

DOI: 10.12209/CAIM202506240003

· 中西医结合临床案例 ·

中医治疗 1 例多发性跖疣患者的护理体会

殷霞, 宋利梅, 林洪阳

(北京中医药大学东方医院 皮肤科, 北京, 100078)

摘要: 本文总结 1 例多发性难治性跖疣患者中医特色治疗及护理体会。根据患者证型, 辨证实施祛疣方浸泡、雷火灸治疗等中医特色治疗, 指导患者规律休息, 摄入健脾利湿食材并调整作息, 加强活动指导和心理护理, 有效改善患者皮肤不适症状, 缓解疼痛, 促进患者康复。

关键词: 跖疣; 祛疣方; 雷火灸; 中医护理

Nursing Experience of a Patient with Multiple plantar Warts Treated with Traditional Chinese Medicine

YIN Xia, SONG Limei, LIN Hongyang

(Department of Dermatology, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the TCM-based treatment and nursing experience for a case of refractory multiple plantar warts. Based on syndrome differentiation, the patient received TCM-specific therapies such as herbal soaking with a wart-removing formula and thunder-fire moxibustion. Additional interventions included guidance on regular rest, dietary adjustments with spleen-strengthening and dampness-resolving foods, lifestyle modifications, activity recommendations, and psychological support. These measures effectively alleviated cutaneous discomfort and pain while promoting recovery. The case highlights the clinical efficacy of integrated TCM approaches in managing recalcitrant plantar warts.

KEY WORDS: plantar warts; wart-removing formula; thunder-fire moxibustion; Traditional Chinese Medicine nursing

跖疣是由 HPV(主要为 HPV-1 型)感染足底皮肤引起的病毒性皮肤病, 具有嗜表皮特性^[1], 外伤、摩擦、多汗可促发。皮损初为发亮小丘疹, 渐增大成淡黄脐状样斑块或扁平丘疹, 表面粗糙, 界限清, 边缘有角质环, 下方见疏松角质软芯。传染源为患者及携带者, 经直接或间接接触传播。感染后可临床、亚临床或潜伏。因病毒潜伏, 免疫力低下时可复发。目前无确切有效抗 HPV 内服药, 以外治为主, 适于皮损少者, 如药物注射、物理治疗等。相比西医有创外治, 中医外治法(如中药浸泡联合雷火灸)在治疗难治性多发性跖疣方面具独特优势。本文总结 1 例多发性难治性跖疣患者中医特色治疗及护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 37 岁, 2024 年 05 月 06 日因“右足底

丘疹糜烂伴疼痛 3 d”就诊。约 1 年前右足底出现数颗黄豆大丘疹, 行走受压痛, 外院诊为跖疣, 经 2 次激光及 4 次液氮冷冻治疗未愈, 皮损反增多。3 d 前外敷院外不明自制药物后, 局部出现红肿糜烂伴疼痛。初诊示右足底散在十余个疣体, 表面粗糙, 界限清, 中心见黑点或毛细血管血栓, 触痛著(VAS 评分为 5 分), 伴阵发性瘙痒(瘙痒程度为 2 分), 行走受限。患者平素体虚乏力, 眠差。既往体健, 无慢病史及药敏史。

1.2 查体

患者神清, 情绪低落, 生命体征平稳。专科查体: 右足底散在 8~10 个直径 3~8 mm 疣状皮损, 呈类圆形, 边界清, 表面角化粗糙, 部分中心凹陷伴棕黑色斑点, 色淡黄至灰褐, 周见角化环; 质硬, 压痛(+), 部分融合成片。中医四诊: 疣体干燥粗糙, 舌淡胖伴齿痕、苔白微腻, 诉疼痛瘙痒及行走不适, 脉沉缓。

收稿日期: 2025-06-24

OPEN ACCESS

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

1.3 诊断

西医诊断:右足多发性跖疣。依据《中西医结合皮肤性病学》^[2],足底多发角化丘疹/斑块,表面粗糙伴点状出血及局部触痛。中医诊断:疣(气血失和,湿毒蕴结证);辨证依据:病程迁延,舌淡胖齿痕苔白腻示脾虚湿蕴;疣体见黑斑、疼痛属气血瘀滞,湿毒结聚发为赘疣。

