

# 从一例左下肢丹毒患者的成功治疗探讨丹毒的 临床管理与诊疗策略

王家志 唐峰 陈旭 李小康 游佳伟\*  
63650 医院五官科 新疆 乌鲁木齐 841700

**摘要:** 丹毒是一种由 A 组  $\beta$  溶血性链球菌引起的急性浅表细菌性蜂窝织炎, 其特点为境界清楚的疼痛性红斑、肿胀, 并常伴有发热等全身症状。本文报告了一例 58 岁男性左下肢丹毒患者的诊疗过程。患者因“左足部瘙痒破溃后左小腿红肿热痛伴发热 3 天”入院。查体见左小腿境界清楚、隆起性鲜红色斑块, 皮温高, 触痛明显。结合临床表现及实验室检查(白细胞计数及中性粒细胞百分比升高), 诊断为左下肢丹毒。给予注射用青霉素钠静脉滴注进行初始治疗, 辅以抬高患肢、硫酸镁湿敷等支持措施。患者症状迅速缓解, 后转为口服阿莫西林克拉维酸钾完成总疗程 14 天, 最终痊愈。随访 3 个月无复发。本文结合本例患者的治疗经验, 对丹毒的流行病学、病因学、临床表现、诊断、鉴别诊断、规范化治疗及预防策略进行系统综述, 旨在为临床医生提供最新的诊疗思路, 并强调足疗程抗生素治疗及消除诱发因素在预防复发中的关键作用。

**关键词:** 丹毒; A 组  $\beta$  溶血性链球菌; 抗生素治疗; 青霉素; 复发预防; 病例报告

## 引言:

丹毒, 中医称之为“流火”, 是一种主要累及真皮浅层淋巴管的急性非化脓性感染<sup>[1]</sup>。其典型的临床表现为突发性、境界清楚的红色肿胀斑块, 边缘隆起, 表面紧张光亮, 可伴有疼痛、高热、寒战等全身中毒症状。尽管丹毒在任何年龄均可发病, 但多见于婴幼儿、老年人及免疫功能低下者。下肢是最常见的受累部位, 其次是颜面部<sup>[2]</sup>。随着抗生素的广泛应用, 典型重症丹毒的发病率有所下降, 但其复发率仍居高不下, 严重影响患者的生活质量, 并可能导致象皮肿等慢性并发症<sup>[3]</sup>。因此, 规范化的急性期治疗与系统性的复发预防是丹毒临床管理的两大核心。本文通过详细介绍一例典型左下肢丹毒的成功诊治案例, 并结合国内外相关文献, 对丹毒的现代诊疗策略进行全面阐述, 以期为临床实践提供参考。

## 1 病例报告

### 1.1 患者基本信息

患者, 男性, 58 岁, 因“左足部瘙痒破溃后左小腿红肿热痛伴发热 3 天”于 2023 年 10 月 12 日入院。

### 1.2 现病史

患者于入院前 1 周自觉左足趾间瘙痒, 搔抓后出现局部皮肤破溃, 未予重视。3 天前, 左小腿下段开始出现片状红斑, 并迅速向近心端蔓延, 局部皮温升高, 触痛明显, 伴有持续性胀痛。同时出现寒战、发热, 体温最高达 39.2℃, 伴全身乏力、食欲不振。自行口服“头孢菌素”(具体不详) 2 天, 效果不佳, 红斑持续扩大, 疼痛加剧, 遂来我院急诊, 以“左下肢丹毒”收治入院。

### 1.3 既往史与个人史

有“双足足癣(脚气)”病史 20 余年, 反复发作, 未规范治疗。否认糖尿病、高血压病史。无药物过敏史。

### 1.4 体格检查

生命体征: T38.8℃, P102 次/分, R20 次/分, BP135/80 mmHg。全身浅表淋巴结未触及肿大。

皮肤科情况: 左小腿自踝关节至膝关节下可见一大约 15cm×20cm 的弥漫性、境界清楚的鲜红色斑块, 表面紧张发亮, 边缘隆起, 形如地图状, 压之褪色, 皮温明显增高, 触痛显著。斑块中央部分颜色较周边略深。左足背轻度凹陷性水肿。左足第 4、5 趾间可见浸渍、脱屑及皲裂。

