

# 清热利湿活血特色诊疗护理对急性下肢丹毒的干预研究

丁四萍<sup>1</sup> 戴玮<sup>2\*</sup> 吴薇<sup>1</sup> 史俪婧<sup>1</sup> 张玉玲<sup>1</sup>

1. 南京大学医学院附属鼓楼医院中医科 江苏南京 210008

2. 南京大学医学院附属鼓楼医院医务处 江苏南京 210008

**摘要:** 目的 探讨清热利湿活血特色诊疗护理干预急性下肢丹毒的效果。方法 采用回顾性研究, 分别选取2019年01月至2020年09月、2017年06月至2018年12月南京大学医学院附属鼓楼医院中医科住院的各30例急性下肢丹毒患者, 归为A组、B组; B组予单纯抗生素治疗+常规西医护理, A组在B组的基础上, 加用清热利湿活血特色诊疗护理。比较两组患者干预5天的临床疗效, 其临床症状消失及外周血恢复正常所需的时间, 干预5天的疼痛程度、肿胀程度、C反应蛋白、降钙素原变化, 以及干预后的满意度。结果 干预5天A组的临床疗效优于B组( $P < 0.05$ )。干预后, A组患者( $2.17 \pm 0.83$ )天发热症状消失, ( $3.40 \pm 1.03$ )天疼痛症状消失, 明显优于B组( $P < 0.01$ ); A组患者( $4.83 \pm 1.21$ )天肿胀症状消失, ( $5.60 \pm 1.07$ )天外周血恢复正常, 亦优于B组( $P < 0.05$ )。干预5天后, 两组患者的疼痛程度、肿胀程度、C反应蛋白、降钙素原都有明显的改善( $P < 0.01$ ); 针对患者疼痛程度改善, A、B两组间无明显差异( $P > 0.05$ ); 肿胀程度的变化情况对比, A组的治疗效果明显比B组更佳( $P < 0.05$ ); C反应蛋白、降钙素原水平的转好情况对比, A组较B组更佳( $P < 0.05$ )。结论 对于急性下肢丹毒患者实施清热利湿活血特色诊疗护理干预, 不仅能促进炎症消退, 还可以有效缩短治疗时间, 最终提高患者的护理满意度。

**关键词:** 丹毒; 清热; 利湿; 活血; 护理满意度

作为中医学理论所述的“流火”之类, 下肢丹毒属急性感染性疾病, 发作时, 患处的特定皮肤区域会快速出现大片类似于涂丹之色的鲜红, 患者会有局部灼热、表面肿胀、不同程度的疼痛之感, 临床表现多见病灶会随时间发展而以极快的速度拓展至身体其他部位, 伴随鲜红面积的扩张。在中医学的角度<sup>[1]</sup>, 下肢丹毒源自患者体内湿气邪毒、热气所致邪毒之间的相遇与融合, 其中湿邪性质重而浊, 易向下沉积、藏在皮肤之内; 热毒之邪则犹如烈火, 鼓动气血, 导致气血瘀滞不畅。这两种邪气相互作用, 共同作用于下肢, 从而引发丹毒这一病症。关于该症的诊治, 中医强调清除湿热之气、活跃气血、化解瘀阻, 以实现相应的疗效。西医学认为<sup>[2-3]</sup>, 此病是由溶血性链球菌或金黄色葡萄球菌所诱发, 侵袭下肢所导致的急性网状淋巴管炎。就当前而言, 临床针对下肢丹毒的治疗以抗生素为主, 但治疗时长正随患者身体对抗生素抗药性的强化而不断延续, 且易复发, 临床疗效不甚理想。对于此类患者, 为提高临床疗效、缩短治疗疗程、减少复发机率, 本科室在常规治疗的基础上, 开展中医清热利湿活血特色诊疗护理, 以期为急性下肢丹毒的治疗及护理

模式提供参考。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

采用回顾性研究方法, 收集2019年01月至2020年09月南京大学医学院附属鼓楼医院中医科住院的30例急性下肢丹毒患者, 其采用抗生素治疗+常规西医护理+清热利湿活血特色诊疗护理, 归为A组; 收集2017年06月至2018年12月南京大学医学院附属鼓楼医院中医科住院的30例急性下肢丹毒患者, 其采用抗生素治疗+常规西医护理, 归为B组。A组男17例, 女13例; 年龄62~78岁, 平均( $70.27 \pm 4.24$ )岁; 发病至入院1~3天, 平均病程( $1.93 \pm 0.74$ )天; 伴足癣共12例, 存在腹股沟淋巴结肿大、疼痛症状共8例。B组男16例, 女14例; 年龄60~79岁, 平均( $70.97 \pm 4.22$ )岁; 发病至入院1~3天, 平均病程( $1.90 \pm 0.76$ )天; 伴足癣共11例, 存在腹股沟淋巴结肿大、疼痛症状共9例。A组和B组患者均为单侧下肢发病。两组的一般资料相比较, 其差异无统计学意义( $P > 0.05$ ) (详见表1)。