1.4 治疗

基于患者惧创、多发性难治跖疣伴疼痛,实施中医外治综合方案,治法以清热解毒、活血散结、软坚祛疣为主。中药浸泡采用马齿苋、板蓝根、土茯苓、麸炒薏苡仁、煅牡蛎、大青叶、黄柏、乌梅、皂角刺、醋香附、木贼、桃仁及红花组方,每剂煎取 1000 mL 药液(温度 38℃ 浸泡患足,30 min/d,药渣次日复煎重用);联合赵氏雷火灸(渝械注准 20172200086)局部温和灸温通散结止痛。全程辅以综合护理,包括足部皮肤保护指导、疼痛瘙痒评估与管理(如注意力分散法)、健脾利湿饮食调控(忌生冷甜腻辛辣)、情志疏导缓解焦虑、预防复发与足部护理宣教,并嘱调整作息及情绪管理。经中药浸泡联合雷火灸综合干预后,患者疣体自第 2 周始逐渐软化脱落,至 2024 年 06 月 27 日复诊,结果示皮损完全消退,局部留有色素减退斑,疼痛及瘙痒消失,行走自如,焦虑改善,疗效满意。

2 护理

2.1 护理评估

予患者系统化、动态化护理评估,全面了解患者状况,制定个性化护理方案。

2.1.1 一般评估

健康史:跖疣病史 1 年余,曾行激光/冷冻治疗无效,皮损反复;3 d 前外敷不明药物致糜烂红肿疼痛加剧。症状体征:右足底数十枚淡黄色疣体(米粒至花生米大),部分融合,表面粗糙伴糜烂红肿,压痛显著,伴行走痛及瘙痒。纳眠差,情绪低落,舌淡红胖大齿痕苔薄黄腻,脉沉缓。生活习惯:饮食偏嗜生冷甜腻,长期熬夜作息紊乱,足部护理不当(频繁修脚、滥用不明药物)。

2.1.2 量表评估

采用视觉模拟评分量表(Visual Analogue Scale, VAS)评估患者疼痛程度^[3],0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛,分数越高疼痛越剧。初诊时患者

VAS 评分为 5 分,属中度疼痛。予患者瘙痒程度评估^[4],采用 4 级评分法,0 分表无瘙痒;1 分表偶尔瘙痒,可忍耐,不影响生活学习;2 分表阵发性瘙痒,时轻时重,需搔抓,影响睡眠/生活,需用药;3 分表剧烈瘙痒,严重影响工作/生活。初诊时患者瘙痒程度评分为 2 分,属阵发性瘙痒。予患者中医证候评估,根据舌淡红胖大齿痕苔薄黄腻、脉沉缓及皮损特征,辨为脾虚湿热证,核心病机为脾虚湿蕴,湿热瘀结肌表。

2.2 护理诊断

首要问题:①皮肤完整性受损:右足底糜烂疣体、局部炎症及药物刺激所致;②疼痛:疣体受压/炎症糜烂引发。重要问题:①瘙痒:局部炎症反应;②焦虑:疾病反复及疗效担忧致情绪低落、纳眠差;③睡眠型态紊乱:疼痛、瘙痒不适叠加焦虑。潜在问题/知识需求:①知识缺乏:缺疾病认知、自护要点及不明药物风险意识;②有感染的风险:皮肤屏障破坏(糜烂/破损);③不依从行为/风险:熬夜习惯、饮食偏好及认知不足阻碍行为调整。

2.3 护理计划

根据护理诊断结果,制定如下护理目标。皮肤完整性受损/疼痛/瘙痒:短期目标:3 d 减轻糜烂红肿,7 d 疼痛 VAS<3 分、瘙痒≤1 分;长期目标:1 月内疣体脱落、糜烂愈合,疼痛及瘙痒评分为 0。焦虑/睡眠型态紊乱:目标:1 周缓解焦虑情绪,2 周改善睡眠质量(减少觉醒、延长时长)。知识缺乏:目标:治疗结束前可复述跖疣病因、规范治疗意义、足部护理方法、饮食作息要点;演示药浴/雷火灸后护理操作。有感染的风险/不依从行为:目标:全程无继发感染,承诺并遵守作息调整及饮食控制要求。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中医浸泡

