DOI：10. 12209/CAIM202607260010

·中西医结合临床案例·

# 艾灸联合负压封闭引流在1例乳腺癌术后皮瓣破溃坏死患者中的辨证施护实践

隗飞宇

（首都医科大学附属北京中医医院 肿瘤一科，北京，100010）

**摘要：**本文总结1例艾灸联合负压封闭引流（VSD）技术应用于乳腺癌术后皮瓣破溃坏死患者的辨证施护经验。基于中医辨证论治核心思想，针对患者皮瓣坏死局部气血瘀滞、湿热蕴结的核心病机，在常规VSD治疗与护理的基础上，分期、分时辨证施以艾灸干预，发挥活血化瘀、温通经络、提脓去腐及生肌收口的功效。通过中西医护理技术的深度融合与精细化管理，有效控制创面感染，促进坏死组织清除与肉芽组织生长，加速创面愈合进程，缩短患者住院时长，改善疾病预后。本案例提示，以辨证施护为核心指导的艾灸联合VSD干预模式，可为乳腺癌术后皮瓣破溃坏死提供一种安全、有效的中西医结合护理方案。

**关键词：**乳腺癌术后；皮瓣坏死；负压封闭引流；艾灸；辨证施护；中西医结合护理

# Practice of Syndrome Differentiation-Based Nursing of Moxibustion Combined with Vacuum Sealing Drainage for a Patient with Flap Rupture and Necrosis after Breast Cancer Surgery

**WEI Feiyu**

（*First Department of Oncology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010*）

**ABSTRACT:** This paper summarizes the experience of syndrome differentiation-based nursing of moxibustion combined with vacuum sealing drainage (VSD) in a patient with flap rupture and necrosis after breast cancer surgery. Guided by the core concept of traditional Chinese medicine treatment based on syndrome differentiation and targeting the core pathogenesis of local qi-blood stasis and damp-heat accumulation in the necrotic flap, staged and time-phased moxibustion intervention was implemented on the basis of routine VSD treatment and nursing to activate blood circulation for removing stasis, warm and unblock meridians, promote pus discharge and slough removal, and generate granulation tissue for wound closure. Through the in-depth integration of Chinese and Western nursing techniques and refined management, wound infection was effectively controlled, the clearance of necrotic tissue and the growth of granulation tissue were facilitated, wound healing was accelerated, hospital stay was shortened, and disease prognosis was improved. This case indicates that the intervention model of moxibustion combined with VSD guided by syndrome differentiation-based nursing can provide a safe and effective integrated Chinese and Western nursing regimen for flap rupture and necrosis after breast cancer surgery.

**KEY WORDS:** post-breast cancer surgery; flap necrosis; vacuum sealing drainage; moxibustion; syndrome differentiation-based nursing; integrated Chinese and Western nursing

乳腺癌是临床最常见的恶性肿瘤之一，外科手术在其全程治疗体系中占据举足轻重的地位，但乳腺癌术后皮瓣坏死是临床较为高发的术后并发症，文献报道其发生率为10%～30%。皮瓣坏死会导致创面迁延不愈、感染风险升高，给患者带来额外的经济负担与精神痛苦，还会延误后续放

**收稿日期：**2026－07－26

疗、化疗等系统治疗的开展，最终影响整体治疗效果与患者长期生存预后。

中医学将乳腺癌术后皮瓣坏死归属于“疮疡”及“溃疡”范畴。手术切开操作直接损伤局部血脉，致使患处气血运行不畅，叠加术后体内残留“余毒”未清、湿热蕴结，最终导致肌肤失于濡养而破溃坏死，其核心病机特点为“本虚标实”，即以气血两虚为发病之本，气滞血瘀、湿热内蕴为发病之标[1]。艾灸是中医传统特色外治技术，具备温通经络、活血化瘀、散结消肿、提脓去腐与生肌敛疮的功效，针对各类慢性难愈创面均有明确干预效果。若将艾灸与负压封闭引流（VSD）技术相结合，同时根据患者不同病程阶段的证候特点开展辨证施护，可实现两种干预方式的优势互补，更高效地促进创面愈合[2]。

