通过拮抗钙离子来抑制神经肌肉兴奋性,减轻局部疼痛和炎症反应。同时,硫酸镁可扩张局部血管,改善微循环,促进炎症物质的清除。复方黄柏液作为中药制剂,主要成分包括黄柏、连翘、金银花等,具有清热解毒、消肿止痛的功效。现代药理学研究表明,黄柏中的小檗碱具有显著的抗菌消炎作用,能够抑制多种致病菌的生长;连翘苷和绿原酸等成分则能抑制炎症介质的释放,减轻血管通透性,从而缓解红肿热痛等炎症症状。两药联用时,硫酸镁从物理和离子层面

发挥作用,而复方黄柏液则从药理层面干预炎症过程,形成“物理—化学—药理”多重作用网络,共同促进静脉炎的康复。

多项临床研究比较了不同方案治疗静脉炎的疗效。研究显示^[14],单纯硫酸镁湿敷治疗静脉炎的有效率为78.3%,而复方黄柏液单独使用的有效率为85.6%,两药联合使用时有效率提升至94.7%,显著高于单一用药组($p<0.05$)。随机对照试验纳入180例静脉炎患者,分为硫酸镁组、复方黄柏液组和联合治疗组,结果显示三组的有效率分别为76.7%、83.3%和95.0%,联合组在症状缓解时间和治愈率方面均优于单一治疗组($p<0.01$)^[15]。Meta分析汇总8项相关研究,发现硫酸镁联合复方黄柏液治疗静脉炎的总有效率(93.5%)显著高于单一用药(硫酸镁79.2%,复方黄柏液84.3%)^[16],且不良反应发生率无显著差异。

硫酸镁联合复方黄柏液治疗静脉炎的主要优势体现在:协同增效,提高治疗有效率;缩短疗程,平均可减少2~3 d治疗时间;安全性高,无明显毒副作用;成本低廉,适合临床推广;同时解决炎症和水肿问题,标本兼治;使用方便,患者依从性好。这种中西医结合的治疗方案充分发挥两种药物的优势,弥补单一治疗的不足,为静脉炎的治疗提供更优选择。尤其对于中重度静脉炎患者,联合治疗方案显示出更显著的临床价值。

综上所述,复方黄柏液塌渍联合硫酸镁湿敷治疗胺碘酮所致静脉炎具有疗效确切、操作简便、经济安全等优势,体现了中西医结合护理的特色。但存在样本量单一、评价指标不够全面、长期随访不足等局限性,需要更多高质量临床研究加以验证,并进一步优化治疗方案。

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] 刘雪梅,于红静,顾玉琴,等.经短外周静脉导管输注盐酸胺碘酮注射液相关性静脉炎发生原因及对策[J].血栓与止血学,2023,29(3):150-154.
LIU X M, YU H J, GU Y Q, et al. Causes and countermeasures of phlebitis associated with amiodarone hydrochloride injection by short peripheral venous catheter [J]. Chin J Thromb Hemostasis, 2023, 29(3): 150-154. (in Chinese)
- [2] CHOPRA V, FLANDERS S A, SAINT S, et al. The Michigan appropriateness guide for intravenous catheters (MAGIC): results from a multispecialty panel using the RAND/UCLA appropriateness method[J]. Ann Intern Med, 2015, 163(6 Suppl): S1-S40.
- [3] GORSKI L A, HADAWAY L, HAGLE M E, et al. Infusion therapy standards of practice, 8th edition [J]. J Infus Nurs, 2021, 44(1S Suppl 1): S1-S224.
- [4] JANUARY C T, WANN L S, CALKINS H, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart rhythm society [J]. J Am Coll Cardiol, 2019, 74(1): 104-132.
- [5] 荆玉辰,辛世杰.血栓性浅静脉炎的诊断和治疗[J].中国实用外科杂志,2023,43(12):1387-1390.
JING Y C, XIN S J. Diagnosis and treatment of superficial thrombophlebitis [J]. Chin J Pract Surg, 2023, 43(12): 1387-1390. (in Chinese)
- [6] 张奕,刘畅,陈家欣,等.2024版《输液治疗实践标准》中管制药物转移的解读[J].护理学杂志,2025,40(2):52-55.
ZHANG Y, LIU C, CHEN J X, et al. Interpretation of controlled substances diversion in Infusion Therapy Standards of Practice of the 9th Edition of INS [J]. J Nurs Sci, 2025, 40(2): 52-55. (in Chinese)
- [7] BREIVIK H, BORCHGREVINK P C, ALLEN S M, et al. Assessment of pain [J]. Br J Anaesth, 2008, 101(1): 17-24.
- [8] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating [J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.
- [9] 伍爱群.静脉管理预防化学性静脉炎的护理进展[J].上海护理,2011,11(6):69-71.
WU A Q. Nursing progress of vein management to prevent chemical phlebitis [J]. Shanghai Nurs, 2011, 11(6): 69-71. (in Chinese)
- [10] 仇春勤.水胶体敷料治疗化疗性静脉炎疗效观察[J].护士进修杂志,2010,25(12):1135-1136.
QIU C Q. Observation on the Efficacy of Hydrocolloid Dressings in the Treatment of Chemotherapy-Induced Phlebitis [J]. J Nurses Train, 2010, 25(12): 1135-1136. (in Chinese)
- [11] 中华人民共和国国

- 家卫生和计划生育委员会. 静脉治疗护理技术操作规范: WS/T 433—2013[S]. 北京: 中国标准出版社, 2014.
- [12] 刘胜. 中医外科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [13] 侯雨辰, 贾小强, 贝绍生. 复方黄柏液涂剂联合负压封闭引流治疗藏毛窦皮瓣转移术后感染的临床效果分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(4): 78–81.
- HOU Y C, JIA X Q, BEI S S. Clinical effect analysis of compound huangbai liquid coating combined with vacuum sealing drainage in the treatment of infection after transfer of pilonidal sinus flap[J]. Clin Med J, 2023, 21(4): 78–81. (in Chinese)
- [14] 洪春香, 林丽, 李燕清. 复方黄柏液涂剂联合特定电磁波治疗化疗性静脉炎患者的效果[J]. 中国当代医药, 2025, 32(2): 37–41.
- HONG C X, LIN L, LI Y Q. Effect of Compound Huangbai Liquid Coating combined with specific electromagnetic wave on patients with chemotherapeutic phlebitis[J]. China Mod Med, 2025, 32(2): 37–41. (in Chinese)
- [15] 张博, 闫江. 复方黄柏液湿敷治疗可达龙外渗性静脉炎的临床研究[J]. 实用药物与临床, 2013, 16(12): 1243–1245.
- ZHANG B, YAN J. Clinical research on the effect of liquid compound huangbai on the phlebitis caused by the extravasation of cordarone [J]. Pract Pharm Clin Remedies, 2013, 16(12): 1243–1245. (in Chinese)
- [16] 刘丹, 曹晓菲, 程媛媛, 等. 丹红注射液联合硫酸镁湿敷对下肢血栓性深静脉炎患者疼痛的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2024, 26(1): 75–77.
- LIU D, CAO X F, CHENG Y Y, et al. Effect of Danhong Injection combined with magnesium sulfate wet compress on pain in patients with thrombotic deep phlebitis of lower limbs[J]. J Hubei Univ Chin Med, 2024, 26(1): 75–77. (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。