

DOI: 10.12209/CAIM202604280006

· 中西医结合临床案例 ·

中药湿敷联合个体化中西医结合护理 1 例 高龄蛇串疮合并多重疾病患者的护理体会

赵慧英, 周 苹, 缪宏伟, 杨利娟

(北京市宣武中医医院 老年病科, 北京, 100050)

摘要: **目的** 探讨中药湿敷技术联合个体化中西医结合综合护理在高龄蛇串疮(带状疱疹)合并多种基础疾病患者中的应用效果与护理要点。**方法** 选取 2025 年 04 月北京市宣武中医医院老年病科收治的 1 例 89 岁高龄蛇串疮患者为研究对象,在常规治疗基础上实施规范化中药湿敷技术,同时结合患者高龄、多病共存特点,联合疼痛管理、创面分级护理、中医特色干预、心理疏导、营养支持、基础疾病监测及并发症防控等个体化综合护理措施。**结果** 经 22 d 系统治疗与护理干预,患者皮损创面完全愈合;疼痛视觉模拟评分(VAS)由入院时 7 分降至 1 分,焦虑情绪显著改善;治疗期间未发生皮肤感染、神经痛迁延及其他并发症,预后良好。**结论** 规范化中药湿敷技术联合个体化多维度护理,可有效促进高龄蛇串疮患者创面修复,显著缓解带状疱疹相关性神经痛,降低并发症发生风险,改善老年患者身心状态与生活质量,在老年皮肤病中西医结合护理领域具有重要临床意义与推广价值。

关键词: 蛇串疮; 高龄患者; 多重疾病; 中药湿敷; 个体化护理; 中西医结合护理

Nursing Experience of Traditional Chinese Medicine Wet Compress Combined with Individualized Integrated Chinese and Western Medicine Nursing for an Elderly Patient with Herpes Zoster Complicated by Multiple Comorbidities: A Case Report

ZHAO Huiying, ZHOU Ping, MIAO Hongwei, YANG Lijuan

*(Department of Geriatrics, Xuanwu Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Beijing, 100050)*

ABSTRACT: Objective To explore the application effects and key nursing points of traditional Chinese medicine (TCM) wet compress technique combined with individualized integrated Chinese and Western medicine comprehensive nursing in elderly patients with herpes zoster (snake-like sores) complicated by multiple underlying diseases. **Methods** An 89-year-old elderly patient with herpes zoster admitted to the Department of Geriatrics, Xuanwu Hospital of Traditional Chinese Medicine in April 2025 was selected as the study subject. On the basis of conventional treatment, standardized TCM wet compress technique was implemented. Meanwhile, considering the characteristics of advanced age and multiple comorbidities, individualized comprehensive nursing interventions were applied, including pain management, graded wound care, TCM-specific interventions, psychological counseling, nutritional support, monitoring of underlying diseases, and prevention and control of complications. **Results** After 22 days of systematic treatment and nursing interventions, the patient's skin lesions achieved complete healing. The Visual Analogue Scale (VAS) pain score decreased from 7 at admission to 1, and anxiety was significantly alleviated. No skin infection, prolonged neuralgia, or other complications occurred during the treatment period, with favorable prognosis. **Conclusion** Standardized TCM wet compress technique combined with individualized multidimensional nursing can effectively promote wound repair in elder-

收稿日期: 2026-04-28

OPEN ACCESS

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

ly patients with herpes zoster, significantly relieve zoster-associated neuralgia, reduce the risk of complications, and improve the physical and mental status as well as quality of life of elderly patients. It holds important clinical significance and promotional value in the field of integrated Chinese and Western medicine nursing for geriatric skin diseases.

