

# 中药熏洗联合推拿按摩治疗乳腺癌术后或放疗后 上肢淋巴水肿 35 例临床观察

安红丽<sup>1</sup> 陈红根<sup>1</sup> 陈 华<sup>2</sup>

(1.江苏省中医院推拿科,江苏南京 210029; 2.南京中医药大学护理学院,江苏南京 210029)

**摘 要** 目的:观察中药熏洗联合推拿按摩治疗乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿的临床疗效。方法:将乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿患者 70 例随机分为治疗组和对照组各 35 例,治疗组采用中药熏洗联合推拿按摩治疗,对照组单纯采用中药熏洗治疗,2 组均治疗 3 个疗程。结果:治疗后 2 组患肢周径均较治疗前明显缩小,治疗组总有效率 94.28%,对照组总有效率 68.57%,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2 组治疗后较治疗前乏力、麻木、疼痛等症状均明显改善,治疗组症状改善更为明显,组间差异亦有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:中药熏洗联合推拿按摩治疗乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿症状改善显著,疗效确切。

**关键词** 乳腺癌并发症 上肢淋巴水肿 熏洗 推拿疗法

中图分类号 R730.6 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2016)12-0059-03

患侧上肢淋巴水肿是乳腺癌行腋窝淋巴清扫术或放疗后的常见并发症之一,表现为不同程度的上肢肿胀、疼痛、麻木,严重者出现整个上肢及肩关节活动受限,给患者的身心健康带来极大影响,严重影响患者的生活质量,目前临床尚无特别的根治之法。2010 年 5 月以来,笔者采用中药熏洗联合推拿按摩方法治疗乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿患者 35 例,并设中药熏洗组 35 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 70 例均为我院门诊患者,均为女性。所有患者均经病理确诊为乳腺癌,均接受乳癌改良根治术或保乳+腋窝淋巴结清扫+术后放疗。所有患者均经彩色多普勒排除上肢深静脉血栓、癌栓,腋窝、锁骨上无肿大淋巴结,经乳癌手术史及单侧上肢水肿体征证实为上肢淋巴水肿。将患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 35 例:年龄( $43.85\pm 8.16$ )岁;上肢淋巴水肿病程( $14.65\pm 5.58$ )月;轻度水肿 9 例,中度水肿 18 例,重度水肿 8 例。对照组 35 例:年龄( $45.55\pm 6.61$ )岁;上肢淋巴水肿病程( $15.15\pm 5.46$ )月;轻度水肿 10 例,中度水肿 19 例,重度水肿 6 例。2 组患者年龄、病程、水肿程度等经统计学分析无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 淋巴水肿分级方法** 按照李树玲<sup>[1]</sup>《乳腺肿瘤

学》将水肿程度分为 3 级。(1)轻度水肿:患侧上肢的周径比健侧粗 3cm 以下,多限于上臂近端,常发生于术后短期内;(2)中度水肿:患侧上肢的周径比健侧粗 3~6cm,水肿范围影响到整个上肢,包括前臂和手背;(3)重度水肿:患侧上肢的周径比健侧粗 6cm 以上,皮肤硬韧,水肿波及整个上肢包括手指,使上臂和肩关节活动严重受限。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用通络利水消肿的中药进行熏洗。中药处方:当归尾 15g,红花 15g,伸筋草 15g,桃仁 15g,木瓜 15g,威灵仙 15g,艾叶 30g,苏木 30g,川芎 20g,赤芍 15g,路路通 10g。以上药物加水 3000mL,浸泡 30min 后煎药。乘热,用绷带吊高上肢置于盆上,熏蒸 15~20min,待药液温度降至 40~45℃时再浸泡患肢洗 20~30min。每日早晚各熏洗 1 次,每日 1 剂,7d 为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗的基础上加用推拿治疗。从远心端至近心端用拿揉法松解患侧上肢 15min,然后沿手厥阴心包经循行方向,自下而上推上肢 5 遍,并按揉天泉、中冲、曲泽、间使、内关、大陵、劳宫穴位,每穴 1~2min,每日 1 次,疗程同对照组。

