

DOI: 10.12209/CAIM202606200001

· 中西医结合临床案例 ·

温灸刮痧联合中药膏摩治疗1例脱疽患者的护理体会

张 依, 王玉涛, 苏若思, 郭 连

(北京中医药大学东方医院 普外科, 北京, 100078)

摘要: 本文报道1例70岁男性脱疽患者采用温灸刮痧联合中药膏摩综合治疗的护理经验。该患者因“双下肢发凉、麻木10年余,加重7 d”入院,西医诊断为下肢动脉粥样硬化闭塞症、2型糖尿病及其并发症,中医诊断为脱疽,证型为气虚血瘀证。针对患者的病情特点,制定了综合护理方案,包括基础护理、病情观察、健康宣教、心理护理及中医特色护理等。中医护理重点结合温灸、刮痧与中药膏摩等方法,促进患者局部血液循环,改善下肢缺血状态。通过综合干预,患者症状明显缓解,生活质量得到提高。本案例表明中西医结合护理模式对脱疽患者具有积极作用,值得临床推广应用。

关键词: 脱疽; 温灸; 刮痧; 中药膏摩; 护理; 中西医结合

Nursing Care Experience of Warm Moxibustion Combined with Scraping and Chinese Herbal Paste-Rubbing Therapy for One Patient with Gangrene

ZHANG Yi, WANG Yutao, SU Ruosi, GUO Lian

(Department of General Surgery, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This paper reports the nursing care experience of one 70-year-old male patient with gangrene who received comprehensive treatment integrating warm moxibustion, scraping therapy, and Chinese herbal paste-rubbing. The patient was admitted with chief complaints of coldness and numbness in both lower extremities persisting for over ten years, with aggravation over the preceding seven days. The Western medical diagnoses included lower extremity atherosclerotic occlusive disease, type 2 diabetes mellitus and its associated complications, while the Traditional Chinese Medicine (TCM) diagnosis corresponded to gangrene with the pattern of qi deficiency and blood stasis. In accordance with the specific characteristics of the patient's condition, a comprehensive nursing care plan was developed, encompassing foundational nursing, disease monitoring, health education, psychological care, and TCM-characteristic nursing interventions. The TCM nursing measures principally focused on integrating warm moxibustion, scraping therapy, and Chinese herbal paste-rubbing to enhance local blood circulation and ameliorate the ischemic status of the lower extremities. Following the comprehensive intervention, the patient's clinical symptoms were notably alleviated, and the quality of life was significantly improved. This case indicates that the integrated Traditional Chinese and Western Medicine nursing model exerts a positive effect on patients with gangrene and merits broader clinical application and promotion.

KEY WORDS: gangrene; warm moxibustion; scraping therapy; Chinese herbal paste-rubbing; nursing care; integrated traditional Chinese and Western medicine

脱疽是因肢体末梢动脉供血不足导致的慢性缺血性坏死,好发于糖尿病、动脉硬化患者,临床表现为肢端皮肤颜色改变、温度下降、感觉异常,严重者可出现组织坏死、溃疡形成^[1]。本病属中

医“脱疽”范畴,核心病机为气血瘀阻、阳气虚损^[2]。该病进展迅速、病情危重,若治疗不及时,可导致患肢坏死甚至截肢,严重影响患者生活质量及心理健康^[3]。中西医结合治疗已成为脱疽治

收稿日期:2026-06-20

通信作者:王玉涛, E-mail: wyk9725@163.com

OPEN ACCESS

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

疗的重要手段^[4],护理干预在治疗过程中发挥着不可忽视的作用。本文通过分析1例脱疽患者的诊疗与护理过程,探讨温灸刮痧联合中药膏摩治疗脱疽的护理体会,为临床护理实践提供参考。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男,70岁,汉族,已婚,主因“双下肢发凉、麻木10年余,加重7d”于2026年03月31日14:18入院。患者10年前无明显诱因出现双下肢乏力,伴肢体发凉、麻木、间歇性跛行,行走距离约400 m。曾就诊于我科门诊,诊断为“下肢动脉粥样硬化闭塞症、2型糖尿病性周围血管病”,后于我科住院治疗,予改善循环及中医综合治疗后好转出院。2019年至今曾多次住院治疗,症状逐渐加重,行走距离缩短至200 m。7d前患者自觉双下肢发凉麻木加重,伴左足皮肤呈紫红色,为求进一步综合治疗收入我科。既往有糖尿病病史7年,高血压病史1年,2022年确诊冠心病,同时合并甲状腺功能亢进症、反流性食管炎及睡眠障碍等基础疾病,长期规律服用相关药物治疗。