KEY WORDS: herpes zoster; elderly patients; multiple comorbidities; traditional Chinese medicine wet compress; individualized nursing; integrated Chinese and Western medicine nursing

蛇串疮(herpes zoster)是由水痘一带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)再激活引发的急性感染性皮肤病,以沿神经节段分布的成簇水疱和剧烈神经痛为典型特征^[1]。老年群体因免疫功能衰退、皮肤修复能力下降,成为蛇串疮高发人群,且常合并高血压、糖尿病等基础疾病,临床表现为疼痛剧烈、皮疹范围广、愈合周期长,易并发带状疱疹后神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)、皮肤感染等并发症,严重影响生活质量。研究显示,60岁以上患者PHN发生率高达50%~75%,且疼痛可持续数月至数年^[2]。中药湿敷是中医外治护理的经典技术,其历史可上溯至秦汉时期的《五十二病方》,发展完善于唐宋,在明清时期的中医外科典籍中已有系统的操作规范记载。该技术通过药液直接渗透病灶,发挥清热利湿、祛腐生新及通络止痛的功效,具有作用直接、不良反应少的优势。复方黄柏液作为临床常用中药外用制剂,含黄柏、连翘及金银花等成分,现代药理研究证实其具有抑制炎症反应、杀灭致病菌与促进肉芽组织生长的作用。高龄蛇串疮患者因发病特点及身体状况,临床护理难度显著增加。本研究总结1例高龄蛇串疮合并多重疾病患者采用中药湿敷技术联合个体化综合护理的实践经验,以期老年带状疱疹患者的中西医结合护理提供参考。

1 病例资料

1.1 一般信息

患者女,89岁,因“右臀部及会阴部皮疹2周,小腹部皮疹3 d”于2025年04月01日入院。患者2周前无明显诱因出现右臀部、会阴部位皮疹,伴剧烈疼痛,3 d前皮疹蔓延至小腹,呈带状分布,局部水疱破溃、渗液,疼痛加剧。纳差,夜不能寐,小便可,大便2 d一行。既往史:高血压病3级(极高危)、2型糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病,长期规律服药控制,否认家族遗传病史及食物、药物过敏史。

1.2 体格检查

患者体温(T)36.2℃,脉搏(P)70次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)135/66 mm Hg。神志清楚,精神弱,对答切题,情绪焦虑,呈痛苦面容;右侧臀部、会阴部、大阴唇可见约35 cm×20 cm大面积融合性疱疹,基底皮肤发红、肿胀;耻骨联合处可见约2 cm×10 cm带状分布疱疹,部分水疱破溃、渗液,疱液混浊,疱疹间皮肤暗红。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,腹软无压痛、反跳痛,双下肢无水肿,手足轻度麻木。中医望闻切诊:望:患者驼背,步履蹒跚,痛苦面容,精神不振,面色晦暗无华,两目乏神,口唇紫暗;舌暗红苍老、伴裂纹,苔薄白偏燥;闻:少气懒言,语声低微;切:脉弦细。

1.3 辅助检查

血常规:血红蛋白105 g/L,白细胞计数 $6.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例62.3%;生化检查:血清白蛋白38.7 g/L,空腹血糖8.9 mmol/L,糖化血红蛋白7.5%;肝肾功能、电解质未见明显异常。

1.4 诊断

中医诊断:蛇串疮(肝经郁热证、气滞血瘀证);西医诊断:带状疱疹、皮肤感染、高血压病3级(极高危)、2型糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病。

1.5 治疗

予内科一级护理,低盐低脂糖尿病饮食,神经、内分泌、皮肤系统护理常规,低流量吸氧,24 h心电监护。经老年病科、皮肤科及内分泌科多学科联合会诊制定治疗方案。中医特色治疗:①中药湿敷技术:复方黄柏液中药湿敷,20 min/次,2次/d,多聚长效抑菌膜敷料覆盖;②红光照射,15 min/次,1次/d;③针灸:选取太冲、合谷、阿是穴等,1次/d;④中药汤剂:以清热解毒、理气活血、通络止痛为治则,方剂组成包括金银花15 g、连翘12 g、黄柏10 g、赤芍10 g、丹参10 g、延胡索10 g及甘草6 g,1剂/d。中医调护:嘱患者避风寒,慎起居,调情志,节饮食。西医治疗:抗病毒治疗:口服伐昔洛韦片0.3 g,2次/d,连服7 d;基础病控

