

DOI: 10.12209/CAIM202406290017

· 中西医结合临床案例 ·

中医化腐清创术联合涂法治疗 1 例脚湿气患者的护理

贾雨蒙¹, 胡 薇²

(1. 北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 特色疗法科, 北京, 100024;

2. 首都医科大学附属北京中医医院 皮肤科, 北京, 100000)

摘要: 本文总结 1 例中医化腐清创术联合涂法治疗脚湿气患者的护理报告。西医临床治疗此病主要采取口服和外用抗真菌药物, 容易产生耐药性, 停药后易复发; 中医以外治法为主, 直达病灶, 效果明显。结合此病例分析, 证实中医化腐清创术联合涂法对于治疗脚湿气患者有显著的疗效, 有效减轻患者的临床症状。

关键词: 中医化腐清创术; 足癣; 脚湿气; 护理

Nursing care of a patient with foot dampness treated with traditional Chinese medicine combined with debridement and application therapy

JIA Yumeng¹, HU Wei²

(1. Department of Special Therapy, Beijing Chaoyang Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Emergency Rescue Hospital, Beijing, 100024;

2. Department of Dermatology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Capital Medical University, Beijing, 100000)

ABSTRACT: This article summarizes a nursing report on a patient with foot dampness treated with traditional Chinese medicine combined with traditional Chinese medicine disinfection and debridement techniques and application methods. The clinical treatment of this disease in Western medicine mainly adopts oral and topical antifungal drugs, which are prone to drug resistance and recurrence after discontinuation; Traditional Chinese medicine focuses on external treatment methods, directly targeting the lesion with significant effects. Based on the analysis of this case, it has been confirmed that the combination of traditional Chinese medicine (TCM) disinfection and debridement techniques and application methods has significant therapeutic effects on patients with foot dampness, effectively reducing their clinical symptoms.

KEY WORDS: Traditional Chinese Medicine decay and debridement surgery; tinea pedis; foot moisture; nursing

足癣(脚湿气)是极常见的皮肤病,由真菌侵入足部表皮所引起,主要是由红色毛癣菌、须癣毛癣菌、絮状表皮癣菌、玫瑰色毛癣菌等引起。它们侵袭皮肤表层,尤其是足部的足趾间、足跖等区域,导致患者遭受持续的困扰,主要症状为双脚散发异常臭味,伴皮肤水泡或瘙痒,且易反复发作,此病气味也常作为诊断标准之一^[1]。该病始见于《诸病源候论·脚气缓弱候》:“凡脚气病,皆由感风毒所致”,其病多因久居湿地,或冒雨涉水,风湿毒邪浸淫足部肌肤所致。正如明代《外科启玄·水溃脚丫烂疮》中:“久雨水湿,劳苦之人跣行,致令足

丫湿烂成疮,疼痛难行”,明代《外科正宗·臭田螺、田螺泡》记载:“臭田螺,乃足阳明胃经湿火攻注而成,多生足趾脚丫,白斑作烂,先痒后痛,破流臭水,形似螺魔,甚者脚面俱肿,恶寒发热”,清代《医宗金鉴·外科心法要诀》记载:“臭田螺,此证由胃经湿热下注而生”,均表明足癣发病与胃经湿热下注密切相关。足阳明胃经下行于足,广泛分布于足趾,若胃腑湿热壅盛,循经而行,下注于足趾,则发为足癣。

