

## • 案例分析 •

妊娠中期瘢痕子宫 1 例患者引产时不全  
子宫破裂的保守治疗王 茹, 刘 利<sup>△</sup>, 贺新芳, 袁书慧

(河南省人民医院/河南省护理医学重点实验室/郑州大学人民医院, 河南 郑州 450003)

**[摘要]** 该文报道 1 例妊娠中期瘢痕子宫伴不全纵隔子宫行依沙吖啶引产时不全子宫破裂患者的保守治疗过程。该患者为 2 次剖宫产史合并纵隔子宫, 因胎儿发育畸形于孕中期引产, 引产方案为口服米非司酮+羊膜腔注射依沙吖啶。引产过程中患者因宫缩痛给予硬膜外分娩镇痛, 1 h 后诉右侧下腹部压痛, 阴道出血 60 mL, 色鲜红, 急查床边彩色多普勒超声(彩超), 考虑子宫破裂。内诊查宫口已近开全, 因胎儿孕周 21 周, 在宫颈内口可触及胎儿肢体, 在充分开放静脉通路的同时给予钳取死胎(胎重 700 g), 产后产妇生命体征平稳, 24 h 阴道出血量 350 mL, 严密监测产妇生命体征、腹痛及阴道出血情况, 结合实验室检查及彩超结果给予抗炎、促子宫收缩治疗, 6 d 后产妇子宫复旧可, 少量恶露排出, 给予办理出院; 47 d 后门诊复查彩超子宫破裂长度较前明显变小。

**[关键词]** 不全子宫破裂; 瘢痕子宫; 引产; 保守治疗; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.11.037

中图法分类号: R473.71; R246.3

文章编号: 1009-5519(2024)11-1971-04

文献标识码: B

近年来, 中国剖宫产率居高不下, 从 2014 年的 34.9% 上升至 2018 年的 36.7%<sup>[1]</sup>。过高的剖宫产率导致母婴近、远期并发症增加。为优化人口发展战略, 我国于 2021 年 5 月 31 日全面开放“三孩”政策。大量有剖宫产史的女性有再次妊娠需求, 生育年龄结构发生显著变化, 35 岁以上高龄孕妇比例明显增加, 而此类人群机体功能明显下降, 大大增加胎儿畸形率<sup>[2]</sup>, 导致中期妊娠引产发生率增高。瘢痕子宫中期引产的方式分为经阴道引产和剖宫取胎术, 经阴道引产因子宫颈条件不成熟、子宫下段肌层菲薄等因素, 引产过程中发生子宫破裂的风险明显增加, 且重复剖宫产术在手术难度和手术创伤及术后恢复等方面均面临诸多问题。因此, 如何在保证患者生命安全的同时, 降低孕中期引产风险, 已逐渐成为临床研究的重点课题。2023 年本院收治的 1 例妊娠中期瘢痕子宫患者引产时发生不全子宫破裂后给予保守治疗, 治疗效果满意。现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 患者, 女, 26 岁, 末次月经(LMP): 2022 年 5 月 26 日, 预产期(EDC): 2023 年 3 月 5 日, 停经 35 d 查尿妊娠试验阳性, 停经 2 个月, 胎儿颈项透明层(NT)超声未见异常, 停经 11 周余建立围保, 定期产检, 停经 4 个月唐氏筛查低风险。患者现无下腹痛, 无阴道出血及血流液, 要求引产, 就诊于本院, 门诊以“胎儿多发畸形、瘢痕子宫、孕 5 产 2、宫内孕 23<sup>+</sup> 周要求引产、不全纵隔子宫”的诊断凭证收住院。

**1.2 既往史** 患者否认高血压、糖尿病、心脏病、脑血管疾病史, 否认肝炎、结核、疟疾病史, 预防接种史随当地进行, 否认外伤、输血、献血史, 否认食物、药物

过敏史, 剖宫产 2 次, 分别于 2016 年 12 月 10 日足月因“臀位”行剖宫产术, 2019 年 12 月 12 日妊娠足月因“瘢痕子宫”行剖宫产术, 手术均顺利。

