

# 中医辨证治疗乳腺癌术后淋巴水肿 25 例

孙海芳 赵占强 宋立峰

**【摘要】 目的** 观察中医辨证治疗在乳腺癌术后淋巴水肿中的疗效及安全性。**方法** 将 50 例乳腺癌术后淋巴水肿患者随机数字表法分为中医辨证治疗组 and 对照组各 25 例。对照组给予呋塞米片 20 mg 口服,每天 1 次,中医辨证治疗组在口服呋塞米片基础上加中医辨证治疗。中医辨证分为气虚血瘀证和脾虚湿蕴证,自拟汤剂口服。治疗 3 周后,通过测量左右臂臂围差值、疼痛程度评价临床疗效,观察不良反应。**结果** 两组治疗后水肿程度显著降低( $P<0.05$ ),治疗组水肿减轻程度显著优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后左右臂臂围差值显著下降( $P<0.05$ ),治疗组左右臂臂围差值显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后 VAS 评分显著降低( $P<0.05$ ),治疗组 VAS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗组总有效率(96.00%)显著高于对照组(68.00%),差异有统计学意义( $P<0.05$ );患者治疗过程中均未出现明显不良反应。**结论** 中医辨证治疗乳腺癌术后淋巴水肿临床疗效确切。

**【关键词】** 乳腺癌; 中医辨证; 淋巴水肿

**【中图分类号】** R737.9 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.11.022

---

作者单位: 056001 邯郸市中医院肛肠科

作者简介: 孙海芳(1968-),本科,副主任护师。研究方向: 中医外科护理的临床研究。E-mail:375201229@qq.com

通讯作者: 宋立峰(1971-),本科,副主任中医师。研究方向: 中医外科疾病的临床研究。E-mail:15128005887@163.com

乳腺癌是女性中最常见的恶性肿瘤之一,手术疗效肯定,因乳腺癌腋窝淋巴结清除手术破坏淋巴网引起高蛋白液体回流受阻,术后的并发症包括术后淋巴水肿和水肿引起的疼痛给患者带来较大的痛苦,这也是乳腺癌术后康复治疗的难点<sup>[1]</sup>。现代医学对症治疗,可应用的干预手段有限,疗效不尽如人意。现采用中医辨证治疗乳腺癌术后淋巴水肿,取

得了较好的疗效。

1 对象与方法

1.1 对象

选择本院 2012 年 1 月至 2015 年 12 月乳腺癌腋窝淋巴结清除手术患者 50 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 25 例。治疗组年龄 31 ~ 69 岁,平均 (38.12±4.75) 岁;病程 20 ~ 73 天,平均 (45.14±9.84) 天,中医辨证分型可分为气虚血瘀型 16 例,脾虚湿蕴型 9 例。对照组年龄 30 ~ 67 岁,平均 (38.51±4.36) 岁;病程 24 ~ 71 天,平均 (45.32±9.19) 天,中医辨证分型可分为气虚血瘀型 18 例,脾虚湿蕴型 7 例。两组患者年龄、病程、中医证型对比差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准

符合《内科肿瘤学》中相关诊断标准<sup>[2]</sup>。根据患者水肿的程度可分为:(1)轻度,患肢上臂周径比健侧上肢增粗不足 3 cm,水肿仅限于上臂近端;(2)中度,患肢上臂周径比健侧上肢增粗  $\geq 3$  cm 但  $< 6$  cm,水肿延伸至前臂或手背;(3)重度,患肢上臂周径比健侧上肢增粗  $\geq 6$  cm,水肿蔓延整个上肢,严重影响肩关节活动。

符合《中药新药临床研究指导原则》中相关诊断标准<sup>[3]</sup>:气虚血瘀型临床主要表现为疲乏懒言、面色萎黄、声低气短,患肢肿胀呈黯紫色,麻木发凉,舌暗红或淡紫,苔薄白,脉沉涩无力;脾虚湿蕴型,临床表现疲倦乏力面色淡白或萎黄,排便无力,大便稀溏,患肢肿胀苍白,按之有凹陷,舌淡,苔薄白,脉沉细。