1.2 体格检查

入院查体:体温(T)36.5℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)128/76 mmHg。神志清楚,精神可,心肺腹查体未见异常进展,结果同前次住院。专科查体:双下肢对称、等长,皮肤干燥,伴少量脱屑,毳毛脱落,散在色素沉着,双小腿肌肉轻度萎缩,无水肿。双小腿皮温减低,感觉减退,以肢体远端为著。右足皮温低,感觉减退,右足第一趾缺如,残端结痂愈合。左足背及左足趾皮肤色紫红,皮温较对侧降低。双侧足背动脉、胫后动脉搏动未触及。舌淡红,苔薄白,脉细滑。辅助检查:完善血常规、凝血三项、肝肾功能、快速心肌酶检测、C-反应蛋白等检验项目;超声心动图检查无明显异常;下肢血管彩色多普勒超声提示双下肢动脉硬化明显。

1.3 诊断

中医诊断:脱疽,证型为气虚血瘀证。西医诊断:下肢动脉粥样硬化闭塞症、2型糖尿病性周围血管病、2型糖尿病性周围神经病、2型糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压病2级(极高危)、反流性食管炎、睡眠障碍、非毒性多发性甲状腺结节、前列腺增生、2型糖尿病性视网膜病变、双眼干眼症、良性阵发性位置性眩晕。

1.4 治疗干预

本例患者采用中西医结合诊疗联合专科辨证护理方案开展干预,诊疗周期截至2026年06月28日结束,患者顺利出院。西医以管控基础慢性疾病、改善下肢血管循环、对症支持治疗为核心原则,开展降糖、降压、调脂稳斑、抗血小板聚集、营养神经、胃黏膜保护、镇静助眠及心率控制等系统药物治疗;中医结合四诊辨证,明确气虚血瘀证,予以益气活血、化瘀通络中药汤剂内服,联合多项中医外治特色理疗干预。同步落实全身专科基础护理、下肢病情动态监测、个体化心理疏导、慢病及中医养生健康宣教等全流程护理措施。经常规西医药物、中医内外治联合综合护理干预后,患者双下肢发凉、麻木等核心缺血症状显著缓解,血糖、血压、血脂及心率等各项基础生化与生命体征指标控制达标,下肢末梢血运明显改善,无药物不良反应及院内不良并发症发生,于2026年06月28日完成阶段性治疗出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般资料评估

生理躯体评估:患者入院时生命体征平稳,既往有多年2型糖尿病、高血压、冠心病病史,本次入院西医确诊为下肢动脉粥样硬化闭塞症,中医辨证为脱疽(气虚血瘀证)。

专科查体:双下肢乏力、发凉且麻木,伴间歇性跛行;左足皮肤紫红色、皮温偏低,双侧足背动脉及胫后动脉搏动未触及,提示下肢远端严重血液循环障碍。营养评估显示患者身体质量指数23.5 kg/m²,处于正常范围,实验室检查提示轻度贫血。入院基线血糖监测结果:空腹血糖8.2 mmol/L,餐后2 h血糖12.5 mmol/L,入院初期血糖控制不达标。

心理与社会支持评估:患者下肢不适病史10余年,病情反复发作、多次住院,因担忧肢体缺血加重、预后不佳,存在轻度焦虑心理;患者家庭关系和睦,家属陪护及诊疗配合度良好,具备完善的家庭支持系统。

