

DOI: 10.12209/CAIM202605140004

· 中西医结合临床案例 ·

# 蚕食清创联合体位管理治疗 1 例混合型 下肢溃疡气滞血瘀证患者的护理报告

边传婷<sup>1</sup>, 张大华<sup>2</sup>, 刘 静<sup>3</sup>, 王长跃<sup>4</sup>, 岳丽娜<sup>4</sup>

(1. 北京中医药大学第三附属医院 乳腺科, 北京, 100029;

2. 北京中医药大学第三附属医院 护理部, 北京, 100029;

3. 北京中医药大学第三附属医院 门诊, 北京, 100029;

4. 首都医科大学附属北京中医医院 外科综合二病区, 北京, 100010)

**摘要:** **目的** 结合中医理法方药、道法术器理念,总结蚕食清创联合动态体位管理在老龄气虚血瘀证混合型下肢溃疡中的护理实践,探析其临床应用价值。**方法** 回顾性选取 1 例病程 4 年的 84 岁顽固性下肢溃疡患者,该患者因动静脉双重病变致病,中医辨证为气虚血瘀、经络痹阻、肌肤失养。西医予抗感染、改善循环基础治疗;中医恪守益气活血、祛腐生肌之理法,以清创调体为道、辨证施护为法,运用蚕食清创、体位疏导之术,搭配朱红膏纱条、针穴器具等方药器械,辅以健康宣教,标本兼顾以调和气血。**结果** 干预 9 d 后,患者创面炎症得到控制,腐肉清除彻底,创面缩小变浅,上皮组织爬行生长,肉芽饱满红活润泽;疼痛 VAS 评分由 6 分降至 2 分,下肢瘀滞缓解,睡眠改善,无不良护理事件发生。**结论** 依托中医思维构建的护理方案,以蚕食清创联合体位管理为核心,可改善局部血运、促愈生肌,契合老龄体虚溃疡病机,可为同类难愈创面护理提供参考。

**关键词:** 蚕食清创; 动态体位管理; 混合型下肢溃疡; 气滞血瘀证; 脓疮; 中西医结合护理

## Nursing Care Report of a Patient with Mixed-Type Lower Extremity Ulcer (Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome) Treated by Gradual Debridement Combined with Postural Management

BIAN Chuanting<sup>1</sup>, ZHANG Dahua<sup>2</sup>, LIU Jing<sup>3</sup>, WANG Changyue<sup>4</sup>, YUE Lina<sup>4</sup>

(1. Department of Breast Surgery, The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029;

2. Department of Nursing, The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029;

3. Department of Outpatient, The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029;

4. Comprehensive Surgical Ward II, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

**ABSTRACT: Objective** Integrating the theoretical framework of traditional Chinese medicine (TCM)—encompassing theory, method, prescription, and medicinal substances, along with the concepts of Tao, method, technique, and instrument—this study summarizes the nursing practice of gradual debridement combined with dynamic postural management in an elderly patient with mixed-type lower extremity ulcer presenting as Qi deficiency and blood stasis syndrome, and explores its clinical application value. **Methods** A retrospective analysis was conducted on an 84-year-old patient with a refractory lower extremity ulcer persisting for four years, attributed to combined arteriovenous pathology. TCM pattern differentiation identified the syndrome as Qi deficiency with blood stasis, meridian obstruction, and loss of nourishment of the skin and muscles. Western medicine interventions included anti-infective therapy and circulation improvement as basic treatment. Adhering to the TCM principles of tonifying Qi, activating blood circulation, re-

moving necrotic tissue, and promoting tissue regeneration, the nursing team employed gradual debridement and postural drainage as the guiding approach, syndrome-differentiated care as the methodological principle, and utilized techniques such as staged debridement and postural regulation, combined with prescriptions and instruments including Zhuhong ointment gauze strips and acupuncture tools, supplemented by health education. This integrated approach addressed both the superficial manifestations and the fundamental etiology to harmonize Qi and blood. **Results** After nine days of intervention, wound inflammation was effectively controlled, necrotic tissue was thoroughly removed, the wound surface reduced in size and became shallower, epithelial tissue migrated and proliferated, and granulation tissue appeared plump, fresh, and moist. The Visual Analog Scale (VAS) pain score decreased from 6 to 2, lower extremity stasis was alleviated, sleep quality improved, and no adverse nursing events occurred. **Conclusion** The nursing protocol constructed upon TCM thinking, with gradual debridement combined with postural management as its core, can improve local blood circulation, promote wound healing and tissue regeneration, and align with the pathogenic mechanism of ulcers in elderly patients with deficient constitution. This approach provides a valuable reference for the nursing care of similar refractory wounds.

