

DOI: 10. 12209/CAIM202503190001

· 中西医结合临床案例 ·

中药塌渍治疗丹毒合并肢体闭塞性动脉硬化患者的个案护理

吴 琦, 周 琴, 邱 亿

(湖南中医药高等专科学校附属第一医院(湖南省直中医医院)老年病科, 湖南 株洲, 412000)

摘要: 本文总结 1 例丹毒合并肢体闭塞性动脉硬化患者行中西医结合护理的体会。既往该疾病的首选治疗方式是血管腔内治疗, 因本类患者通常年龄较大, 且多合并有高血压、高血脂及糖尿病等慢性疾病, 无法较好的耐受传统外科手术治疗。为此本个案通过对患者进行中西医结合护理方法, 并结合药物治疗、改善生活方式(生活护理等)及中药塌渍等治疗。经护理干预后, 患者心理健康状态良好, 有效改善患者症状。

关键词: 丹毒病; 肢体闭塞性动脉硬化; 中西医结合; 个案护理

Case Nursing of Patients with Erysipelas Complicated by Limb Occlusive Arteriosclerosis Treated with Traditional Chinese Medicine Poultice Therapy

WU Qi, ZHOU Qin, QIU Yi

(Department of Geriatrics, Affiliated First Hospital of Hunan University of Traditional Chinese Medicine (Hunan Provincial Direct TCM Hospital), Hengyang, Hunan, 412000)

ABSTRACT: This paper summarizes the experience of integrated Chinese and Western nursing care for a patient with erysipelas complicated by limb occlusive arteriosclerosis. Traditionally, the preferred treatment for this condition has been endovascular therapy. However, due to the advanced age of such patients and their frequent comorbidities, such as hypertension, hyperlipidemia, and diabetes, they often cannot tolerate conventional surgical treatments well. In this case, the patient received integrated Chinese and Western nursing methods, including drug therapy, life-style improvement (such as daily living care), and traditional Chinese medicine compressions. After nursing intervention, the patient's psychological state improved significantly, and their symptoms were effectively alleviated.

KEY WORDS: erysipelas; limb occlusive arteriosclerosis; integration of traditional Chinese and western medicine; case nursing

下肢网状淋巴管炎中医又称丹毒(下文简称丹毒), 本病初起时皮肤上出现一红斑, 随后迅速蔓延成片, 稍高出皮肤, 边界清楚, 皮损处有红、肿、热、痛的表现, 常伴有恶寒、发热、头痛等全身症状, 对患者的经济与日常生活造成严重的影响^[1]。肢体闭塞性动脉硬化(Arteriosclerosis Obliterans)是肢体动脉内粥样物质的不断扩大并继发血栓形成, 引起动脉管壁狭窄、闭塞, 使肢体出现慢性或急性缺血症状的一种疾病。随着人均寿命的延长, ASO 的患病率逐年升高, 成为全球日益严重的公共卫生问题。据统计, 全球大约有

2.4 亿人患有 ASO, 约占 26 岁以上人群的 6%。我国 70 岁人群中患病率约 10%, 80 岁人群可达 20% 以上^[2-3]。ASO 症状从轻到重依次表现为间歇性跛行、静息痛和下肢的溃疡、坏疽。进展期 ASO 外科手术治疗困难, 预后差, 对患者和社会造成严重负担^[4-5]。ASO 轻者可发生肢体慢性缺血、远端供血不足; 重者可发生肢端溃疡、坏死、趾节脱落, 致残率、致死率均较高, 严重影响患者的生活质量^[6]。本文总结 1 例中药塌渍治疗丹毒合并肢体闭塞性动脉硬化患者的护理体会, 现报告如下。

收稿日期: 2025-03-19

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,70岁,因“右小腿肿痛伴发热1 d”于2023年07月25日入院。患者主诉昨夜夜间无明显诱因出现右小腿肿痛,活动障碍,伴有发热,体温最高时达39.7℃,予以布洛芬及阿莫西林口服后体温有所下降,但今日体温再次上升,遂至我院急诊入院。入院症见:右小腿红肿热痛,伴有发热,右下肢活动受限;伴有头痛,寒战,口苦,口干,稍气促,饮食欠佳;舌体略胖,舌质暗红、少苔,脉细滑。既往史:高血压病史20余年,稳定型心绞痛病史9年,一直未服药治疗。