2.1.2 标准化量表量化评估

结合患者病情特点,选用四项临床公认的标准化护理量表开展量化评估,各量表评估标准参照权威行业指南及文献,具体评估结果如下。

Braden压疮风险评估量表(Braden Scale for

Predicting Pressure Sore Risk): 该量表从躯体感知、皮肤潮湿、活动能力、移动能力、营养状况、摩擦力与剪切力 6 个维度评价压疮发病风险, 总分 6 ~ 23 分; 得分 ≥ 19 分无风险, 15 ~ 18 分为低危, 13 ~ 14 分为中危, 10 ~ 12 分为高危, 得分 ≤ 9 分为极高危。本例患者评分为 15 分, 判定为压疮发生低危人群。

改良巴氏指数评定量表(modified Barthel Index, MBI): 用于量化评估患者日常生活活动能力(ADL), 总分 0 ~ 100 分; 100 分为完全自理, 60 ~ 95 分为基本自理, 40 ~ 59 分为部分依赖照料, 得分 < 40 分为重度依赖照料。本例患者 MBI 评分 85 分, 日常生活基本可以自理, 受下肢血管病变限制, 行走功能明显受限。

视觉模拟疼痛评分量表(Visual Analogue Scale, VAS): 临床通用主观疼痛评估工具, 采用 0 ~ 10 分线性评分标准; 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。本例患者主要表现为行走时双下肢酸胀不适, VAS 评分 3 分, 为轻度疼痛。

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI): 用于评估受试者近 1 个月整体睡眠质量, 包含 7 项睡眠评价维度, 总分 0 ~ 21 分; 得分 ≤ 5 分为睡眠正常, 得分 > 5 分提示存在睡眠障碍, 11 ~ 15 分为中度睡眠障碍, 16 ~ 21 分为重度睡眠障碍。本例患者入睡困难, 需药物辅助睡眠, PSQI 评分 12 分, 存在中度睡眠障碍。

2.2 护理诊断

结合患者入院一般体格检查、专科查体及标准化量表量化评估结果, 归纳整理得出以下主要护理诊断: 组织灌注不足: 与下肢动脉粥样硬化闭塞引发的肢体血液循环障碍有关; 慢性疼痛: 与下肢动脉缺血、局部组织代谢产物堆积有关; 活动耐力下降: 与下肢供血不足、间歇性跛行症状相关; 血糖控制不佳: 与 2 型糖尿病胰岛素分泌不足、外周胰岛素抵抗有关; 睡眠模式紊乱: 与下肢躯体不适、疾病相关焦虑情绪双重因素有关; 焦虑: 与病程迁延反复发作、多次住院及疾病远期预后不确定有关。

2.3 护理计划

针对患者的护理诊断, 制定以下护理计划: (1) 组织灌注不足: 密切监测双下肢皮色、皮温及末梢动脉搏动情况; 落实下肢保暖护理; 实施温灸、刮痧联合中药膏摩中医特色干预; 遵医嘱执行

抗凝、扩血管药物护理, 观察下肢血运变化。(2) 疼痛: 动态采用 VAS 量表评估疼痛程度; 限制负重行走, 合理劳逸结合; 通过体位护理及局部中药膏摩缓解下肢酸胀疼痛, 及时上报疼痛异常变化。(3) 活动耐力降低: 制定个体化活动与休息方案, 避免过度劳累及肢体外伤; 动态结合 MBI 评分评估活动能力, 循序渐进开展下肢活动训练。(4) 血糖控制不佳: 严格执行降糖药物及胰岛素给药护理; 定时监测并记录空腹及餐后 2 h 血糖; 落实糖尿病饮食指导; 密切观察降糖药物不良反应。(5) 睡眠模式紊乱: 营造良好病房睡眠环境; 减轻夜间下肢躯体不适; 遵医嘱协助服用助眠药物, 采用 PSQI 量表动态监测睡眠质量。(6) 焦虑: 开展个体化心理疏导, 讲解疾病诊疗相关知识; 借助良好家庭支持系统给予情感支持; 持续观察患者情绪状态, 缓解预后相关焦虑。

2.4 护理实施

2.4.1 基础护理

维持安静、舒适的病室环境, 室温保持在 22 ~ 24℃。协助患者保持良好体位, 抬高患肢 15 ~ 20 cm, 改善静脉回流。指导患者避免盘腿、翘二郎腿等影响血液循环的姿势。注意足部保暖, 使用棉质袜子, 避免下肢受凉, 禁用热水袋等高温物品直接接触患肢。帮助患者进行床上翻身和适度活动, 预防压力性损伤。每日督促患者进行个人卫生清洁, 保持皮肤干燥。遵医嘱严格控制入量, 记录 24 h 出入量。