**KEY WORDS:** gradual debridement; dynamic postural management; mixed-type lower extremity ulcer; Qi stagnation and blood stasis syndrome; ecthyma; integrated Chinese and Western medicine nursing

混合型下肢溃疡为临床常见慢性难愈创面,多由下肢动脉硬化闭塞症合并静脉功能不全引发,兼具动脉供血不足与静脉回流障碍双重病理特点,创面迁延反复、疼痛显著,高龄合并多种基础病患者愈合难度更大,是创面护理领域的重点与难点<sup>[1]</sup>。中医将其归属于“臁疮”范畴,核心病机为气滞血瘀、经络痹阻及肌肤失养,治疗以祛腐生肌、益气活血及通络止痛为基本原则<sup>[2]</sup>。本研究立足中医理法方药与道法术器思维,以气血调和为道,以祛腐生新、通络消肿为法,以蚕食清创、动态体位为术,以中药换药、评估工具及康复锻炼为器,构建系统化护理模式<sup>[3-4]</sup>。蚕食清创遵循分期分批、循序渐进及祛腐不伤正的理念,可在保护缺血创面的前提下安全清除坏死组织;动态体位管理能够平衡动脉需下垂、静脉需抬高的护理矛盾,二者协同实现局部修复与整体调护的统一<sup>[5-6]</sup>。本文结合1例84岁气滞血瘀证混合型下肢溃疡患者的护理实践,总结以蚕食清创联合精细化体位管理为核心的中西医结合护理方案,为同类高龄复杂创面护理提供参考。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患者女性,84岁,汉族,退休职员,主因“左小腿反复破溃伴疼痛4年余,加重2月余”于2026年

04月15日入院。入院症见:左小腿溃疡复发,创面局部烧灼样疼痛,夜间痛感显著加剧,严重影响睡眠,日常活动量明显受限。既往史:高血压病史16年,最高血压210/100 mm Hg,血压控制不佳;高脂血症16年,冠心病病史7年,偶发胸闷气短;确诊双下肢动脉硬化闭塞症、下肢静脉功能不全、左侧肌间静脉血栓、右侧颈内动脉狭窄及低蛋白血症,2023至2024年多次行下肢血管腔内介入治疗,术后疼痛短暂缓解,溃疡仍反复不愈。有磺胺类药物过敏史,否认糖尿病、传染病史,无烟酒不良嗜好。

### 1.2 查体

#### 1.2.1 一般情况

体温(T)36.5℃,脉搏(P)85次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)170/98 mm Hg。神志清楚,精神倦怠,面色萎黄少华,形体偏瘦,因下肢溃疡疼痛活动受限,可配合完成体格检查。

#### 1.2.2 专科查体

双小腿轻度凹陷性水肿,左侧为重;双侧小腿皮肤干燥粗糙,弥漫褐色色素沉着,皮温偏低;左足皮肤潮红、表皮菲薄脱屑。左外踝两处融合溃疡,约4 cm×5 cm、1 cm×2 cm,基底苍白,少量淡黄色渗出,表面覆坏死组织;双足浅感觉减退,双侧股、腘动脉搏动可及,右侧胫后、足背动脉搏动减弱,左侧未触及。

### 1.2.3 中医辨证分析

四诊合参:望诊:面色萎黄,神疲少气,下肢溃疡久不收口,舌质黯淡,苔薄黄微腻;闻诊:语声低微;问诊:畏寒喜温,夜间痛甚,眠差纳少,下肢沉重;切诊:脉细滑无力,下肢局部皮温偏低。

十问歌采集:一问寒热:畏寒喜温,遇寒下肢疼痛加重,无明显发热;二问汗:平素微汗,下肢局部无异常汗出;三问头身:偶有头晕,下肢沉重酸胀,静息痛明显;四问二便:小便频,大便干结,日行一次;五问饮食:纳食尚可,食量偏少;六问胸胁:偶有胸闷,无胁肋胀痛;七问耳目:听力略减,视物尚可;八问睡眠:夜间因溃疡疼痛难以安卧,睡眠差;九问经期:已绝经多年;十问既往:久病体虚,介入术后。

八纲辨证:阴阳:整体以阴证为主,疮疡缠绵难愈,正气亏虚;局部湿热郁滞,兼见阳热之象。表里:病本在里,心脾肝肾亏虚;病标在表,肌肤络瘀阻溃瘍。寒热:整体偏寒,畏寒肢冷,皮温低;局部夹热,创面灼痛、渗出,苔黄腻。虚实:本虚标实,虚实夹杂,气虚为本,血瘀湿热为实。

脏腑辨证:病位主要责之脾、心、肝、肾。年老脾肾亏虚,气血生化不足,肌肉失养,创面难敛;心气不足,血行迟缓,脉络瘀阻;肝失疏泄,血络不通;肾气亏虚,温煦失职,寒凝血瘀,局部郁而化热,兼夹湿热。

### 1.3 诊断

中医诊断:臁疮,气虚血瘀证(兼夹湿热)。辨证依据:结合四诊合参、十问歌信息、八纲及脏腑辨证,患者年高,脾肾两虚,气血生化不足,气虚无力推动血行,致下肢脉络瘀阻,肌肤失养,溃破成疮,久溃不愈;瘀血阻滞经络,不通则痛,夜间阳气更虚,瘀阻加重,故疼痛入夜尤甚;脾虚湿浊内生,郁而化热,故苔薄黄微腻;神疲、纳少、面色萎黄、脉细滑无力均为气虚血瘀之征,舌黯为瘀血之象。本病属阴证为主,里证,寒热错杂,虚实夹杂之候。