制:氨氯地平片 5 mg, 1次/d, 二甲双胍缓释片 0.5 g, 2次/d, 控制血压、血糖。经综合干预后, 2025年04月23日出院时, 数字疼痛评分(NRS)为1分; 创面完全愈合, 皮肤纹理恢复正常, 仅残留轻微色素沉着; 实验室指标改善。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用日常生活能力评定量表(ADL)评估患者日常生活能力, 总分 ≤ 40 分为3级(重度功能障碍), 41~60分为2级(中度功能障碍), 61~99分为1级(轻度功能障碍), 100分为0级(生活自理)。该患者ADL评分为40分, 属重度依赖, 提示需协助患者完成日常生活活动。

2.1.2 疼痛评估

采用疼痛数字分级法(NRS)评估患者疼痛程度, 用0~10代表不同程度的疼痛, 0分为无痛, 1~3分为轻度疼痛, 4~6分为中度疼痛, 7~10分为重度疼痛。本例患者NRS评分为7分, 提示患者存在重度疼痛。

2.1.3 睡眠质量评估

采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评估患者最近1个月的主观睡眠质量, PSQI总分范围为0~21分, 得分越高, 表示睡眠质量越差。本例患者PSQI得分17分, 表示睡眠质量很差。

2.1.4 心理评估

采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者心理状态, 两者均包含20个条目, 按1~4分计分。SAS有5个条目为反向计分, 分界值为50分, 其中50~59分为轻度焦虑, 60~69分为中度焦虑, 70分及以上为重度焦虑; SDS有10个条目为反向计分, 分界值为53分, 其中53~62分为轻度抑郁, 63~72分为中度抑郁, 73分及以上为重度抑郁。20个条目得分相加得粗分, 粗分乘以1.25取整数部分得标准分, 总粗分的正常上限为41分, 分值越低状态越好。本例患者SAS得分为71分, SDS得分为53分, 提示存在重度焦虑和轻度抑郁。经交谈得知, 患者患病后因疼痛导致睡眠不佳, 担心遗留后遗症, 且因子女不在身边、饮食不规律造成血糖近期控制不佳, 担心加重糖尿病并发症, 希望能尽快康复。

2.1.5 跌倒风险评估

Morse跌倒风险评估量表由6个条目组成, 量

表总分为125分, 得分越高表示跌倒风险越大。评分 > 45 分为跌倒高风险, 25~45分为中风险, 评分 < 25 分为低风险。患者跌倒风险评估得分为25分, 属跌倒中风险。

2.1.6 压疮风险评估

Braden量表包含6个维度, 每个维度分值为1~4分(部分维度为1~3分), 总分范围6~23分, 分值越低表示压疮风险越高。患者压疮风险评估得分为9分, 属压疮高风险。

2.1.7 营养状态评估

采用营养风险筛查工具NRS 2002评估患者营养状况。NRS 2002量表包括3部分, 即营养状态受损评分、疾病严重程度评分和年龄评分。前两部分各设1~3分三个评分等级, 根据评分标准取最高分。最终得分为三项得分的总和, 最高7分。评分 ≥ 3 分即认为存在营养风险。本例患者评分为6分, 提示营养状况较差。

2.2 护理诊断

急性疼痛: 与水痘一带状疱疹病毒侵犯神经、气滞血瘀及经络不通有关; 皮肤完整性受损: 与疱疹破溃、渗出导致表皮屏障破坏有关; 感染风险: 与疱疹破溃后创面暴露及患者免疫力低下有关; 焦虑: 与疼痛持续, 对预后担忧有关。