1.2 查体

一般情况:患者生命体征平稳,神清语利,精神差,体型消瘦(BMI 17.6 kg/m²);右下肢皮肤潮红伴多处大面积破皮,大小约8 cm×7 cm,皮温高,触痛明显,足背动脉搏动减弱;体温(T)38.1℃,脉搏(P)81次/min,呼吸(R)28次/min,血压(BP)119/92 mm Hg;右下肢疼痛,VSA评分5分;肢体各腱反射(++),病理征未引出。实验室检查:血常规示白细胞14.1×10⁹/L↓,中性粒细胞百分比90.08%↓,血红蛋白98 g/L↓,C反应蛋白4.2 mg/L,白蛋白32.51 g/L↓,红细胞平均体积84 pg↓;白蛋白32 g/L↓;创面分泌物培养未见细菌。

1.3 诊断及治疗

中医诊断:丹毒(湿热瘀阻证);西医诊断:下肢网状淋巴管炎。入院后予周围血管护理常规,心电监护,记24 h出入量及尿量,测量腿围。遵医嘱予中西医结合治疗,中医治疗以益气扶正清热利湿、养阴凉血通络为主;西医治疗以扩冠、利尿、控制血压、改善血液循环、抗感染、促进下肢静脉回流及营养神经为主;中医外治予中药塌渍以清热解毒、祛湿润肤。经治疗干预,患者双下肢红肿减退,疼痛程度减轻,于2023年08月17日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

望:望之有神,表情痛苦,面色红润,形体适中,精神一般,舌体略胖、舌质暗红、少苔。闻:言语清楚,应答自如,稍有气促,无呕吐、太息、呻吟、腹鸣之声;无异常气味。问:昨夜夜间无明显诱因

出现右小腿肿痛,活动障碍,伴有发热,体温最高时达39.7℃,予布洛芬及阿莫西林口服后,体温有所下降,但今日体温再次上升,食欲不振,纳差,口干口苦,平素情志抑郁,悲伤欲哭,急躁易怒,眠差,需服用阿普唑仑1粒,1次/晚,辅助睡眠。切:腹软,无压痛,反跳痛,腹部无包块,右下肢肿胀,肤温高,脉细滑。

2.1.2 皮肤肿胀皮纹评估

皮肤肿胀皮纹等级评估标准,具体如下:正常:未见皮纹及皮肤肿胀;Ⅰ级:仍可见皮纹及轻度皮肤肿胀;Ⅱ级:未见皮纹水泡,皮肤肿胀症状明显;Ⅲ级:皮肤硬紧,可见水泡,患肢肿大^[7]。本例患者第1日皮肤肿胀分级为Ⅲ级。

2.1.3 疼痛评估

采用疼痛数字评分法(NRS)评估患者疼痛程度,本例患者第1日疼痛评分为5分,属中度疼痛。

2.1.4 压疮风险评估

根据Braden压疮风险评估表给予患者皮肤压疮风险评分,患者入院时评分为12分,属于高危风险。

2.1.5 日常生活能力评估

根据日常生活能力评定Barthel指数量表对患者日常生活能力进行评估。本例患者评分为35分,属重度依赖。

2.1.6 睡眠质量评估

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)共7项内容,满分21分,评分越高,表示睡眠质量越差。干预前患者睡眠质量评分19分,属睡眠质量很差。

2.1.7 抑郁评估

采用抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁状况,量表共20项内容,干预前患者SDS评分61分,属中度抑郁。

2.2 护理诊断

根据本例患者症状,提出如下护理诊断:①体温升高与患肢红肿、皮肤破损有关;②疼痛与局部组织炎症刺激有关;③皮肤完整性受损与患肢皮肤破损有关;④睡眠型态紊乱与患肢缺血疼痛有关;⑤抑郁与担心疾病预后、治疗效果有关。

2.3 护理计划

针对患者现存护理诊断,利用中医适宜技术即中药塌渍疗法,结合一般护理、皮肤护理、疼痛护理、体温护理、运动康复及心理护理等中医特色护理方法,发挥中医特色,合理有效改善患者的不

