

“温阳利水方”对乳腺癌改良根治术后皮下积液的干预作用研究

——附36例临床资料

陈宗鑫¹ 季亚婕¹ 汪 成² 薛晓红¹

(1.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院乳腺病科,上海200437;

2.上海交通大学医学院附属第九人民医院黄浦分院,上海200001)

摘 要 目的:观察自拟温阳利水方联合加压引流法对乳腺癌改良根治术后患者皮下积液的预防及症状改善作用。方法:72例阳虚水停型乳腺癌改良根治术后患者随机分为治疗组和对照组,每组36例。对照组予加压引流法治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用温阳利水方口服。观察并比较2组患者术后7 d的积液引流量、术后引流时间,并记录术后皮下积液、切口感染不良事件发生情况。结果:治疗组术后第4天至第7天的中位引流量及7 d总引流量均明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组术后引流时间明显少于对照组($P<0.05$)。治疗组术后皮下积液不良事件发生率为50.00%,明显低于对照组的77.78% ($P<0.05$)。治疗组术后切口感染不良事件发生率为5.56%,明显低于对照组的25.00% ($P<0.05$)。结论:加压引流法基础上加用温阳利水方能显著减少乳腺癌改良根治术后患者积液引流量,降低术后皮下积液及切口感染等不良事件发生率。

关键词 乳腺癌;脾肾阳虚;改良根治术;手术后并发症;局部积液;引流;温阳利水方;自拟方

中图分类号 R737.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 03-0038-03

基金项目 上海中医药大学预算内项目(2014 YSN99)

乳腺癌是常见的恶性肿瘤之一,近年来在我国发病率位于女性恶性肿瘤的首位^[1],手术治疗是乳腺癌的常用治疗方式之一。乳腺癌术后施术部位皮瓣与胸壁未完全愈合,易形成腔隙积蓄的液体,称为术后皮下积液,虽无严重危害,但会增加切口感染的风险,影响切口愈合,甚至会因此延迟放化疗等综合治疗而影响预后。目前临床上常用弹力带加压包扎及负压引流管引流治疗,但效果不佳。中医认为术后积液与阳虚不化、水液输布不畅有关。本研究以温阳利水为治则,在乳癌术后方和五苓散的基础上总结出温阳利水方,此方为防治阳虚水停型乳腺癌改良根治术后皮下积液的效验方。笔者近2年临床实践发现,温阳利水方联合加压引流法防治乳腺癌改良根治术后皮下积液,具有较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年8月至2020年1月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院乳腺病科行乳腺癌改良根治术后且符合“阳虚水停型”证

候的患者72例,采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组36例,均为女性。对照组平均年龄(60.08 ± 10.03)岁;临床分期Ⅱ期32例,Ⅲ期4例。治疗组平均年龄(59.22 ± 12.62)岁;临床分期Ⅱ期31例,Ⅲ期5例。2组患者病理学类型均为浸润性导管癌。2组患者年龄、临床分期、病理学类型等一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经上海岳阳中西医结合医院伦理委员会批准(KYSKSB2020-149)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 原发性乳腺癌诊断标准参考《乳腺癌诊疗规范(2018年版)》^[2],且经病理学确诊。肿瘤临床分期标准参考《AJCC癌症分期手册(第八版)》^[3]。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[4]中水肿病“脾肾阳虚证”中医辨证标准,并结合本科室对术后积液的临床经验,拟定“阳虚水停型”中医辨证标准。主证:术区水肿,触之有波动感;神疲乏力,畏寒肢冷。次证:面色苍白或青黑;倦

怠嗜卧;口淡不渴,纳呆食少;尿清便溏。舌脉:舌质淡白,舌面水滑,舌体胖嫩;脉沉微。凡具备主证及1项次证,结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 符合原发性乳腺癌西医诊断标准及阳虚水停型中医辨证标准,且均行乳腺癌改良根治术;年龄20~70岁,均为女性;术前未行新辅助治疗(包括化疗、放疗、内分泌治疗);自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 术后出现伤口大出血者;术后出现恶病质者;对治疗药物成分过敏者;存在意识障碍、精神病、重型抑郁症及认知功能明显下降者。

