

四子散外敷配合物理疗法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿

钟少文 方 琛 孙 杨 许 锐

(广东省中医院乳腺科, 广州, 510120)

摘要 目的: 观察四子散外敷配合物理治疗对乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者的临床疗效。方法: 将 76 例乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者分为 2 组, 治疗组(四子散外敷联合物理治疗)36 例和对照组(单纯物理治疗)40 例, 测量并记录治疗前后患肢臂围及患肢疼痛程度, 对 2 组患者的临床治疗效果对比。结果: 治疗组总有效率高于对照组, 且差异有统计学意义($P=0.041$), 2 组疼痛缓解有效率对比无差异, 但疼痛缓解时间治疗组优于对照组, 且差异有统计学意义($P=0.017$)。结论: 四子散外敷联合物理治疗对乳腺癌术后上肢淋巴水肿具有较好的临床疗效。

关键词 乳腺癌; 上肢淋巴水肿; 四子散; 中医疗法

External Application of Sizi Powder Combined with Physiotherapy in the Treatment of Upper-limb Lymphedema after Breast Cancer Surgery

Zhong Shaowen, Fang Chen, Sun Yang, Xu Rui

(Guangdong Hospital of TCM, Guangzhou 510120, China)

Abstract Objective: To evaluate the efficacy of the external application of Sizi powder combined with physiotherapy in the treatment of upper-limb lymphedema after breast cancer surgery. **Methods:** 76 patients with upper limb lymphedema after breast cancer surgery were randomly divided into control group (36 cases) and experiment group (40 cases). Patients in control group received physical therapy (limb massage, function exercise, pressure pump treatment, etc.) while experiment group received external application of Sizi powder as well as physiotherapy. The arm circumference and the pain degree of limb were measured and recorded. **Results:** Effective rate of experiment group was higher than control group, and the result had significant statistical difference ($P=0.041$). The pain relief clinical effectiveness compared to no difference in the 2 groups, but the pain in experiment group was alleviated faster than control group, the result also had significant statistical difference ($P=0.017$). **Conclusion:** The external application of Sizi powder combined with physiotherapy in the treatment of upper-limb lymphedema after breast cancer surgery had better clinical curative effect.

Key Words Breast Cancer; Upper-limb lymphedema; Sizi powder; TCM therapy

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.08.026

上肢淋巴水肿作为乳腺癌术后常见并发症, 可以说是乳腺癌治疗中最疑难及让人恐惧的并发症, 文献报道其发生率为 8% ~ 94%。淋巴水肿大多发生在治疗后 18 个月内, 可引起肩关节活动受限、肢体乏力等上肢功能障碍, 麻木、疼痛等感觉异常, 严重影响美观及日常生活^[1]。现代医学认为它是一种很难治疗的、逐渐进展的、损伤外形并致残的疾病, 给患者带来了极大的痛苦。我院自 2011 年 6 月至 2013 年 1 月我院运用四子散外敷配合综合物理治疗方法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者 36 例, 疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取了 2011 年 6 月至 2013 年 1 月本院乳腺科门诊或住院部共 76 例乳腺癌术后患肢淋巴水肿患者, 随机分为治疗组 36 例, 对照组 40 例, 76 例患者均为女性, 治疗组年龄 38 ~ 80 岁, 平均年

龄为 (53.3 ± 9.3) 岁, 对照组年龄 40 ~ 73 岁, 平均年龄为 (54.1 ± 7.1) 岁; 治疗组平均淋巴结转移数目为 (2.3 ± 3.8) 枚, 对照组平均淋巴结转移数目为 (1.8 ± 2.3) 枚; 治疗组平均病程为 (34.9 ± 26.6) d, 对照组平均病程为 (33.2 ± 36.7) d, 2 组患者年龄、淋巴结转移数目、病程等一般资料分布相近, 2 组具有可比性 ($P > 0.05$)。76 例患者中, 均曾行患侧腋下淋巴结清扫术, 其中治疗组行乳腺癌改良根治术 27 例, 保乳术 9 例, 对照组改良根治术 30 例, 保乳术 10 例; 治疗组术后接受放疗 13 例, 对照组 12 例; 治疗组中, 患肢与日常优势肢体相符 15 例, 对照组相符 17 例; 2 组患者术式、术后放疗、日常优势肢体等方面具有可比性 ($P > 0.05$)。治疗前对患者水肿程度进行分级^[2], 轻度水肿为患肢与健肢周径相差 3 cm 以下, 水肿范围只局限于上臂近端或前臂或手掌部位; 中度水肿为患肢与健肢周径相