西医临床治疗此病主要采取口服和外用抗真菌药物,但随着临床的大量应用,容易产生耐药

收稿日期:2024-06-29

OPEN ACCESS

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

性,停药后易复发,部分患者口服药物治疗过程中还会出现明显的不良反应,用药具有一定的局限性。中医药治疗足癣的历史悠久,现临床应用较广泛,不良反应小,有独特的优势,且治疗方法多样,以外治法为主,应用方便,直达病灶^[2]。中医化腐清创术是指局部应用中药制剂,或辅助手术手段,清除疮面坏死组织,促使脓液排出、腐肉脱落、肌生皮长的一种方法。本文回顾1例中药化腐清创术联合涂药法治疗脚湿气患者的护理体会,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,39岁,主因“双足起水疱肿痛4 d”于2024年6月19日入院,轮椅推入病房。患者4 d前无明显诱因双足起粟粒大小水疱,疱液澄清,伴瘙痒,自用“达克宁”治疗未改善,后因行走过多双足水疱增多,迅速肿胀,疼痛明显,2 d前于皮肤科门诊就诊,考虑“足癣”,予口服清热除湿汤、咪唑斯叮缓释片,外用复方氯霉素擦剂治疗,改善不明显。现症见:双足肿胀明显,泛发水疱,部分破溃,伴疼痛、瘙痒,皮温略高,局部血肿,发热;患者体温(T)37.7℃,脉搏(P)89次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)100/73 mm Hg,白细胞(WBC)12.79×10⁹/L;无恶寒、无头晕头痛、无心慌胸闷,自觉手心热。既往史:2018年于外院行卵圆孔未闭修复手术;患者吸烟1年余,3~4支/d;饮酒10年余,每周饮白酒、啤酒2~3次,从事职员职业。

1.2 诊断

中医四诊:望诊:舌红,苔薄黄,舌尖见小红点,舌型瘦;神志清醒,情绪稳定,面色正常,轮椅代步,呼吸正常,皮疹。闻诊:声音清晰,气味正常。问诊:纳少,眠欠佳,小便少,大便正常,患者部分了解足癣的相关知识。切诊:脉滑数。中医诊断:脚湿气,湿热下注证;西医诊断:足癣,皮肤感染。

1.3 治疗

予患者泡脚、中药溻渍、中医化腐清创术、涂药法(曲安奈德益康唑乳膏、夫西地酸乳膏混合涂抹双足,复方氯霉素擦剂涂抹在渗液处)、红光照射治疗(双足背及足底)及左氧氟沙星氯化钠注射液静滴等治疗。经治疗,患者体温及皮损好转明显,已于6月24日停止左氧氟沙星氯化钠注射液静滴,治疗效果明显好转,患者已于7月1日痊愈出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 皮肤受损程度评估

2024年6月19日,观察患者双足部弥漫性非可凹性肿,泛发粟粒至蚕豆大小水疱、脓疱、血疱,疱壁厚,部分破溃、黄色浆液及血性渗出,可见浆痂、多处糜烂面;双足趾缝浸渍,足背皮温略高,详见图1。



图1 双脚皮损情况(6月19日)

2.1.2 疼痛评估

采用数字评定量表(NRS)评估患者疼痛程度,0分为无疼痛,1~3分轻度疼痛,4~6分中度疼痛,7~10分重度疼痛。本例患者得分为10分,属重度疼痛。

2.1.3 自理能力评估

Barthel指数评定量表评估内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大小便、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯,其中,无需依赖(无需他人陪护)为100分;60<总分≤99分,轻度依赖(少部分需他人照顾);40<总分≤60分,中度依赖(大部分需他人照顾);总分≤40分,重度依赖(全部需要他人照顾)。本例患者得分为65分,属轻度依赖。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:感染与患者皮肤破损有关;疼痛与患者自身疾病有关;自理能力缺陷与患者疼痛双脚不能着地有关;患者不了解自身疾病的相关知识。

2.3 护理计划

根据患者的护理问题,运用中医特色护理技术,即中药化腐清创术、中药溻渍法及涂药法进行皮损护理,缓解患者的疼痛,提高皮损愈合能力,最后达到治愈疾病、减少复发的目的。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2024年6月19日,即患者入院第1天。首先,

遵医嘱予患者高锰酸钾溶液泡洗 5 min 及中药塌渍 40 min (以马齿苋 20 g、关黄柏 30 g 及清水 1000 mL 熬制成清热消肿洗剂, 每瓶 100 mL, 每 1 mL 相当于饮片 0.9 g, 以 100:6000 的比例使用), 20 min 更换 1 次, 用以去除分泌物及药痂、浆痂, 清洁皮损表面; 其次, 予中医化腐清创术, 使用甘草油进一步去除厚腻药痂、浆痂, 并抽吸疱液、去除无生机疱壁, 以促进皮损清洁干燥; 再次, 双足及足底使用红光照射治疗 40 min, 以抗炎消肿; 最后, 涂曲安奈德益康唑乳膏和夫西地酸乳膏联合, 再涂复方氯霉素搽剂, 用以收敛消炎, 详见图 2。患者 NRS 评分为 10 分, Barthel 评分为 65 分。