## 3 疗效观察

**3.1 观察指标** 分别从主观症状和客观体征两方

面评估患者上肢淋巴结水肿。客观体征评估使用周径测量法,用软尺在鹰嘴上下各 10cm 处测治疗前、后患侧上肢周径及健侧上肢周径并记录。再根据淋巴结分级标准对周径差分级确定严重程度。主观症状评估使用 FCAT-B+4 量表评分<sup>[2]</sup>。通过询问患肢肿胀或无力、活动后疼痛、活动受限、感觉麻木及皮肤硬化 5 个方面的情况,回答“一点也不”、“有一点”、“有些”、“相当”或“非常”,并分别记为 0、1、2、3、4 分,从而计算总分(0~20 分)。

**3.2 疗效标准** 参照李佩文<sup>[3]</sup>《乳腺癌综合治疗学》疗效标准:计算治疗后患侧上肢与健侧上肢周径差值和治理前两者差值的比值,比值>75%疗效为优,50%≤比值≤75%疗效为良,25%≤比值<50%为有效,比值<25%为无效。

**3.3 统计学方法** 采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据分析,计数资料采用卡方检验。

## 3.4 治疗结果

### 3.4.1 2 组患肢消肿效果比较 见表 1。

| 组别  | 例数 | 优 | 良  | 有效 | 无效 | 总有效率(%)            |
|-----|----|---|----|----|----|--------------------|
| 治疗组 | 35 | 5 | 18 | 10 | 2  | 94.28 <sup>△</sup> |
| 对照组 | 35 | 1 | 11 | 12 | 11 | 68.57              |

注:△与对照组比较,P<0.01。

### 3.4.2 2 组治疗前后患肢症状评分比较 见表 2。

| 组别  | 例数 | 治疗前       | 治疗后                     |
|-----|----|-----------|-------------------------|
| 治疗组 | 35 | 5.86±3.42 | 3.34±3.18 <sup>*△</sup> |
| 对照组 | 35 | 6.07±3.48 | 4.86±3.85 <sup>*</sup>  |

注:\*与本组治疗前比较,P<0.05;△与对照组治疗后比较,P<0.05。

## 4 讨论

近年来,随着治疗技术的不断进步,乳腺癌的 5 年生存率逐年提升,但患侧上肢淋巴水肿作为乳腺癌术后或放疗后的常见并发症,严重影响了乳腺癌患者的生活质量。据报道,上肢淋巴水肿的发生率在 6%~30%<sup>[4]</sup>,患者上肢肿胀、麻木、疼痛、关节活动障碍,部分患者产生焦虑与恐惧,对患者的心理造成极大影响<sup>[5]</sup>。乳腺癌术后患肢淋巴水肿的发病机制主要是腋窝淋巴引流通路阻断,大量含蛋白质的淋巴液留滞和组织间隙,致使血管内外胶体渗透压梯度减少,不能对抗毛细血管的滤过,大量液体进入组织间隙并形成水肿。当组织间隙流体静水压增加达到新的平衡时则形成一个高蛋白水肿,高浓度的蛋白质刺激结缔组织异常增生,脂肪被大量纤维