本文总结1例乳腺癌术后皮瓣大面积破溃坏死患者的护理实践经验，以辨证施护为核心指导，将艾灸疗法融入VSD常规护理流程中，探讨该联合干预模式的临床可行性与有效性，旨在为同类临床护理场景提供实践参考，现报告如下。

## 1　临床资料

### 1.1　一般资料

患者女，56岁，于2025年10月12日因“右乳腺癌改良根治术后半月，皮瓣破溃渗液加重3 d”入院就诊。患者半月前于外院接受右乳腺癌改良根治术，术后第5天发现皮瓣边缘呈暗紫色，后续局部逐渐出现水疱、破溃，经常规换药处理后创面仍进行性扩大，渗液量增多且伴随异味（详见图1），为接受进一步中西医结合诊疗，患者转入我院。入院时患者神志清楚，精神萎靡，面色苍白，形体消瘦，主诉右侧胸壁创面疼痛，夜间疼痛症状尤为显著，已对睡眠造成明显影响。既往史：既往体健，无糖尿病、高血压等慢性基础疾病病史。

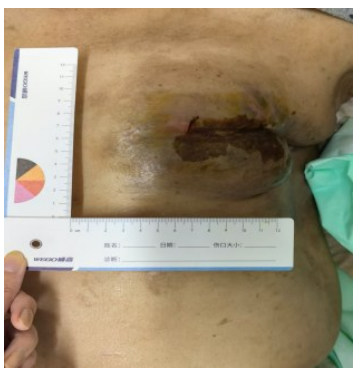


**图1　患者创面情况**

### 1.2　查体

一般情况：生命体征平稳，神志清楚，精神差，纳差，二便尚调。

专科检查：创面定位于右侧胸壁，创面大小约12 cm×8 cm，深度达肌层，局部可见部分肋骨骨膜暴露；创面上约50%区域覆盖黄色腐肉及坏死筋膜，渗出量多，渗出液呈黄色、质地粘稠，伴随恶臭味，创面周围皮肤颜色发绀、伴肿胀表现。

中医查体：舌质暗红，舌边可见瘀点，舌苔黄腻，脉弦滑细数。

### 1.3　诊断

西医诊断：右乳腺癌术后皮瓣破溃坏死伴创面感染。中医诊断：疮疡（溃疡）。辨证依据：患者因手术金刃损伤局部脉络，致患处气血运行不畅，叠加术后余毒未清、湿热内生，最终引发经络痹阻、肌肤失养，局部肌肉腐坏化脓。舌质暗红伴瘀点、舌苔黄腻、脉弦滑细数，均为气滞血瘀、湿热内盛的典型舌脉征象。本病证属本虚标实，其中气血两虚为发病根本，气滞血瘀、湿热内盛为标实证候。

### 1.4　治疗

西医治疗：入院后完善相关辅助检查，排除手术禁忌证，在营养支持、全身抗感染治疗的基础上，于2025年10月13日在手术室行创面清创+VSD敷料置入术，术后予VSD持续负压吸引治疗。后续于2025年11月03日行游离皮片移植术，术后移植皮片成活状态良好。

中医护理干预：在VSD治疗全程，根据不同病程阶段的创面证候特点辨证施灸，同步配合饮食调护、情志疏导等专项护理措施。

治疗结局：经过3周系统治疗与护理，创面感染得到有效控制，全部坏死组织被彻底清除，肉芽组织生长状态良好，创面较前显著缩小，至2025年11月10日创面基本愈合，患者顺利出院。

## 2　护理

### 2.1　护理评估

#### 2.1.1　创面局部评估

采用创面评估三角工具（Wound Assessment Triangle）对创面进行全面评估[3]。该工具从创面床、创缘与创周皮肤三个维度完成系统性评估，评估标准具体为：创面床评估涵盖坏死组织、肉芽组织的占比情况；创缘评估涵盖浸渍、脱水及卷边的表现情况；创周皮肤评估涵盖颜色、温度及水肿的

状态情况。该患者入院时评估结果为：创面面积96 $cm^2$（12 cm×8 cm），损伤深度达全层皮肤缺损，可见肌层暴露。创面底部黄色腐肉占比50%，红色肉芽组织占比20%，黑色坏死组织占比30%；创面分泌物量多，呈黄色脓性，伴明显异味；创缘肿胀明显，颜色呈暗红色。