严格按方取药(马齿苋等 5 味各 30 g,大青叶等 7 味各 20 g,桃仁 15 g、红花 10 g),共 14 剂,每剂煎前冷水浸泡 30 min,武火沸后文火煎 30~40 min,滤取药液 1000 mL。药液冷却至 38℃ 浸泡患足,30 min/d,药渣次日复煎重用。浸泡时注意保暖,结束后轻柔蘸干,避免摩擦损伤皮肤。全程需监测,浸泡前评估皮损状态(尤其糜烂区),浸泡后观察皮肤反应(红肿瘙痒变化);需说明药液色泽气味及暂时性染色属正常现象,并强调治疗依从性。

2.4.1.2 雷火灸

①预热:距皮损3~5 cm回旋灸5~10 min,至皮肤均匀发红;②密抖法祛疣:调灸头距疣体1~2 cm,高频(2~3次/s)小幅度雀啄灸,每疣≥5壮(每壮=10次连续抖动,间息3 s),以深部热感明显、移灸后红晕速退为度;③单次总时长<30 min;④安全:备灭火器具,避让糜烂破损区,实时观察皮温/色泽/水疱,严防烫伤,操作后彻底灭灸;⑤疗程:遵医嘱5~7天/次,共治疗4次,操作前说明温热感属正常治疗反应。

2.4.2 皮肤护理与舒适管理

保持患足清洁干燥:每日温清水轻柔清洗,彻底擦干趾缝;穿棉袜及宽松鞋减少摩擦,禁忌搔抓;瘙痒时可拍打法或冷敷,动态观察糜烂渗出、疣体形态及VAS评分变化。疼痛管理:减少负重,抬高患肢,分散注意力。

2.4.3 情志护理

建立信任关系,解释无创治疗方案原理及优势;强调治疗信心(结合成功案例引导),指导放松技巧(深呼吸/冥想)及舒缓活动(如散步),关注症状改善。

2.4.4 饮食调理

饮食宜清淡,健脾利湿(如薏苡仁、冬瓜),忌生冷甜腻;提供个性化食谱,鼓励家属监督执行。

2.4.5 健康教育与生活方式干预

阐述跖疣HPV感染本质、传染潜伏性及免疫力与复发关联;强调规范就医,警示非规范处理(如自用不明药物)致感染过敏风险;指导足部干燥透气、杜绝共用物品及公共区域防护;严禁熬夜(耗伤气血,建议定时早睡,7~8 h/d),可结合睡前中药浴安神;推荐太极拳/散步等适度运动;要求严格随访确保方案优化。

2.5 护理评价

皮肤改善:第1月浸泡后糜烂红肿显著减轻,VAS降至3分,雷火灸介入后疣体变平消退,06月27日疣体全脱、糜烂愈合,VAS评分降至0分;情绪睡眠:情志疏导配合症状缓解,患者焦虑改善,睡眠质量恢复;知识依从性:掌握疾病防治要点(病因、足部护理、饮食作息禁忌),规范行为依从性良好;并发症:全程未继发感染。

3 结果和随访

治疗结束(2024年06月27日),患者疣体全脱、糜烂愈合、症状消失。于患者出院1月及3月

随访(至09月27日),随访结果示皮损无复发,无疼痛瘙痒,行走自如。患者持续遵循护理建议,生活质量显著恢复。

4 讨论

跖疣由HPV感染足底所致,具高复发率及多发性/融合性疣体难治特点^[5]。西医主流疗法(冷冻、激光、药物等)虽获AAD指南推荐,但存在单次治愈率低、需多次治疗、疼痛/水疱等副作用及高复发率(20%~40%)问题。中医归属“疣目”,核心病机为腠理不密、气血失和,湿热血瘀搏结肌肤。中华中医药学会共识(2021)推荐中药浸泡、灸法等外治结合内调。本案例证实中西医结合护理对难治性跖疣的实践价值^[6]。

创新性在于整合“温通+清解”双轨外治路径,即规范化中药浸泡(含板蓝根、马齿苋等清热解毒、活血软坚)联合精准雷火灸(温通散结)。中药直接抗病毒、改善微循环;雷火灸通过热力深透(含药物燃烧物)软化角质、缓解神经病理性疼痛^[7],并可能调节炎症因子(如TNF- α /IL-6)及增强局部免疫,该非破坏性协同模式提供了新思路^[8]。同时构建可复制的量化操作体系,具体如下:中药浸泡规范,雷火灸分步标准化流程(预热+密抖祛疣法),严格量化高度/频率/壮数/时长(≤ 30 min)及终止标准,显著提升安全性与可重复性。

