

中西医结合治疗急性期上肢丹毒1例的护理体会

李亚平, 李 军, 吴芳芳

(河北省石家庄市中医院光华院区 脉管科, 河北 石家庄, 050000)

摘要: 本文总结1例中西医结合治疗上肢丹毒的护理经验。中医采用局部中药塌渍治疗以清热解毒、利湿消肿, 口服中药以清热、利湿、解毒, 穴位注射以抗炎、巩固疗效; 西医主要以抗感染、改善微循环、促进静脉淋巴回流为主; 辅以生活起居护理、饮食护理、情志调理等相关护理, 对患者实施全程、优质的干预, 实现中、西医相结合, 内、外治并济, 灵活应用, 提高疗效, 改善患者生活质量。

关键词: 上肢丹毒; 中医适宜技术; 中西医结合; 临床护理

Nursing Experience of 1 Case of Upper Limb Erysipelas at Acute Stage Treated by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

LI Yaping, LI Jun, WU Fangfang

(Department of Vascula, Shijiazhuang Hospital of traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei, 050000)

ABSTRACT: This article summarized the nursing experience of 1 case of upper limb erysipelas treated with integrated traditional Chinese and western medicine. Traditional Chinese medicine was used for clearing heat and removing toxicity, dampness and detumescence. Western medicine mainly focused on anti-infection, improving microcirculation and promoting venous lymphatic return. Supplemented by daily living care, diet care, emotional conditioning and other related care. The implementation of the whole process, high-quality care for patients, It has realized the combination of Chinese and western medicine, internal and external governance and economic, flexible application, improve the curative effect and improve the quality of life of patients.

KEY WORDS: Upper limb erysipelas; appropriate techniques of traditional Chinese medicine; integrated traditional Chinese and western medicine; Clinical nursing

丹毒的中医与西医病名相同, 是一种边界清楚, 焮热肿胀并迅速扩大的急性感染性疾病。西医称之为急性网状淋巴管炎, 为乙型溶血性链球菌感染所致, 多先有远端皮肤或黏膜病损^[1]。丹毒典型表现为起病急, 开始患者即有畏寒、发热、头痛、全身不适等症状, 皮肤出现鲜红色片状红疹, 略隆起, 中间颜色稍淡, 周围较深, 边界清楚; 局部有烧灼样疼痛, 有的可有水疱, 附近淋巴结肿大、有触痛, 感染加重可导致全身性脓毒症^[2]。中医上认为, 丹毒是以血热火毒为患, 结合不同发病部位而夹杂风、热、湿、火毒或者胎热火毒。患者机体内火热之毒蕴结, 再加上肌肤破损进而使得毒邪入侵致病^[3]。丹毒主要分型为湿热毒蕴

证: 红斑多发于下肢, 局部红赤肿胀、灼热疼痛, 或见水疱、紫斑, 甚至结毒化脓或皮肤坏死, 或反复发作而形成大脚风; 伴发热, 纳差; 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。丹毒治宜利湿、清热、解毒之法^[4]。本文总结1例中西医结合治疗上肢丹毒急性期患者的护理经验, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者男性, 68岁, 主因右上肢红肿疼痛3天于2024年04月08日入院。现病史: 患者3天前无明显诱因出现右上肢红肿疼痛, 未予诊疗, 症状持续加重, 今患者为求进一步系统诊疗遂至本院, 门诊

以“丹毒”收入本病区。现主证:右上肢红肿胀痛,时有头晕、咳嗽咳痰。无胸闷、恶心呕吐、腹痛腹泻等不适,纳可,寐差,二便调。既往史:既往“脑梗死”病史 10 年;“高血压”病史 8 年,血压最高达 160/95 mm Hg;“颈椎病”病史 3 年;“乙型病毒性肝炎”病史 2 年;“小儿麻痹后遗症”病史 65 年,现可持双拐步行。

1.2 查体

入院查体:体温(T)37.0℃,脉搏(P)78 次/min,呼吸(R)19 次/min,血压(BP)120/78 mm Hg。专科情况:右上肢水肿,手背尤甚,肤色紫暗、皮温高,握拳受限,自觉胀痛明显。腋窝未触及肿大淋巴结。辅助检查:2024 年 04 月 08 日血常规:中性粒细胞百分比 76.7%↑,淋巴细胞绝对值 1.06×10⁹/L↓,淋巴细胞百分比 14.4%↓,嗜酸性粒细胞百分比 0.3%↓;2024 年 04 月 08 日炎症两项:白介素 621.7 pg/mL↑;其他理化检查未见明显异常。

