

DOI: 10.12209/CAIM202605240004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例带状疱疹患者的中西医结合护理报告

郭 跃, 胡 薇, 刘冬梅, 任丽媛, 郭子怡, 张 琳, 龚永红

(首都医科大学附属北京中医医院 皮肤科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例带状疱疹患者的中西医结合护理经验。该患者在门诊治疗及护理过程中, 医护团队通过局部皮损评估、疼痛护理干预, 遵循辨证施护原则, 应用疱病清创、中药穴位贴敷及中药热熨敷等中医护理操作技术实施干预。通过制定并落实个性化护理方案, 运用中医特色护理技法及药物, 患者症状缓解、疼痛减轻, 生活质量得到有效提升。

关键词: 带状疱疹; 疱病清创治疗; 热熨敷治疗

Nursing Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Care for One Patient with Herpes Zoster

GUO Yue, HU Wei, LIU Dongmei, REN Liyuan,

GUO Ziyi, ZHANG Lin, GONG Yonghong

(Department of Dermatology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine in caring for one patient with herpes zoster. During the outpatient treatment and nursing process, the medical and nursing team implemented interventions in accordance with the principle of pattern differentiation-based nursing through local skin lesion assessment and pain nursing interventions, applying TCM-specific nursing techniques, including debridement for bullous disease, acupoint application of Chinese herbal medicine, and hot ironing compress with Chinese herbal medicine. Through the development and implementation of a personalized nursing care plan, as well as the application of TCM-specific nursing techniques and medications, the patient's symptoms were relieved, pain was alleviated, and quality of life was effectively improved.

KEY WORDS: herpes zoster; debridement for bullous disease; hot ironing compress therapy

带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒(Varicella-Zoster Virus, VZV)潜伏再激活引发的感染性皮肤病, 老年人、糖尿病患者及免疫功能低下人群发病风险较高^[1-2]。急性期主要表现为簇集性水疱及显著神经痛, 若处理不及时, 易进展为带状疱疹后神经痛(Postherpetic Neuralgia, PHN), 严重影响患者睡眠、日常活动及生活质量^[3-5]。目前临床治疗以早期抗病毒、镇痛、促进皮损愈合及预防继发感染为基础, 配合中医辨证施护及外治护理, 可在缓解疼痛、缩短病程及提升舒适度方面发挥积极作用。

本病例为 64 岁女性患者, 合并高血压、糖尿病及高脂血症, 因左侧颈部及胸背部红斑、水疱伴疼

痛 4 d, 于 2026 年 02 月 20 日首次至门诊就诊, 02 月 22 日因皮损进展、疼痛加重收入院。患者急性期疼痛数字评分法(NRS)最高达 10 分, 同时存在血糖控制欠佳、白蛋白偏低等影响皮损愈合的因素。本文总结该患者在门诊及住院期间接受中西医结合治疗与连续护理的全过程, 以期老年合并基础疾病的带状疱疹患者提供个性化护理参考。

1 病历资料

1.1 一般资料

患者女性, 64 岁, 于 2026 年 02 月 20 日至我科门诊首诊。主诉: 左侧颈部、胸背部出现红斑、水疱伴疼痛 4 d。患者 4 d 前无明显诱因出现左侧颈

收稿日期: 2026-05-24

通信作者: 龚永红, E-mail: 1368139762@163.com

OPEN ACCESS

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

肩部红斑,伴散在水疱及轻微疼痛,疼痛数字评分法(NRS)评分为3分,未予重视。1 d前红斑、水疱加重,未进行预处理,因皮损进一步进展至我科门诊就诊。患者既往高血压病史20年,糖尿病病史2年,高脂血症病史8年,均规律服药;否认肝炎、结核等传染病病史;否认药物及食物过敏史。现症见:左侧肩颈部可见弥漫性红色水肿性斑片,其上簇集分布粟粒至绿豆大小水疱,疱液澄清,疱壁紧张,皮疹呈单侧带状分布。

1.2 查体

患者神志清楚,精神状态可,无发热恶寒。专科检查:左侧肩颈部可见弥漫性红色水肿性斑片,其上簇集分布粟粒至绿豆大小水疱,疱液澄清,疱壁紧张,皮疹呈单侧带状分布,主要累及C3至C4神经节段。实验室检查(02月22日入院后):全血细胞分析:白细胞计数(WBC) $9.47 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比(NEUT%)33%,淋巴细胞百分比(LYMPH%)53.3%,单核细胞计数(MONO#)