### 1.5 实验室及影像学检查

血常规: 白细胞计数(WBC)  $14.5 \times 10^9/L$  (参考值  $3.5-9.5$ ), 中性粒细胞百分比(NEUT%) 85%。

C 反应蛋白(CRP): 68mg/L (参考值 <8)。

降钙素原(PCT): 0.8ng/mL (参考值 <0.5)。

肝肾功能、电解质未见明显异常。

下肢血管彩色多普勒超声: 未见深静脉血栓形成, 皮下软组织层增厚、回声减低, 符合炎性改变。

## 1.6 诊断

结合典型的临床表现（境界清楚的红斑、肿胀、热、痛）、全身症状（发热）及实验室炎症指标升高，明确诊断为：（1）左下肢丹毒；（2）足癣。

## 1.7 治疗过程

治疗分为两个阶段：

急性期强化治疗（住院第 1-5 天）：

抗生素治疗：考虑到患者感染较重，且院外口服抗生素无效，首选大剂量静脉抗生素。给予注射用青霉素钠 480 万单位，加入 0.9% 氯化钠注射液 100mL 中，每 8 小时一次静脉滴注。

支持对症处理：绝对卧床休息，抬高患肢至心脏水平以上，以利淋巴和静脉回流，减轻肿胀。嘱患者多饮水。给予物理降温。局部予以 50% 硫酸镁溶液持续湿敷，以消肿、止痛。

处理诱发因素：同时给予盐酸特比萘芬乳膏外用治疗足癣，并嘱患者保持足部干燥清洁。

巩固期治疗与出院后管理（住院第 6 天起及出院后）：

经静脉治疗 3 天后，患者体温恢复正常，左小腿红肿范围明显缩小，颜色转为暗红色，疼痛显著减轻。复查血常规：WBC  $8.1 \times 10^9/L$ ，NEUT% 72%，CRP 15 mg/L。

住院第 5 天，病情稳定，停用静脉青霉素，改为口服阿莫西林克拉维酸钾片（625mg，每 8 小时一次）继续治疗。

住院第 7 天，患者一般情况好，左小腿皮损基本消退，留有色素沉着，办理出院。

出院医嘱：①继续口服阿莫西林克拉维酸钾至总疗程满 14 天。②坚持外用抗真菌药物至少 4 周，以彻底根治足癣。③穿宽松透气鞋袜，避免搔抓足部。④注意休息，避免久站，休息时继续抬高患肢。⑤定期皮肤科门诊随访。

## 1.8 治疗结果与随访

患者完成 14 天抗生素疗程后返院复查，左小腿皮损完全消退，无疼痛。随访 3 个月，患者未再出现丹毒复发，且通过规范抗真菌治疗，足癣症状得到有效控制。

## 2 讨论与文献综述

本例是一例典型的由足癣作为诱因引发的下肢丹毒。其诊疗过程体现了丹毒标准治疗的核心理念：早期、足量、足疗程的有效抗生素应用，积极的局部对症支持，

以及根治诱发因素以预防复发。以下结合本病例，对丹毒的关键临床问题进行系统综述。

### 2.1 病因学与流行病学

丹毒的致病菌绝大多数（约 90% 以上）为 A 组  $\beta$  溶血性链球菌，少数可由 B、C、G 组链球菌或其他细菌引起<sup>[4]</sup>。该菌产生的透明质酸酶和链激酶等毒素能分解组织基质，溶解纤维蛋白，导致感染迅速沿淋巴管扩散。本病发生的前提是皮肤屏障的破坏。常见的诱因包括<sup>[1,2]</sup>：