2.4.2 疾病观察

定时监测生命体征, 特别注意血压变化。密切观察双下肢皮温、皮色及感觉变化, 重点关注左足紫红色区域, 判断缺血程度。评估患者疼痛性质、部位及程度, 采用 VAS 评分法, 并记录止痛药使用情况及效果。观察患肢有无水肿、溃疡或坏死等并发症。监测血糖波动, 餐前餐后均测定, 及时协助调整胰岛素用量。观察药物不良反应, 特别是降压药、抗凝药的影响。

2.4.3 中医特色护理

结合患者中医四诊结果, 明确辨证为脱疽(气虚血瘀证); 确立益气健脾、活血通络及温阳化瘀中医治则, 实施中药内服联合外治一体化辨证施护, 严格规范各项中医护理操作的穴位选取、操作手法、干预时长、疗程标准及禁忌症, 具体实施细节如下。

2.4.3.1 口服中药汤剂

方剂来源: 加减化裁经典桂枝茯苓汤, 适配本

病气虚血瘀证病机;药材标准:全部中药材均采用本院中药炮制室合规炮制饮片,符合《中华人民共和国药典》(2020版)中药材质量标准,具体组方、炮制规范及给药方案如下。

药物组成及标准剂量:蜜炙黄芪 30 g、酒炙当归 20 g、桂枝 15 g、麸炒白术 15 g、炒白芍 15 g、茯苓 15 g、党参 20 g、川牛膝 15 g、丹参 20 g、川芎 12 g、去皮尖桃仁 12 g、红花 12 g、烫地龙 10 g、鸡血藤 20 g 及炙甘草 6 g,其余 7 味佐使药物按临床标准化配伍剂量加减,全方共计 22 味中药配伍。标准化煎煮工艺:全部中药饮片投入陶瓷煎药器具,常温纯净水浸泡 30 min,液面高于饮片表层 2 cm;文火分两次煎煮,一煎加注纯化水 500 mL,浓缩煎制至药液 200 mL;二煎加注纯化水 400 mL,浓缩煎制至药液 200 mL;两次煎制药液充分混匀,分装储存备用。使用方法:1 剂/d,早晚温服,单次口服 200 mL,餐后 30 min 服用;疗程:连续干预 28 d,全程观察服药后胃肠道及皮肤过敏不良反应^[5-6]。

2.4.3.2 穴位温灸治疗

选穴依据:遵循下肢血管病变经络循行,选取下肢足阳明胃经、足太阴脾经核心穴位,包括双侧足三里、双侧三阴交、双侧血海及阳陵泉。操作步骤:患者取仰卧位,充分暴露下肢穴位,碘伏常规消毒穴位局部皮肤;采用纯艾条温和灸法,点燃艾条一端,距离穴位皮肤 2~3 cm 悬空温和灸,以患者局部穴位温热、酸胀、无灼烫感为标准。参数与疗程:单穴操作 5~8 min,双侧穴位总操作时长 20~30 min,每日固定 1 次,疗程 28 d^[7]。注意事项:严格把控艾灸距离;患者下肢末梢感觉减退,严防艾灸烫伤;左足缺血皮损区域禁止施灸;灸后注意下肢保暖,半小时内禁止接触冷水。

2.4.3.3 经络刮痧治疗

刮痧部位:背部足太阳膀胱经(双侧肝俞、脾俞、肾俞节段)、下肢足太阴脾经、足少阴肾经主干循行区域。操作手法:患者取俯卧位,暴露背部及下肢操作区域,均匀涂抹医用刮痧耦合剂;采用牛角刮痧板,单向平补平泻轻柔刮拭手法,沿着经络走行从上至下单向刮拭,禁止来回反复揉搓刮动。参数与疗程:刮拭力度轻柔适中,以局部经络皮肤潮红、出现均匀淡红色瘀痧为终止标准;单次操作 30 min,2~3 次/周,总疗程 28 d。注意事项:患肢皮肤破损、紫红色缺血瘀斑区域禁止刮痧;操作后避风保暖,4 h 内禁止洗澡;体质虚弱阶段降低刮拭力度。