图2 清创后右脚情况(6月19日)

6月20日, 皮损渗出较前减少, 双足部可见弥漫性非可凹性肿, 泛发粟粒至蚕豆大小水疱、脓疱、血疱, 疱壁厚, 部分破溃、黄色浆液及血性渗出, 可见浆痂、多处糜烂面; 双足趾缝浸渍, 足背皮温略高。询问患者, 患者告知未自行涂药, 与患者家属商议由医务人员进行涂药, 涂药4次/d, 余护理措施同前, 详见图3。患者 NRS 评分为 9 分, Barthel 评分为 65 分。6月21日, 皮损未见渗出, 双足部弥漫性非可凹性肿, 水疱均已结痂, 双足趾缝浸渍, 足背皮温略高, 护理措施同前, 详见图4。患者 NRS 评分为 7 分, Barthel 评分为 70 分。6月24日, 患者双足部弥漫性非可凹性肿, 水疱均已结痂, 皮损明显缓解, 遵医嘱停止左氧氟沙星氯化钠注射液 100 mL 静滴, 护理措施同前, 详见图5。患者 NRS 评分为 3 分, Barthel 评分为 90 分。

6月26日, 观察患者双足部肿胀消失, 水疱均已结痂, 脱屑, 涂药法治疗2次/d, 护理措施同前, 详见图6。患者 NRS 评分为 1 分, Barthel 评分为 100 分。6月27日, 观察患者皮肤脱屑, 护理措施同前, 详见图7。患者 NRS 评分为 1 分, Barthel 评分为 100 分。7月1日, 观察患者皮肤完全愈合, 详见图8, 患者出院。



图3 双脚皮损情况(6月20日)



图4 双脚皮损情况(6月21日)



图5 双脚皮损情况(6月24日)



图6 双脚皮损情况(6月26日)



图7 双脚皮损情况(6月27日)



图8 双脚皮损恢复情况(7月1日)

2.4.2 感染护理

密切观察患者体温变化、双足皮肤破损变化、水肿程度、皮温及渗液情况,保持局部皮肤的清洁;根据患处皮肤渗液量,调整涂药频次。遵医嘱予患者左氧氟沙星氯化钠注射液 100 mL 静滴,1 次/d;测量体温,1 次/d。本例患者入院第 2 天,体温恢复正常。

2.4.3 疼痛与瘙痒护理

嘱患者疼痛时禁止用手搔抓局部,操作时动作轻柔,多与患者沟通,分散患者注意力,减轻患者疼痛,避免局部摩擦,影响皮肤的健康。皮肤瘙痒时可采用震荡止痒法,即用手轻轻拍打痒处,也可用手指戳,用柏树叶扫。

2.4.4 健康教育

患者自身疼痛阈值较低,致使双足不能着地,患者有家属陪护,并有双拐辅助下地,可解决二便问题。嘱患者忌烟酒,少食辛辣油腻刺激的食物,要保持个人卫生,每日清洗双脚(水温不能过高),保持脚部皮肤干爽;清洗双脚后,用干净的毛巾擦干,尤其是脚趾间的水分,防止真菌滋生。避免长时间穿着潮湿的鞋袜,及时更换,保持双脚干爽。出院后推荐患者买运动皮鞋,给双足呼吸的空间,尽量选择五指袜,减少脚湿气复发的机会。定期清洁和消毒拖鞋、洗脚盆、毛巾等可能接触到脚部的物品。使用温和的消毒剂,如白醋、稀释的漂白水等,对物品进行消毒处理。尽量避免在公共场所使用他人的拖鞋、毛巾等物品,以减少交叉感染的风险。劝阻患者不要用手抓挠,容易传染到手上;与此同时告知患者同住的家里人也需接受治疗。

3 结果和随访

经积极干预及对症处理后,患者症状得到及时有效的缓解并痊愈,已于 2024 年 7 月 1 日出院。于 2024 年 7 月 8 日予患者电话随访,询问患者脚湿气未复发,忌烟酒、忌口,日常着五指袜。