西医诊断:混合型下肢溃疡,高血压2级(极高危),冠状动脉粥样硬化性心脏病,高脂血症,低蛋白血症,右侧颈内动脉狭窄,左侧下肢肌间静脉血栓。

### 1.4 治疗

本病以创面修复为核心开展中西医结合治疗与护理。中医予以局部蚕食清创术,精准清除创面坏死组织,联合朱红膏纱条规律换药,直达病所,共奏化腐生肌、活血通络及清热除湿之功;护理上以

创面精细化蚕食清创、动态体位管理为核心,落实创面保湿修复、疼痛阶梯干预、下肢消肿护理、营养支持、睡眠调理及疮疡康复健康宣教,促进肉芽组织生长,改善局部血运。在此基础上,辅以西医对症支持治疗,予降压、扩冠、调脂稳定斑块、改善微循环及预防性抗感染等药物,控制基础疾病,为创面愈合创造稳定内环境。经系统治疗与护理,患者于2026年04月24日创面感染有效控制,溃疡明显缩小,肉芽红活,水肿消退,疼痛显著缓解,睡眠改善,病情稳定准予出院。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

中医辨证:高龄体弱,久病耗气伤血,气虚血滞,脉络瘀阻,肌肤失养,属气滞血瘀、本虚标实之证。

创面评估(TIMERS)<sup>[7]</sup>:坏死组织附着,基底苍白;潜在感染;少量渗出;创缘不规则;无新鲜肉芽;高龄病程长,疾病认知不足。

疼痛评估:静息烧灼痛,夜间加重,采用疼痛视觉模拟量表(VAS)评估<sup>[8]</sup>,评分范围设定0~10分,0分表示无痛,10分代表难以忍受的剧痛,评分数值越高则疼痛程度越剧烈。本例患者入院时疼痛评分为6分,参照分级标准判定为中度疼痛。

睡眠质量评估:采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估<sup>[9]</sup>,PSQI总分范围0~21分,分值越高代表睡眠质量越差,得分与睡眠障碍程度呈正相关。该患者入院PSQI评分为18分,提示睡眠质量极差,存在明显睡眠紊乱。

营养状况评估:BMI23.2 kg/m<sup>2</sup>,虽体质量指数处于正常范围,但合并低蛋白血症,机体营养供给不足,创面组织修复能力受限,创面愈合风险偏高。

其他风险评估:采用日常生活活动能力评定表(ADL)评估<sup>[10]</sup>,从进食、洗漱、穿衣、如厕、大小便控制、平地行走、上下楼梯等日常基础生活项目逐项测评,总分0~100分,分值越低自理能力越差。本例患者ADL评分为55分,评定为日常生活中度依赖。应用Morse跌倒风险量表,通过评估跌倒史、继发性疾病、行走能力、平衡状态、静脉输液、步态及精神状态等相关条目综合计分,总分越高跌倒风险越大;患者Morse评分为60分,判定为高跌倒风险。采用压疮风险评估表(Braden量表)评估<sup>[11]</sup>,从感知能力、潮湿程度、活动能力、

移动能力、营养状况、摩擦力与剪切力6个维度逐项评分,各维度单项1~4分,总分范围6~24分,分值越高压疮风险越低;患者Braden评分20分,提示压疮发生风险较低。