$5.051 \times 10^9/L$;血糖11.62 mmol/L,糖化血红蛋白9.8%;白蛋白37.2 g/L。

1.3 诊断

中医四诊:望诊:舌淡红,苔白厚;闻诊:未闻及异常气味及声音;问诊:食欲减退,睡眠欠佳,夜醒后可再次入睡,大便1次/d,成形,小便调;切诊:脉细。患者为老年女性,脾胃虚损,水湿运化失常,日久湿热内生,加之外感毒邪,内外合邪阻滞气机,肝经郁热,木郁克脾,脾失健运,湿浊内停,湿热搏结于肌肤而发病。肝胆蕴热循经发于肌表,故见红斑、水疱;热盛则皮疹色红;气血不通则局部疼痛;舌暗红、苔白腻、脉弦均为肝经郁热之象。综观舌脉症,病位在气分,病性属实,证属肝经郁热证。中医诊断:蛇串疮(肝经郁热证);西医诊断:带状疱疹。

1.4 治疗

本例患者治疗经过及主要护理措施,如表1所示。

表1 治疗经过及主要护理措施

时间	主要情况	中西医治疗及护理措施	结果/转归
2026年02月20日 (门诊初诊)	左侧肩颈部弥漫红色水肿斑片,簇集水疱,NRS评分3分	外用喷昔洛韦乳膏,口服伐昔洛韦、甲钴胺;予龙胆泻肝汤加减中药治疗,配合中药塌渍、穴位贴敷	嘱患者密切观察病情变化,必要时复诊
2026年02月21日 (门诊复诊)	红斑、水疱仍明显,皮损呈单侧带状分布	继续予抗病毒及中医外治;行疱病清创、疱液抽吸、贴敷及红光照射治疗	创面清洁,皮损干燥,继续随诊
2026年02月22日至 02月27日(住院早期)	皮损进展并破溃,可见血痂及少量脓性分泌物,NRS最高达10分;血糖升高、白蛋白偏低	予皮肤科二级护理、低盐低脂糖尿病饮食及血糖监测;静脉滴注阿昔洛韦抗病毒,甲钴胺营养神经,普瑞巴林镇痛;配合清创、塌渍、贴敷、针灸、皮内针、拔罐走罐及红光照射	02月24日多数皮疹结痂,NRS降至5分;按会诊意见调整降糖方案并加强营养支持
2026年02月28日至 03月04日(恢复期)	水疱干涸结痂,无新发皮疹,疼痛逐步减轻	停用清创及中药贴敷,继续予塌渍、涂擦、穴位贴敷、拔罐走罐、皮内针、红光及针灸治疗;加用中药热熨敷止痛;抗病毒治疗改为口服伐昔洛韦	03月04日皮损明显好转,NRS降至3分,痊愈出院

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

采用疼痛数字评价量表(NRS)评估患者疼痛程度,该量表包含0~10共11个数字,由患者选择对应数字描述疼痛强度,数字越大代表疼痛程度越剧烈。0分为无痛,1~3分为轻度疼痛(不影响睡眠),4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛(无法入睡或睡眠中痛醒),10分为剧痛^[6]。02月22日,患者入院时疼痛评分为10分,属于剧痛范畴。

2.1.2 跌倒风险评估

采用Morse跌倒风险评估量表(MFS)评估患

者跌倒风险,该量表由美国宾夕法尼亚大学Janice Morse教授于1989年研制,专为预测跌倒风险设计,包含近3个月内跌倒史、疾病诊断数量 ≥ 2 项、使用行走辅助用具、静脉输液/肝素锁使用、步态状态、认知状态6个条目,总分125分。评分 ≥ 45 分为跌倒高度风险,25~44分为跌倒中度风险,评分 < 25 分为跌倒低度风险,得分越高跌倒风险越大^[7]。该患者入院时MFS评分为35分,存在中度跌倒风险。

2.2 护理诊断

疼痛:与带状疱疹引发的神经损伤及炎症反应有关;皮肤完整性受损:与带状疱疹皮损破溃有关;焦虑(轻度):与担心遗留带状疱疹后神经痛有关。

2.3 护理计划

根据患者皮损情况实施辨证施护,运用疱病清创术、疱液抽吸术、中药贴敷、红光照射、中药涂擦、中药溻渍、穴位贴敷、皮内针、拔罐及走罐等中医护理操作技术,帮助患者快速缓解疼痛、缩短病程,促进水疱干涸结痂,预防继发感染,减少后遗神经痛;后期加用中药热熨敷治疗,以改善局部气血瘀滞状态,减轻疼痛,提升患者舒适度。

