

DOI: 10. 12209/CAIM202604280005

· 中西医结合临床案例 ·

中药溻渍联合超声药物透入治疗1例丹毒患者的护理体会

高冬华¹, 李 姣², 齐添添¹, 翟鑫鑫¹, 于 颖¹

(1. 北京中医药大学东方医院 综合内科(二七院区), 北京, 100072;

2. 北京中医药大学东方医院 门诊(二七院区), 北京, 100072)

摘要: 本文总结1例中药溻渍联合超声药物透入治疗湿热下注型丹毒患者的护理体会。针对患者左下肢红肿疼痛症状,在常规护理基础上,采用清热祛湿中药溻渍联合复方黄柏液超声药物透入治疗。护理后患者疼痛评分由6分降至1分,下肢红肿消退,出院后随访无复发。本文认为,该联合疗法操作简便、直达病所、效果显著,是促进丹毒康复的有效中医护理方案。

关键词: 中药溻渍; 超声药物透入; 丹毒; 护理

Nursing Experience of Herbal Wet Compress Combined with Ultrasonic Drug Penetration Therapy for a Case of Erysipelas

GAO Donghua¹, LI Jiao², QI Tiantian¹, ZHAI Xinxin¹, YU Ying¹

(1. Department of General Internal Medicine (Erqi Branch), Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100072;

2. Department of Outpatient (Erqi Branch), Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100072)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of treating a patient with erysipelas of the dampness-heat downward infusion type using herbal wet compress combined with ultrasonic drug penetration therapy. Targeting the symptoms of redness, swelling, and pain in the left lower limb, the patient received conventional nursing care supplemented with herbal wet compress (composed of heat-clearing and dampness-eliminating herbs) and ultrasonic penetration therapy with Compound Huangbai Liquid. Post-treatment, the patient's pain score decreased from 6 to 1, and the redness and swelling subsided. Follow-up after discharge showed no recurrence. This study suggests that the combined therapy is simple to perform, targets the affected area directly, and yields significant effects, making it an effective Traditional Chinese Medicine nursing approach for promoting recovery from erysipelas.

KEY WORDS: herbal wet compress; ultrasonic drug penetration; erysipelas; nursing

丹毒,中医亦称流火,西医称为急性网状淋巴管炎,是由乙型溶血性链球菌侵犯真皮浅层淋巴管引起的急性皮肤感染性疾病。临床表现为患处出现边界清楚的红肿热痛病灶,局部肌肤颜色鲜红、色如涂丹,以下肢较为常见^[1]。中医学认为,本病多因血分有热,复感风热、湿热及热毒之邪所致^[2]。丹毒起病急骤、进展迅速,且易复发,急性发作时,皮肤红、肿、热、痛症状会严重影响患者肢体正常活动;若未得到有效治疗,病情易反复,进而出现“象皮肿”,进一步降低患者生活质量。

目前,西医治疗丹毒以青霉素类抗生素为核心方案,同时配合局部药膏涂抹消炎,以及紫外线照射、超短波等物理治疗。抗生素能快速控制炎症、改善症状,但部分患者治疗效果仍不理想,存在以下问题:单纯西医治疗易复发;老年及体虚患者频繁使用抗生素,易加剧肝肾功能损害并引发其他不良反应;长期使用抗生素易产生耐药菌株,临床需不断升级抗生素。

丹毒严重影响患者身心健康和生活质量,给公共卫生体系及家庭照护带来经济压力与社会成

收稿日期:2026-04-28

通信作者:李姣, E-mail: 411971237@qq.com

OPEN ACCESS

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

本,因此亟需探索更有效的治疗策略,以提高丹毒治疗效果、减轻患者痛苦^[3]。“十四五”时期,全面推进健康中国战略对中医护理事业发展提出新要求,护理事业高质量发展为中医护理事业带来新机遇,快速发展的信息化技术为中医护理事业创造新条件^[4];同时,以绿色理念为核心的中医治疗方法,正受到越来越多患者及家属的关注。我科于2026年03月23日收治1例丹毒患者,通过系统应用中医特色护理技术,患者临床症状显著改善,取得满意护理效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,55岁,主因“左下肢红肿疼痛1周”于2026年03月23日13:21扶行入院。患者1周前无明显诱因出现左下肢红肿疼痛,伴发热,就诊于外院,考虑“丹毒”,予头孢类药物抗感染治疗3d未见改善,下肢红肿疼痛加重,为求进一步系统诊治收入我科。既往体健。