表 1 两组患者的一般资料比较

项目	A 组	B 组	t 值 / $\chi^2$ 值	P 值
年龄 (岁)	70.27 ± 4.24	70.97 ± 4.22	-0.641	0.524
性别	男 (例)	17	0.067	0.795
	女 (例)	13		
病程 (天)	1.93 ± 0.74	1.90 ± 0.76	0.172	0.864
并发足癣	是 (例)	12	0.071	0.791
	否 (例)	18		
腹股沟淋巴结肿大疼痛	是 (例)	8	0.082	0.774
	否 (例)	22		

### 1.2 诊断标准

以我国中医药管理局公布并实行的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup> 作为病症的诊断基准。临床症状:

①局部: 患者单侧下肢部分皮肤区域呈现片状的红斑, 色红且鲜艳、边界清楚、按压局部会有短暂的褪色; 或有轻微隆起, 与正常状态下的皮肤差异明显; 红斑的局部同时存在水疱或紫癜, 少数出现局部皮肤坏死, 重则化脓。患有该病的下肢处于肿胀的状态, 患者感到明显的疼痛。

②全身: 发热, 偶尔会出现头晕、头痛、恶心呕吐、周身不适等症状与感觉。

③临床体征: 患者患有该病的一侧腹股沟淋巴结处于肿大的状态, 疼痛感明显。

④实验室指标: 患者的白细胞总数、中性粒细胞之比均有明显增多。

### 1.3 纳入标准

- ①症状、病情等与上述标准相一致;
- ②年龄在 18 岁至 80 岁的区间;
- ③治疗的依从性较好, 能够研究的全过程配合诊断与治疗, 临床资料、检查结果、指标数据等信息无遗漏。

### 1.4 排除标准

- ①丹毒反复发作, 局部已形成慢性皮损的患者;
- ②对本研究中所用中药成分有过敏的患者;
- ③具有认知功能障碍;
- ④孕妇或处于哺乳期的女性;
- ⑤同时患有急性心脑血管疾病、严重血液系统疾病, 以及肝肾功能不全、消化道出血。

### 1.5 干预方法

① B 组: 抗生素, 在 100ml 的 0.9% 氯化钠中加入 4.5g 的哌拉西林他唑巴坦钠, 静脉滴注, 每 12 小时一次; 配合常规西医护理: A、嘱患者合理增加卧床休息的时间, 帮助并指导其适度抬高患肢, 促进局部血液、淋巴的回流。B、

饮食宜清淡, 戒烟、戒酒, 多饮水, 保持大便通畅。C、避免对患肢皮肤搔抓, 以免破溃、感染加重。D、督促患者清洗、暴晒鞋袜, 有效治疗足癣。E、向患者耐心讲解本病的诱因, 健康宣教相关防护措施, 减少其复发因素。F、患者因局部疼痛不适等导致焦虑、情绪烦躁之时, 护理人员予其心理护理, 进行情志疏导, 帮助患者树立战胜疾病的信心。

② A 组在 B 组的基础上, 加用清热利湿活血特色诊疗护理。具体如下: A、护理人员予患者丹毒部位用局部中药方剂 (清热利湿活血方) 外熏, 具体方药: 生大黄 10g、紫花地丁 15g、赤芍 15g、黄柏 20g、蒲公英 20g、鸡血藤 20g、牡丹皮 15g、虎杖 20g, 每日一次, 每次 30 分钟。B、基于中医师的指导, 由护理人员对患者进行穴位刺血疗法的治疗: 对于丹毒病灶聚于下肢内侧的患者, 取委中穴、隐白穴; 对于丹毒病灶聚于下肢外侧的患者, 取委中穴、厉兑穴; 对于丹毒病灶同时集中在下肢内侧与外侧的患者, 同时取委中穴、隐白穴、厉兑穴。护理人员以碘伏棉签对所选穴位局部皮肤进行规范消毒, 以一次性采血针对相应的穴位进行点刺、放血, 每个穴位每次挤出 3 滴血液 (0.2ml 左右), 以干棉签将血水进行擦除, 再另取碘伏棉签放置在放血的穴位进行消毒。频次为 1 日 1 次。