疼痛程度采用数字评分法（Numerical Rating Scale，NRS）评价，该量表以0至10分对应疼痛程度，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[4]；该患者安静状态下疼痛评分为3分，换药或创面清洁操作时疼痛评分为8分。

2.1.2 全身状况评估

采用Braden压疮风险评估量表（Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk）完成压疮风险评估，该量表包含感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养状态及摩擦/剪切力6个维度，总分23分，其中15～18分为轻度风险，13～14分为中度风险，得分≤12分为高度风险，本例患者评分为16分，属于轻度风险[5]。

采用营养风险筛查量表2002（Nutritional Risk Screening 2002，NRS 2002）完成营养风险评估，该量表由疾病严重程度评分（0～3分）、营养状态受损评分（0～3分）及年龄评分（年龄≥70岁加1分）三部分组成，总分≥3分提示存在营养风险[6]，本例患者评分为4分，提示存在营养风险。

采用焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale，SAS）完成焦虑状态评估，该量表共包含20个项目，采用4级评分法，标准分＜50分为正常，50～59分为轻度焦虑，60～69分为中度焦虑，得分≥70分为重度焦虑，本例患者评分为62分，提示存在中度焦虑[7]。

2.2 护理诊断

皮肤完整性受损：与手术切口损伤、皮瓣血液循环障碍或局部感染导致的组织坏死直接相关；急性疼痛：与创面神经末梢外露、局部炎症刺激以及换药操作刺激等因素有关；焦虑：与患者担忧创面愈合不良、疾病预后不佳及后续治疗负担相关；营养失调：低于机体需要量，与创面消耗增加、营养摄入不足直接相关。

2.3 护理计划

为患者制定个性化护理方案，总体目标为：采用中西医结合的创面护理模式，有效控制创面感染，促进坏死组织分离脱落、诱导肉芽组织新生，加快创面愈合进程；同时减轻患者疼痛感受，稳定其情绪状态，改善机体营养状况，提升患者生活质量。具体实施路径为采用负压封闭引流（VSD）联合艾灸开展创面专项护理，全程坚持辨证施护原则，同步落实多模式镇痛、营养支持及针对性心理疏导，指导患者及家属掌握居家伤口观察要点与基础护理相关知识。

2.4 护理措施

2.4.1 基于VSD的标准化护理

维持有效负压：保证中心负压吸引装置压力稳定维持在−125～−150 mmHg，密切观察VSD敷料是否保持塌陷状态、透明贴膜下有无渗出液积聚、引流管是否保持通畅。该患者治疗期间曾因引流管阻塞出现负压丧失，护理人员发现后立即使用无菌生理盐水冲洗管道完成疏通，避免创面被渗液浸泡。

引流液观察：使用带刻度引流瓶准确记录每日引流液的量、颜色及性状。该患者治疗初期（第1周）每日引流量约150～200 mL，为淡红色混有坏死碎屑的渗出液；治疗中期（第2周）引流量降至50～80 mL，引流液清亮透明；治疗后期（第3周）引流量进一步降至10～20 mL，以浆液性渗出液为主。

敷料更换严格执行无菌技术：全程严格遵守无菌操作规程，常规情况下VSD敷料每5～7 d更换一次，更换过程中同步评估创面状态，按需开展必要的清创处理。

2.4.2 基于辨证分期的艾灸施护

该部分为本次案例的中医护理核心要点，根据创面愈合的不同时期（炎症期、修复期、重塑期）结合局部辨证结果实施针对性艾灸操作。

初期（炎症期/腐肉较多阶段）采用泻法，遵循“提脓去腐、清热解毒”的治则。该阶段患者创面腐肉堆积较多，渗出物黄稠，舌质红、苔黄腻，脉滑数，辨证属湿热毒盛、气血瘀滞证。选穴以创面周围阿是穴为主，配合双侧足三里穴、气海穴；疮周阿是穴施灸可直达病所，通络散结；足三里为足阳明胃经合穴，施灸可健运脾胃、化湿解毒，提升机体抵抗力；气海为元气之海，施灸可补气行血、扶正托毒外出。灸法采用回旋灸与雀啄灸结合，操作者手持艾条，距离创面3～5 cm，在疮周红肿区域做顺时针回旋移动，灸至局部皮肤潮红即可，单次操作约10 min；针对腐肉较深的部位加用雀啄灸，调动经气运行，促进腐肉脱落，每日治疗1次，