1.2 体格检查

症见:无发热,左下肢红肿疼痛、中度水肿,偶有咳嗽咳痰,量少色白易咳出,纳眠可,二便调,舌淡红,苔黄腻,脉滑弦。生命体征:体温(T)36.4℃,脉搏(P)66次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)130/80 mm Hg。

1.3 辅助检查

心电图无异常。实验室检查:铁蛋白544.5 ng/mL,谷氨酰转肽酶63.2 U/L,葡萄糖6.92 mmol/L,前白蛋白192.3 mg/L,肌酐55.3 umol/L。

1.4 诊断

患者喜食辛辣刺激食物,温热内蕴脾胃,久则湿热下注下肢,蕴蒸肌肤,故见红肿疼痛。中医诊断:丹毒;辨证分型:湿热下注证。西医诊断:下肢急性淋巴管炎。

1.5 治疗

西医予头孢唑肟抗感染治疗;中医以清热祛湿解毒为治则,采用中药溻渍(清热祛湿、活血解毒中药煎剂湿敷左下肢)联合复方黄柏液超声药物透入治疗,同时配合小柴胡汤加减方口服。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

采用视觉模拟评分法(Visual Analogue

Scale, VAS)评估患者肢体疼痛情况,取值范围为0~10分,0分代表无痛;1~3分为轻度疼痛,可忍受;4~6分为中度疼痛,虽能承受但有明显不适;7~10分为重度疼痛,难以忍受^[5]。该患者入院时VAS评分为6分,属中度疼痛。

2.1.2 水肿评估

参考2020年国际淋巴协会(International Society of Lymphology, ISL)临床分期标准^[6]进行评估,该标准分为0~Ⅲ期,0期为亚临床状态,淋巴系统受损但肿胀尚不明显;Ⅰ期水肿部位柔软,按压可凹陷,无皮肤纤维化,抬高患肢后肿胀可缓解,又称可逆性水肿;Ⅱ期抬高患肢肿胀消退不明显,后期因皮下脂肪增生及纤维化,水肿可呈非凹陷性;Ⅲ期水肿呈非凹陷性,病变肢体出现脂肪沉积、色素沉着、棘皮病、疣状增生等改变,即淋巴象皮肿。该患者入院时抬高患肢肿胀消退不明显,水肿呈非凹陷性,符合Ⅱ期标准。

2.1.3 日常生活能力评估

Barthel指数量表是评估活动能力与日常生活自理能力的工具,评分范围为0~100分。该患者入院时评分为75分,属于轻度功能缺陷,部分活动需他人协助。

2.2 护理诊断

①急性疼痛:与左下肢炎症、水肿及组织张力增高有关;②皮肤完整性受损:与湿热下注、局部感染有关;③体液过多(局部水肿):与下肢淋巴回流受阻、炎症反应有关;④活动受限:与左下肢疼痛、水肿及医嘱要求制动有关;⑤知识缺乏:缺乏丹毒复发的预防知识及自我护理方法。

2.3 护理计划

针对患者“湿热下注、左下肢红肿疼痛、局部水肿”等核心问题,坚持“施治”与“施护”相结合,制定如下护理计划:①动态评估局部皮肤状态及疼痛、水肿程度,遵医嘱应用中药溻渍联合超声药物透入治疗,以清热祛湿、活血消肿、通络止痛;②发挥中医护理特色技术优势,通过中药溻渍与超声药物透入的协同作用,促进药物经皮吸收,减轻局部炎症反应;③加强皮肤护理与感染预防,防止皮肤破溃及丹毒扩散,密切观察有无过敏或烫伤情况;④做好安全防护,因患肢肿痛、活动不便,需防范跌倒,同时避免挤压患肢导致炎症扩散;⑤加强情志与饮食护理,疏导患者因疼痛及肢体外观改变产生的焦虑情绪,指导清淡利湿饮食,纠正不良饮食习惯,促进病情康复。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中药溻渍