### 1.6 观察指标:

①干预后第 5 天的临床治疗效果, 以国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup> 作为评估标准。共分 4 个级别, “痊愈”者患侧下肢病灶不适 (鲜红、肿胀、灼热、疼痛) 均已消除, 无局部皮肤破损或由短暂的色素沉着, 没有发热的情况, 血常规的血细胞总数与中性粒细胞比值均恢复正常; “显效”者患侧局部症状及临床体征的转好程度 > 70%, 没有发热的情况, 血常规的血细胞总数与中性粒细胞比值均恢复正常; “有效”者患侧局部症状及临床体征的转好程度 > 35%, 没有发热的情况, 血常规的血细胞总数与中性粒细胞比值均恢复正常; “无效”者症状与临床体征均与治疗前无异, 或加剧。

②比较两组患者的发热、患侧下肢疼痛以及肿胀消失所需要的时间, 外周血的白细胞总数、中性粒细胞百分比恢复正常所需要的时间。每天观察并记录患者的体温变化、患侧下肢的疼痛以及肿胀情况, 依次在干预后的第 0、3、5、7、10 天, 完善血常规检查, 并记录结果。

③比较两组患者在干预后第 5 天的疼痛程度、肿胀程度、

C反应蛋白以及降钙素原水平。采用数字疼痛分级法(NRS),测定并记录患者疼痛评分。对肿胀程度按照无、轻、中、重分为4级,分别记0、2、4、6分。

④比较两组患者干预之后的满意度。

### 1.7 统计学方法:

使用SPSS 21.0统计软件作为研究数据处理及分析的工具。以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 作为计量资料的表示形式,组间差异结合独立样本t检验。以例(%)作为计数资料的表示形式,结合 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 时,认为组间差异明显,具有统计学上的意义。

## 2 结果

2.1 两组患者在接受干预后第5天临床疗效的比较(详见表2)

A组5天痊愈17例、显效11例、有效2例,而B组5天痊愈有8例、显效有12例、有效有10例,干预后第5天两组患者临床疗效进行比较,其差异具有统计学的意义( $P < 0.05$ )。

表2 两组患者干预后第5天临床疗效的比较

组别	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	$\chi^2$ 值	P值
A组	17	11	2	0	8.617	0.013
B组	8	12	10	0		

2.2 两组患者临床症状消失及外周血恢复正常所需时间的比较(详见表3)

表3 两组患者干预0天及5天疼痛程度、肿胀程度、C反应蛋白、降钙素原的比较

组别	疼痛程度评分		肿胀程度积分		C反应蛋白(mg/L)		降钙素原(ng/mL)	
	干预0天	干预5天	干预0天	干预5天	干预0天	干预5天	干预0天	干预5天
A组	5.37 ± 0.96	0.17 ± 0.65a	4.93 ± 1.01	0.47 ± 1.14a	67.92 ± 34.57	12.70 ± 12.38a	0.57 ± 0.29	0.10 ± 0.17a
B组	5.37 ± 1.13	0.30 ± 0.92a	5.07 ± 1.01	1.20 ± 1.24a	68.35 ± 31.91	23.56 ± 16.48a	0.55 ± 0.27	0.23 ± 0.19a
t值	0.000	-0.651	-0.509	-2.385	-0.050	-2.887	0.316	-2.900
P值	1.000	0.517	0.613	0.020	0.961	0.005	0.753	0.005

注:与本组干预0天比较, a  $P < 0.01$ 。

2.4 两组患者干预后满意度的比较(详见表5)

A组:非常满意、满意、不满意的患者数分别为28、2、0。B组:非常满意、满意、不满意的患者数分别为20、7、3。可见A组的满意度明显优于B组( $P < 0.05$ )。

表5 两组患者干预后满意度的比较

组别	非常满意(例)	满意(例)	不满意(例)	$\chi^2$ 值	P值
治疗组	28	2	0	7.111	0.029
对照组	20	7	3		

干预后,A组患者(2.17 ± 0.83)天发热的症状消失,(3.40 ± 1.03)天疼痛的症状消失,与B组相比,差异具有显著统计学意义( $P < 0.01$ );干预后,A组患者(4.83 ± 1.21)天肿胀症状消失,(5.60 ± 1.07)天外周血恢复正常,与B组相比,其差异具有统计学的意义( $P < 0.05$ )。