2.4 护理措施

2.4.1 皮损清创、疱液抽吸与创面保护护理

入院后每日评估皮损颜色、范围、水疱张力、渗出及结痂情况。操作前向患者说明目的并协助取舒适卧位,暴露患处,注意保护隐私及保暖。对存在破溃、血痂及脓性分泌物的皮损,严格遵循无菌原则,用乳酸依沙吖啶溶液浸湿棉球,由清洁区向污染区轻柔擦拭;脓疱或血疱用无菌剪刀沿疱壁底部剪开,去除松动疱壁,清洁基底部脓液及血液后,按皮损面积将单层纱布蘸取药液平整贴敷于创面^[8]。对疱液澄清且无感染表现的水疱,采用一次性注射器于低位疱壁进针抽吸疱液,针头沿直线贯通对侧疱壁后原路退回,边退针边抽吸,以促进水疱干涸。上述操作1次/d,操作过程中动作轻柔,避免撕脱完整皮肤;治疗后观察局部渗血、渗液及疼痛变化,嘱患者勿搔抓、勿自行挑破水疱,保持敷料清洁干燥。

2.4.2 刺络放血、拔罐及走罐镇痛护理

结合患者皮疹走向及疼痛部位,选取“龙头”“龙尾”阿是穴及背部足太阳膀胱经循行区域实施刺络放血、拔罐和走罐治疗。操作前评估患者疼痛评分、皮肤状况、凝血功能及耐受程度,备齐三棱针、火罐、润滑介质及消毒用品,避开破溃、感染部位及骨突处。刺络放血时先消毒局部皮肤,于“龙头”(疱疹最先出现处)和“龙尾”(疱疹延伸方向末端)点刺或叩刺至少量出血,再以火罐吸附,留罐10~15 min,以皮肤潮红、患者可耐受为度^[9-10]。走罐时先在背部膀胱经循行部位涂擦润滑剂,吸拔火罐后手持罐底,沿经络方向前后推拉或环形移动,至局部潮红或出现痧点时停止。治疗3次/周,操作后擦净皮肤,观察有无水疱、瘀斑过重、头晕或心悸等情况,嘱患者治疗后注意保暖,24 h内避免局部沾水。

2.4.3 中药溻渍湿敷护理

遵医嘱使用清热消肿洗剂与纯净水按1:30比例稀释后行局部溻渍湿敷。清热消肿洗剂为院内

制剂,主要成分为马齿苋、黄柏,具有清热消肿、泻火解毒及收敛止痒等功效^[11]。操作时将6~8层无菌纱布完全浸透药液,稍拧至不滴水后覆盖患处,范围超出皮损边缘约1~2 cm;每15~20 min更换1次湿敷纱布,每次持续30~40 min,1~2次/d。湿敷过程中密切观察患者局部灼热、刺痛、瘙痒及渗出变化,若出现明显不适、皮肤苍白或渗出增多,立即停止操作并报告医生。湿敷结束后轻轻吸干局部水分,保持创面清洁,避免摩擦。

2.4.4 中药热熨敷止痛护理

皮损水疱干涸、局部无明显渗出后,严格遵循《护理人员中医技术使用手册》热熨敷操作规程实施中药热熨敷^[12]。操作前评估皮损结痂情况、皮肤感觉、疼痛评分及热耐受程度,避免在破溃渗出明显处直接热熨。将药袋加热至60~70℃备用,协助患者暴露颈肩部,在患处或相应疼痛区域薄涂凡士林以保护皮肤;以药袋在局部及相关穴位来回推熨,初始用力轻、速度快,温度下降后逐渐加大力度并减慢速度,药袋温度过低时及时更换或加热。每次治疗15 min,1次/d,以患者感觉温热舒适、无灼痛为度。操作中每3~5 min询问患者感受并观察皮肤颜色,治疗后记录疼痛变化情况,嘱患者避免立即受凉。

2.4.5 生活起居与皮肤保护护理

护士每日换药时观察皮损范围、颜色、结痂及渗出变化并记录,发现新发皮疹、渗出增多、红肿加重或疼痛突然加剧时及时报告医生。指导患者保持皮肤清洁干燥,穿着宽松柔软的纯棉衣物,避免搔抓、摩擦及自行揭痂;保证规律作息和充足睡眠,减少重体力劳动,入睡时尽量采取健侧卧位,避免患处受压。