适症状。

2.4 护理措施

2.4.1 一般护理

2.4.1.1 休息与体位

患者应卧床休息,抬高患肢,以促进静脉回流,减轻局部肿胀。对于肢体闭塞性动脉硬化患者,避免长时间压迫患肢,可使用软枕适当垫高,一般抬高 30~40°。指导患者进行适当的肢体功能锻炼,如 Buerger 运动,可促进肢体的血液循环,以减轻缺血症状,具体方法如下:患者平卧,抬高患肢 45°以上,维持 23 min 然后坐起,双腿自然下垂,在床边摆动 23 min 再平卧,将患肢平放于床上,休息 5 min,如此反复进行,3~4 次/d。

2.4.1.2 环境与隔离

保持病房环境清洁、安静、温度适宜(一般 18~22℃)及湿度适中(一般 50%~60%)。丹毒患者应进行床边隔离,防止交叉感染,接触患者前后应洗手,患者的衣物、床单等应单独清洗消毒。

2.4.1.3 饮食护理

患者饮食以清淡、易消化为原则。宜多饮水,多食新鲜蔬菜、水果,忌食辛辣油腻及海腥发物。湿热瘀阻者宜适量饮清凉饮料,可选用薏苡仁、莲子、赤小豆、冬瓜、莴笋、葫芦、苦瓜、黄瓜、西瓜及白菜等食物。

2.4.2 日常病情观察

每日定时观察患者双下肢皮肤色泽、水肿程度;观察患者双下肢静息痛的疼痛程度;观察患者双下肢皮温是否发生改变,如有异常之处,及时处理。

2.4.3 预防并发症发生

本案患者双下肢有破溃情况发生,注意观察患者有无发生感染性休克,表现为皮肤冰冷、脸色苍白、少尿或无尿、烦躁不安、呼吸急促等症状,如有异常之处,及时处理。

2.4.4 皮肤护理

2.4.4.1 局部清洁

用温水清洗患肢皮肤,避免使用刺激性强的肥皂或清洁剂。对于丹毒病变部位,动作应轻柔,防止皮肤破损加重感染。

2.4.4.2 皮肤保护

避免搔抓皮肤,可根据患者情况使用皮肤保护剂,如凡士林等。对于皮肤破溃处,应严格按照无菌操作进行换药,选用合适的抗生素软膏,如莫匹罗星软膏等,促进创面愈合。

2.4.5 疼痛护理

采用合适疼痛评估工具如数字评分法(NRS),定期评估患者的疼痛程度、性质、持续时间等,以便调整护理措施。对于丹毒引起的疼痛,可遵医嘱给予冷敷,减轻局部炎症和疼痛。对于肢体闭塞性动脉硬化导致的疼痛,可根据患者情况予适当肢体按摩,但要注意避免用力过度加重皮肤损伤,也可使用热水袋等进行局部保暖,但要防止烫伤皮肤。必要时按照医嘱予止痛药物,如非甾体类抗炎药等,并观察药物的疗效和不良反应。

2.4.6 体温护理

每 4 h 测量一次体温,观察体温变化规律,同时注意患者的面色、脉搏、呼吸等生命体征的变化。当患者体温在 38.5℃以下时,采用物理降温,如温水擦浴、冰袋冷敷等;当体温超过 38.5℃时,遵医嘱予退热药物,并及时补充水分,防止患者因出汗过多而脱水。

2.4.7 用药护理

本例患者中医治疗以益气扶正清热利湿、养阴凉血通络为主;西医治疗以扩冠、利尿、控制血压、改善血液循环、抗感染、促进下肢静脉回流及营养神经为主,予注射用头孢哌酮舒巴坦钠、低分子肝素钠;中医外治方药以清热解毒、消肿祛腐为法,口服方药以清热解毒、消肿散结为法,所应用药物均以活血化瘀、通脉为主。用药后主要观察患者有无出血倾向,每日观察眼结膜有无出血,询问患者有无不适及二便性状,及时发现,及时处理。

2.4.8 心理护理

与患者建立良好的沟通关系,了解患者的心理状态,评估患者焦虑的程度和原因。因患者病程较长,反复发作,要多与患者交流,增强患者战胜疾病的勇气。①语言疏导法:湿热瘀阻者常烦躁易怒,护理人员应理解、同情患者,护理上可适当的顺情从欲,避免刺激患者。②移情易志法:通过看视频、看文章等手段分散患者注意力,以达到缓解患者右下肢疼痛的效果。③五音疗法:五音疗法对高血压和失眠有较好的干预效果,通过协调五脏、调畅气血、通经活络,达到安心宁神、保持阴阳平衡的目的,从而改善睡眠^[8],如聆听《春江花月夜》《月儿高》及《月光奏鸣曲》等音乐。