心理评估:患者病程反复,多次住院,焦虑明显。

## 2.2 护理诊断及目标

结合上述护理评估内容及结果,提出以下主要护理诊断/问题,并制定长短周期目标,详见表1。

表1 护理诊断及结果

| 护理诊断         | 相关因素                   | 短期目标                            | 长期目标                             |
|--------------|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 皮肤完整性受损      | 下肢混合型供血障碍所致慢性溃疡        | 创面渗液减少,肉芽组织生长良好;创面无扩大,周围皮肤无红肿蔓延 | 创面逐步结痂愈合,皮肤屏障修复;无新发破溃,肢体功能维持     |
| 慢性疼痛         | 组织缺血、神经缺血性损伤及溃疡创面刺激    | 疼痛评分降至≤3分,夜间静息痛明显缓解             | 疼痛可控,换药及活动时不适感显著减轻;维持舒适状态        |
| 外周组织灌注不足     | 下肢动脉粥样硬化闭塞所致血流减少       | 下肢皮温改善,足背动脉搏动可触及;肢端麻木、发凉症状缓解    | 下肢血液循环改善,缺血性不适减轻;降低肢体缺血加重风险      |
| 体液过多:下肢水肿    | 下肢静脉功能不全、血液回流受阻        | 下肢周径减小,肿胀减轻;皮肤张力下降,沉重感缓解        | 静脉回流改善,水肿完全消退;减少淤血性皮损(色素沉着/硬化)发生 |
| 营养失调:低于机体需要量 | 低蛋白血症及长期慢性疾病消耗         | 合理补充优质蛋白及营养素;营养状况改善,纠正低蛋白       | 营养摄入均衡,机体抵抗力提升;为创面愈合提供充足营养支持     |
| 睡眠型态紊乱       | 夜间疼痛加重干扰睡眠             | 睡眠评分下降,入睡时间缩短;夜间觉醒次数减少          | 睡眠节律稳定,PSQI评分改善;日间精神状态饱满,无明显困倦   |
| 活动无耐力        | 下肢疼痛、组织供血不足及高龄所致体力下降   | 下肢负重不适减轻;可独立完成床上及床边简单活动         | 逐步提升活动耐受度;缓慢恢复步行等日常自主活动能力        |
| 知识缺乏         | 缺乏病因、自我护理及预防复发的相关知识    | 掌握创面清洁、体位管理、患肢保护基础要点            | 熟练掌握自我护理方法,能有效预防疾病复发             |
| 潜在并发症:创面感染   | 创面暴露、局部血供差、高龄及免疫功能相对低下 | 创面敷料清洁干燥;无脓性渗液、异味及红肿热痛加剧        | 有效防控感染,维持创面无菌环境;避免发生全身感染等严重并发症   |
| 焦虑           | 病程迁延不愈、反复住院及对预后担忧      | 情绪趋于平稳,消极情绪缓解;能够主动配合各项治疗操作      | 正确认知疾病,消除不必要恐惧;建立康复信心,保持积极心态     |

## 2.3 护理措施

### 2.3.1 蚕食清创联合中药换药

#### 2.3.1.1 护理思路

遵循腐去新生、祛腐不伤正的护理原则,采用分期分批、循序渐进的蚕食清创法<sup>[12]</sup>,配合院内制剂朱红膏纱条局部换药,逐步清除创面坏死组织,改善局部血运,促进肉芽组织生长,加快溃疡创面愈合。

#### 2.3.1.2 理法方药

护理治法:祛瘀化腐,活血生肌,解毒敛疮;外用方药:朱红膏纱条(首都医科大学附属北京中医医院院内制剂,京药制字Z20053396);药物组成:朱砂、红粉;炮制方法:朱砂经水飞炮制后研为极细粉末,红粉采用传统炼丹工艺炼制,二者配伍研匀后加入适宜基质制成膏剂,均匀涂布于无菌脱脂纱条制成朱红膏纱条,经高压灭菌后备用;使用方法:创面局部外敷,每日换药1次。

#### 2.3.1.3 实施方法

分期实施要点:坏死瘀阻期:以朱红膏纱条外敷为主,充分软化创面腐肉,此阶段以药物作用为主,尽量减少清创操作,仅清除完全游离坏死组织,避免加重局部缺血损伤;炎症平稳期:实施少

量分次蚕食清创,每次仅清除少量坏死组织,严格控制清创深度,保护创面周围存活组织,降低再次损伤风险;肉芽生长期:遵循先远后近、先松后紧的操作顺序,优先清除边缘游离坏死组织,轻柔操作,重点保护创面新鲜肉芽组织;组织再生期:创面坏死组织基本清除,以中药换药为主,配合体位管理促进下肢静脉回流,改善局部气血运行,加速上皮组织爬行再生。

具体操作步骤:操作者洗手,佩戴无菌手套,铺置无菌换药盘,备齐5%聚维酮碘消毒液、无菌棉球、无菌镊子、无菌手术剪及朱红膏灭菌纱条。用5%聚维酮碘棉球由创面中心向四周环形消毒,范围超出溃疡边缘3~5 cm,待消毒液自然风干。无菌镊子轻柔提起创面表面游离坏死组织,无菌剪沿组织分界处逐步剪除,全程严禁用力撕扯、强行剥离粘连组织。根据溃疡创面大小裁剪适配的朱红膏灭菌纱条,完全平铺覆盖于创面之上,外层无菌纱布加压包扎固定。

操作频次及疗程:每日规范换药1次,单次换药操作时长约15~20 min,全程持续至创面肉芽红润、溃疡明显缩小,总疗程根据创面愈合情况动态调整。

作用机制:朱红膏可调控 Bax/Bcl-2 表达水平并上调其比值,诱导中性粒细胞凋亡,纠正慢性创面中性粒细胞凋亡延迟现象;同时可下调炎症因子释放、优化创面微环境,阻滞慢性炎症迁延状态,推动创面由炎症期平稳过渡至组织修复期,这也是朱红膏促慢性皮肤溃疡愈合的重要作用机制<sup>[13]</sup>,为其临床应用提供了可靠实验支撑。

注意事项:严格执行无菌操作原则,所有接触创面的器械、敷料均经灭菌处理,防止交叉感染。清创操作动作轻柔,控制清创力度与深度,避免损伤新生毛细血管及肉芽组织。换药过程中密切观察患者疼痛反应,必要时提前给予疼痛干预。每