1.3 诊断及治疗

入院诊断:中医诊断:丹毒(湿热蕴结证)。西医诊断:1. 丹毒;2. 脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死;3. 高血压病 2 级(极高危);4. 颈椎病;5. 乙型病毒性肝炎。诊疗计划:入院后给予外科护理常规,二级护理,清淡低盐低脂饮食,避免长时间下垂患体,测量患肢周径。针对患者病情以中西医结合为原则,给予阿莫西林克拉维酸钾静点以抗感染,给予己酮可可碱静脉点滴以改善微循环;给予迈之灵片口服以辅助静脉淋巴回流,给予脉络宁颗粒口服以清热养阴。右上肢给予中药塌渍治疗以清热解毒、利湿消肿,给予中频脉冲电治疗以改善局部血液循环。口服中药以清热、利湿、解毒为组方。经治疗干预,患者右上肢无水肿,手背无红肿胀痛,握拳受限减少明显,肤色正常、皮温正常,腋窝未触及肿大淋巴结,于 2024 年 04 月 27 日出院,住院时间 19 d。局部治疗变化过程见表 1。

表 1 治疗变化过程

	4 月 8 日	4 月 11 日	4 月 13 日	4 月 15 日	4 月 17 日	4 月 23 日	4 月 26 日
疼痛评估	胀痛明显	胀痛明显	胀痛减轻	胀痛进一步减轻	胀痛较前减轻明显	胀痛偶发	无胀痛
皮温评估	高	高	略高	略高	正常	正常	正常
	紫暗	紫暗变浅	紫暗变浅	紫暗变浅	紫暗变浅	颜色正常	颜色正常
右上肢皮肤情况	水肿,手背尤甚	水肿减轻,手背尤其减轻	水肿进一步减轻,手背红肿胀痛较前减轻较多	水肿进一步较前减轻,手背红肿胀痛较前减轻明显	水肿减轻明显,手背红肿胀痛减轻明显	无水肿,手背无红肿胀痛	无水肿,手背无红肿胀痛
握拳程度	严重受限	严重受限	严重受限	严重受限	严重受限	受限	受限减少明显

表 2 项目评估结果(4 月 8 日)

评估目标	评估方法	评估内容	评分	结果
自理能力评估	采用 Barthel 指数量表评估	进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯	55 分	中度依赖
跌倒风险评估	Morse 跌倒风险评估量表	跌倒史、超过一个疾病诊断、使用助行器具、静脉输液/置管/使用药物治疗(抗胆碱药、镇静催眠药、血管扩张药、抗癫痫药、抗抑郁药、利尿药、麻醉止痛药、降糖药、缓泻剂)、步态、精神/认知状态	85 分	高风险
疼痛	数字评分量表(VRS)	无痛:0 分;轻度:2 分;中度:4 分;中重度:6 分;重度:8 分;剧痛:10 分	4 分	中度疼痛

2 护理

2.1 护理评估

患者各项目评分内容及结果见表 2。

2.2 护理诊断

根据患者病情,护理诊断结果如下:①疼痛与局部水肿创面刺激有关;②舒适度的改变与静脉回流障碍引起肢体肿胀不适有关;③有跌倒的风险与患者小儿麻痹后遗症,双腿活动不力有关。

2.3 护理计划

根据患者主诉及症状体征,制订如下护理计划:①实施中医适宜技术,缓解患者右上肢胀痛,降低 VRS 量表评分。②提高 Barthel 指数评定量表评分,提高患者生活自理能力。③做好生活护理及健康宣教,使患者身心健康地出院。

2.4 护理实施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中药塌渍技术:湿热蕴结证外用药处方:

陈皮 20 g、制天南星 20 g、黄柏 50 g、厚朴 20 g、片姜黄 50 g、苍术 20 g、大黄 50 g、甘草片 20 g、白芷 50 g、天花粉 100 g。方法:用凡士林将药粉调配成稠稀均匀的药膏,将药膏平铺于 1~2 层大纱布上,薄厚均匀(一般以 0.2~0.3 cm 为宜),纱布敷于患肢,确保药物敷满整个红肿疼痛部位,并扩大 1~2 cm,塌渍时间约为 1 h,2 次/d。注意事项:初次塌渍时应密切观察局部肌肤情况,若出现丘疹、瘙痒、水泡等过敏现象应暂停使用;中药塌渍时间根据季节及患者皮肤情况而定,春夏 1 h,秋冬 2 h 为宜。