**1.3 入院查体** 体温 36.2 °C, 脉搏 80 次/分, 心率 20 次/分, 宫高 20 cm, 腹围 76 cm, 无宫缩、阴道出血及血流液, 宫颈管长、质硬, Bishop 评分 2 分。

**1.4 影像学检查及诊断** 入院超声提示胎儿多发畸形: 21<sup>+</sup> 周, 股骨长度(FL)小于同孕周儿正常值减去 2 个标准(-2SD)。胎儿发育异常: (1) 双侧足内翻; (2) 多发关节挛缩待排; (3) 肝包膜及肝实质内多发强回声; (4) 检查过程中胃泡未显示。诊断: 宫内中孕、单活胎(较实际孕周小)、胎儿脐绕颈 1 周、胃泡不充盈、胎儿双足及双手姿态异常、小下颌畸形? 左侧宫腔底部低回声暗带分隔(考虑不全纵隔子宫)。胎儿心脏超声提示: 胎儿室间隔缺损(膜周部), 胎儿二、三尖瓣少量反流。

**1.5 治疗** 患者于 2022 年 11 月 4 日入院, 因孕周较小, 宫颈条件不成熟, 给予米非司酮胶囊每次 10 mg, 每天 2 次口服, 于 11 月 5 日 09:00 行超声引导下羊膜腔穿刺+胎儿心脏氯化钾注射+依沙吖啶引产术。11 月 6 日 12:40 规律宫缩, 腹部瘢痕处无压痛, 留置尿管, 转入产房待产, 入产房后持续心电监护; 15:10 患者诉宫缩疼痛难忍, 阴道流出血性羊水 100 mL, 查体患者宫缩间歇期腹软, 生命体征平稳, 内诊宫口容 1 指, 宫颈质韧, 给予间苯三酚 80 mg 静脉滴注, 吲哚美辛栓 100 mg 纳肛, 患者诉宫缩痛无明显减轻, 腹部瘢痕处无压痛, 要求硬膜外分娩镇痛; 15:45 成功镇痛; 16:45 患者诉右侧下腹部宫缩间歇期有压痛, 内诊检查宫口开大 2 cm, 阴道出血 60 mL, 色鲜

红。急查床旁彩色多普勒超声(彩超)示:(1)胎盘附着于子宫右侧肌壁局部回声杂乱,向外膨出,范围 54 mm×28 mm×39 mm(考虑子宫破裂)。(2)腹水范围 34 mm×25 mm。持续心电监护,患者心率、血压正常,于 17:45 在常规消毒下内诊查宫口近开全,在彩超引导下于 17:50 钳夹出一死男婴,胎儿娩后 15 min,胎盘仍未剥离,阴道出血 50 mL,查胎盘部分剥离,给予“手取胎盘术”,术中顺利,术后查胎盘胎膜部分残留,产时出血 300 mL,给予卡前列素氨丁三醇注射液 250 μg 宫颈注射,卡贝缩宫素注射液 100 μg 静脉滴注,产后血压 101/66 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),产后子宫收缩好。19:30 复查床旁彩超:子宫右侧肌壁可见范围 51 mm×40 mm 不均质回声,内未见明显血流信号,盆腔可探及液性暗区,范围 40 mm×10 mm,局部不均质回声无明显增加,血标本检验结果见表 1。引产后 2 d,患者诉轻微腹痛,产后 24 h 出血量约 350 mL。11 月 8 日辅助检查:超声示子宫前壁下段剖宫产切口处肌层薄约 2.8 mm。子宫右侧肌壁旁紧邻右侧肌壁处不均质回声团块 88 mm×45 mm×57 mm,盆腔可探及液性暗区,范围 46 mm×12 mm。给予抗炎、促子宫收缩治疗。6 d 后患者子宫复旧可,告知其注意事项及产后随访细则后办理出院。

表 1 患者不同时间点血标本检验结果

项目	11月6日	11月7日	11月9日	11月11日
血常规( $\times 10^9 L^{-1}$ )	15.57	11.9	8.3	7.4
血红蛋白(g/L)	92	84	78	82