日观察创面颜色、渗出量、肉芽生长情况,动态调整清创力度及中药纱条使用方式。朱红膏含重金属成分,仅可外用,严禁口服;若出现局部皮肤瘙痒、皮疹等过敏表现,立即停用并对症处理。

#### 2.3.1.4 创面愈合过程

本例患者创面愈合过程,具体如下(详见图1):第1天:创面苍白缺血,灰白色坏死组织附着,无肉芽,皮温低、血运差;第3天:松散坏死组织部分清除,基底转淡红,可见少量肉芽点,渗液适中;第6天:坏死组织基本清除,肉芽鲜红紧实,渗液减少,创缘收缩,皮温回升;第9天:创面洁净,肉芽红活饱满,上皮爬行,溃疡显著缩小,进入稳定愈合期。

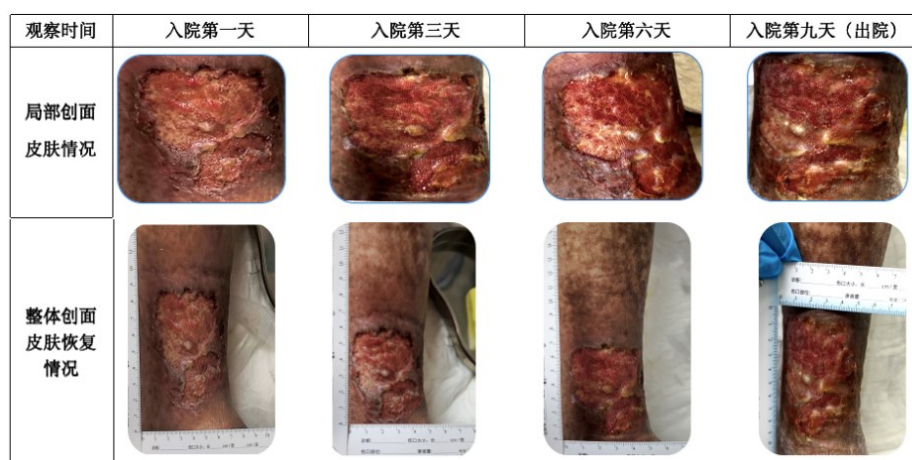


图1 创面愈合情况

#### 2.3.2 动态平衡体位管理

患者左侧胫后、胫前动脉重度狭窄近闭塞,压力治疗绝对禁忌。秉持气血调和理念,实施日间下垂、夜间抬高动态体位,兼顾动脉灌注与静脉回流<sup>[14-15]</sup>。理法方药:法以行气活血、利水消肿;方以体位调畅经络;药以外治通络为辅;护理以动静平衡、改善循环为要。道法术器:以阴阳平衡、气血和顺为道;以通经络、利水道、消肿痛为法;以日间下垂、夜间抬高为术;以体位指导、踝泵运动、周径测量为器。

每日实施精细化体位方案(循证落实),依据《血管压力治疗中国专家共识(2021版)》制定<sup>[16]</sup>,具体如下:07:00~08:00晨间:平卧抬高患肢高于心脏30 min,行踝泵运动(勾脚、绷脚、环转)3组,促进静脉回流、减轻水肿;09:00~11:30日间:坐位每30 min下垂10 min,每小时翻身,禁久坐、盘腿;14:00~16:00午后:抬高患肢30~40 min,向心性轻柔按摩;16:00~19:00傍晚:适度下垂,配合Buerger运动改善动脉供血,促进侧支循环;20:00~次日07:00夜间:持续抬高患肢,

足跟垫软枕,每2 h翻身。禁忌:严禁加压、热敷、暴力按压及长时间单一姿势。

#### 2.3.3 疼痛与睡眠管理

以改善循环、优化创面及减少刺激为核心,通过体位消肿、规范换药缓解疼痛并改善睡眠。干预后,患者VAS评分由6分降至2分,PSQI评分由18分改善至8分,睡眠质量显著提升。

#### 2.3.4 营养支持

遵循“正气存内,邪不可干”理念,指导患者进食高蛋白、高维生素及低盐低脂饮食,增加优质蛋白摄入,定期监测白蛋白与体重,纠正低蛋白血症,为创面愈合提供营养保障。

#### 2.3.5 健康教育

体位:日间下垂、夜间抬高,禁加压、热敷;创面:观察感染信号,正确清洁换药,防外伤摩擦;锻炼:踝泵运动用于日常消肿、预防血栓,Buerger伯格运动<sup>[17]</sup>用于改善动脉缺血,二者联合锻炼;用药随访:规律服药,定期复查;中医调护:结合消、拖、补、防思想<sup>[18]</sup>,调情志、节饮食、防复发。

### 3 结果和随访

本次住院期间针对患者现存、潜在护理问题实施中西医结合辨证施护,各项护理短期目标全部实现;创面修复、循环、疼痛、睡眠、自理能力、心理状态及并发症防控均达到预期效果,机体整体状态改善,已具备长期居家康复条件。