2.4.1.2 穴位注射:穴位注射药液:曲安奈德、庆大霉素、利多卡因。取穴:右上肢曲池、外关、合谷、中渚、阿是穴。方法:确定穴位,用 10 mL 注射器抽吸药液更换 1 mL 注射器针头,取穴,消毒;绷紧皮肤,针尖对准穴位快速垂直刺入至针梗长度的 1/2~2/3,上下提插,得气后回抽无血,缓慢注入药液 0.5~1 mL;患者有触电感,应立即退针,改换角度再进针;注射完毕迅速拔针。注意事项:严格无菌操作,如注射后局部出现红肿、发热等,应及时处理;向患者说明局部出现酸胀感是正常现象,4~8 h 内局部有轻度不适,一般不超过 2 d;在主要神经干通过的部位作穴位注射时,应注意避开神经干,以免损伤神经;避开血管、注射时回抽有血,应重新注射;年老体弱及初次接受治疗者,最好取卧位,注射部位不宜过多,以免晕针;凡禁针部位及偷穴,严禁采用本法。

2.4.1.3 中药口服:根据医师诊疗要求,辨证施护指导中药汤剂服用方法,汤剂分早、晚温服,与西药间隔半小时。服药期间不宜进食辛辣刺激之品,以免影响药效。

2.4.2 常见症候施护

2.4.2.1 局部红肿热痛的护理:①卧床休息,避免劳累,戒烟、酒。②抬高患肢 30°~40°,穿着合适的棉制衣物,避免穿着化纤毛织品,减少摩擦、搔抓,避免强烈阳光直射患部皮肤。③观察红赤肿胀的部位、性质、范围,每日定时、定位用软尺测量患肢肿胀部位的周径。患侧肢体严禁静脉输液。④每日用碘伏消毒清洗创面。尽可能暴露水肿部分,避免翻身时擦伤、剥脱、局部挤压,防止炎症扩散。

2.4.2.2 疼痛的护理:每日评估疼痛程度填写疼痛评估记录单,观察并记录疼痛的性质、时间、发作规律、伴随症状及诱发因素;观察受损皮肤色

泽、硬肿程度,触觉感觉皮温;指导患者和家属保护疼痛部位,调整舒适的体位,尽量健侧卧位,以免碰伤压伤患处皮肤。

2.4.2.3 生活起居:老年人晚年生活质量与皮肤健康护理密切相关^[5]。丹毒患者日常护理,尤其皮肤护理与预后密切相关^[6]。注意与他人隔离,洁具专用,每日用温水洗手,忌用热水烫洗局部皮肤;注意保持床单元清洁、干燥、平整。注意个人卫生,勤换内衣;丹毒易反复发作,夏季炎热潮湿或居于温潮之地尤甚,患者痊愈出院后,谨防动物昆虫抓咬,做好日常生活防护^[7]。

2.4.2.4 饮食指导:宜食清热利湿,富含维生素、高蛋白的食品,多食新鲜蔬菜水果,忌食荤腥及辛辣刺激之品,如:肥肉、辣椒、牛羊肉、海鲜等。

2.4.2.5 情志调理:对病情不了解、对治疗产生顾虑的患者,制定健康教育手册,按手册内容进行沟通,使其消除顾虑,配合治疗;对疼痛患者,可采取放松疗法,并指导患者练习各种养生保健操,放松操、拍打操等;开展寓教于乐的病友活动,鼓励病友交流沟通。

2.5 护理评价

经过 19 d 治疗和护理,患者右上肢无水肿,手背无红肿疼痛,握拳受限减少明显,肤色正常、皮温正常。4 月 8 日健侧三部位周径:左手掌第 2~5 第一指横纹 21.5 cm、腕横纹 18.2 cm、腕横纹上 5 cm 处 19 cm,肤色、皮温均正常。右手掌第 2~5 第一指横纹 23.3 cm、腕横纹 19 cm、腕横纹上 5 cm 处 20 cm,肤色紫暗,皮温高。4 月 15 日患侧三部位周径:右手掌第 2~5 第一指横纹 22.4 cm、腕横纹 17.8 cm、腕横纹上 5 cm 处 18.8 cm,肤色紫暗变浅,皮温略高。4 月 22 日患侧三部位周径:右手掌第 2~5 第一指横纹 22.1 cm、腕横纹 17.6 cm、腕横纹上 5 cm 处 18.1 cm,肤色紫暗变浅,皮温正常。4 月 27 日患侧三部位周径:右手掌第 2~5 第一指横纹 21.3 cm、腕横纹 17.6 cm、腕横纹上 5 cm 处 18.1 cm,肤色正常,皮温正常。局部情况变化见图 1。患者出院时精神可,右上肢无红肿疼痛,握拳受限减少明显,时有头晕、咳嗽咳痰继续减少。纳可,寐稍差,二便调。见表 3。