遵医嘱予黄柏 30 g、苍术 20 g、忍冬藤 30 g、赤芍 20 g、蒲公英 30 g、野菊花 20 g 及丹参 15 g，清热祛湿、活血解毒，浓煎取汁，药液温度控制在 38~40℃。协助患者取仰卧位，充分暴露左下肢红肿区域，注意保暖及隐私保护。将 6~8 层无菌纱布浸透药液，拧至不滴水，平铺于患处，范围超过病变边缘 2~3 cm，外用一次性保鲜膜覆盖，再以干毛巾包裹固定。每次湿敷 20~30 min，1 次/d。治疗过程中每 5~10 min 用注射器添加药液，保持纱布湿润。注意药液温度不可过高，防止烫伤；治疗期间关闭门窗，室温维持在 24~26℃。湿敷后清洁皮肤，观察局部反应。

2.4.1.2 超声药物透入治疗

遵医嘱选用复方黄柏液作为耦合药物，利用超声能量将药物经皮导入左下肢炎症部位，以清热解毒、消肿止痛。首次治疗前向患者做好解释，告知治疗目的及注意事项，排除禁忌症。协助患者取仰卧位，清洁左下肢皮肤并待其干燥。取出理疗电极片内芯，置于泡棉止水圈内，贴于患处皮肤，将超声治疗头与电极片背部连接牢靠。将治疗电极和电源线接入对应插孔，打开电源开关，设置时间 20 min，电致孔强度从 0 起调至患者耐受范围（一般 1~3）；按“启/停”键进入治疗状态后，调节超声强度从 0 逐渐增至 1.0~2.0（以患者感觉温热舒适为宜），中频/低频强度调节至 1~5。治疗过程中随时询问患者感受，如有刺痛或灼热感，降低强度或暂停治疗。治疗结束后仪器自动停止并蜂鸣提示，取下治疗头及电极片，清洁皮肤，观察局部有无红肿加重或过敏反应。每日治疗 1 次，与中药溻渍间隔 30 min 以上。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 体位与制动护理

嘱患者多卧床休息，抬高患肢 >30°，禁止按摩及挤压患处^[7]。使用软枕稳固支撑患肢，避免膝关节下空虚。禁止久站、久坐及长时间行走，以利于静脉及淋巴回流，减轻水肿。下床活动时需有人搀扶，穿防滑鞋，防止跌倒。

2.4.2.2 皮肤护理

每日检查患肢皮肤完整性，保持局部皮肤清洁，避免使用强刺激性沐浴用品，禁止热水烫洗局部皮肤。穿着宽松棉质衣裤，避免紧身衣物摩擦，

防止搔抓皮肤。更换床单时操作轻柔，避免产生摩擦。若皮肤出现瘙痒症状，不可用力抓挠，可轻轻拍打缓解。

2.4.2.3 饮食指导

患者喜食辛辣刺激食物，且空腹血糖偏高（6.92 mmol/L）。嘱其禁食辛辣、肥甘厚味食物，如辣椒、酒、羊肉、海鲜及油炸食品等，忌浓茶、咖啡。宜进食清淡易消化、清热利湿之品，如赤小豆薏米粥、冬瓜汤、苦瓜、绿豆汤、芹菜及黄瓜等。控制糖分摄入，定期监测血糖。

2.4.2.4 用药护理

遵医嘱予小柴胡汤加减方口服，方剂组成包括北柴胡配方颗粒 3.75 g、清半夏配方颗粒 2.81 g、黄连配方颗粒 1.33 g、瓜蒌配方颗粒 3.75 g、麦冬配方颗粒 10.91 g、醋五灵脂配方颗粒 2.5 g、蒲黄配方颗粒 2 g、黄芩配方颗粒 5.45 g、桂枝配方颗粒 0.93 g 及丹参配方颗粒 5 g。1 剂/d，分 2 次温水冲服。该方通利肝胆经络，针对患者下肢丹毒位于胆经循行部位，从内清解湿热毒邪。服药前询问患者有无中药过敏史，服药后观察有无恶心、腹泻等不适。指导患者饭后半小时温服，以减轻胃肠道刺激。同时告知患者，内服中药与外治法协同起效，体现“内外同治”的整体护理理念。

2.4.3 情志护理

中医认为情志不畅可导致气血失和，加重病情^[8]。主动向患者解释病情转归，告知“湿热下注”的中医病机及中药溻渍、超声药物透入的治疗原理，增强患者治疗信心。多倾听患者主诉，避免负面暗示。指导患者通过听音乐、深呼吸等方式转移注意力，缓解疼痛所致的不良情绪。同时鼓励家属给予情感支持，帮助监督患者饮食及活动。