2.3 护理计划

结合患者实际情况及护理评估、诊断结果, 制定护理计划如下: 疼痛管理目标: 1周内患者NRS疼痛评分从7分降至 ≤ 4 分, 夜间疼痛缓解, 能连续睡眠 ≥ 4 h; 出院时NRS评分 ≤ 1 分, 无爆发痛, 不影响进食、翻身等日常活动, 降低带状疱疹后神经痛发生风险。创面愈合目标: 2周内疱疹创面无新发水疱, 破溃处渗液停止, 无继发感染迹象; 出院时创面完全愈合, 皮肤纹理恢复正常, 仅残留轻微色素沉着, 无瘢痕形成。心理状态目标: 1周内患者SAS评分从71分降至 ≤ 60 分, SDS评分从53分降至 ≤ 50 分, 焦虑、抑郁情绪明显缓解, 能主动配合治疗与护理; 出院时SAS评分 ≤ 50 分, 患者对疾病预后信心提升, 能主动表达需求, 睡眠质量显著改善。基础病控制目标: 住院期间患者血压稳定在120~140/60~80 mm Hg, 空腹血糖控制在6.0~8.0 mmol/L, 无高血压、糖尿病急性并发症发生。日常生活能力与营养目标: 出院时患者ADL评分从40分提升至 ≥ 60 分, 从重度依赖转为中度依赖, 可在协助下完成进食、穿衣等日常活动; 营养状况改善, NRS 2002评分从6分降至 < 3 分, 血

清白蛋白维持在正常范围,纳差症状缓解。安全风险防控目标:住院期间无跌倒、坠床事件发生,无压疮进展或新发压疮。

2.4 护理措施

2.4.1 中药湿敷

①操作前:环境准备:治疗室温度控制在24~26℃,湿度50%~60%,遮挡隐私部位,营造舒适、安全的治疗环境。用物准备:无菌纱布(8~10层)、无菌镊子、治疗盘、0.9%氯化钠注射液、复方黄柏液(1 mL=0.2 g,温度38~40℃)、红外线治疗仪、多聚长效抑菌膜敷料、橡胶单及治疗巾。患者准备与评估:协助患者取改良左侧卧位(下方左腿伸直,上方右腿屈膝屈髋,右膝略超过左膝),充分暴露患处,避免压迫皮疹部位,垫好橡胶单与治疗巾。创面预处理:用0.9%氯化钠注射液轻柔清洁皮疹及周围皮肤,清除破溃处分泌物及坏死组织,动作轻柔避免二次损伤;采用红外线照射患处5 min(距离皮肤30 cm),促进局部血液循环,增强药液渗透效果^[3]。

②操作中:操作者洗手,戴无菌手套,将无菌纱布裁剪至完全覆盖皮损区域,浸入38~40℃的复方黄柏液中,充分浸透后用无菌镊子夹持两端,拧压至敷料湿润但提起时无液滴滴下。将浸湿纱布平整敷于患处,确保与皮肤完全贴合,外层覆盖保鲜膜维持湿度,避免药液过快蒸发^[4]。湿敷时长严格控制为20 min,期间每5 min检查1次敷料湿度,若干燥则用无菌注射器抽取38~40℃的复方黄柏液均匀喷洒,保持敷料持续湿润。全程观察患者反应,询问有无刺痛、灼热感等不适,若出现皮肤发红、瘙痒加重等异常,立即停止操作,用生理盐水清洁局部皮肤并报告医生^[5]。

③操作后:湿敷结束后,用0.9%氯化钠注射液轻柔蘸拭患处皮肤,待自然干燥后,涂抹复方黄柏液,覆盖多聚长效抑菌膜敷料保护创面,避免摩擦、受压^[6]。协助患者调整舒适体位,整理用物,做好操作记录,内容包括湿敷部位、时间、药液用量、患者耐受情况及皮疹变化^[7]。操作后30 min再次评估皮肤状况,排查迟发性过敏反应。

2.4.2 疼痛管理

药物护理:疼痛管理是核心干预内容,需根据疼痛程度选择合适的镇痛方式。患者疼痛评分为7分,需及时给予止痛药物。记录疼痛发作频率与程度,及时调整用药方案;观察用药疗效及不良反应,如头晕、恶心等;用药期间动态评估患者疼

痛缓解情况,进行疼痛评分,评价用药效果并记录^[8]。

中医特色技术:配合耳穴压丸(选取神门、皮质下、肝俞及胆俞等穴位),每日按压3~4次,5~10 min/次,力度以患者耐受为度;穴位按摩(太冲、合谷、阿是穴),10 min/次,2次/d,达到疏肝理气、通络止痛的效果。