基于整体护理观及脾虚湿热辨证,通过VAS评分与四诊建立多维度护理诊断(皮肤完整性受损、疼痛瘙痒、情志焦虑等)。实施整合干预,即以规范中药浸泡+雷火灸为核心,联合皮肤护理(轻柔清洁/保湿)、非药物疼痛管理(患肢抬高/注意力分散)、情志调摄(共情沟通/信心建立)、个性化饮食调控(健脾利湿食谱+禁忌清单)及强制性作息干预(严格监督避熬夜);同步开展结构化健康教育(病因认知/自护规范)。该“治疗—症状管理—生活方式重塑”闭环模式实现标本兼治,疗效经量化指标验证及结构性随访证实,凸显关键措施的临床价值。

本单中心病例报告存在局限性,例如样本单一影响普适性,3个月随访期不足(建议延至6~12月以评估HPV潜伏期相关复发风险),作用机制需深入探索(如药物抗病毒靶点、雷火灸调节免疫微环境的分子通路)。未来需结合HPV载量检测深化机制研究,并评估成本效益比(对比传统疗

法总成本)及基层推广可行性。建议细化患者选择标准(疣体特征、中医证型)以精准筛选受益人群。本案例为护理实践提供重要启示,即建立中药浸泡联合雷火灸的规范量化操作流程,示范中医技术与现代护理评估工具的整合应用,构建全护理模式;凸显作息/饮食管理、认知更新及心理支持的关键作用,确证严格生活方式干预对阻断复发的核心价值。该模式提供中西医结合防治路径,彰显护士在健康干预中的枢纽作用,赋能健康中国建设并为大样本 RCT 研究奠定基础。

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] 董强. 成人跖疣 HPV 型的检测及与临床特征关系的研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2017.
- [2] 雷雨. 中西医结合治疗皮肤结核的临床疗效分析[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 71-73.
LEI Y. Clinical efficacy analysis of integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of skin tuberculosis[J]. Chin J Antituberc, 2024, 46(S2): 71-73. (in Chinese)
- [3] 尹金瑜, 陈香萍, 劳月文, 等. ICU 转出患者慢性疼痛评估与预测工具的研究进展及启示[J]. 中华急危重症护理杂志, 2024, 5(10): 926-931.
YIN J Y, CHEN X P, LAO Y W, et al. Research progress and enlightenment of evaluation and prediction tools for chronic ICU-related pain[J]. Chin J Emerg Crit Care Nurs, 2024, 5(10): 926-931. (in Chinese)
- [4] 张小芳, 张士华, 乐娅, 等. 特应性皮炎患者瘙痒程度评估工具研究进展[J]. 医药高职教育与现代护理, 2024, 7(4): 365-368.
ZHANG X F, ZHANG S H, LE Y, et al. Research progress on the assessment tool of itching degree in patients with atopic dermatitis[J]. Med High Vocat Educ Mod Nurs, 2024, 7(4): 365-368. (in Chinese)
- [5] 任蕴霖. 异维 A 酸联合咪喹莫特乳膏治疗多发性跖疣的临床疗效观察[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2024.
- [6] 李兴天, 潘赞, 于宗平. 削刮联合光动力治疗多发性跖疣 1 例[J]. 皮肤科学通报, 2024, 41(6): 678-679.
LI X T, PAN Y, YU Z P. Photodynamic therapy combined with shaving on multiple plantar warts: a case report[J]. Dermatol Bull, 2024, 41(6): 678-679. (in Chinese)
- [7] 冯群星, 庙春颖, 陈萍. 雷火灸的临床应用机理研究进展[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(7): 544-545.
FENG Q X, MIAO C Y, CHEN P. Research progress on clinical application mechanism of thunder-fire moxibustion[J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2017, 52(7): 544-545. (in Chinese)
- [8] 张娇, 赵琴, 刘丽, 等. 中药浸泡疗法联合 5-氨基酮戊酸光动力治疗湿热血瘀型跖疣的临床研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2025, 9(3): 90-92.
ZHANG J, ZHAO Q, LIU L, et al. Clinical study on soaking therapy of traditional Chinese medicine combined with photodynamic therapy of 5- aminolevulinic acid in the treatment of plantar wart with dampness and blood stasis[J]. Mod Med Health Res Electron J, 2025, 9(3): 90-92. (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。