## 2 讨论

**2.1 不全子宫破裂的原因、临床表现及诊治现状** 不全子宫破裂是指子宫肌层开始断裂,但浆膜层尚保持完整,宫腔与腹腔不相通,腹腔内无明显出血,胎儿及附属物尚在子宫内<sup>[3]</sup>。剖宫产术后再次妊娠引产过程中子宫破裂的发生率高达 0.28%~4.80%<sup>[4]</sup>。子宫破裂临床表现为剧烈腹痛<sup>[5]</sup>,且宫缩间歇期不好转,出现阴道出血、血尿、胎心胎动异常、孕妇低血压和休克等<sup>[6]</sup>。当进入产程后,腹痛可能是正常的宫缩痛也可能是子宫破裂引起的疼痛,特异性不强。赵玲等<sup>[7]</sup>研究报道指出,子宫破裂中腹痛的主要表现为腹部压痛、反跳痛、拒按为主或者是腹痛在宫缩间歇期持续存在<sup>[8]</sup>。据文献统计报道,瘢痕子宫患者属于引产时发生子宫破裂的高危人群,对于引产患者而言使用依沙吡啶羊膜腔内注射是安全、有效的<sup>[9]</sup>。超声作为母胎医学中的首选影像学检查工具,根据子宫破裂的程度可将类型分为完全性子宫破裂和不全子宫破裂。陈绪娇等<sup>[10]</sup>研究指出,超声对于完全性子宫破裂的诊断率为 81.3%,而对不全子宫破裂的诊断准确率仅为 31.6%。本例患者根据其动态影像学检查结果及内出血无明显增加情况,患者生命体征平稳,确定子宫破裂类型为不全子宫破裂。

**2.2 本例病例讨论** 患者已育有两女,此次妊娠因胎儿发育异常于妊娠中期要求引产,考虑患者子宫形态异常且合并瘢痕子宫,尽管阴道分娩存在较大风险,但患者强调以后无生育需求,分娩方式暂定为经阴道分娩,引产方案为口服米非司酮每次 10 mg,每天 2 次,羊膜腔注射依沙吡啶 80 mL+胎儿心脏氯化钾注射 3 mL,在术前已充分与患者及家属沟通告知分娩过程中有子宫破裂风险,其高危因素包括 2 次剖宫产史、子宫畸形、妊娠中期引产。

**2.2.1 2 次剖宫产史** 随着产科分娩技术的不断进步,瘢痕子宫并非再次妊娠行剖宫产术的绝对指征<sup>[11]</sup>。有研究表明,有 2 次剖宫产史的瘢痕子宫孕妇发生子宫破裂的风险明显高于有 1 次剖宫产史的瘢痕子宫孕妇,但不代表不能进行阴道分娩,在《2019 年 ACOG 剖宫产后阴道分娩指南解读》<sup>[12]</sup>中提到有 2 次剖宫产史的瘢痕子宫不是阴道分娩的禁忌证,在经过充分评估后,仍然可以考虑进行阴道试产,如何更加安全、有效地针对瘢痕子宫中期引产患者制定分娩方案,减轻对母体再次创伤是医务人员所面临且需要解决的问题,瘢痕子宫产妇在分娩时要建立静脉通路、备血、常规置留尿管<sup>[13]</sup>,做好随时可能急诊剖宫产的准备,更需要有经验的医务人员产时监护,关注生命体征的测量结果,观察子宫收缩情况及在宫缩间歇期有无子宫下段压痛、是否出现血尿,临床上高达 48% 的子宫破裂不典型,典型的完全子宫破裂(胎心改变、腹痛、阴道流血)不足 10%<sup>[14]</sup>。本例患者入产房后即给予连续心电监护,留置尿管,建立静脉通路,并由有经验的助产士全程严密监测。

**2.2.2 子宫畸形** 本例患者子宫形态异常为不全纵隔子宫。纵隔子宫是子宫畸形中最常见的一种,一般分为两类。(1)完全纵隔子宫:纵隔末端达到或超过宫颈内口,外观似双宫颈;(2)不全纵隔子宫:纵隔末端终止在内口以上水平,一般无症状<sup>[9]</sup>,纵隔子宫对妊娠结局影响较大,流产、早产、胎儿异常发生率较高,目前鲜有报道指出不全纵隔子宫对分娩方式的选择有决定性意义。