单次总时长约20 min。施灸操作需由具备资质的中医专科护士完成，全程把控艾条距离与局部温度，避免烫伤。

中期（修复期/肉芽生长期）采用平补平泻法，遵循“温通经络、助阳生肌”的治则。该阶段患者创面腐肉基本清除，创面基底部红润，可见颗粒状新生肉芽，渗出液清稀，舌质淡红、苔薄白，脉细弱，辨证属正虚邪恋、气血不足，肉芽生长迟缓。选穴仍以疮周阿是穴为主，配合关元穴、足三里穴及三阴交穴；关元穴可大补元气，足三里与三阴交配伍可健脾益胃、调畅气血，为肉芽组织生长提供支持。灸法采用温和灸，将艾条对准穴位或创面周围皮肤，以温热感可透入创面深部为宜，艾条距皮肤约3 cm，以患者自觉温热舒适、无灼痛感为度，每穴施灸15～20 min，每日治疗1次。该阶段艾灸以温补作用为主，调动机体自身修复机能，促进肉芽组织生长。

2.4.3 艾灸与VSD协同操作的护理管理

为保障操作安全有效，需规范协同操作流程。操作时机选择在VSD敷料更换当日或次日开展，禁止在VSD有效负压状态下直接在密闭贴膜表面施灸，避免局部温度过高破坏负压密闭性或造成患者皮肤烫伤，操作时可充分暴露创面，或仅在VSD敷料边缘的正常皮肤上施灸[2]。

安全防护方面，操作前使用75%乙醇对艾条及操作者手部进行消毒；施灸过程中可使用温灸盒或安排专人手持艾条，防止艾灰脱落造成患者烫伤或引燃床单位物品，病床旁常规配备灭火装置，全程密切观察患者反应与局部皮肤状态[8]。治疗疗程设定14 d为1个周期，本例患者连续完成2个疗程，累计艾灸21次。

2.4.4 辨证饮食与心理护理

饮食调护：结合患者脾虚湿蕴、气血两虚的不同体质辨证施膳，早期给予健脾利湿、清热解毒的食物，如薏苡仁粥、冬瓜汤等；中期及后期强化营养支持，给予高蛋白、高维生素且易消化的食物，如黄芪炖鸡汤、当归生姜羊肉汤及山药排骨汤等，起到补气养血作用，助力创面修复，同时指导患者少食生冷、油腻及辛辣刺激性食物[9]。

情志护理：针对患者因创面迁延不愈，担忧外观受损及疾病复发产生的紧张恐惧情绪，责任护士每日与患者交流时长超过30 min，充分了解患者实际需求，向患者介绍同类治愈病例，指导患者掌握深呼吸放松、正念训练等情绪调节方法，同时营造舒适的病房环境，鼓励家属全程陪护，增强患者康复信心。

2.5 护理评价

经过3周综合护理干预，患者各项指标均得到明显改善。与入院时基线水平相比，干预后患者创面面积从96 $cm^2$缩减至约20 $cm^2$，创面基底腐肉占比降至5%，分泌物从大量脓性渗出转为少量清亮浆液性渗出，创周红肿完全消退；疼痛指标方面，患者静息状态下NRS评分从入院时3分降至0分，换药等操作状态下疼痛评分从8分降至1分；焦虑指标方面，SAS评分从入院时62分（中度焦虑）降至38分，回归正常范围；营养指标方面，血清白蛋白水平从入院时32 g/L升高至38 g/L。具体各时点评估指标对比，详见表1。

**表1 疗效评估**

| 评估指标 | 入院时 | 治疗1周后 | 治疗3周后 |
|---|---|---|---|
| 创面面积 | 约96 $cm^2$ | 约65 $cm^2$ | 约20 $cm^2$（待植皮） |
| 创面基底状态 | 腐肉50%，黑痂30% | 腐肉10%，肉芽60% | 新鲜肉芽＞95% |
| 渗液状态 | 大量，脓性，有异味 | 中量，淡红色，无味 | 少量，清亮浆液 |
| 创周皮肤状态 | 红肿、水肿明显 | 红肿消退，颜色转红 | 颜色正常，无水肿 |
| NRS | 静息3分，活动8分 | 静息1分，活动4分 | 静息0分，活动1分 |
| SAS | 62分 | 51分 | 38分 |