差 3 ~ 6 cm, 水肿的范围影响到整个上肢, 包括前臂和手背; 重度水肿为患肢与健肢周径相差 6 cm 以上, 皮肤硬韧, 水肿波及整个上肢包括手指, 使患者整个上臂和肩关节活动严重受限, 2 组患者治疗前水肿程度差异无统计学意义 (见表 1), 2 组具有可比性 ($P > 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前水肿程度比较[例(%)]

组别	治疗组	对照组
例数	36	40
轻度水肿	24(66.7)	24(60.0)
中度水肿	11(30.6)	13(32.5)
重度水肿	1(2.8)	3(7.5)

注: $P = 0.685 > 0.05$ 。

1.2 纳入标准及排除标准

1.2.1 纳入标准 1) 可手术乳腺癌术后出现上肢水肿患者: 主诉有患肢肿胀、酸痛、沉重等不适感, 且测量发现患肢较健侧肿胀增粗 (>0.2 cm) 者; 2) 局部辩证属于阴肿患者 (患肢肿胀, 皮色苍白无泽, 按之软韧可有凹陷, 局部肤色不红、皮温不高, 伴有或不伴疼痛); 3) Karnofsky 评分大于 60 分, 依从性好的患者。

1.2.2 排除标准 1) 患肢诊断为急性淋巴管炎的患者, 伴有白细胞升高等急性感染征象; 2) 有远处转移的 IV 期乳腺癌患者; 3) Karnofsky 评分小于 60 分, 有严重器质性疾病, 随访困难, 依从性差的患者; 4) 术后腋下肿瘤组织残留或术后肿瘤复发转移压迫造成上肢水肿患者。

1.3 研究方法

1.3.1 治疗方法 治疗组采用中医治疗与物理治疗相结合, 中医治疗以“四子散”热敷疗法为主, 以白芥子、苏子、莱菔子、吴茱萸各 120 g, 加热至 40 ~ 50 ℃ 左右, 布包后热敷患肢 1 ~ 2 次/d, 30 min/次, 四子散性温, 芳香化浊, 温通行气以助消肿, 同时配合物理治疗, 包括: 抬高患肢、手法按摩、功能锻炼、弹力袖套、肢体气压治疗仪等相结合^[3]; 对照组主要采取物理治疗法, 方法同治疗组, 2 组治疗时间均为 4 周。

1.3.2 观察指标 治疗前后患侧上肢周径、健侧上肢周径 (用软尺在鹰嘴上下各 10 cm 处测臂围) 及治疗前后自觉症状, 主要以肢体疼痛程度为主要观察指标, 以四周为一疗程, 每周均对自觉疼痛程度及水肿程度的改善二方面进行一次评价, 共 4 次。

1.3.3 疗效评价 患肢水肿改善程度^[4]: 治疗后患肢周径与治疗前患肢周径对比, 并计算有效指数 (若水肿波及整个上肢时分别计算上臂有效指数及前臂有效指数, 并取均值作为整体有效指数)。有效指数大于

90% 为显效, 有效指数 10% ~ 90% 为有效, 有效指数小于 10% 为无效。有效指数 = (治疗前患肢臂 - 治疗后患肢臂围) / (治疗前患肢臂围 - 治疗前健之臂围) × 100%; 患肢疼痛缓解程度: 对治疗前患肢疼痛程度进行评级, 0 级为不痛, 1 级为间歇痛, 可不用药, 2 级为持续痛, 影响休息, 需用止痛药, 3 级为持续痛伴血压、脉搏等变化。治疗后疼痛缓解 1 个级别或以上, 为有效, 并记录疼痛完全缓解时间; 疼痛无缓解或加重, 为无效。