**2.2.3 妊娠中期引产** 中期妊娠引产是妊娠 14~27<sup>+6</sup> 周,需要人为干预终止妊娠的一种计划生育补救措施,适应人群主要为意外妊娠并错过行早期人工流产术的妊娠妇女、合并严重胎儿畸形者或因某些母体因素无法继续妊娠的妇女<sup>[15]</sup>。妊娠中期瘢痕子宫引产难度大、风险高<sup>[16]</sup>。本例患者孕周中胎儿已发育成型,需要充分扩张宫颈才能自然分娩,对剖宫产术后瘢痕子宫患者中期妊娠引产可采用米非司酮配伍米索前列醇方案<sup>[17]</sup>。本例患者 2 次分娩史均未经阴道试产,宫颈条件不成熟,宫颈管质硬,扩张缓慢<sup>[18]</sup>。依沙吡啶是常用的引产药物,注入宫腔后引起子宫蜕膜、胎盘组织坏死,产生内源性前列腺素,诱发子宫收缩从而使胎儿及附属物排出,但易引起强制性宫缩及不协调性宫缩,如宫颈不成熟,不仅加剧引产疼痛还有子宫瘢痕破裂风险<sup>[19]</sup>,所以有效地促宫颈成熟是缩

短引产产程,降低并发症的重要途径。本例患者术前口服米非司酮胶囊(Ⅱ)总量为 30 mg,米非司酮是一种孕激素受体拮抗药物,与孕激素竞争受体,使蜕膜细胞蛋白合成成功、子宫蜕膜和绒毛变性,胎盘、胎膜易于剥离,此外其还具有降解宫颈组织中胶原纤维的作用,进一步软化宫颈,提高宫颈成熟度,缩短引产时间。姚娇等<sup>[18]</sup>研究指出,患者入院后 1~2 d 晨口服米非司酮 75 mg,服药后禁食 2 h,共服用 150 mg,第 3 天行羊膜腔注射依沙吖啶引产,宫颈成熟度较高,引产并发症较少。子宫破裂时常见的临床症状为腹痛和胎心异常<sup>[20]</sup>。胎儿心率改变对发现子宫破裂有预警作用,但是依沙吖啶引产患者不再需要监测胎心,失去了子宫破裂预警作用中灵敏度最高的手段,所以应对孕妇的腹痛症状加强鉴别。子宫破裂可能发生在妊娠任何时期<sup>[21]</sup>,其早期识别依赖于医务人员对可疑征象的判断<sup>[22]</sup>。在本例患者中行羊膜腔穿刺术后尽管诱导出规律宫缩,但宫颈质韧,宫颈扩张缓慢与较强的宫缩不同步是导致子宫破裂发生的重要因素,诊疗过程中应注意对于宫颈成熟度欠佳可考虑给予有效促宫颈成熟后再使用乳酸依沙吖啶羊膜腔内注射引产,有研究结果显示,术前 1~2 d 口服米非司酮及双腔气囊管干预<sup>[18]</sup>,可使乳酸依沙吖啶羊膜腔内注射诱发的宫缩与宫颈软化同时进行。

**2.2.4 硬膜外分娩镇痛与子宫破裂** 在产程中硬膜外分娩镇痛可减少疼痛,且不增加子宫破裂风险,但使用过程中可能会掩盖子宫破裂引起的病理性疼痛<sup>[23]</sup>。本例患者在进入产房后全程使用心电监护,生命体征平稳,因患者宫缩痛,并在充分告知患者情况下给予硬膜外分娩镇痛,镇痛成功患者诉疼痛减轻,1 h 后,患者诉右侧下腹部宫缩间歇期有压痛症状,阴道出血 60 mL,色鲜红,急查床旁彩超示:胎盘附着处子宫右侧肌壁局部回声杂乱,向外膨出,范围 54 mm×28 mm×39 mm(考虑子宫破裂)。患者实施分娩镇痛后疼痛得到很大程度地缓解,但子宫破裂的风险依然存在。ROTTENSTREICH 等<sup>[24]</sup>研究指出,约 20% 发生子宫破裂的产妇会被延迟诊断,所以患者实施分娩镇痛后应在严密监测生命体征的同时重点关注腹痛情况,尤其是宫缩间歇期的局部压痛或者出现剧烈腹痛后又突然减轻。本例中护理人员因患者出现宫缩间歇期腹部压痛症状从而高度怀疑子宫破裂,结合彩超诊断进一步确认了不全子宫破裂的发生。