**皮肤完整性受损:**经蚕食清创联合朱红膏纱条换药,创面坏死组织逐步清除,肉芽红活、上皮爬行,创面缩小,无创面扩大、周边红肿,短期目标达成,创面进入持续修复阶段。**慢性疼痛:**配合创面处置与体位调节,VAS评分由6分降至2分,夜间静息痛显著缓解,疼痛控制达标。外周组织灌注不足:动态体位改善肢体供血,患肢皮温回升,缺血发凉症状缓解,下肢血液循环较入院好转。**体液过多:**患肢周径由34.0 cm降至29.5 cm,凹陷水肿基本消退,肢体沉重、紧绷感消失,静脉回流改善。**营养失调:**低于机体需要量:落实高蛋白饮食指导,配合对症治疗,有效纠正低蛋白血症,为创面愈合提供营养支持。**睡眠型态紊乱:**疼痛改善后患者PSQI评分由18分降至8分,入睡困难、夜间频繁觉醒明显改善,睡眠质量大幅提升。**活动无耐力:**患者水肿、疼痛缓解后,ADL评分由55分升至90分,可自主完成床边活动与踝泵锻炼,肢体耐受力明显提高。**知识缺乏:**通过系统健康宣教,患者及家属熟练掌握体位管理、创面防护、康复锻炼要点,自我护理认知达标。**潜在并发症:**创面感染:全程无菌换药、创面精细化管理,住院期间创面无脓性渗出、红肿发热,未发生继发感染。

患者出院7 d后予随访,患者规律落实体位与康复锻炼,创面愈合进展顺利,无破溃复发,居家护理依从性良好。

### 4 讨论

下肢混合型溃疡同时存在动脉供血不足与静脉回流障碍两种病理机制,其创面愈合受到双重因素的制约。国际流行病学数据显示,慢性下肢创面在全球成年人群中的患病率为1%~2%,相关系统评价提示下肢静脉溃疡在65岁以上老年人群中上升至3%~4%<sup>[19-20]</sup>。高龄合并多种基础疾病是影响创面愈合的重要因素,老年患者因皮肤结构改变、促炎性细胞变化及感染倾向增加,所有类型的慢性创面风险均显著升高<sup>[21]</sup>。本病例患者84岁高龄,合并高血压、冠心病、低蛋白血症等

多种基础疾病,病程长达4年余,属于典型的复杂难愈合性创面。混合型溃疡的体位护理面临“缺血需下垂、水肿需抬高”的矛盾需求,这需要护士具备动态评估和个体化调整的能力,而不能简单套用单一病因的护理方案。

蚕食清创术的核心优势在于“分期分批、循序渐进”,完美契合缺血性创面“祛腐不伤正、护膜以生肌”的中医治疗原则。本案例的护理实践严格遵循2025年发布的《中医技术操作规范蚕食鲸吞清创术》团体标准,在清创前、中、后均进行了系统性评估,并依据创面分期(炎症期、稳定期)精准把握清创时机与程度。初期以朱红膏纱条外敷进行“中药蚕食”,待血运改善、坏死组织游离后,再行分次“机械清创”。这种阶梯化、规范化的清创策略,有效避免了因一次性过度清创而加重局部缺血损伤的风险,为后续肉芽组织生长创造了良好条件。本研究证实,将标准化的操作流程与动态的创面评估相结合,是安全、有效实施蚕食清创的关键,也为临床推广该技术提供了可借鉴的实践范式。

针对混合型下肢溃疡,压力治疗需要在安全性与有效性之间取得平衡。2024年发布的国际专家共识专门针对静脉性及混合病因下肢溃疡的评估与治疗作出了系统阐述<sup>[22]</sup>,强调需对动脉、静脉双重病因进行准确评估,同时明确了将压力治疗作为整体护理计划的一部分,开展安全有效管理的重要性。针对下肢静脉溃疡周围皮肤护理的最佳证据总结也指出,压力治疗是静脉性溃疡管理的核心内容<sup>[23]</sup>。但本病例患者左侧胫后、胫前动脉存在重度狭窄,接近闭塞,属于重度动脉病变,压力治疗为相对禁忌证,因此未采用弹力绷带或弹力袜,而是应用“动态平衡体位管理”策略,通过调整体位变化同时满足改善缺血、缓解水肿两项矛盾需求。本案例个体化策略的成功实施提示,护理人员应当在充分评估患者动脉病变程度(如结合踝肱指数、血管超声结果)的基础上制定体位管理方案,而非机械照搬指南推荐方案。

低蛋白血症是高龄慢性创面患者的常见并发症,会严重延缓创面愈合速度。当患者存在营养不良时,体内蛋白质合成不足,会影响胶原蛋白合成与新生血管生成,进而推迟创面修复进程。本病例患者入院后被补充诊断为低蛋白血症,这提示临床护理中,应当对高龄慢性创面患者常规开展营养筛查与人血白蛋白监测,并将营养支持纳入创面常规护理的组成部分。