2.5 护理评价

治疗过程中动态评价患者疼痛、水肿及日常生活能力：03 月 23 日（入院时）：左下肢红肿疼痛，VAS 评分 6 分（中度疼痛），抬高患肢后肿胀消退不明显，因皮下脂肪增生及纤维化，水肿呈非凹陷性（ISL II 期）；Barthel 评分 75 分。03 月 28 日：VAS 评分 4 分（中度疼痛），水肿部位柔软，按压可凹陷，无皮肤纤维化，抬高患肢后肿胀可缓解（ISL I 期）；Barthel 评分 85 分。04 月 01 日：VAS 评分 3 分（轻度疼痛），水肿情况同前（ISL I 期）；Barthel 评分 95 分。04 月 03 日：VAS 评分 1 分（轻度疼痛），水肿不明显（ISL 0 期）；左下肢无红肿，皮肤色泽恢复正常，无发热；偶有咳嗽咳痰，痰白

易咳出;患者主诉无疼痛,生命体征平稳。04月04日:病情好转,准予出院。治疗前后各项指标对比,详见表1。

表1 疗效评估

评估项目	治疗前	治疗第5天	治疗第8天	治疗第10天
VAS/分	6	4	3	1
ISL/期	II	I	I	0
Barthel/分	75	85	95	100

3 结果和随访

患者出院后1周及2周分别进行电话回访,患者主诉左下肢无红肿、疼痛及发热,未出现复发。回访中对患者进行健康指导,内容包括坚持清淡利湿饮食,忌食辛辣刺激食物及饮酒;注意下肢皮肤保护,防止外伤及足癣等感染诱因;保持心情舒畅。患者表示能够遵照执行。

4 讨论

丹毒是由乙型溶血性链球菌感染引起的皮肤及网状淋巴管急性炎症,好发于下肢。其中医核心病机为“湿热下注,瘀毒内侵”,多因外感邪毒或内伤湿热所致^[9],尤以湿热下注证最为常见,治疗原则为清热祛湿解毒。

中药溻渍是将纱布浸吸药液敷于患处的中医传统外治法,通过药物直接渗透和温热效应,达到疏通腠理、清热解毒、消肿止痛的作用。《中医溻渍法技术操作规范》的发布进一步规范了该技术的临床应用,有助于提升疗效并降低治疗费用^[10]。丹毒湿热下注证病位在下肢,以局部红肿疼痛、水肿为主要表现,湿为阴邪,其性重浊趋下,热为阳邪,湿热交阻下肢、郁蒸肌肤,故见红肿热痛。中药溻渍可直接作用于患处,药液经皮渗透至病灶,发挥清热祛湿、解毒消肿之效。已有研究报道,中药溻渍疗法治疗下肢丹毒可有效提高临床疗效、缩短病程,治疗组治愈时间为(6.17±2.51)天,显著短于单纯抗生素治疗对照组的(9.85±3.67)天^[11]。中医辨证论治丹毒能够充分考虑患者整体情况,实施个体化治疗,提高治疗针对性与效果,同时减少药物副作用,提升长期疗效^[12]。中药溻渍具有操作简便、安全有效、适应症广、不良反应少、见效快等特点。