## 3 结果和随访

患者于2025年11月10日出院，出院时创面基本愈合，仅遗留线状瘢痕。出院后采用门诊复诊联合电话随访的方式，分别于出院后2周、1个月及3个月完成随访。出院后1个月门诊复查显示，患者一般情况良好，情绪状态平稳愉悦，右侧胸壁植皮区域皮肤光滑，色泽与弹性均符合预期，已遵医嘱启动后续辅助内分泌治疗，患者对本次治疗与护理服务满意度较高。出院后3个月电话随访结果显示，创面无复发，患侧上肢功能恢复良好。出院医嘱明确告知患者日常穿着柔软舒适的纯棉内衣，避免局部创面受到摩擦刺激；日常密切观察局部皮肤的颜色、温度等变化情况；坚持规范

的手臂功能锻炼，按要求定期返院复诊。

## 4 讨论

乳腺癌术后皮瓣坏死是乳腺外科临床常见的术后并发症，现有文献报道其发生率为10%～30%[10]。该并发症的发生主要与皮瓣切除范围过大、皮瓣缝合张力过高、局部微循环灌注不良以及组织缺氧等因素相关。目前负压封闭引流（Vacuum Sealing Drainage，VSD）已被公认为复杂创面的有效治疗手段，可在一定程度上实现创面渗出物清除、局部组织消肿、改善局部血液循环与促进肉芽组织生长等作用。但VSD无法直接作用于已坏死的失活组织，“去腐生肌”能力存在局限，同时对创面周围局部微环境的调节作用相对有限。

中医理论认为，乳腺癌术后皮瓣坏死属于“疮疡”及“溃疡”范畴，其核心病理基础为金刃创伤导致气血瘀滞，叠加术后机体正气亏虚、余毒未清、湿热内蕴，最终促成腐肉生成。《外科启玄》中明确记载：“疮疡之起，皆因气血凝滞所致”。艾灸作为中医传统外治疗法，具备温经通络、活血化瘀、提脓去腐及生肌敛疮的功效。现有研究证实，艾灸燃烧过程中产生的近红外线可穿透进入皮肤深层，促使局部小血管舒张、加快血液循环，从而实现“温通”效应；同时可降低创面局部TNF-α、IL-6等炎症因子浓度，提升巨噬细胞吞噬能力，进而发挥“祛腐”作用；在创面修复阶段，还可通过上调VEGF、EGF等生长因子的表达水平，促进成纤维细胞增殖与胶原蛋白合成，最终实现“生肌”的治疗效果。

目前临床中关于艾灸联合VSD治疗乳腺癌术后皮瓣坏死的相关报道数量较少，对应的操作规范与辨证施护方案尚未形成统一共识。本例病例的核心优势在于将中医辨证施护理念与VSD现代创面护理技术有机结合，根据创面所处的炎症期、修复期等不同阶段，分别采用以“提脓祛腐”为核心的泻法、以“温通助阳”为核心的平补平泻法开展分阶段艾灸治疗，完全契合中医辨证施治的核心原则。与此同时，本次研究也对艾灸与VSD联合应用的操作时机、施灸距离以及安全防护措施等内容做出了明确规范，便于临床护理人员参考推广。

同时也需客观认识到本研究存在的局限性：第一，本研究为单病例报道，研究结果存在一定偶然性，无法直接代表所有乳腺癌术后皮瓣坏死患者的治疗效果，针对合并糖尿病、血管性疾病等基础疾病的患者，该方案的有效性仍有待进一步验证；第二，本研究未设置对照组，艾灸的干预效应难以实现精准量化，无法完全排除VSD及其他辅助治疗对创面愈合的影响；第三，艾灸干预的最佳作用温度、单次治疗时长、干预频次等参数仍需进一步探索优化。