2.6 结果与随访

出院后经过 1 个月的康复,患者右上肢无红肿疼痛,穴位注射后握拳逐渐恢复正常,时有头晕、咳嗽咳痰继续减少,精神状态良好。

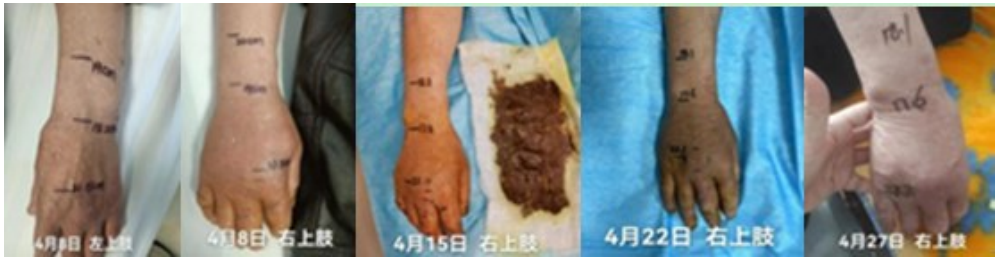


图1 局部情况变化过程

表3 各项目评分结果

评估目标	评估方法	时间	评分	结果
日常生活能力 评定	采用Barthel指	4月8日	55分	中度依赖
	数量表评估	4月26日	85分	轻度依赖
跌倒风险评估	Morse跌倒风险	4月8日	85分	高风险
	评估量表	4月26日	65分	高风险
疼痛	VRS	4月8日	4分	中度疼痛
		4月13日	3分	中度疼痛
		4月15日	2分	轻度疼痛
		4月17日	1分	轻度疼痛
		4月24日	0分	无疼痛

3 讨论

丹毒系由链球菌感染所引起的急性皮肤和皮下组织感染的一种急性皮肤病,多有皮肤黏膜破损,外受火毒与血热搏结,蕴阻肌肤,不得外泄,致患部鲜红灼热,有如涂丹为特征的急性感染性疾病^[8]。近年来,西医治疗丹毒疗效有限,但中医疗法丰富多样,具有操作简便、不良反应小、疗效确切的优势^[9]。患者老年男性,水液内停,火毒内生,湿热滞于脉中,脉络淤塞不通,而见右上肢肿胀,湿热蕴结,瘀阻不通,瘀久化热,故见红肿疼痛,舌质红,苔薄黄,脉弦滑皆属湿热蕴结之症。塌渍疗法可使药物透过肌腠毛窍,行于经络,作用全身,起到行气活血、清热解毒、祛风止痒等效^[10]。

本病中药塌渍组方为陈皮、制天南星、黄柏、厚朴、片姜黄、苍术、大黄、甘草片、白芷、天花粉组成,大黄和黄柏作为主要药材,具有清热燥湿的作用,能够清除体内的湿热,减轻炎症;姜黄和大黄能够活血化瘀,帮助改善血液循环,加速炎症的吸收和消退;白芷和制天南星具有消肿止痛的功效,能够缓解红肿疼痛,促进炎症的消散;苍术、厚朴和陈皮能够行气燥湿,帮助调节体内的气机,促进湿气的排出;甘草作为调和药,能够增强其他药材的疗效。全方共奏清热解毒、行气燥湿、消肿止痛之功效,适用于局部红赤肿胀、灼热疼痛等属阳证。