组织取代,皮肤及皮下组织增厚,皮肤表面角化、粗糙,出现疣状增生,形成淋巴水肿<sup>[6]</sup>。目前,现代医学治疗淋巴水肿的主要方法为外科手术治疗及物理疗法。外科手术治疗主要包括生理性淋巴引流术、肿胀吸脂术等,虽有一定疗效,但患者需再次遭受手术创伤且有罹患手术并发症之虞,且淋巴引流术需显微外科技术,不易推广应用<sup>[7-8]</sup>。物理疗法是应用机械压力和物理热能改善局部微循环,促进淋巴液回流,减少纤维组织增生,达到减缓病情发展的目的。物理疗法主要包括功能锻炼、肢体气压治疗仪、微波治疗等<sup>[9]</sup>,但因其耗时多、周期长、停止应用后病情易反复,要求患者有较高的依从性。中医学认为,乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿主要为手术损伤脉络导致瘀血内停,手术或放疗克伐正气致水液不能气化而停滞,溢于肌肤而生水肿<sup>[10]</sup>。因此,水肿乃气血不足、瘀血阻滞、水湿内停所致,治疗上应以活血化瘀、利水渗湿为原则<sup>[11]</sup>。本临床观察中,利用当归、红花、伸筋草、苏木、桃仁、木瓜、艾叶等药物外用熏洗,共同发挥通络止痛、活血化瘀之效。在此基础上,按摩患侧上肢则重点疏通手厥阴心包经经气。《灵枢·经脉》关于心包经的病候有此记载:“是动则病手心热,臂肘挛急,腋肿,甚则胸胁支满,心中憺憺大动……是主脉所生病者,烦心,心痛,掌中热。”有文献报道,心包经有疏通上肢、清热散寒、补虚祛风的功效。故通过推拿上肢,刺激手厥阴心包经,可调节局部及整个机体的气血运行,使闭塞的淋巴管再通,达到疏通经络、活血散瘀的目的。推拿疗法因操作简单、重复性强、无副反应等特点被患者广泛接受。本临床研究中,中药熏洗联合推拿按摩对乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿较单纯中药熏洗有更好的疗效,有进一步研究及推广的价值。

## 参考文献

- [1] 李树玲.乳腺肿瘤学[M].北京:科学技术文献出版社,2000:422.
- [2] 赵静,邓新娜,王泽阳,等.补气化瘀通络利水法治疗乳腺癌术后或放疗后上肢淋巴水肿的临床研究[J].解放军医药杂志,2015,27(12):47.
- [3] 李佩文,邹丽琰.乳腺癌综合诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2001:260.
- [4] 左文述.现代乳腺肿瘤学[M].2 版.济南:山东科学技术出版社,2006:789.
- [5] FU M R, RIDNER S H, ARMER J. Post-breast cancer. Lymphedema: part 1[J]. Am J Nurs, 2009, 109(7): 48.

(下转第 62 页)

## 3.3.2 2组患者中医症候评分比较 见表2。

### 4 讨论

功能性便秘是临床常见疾病,国内的流行病学调查显示患病率在6.6%~30%不等<sup>[3-4]</sup>。

西医采用导泻剂、促胃肠动力

剂、微生物制剂、灌肠等方法治疗,但往往会出现大肠黑斑病变、电解质紊乱、药物依赖等副作用。本病属中医学“便秘”范畴,为大肠传导失司所致,病位虽然在大肠,但是与肝气的疏泄功能、三焦的气机通畅、肾主二便的脏腑功能密切相关。肝失疏泄,三焦气机失畅,大肠传导功能下降,或肾阴亏虚,肾中阴液不足,大肠失去濡润,无水行舟,司二便的功能减弱,便秘由此产生。故《杂病源流犀烛·大便秘结源流》提出“肾主五液,津液盛则大便调和”、“大便秘结,肾病”的观点。国内许多学者对功能性便秘的中医症候研究表明,肝气郁结、肠道气滞、肝肾阴虚是功能性便秘的主要原因<sup>[5]</sup>。

本研究根据上述功能性便秘的主要病机,采用针刺天枢、支沟、照海3穴来治疗。支沟为手少阳三焦经之经穴,针刺此穴可使得三焦气机通畅,往来有序,肝气郁结得以舒解;照海为足少阴肾经之经穴,也是八脉交会穴,通阴跷脉,功效滋阴清热、通调三焦,针刺此穴可滋补肾阴、调节水液,使得大肠得到濡润。《玉龙歌》曰:“大便闭结不能通,照海分明在足中,更把支沟来泻动,方知妙穴有神功。”可见此2穴治疗便秘有特效。天枢为足阳明经的穴位,也是大肠的募穴,位于脐旁2寸,恰为人身之中