表3 两组患者临床症状消失以及外周血恢复正常所需时间的比较

组别	发热消失(天)	疼痛消失(天)	肿胀消失(天)	外周血恢复正常(天)
A组	2.17 ± 0.83	3.40 ± 1.03	4.83 ± 1.21	5.60 ± 1.07
B组	2.87 ± 0.82	4.23 ± 0.94	5.47 ± 0.82	6.17 ± 0.99
t值	-3.280	-3.268	-2.379	-2.134
P值	0.002	0.002	0.021	0.037

2.3 两组患者干预0天及干预5天疼痛程度、肿胀程度、C反应蛋白、降钙素原的比较(详见表4)

接受干预之前:两组的上述指标组间差异不明显( $P > 0.05$ )。

干预5天之后:两组患者的疼痛程度、肿胀的程度、C反应蛋白以及降钙素原水平进行比较,较干预前均有明显改善,其差异具有显著统计学的意义(a  $P < 0.01$ )。其中,干预5天之后,针对其疼痛程度的改善,两组的组间差异不明显( $P > 0.05$ );肿胀程度的变化情况对比,A组的治疗效果明显比B组更佳( $P < 0.05$ );C反应蛋白、降钙素原水平的转好情况对比,A组较B组更佳( $P < 0.05$ )。A组的治疗效果明显优于B组( $P < 0.01$ )。

## 3 讨论

丹毒,作为一种急性感染性疾病,表现为患部的皮肤突然灼热、变红、色如涂丹,伴肿胀、疼痛。西医学认为,溶血性链球菌为本病的主要致病菌,当机体存在足癣、疖、或其他感染病灶时,其易从破损的皮肤或黏膜入侵,经由组织间隙进一步侵犯淋巴管,引发表现为局部皮肤组织红肿热痛的急性网状淋巴管炎。中医学将急性下肢丹毒称为“流火”,多因血热内郁,加之外感湿邪、毒邪,其搏结于肌肤;

或因肌肤黏膜破损,湿毒之邪循经而入,营血被灼所致;按照清·高锦庭《疡科心得集》的外科疮疡三焦论治理论,“其在下部者,俱属湿火湿热,水性下趋故也”[5-6];因此急性下肢丹毒的辨证属湿热蕴结、火毒炽盛,且湿热多夹有瘀血;所以治则当以“清热利湿活血”为纲。本科室施以“清热利湿活血特色诊疗护理”综合干预急性下肢丹毒,取得良好的疗效。

清热利湿活血方是我科自拟用于治疗丹毒的特色方剂,主要成分为蒲公英、紫花地丁、黄柏、虎杖、鸡血藤、赤芍、牡丹皮、生大黄。其中蒲公英、紫花地丁清热解毒,消肿散结;大黄、黄柏行气活血,清热利湿,解毒消肿;虎杖清热利湿,活血化瘀;鸡血藤活血且补血;牡丹皮、赤芍活血散瘀、清热凉血。并且现代研究表明,方剂中的虎杖<sup>[7]</sup>具有抗菌、扩张血管、改善微循环等作用;鸡血藤<sup>[8]</sup>具有抗血栓的形成、调节免疫和抗炎氧化等作用;而牡丹皮<sup>[9]</sup>具有抗菌消炎和保护血管等作用。

作为中医学的特色针刺疗法之一,刺血疗法<sup>[10]</sup>的发展历史已有数千年之久,至今仍具有非常广阔的临床应用范围,且起效快、效果好,可帮助患者清除体内湿热之气、活跃气血运行、化解瘀阻。疗法所选的穴位及其功用:①委中穴:人体足太阳膀胱经之合穴,属于经络辨证用以治疗丹毒之症的关键穴位,《灵枢·九针十二原》将其描述为“凡用针者,虚则实之,满则泄之,宛陈则除之”,指的是当人体正气不足,脏腑功能低下,气血亏虚时,针灸治疗应采用补法;当人体邪气过盛,出现实证表现,如局部肿胀、疼痛、瘀血等,针灸治疗应采用泻法;对于“宛陈”之类积聚已久的病例产物,针灸治疗应采取直接而有力的刺络放血、拔罐、刮痧等法,以排除体内瘀滞,恢复气血的正常运行。而本文所用委中刺血则属针灸的“泻法”<sup>[11]</sup>,临床功效包括疏通经络、畅通气血、促进体内湿邪的排出、减轻或消除郁结、清除体内的热毒,恢复机体的阴阳平衡等。②隐白穴:属足太阴脾经,适用于丹毒病灶集中在下肢内侧患者的穴位治疗,结合委中穴效果更佳;③厉兑穴:属足阳明胃经,适用于丹毒病灶集中在下肢外侧患者的穴位治疗,应采取“委中+隐白+厉兑”的模式进行。对于急性下肢丹毒的治疗,应当根据患者病灶所在部位的不同,实施个性化的刺血穴位治疗方案,以帮助患者在接受治疗的同时,促进湿邪排出、经络调整、脏腑改善、湿毒清除、血气活跃。