2.4.6 疼痛与睡眠护理

每日采用疼痛数字评价量表(NRS)动态评估疼痛强度、持续时间、诱发因素及睡眠受影响程度,并将评分变化反馈给医生。除遵医嘱使用镇痛药物外,配合局部刺络放血、拔罐、膀胱经走罐、留罐及中药热熨敷等方法,以通经活络、清泻火毒、缓解疼痛。护理过程中加强解释和安慰,指导患者采用分散注意力、放松呼吸及调整舒适卧位等方法,减轻因疼痛引起的焦虑和睡眠障碍。

2.4.7 饮食营养与血糖管理护理

根据患者肝经郁热证及合并糖尿病、白蛋白偏低等情况,实施个体化饮食指导。建议患者选择清淡易消化饮食,适量增加蔬菜及低血糖生成

指数水果,可食用苦瓜、冬瓜、梨等清热食物;同时补充优质蛋白,如瘦肉、禽类、蛋类及乳制品,必要时可少量食用坚果,以改善营养状态。指导患者控制总热量及碳水化合物摄入,减少米饭、面条、面包等精制碳水化合物及甜食、含糖饮料的摄入,增加全谷物、豆类和高纤维食物的比例^[13]。住院期间配合血糖监测结果调整饮食摄入,促进皮损

愈合并维持血糖平稳。

2.5 护理评价

经2次门诊治疗及10 d住院治疗后,患者NRS评分由入院时的10分降至3分;治疗前患者左侧肩颈部弥漫红色水肿斑片,簇集水疱,治疗后皮损大部分干燥脱痂,仅留少量色素沉着(详见图1),已于2026年03月04日痊愈出院。



图1 皮损变化情况

3 结果和随访

患者经门诊及住院治疗后,皮损好转、疼痛减轻,于2026年03月04日痊愈出院。出院一周后经护理视频门诊复诊,患者局部皮损愈合良好,NRS评分降至2分,嘱患者门诊随访,遵医嘱按时服用甲钴胺营养神经。

4 讨论

带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒(Varicella-Zoster Virus, VZV)潜伏后再激活引发的病毒性皮肤病^[14]。治疗目标以促进皮损消退、缓解疼痛及改善患者生活质量为主,及时规范的抗病毒治疗有助于皮损愈合,可能缩短带状疱疹后遗神经痛的持续时间^[15]。流行病学数据显示,带状疱

疹发病率随年龄增长显著升高,在免疫功能下降的老年人群中更为常见^[16]。年龄>50岁、急性期剧痛、重症皮疹、眼部分布、前驱痛均为带状疱疹后遗神经痛的高危因素。作为神经病理性疼痛的典型代表,带状疱疹后遗神经痛是水痘一带状疱疹病毒感染最具代表性的远期后遗症,表现为持续性灼痛、电击样痛等顽固性疼痛,发病率与年龄呈正相关,严重降低患者生活质量^[17]。有研究表明,带状疱疹感染可能升高痴呆风险,而接种带状疱疹疫苗或可降低该风险^[18]。

本案例患者在我科门诊及病房接受12 d治疗,经中西医结合治疗后痊愈出院。患者本次发病急骤,皮疹典型,神经疼痛剧烈,严重影响日常活动与睡眠,且合并多种慢性基础疾病,存在白蛋白偏低、血糖控制欠佳等问题,机体营养状态及代

谢水平较差,进一步增加了治疗与恢复难度。在治疗及护理过程中,运用中医整体护理观念,对患者病情进行全面评估,针对性开展多项中医特色护理技术,辨证施护、内外协同,在带状疱疹急性期止痛、促进水疱干涸结痂,缓解神经疼痛,缩短病程,减少后遗神经痛风险等方面疗效确切、优势突出,充分体现了中医特色护理在皮肤病诊疗中的独特价值与临床实效。同时,结合患者低蛋白血症、血糖控制不佳的情况,制定并落实个性化饮食方案,即合理优化优质蛋白摄入以纠正低蛋白状态,严格把控碳水化合物、热量及脂肪配比以调整膳食结构,助力平稳调控血糖,规避饮食诱因,促进机体整体恢复。