本病例报告的临床价值主要体现在三个方面：①提出一种安全、无创、简便有效的中西医结合护理方案，用于解决乳腺癌术后皮瓣坏死的临床护理难题；②梳理形成了基于辨证分期的艾灸施护方法及与VSD联合使用的标准化操作流程，可为临床护理人员提供直接参考；③首次探索中医辨证施护联合现代创面护理技术在临床应用中的可行性，且获得明确的正向干预效果，为后续中医护理技术应用于围术期并发症处置提供了良好的实践参考。后续仍需开展大样本量、多中心的相关研究，进一步明确该方案的适用人群、最佳干预时机及规范化实施路径，获取更充分的循证依据，推动中西医结合护理向更高质量的方向发展。

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] 王楠迪，周江红，陈静，等. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿中西医预防方法研究进展[J]. 甘肃医药，2026，45(2)：120-124.
Wang N D，Zhou J H，Chen J，et al. Research progress on the preventive approaches of upper limb lymphedema after breast cancer surgery in traditional Chinese medicine and Western medicine[J]. Gansu Med J，2026，45(2)：120-124.（in Chinese）

[2] 沈圆圆，于李，许斌. 中医治疗乳腺癌术后淋巴水肿的临床研究进展[J]. 基层医学论坛，2025，29(35)：8-10.
Shen Y Y，Yu L，Xu B. Clinical research progress of traditional Chinese medicine in treating postoperative lymphedema of breast cancer[J]. Med Forum，2025，29(35)：8-10.（in Chinese）

[3] 徐袁丁，董训忠，宋晓红，等. 伤口评估三角联合负压封闭引流技术在慢性难愈性创面治疗中的应用[J]. 护理研究，2021，35(14)：2582-2584.
Xu Y D，Dong X Z，Song X H，et al. Application of wounds international combined with vacuum sealing drainage in treatment of chronic refractory wound

[J]. Chin Nurs Res, 2021, 35(14): 2582-2584. (in Chinese)

[4] 秦瑞, 张秀真, 赵明明. 基于数字分级评分法的术后疼痛管理在乳腺癌根治术患者中的应用效果[J]. 癌症进展, 2024, 22(16): 1757-1761.
Qin R, Zhang X Z, Zhao M M. Effect of postoperative pain management based on numerical rating scale in patients undergoing radical mastectomy[J]. Oncol Prog, 2024, 22(16): 1757-1761. (in Chinese)

[5] 张小丹, 耿胜南, 吴月. Braden量表与NSRAS量表在NICU早产儿压疮风险评估中的应用对比[J]. 航空航天医学杂志, 2023, 34(10): 1242-1245.
Zhang X D, Geng S N, Wu Y. Comparison of braden scale and NSRAS scale in risk assessment of pressure ulcer in NICU premature infants[J]. J Aerosp Med, 2023, 34(10): 1242-1245. (in Chinese)

[6] 王静, 高飞, 张贤贤, 等. 肝硬化肌少症患者基于NRS-2002量表的营养风险筛查及影响因素[J]. 河南医学研究, 2025, 34(19): 3517-3520.
Wang J, Gao F, Zhang X X, et al. Screening nutrition risk and influencing factors based on the NRS-2002 scale in patients with cirrhosis and sarcopenia[J]. Henan Med Res, 2025, 34(19): 3517-3520. (in Chinese)

[7] 孙玮, 陈英华, 刘同岩. 评价量表在针刺治疗广泛性焦虑症中应用的研究进展[J]. 中国医药导报, 2024, 21(11): 187-189.
Sun W, Chen Y H, Liu T Y. Research progress of evaluation scales in the application of acupuncture for generalized anxiety disorder[J]. China Med Her, 2024, 21(11): 187-189. (in Chinese)

[8] 孙瑞. 麦粒灸联合升白药物对缓解乳腺癌术后化疗期间临床症状及白细胞减少的疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2025.

[9] 马尧. 基于“阳气者,精则养神,柔则养筋”理论的乳腺癌术后上肢淋巴水肿可穿戴式治疗仪的研发及临床疗效观察研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2025.

[10] 何燕. 基于中医辨证施护的乳腺癌患者术后自我康复护理数字化平台的构建[D]. 湖南中医药大学, 2025.

**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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。