**2.2.5 血性羊水与胎盘早剥** 在使用分娩镇痛之前,患者出现过血性羊水,血性羊水为胎盘早剥患者的重要辅助诊断之一<sup>[25]</sup>。目前,临床上对于胎盘早剥的诊断主要依据是病史及临床症状,胎盘早剥最典型的症状为阴道出血及腹痛,随着产程进展,宫颈扩张时宫颈出血与胎盘早期剥离时的少量出血难以明确鉴别,但产妇出现宫缩间歇期子宫压痛<sup>[26]</sup>。对于胎盘早剥鉴别有着重要临床意义,本例患者出现血性羊水时,查体宫缩间歇期腹软无压痛,生命体征平稳,内诊宫口容 1 指,宫颈质韧,考虑为宫口扩张期出血。

综上所述,本例患者为纵隔子宫因胎儿发育畸形于孕中期引产,孕中期宫颈成熟度差,促进宫缩的同时应关注改善宫颈成熟度以减少并发症。此患者在产程进展中使用硬膜外分娩镇痛后发现不全子宫破裂,因患者宫口近开全,孕周 21 周,在宫颈内口可触及胎儿肢体,在充分开放静脉通路的同时由经验丰富的产科医生行钳取死胎(胎重 700 g),患者生命体征平稳,阴道出血量不多,所以在严密监测患者生命体征、腹痛及阴道出血量动态结合彩超情况下行保守治疗<sup>[27]</sup>。本例患者诊治过程提醒,针对孕中期引产患者,应关注宫颈成熟度的变化,避免强烈的宫缩与宫颈扩张不同步,导致并发症的发生,当不全子宫破裂时,可结合患者个体情况制定实施将风险降至最低的治疗方案,而子宫破裂的结局取决于正确的诊断及及时的处理,早期诊断可避免严重并发症的发生。

## 参考文献

- [1] 戴佳旻,郭璐,王圆圆,等.剖宫产术后子宫瘢痕憩室发生率及危险因素 Meta 分析[J].实用妇产科杂志,2023,39(10):780-786.
- [2] 王洁.妊娠中期唐氏筛查在高龄孕妇产前诊断中的效果研究[J].中外女性健康研究,2023,(10):8-10.
- [3] 林晶,陈宇清.妊娠晚期瘢痕子宫不全破裂 12 例临床分析[J].实用妇产科杂志,2017,33(3):226-227.
- [4] 刘喆,牛建华,杨慧霞.依沙吖啶羊膜腔注射引产术用于妊娠 28 周后胎死宫内引产的有效性及安全性[J].中华围产医学杂志,2023,26(3):194-200.
- [5] 靳瑾,王志坚.子宫破裂的常见原因及预防[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(8):787-791.
- [6] 贺舒怡,翟瑶.妊娠中期瘢痕子宫破裂并发弥散性血管内凝血一例[J].国际妇产科学杂志,2023,50(2):158-160.
- [7] 赵玲,芮璨,樊佳宁,等.瘢痕子宫行乳酸依沙吖啶引产致子宫破裂病例报告及文献复习[J].南京医科大学学报(自然科学版),2023,43(3):432-437.
- [8] 柳发勇,焦艳,汪维,等.子宫破裂致孕产妇死亡 1 例诊治反思[J].医学理论与实践,2023,36(6):1079-1080.
- [9] 李伏一,肖兰凤.不全子宫纵隔合并急性子宫内膜炎分娩后胎盘滞留 1 例护理分析[J].内蒙古医科大学学报,2023,45(增 1):145-147.
- [10] 陈绪娇,王璐,闫凯麟,等.超声对妊娠期不同类型子宫破裂的临床诊断价值[J].临床超声医学杂志,2022,24(8):617-620.
- [11] 陈林花.剖宫产术后瘢痕子宫阴道分娩的可行性及对孕妇妊娠结局的影响[J/CD].实用妇科