综上所述,混合型下肢溃疡存在缺血与淤血并存的病理矛盾,诊疗难度较高。本病例以高龄气虚血瘀证患者为研究对象,将蚕食清创联合动态体位管理作为核心干预手段,依托中医理法方药、道法术器理论体系,遵循益气活血、祛腐生新的施治原则,配合朱红膏纱条外用、穴位理疗及辨证施护<sup>[24]</sup>,实现局部创面与全身机能同步调治。经短期系统化干预,患者创面肉芽生长良好,上皮顺利爬升,疼痛症状显著缓解,无护理不良事件。该护理模式可有效平衡下肢双重血运紊乱,标本兼顾,兼具规范性与人文性。未来,可进一步扩大样本量深入探究该干预机制,规范中医创面护理流程,优化动态体位管理标准。同时依托延续护理模式,完善慢病创面随访体系,秉持中医“既病防变,瘥后防复”理念,持续推进中西医协同护理。

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] 王戈,韩锋,曾月妮. 混合型多因性溃疡的诊断与处理[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(3): 226-227.  
Wang G, Han F, Zeng Y N. Diagnosis and treatment of mixed multifactorial ulcer[J]. Int J Nurs, 2006, 25(3): 226-227. (in Chinese)
- [2] 翟康康,陈斯卓,李旷逸,等. 中医药治疗脓疮的研究进展[J]. 临床个性化医学, 2025, 4(3): 507-511.  
Zhai K K, Chen S Z, Li K Y, et al. Research progress on treating ecthyma with traditional Chinese medicine[J]. J Clin Pers Med, 2025, 4(3): 507-511. (in Chinese)
- [3] 沈晓霞,周昕,蒋琪霞. 1例难以分期压疮伴有多种细菌感染患者的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(26): 3287-3288.  
Shen X X, Zhou X, Jiang Q X. Nursing Care for a Patient with a Difficult-to-Stage Pressure Ulcer and Multiple Bacterial Infections[J]. Chin J Mod Nurs, 2013, 19(26): 3287-3288. (in Chinese)
- [4] 万乐,毛文丽,邱雪辉,等. 下肢皮肤慢性溃疡的中医药研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(13): 90-93.  
Wan L, Mao W L, Qiu X H, et al. Research progress of chronic ulcer of lower limb skin in traditional Chinese medicine[J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2024, 22(13): 90-93. (in Chinese)
- [5] 王橙,杨康康. 整体化功能维护理念下动态体位护理对骨科重症压疮高危患者的效果研究[J]. 妇幼护理, 2026, 6(3): 718-720, 724.  
Wang C, Yang K K. Effect of Dynamic Positioning Care on High-Risk Pressure Ulcer Patients in Orthopedic Critical Care under the Concept of Integrated Functional Maintenance [J]. Maternal and Child Nursing, 2026, 6(3): 718-720, 724. (in Chinese)
- [6] 缪爱梅,林碎钗,潘夏蓁,等. 负压封闭引流治疗下肢溃疡的护理[J]. 护理与康复, 2011, 10(2): 140-141.  
Miao A M, Lin S C, Pan X Z, et al. Nursing care of patients with lower extremity ulcer treated by vacuum sealing drainage[J]. J Nurs Rehabil, 2011, 10(2): 140-141. (in Chinese)
- [7] 李文雅,范玲. 慢性难愈性创面评估工具的研究进展[J]. 护理研究, 2022, 36(13): 2356-2360.  
Li W Y, Fan L. Research progress on assessment tools for chronic refractory wounds[J]. Chin Nurs Res, 2022, 36(13): 2356-2360. (in Chinese)
- [8] 潘亚娟,薛明,王柯娜,等. 4种疼痛评估量表在房颤射频消融术患者中的应用比较[J]. 护理学杂志, 2024, 39(4): 29-32.  
Pan Y J, Xue M, Wang K N, et al. Comparison of different pain scales in pain assessment of patients receiving radiofrequency ablation for atrial fibrillation[J]. J Nurs Sci, 2024, 39(4): 29-32. (in Chinese)
- [9] 刘志喜,石倩萍,杨洪霞,等. 匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人群中的信效度评价[J]. 汕头大学医学院学报, 2020, 33(3): 173-176.  
Liu Z X, Shi Q P, Yang H X, et al. Reliability and validity evaluation of Pittsburgh sleep quality index in nursing population[J]. J Shantou Univ Med Coll, 2020, 33(3): 173-176. (in Chinese)
- [10] 王宝艺,黄培冬,方佳,等. 日常生活能力量表的中医临床应用研究[J]. 云南中医药大学学报, 2025, 48(5): 14-19.  
Wang B Y, Huang P D, Fang J, et al. Study on clinical application of daily living ability scale in traditional Chinese medicine [J]. J Yunnan Univ Chin Med, 2025, 48(5): 14-19. (in Chinese)
- [11] 秦呈燕,于红,任艳华. Braden量表联合预见性护理在创伤骨科卧床患者压力性损伤预防中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(6): 116-119.  
Qin C Y, Yu H, Ren Y H. Application of Braden scale combined with predictive nursing in prevention of stress injury of patients in bed in trauma orthopedic