皮肤黏膜破损：如本例中的足癣搔抓后继发感染，其他如小腿溃疡、虫咬、注射、手术伤口等。

淋巴引流障碍：如淋巴结清扫术后、肿瘤压迫、放射治疗后。

全身性因素：免疫功能低下、糖尿病、酗酒、肥胖等。

下肢是最好发的部位，尤其多见于有足癣、静脉功能不全或淋巴水肿的老年男性。

### 2.2 临床表现与诊断

丹毒的诊断主要依靠典型的临床表现<sup>[5]</sup>。

典型皮损：为境界非常清楚的鲜红色、水肿性斑块，边缘隆起，与正常皮肤分界明晰，表面光滑紧张，可有水疱或大疱（大疱性丹毒）。皮温增高，触痛明显。

全身症状：起病急，常伴有高热、寒战、全身不适等前驱症状。

实验室检查：无特异性，但血常规常显示白细胞和中性粒细胞计数升高，CRP 和血沉（ESR）增快，可作为辅助诊断和评估疗效的指标。

影像学检查：彩色多普勒超声主要用于排除深静脉血栓，后者可与丹毒表现相似。超声可见受累皮肤及皮下组织增厚、水肿，呈“鹅卵石”样改变。

### 2.3 鉴别诊断

丹毒需与以下疾病相鉴别：

类丹毒：由猪丹毒杆菌引起，多见于从事屠宰、渔业者，皮损通常局限于手部，呈紫红色斑块，全身症状轻微。

接触性皮炎：有明确的接触史，皮损以瘙痒为主，疼痛不明显，无全身发热。

蜂窝织炎：这是最易混淆的疾病。与丹毒相比，蜂窝织炎感染部位更深（累及皮下脂肪），皮损境界不清，边缘不隆起，颜色可为暗红或中央坏死，且水疱、脓疱更常见。

深静脉血栓（DVT）：表现为单侧肢体肿胀、疼痛，但通常无皮肤发红、发热等典型炎症表现，可通过血管超声明确鉴别。

#### 2.4 治疗策略

丹毒的治疗应遵循综合、规范的原则。

##### 2.4.1 抗生素治疗

抗生素是根治丹毒的核心。

药物选择：青霉素类或头孢菌素类仍是国内外指南推荐的首选药物<sup>[2,5]</sup>。对于轻中度感染，可选用口服阿莫西林或头孢氨苄。对于像本例这样感染较重、伴有全身症状或门诊口服治疗失败的患者，应住院并初始采用静脉给药，如青霉素G、头孢曲松或头孢唑林。

疗程：足够的疗程是预防复发的关键。推荐总疗程为10-14天，即使症状和皮损迅速改善，也不应过早停药<sup>[3]</sup>。

耐药与替代方案：虽然链球菌对青霉素的耐药率极低，但对于青霉素过敏者，可选用大环内酯类（如克拉霉素、阿奇霉素）、克林霉素或多西环素。

##### 2.4.2 支持与局部治疗

休息与抬高患肢：至关重要，能有效减轻淋巴水肿和疼痛。

冷湿敷：如本例使用的硫酸镁湿敷，或使用呋喃西林溶液、硼酸溶液等，有助于减轻局部炎症和灼热感。

对症处理：对于高热或疼痛剧烈的患者，可给予非甾体抗炎药（NSAIDs）如布洛芬。

##### 2.4.3 并发症与难治性丹毒的处理

反复发作的丹毒可导致局部淋巴管阻塞，形成永久性的淋巴水肿，甚至象皮肿。对于频繁复发（每年 $\geq 2$ 次）的患者，可考虑长期预防性应用抗生素，如每月一次肌注苄星青霉素，或每日口服青霉素V钾或红霉素，持续数月甚至数年<sup>[3]</sup>。同时，必须积极治疗和管理原发病因。

#### 2.5 预防复发——本案成功的启示

本例患者在3个月随访期内无复发，其成功经验在于：

根治诱因：明确并规范治疗了作为感染门户的“足癣”。这是预防下肢丹毒复发的重中之重。

足疗程治疗：完成了总计14天的全程抗链球菌治疗，确保了细菌的彻底清除。

患者教育：对患者进行了详细的健康教育，使其认识到足癣与丹毒的关系，并掌握了正确的自我护理方法（如保持足部干燥、抬高患肢）。

#### 结 论：

丹毒是一种常见的细菌性皮肤感染，其诊断主要依靠典型的临床表现。治疗成功的关键在于早期、足量、足疗程地使用敏感抗生素（如青霉素），并辅以有效的局部支持和症状管理。然而，治疗的长期成功更依赖于对诱发因素的彻底清除与管理，特别是对足癣、皮肤破损和淋巴水肿的规范处理。临床医生应树立“防大于治”的理念，在控制急性感染的同时，为患者制定个体化的长期预防策略，从而最大程度地降低复发风险，改善患者预后。

#### 参考文献：

[1] 张建中, 高兴华. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015:88-90.

[2] 顾军, 李若瑜. 丹毒和蜂窝织炎的诊疗进展[J]. 中华皮肤科杂志, 2018,51(6):461-463.

[3] 王萍, 肖敏, 陈宏翔. 复发性丹毒的预防与治疗策略[J]. 临床皮肤科杂志, 2020,49(4):310-312.

[4] Celestin R, Brown J, Kihiczak G, et al. Erysipelas: a common potentially dangerous infection[J]. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat, 2007,16(3): 123-127.5.

[5] Stevens D L, Bisno A L, Chambers H F, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America[J]. Clinical Infectious Diseases, 2014, 59(2): e10-e5.

#### 作者简介：

第一作者：王家志，男，汉族，本科学历，颌面外科副主任医师，研究方向：整形颌面外科。

通讯作者：游佳伟，男，汉族，本科学历，眼科主治医师，临床医学专业。