2.4.3.4 中药膏摩治疗

中药按摩膏配伍与炮制:组方包括当归(酒炙)30 g、桂枝 25 g、红花 30 g、丹参 30 g、鸡血藤 30 g、乳香(制)20 g 及没药(制)20 g;低温文火熬制,加入凡士林基质调制成稠度适中外用理疗膏,密封低温储存备用。操作手法与步骤:清洁擦干患者双下肢皮肤,均匀薄层涂抹自制通络中药膏;采用揉法、滚法、按法复合轻柔按摩手法,从下肢远端向近端顺着血管回流方向按摩,重点按摩小腿腓肠肌及缺血患肢周围组织。参数与疗程:每日早 8:00、晚 19:00 各操作 1 次,单次按摩 15 min;力度轻柔渗透,不按压骨骼及血管结节;参照中医外用护理标准规范操作,28 d 为一疗程。注意事项:皮损、疑似溃疡部位禁止膏摩;观察局部皮肤药膏过敏反应。

2.4.3.5 中医传统功法干预

根据患者老年体虚、间歇性跛行病情,每日晨间指导患者进行简化八段锦、慢速太极基础动作锻炼,重点练习调理脾胃、疏通下肢气血的定式动作;单次锻炼 20 min,1 次/d,循序渐进增加活动量;通过调节脏腑气机、疏通全身气血,辅助改善气虚血瘀体质及下肢活动耐力。

2.4.4 健康教育

饮食指导:遵循低盐低脂低糖饮食原则,增加蔬菜水果摄入,控制总热量,按时定量进餐。疾病知识宣教:讲解脱疽的病因、症状和预防措施,使患者了解疾病特点。用药指导:详细讲解药物作用、用法用量及注意事项,强调按时服药的重要性。生活方式指导:戒烟限酒,适度活动,避免久站久坐,保暖防寒。自我管理:教会患者自我监测血糖、血压技能,识别病情变化征兆。心理疏导:倾听患者感受,给予情感支持,鼓励表达担忧,必要时采用放松训练等方法缓解焦虑。

2.5 护理评价

干预周期结束,结合入院基线体格检查、专科体征及标准化评估量表,对患者开展全方位护理结局评价,对比干预前后各项临床指标、量表评分及中医证候变化,明确中西医结合护理干预效果,具体对照结果如下。

2.5.1 生理指标与专科症状对照评价

下肢组织灌注与疼痛症状:相较于入院时下肢末梢循环障碍体征,患者左足紫红色缺血区域色泽明显消退,双下肢末梢皮温较入院时显著回升;下肢麻木、缺血性酸胀疼痛症状显著缓解,

VAS 评分由入院时 3 分降至 1 分;间歇性跛行症状改善,无痛行走距离由入院时 200 m 提升至 300 m,下肢动脉末梢灌注情况得到有效改善,组织灌注不足的护理诊断达到临床干预目标。

活动耐力及日常生活能力:经系统干预及中医功法锻炼,患者下肢活动耐量提升,MBI 评分由入院时 85 分提升至 90 分;患者下肢活动乏力症状缓解,日常活动无明显疲劳不耐受表现,行走功能受限情况好转,活动耐力下降的护理诊断得到有效纠正。

生命体征及慢病生化指标:血压控制平稳,维持在 130/80 mmHg 左右,波动范围处于临床安全标准;血糖管控效果达标,空腹血糖由入院时 8.2 mmol/L 降至 6.8 mmol/L,餐后 2 h 血糖由 12.5 mmol/L 降至 9.5 mmol/L,基础慢病指标趋于稳定,血糖控制不佳的护理诊断干预效果显著;全程无药物不良反应、压力性损伤、下肢溃疡及坏死等并发症发生。