非药物干预:因患者属气滞血瘀证型夹杂肝气郁热,根据五音疗法理论,可播放征调和角调类轻松音乐,入心肝二经以起到疏肝理气之功效,如《春江花月夜》《茉莉花》及《江南好》等,于每晚睡前播放,30 min/次(征调和角调各听15 min),1次/d,音量以患者耐受、舒适为宜。与患者交流感兴趣的话题,分散注意力;保持病房安静、光线柔和,为患者创造良好的休息环境,减少疼痛刺激^[9]。

2.4.3 水疱分级护理

此患者已出现皮损,加之长期血糖控制不佳,皮肤干燥、瘙痒,因此做好皮肤护理是避免感染的有效方法。未破水疱用无菌纱布覆盖保护,穿宽松棉质衣物避免摩擦,每天更换1次,潮湿即换;已破水疱用37℃生理盐水轻柔冲洗清洁,避免用力擦拭,去除脓性分泌物。

2.4.4 皮肤护理

每日清洗皮肤1次,清洗后用柔软棉质毛巾及时擦干,涂抹刺激性小的润肤油,保持皮肤干燥。更换柔软棉质服装,如出汗或被疱液浸湿及时更换。用毛巾自制大小合适的垫枕夹在大腿中间,避免未破溃水疱互相摩擦导致破溃;较大水疱使用无菌注射器抽吸疱液,涂抹复方黄柏液,覆盖多聚长效抑菌膜敷料保护创面。调整中药饮片,增加疏肝理气、清热化湿之品。本例患者住院期间未出现皮肤感染。

2.4.5 心理护理

疾病宣教:用通俗易懂的语言向患者及家属讲解蛇串疮的发病机制、治疗方案及中药湿敷技术的优势,发放健康宣教手册,解答疑问,减轻认知顾虑^[9];病情反馈:每日向患者及家属及时反馈创面愈合、疼痛减轻等病情好转信息,如“今天皮疹渗液减少了”“疼痛评分比昨天降了1分”,增强治疗信心;情感支持:鼓励家属多陪伴、沟通,给予患者情感慰藉;护士主动关心患者的饮食、睡眠情况,建立良好的护患关系,缓解焦虑情绪^[9]。

2.4.6 饮食护理

遵循低盐、低脂、糖尿病饮食原则,制定个体

化饮食计划;增加优质蛋白摄入,补充维生素,改善营养状况;指导患者忌食生冷瓜果、荤腥及油腻食物,多食丝瓜、陈皮、萝卜、柑橘及洋白菜等清热解毒、行气通络的食物;指导患者少量多餐,规律进食,控制总热量摄入,避免血糖波动^[10]。

2.4.7 并发症预防

每2h协助患者更换体位,避免皮疹部位受压;骨隆突部位(骶尾部、髌部等)使用减压水垫、减压贴保护;保持皮肤清洁干燥,及时更换污染的衣物、床单^[10]。

2.4.8 预防跌倒不良事件

床头悬挂防跌倒警示标识;病房通道保持通畅,无障碍物;患者活动时专人搀扶,避免体位突然改变;指导患者穿防滑鞋,必要时使用助行器^[10]。

2.4.9 基础病监测

每日定时监测血压2次,佩戴动态血糖监测

系统,随时记录监测结果,及时调整治疗方案;观察患者有无头晕、胸闷或心慌等不适,预防心脑血管并发症。

2.5 护理评价

创面愈合:患者住院期间无皮肤感染,出院时创面完全愈合,仅臀部残留轻微色素沉着,无感染、瘢痕形成。疼痛缓解:疼痛评分由入院时7分降至1分,出院后1个月随访时降至0分,疼痛完全缓解,详见表1。心理状态:焦虑情绪明显缓解,住院期间能主动配合治疗与护理;出院时心态平和,SAS评估为50分,仅为轻度焦虑。营养状况:血清白蛋白升至41.3 g/L,血红蛋白升至115 g/L,营养状况改善^[10],详见表2;住院期间未发生压力性损伤、跌倒等不良事件。基础病控制:出院时血压125/62 mm Hg,空腹血糖6.9 mmol/L,血糖、血压控制平稳。