4 讨论

中医称足癣为臭田螺、烂脚丫及脚湿气等,是一种常见的感染性皮肤病。世界上大部分地区发病率为 18~39%^[3]。随着环境、生活方式等诸多因素的影响,我国此病的发病率亦逐年增高,在我国南方尤为常见。在有些经常穿着胶鞋的工种中,患病率可高达 80% 以上,经调查,部分煤矿工

人足癣患病率达 50~60%,并常由足癣感染到手部而引起手癣,这两种癣有时占皮肤科门诊病人的 20%。大范围的区域流行病学调查数据显示全球平均发病率多在 10% 以上,欧洲平均发病率约 14%,其他大部分地区的发病率 18~39%,甚至更高,在皮肤浅表真菌感染中,足癣约占三分之一以上^[4]。对患者的健康、工作、社交及日常生活有明显影响^[5]。

此病多见于成年人,病变常累及趾间、足底及足侧缘,西医临床中可分为四型,即水疱型、浸渍糜烂型、丘疹鳞屑型及角化过度型。因其剧烈瘙痒、侵及皮肤出现水疱、皲裂甚至出血,且具有传染性、反复发作、缠绵难愈的特点,严重影响患者的生活质量和身心健康,给社会造成了沉重的经济负担。中医认为脚湿气是主动排湿的表现^[6],中医分为湿热下注、肾虚风袭及血虚风燥三个证型。因此,其治疗当以清热除湿、养血润肤、祛风止痒为总则。西医治疗主要采取抗真菌药物,虽有疗效,但易产生耐药性,停药后易复发;中医治疗脚湿气以外治为主,疗效较好,不良反应小且价格低廉,临床应用较为广泛,同时因其不经消化道,对胃肠道无损伤,且无肝肾毒性,安全性较高。

中药溻渍是一种中医外治法,将无菌纱布用药液浸透,敷于局部,以达到疏通腠理、清热利湿、解毒等目的的一种外治方法^[7],古称溻法,最早在《肘后备急方》等古代医书中即有记载^[8],具有多种功效,包括抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛、控制感染以及促进皮肤愈合等。通过改善局部体液循环,利用冷或热的物理作用,软化痂皮,吸收分泌物,隔绝外界刺激,从而发挥治疗作用。因此,选择中药溻渍来进行趾缝间治疗。甘草油具有软化痂皮、清除痂屑油垢,润泽皮肤的功效,使用甘草油实施中医化腐清创术可以清除皮损表面无生机组织,润泽皮肤,促进组织新生,皮损愈合。

此案例中可清晰看见中医化腐清创术联合涂药法对于脚湿气的患者起到决定性的作用。在治疗脚湿气的过程中,中医化腐清创术及疱液抽吸术是必不可少的护理技术操作。疱液抽吸是用无菌盐水棉球将皮损处皮肤清洁干净,根据医嘱可定期行分泌物培养。水疱 ≥ 1 cm 以上可用注射器将疱液抽出,若有疱液清 < 1 cm 的水疱可自行吸收,穿刺点为水疱最低点。若有脓疱或血疱则需用无菌剪刀沿疱壁底部剪开,将疱液完全清除干

净,尽量保持疱壁完好无损,将水疱处皮肤留在原位,形成天然屏障减少感染机会。如结痂处皮肤边缘翘起,可用无菌剪去除。穿刺角度切忌与皮肤垂直,防止因力度过大损伤皮下组织及肌肉,加重患者疼痛^[9]。

涂药法是将各种外用药物直接涂于患处的一种外治方法,此患者趾缝间较严重,肿胀明显,不易于涂抹,涂抹足背时确保涂抹区域完全覆盖并稍微超出范围;涂趾缝间时可使用棉棒轻轻地将药膏涂抹,若有些地方没有涂抹到,会延缓皮损愈合。外治的同时还要内治,孙思邈在《千金要方·食治方》中:“是故食能排邪而安脏腑,惶神爽志,以资气血,若能用食平苛,释清遣疾者,可谓为良工”,说明饮食要顺应个人体质变化,除了考虑到原发疾病,也要考虑到皮肤局部修复的营养需要,饮食中应含有足够的热量和营养成分,多食新鲜蔬菜,忌辛辣刺激、肥甘厚味之品^[10],忌烟酒。