2.4.9 中医特色护理

2.4.9.1 中药塌渍

采用金黄散配方进行中药塌渍治疗,将金黄散中药配方药材熬制成汤剂,晾至 40~42℃,选用 0.3~0.5 cm 厚度的无菌纱布至于药液内,充分浸泡后微挤压敷于患处,抚平纱布,使之与患处充分接触。根据患者右下肢皮肤红肿部位大小剪取合适大小的敷布,避开皮肤破损处,外敷范围略超过病灶范围,从入院后开始每日两次进行 15 min 中药塌渍治疗,7 d 为一个疗程。第 7 天观察患肢红肿有所减退,创面缩小,改为 1 次/d;第 14 天观察患肢红肿减退,创面部分结痂,改隔天一次;第 20 天观察到患者患肢创面大部分结痂并脱落,皮温正常,予停止治疗。治疗过程中严密观

察患者生命体征及皮肤过敏情况,如果出现过敏或有不适,立即停止治疗。

2.4.9.2 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,汤剂分上下午服用,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。

2.5 护理评价

治疗干预后第 14 天患者右下肢红肿减退;第 20 天患者右下肢创面结痂并脱落,无发热情况,疼痛情况好转,并于 2023 年 08 月 10 日好转出院。本例患者各项指标改善情况,详见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	2023 年 7 月 25 日	2023 年 7 月 27 日	2023 年 7 月 30 日	2023 年 8 月 4 日	2023 年 8 月 7 日
水肿程度	Ⅲ级	Ⅲ级	Ⅱ级	Ⅱ级	Ⅱ级
NRS	中度疼痛	中度疼痛	中度疼痛	轻度疼痛	轻度疼痛
体温	38.1	38.5	37.2	36.8	36.5
PSQI	19	16	13	11	9
Barthel	35	45	65	75	85
SDS	中度抑郁	中度抑郁	轻度抑郁	轻度抑郁	轻度抑郁
C 反应蛋白指数	4.20 mg/L	/	30.4 mg/L	/	11.9 mg/L
白细胞计数	14.1/L	/	9.1/L	/	7.24/L
白蛋白	32.51 mg/L		28.4 mg/L		37.12 mg/L

3 结果和随访

患者出院后一周通过电话及微信回访,未发热,右下肢无红肿,皮温正常,破溃处已结痂。嘱患者清淡饮食,结痂处不能沾水,保持皮肤清洁,注意个人卫生,避开蚊虫叮咬,避免抓挠,遵医嘱用药,不可随意停药或改药,定时复诊,不适随诊。

4 讨论

中医学上认为下肢网状淋巴管炎属于丹毒的范畴。丹毒发于下肢者称为流火或腿游风,“腿游风,外腿忽然赤肿热痛,按之如泥不复者,由风热相抟所致”,在治疗药物的选取上,清热解毒利湿方渍可清热解毒、利湿除湿,被证实在下肢丹毒患者中有效^[9]。与西医不同,中医的给药方式多种多样,在治疗丹毒方面中医常选用中药塌渍的方法。中药塌渍为中医外用护理技术,通过温热发散方式促使药物通过肌肤腠理直达病所,将含有药液的纱布敷于患处达到干预目的,具有操作简单、安全无痛及疗效好的优势,且温热作用可活血化瘀、散寒祛湿,此法备受患者青睐^[10]。中药塌渍

法由于直接作用于患处,可减少口服药物的使用。用中药塌渍疗法治疗可减少内服药物的使用量,减轻病人的痛苦,减少口服药物的毒副作用。在治疗本例患者中选用金黄散作为塌渍的药引,金黄散出自明代陈实功著《外科正宗》,具有凉血清热和解毒化瘀之功效,消炎镇痛,加快伤口愈合,抗溃疡^[11]。本例患者的中医外治操作均在右小腿,操作部位单一,患者的依从性良好,不易发生不良事故。患者用药的观察未见毒副作用发生,无不良反应。在丹毒的预防及治疗护理方面,应用中医护理操作有一定的效果显现。在临床上通过中西医结合的护理方法对肢体闭塞性动脉硬化的病人进行全方位的护理,能够改善病人的生活水平,提高患者的康复信心,增强人文关怀^[12]。

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] 贾湘隆,张博,焦琳茜,等.徐旭英分期辨治下肢丹毒经验[J].北京中医药,2024,43(7):802-804.