表1 患者疼痛评分动态变化表

评估时间	疼痛部位	疼痛性质	干预前/分	疼痛对生活影响	干预措施	干预后/分
入院当日	右臀部、会阴、小腹	烧灼样痛+刺痛	7	夜不能寐	口服止痛药物+中药湿敷+耳穴压丸+针灸+音乐疗法+心理疏导	4
治疗第3日	右臀部、会阴、小腹	刺痛	5	轻度影响睡眠	中药湿敷+耳穴压丸+针灸+音乐疗法+心理疏导	3
治疗第7日	右臀部、会阴	隐痛	3	基本不影响睡眠	中药湿敷+耳穴压丸+针灸+音乐疗法+心理疏导	2
治疗第14日	右臀部	隐痛	2	无明显影响	中药湿敷+耳穴压丸+针灸+音乐疗法+心理疏导	1
出院当日	无明确疼痛部位	无	1	无影响	延续基础护理+出院指导	/
出院后1个月	无	无	0	无影响	居家护理+定期随访	/

表2 患者创面及实验室指标变化情况

监测时间	创面情况	血清白蛋白/ (g/L)	血红蛋白/ (g/L)	空腹血糖/ (mmol/L)	血压/ mmHg
入院当日	右臀部、会阴大面积融合疱疹,耻骨联合处2 cm×10 cm疱疹,疱液混浊,基底发红肿	38.7	105	8.9	135/66
治疗第7日	部分疱疹干涸结痂,红肿范围缩小,无新发水疱,渗液减少	39.2	108	7.8	130/65
治疗第14日	大部分创面结痂脱落,残留少量淡红色印记,无渗液及感染迹象	40.5	112	7.2	128/64
出院当日	创面完全愈合,皮肤恢复正常纹理,仅臀部残留轻微色素沉着	41.3	115	6.9	125/62
出院后1个月	色素沉着逐渐消退,皮肤完整性良好,无皮疹复发	42.1	118	6.7	126/63

3 出院指导与随访

3.1 出院指导

用药指导:遵医嘱规律服用降压、降糖药物,不可擅自增减药量或停药。皮肤护理:保持皮肤清洁干燥,每日用温水清洗患处,避免搔抓、摩擦;穿宽松、柔软且透气的棉质衣物,减少皮肤刺激。饮食指导:遵循低盐低脂糖尿病饮食原则,避免辛辣刺激食物。复诊指导:出院后1个月到老年病科、皮肤科复诊;若出现皮疹复发、神经痛加重、血压血糖异常等情况,及时就诊。

3.2 随访结果

出院后1个月通过电话随访结合门诊复诊,患者皮肤色素沉着逐渐消退,无皮疹复发;神经痛完全缓解(NRS评分为0分),血压、血糖控制平稳(血压126/63 mm Hg,空腹血糖6.7 mmol/L);营养状况良好,未发生相关并发症,生活质量明显提升。

4 讨论

老年蛇串疮患者因免疫功能低下、皮肤修复能力弱,且常合并多种基础疾病,临床护理难度较

大,需兼顾创面修复、疼痛缓解、基础病控制及并发症预防等多重目标。本病例通过复方黄柏液(1 mL=0.2 g)规范化中药湿敷联合个体化综合护理,实现患者创面愈合、疼痛缓解、基础病稳定的良好效果,其核心护理价值体现在以下方面。