1.4 统计学方法 所有数据用 SPSS 13.0 统计软件进行处理。基线比较计数资料用 t 检验, 计量资料用卡方检验, 患肢有效指数组间比较采用非参数秩和检验, 疼痛缓解程度组间比较用卡方检验, 疼痛缓解时间组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 患肢水肿改善程度 经过 1 个疗程 (4 周) 治疗后, 治疗组显效 14 例, 有效 21 例, 无效 1 例, 显效率为 38.9%, 总有效率 (显效 + 有效) 为 97.2%, 对照组显效 7 例, 有效 31 例, 无效 2 例, 显效率为 17.5%, 总有效率为 95%, 2 组总有效率差异有统计学意义 ($P = 0.041$), 见表 2。

表 2 治疗组及对照组对乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者疗效比较[例(%)]

组别	治疗组	对照组
例数	36	40
显效	14(38.9)	7(17.5)
有效	21(58.3)	31(77.5)
无效	1(2.8)	2(5.0)

注: $P = 0.041 < 0.05$ 。

2.2 患肢疼痛缓解程度 76 例上肢水肿的患者中, 有 36 例合并有患肢疼痛不适, 疼痛程度均评级为 1 级, 其中治疗组合并患肢疼痛有 22 例, 对照组 14 例, 治疗前 2 组疼痛程度及例数具有可比性 ($P > 0.05$)。经过 1 个疗程治疗后, 36 例患者肢体疼痛均能完全缓解, 有效率为 100%, 2 组有效率差异有统计学意义。但平均缓解时间 2 组存在差异, 治疗组比对照组优越, 且差异有统计学意义 ($P = 0.017 < 0.05$), 见表 3。

表 3 治疗组及对照组对患肢疼痛缓解时间比较

组别	治疗组	对照组
例数	22	14
平均缓解时间(d)	7.68	13.14
标准差	4.224	7.070

注: $P = 0.017 < 0.05$ 。

3 讨论

上肢淋巴水肿是乳腺癌腋窝淋巴结清除术后常见

的并发症,主要由淋巴回流障碍引起,其可能的机制为:由于腋窝淋巴的清扫切断了上肢的淋巴同流通路,使上肢的淋巴不能充分引流,导致上肢淋巴液中的蛋白浓度增高,滤过压增加,由于血浆蛋白减少,使液体渗透压降低;同时,毛细血管渗透压增加,所以可出现程度不等的上肢水肿,随后上肢组织出现纤维化及炎症的淋巴水肿^[5]。目前研究表明,其发病因素与手术方式、腋窝淋巴结清扫、术后放疗、年龄、体重指数、术侧为优势肢体、高血压病史、患肢感染与损伤相关^[6-7]。

现代医学对本病的治疗主要分为非手术疗法及手术疗法,非手术疗法主要是物理治疗以及药物治疗,物理治疗包括手法按摩、功能锻炼、肢体气压治疗仪、微波治疗等^[8-9],治疗效果已得到临床医师的广泛认同,并倾向联合使用以增加疗效。药物治疗方面,目前无针对淋巴水肿的有效治疗药物,有报道苯吡啶和香豆素类药物能增强淋巴水肿肢体组织间液中巨噬细胞的吞噬活性,诱导蛋白降解,对肢体淋巴水肿有一定作用。苯吡喃酮类药物治疗淋巴水肿,效果不稳定,且具有肝脏毒性,仅作为辅助用药。亦有报道运用爱脉朗^[10](微粒化、纯化的黄酮提取物)、复方地奥司明联合 β -七叶皂苷钠^[11]、干扰素^[12]治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿有一定作用,但其疗效均尚需进一步研究。在保守治疗无效时,可考虑外科手术治疗,外科手术大致可分为病变组织切除(传统手术切除,负压抽吸)、旁路引流手术(静脉-淋巴管吻合、淋巴管移植、自体静脉代替淋巴管移植、皮瓣引流、网膜引流、淋巴结移植、自体骨髓干细胞移植)两种^[13],但手术治疗费用高,创伤大,并发症多,远期疗效差,患者接受度低,常需要高精密度的手术技术及操作,极大地限制了其使用范围。由于现代医学在上肢淋巴水肿的治疗上的有限性,中医药便成为了治疗上肢淋巴水肿的新思路及新方法。