2 治疗方法

2.1 对照组 术后于术区接负压引流管引流并用弹力带加压包扎,每日进行无菌换药。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用中药汤剂自拟温阳利水方。方药组成:黄芪30 g,党参15 g,白术6 g,茯苓12 g,南沙参15 g,肉苁蓉12 g,巴戟天12 g,淫羊藿18 g,石见穿15 g,莪术15 g,枸杞子15 g,桂枝6 g,泽泻12 g,猪苓15 g。中药汤剂由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科提供。每剂中药浓缩为200 mL,分2袋装,每袋100 mL。每日1剂,分早晚2次服用,术后第1天开始服用,连服7 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 术后积液引流量 手术翌日为术后第1天,记录2组患者术后7 d积液引流量。

3.1.2 术后积液引流时间 以引流管留置时间作为术后引流时间。引流量小于5 mL时拔出,由有经验临床医生判断拔管时机并记录拔管时间。

3.1.3 术后皮下积液不良事件发生情况 术后第5天引流量仍大于30 mL/24 h或引流管拔除后第2天手术区皮下触之有波动感且连续2 d抽出液体量大于20 mL时,即认为出现皮下积液不良事件^[5]。

3.1.4 术后切口感染不良事件发生情况 术后切口出现渗液,周围皮肤发红,即认为出现切口感染不良事件。

3.2 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行统计学分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)描述,服从正态分布采用两独立样本t检验;不服从正态分布采用M(P_{25}, P_{75})描述,使用非参数u检验。计数资料用率表示,采用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者术后积液引流量比较 见表1。

3.3.2 2组患者术后积液引流时间比较 对照组术后积液引流时间为(10.28 ± 3.05) d,治疗组术后积液引流时间为(9.86 ± 2.87) d,治疗组术后积液引流时间明显少于对照组($P < 0.05$)。

表1 治疗组与对照组术后积液引流量比较[M(P_{25}, P_{75})] 单位:mL

组别	例数	第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	总引流量($\bar{x} \pm s$)
治疗组	36	100 (66, 120)	75 (60, 98)	65 (50, 80)	37 (20, 50)*	30 (11, 40)*	25 (10, 38)*	18 (5, 29)*	354.33 ± 132.20*
对照组	36	100 (65, 128)	72 (56, 107)	65 (45, 97)	60 (36, 78)	47 (25, 60)	40 (15, 63)	35 (10, 50)	435.91 ± 176.32

注:与对照组同期比较,* $P < 0.05$ 。

3.3.3 2组患者术后皮下积液不良事件发生情况比较 见表2。

表2 治疗组与对照组术后皮下积液不良事件发生情况比较 单位:例

组别	例数	有	无	发生率/%
治疗组	36	18	18	50.00*
对照组	36	28	8	77.78

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3.3.4 2组患者术后切口感染不良事件发生情况比较 见表3。

表3 治疗组与对照组术后切口感染不良事件发生情况比较 单位:例

组别	例数	有	无	发生率/%
治疗组	36	2	34	5.56*
对照组	36	9	27	25.00

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

4 讨论

乳腺癌改良手术过程中会破坏大量腋窝淋巴管、小血管以及乳腺脂肪组织,因此积液形成原因与术后淋巴液的漏出、脂肪组织的液化以及创面的渗出有关^[6]。目前西医防治积液的方法主要包括改进引流方式、改进手术方法以及使用止血类药物,但在疗效方面具有争议性。中医药治疗作为乳腺癌术后综合治疗的重要部分,对防治乳腺癌改良根治术后积液及改善临床症状有较好的效果。

乳腺癌改良根治术后皮下积液可归属于中医学“水肿”范畴,“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”(《素问·经脉别论》),积液的形成与肺的通调、脾的运化、肾的开合失常密切相关。乳腺癌患者常情志不畅,易致肝郁,肝木克脾土,脾虚痰凝,日久及肾,致肾阳亏虚;术后脾肾阳虚,气血亏损,易水液积聚。“凡水肿等证,乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴,故其本在肾”(《景岳全书·肿胀》),水肿病的关键在于肾,治疗原则应为温肾阳而健脾运。五苓散是治疗水肿的经典方剂。