穴位注射药物由曲安奈德、庆大霉素、利多卡因组成,曲安奈德作为长效糖皮质激素,具有强而持久的抗炎作用;庆大霉素是氨基糖苷类抗生素,其通过作用于细菌体内的核糖体,抑制细菌蛋白质合成,并破坏细菌细胞膜的完整性,从而发挥抗菌作用;利多卡因是局部麻醉药,发挥镇痛效果。曲池穴具有清热解毒、活血通络的作用;外关穴作为三焦经的穴位,能够疏通气血,对于前臂的各种不舒适(如小臂疼、小臂酸等)和手部各种问题(如手指痛、手指关节肿胀等)有很好的疗效;合谷穴作为手少阳三焦经的穴位,能够疏通气血、缓解疼痛、退热;中渚穴具有清热疏风、舒筋活络的功效,能够舒筋活络,对于肩、背、肘、臂疼痛麻木,手指不能屈伸等症状有显著改善作用,另外中渚穴对于热病也有一定的治疗效果。这四个穴位分别位于人体右上肢的不同部位,通过针刺得气,起到通经活络、祛邪止痛的作用,再联合其他的治疗方式,可进一步加强干预效果。临床工作者对穴位进行药物注射后,药物的药理效应得以迅速增强,被称为药物归穴现象,最后发生非特定信息传递—特定生理效应的细胞内转换机制^[11]。穴位注射是结合中医的穴位理论和西医的药物作用,能够实现药物与穴位针刺的双重作用,产生更好的治疗效果。

护理人员严格监测病情变化,做好用药护理,皮肤护理,饮食调整及床旁隔离护理工作。通过辨证施护,做好症候护理;患者情志失调,疼痛时,积极治疗原发病,倾听患者主诉,采用行为疗法,即腹式呼吸松弛法进行治疗,使患者得到身心同治。综上,应用中西医结合的方法对丹毒急性发作的患者进行治疗及护理,可以提高疗效和患者的满意度。

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] 田晓峰, 刘洪. 外科学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
TIAN X F, LIU H. Surgery [M]. 3rd edition. Beijing: People's Medical Publishing House, 2013. (in Chinese)
- [2] 李乐之, 路潜. 外科护理学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
LI Y Z, LU Q. Surgical Nursing [M]. 7th Ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2021. (in Chinese)
- [3] 罗晓怡. 中药塌渍结合静滴抗生素治疗下肢丹毒临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(6): 1177-1179.
LUO X Y. Clinical observation of traditional Chinese medicine application combined with intravenous antibiotics in the treatment of lower limb erysipelas [J]. Clin J Tradit Chin Med, 2018, 30(6): 1177-1179. (in Chinese)
- [4] 尹跃兵. 中医外科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
YIN Y B. Chinese Medicine Surgery [M]. 5th Ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2023. (in Chinese)
- [5] 戴付敏, 王丽君, BehmChristine, 等. 国外老年人皮肤干燥评估与干预的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(1): 53-58.
DAI F M, WANG L J, BEHM C, et al. Research progress on assessment and intervention of dry skin among elderly people [J]. Chin J Nurs, 2017, 52(1): 53-58. (in Chinese)
- [6] 曲晶华. 丹毒患者的中医辨证施护[J]. 河北中医, 2016, 38(5): 778-780.
QU J H. Effects of traditional Chinese medicine syndrome differentiation nursing in patients with erysipelas [J]. Hebei J Tradit Chin Med, 2016, 38(5): 778-780. (in Chinese)
- [7] 徐慧, 吕宝琦. 中药塌渍治疗下肢丹毒临床观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(35): 115-118.
XU H, LV B Q. Clinical observation on treating lower limb erythrosis with TCM Tazi [J]. Clin J Chin Med, 2019, 11(35): 115-118. (in Chinese)
- [8] 国家中医药管理局中医师资格认证中心. 全国中医住院医师规范化培训结业考核指导用书-中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020.
STATE ADMINISTRATION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE CHINESE DOCTOR QUALIFICATION CERTIFICATION CENTER. Guidance for the Completion of Standardized Training of Chinese Medicine Resident doctors-Chinese Medicine Surgery [M]. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press, 2020. (in Chinese)
- [9] 高影, 姜良英, 连玉萍, 等. 丹毒患者临床护理体会[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(15): 205-206.
GAO Y, JIANG L Y, LIAN Y P, et al. Clinical nursing experience of erysipelas patients [J]. Chin J Mod Drug Appl, 2013, 7(15): 205-206. (in Chinese)
- [10] 钱浩良, 王琳, 顾艳. 中药塌渍治疗中风偏瘫研究[J]. 中医临床研究, 2018, 10(21): 19-20.
QIAN H L, WANG L, GU Y. A study on treating apoplectic hemiplegia with TCM medicine [J]. Clin J Chin Med, 2018, 10(21): 19-20. (in Chinese)
- [11] 陈军德, 李武. 药物归穴现象与经络的作用机制[J]. 中国针灸, 2002, 22(10): 667-669.
CHEN J D, LI W. Medicine meridian tropism phenomenon and the mechanism of meridian action [J]. Chin Acupuncture Moxibustion, 2002, 22(10): 667-669. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。