4.1 中药湿敷技术的规范化应用是创面修复的关键

中药湿敷技术通过局部给药直达病灶,标准化操作精准把控温度、时长、湿度及无菌要求,配合红光照射与抑菌膜覆盖,实现清热、收敛、止痛,促愈一体化,发挥“药疗+理疗”双重作用。本研究中,复方黄柏液作为湿敷用药,其清热解毒、消肿祛腐的中医功效与现代药理研究中抑制炎症因子释放、杀灭致病菌、促进肉芽组织生长的作用相契合,为创面愈合提供了药理基础;而38~40℃的温热药液、20 min/次的湿敷时长、每日2次的治疗频次,既保证药液充分渗透,又避免长时间湿敷导致的皮肤浸渍损伤,符合老年患者皮肤脆弱的生理特点。同时,操作前红外线照射预热、操作后抑菌膜覆盖保护等精细化措施,进一步提升护理安全性与有效性,使患者创面愈合时间较常规护理缩短5~7 d,且未出现局部过敏、感染加重等不良反应。

4.2 中西医结合疼痛管理有效缓解神经痛

蛇串疮神经痛源于病毒侵犯神经及局部气滞血瘀,单一止痛方式效果有限。本研究采用“药物止痛+中医特色止痛+非药物干预”的中西医结合疼痛管理模式,即口服止痛药物快速缓解重度疼痛,中药湿敷通过药液渗透减轻神经水肿与炎症反应,耳穴压丸、穴位按摩疏通经络、理气止痛,音乐疗法分散注意力、减轻疼痛感知,多途径协同作用实现疼痛逐步缓解。从疼痛评分变化来看,患者入院时疼痛评分7分,为重度疼痛,经3 d干预后疼痛评分降至3分,达到轻度疼痛水平,出院后1个月疼痛完全缓解,显著降低带状疱疹后神经痛(PHN)的发生风险,这与相关研究结论一致。

4.3 个体化综合护理保障整体治疗效果

老年蛇串疮患者的护理需体现“整体观念”与“辨证施护”相结合的原则。本病例在中药湿敷局部干预的基础上,针对患者因疼痛导致睡眠不佳、担心遗留后遗神经痛及血糖控制不佳产生的焦虑情绪,实施心理疏导与健康宣教,缓解其心理压力,提升治疗配合度^[11]。针对营养失调与糖尿病,制定个体化饮食计划,既改善营养状况、为创面愈

合提供物质基础,又控制血糖波动。针对高龄、肢体麻木等跌倒、压疮高危因素,采取减压护理、防跌倒措施,避免并发症发生。局部干预与整体护理的协同作用,构建“对症+调理”的中西医结合护理模式,最终实现患者生理、心理的全面康复。

老年蛇串疮患者的护理需注重“规范化”与“个体化”结合,在应用中药湿敷技术时,药液浓度、温度、时长及频次等操作参数需严格遵循指南要求,同时根据患者年龄、皮肤状况、基础疾病进行个体化调整^[12];护理过程中需加强多学科协作,联合皮肤科、内分泌科等专业制定综合治疗护理方案,提升护理针对性;出院后的延续性护理(随访、指导)对预防复发、巩固治疗效果至关重要。本研究为单病例护理体会,样本量有限,未来可扩大样本量开展临床研究,进一步验证中药湿敷技术在老年蛇串疮患者中的应用效果,为临床护理提供更高级别的循证医学证据。

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] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组,国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心.中国带状疱疹诊疗专家共识(2022版)[J].中华皮肤科杂志,2022,55(12):1033-1040. Expert Consensus Working Group on Herpes Zoster, Dermatology Branch of the Chinese Medical Doctor Association; National Clinical Research Center for Skin and Immune Diseases. Chinese consensus on the diagnosis and management of herpes zoster (2022)[J]. Chin J Dermatol, 2022, 55(12): 1033-1040. (in Chinese)
- [2] 中华医学会疼痛学分会.中国带状疱疹相关性疼痛全程管理指南(2025版)[J].中国疼痛医学杂志,2025,31(8):561-571. Chinese Medical Association, Pain Medicine Branch. Guidelines for the whole course management of herpes zoster-related pain in China (2025 edition)[J]. Chin J Pain Med, 2025, 31(8): 561-571. (in Chinese)
- [3] 古竹霞,李宁.中药湿敷联合常规西药在带状疱疹急性期治疗中的临床观察[J].中国中西医结合皮肤性病学期刊,2018,17(6):528-530. Gu Z X, Li N. Clinical observation on wet compress of traditional Chinese medicine combined with rou-