通过对该病例的治疗与护理,充分发挥中医护理技术优势,采用中药溻渍联合超声药物透入疗法治疗丹毒,可实现清热祛湿、活血消肿、通络

止痛的功效。此疗法在治疗湿热下注型丹毒时,展现出作用直接、疗效显著、无明显副作用等优势,是促进患者康复的关键措施。

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] 杨丽娟,李毓欣,李雪梦,等. 下肢丹毒中医治疗研究进展[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(19): 2870-2873.
YANG L J, LI Y X, LI X M, et al. Research progress on traditional Chinese medicine treatment of lower limb erysipelas [J]. Mod Diagn Treat, 2024, 35 (19): 2870-2873. (in Chinese)
- [2] 高晓斌,赵颖,张世琳,等. 丹毒的中西医治疗研究进展[J]. 中国中医急症, 2022, 31(3): 553-556.
GAO X B, ZHAO Y, ZHANG S L, et al. Research progress on treatment of erysipelas with traditional Chinese and western medicine [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2022, 31(3): 553-556. (in Chinese)
- [3] 蔡佳清. 基于中医传承计算平台分析郑则敏教授治疗丹毒的用药规律研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2025.
- [4] 唐玲,郭红,祝静,等. 《北京市“十四五”中医护理发展规划》解读[J]. 中西医结合护理, 2022(7): 157-162.
TANG L, GUO H, ZHU J, et al. Interpretation of the 14th Five-Year Plan for the development of traditional Chinese medicine nursing in Beijing [J]. Chin J Integr Nurs, 2022 (7): 157-162. (in Chinese)
- [5] 孟佳磊,马宇慧,游丽娇,等. 清脉祛湿方口服联合将军散外敷治疗急性下肢丹毒的疗效观察[J]. 湖北民族大学学报(医学版), 2026, 43(1): 116-120.
MENG J L, MA Y H, YOU L J, et al. Clinical observation on the treatment of acute erysipelas of lower limbs with oral Qingmai Qushi recipe combined with external application of Jiangjun powder [J]. J Hubei Minzu Univ Med Ed, 2026, 43 (1): 116-120. (in Chinese)
- [6] 刘梦珂,张妍,张怡梦,等. MR软组织径线测量对单侧原发性下肢淋巴水肿临床分期的初步研究[J]. 临床放射学杂志, 2024, 43(1): 105-110.
LIU M K, ZHANG Y, ZHANG Y M, et al. Prelim-

- inary study on the clinical staging of primary lower extremity lymphedema by MR soft tissue radial measurements [J]. *J Clin Radiol*, 2024, 43 (1): 105–110. (in Chinese)
- [7] 马杨. 中西医治疗配合优质护理对丹毒的临床效果[J]. *中国城乡企业卫生*, 2022, 37(1): 14–17.
- MA Y. Clinical effect of traditional Chinese and Western medicine combined with high-quality nursing on erysipelas [J]. *Chin J Urban Rural Enterp Hyg*, 2022, 37(1): 14–17. (in Chinese)
- [8] 盛雪花, 李松, 周礼清, 等. 下肢丹毒的中医外科特色治疗效果观察[J]. *组织工程与重建外科杂志*, 2025, 21(2): 130–133.
- SHENG X H, LI S, ZHOU L Q, et al. Effect observation on the characteristic treatment of traditional Chinese medicine surgery in lower limb erysipelas [J]. *J Tissue Eng Reconstr Surg*, 2025, 21 (2): 130–133. (in Chinese)
- [9] 唐敏, 程美, 高坤平. 苦菊止痒洗剂联合常规综合疗法治疗湿热毒蕴型下肢丹毒的临床疗效[J]. *现代生物医学进展*, 2025, 25(21): 3450–3456.
- TANG M, CHENG M, GAO K P. Clinical efficacy of Kuju antitching lotion combined with conventional comprehensive therapy in the treatment of lower limb erysipelas of damp-heat and toxin accumulation type [J]. *Prog Mod Biomed*, 2025, 25(21): 3450–3456. (in Chinese)
- [10] 杨光耀, 鞠上, 周彤, 等. 中医溻渍法技术规范[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2023, 29(2): 141–144.
- YANG G Y, JU S, ZHOU T, et al. Technical operation specification of traditional Chinese medicine soaking method [J]. *Chin J Surg Integr Tradit West Med*, 2023, 29(2): 141–144. (in Chinese)
- [11] 石世华, 周必胜, 崔纬, 等. 中药溻渍疗法对下肢丹毒的临床疗效观察[J]. *北京中医药*, 2013, 32 (7): 509–511.
- SHI S H, ZHOU B S, CUI W, et al. Clinical efficacy observation of Chinese medicine drench-soak therapy on erysipelas of lower limb [J]. *Beijing J Tradit Chin Med*, 2013, 32(7): 509–511. (in Chinese)
- [12] 于芳宁, 张博, 蔺莉, 等. 下肢丹毒患者中医证型与临床指标的相关性研究[J]. *世界中西医结合杂志*, 2025, 20(1): 10–15.
- YU F N, ZHANG B, LIN L, et al. Correlations between traditional Chinese medicine syndromes and clinical indicators in patients with lower limb erysipelas [J]. *World J Integr Tradit West Med*, 2025, 20 (1): 10–15. (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 BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。