乳癌术后方是治疗乳腺癌术后的效方^[7],功善温肾健脾,在预防乳腺癌复发转移方面疗效确切^[8-9]。本研究在五苓散和乳癌术后方两方基础上创制温阳利水方,以针对性防治乳腺癌改良术后皮下积液。方中党参、黄芪益气健脾共为君药;肉苁蓉、巴戟天、淫羊藿补肾温阳,共为臣药;佐以桂枝温经通阳,白术健脾燥湿,茯苓利水渗湿,泽泻、猪苓利水消肿;石见穿清热解毒;莪术化痰散结;枸杞子、南沙参养阴生津,以制约温燥之性。药理学研究表明:党参乙醇提取物对金黄色葡萄球菌、大肠埃希氏菌等常见细菌具有较明显的抑制作用^[10];白术挥发油对多种细菌具有良好的抑菌作用^[11];白术中挥发油、粗糖组分及石油醚组分具有调节水液代谢作用^[12];茯苓皮的乙醇提取物具有显著利尿作用^[13],可起到利水渗湿功效。诸药合用,标本兼顾,共奏温肾健脾、利水渗湿之功,能促进术后积液吸收,减少积液形成,降低切口感染等风险。

术后引流量可作为术后皮下积液严重程度的客观依据,根据每天引流量的多少可直接反映每天皮下积液量,连续观察每天积液量的变化可以反映皮下积液转归情况。术后引流时间可作为术后皮下积液病程长短的主要依据,根据引流时间的差异可间接反映皮下积液的严重程度。术后引流量与术后引流时间两项观察指标有助于监测皮下积液的病情变化及预后。

本研究结果表明,与单纯使用加压引流法相比,加用温阳利水方能明显减少阳虚水停型乳腺癌改良根治术后患者积液量,降低皮下积液及切口感染不良事件发生率。下一步拟采集患者术后积液做生化分析,确定积液性质及成分变化,以探索温阳利水方减少术后积液的分子作用机制。

参考文献

- [1] 师金,梁迪,李道娟,等.全球女性乳腺癌流行情况研究[J].中国肿瘤,2017,26(9):683.

- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.乳腺癌诊疗规范(2018年版)[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2019,5(3):70.
- [3] GIULIANO A E, EDGE S B, HORTOBAGYI G N. Eighth edition of the AJCC cancer staging manual: breast cancer[J].Ann Surg Oncol,2018,25(7):1783.
- [4] 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,1994:25.
- [5] TEJLER G, ASPEGREN K. Complications and hospital stay after surgery for breast cancer: a prospective study of 385 patients[J].Br J Surg,1985,72(7):542.
- [6] 朱辉琴.浅论行乳腺癌根治术的患者发生术后皮下积液的原因及治疗方法[J].当代医药论坛,2017,15(22):157.
- [7] 陆德铭.陆德铭学术经验撷英[M].上海:上海中医药大学出版社,2010,7(1):52.
- [8] 刘胜,赵婧,刘佳,等.乳腺癌术后对乳腺癌术后5年复发转移率的影响[J].中西医结合学报,2008,6(10):1000.
- [9] 薛晓红,江科,李琼,等.乳腺癌患者治疗前后血清VEGF动态变化及乳腺癌术后的干预作用[J].上海中医药杂志,2011,45(6):46.
- [10] 段琦梅,梁宗锁,杨东风,等.黄芪、党参乙醇提取物抗菌活性研究[J].中成药,2012,34(11):2220.
- [11] 张雪青,邵邻相,吴文才,等.白术挥发油抑菌及抗肿瘤作用研究[J].浙江师范大学学报(自然科学版),2016,39(4):436.
- [12] 陈静,李斌,孙云超,等.白术对脾虚水湿内停大鼠的利尿药效物质研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(10):2210.
- [13] 田婷,陈华,殷璐,等.茯苓和茯苓皮水和乙醇提取物的利尿作用及其活性成分的分离鉴定[J].中国药理学与毒理学杂志,2014,28(1):57.

第一作者:陈宗鑫(1995—),男,硕士研究生在读,住院医师,中医外科乳腺病方向。

通讯作者:薛晓红,博士,主任医师,硕士研究生导师。xiaohong_xue@126.com

收稿日期:2020-09-22

编辑:蔡强

文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定,本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下:(1)专著或期刊中析出文献的页码或引文页码,应采用阿拉伯数字著录,引自序言或扉页题词的页码,可按实际情况著录(例:钱学森.创建系统学[M].2版.太原:山西科学技术出版社,2001:序2.);(2)阅读型参考文献的页码著录文章的起始页,引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源;引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如:将谈勇等发表在本刊2015年第1期第1—4页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时,页码著录为“1”;作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时,著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站(www.jstem.cn)首页下载专区。