1.3 纳入标准

(1)全部患者均顺利进行乳腺癌根治术,手术效果良好,预计生存期不低于 3 个月。(2)患者自愿签订知情同意书。(3)手术后病理学检测确诊为乳腺癌。

1.4 排除标准

(1)由于其他病变引起的水肿;(2)肿瘤细胞转移者;(3)依从性差或精神异常者;(4)发生严重不良反应者;(5)患肢皮肤溃烂者。

1.5 分组与治疗

治疗组气虚血瘀证:黄芪 15 g、当归 15 g、丹参 12 g、茯苓 12 g、桃仁 8 g、鸡血藤 15 g、桑枝 8 g、丝瓜络 5 g、冬瓜皮 10 g。治疗组脾虚湿蕴证:党参 10 g、茯苓 10 g、白术 10 g、猪苓 10 g、冬瓜皮 10 g、桑枝 8 g、丝瓜络 10 g、虎杖 8 g。血瘀较严重加丹参 12 g;气阴虚较甚加西洋参 6 g;湿肿较重加苍术 8 g、泽泻 10 g。对照组:呋塞米片 20 mg 口服,每天 1 次。两组患者治疗 3 周后评价疗效。

1.6 疗效标准

参考《中药新药临床研究指导原则》中的疗效标准拟定:(1)优良,患者治疗后患肢上臂周径与健侧上肢相近,水肿消退达到 100%。(2)良好,患者治疗后水肿明显消退,周径缩小  $\geq 50\%$ 。(3)有效,患者治疗后水肿有所消退,周径缩小  $< 50\%$ 。(4)无效,患者治疗后水肿无明显改善,甚至病

情加重。总有效率=优良率+显效率+有效率。

1.7 观察项目

于治疗前后,采用周长测量法测量患肢与健肢鹰嘴上 10 cm 的周径长度,左右臂臂围差值=患肢鹰嘴上 10 cm 周径-健肢鹰嘴上 10 cm 周径;采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者治疗前后疼痛程度变化;观察并记录治疗过程中疼痛变化情况。

1.8 统计学处理

本研究数据均运用统计学软件 SPSS 18.0 进行处理,周长测量和疼痛模拟评分作为计量资料,经检验符合正态分布,以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表达,组间用  $t$  检验,总有效率作为计数资料采用百分率表示,行卡方检验; $P<0.05$  时,差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患肢水肿程度

两组治疗前左右臂臂围差值对比差异无统计学意义 ( $P<0.05$ );两组治疗后左右臂臂围差值显著下降 ( $P<0.05$ );治疗组治疗后左右臂臂围差值显著低于对照组治疗后,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。两组治疗前水肿程度对比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );两组治疗后水肿中重度率显著降低 ( $\chi^2 = 25.920, 8.210, P<0.05$ );治疗组水肿减轻程度显著优于对照组,差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.196, P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组治疗前后左右臂臂围差值变化情况对比 (cm)

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	25	1.81±0.45	0.57±0.19
对照组	25	1.75±0.51	1.02±0.26

表 2 两组治疗前后水肿程度变化

分组	例数	无	轻度	中度	重度	中重度率 (%)
治疗组						
治疗前	25	0	3	9	13	88.00
治疗后	25	14	8	3	0	12.00 <sup>a</sup>
对照组						
治疗前	25	0	5	8	12	80.00
治疗后	25	6	10	9	0	36.00

注:与对照组治疗后对比,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

2.2 疼痛程度

两组治疗前 VAS 评分对比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );两组治疗后 VAS 评分显著降低 ( $P<0.05$ ),治疗组治疗后 VAS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

2.3 临床疗效评价

治疗组总有效率 (96.00%) 显著高于对照组 (68.00%),经  $\chi^2$  检验,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

表 3 两组治疗前后 VAS 评分对比

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	25	1.92±0.61	0.63±0.20
对照组	25	1.87±0.59	1.31±0.34

表 4 两组疗效对比

分组	例数	优良	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	25	11	8	5	1	96.00
对照组	25	4	7	6	8	68.00

2.4 不良反应

患者治疗过程中均未出现明显不良反应。

3 讨论

3.1 水肿的评估

淋巴水肿的发病一般是术后 3 个月至 3 年,一旦淋巴回流受阻或中断,就会引起富含蛋白质的淋巴液滞留在组织间隙<sup>[4]</sup>。乳腺癌患者手术加上腋窝淋巴结清除以及术后的放疗都可以导致腋窝淋巴引流通路阻断,大量富含蛋白质的淋巴液滞留在组织间隙,致使血管内外胶体渗透压梯度降低,不能对抗毛细血管的滤过,大量液体进入组织间隙并导致患侧上肢水肿<sup>[5]</sup>。另外,手术创伤和术后腋窝瘢痕造成腋静脉明显狭窄,成为上肢水肿发生和发展的促进因素。