- JIA X L, ZHANG B, JIAO L X, et al. Experience of XU Xuying in syndrome differentiation and treatment of erysipelas of lower limbs by stages[J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2024, 43(7): 802-804. (in Chinese)
- [2] SONG P G, RUDAN D A, ZHU Y J, et al. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis [J]. Lancet Glob Health, 2019, 7(8): e1020-e1030.
- [3] GOLLEDGE J. Update on the pathophysiology and medical treatment of peripheral artery disease [J]. Nat Rev Cardiol, 2022, 19(7): 456-474.
- [4] NASTASI D R, MOXON J V, NORMAN R, et al. The cost-effectiveness of intensive low-density lipoprotein cholesterol lowering in people with peripheral artery disease[J]. J Vasc Surg, 2021, 73(4): 1396-1403. e3.
- [5] HIRAMOTO J S, TERAA M, DE BORST G J, et al. Interventions for lower extremity peripheral artery disease [J]. Nat Rev Cardiol, 2018, 15(6): 332-350.
- [6] Dharmalingam B, Singh P, Schramm P, 等. 复杂性区域疼痛综合征病人自身抗体在体外诱导内皮细胞促炎作用和功能紊乱[J]. 中国疼痛医学杂志, 2023, 29(6): 410-413.
Dharmalingam B, Singh P, Schramm P, et al. Auto-antibodies of patients with complex regional pain syndrome induce endothelial cells to promote inflammation and dysfunction *in vitro* [J]. Chin J Pain Med, 2023, 29(6): 410-413. (in Chinese)
- [7] 王泽民. 中药塌渍治疗四肢骨折手法整复后肢端肿胀的临床效果及并发症发生率分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(22): 177-180.
WANG Z M. Clinical effect and complication rate analysis of treating limb swelling after manual reduction of limb fracture with traditional Chinese medicine [J]. China Pract Med, 2021, 16(22): 177-180. (in Chinese)
- [8] 张晓娟, 李子锋, 丁劲, 等. 揶针联合五音疗法对肝阳上亢型高血压患者失眠的效果[J]. 护理学杂志, 2022, 37(1): 46-48.
ZHANG X J, LI Z F, DING J, et al. Effectiveness of acupuncture with thumb-tack needle for subcutaneous embedding in combination with five notes of traditional Chinese music therapy on insomnia in patients with hypertension [J]. J Nurs Sci, 2022, 37(1): 46-48. (in Chinese)
- [9] 亓雪, 张玥, 孙磊. 箍围疗法治疗下肢丹毒的研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(4): 561-563.
QI X, ZHANG Y, SUN L. Research progress on treatment of erysipelas in lower limbs by hoop therapy [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2023, 29(4): 561-563. (in Chinese)
- [10] 简敏, 阮凌, 廖梅, 等. 中药塌渍治疗联合红外线照射与化疗同步防治肿瘤患者静脉炎的效果研究[J]. 临床护理杂志, 2023, 22(3): 77-79.
JIAN M, RUAN L, LIAO M, et al. Study on the effect of traditional Chinese medicine combined with infrared irradiation and chemotherapy in preventing and treating phlebitis in tumor patients [J]. J Clin Nurs, 2023, 22(3): 77-79. (in Chinese)
- [11] 於丙寅. 金黄散外敷联合威伐光治疗下肢丹毒的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(7): 30-31.
YU B Y. Clinical observation on the treatment of erysipelas in lower limbs by external application of Jinhuangsan combined with Weivaguang [J]. China's Naturopathy, 2019, 27(7): 30-31. (in Chinese)
- [12] 李卫平, 孔智渊, 王益. 丹毒住院患者156例临床特点和危险因素分析[J]. 中华临床感染病杂志, 2017(3): 205-208.
LI W P, KONG Z Y, WANG Y. Clinical features and risk factors for 156 patients hospitalized with erysipelas [J]. Chin J Clin Infect Dis, 2017(3): 205-208. (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。