中医认为人之情志与脏腑功能密切相关,防护不当,则五脏失和、津液输布失常、气机不畅等,七情太过可致气机失调、耗伤精血。向患者介绍足癣疾病的相关知识,帮助其加强对疾病发生原因及愈后过程,使患者能够正确的接受治疗,以增加治愈的信心及出院后的预防。

大部分中医外治法可教会患者居家操作,简便易学,由于各种原因不能住院治疗的患者首选中医外治法;但中医化腐清创术需要专业知识及技能,需要专业的医务人员来操作,希望未来更能普及大众。通过发挥中医护理的优势,利用此外治法达到抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛、控制感染以及促进皮肤愈合,再配合健康教育等护理措施,有效促进患者双足创面愈合,从而提高护理效果,提高患者满意度。

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] 陈媛,郑于林,李晓红. 关于中医诊断学闻诊的源流考与实际运用的探索[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(15):3.
CHEN A, ZHENG Y L, LI X H. About the origin of TCM diagnostics listening and smelling the exploration test and actual application [J]. Journal of China modern distance education of Chinese medicine, 2022, 20 (15) : 3. (in Chinese)
- [2] 谢盼盼,李廷保. 中医药治疗足癣研究进展[J]. 中医临床研究, 2023, 15(6): 142-146.
XIE P P, LI T B. A review on TCM treatment for tinea pedis [J]. Clin J Chin Med, 2023, 15 (6) : 142-146. (in Chinese)
- [3] 许玲玲,曹颖堃,杨晓东,等. 苦参皮软膏的制备及其对足癣致病菌的抑制作用研究[J]. 中国实用医药, 2023, 18(22): 171-174.
XU L L, CAO Y K, YANG X D, et al. Study on preparation of Kushenpi ointment and its inhibitory effect on pathogenic bacteria of tinea pedis [J]. China Pract Med, 2023, 18 (22) : 171-174. (in Chinese)
- [4] 中国手癣和足癣诊疗指南工作组. 中国手癣和足癣诊疗指南(基层实践版 2020)[J]. 中国真菌学杂志, 2020, 15(6): 325-330.
Expert group of Chinese guidelines for the management of tinea manus, PEDIS T. Chinese guidelines for the management of tinea manus and tinea pedis in primary medical institutions (Edition 2020) [J]. Chin J Mycol, 2020, 15(6): 325-330. (in Chinese)
- [5] 唐姗姗,吴然. 中药治疗浅部真菌病研究进展[J]. 中国真菌学杂志, 2023, 18(2): 172-177.
TANG S S, WU R. Research progress on treatment of superficial mycosis with traditional Chinese medicine [J]. Chin J Mycol, 2023, 18 (2) : 172-177. (in Chinese)
- [6] 梁焕宴,冀沛然,弓宝,等. 槟榔的药用历史及其应用现状[J]. 中草药, 2024, 55(2): 678-687.
LIANG H Y, JI P R, GONG B, et al. Medicinal history and current application status of Arecae Semen [J]. Chin Tradit Herb Drugs, 2024, 55 (2) : 678-687. (in Chinese)
- [7] 包海兰,朱赞,徐伟. 中医外治银屑病研究进展[J]. 光明中医, 2024, 39(6): 1236-1240.
BAO H L, ZHU Y, XU W. Research progress of external therapy of traditional Chinese medicine in the treatment of psoriasis [J]. Guangming J Chin Med, 2024, 39 (6) : 1236-1240. (in Chinese)
- [8] 解建磊. 两种内固定方式联合中药熏洗治疗儿童尺桡骨干骨折的临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [9] 齐春哲. 1例大疱性类天疱疮患者的中医护理体会[J]. 中国当代医药, 2024, 31(6): 146-149.
QI C Z. Nursing experience of a patient with bullous pemphigoid with traditional Chinese medicine [J]. China Mod Med, 2024, 31 (6) : 146-149. (in Chinese)

- [10] 刘润兰, 陈彦超. 1 例直接灸用于中药泡洗后足部接触性皮炎患者的护理[DB/OL]. 中西医结合临床案例库, 2023. DOI: 10.12209/CAIM202310140043. LIU R L, CHEN Y C. Nursing care of foot contact dermatitis after Traditional Chinese Medicine soaking and washing in a patient with direct moxibustion [DB/OL]. Clinical Archives of Integrative Medicine, 2023. DOI: 10.12209/CAIM202310140043. (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。