3.2 中医辨证治疗的优势

中医理论认为,淋巴结水肿属于中医“水肿”“脉痹”的范畴,主要病机为手术导致机体血脉、经络瘀滞,造成气血运行不畅,加之术后放疗进一步损伤元气,血运推行无力,久病则血瘀、痰凝、水湿,气血两虚,阴阳失调,津液滞留则发为水肿<sup>[7]</sup>。在中医整体观念及辨证论治的指导下,对不同证型的淋巴结水肿患者进行辨证治疗。根据淋巴结水肿的病机,采用疏肝理气、活血化瘀为治疗首选<sup>[6]</sup>。

3.3 研究方向

张咏梅等<sup>[7]</sup>认为,乳腺癌术后淋巴结水肿的病机可概括为虚、瘀、湿,治疗的原则为利水消肿,补气通络,活血化瘀,因此采用活血通络汤浸浴及熏蒸,以达到疏通活络、清热解毒、祛风除湿的功效,总有效率达到 84%,显著高于仅采用西医治疗的对照组 65%。

董晓萱等<sup>[8]</sup>研究表明,该症是由于手术损伤气血脉络,气虚则血行不畅,水湿瘀滞,瘀阻脉络发为水肿,同时引起脉络不通,加重气血运行不畅,形成恶性循环,水肿日渐加重。根据虚、热、湿、瘀的轻重主次,将该症可分为气虚血瘀型、脾虚湿蕴型、脾肾两虚型、湿热壅盛型,分别进行辨证施治,效果更佳。姜晓玲等<sup>[9]</sup>认为,该症属于本虚标实证,气虚为本,湿热瘀滞为标,当采用活血化瘀补气,利水消肿以标本兼

治,同时注重健脾和胃以助水湿运化。患者放疗治疗时伴有热毒、瘀血等损伤,应加以清热解毒。本研究将乳腺癌术后淋巴结水肿分为脾虚湿蕴型与气虚血瘀型两个大类,分别给予自拟中药方剂辨证治疗,对于脾虚湿蕴型,方中党参是中医经典补益药,善健脾益肺,补中益气;白术健脾益气,利水燥湿;猪苓与白术合用,加强利水燥湿的功效;虎仗善于清热利湿;桑枝能消肿利水,祛风通络;冬瓜皮善利水消肿;丝瓜络助茯苓渗湿利水。全方合用,共奏健脾益气,利水燥湿的功效<sup>[10]</sup>。对于气虚血瘀型,方中黄芪为补气要药,能益气固表,利水消肿;当归能活血化瘀,通经活络;茯苓能健脾和胃,渗湿利水;丹参、桃仁能舒筋活络,活血化瘀。全方合用,共奏健脾益气,活血化瘀,利水消肿的功效<sup>[11]</sup>。

本研究结果显示,两组治疗后水肿程度均显著改善,治疗组的改善程度显著优于对照组,治疗组治疗后疼痛改善程度及总有效率均显著优于对照组。结果表明,中医辨证疗法能显著提高常规西医治疗乳腺癌术后淋巴水肿的疗效。综上所述,中医辨证治疗乳腺癌术后淋巴水肿的疗效确切,能显著改善患者水肿状态,减轻患者疼痛,且治疗安全可靠,值得临床推广运用。

参 考 文 献

[1] 陈波,贾实,张文海,等. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿的危险因素分析[J]. 中国医科大学学报,2012,41(7):637-641.

[2] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:674.

[3] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:215.

[4] 黄关立,吕世旭,郝儒田,等. 乳腺癌病人上肢淋巴水肿的多因素分析[J]. 外科理论与实践,2011,16(1):39-41.

[5] 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):201-208.

[6] 谢玉环,郭旗,刘风华,等. 乳腺癌相关上肢淋巴水肿危险因素荟萃分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2014,23(2):93-97.

[7] 张咏梅,计芬琴,杜晶晶,等. 清热消肿汤为主治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿观察[J]. 浙江中医杂志,2013,48(1):48.

[8] 董晓萱,李骐含,解世洋,等. 乳腺癌继发性淋巴水肿中西医结合因解析及不同治疗方法比较[J]. 亚太传统医药,2011,7(9):157-158.

[9] 姜晓玲,史增友,王晓静,等. 中药组方治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿 40 例疗效观察[J]. 河北中医,2013,7(12):1795-1796.

[10] 孙韬,沈洋. 乳腺癌相关上肢淋巴水肿的中西医结合治疗进展(1)[J]. 中国康复理论与实践,2013,6(5):461-464.

[11] 张晓琳,杨丹. 自拟消肿汤治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的临床观察[J]. 云南中医中药杂志,2015,36(10):40-41.

(收稿日期: 2015-10-22)

(本文编辑: 董历华)