- 内分泌电子杂志, 2022, 9(6): 9-12.
- [12] 周玮, 漆洪波. 2019 年 ACOG 剖宫产后阴道分娩指南解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(12): 1340-1344.
- [13] 谢鹏飞, 林育娇, 唐琳. 20 例孕中晚期完全性子宫破裂临床分析[J]. 中国实用医药, 2022, 17(2): 201-203.
- [14] 张丽姿, 毕石磊, 陈敦金. 瘢痕子宫的产时管理[J]. 实用妇产科杂志, 2022, 38(1): 6-7.
- [15] 崔鑫, 李悦, 张凯. 剖宫产后中期妊娠依沙吡啶引产与依沙吡啶联合米非司酮引产临床疗效的对比观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(1): 81-85.
- [16] 白桂芹, 陈蔚琳, 黄向华, 等. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠中期妊娠引产的诊治评价[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(8): 545-553.
- [17] 中华医学会儿科学分会. 剖宫产术后瘢痕子宫孕妇中期妊娠引产的专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(6): 381-386.
- [18] 姚娇, 马萍, 杨珏红, 等. 米非司酮联合依沙吡啶用于瘢痕子宫中期妊娠引产效果及对宫颈成熟度的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2023, 31(1): 28-31.
- [19] LONG Q Y, WU S Y, DU S G, et al. The method for termination of mid-trimester pregnancy with placenta previa: A case study[J]. Medicine, 2022, 101(31): e29908.
- [20] 李咪琪, 黄素芳, 肖亚茹, 等. 初产妇妊娠期子宫破裂临床分析[J]. 国际妇产科学杂志, 2020, 47(3): 282-286.
- [21] 庄璟怡, 应豪. 妊娠期子宫破裂的早期识别[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2023, 39(4): 406-411.
- [22] 伍绍文, 何电, 张为远. 完全性子宫破裂 28 例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(10): 1134-1138.
- [23] HESSELMAN S, LAMPA E, WIKMAN A, et al. Time matters—a Swedish cohort study of labor duration and risk of uterine rupture[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021, 100(10): 1902-1909.
- [24] ROTTENSTREICH MISGAV, ROTEM R, HIRSCH A, et al. Delayed diagnosis of intrapartum uterine rupture—maternal and neonatal Consequences [J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2021, 34(1/6): 708-713.
- [25] 徐丽梅, 蒋红清, 毛学群. 153 例胎盘早剥的临床分析[J]. 解放军医学院学报, 2018, 39(11): 971-973.
- [26] 胡晓悦, 许叶涛, 孙丽洲, 等. 胎盘早剥漏诊分析[J]. 临床误诊误治, 2023, 36(6): 21-24.
- [27] 孙庆梅, 赵琴. 瘢痕子宫阴道分娩致子宫不完全性破裂保守治疗成功一例[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(79): 260.

(收稿日期: 2023-09-29 修回日期: 2024-03-19)

## • 案例分析 •

# 中医药辨证外治法联合新型敷料在 1 例慢性难愈性创面持续渗液管理中的应用

梁 萍, 刘亚菲<sup>△</sup>, 赵 娅, 刘 虹  
(重庆市中医院皮肤科, 重庆 400010)

**【摘要】** 该文总结 1 例慢性难愈性创面(CW)持续渗液患者的护理经验。采取分阶段皮损辨证中医外治法联合负压引流、新型敷料、缠缚疗法等促进伤口愈合, 管理伤口渗液; 辨证施膳, 个体化疼痛护理, 生活起居及心理护理等措施, 患者于 92 d 后创面痊愈、患肢无痛出院。随访 2 周, 患者康复良好。中医药辨证外治法联合新型敷料治疗 CW 值得推广。

**【关键词】** 慢性难愈性创面; 持续渗液; 皮损辨证; 中医外治法; 病例报告

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.11.038

**文章编号:** 1009-5519(2024)11-1974-04

**中图分类号:** R473.75

**文献标识码:** B

慢性难愈性创面(CW)是指经过常规的修复过程, 超过 4 周未能愈合或者无愈合倾向的伤口<sup>[1]</sup>, 具有发病机制复杂、治疗难度大、治愈期限长、费用和致残率高等特点, 给患者及其家庭带来极大的经济和心理负担<sup>[2-3]</sup>。渗液控制是慢性伤口管理的一个重要方

面<sup>[4]</sup>, 临床上主要给予清创、负压吸引、植皮术、新型敷料、富血小板血浆、血管新生等方法联合治疗, 但存在临床疗效参差不齐、操作复杂、价格昂贵、并发症多等弊端<sup>[5-7]</sup>。CW 在中医上归属于“疮疡”“脱疽”“臁疮”等范畴, 中药及其复方制剂治疗 CW 有独特优势,