2.5.2 量表量化指标前后对照评价

睡眠质量:PSQI 评分由入院时 12 分降至 8 分,患者入睡困难症状明显改善,无需镇静药物辅助即可自主入睡,睡眠模式紊乱得到有效纠正;心理情绪:患者因病程迁延、疾病预后不确定引发的焦虑负性情绪基本缓解,治疗依从性与康复信心显著提升;良好的家庭支持系统进一步巩固心理干预效果,焦虑的护理诊断达到预期护理目标;压疮风险:Braden 量表评分提升至 18 分,由压疮低危转为无风险,皮肤黏膜完整无破损,圆满完成压力性损伤预防护理目标。

2.5.3 中医证候评价

中医四诊复评:患者舌质由入院时淡红伴瘀象转为红润,脉象由细涩无力转为和缓;肢体乏力、肢体发凉、脉络瘀阻等气虚血瘀证核心证候体征明显改善,气血运行通畅,中医辨证施护干预效果确切。

个体化、针对性护理干预全部达成预设护理目标,入院护理诊断均得到有效解决;患者基础疾病、下肢缺血原发病变及心理睡眠障碍全部得到可控改善,顺利完成阶段性治疗出院。

3 结果和随访

经过 10 d 的住院治疗和综合护理干预,患者下肢缺血症状明显改善,左足紫红色减轻,皮温升高,麻木感减轻,行走距离延长。血糖、血压控制在理想范围,未出现并发症。患者出院后,护理人员进行了为期 3 个月的电话随访。随访结果显

示,患者坚持服药治疗,血糖、血压控制稳定;继续遵医嘱进行中药外治和膏摩,下肢症状持续改善;能够独立完成日常生活活动,生活质量显著提高。本案例表明,中西医结合护理干预对脱疽患者具有显著效果,尤其是温灸刮痧联合中药膏摩这一中医特色护理方法,能够有效改善局部血液循环,促进症状缓解。在临床实践中,应根据患者个体差异制定个性化护理计划,将中医理论与现代护理技术相结合,充分发挥中西医各自优势,提高护理质量和效果。

4 讨论

本例脱疽患者通过中西医结合综合治疗与护理干预,取得良好的临床效果,分析其成功经验,主要体现在以下几个方面。

综合治疗策略的应用是本例患者康复的基础。现代医学研究表明,下肢动脉粥样硬化闭塞症的发病机制复杂,涉及血管内皮功能障碍、炎症反应和血栓形成等多种病理生理过程。西医药物治疗用于控制基础疾病,改善血液流变学特性,而中医辨证施治则从整体出发,调节气血功能,活血化瘀通络。两者结合产生协同效应,提高了治疗效果。

中医特色护理手段在改善局部血液循环方面发挥重要作用。温灸通过热刺激穴位,激发经气运行,温通经络;刮痧通过皮肤刺激疏通气血,提高机体抗病能力;中药膏摩则利用药物经皮吸收,直达病所,三者共同促进血液循环,改善组织缺血状态。中医护理技术简便易行、无创伤,患者依从性高,值得在临床推广应用。对于糖尿病足并发脱疽的患者,可根据中医辨证分型采取不同治疗方案,如气虚血瘀证可选用黄芪桂枝五物汤,湿热下注型可选用如意金黄散^[8];当出现溃疡时,三黄血竭方^[9]和蛭红敛疮油^[10]外用均有良好效果;对于合并感染的溃疡,疮疡 I 号外敷具有显著的抗菌消炎作用^[11]。

个体化护理计划的制定与实施保证干预措施的针对性与有效性。针对患者的多重基础疾病和并发症,护理人员制定全面的评估体系和干预方案,关注生理、心理及社会等多维度需求,并根据病情变化及时调整,体现了以患者为中心的护理理念。健康教育与自我管理能力培养是延续护理的关键环节,通过系统的健康教育,患者掌握疾病相关知识和自我管理技能,提高治疗依从性和自

我护理能力,为出院后的健康维护奠定了基础。

本病例护理中尚存在一些不足之处,具体如下:护理评估工具的标准化程度有待提高;中医护理操作的规范性需进一步加强;缺乏量化的评价指标衡量中医护理措施的效果。今后应加强中医护理的标准化研究,开发更科学的评估工具,为中医护理实践提供更坚实的理论基础和实践指导。