上肢淋巴水肿在中医学中属于“水肿”范畴,其成因为手术治疗损伤脉络,耗气伤血,致气虚不能推动血行,水湿停聚,湿聚而成痰,瘀阻脉络而成肿胀。水湿停聚进一步使得脉络阻塞,阻碍气血的运行,如此恶性循环,水肿经久不退,日渐加重^[14],故表现为患肢肿胀,皮色苍白无泽,按之软韧可有凹陷,局部皮温不高,等阴肿之征。目前中药内治法以疏肝通络、益气活血利水等方法辨证施治为主^[15-16]。四子散由苏子、莱菔子、吴茱萸、白芥子组成,皆为辛温之药,苏子具有降气

化痰之效,莱菔子善于除胀降气化痰,吴茱萸可散寒止痛,健脾理气散浊,白芥子功于理气散结、通络止痛,尤善治“皮里膜外之痰”,四药合用,共奏温经通络,行气化痰之功,以推动气血运行,祛瘀通脉兼以化痰,起到消肿缓痛之功效。本研究中四子散外敷联合物理治疗对上肢水肿比单纯应用物理治疗有更好的临床疗效,且用法简便,价格低廉,对改善患肢疼痛也具有较快的缓解效果,临床值得推广。

参考文献

- [1] Sandra C. Hayes, Karin Johansson, Nicole L. Stout, et al. Upper - Body Morbidity After Breast Cancer[J]. Cancer, 2012, 118(8 suppl): 2237 - 2249.
- [2] 李树玲. 乳腺肿瘤学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 422 - 693.
- [3] 李喆, 葛海燕. 乳腺癌根治术后上肢淋巴水肿的研究进展[J]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2012, 6(2): 50 - 54.
- [4] 金军, 张董晓. 益气活血利水法治疗乳腺癌术后上肢水肿临床分析[J]. 中医药学刊, 2005, 23(8): 152.
- [5] Meesk KA, Sullivan - Halley J, Smith AW, et al. Risk factors for arm lymphedema following breast cancer diagnosis in black women and white women[J]. Breast Cancer Res Treat, 2009, 113: 383 - 391.
- [6] 王玲, 李惠萍, 王本忠. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿危险因素的研究现状[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2012, 19(13): 1036 - 1040.
- [7] Diaconu C, Livadariu RM, Dogaru C. The Risk of Lymphedema after Breast Cancer Surgical Treatment[J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2012, Oct - Dec, 116(4): 1081 - 6.
- [8] 严梅. 乳腺癌术后淋巴水肿非手术治疗进展[J]. 当代护士(专科版), 2011, 32(4): 3 - 5.
- [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, 2011, 32(4): 70 - 71.
- [10] 柴凡, 梁燕, 姜军. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿的治疗进展[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2009, 3(3): 329 - 337.
- [11] 蒋改明. 复方地奥司明联合 β -七叶皂苷钠治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(4): 341 - 342.
- [12] 刘大海, 杜建时, 韩冬梅, 等. 干扰素在老年乳腺癌术后患侧上肢淋巴水肿综合治疗中的作用[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(3): 610 - 611.
- [13] 李先慧, 郭树忠. 淋巴水肿外科治疗方法及新进展[J]. 中国美容医学, 2009, 18(6): 876 - 878.
- [14] 李良. 林毅教授治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿经验[J]. 四川中医, 2009, 27(11): 11 - 13.
- [15] 高魁, 王笑民, 杨国旺, 等. 疏肝通络中药配合理气治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(8): 63 - 64.
- [16] 高媛洁. 邓鹤鸣教授应用血府逐瘀汤治疗乳腺癌术后患肢水肿经验[J]. 河北中医, 2011, 33(10): 1451 - 1452.

(2013 - 05 - 30 收稿)