- dics department [J]. J Qilu Nurs, 2024, 30 (6): 116–119. (in Chinese)
- [12] 岳丽娜, 徐国丽, 石春红, 等. 蚕食清疮换药法处理气虚血瘀型糖尿病足的护理分析[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25(13): 105–109.
- Yue L N, Xu G L, Shi C H, et al. Nursing analysis of treating qi deficiency and blood stasis type diabetic foot by nibbling clearing sore and changing dressings[J]. Diabetes New World, 2022, 25(13): 105–109. (in Chinese)
- [13] 黄阳君, 林萍, 潘南芳, 等. 临床护理路径在臀部手术患者体位管理中的应用[J]. 饮食科学, 2021 (6): 157.
- Huang Y J, Lin P, Pan N F, et al. Application of Clinical Nursing Pathways in Position Management for Patients Undergoing Buttock Surgery [J]. Diet Sci, 2021(6): 157. (in Chinese)
- [14] 林燕, 李萍, 陈佳, 等. 朱红膏对中性粒细胞分泌炎症因子及凋亡的影响[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(9): 2066–2069.
- Lin Y, Li P, Chen J, et al. Effect of Zhuhong ointment on secretion of inflammatory factors and apoptosis of neutrophils [J]. Lishizhen Med Materia Med Res, 2023, 34(9): 2066–2069. (in Chinese)
- [15] 杜爽, 龚丽华. 体位管理在临床护理中的应用[J]. 医药与保健, 2014, 22(2): 164, 168.
- Du S, Gong L H. The Application of Position Management in Clinical Nursing [J]. Med Heal Care, 2014, 22(2): 164, 168. (in Chinese)
- [16] 中国微循环学会周围血管疾病专业委员会压力学组. 血管压力治疗中国专家共识(2021版)[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(17): 1214–1225.
- The Pressure Group of the Peripheral Vascular Disease Professional Committee of the Chinese Society for Microcirculation. Chinese Expert Consensus on Vascular Pressure Therapy (2021 Edition)[J]. Natl Med J China, 2021, 101(17): 1214–1225. (in Chinese)
- [17] 张圣威, 刘洋. Buerger运动联合中医皮内针促进糖尿病足慢性创面愈合的效果评价[J]. 运动与健康, 2025, 4(14): 117–120.
- Zhang S W, Liu Y. Evaluation of the Effect of Buerger Exercise Combined with Traditional Chinese Medicine Intradermal Needling on the Healing of Chronic Wounds in Diabetic Foot [J]. Sports and Health, 2025, 4(14): 117–120. (in Chinese)
- [18] 吴珣, 徐旭英, 牛晓暉. 房芝萱糖尿病足一号方联合穴位贴敷治疗糖尿病周围血管病变的效果观察[J]. 北京中医药, 2021, 40(9): 1018–1021.
- Wu X, Xu X Y, Niu X W. Effect of Fangzhixuan Diabetic Foot No. 1 Decoction combined with acupuncture application on diabetic peripheral vascular disease[J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2021, 40(9): 1018–1021. (in Chinese)
- [19] Fleischhauer T, Poß-Doering R, Sander N, et al. Pilot implementation of a primary care disease management concept for venous leg ulceration: results of a mixed-methods process evaluation[J]. Healthcare (Basel), 2024, 12(24): 2552.
- [20] Probst S, Saini C, Gschwind G, et al. Prevalence and incidence of venous leg ulcers—a systematic review and meta-analysis[J]. Int Wound J, 2023, 20 (9): 3906–3921.
- [21] 潘锋. 老年人慢性创面修复需要多学科综合治疗: 访中国老年医学学会烧创伤分会会长、南昌大学第一附属医院郭光华教授[J]. 中国医药导报, 2023, 20(32): 1–3.
- Pan F. Rehabilitation of chronic wounds in the elderly requires comprehensive treatment from multiple disciplines: An interview with Professor Guo Guanghua, the president of the Burn and Trauma Branch of the Chinese Geriatrics Society and the First Affiliated Hospital of Nanchang University [J]. China Med Her, 2023, 20(32): 1–3. (in Chinese)
- [22] Nair H K, Mosti G, Atkin L, et al. Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency: assessment and management with compression therapy as part of a holistic wound-healing strategy [J]. J Wound Care, 2024, 33(Sup10b): S1–S31.
- [23] 仲宇, 魏惠燕, 林淑洁, 等. 下肢静脉溃疡周围皮肤护理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(12): 1446–1453.
- Zhong Y, Wei H Y, Lin S J, et al. Summary of the best evidence for surrounding skin management in venous leg ulcers [J]. Chin J Nurs, 2024, 59(12): 1446–1453. (in Chinese)
- [24] 王常箭, 吕延伟. 一效膏外敷联合负压封闭引流治疗臁疮随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(5): 74–77.
- Wang C J, Lv Y W. Yixiao ointment combined with vacuum sealing drainage in the treatment of a randomized controlled trial of ecthyma[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2016, 30(5): 74–77. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。