急性丹毒的临床治疗中,护理干预发挥着至关重要的作用,其在加速疾病康复以及预防疾病复发等方面均具有重要的临床意义,针对患者的饮食指导、诱因预防、心理疏导、皮损护理等环节进行全面的干预,不仅可以加快疾病的康复进程,而且可以减少丹毒复发的高危因素,在一定程度上安抚患者焦虑情绪,促使患者配合诊疗、提高依从性,最终发挥提升临床疗效、提高满意度的作用。在抗生素经验性治疗的西医基础上,每日予清热利湿活血特色诊疗护理,通过以上方法干预急性下肢丹毒,充分发挥中医优势,能在较短时间之内控制炎症的发展,促进炎性病灶消退,有效缩短治疗时间,减少抗生素使用疗程,降低平均治疗费用,减轻患者经济负担;具有良好的社会和经济效益,可广泛应用于临床。

#### 参考文献:

- [1] 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(04):561-563.
- [2] 周淑怡,黎颖娴,卢蔚起,赵先明. 中药外敷联合抗生素治疗下肢丹毒的 Meta 及试验序贯分析[J]. 中国中西医结合外科杂志,2022,28(01):36-41.
- [2] 周唯,连俊红,蒋翔,杨思宇,汪国栋,祁静,刘曦明. 硫酸镁湿敷联合头孢唑林钠静滴对足踝部骨折并发丹毒的疗效观察[J]. 创伤外科杂志,2022,24(04):276-280.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,2003,48.
- [4] 李少娟,李文豪. 明清外科三大流派对丹毒的论治浅析[J]. 中国民族民间医药,2023,32(22):82-84.
- [5] 叶铭达,胡炜圣,魏开建. 从“邪伏三焦募原”理论辨治丹毒理论探骊[J]. 亚太传统医药,2024,20(02):203-206.
- [6] Jia Ke, Meng-Ting Li, Shuyang Xu, Jianpeng Ma, Ming-Yuan Liu, Yan Han. Advances for pharmacological activities of *Polygonum cuspidatum* - A review[J]. Pharm Biol, 2023, 61(1):177-188.
- [7] Yehua Pan, Xiaomin Luo, Puyang Gong. *Spatholobium caulis*: A systematic review of its traditional uses, chemical constituents, biological activities and clinical applications[J]. J Ethnopharmacol, 2023, 317:116854.
- [8] Jineai Liu, Xiang Li, Huixin Bai, Xu Yang, Jun Mu, Ruonan Yan, Siwang Wang. Traditional uses, phytochemistry, pharmacology, and pharmacokinetics of the root bark of

*Paeonia x suffruticosa andrews*: A comprehensive review[J]. *J Ethnopharmacol*, 2023, 308: 1162-79.

[9] 吴俊郦, 赵征宇. 《针灸秘验》刺血疗法特色探析[J]. *光明中医*, 2024, 39(04): 660-663.

[10] 盛青云, 吴清明. 《针灸甲乙经》委中穴考证[J]. *河南中医*, 2021, 41(05): 770-772.

[11] 石天爱, 谢梦洲, 李金香. 《针灸大成》委中穴的穴性及临床应用探析[J]. *中国中医药科技*, 2020, 27(06): 1003-

1005.

#### 作者简介:

丁四萍(1986—), 女, 江苏, 汉, 本科, 南京大学医学院附属南京鼓楼医院, 职称: 主管护师, 研究方向: 中医护理。

通信作者: 戴玮, 硕士, 主治中医师。

基金项目: 南京中医药大学自然科学基金项目(XZR2020054); 2023年南京鼓楼医院护理科研立项课题(2023-R179)。