- tine western medicine in the treatment of herpes zoster in acute stage[J]. *Chin J Dermatovenereology Integr Tradit West Med*, 2018, 17(6): 528-530. (in Chinese)
- [4] 王丽, 方玉甫, 徐俊涛, 等. 基于 Th1/Th2 失衡和血清 P 物质探讨刺络拔罐联合中药湿敷治疗带状疱疹的作用机制[J]. *针刺研究*, 2022, 47(9): 814-820.
Wang L, Fang Y F, Xu J T, et al. Effect mechanism of pricking and cupping therapy combined with Chinese herbal wet compress in treatment of herpes zoster based on Th1/Th2 imbalance and serum substance P[J]. *Acupunct Res*, 2022, 47(9): 814-820. (in Chinese)
- [5] 王俊杰, 杨郁文, 汪丽娟, 等. 中医护理操作技术临床应用现状的调查分析[J]. *中华护理杂志*, 2009, 44(11): 1020-1022.
Wang J J, Yang Y W, Wang L J, et al. Investigation of the clinical application of TCM nursing techniques [J]. *Chin J Nurs*, 2009, 44(11): 1020-1022. (in Chinese)
- [6] 黄建华, 王宏伟. 重视老年皮肤病的诊疗与管理[J]. *中华医学杂志*, 2025, 105(40): 3608-3612.
Huang J H, Wang H W. Emphasis on the diagnosis and management of geriatric dermatoses [J]. *Natl Med J China*, 2025, 105(40): 3608-3612. (in Chinese)
- [7] 姜媛, 陈文琦, 徐雨婷, 等. 5% 利多卡因凝胶贴膏联合普瑞巴林及抗病毒药治疗急性期带状疱疹临床观察[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2024, 30(3): 220-224.
Jiang Y, Chen W Q, Xu Y T, et al. Clinical observation of 5% lidocaine gel plaster combined with pregabalin and antiviral drugs in the treatment of acute herpes zoster[J]. *Chin J Pain Med*, 2024, 30(3): 220-224. (in Chinese)
- [8] 耿书涵, 王然, 赵定亮, 等. 脉冲射频对老年胸段带状疱疹后神经痛患者不同疼痛表型的疗效及安全性分析[J]. *中华医学杂志*, 2024, 104(25): 2330-2335.
Geng S H, Wang R, Zhao D L, et al. Analysis of the efficacy and safety of pulsed radiofrequency for the treatment of thoracic postherpetic neuralgia in elderly patients with different pain phenotypes [J]. *Natl Med J China*, 2024, 104(25): 2330-2335. (in Chinese)
- [9] 王文静, 郭锦晨, 刘兰林. 从“内虚外损”探析带状疱疹的辨治思路[J]. *中国中医急症*, 2026, 35(2): 164-168.
Wang W J, Guo J C, Liu L L. Exploring the syndrome differentiation and treatment of herpes zoster based on the theory of “internal deficiency and external impairment” [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2026, 35(2): 164-168. (in Chinese)
- [10] 中华中医药学会. 中医皮肤科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 45-47.
- [11] 朱世壮, 宋庆雨, 刘长玥, 等. 电针联合穴位贴敷治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. *世界中医药*, 2025, 20(2): 303-308.
Zhu S Z, Song Q Y, Liu C Y, et al. Clinical observation on the efficacy of electroacupuncture combined with acupoint application in treating postherpetic neuralgia [J]. *World Chin Med*, 2025, 20(2): 303-308. (in Chinese)
- [12] 杜睿博, 史玉倩, 毕海洋, 等. 基于“虚气留滞”理论针药结合治疗带状疱疹导致的二便障碍 1 例[J]. *中国医药导报*, 2025, 22(23): 183-187.
Du R B, Shi Y Q, Bi H Y, et al. A case of herpes zoster-induced dysuria treated with combination of acupuncture and medicine based on the theory of “deficiency of qi and stagnation” [J]. *China Med Her*, 2025, 22(23): 183-187. (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。