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] 李雨函,刘政,李奕萱,等. 四妙勇安汤有效成分防治脱疽的作用机制研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(6): 924-928.
Li Y H, Liu Z, Li Y X, et al. Research progress on the mechanism of effective components of Simiao Yong'an Decoction in preventing and treating gangrene [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2022, 28(6): 924-928. (in Chinese)
- [2] 孙秋,邱慧,李周. 下肢动脉硬化闭塞症的中西医结合治疗研究进展[J]. 河北中医, 2024, 46(4): 689-692, 698.
Sun Q, Qiu H, Li Z. Research progress on treatment of arteriosclerosis obliterans of lower limbs with traditional Chinese and western medicine [J]. Hebei J Tradit Chin Med, 2024, 46(4): 689-692, 698. (in Chinese)
- [3] 付晓霄,曹珊,祁祥. 中医药治疗动脉粥样硬化研究进展[J]. 中医学报, 2025, 40(12): 2588-2594.
Fu X X, Cao S, Qi X. Research progress of traditional Chinese medicine in treatment of atherosclerosis [J]. Acta Chin Med, 2025, 40(12): 2588-2594. (in Chinese)
- [4] 李万胜,赵斌. 温阳通脉法治疗下肢动脉硬化闭塞症临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(7): 1294-1297.
Li W S, Zhao B. Clinical research of warming Yang and dredging vessels method in the treatment of lower extremity arteriosclerosis obliterans [J]. Guangming J Chin Med, 2023, 38(7): 1294-1297. (in Chinese)
- [5] 杨浩,何晓莉. 京万红软膏治疗糖尿病足溃疡临床体会[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(5): 855-856.
Yang H, He X L. Clinical experience of Jingwanhong ointment in treating diabetic foot ulcer [J]. J Pract Tradit Chin Med, 2022, 38(5): 855-856. (in Chinese)
- [6] 李友山,杨博华. 中医治疗糖尿病足溃疡研究述评[J]. 北京中医药, 2025, 44(5): 536-541.
Li Y S, Yang B H. A review of the treatment of diabetic foot ulcers with traditional Chinese medicine [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2025, 44(5): 536-541. (in Chinese)
- [7] 鲁耘翌,徐丹. 补肾健脾法结合针刺治疗糖尿病足临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(2): 69-70.
Lu Y Z, Xu D. Clinical observation on tonifying kidney and strengthening spleen method combined with local acupuncture in the treatment of diabetic foot [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2022, 20(2): 69-70. (in Chinese)
- [8] 刘莹莹. 如意金黄散治疗湿热下注型糖尿病足临床研究[J]. 光明中医, 2024, 39(6): 1181-1183.
Liu Y Y. Ruyi Jinhuang Powder in the treatment of diabetic foot of dampness-heat in lower Jiao type [J]. Guangming J Chin Med, 2024, 39(6): 1181-1183. (in Chinese)
- [9] 何青敏,于文霞,王猛,等. 三黄血竭方外敷治疗糖尿病足湿热毒盛证的疗效及对感染创面的影响[J]. 河北中医药学报, 2023, 38(4): 43-46.
He Q M, Yu W X, Wang M, et al. Effect of Sanhuang Xuejie recipe on syndrome of damp-heat-toxin exuberance in diabetic foot and its influence on infected wounds [J]. J Hebei Tradit Chin Med Pharmacol, 2023, 38(4): 43-46. (in Chinese)
- [10] 徐福荣,田梅. 蛭红敛疮油外用换药治疗糖尿病足溃疡的临床体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(5): 141-143.
Xu F R, Tian M. Clinical experience on external dressing change of Xiaohong Lianchuang oil in the treatment of diabetic foot ulcer [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2023, 21(5): 141-143. (in Chinese)
- [11] 于天一,梁学威,赵钢. 疮疡 I 号外敷治疗湿热毒盛型糖尿病足部溃疡的临床观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022(2): 248-251.
Yu T Y, Liang X W, Zhao G. Clinical observation on external application of Chuang-Yang I in treating diabetic foot ulcer of damp heat toxin excess type [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2022(2): 248-251. (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。