表2 治疗组、对照组患者治疗前后中医症候评分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | 时间  | 临厕努挣                       | 排便不尽感                      | 大便干结                       | 胁腹胀满                       |
|-----|----|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 40 | 治疗前 | 2.59±0.41                  | 2.57±0.53                  | 2.43±0.51                  | 1.87±0.63                  |
|     |    | 治疗后 | 0.74±0.36** $\Delta\Delta$ | 0.81±0.42** $\Delta\Delta$ | 0.78±0.33** $\Delta\Delta$ | 0.68±0.32** $\Delta\Delta$ |
| 对照组 | 40 | 治疗前 | 2.61±0.39                  | 2.56±0.54                  | 2.48±0.52                  | 1.84±0.61                  |
|     |    | 治疗后 | 1.20±0.43**                | 1.34±0.48**                | 1.45±0.67**                | 1.01±0.58**                |

注:\*\*与本组治疗前比较, $P<0.01$ ; $\Delta\Delta$ 与对照组治疗后比较, $P<0.01$ 。

点,如天地交合之际,升降清浊之枢纽。人的气机上下沟通,升降沉浮,皆与天枢穴相关,针刺此穴可调节气机升降,促进大肠蠕动,改善肠道气滞,达到通便效果。3穴配合,解肝郁,调气机,补肾水,相得益彰,恢复大肠本有的传导功能,功能性便秘得以痊愈。本研究取穴精而少,操作方便,痛苦少,疗效好,是很好的绿色疗法,可作为中医适宜技术在基层单位推广运用。

### 参考文献

- [1] 刘新光.解读功能性肠病罗马Ⅲ诊断标准[J].中国实用内科杂志,2006,26(21):1691.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:18
- [3] 尉秀清,陈旻湖.广州市居民功能性便秘流行病学调查[J].胃肠病学和肝病学杂志,2001,10(2):150.
- [4] 祝子华,刘建生,田怡,等.上海市闵行区居民功能性便秘的流行病学调查[J].蚌埠医学院学报,2013,38(11):1480.
- [5] 陈延,伍灿贤,朱盈盈,等.功能性便秘的中医证候研究[J].辽宁中医杂志,2013,40(2):212.

第一作者:孙纪峰(1971—),男,本科学历,副主任医师,研究方向为中医脑病诊疗。sqy126@126.com

收稿日期:2016-03-18

编辑:华 由 王沁凯

(上接第60页)

- [6] MEESKE K A, SULLIVAN-HALLEY J, SMITH A W, et al. Risk factors for arm lymphedema following breast cancer diagnosis in Black women and White women[J]. Breast Cancer Research and Treatment, 2008, 113 (2): 383.
- [7] CAMPISI C, DAVINI D, BELLINI C, et al. Lymphatic microsurgery for the treatment of lymphedema [J]. Microsurgery, 2006, 26(1): 65.
- [8] CAMPISI C, BOCCARDO F. Microsurgical Techniques for Lymphedema Treatment: Derivative Lymphatic - Venous Microsurgery[J]. World Journal of Surgery, 2004, 28(6): 609.
- [9] 丁桃,张琳,胡中.综合物理治疗慢性淋巴水肿的疗效观

察[J].昆明医学院学报,2010,31(4):70.

- [10] 汪芬华,楼丽华.楼丽华治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的经验[J].中医药临床杂志,2011,23(12):1086.
- [11] 白广德.中药外洗为主治疗乳腺癌术后患侧上肢淋巴水肿24例[J].中医杂志,2008,49(9):816.

第一作者:安红丽(1968—),女,本科学历,主管护师,从事中医外治法研究。

通讯作者:陈华,医学硕士,副教授。nzychenhua@hotmail.com

收稿日期:2016-10-20

编辑:华 由 王沁凯