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] Aksu S B, Öztürk G Z. A rare case of shingles after COVID-19 vaccine: is it a possible adverse effect? [J]. Clin Exp Vaccine Res, 2021, 10(2): 198.
- [2] Liu H J, Cui L Y, Zhang S B, et al. Research progress on varicella-zoster virus vaccines [J]. Vaccines, 2025, 13(7): 730.
- [3] 陈静, 张强春, 张长国, 等. 普瑞巴林治疗疱疹后神经痛 31 例[J]. 药物流行病学杂志, 2013, 22(3): 121-122, 138.
Chen J, Zhang Q C, Zhang C G, et al. Observation of the efficacy and safety of pregabalin in the treatment of postherpetic neuralgia[J]. Chin J Pharmacopidemiol, 2013, 22(3): 121-122, 138. (in Chinese)
- [4] Jin H, Ji Y, An J S, et al. Engineering *Escherichia coli* for constitutive production of monophosphoryl lipid A vaccine adjuvant[J]. Biotech & Bioengineering, 2024, 121(3): 1144-1162.
- [5] 张月, 毛子安. 带状疱疹疫苗的研究现状及临床评价[J]. 微生物学免疫学进展, 2025, 53(5): 88-94.
Zhang Y, Mao Z A. Development and clinical evaluation of herpes zoster vaccines [J]. Prog Microbiol Immunol, 2025, 53(5): 88-94. (in Chinese)
- [6] 严广斌. NRS 疼痛数字评价量表 numerical rating scale[J/OL]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(3): 410.
Yan G B. NRS pain digital rating scale[J/OL]. Chin J Jt Surg Electron Ed, 2014, 8(3): 410. (in Chinese)
- [7] 武莹英, 梁沁云. 两种跌倒评估工具在老年住院病人跌倒风险评估中的应用比较[J]. 护理研究, 2016, 30(10): 1246-1248.
Wu Y Y, Liang Q Y. Comparison on application of two kinds of fall assessment tools in fall risk assessment of elderly inpatients[J]. Chin Nurs Res, 2016, 30(10): 1246-1248. (in Chinese)
- [8] 赵国敏, 王红梅. 中医辨证施护在带状疱疹护理中的应用[J]. 北京中医药, 2011, 30(12): 952-953.
Zhao G M, Wang H M. Application of TCM nursing based on syndrome differentiation in nursing of herpes zoster[J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2011, 30(12): 952-953. (in Chinese)
- [9] 侯彦妮, 芦源. 不同针刺疗法联合刺络拔罐治疗带状疱疹的临床研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(12): 41-44.
Hou Y N, Lu Y. Clinical research progress on different acupuncture therapies combined with pricking and cupping for the treatment of herpes zoster[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2024, 38(12): 41-44. (in Chinese)
- [10] 陈子琴, 陈松, 陈贝, 等. 刺络放血疗法临床运用[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1): 200-203.
Chen Z Q, Chen S, Chen B, et al. Clinical application of bloodletting therapy[J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2023, 38(1): 200-203. (in Chinese)
- [11] 陶洋. 清热消肿洗剂湿敷配合中药内服治疗急性湿疹皮炎的临床与实验研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [12] Lim D Z J, Tey H L, Salada B M A, et al. Herpes zoster and post-herpetic neuralgia—diagnosis, treatment, and vaccination strategies [J]. Pathogens, 2024, 13(7): 596.
- [13] 中华医学会糖尿病学分会, 国家基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层糖尿病防治管理手册(2022) [J]. 中华内科杂志, 2022, 61(7): 717-748.
Chinese Society of Diabetes, National Office for Primary Care Diabetes Prevention and Management. National handbook for the prevention and control of diabetes in primary care (2022) [J]. Chin J Intern Med, 2022, 61(7): 717-748. (in Chinese)
- [14] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2版. 南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2017: 1104.
- [15] 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.
- The Expert Consensus Working Group of Herpes Zoster for the Dermatology Physicians Association of China, and the 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)
- [16] Varghese L, Standaert B, Olivieri A, et al. The temporal impact of aging on the burden of herpes zoster [J]. BMC Geriatr, 2017, 17(1): 30.
- [17] 赵媚洋, 聂宏. 中西医结合治疗带状疱疹的可视化分析[J]. 中医临床研究, 2025, 17(28): 136–141.
- Zhao M Y, Nie H. A visualization analysis of treating herpes zoster in the integrative medicine[J]. Clin J Chin Med, 2025, 17(28): 136–141. (in Chinese)
- [18] Shah S, Dahal K, Thapa S, et al. Herpes zoster vaccination and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Brain Behav, 2024, 14(2): e3415.

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。