

手法淋巴引流护理缓解乳腺癌术后患者淋巴水肿 与腋网综合征的效果分析

郎琰珂¹ (通讯作者) 白晶心² 张海霞²

1.喀什地区第一人民医院微创介入科 新疆 喀什 844000

2.喀什地区第一人民医院肿瘤内科 新疆 喀什 844000

【摘要】：目的：分析乳腺癌术后手法淋巴引流护理的作用。方法：纳入2022.7-2023.12本院收治78例乳腺癌手术患者，随机数字表下纳入两组，对照组(n=39)常规护理、观察组(n=39)增加手法淋巴引流护理；统计指标：淋巴水肿程度、AWS发生率、疼痛程度、上肢功能、生存质量。结果：淋巴水肿程度：轻度发生率，观察组较对照组高(P<0.05)；重度发生率，观察组较对照组低(P<0.05)。干预1、3个月AWS发生率，均观察组较对照组低(P<0.05)。疼痛程度(NRS)、上肢功能(DASH)评分：干预前无差异(P>0.05)；干预1个月，均观察组较对照组低(P<0.05)。生存质量(FACT-B)评分：干预前无差异(P>0.05)；干预1个月，观察组较对照组高(P<0.05)。结论：乳腺癌术后手法淋巴引流护理可减轻患者术后淋巴水肿及疼痛程度，降低AWS发生率，改善患者上肢功能与生存质量，可推广实施。

【关键词】：手法淋巴引流护理；乳腺癌；淋巴水肿；腋网综合征；生存质量

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.019

乳腺癌临床高发，是对女性生命健康损害严重的恶性肿瘤疾病之一。目前临床针对该病以改良根治术为首选术式，其可有效改善患者临床症状，延长其生存期，改善预后；但该术式也会严重损害患者淋巴系统，大部分患者术后可伴随术侧上肢淋巴水肿、腋网综合征(axillary web syndrome, AWS)，以术侧水肿、上肢疼痛、高热、肩关节活动受限、麻木、寒战等为主要表现^[1]。相关临床研究显示，通过积极开展功能锻炼，可在一定程度上降低淋巴水肿、AWS发生风险，但干预效果有限，并不十分理想^[2]。现有临床研究发现，乳腺癌术后手法淋巴引流护理干预，有助于加快淋巴细胞间淋巴液流动速度，可促进淋巴回流，能够在一定程度上防范淋巴水肿发生，降低AWS发生率^[3]。鉴于此，本研究主要以我院78例乳腺癌手术患者(2022.7-2023.12)为例，分析实施手法淋巴引流护理的临床价值。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2022.7-2023.12本院收治78例乳腺癌手术患者，随机数字表下纳入两组，对照组(n=39)、观察组(n=39)，均为女性。其中，对照组年龄25-61岁，均值(45.26±5.12)岁；临床分期为I期、II期分别18例、21例。观察组年龄25-61岁，均值(45.26±5.12)岁；临床分期为I期、II期分别17例、22例。两组基线统计，无差异(P>0.05)。此研究已经医学

伦理核准。

纳入标准：①病理确诊；②符合手术指征；③首次行乳腺癌手术；④术后淋巴水肿、AWS均为手术所致；⑤均行淋巴结清扫术(患侧)；⑥入组前知情；⑦病例资料无缺失。

排除标准：①其他原因引发淋巴水肿疾病；②肿瘤转移；③重要脏器功能障碍；④合并其他部位恶性肿瘤；⑤凝血障碍；⑥免疫系统疾病；⑦合并认知或精神障碍。

1.2 方法

对照组：常规护理。(1)常规宣教，介绍乳腺癌、手术、术后淋巴水肿预防、自我护理相关知识。(2)监护患者体征与病情变化，遵医嘱指导用药。(3)常规拆线、引流护理。(4)指导患者术后早期上肢功能(术侧)锻炼，术后体征稳定、意识清醒后，协助患侧上肢抬高，放松上肢肌肉，做小幅度指、腕、肘关节活动，以免以患肢支撑身体起床；下床活动中，将患肢以吊带托起固定于胸前。拔除引流管后，指导肩、指、腕、手关节主动活动，进行摸肩膀、摸耳朵等活动。(5)拆线后，循序渐进地加大肩关节活动度，按摩肩、腋窝组织；指导上举、外展、旋转肩关节活动。指导患者日常多使用患肢活动，如洗脸、刷牙、梳头等，鼓励患者适当参与有氧活动，如散步、打太极等，需禁止做剧烈活动，禁止患侧提重物、输液、采血、测血压等。

第一作者(兼通讯)：郎琰珂(1989-10)，女，本科，主管护士，研究方向：肿瘤护理、淋巴水肿治疗。

基金项目：喀什地区第一人民医院护理科研专项基金资助项目(KDYY-HL-2022-04)。

观察组：上述基础上增加手法淋巴引流护理。专科护士指导患者及家属操作。（1）开通淋巴通路：放松身体，操作人员以大/小鱼际肌或并拢食、中、环指，旋转按摩浅表淋巴结，控制压力约 25mmHg。淋巴结区按摩顺序：颈（耳前耳后—颈部）—锁骨—腋窝—肩—肘窝—胸—背—腹股沟。（2）淋巴引流：手掌沿浅表淋巴管走行，按照远-近的顺序推进（行环状、旋转、勺状按摩）。按摩顺序：切口下侧-同侧腹股沟区；胸部切口上侧-对侧腋窝、锁骨下；上臂内侧后-外侧，达背部腋窝或同侧腹股沟区；上臂内侧前-外侧、延伸至锁骨上；手背、手掌、手臂、腋窝区-上臂外侧区。（3）瘢痕舒缓：由切口上方对瘢痕组织进行按摩，对腋窝、胸部淋巴结进行轻柔按摩，促进结缔组织舒缓，使淋巴回流阻碍解除。（4）手法指导：术前 1d，专科护理人员示范指导，评估患者与家属掌握情况，至患者与家属完全正确掌握。术日，患者尚处麻醉状态，由护理人员或家属徒手淋巴引流，实施时间 15-20min，实施间隔 8h。术后 1d，鼓励患者自行操作，若患者精神状态欠佳，仍由护理人员或家属辅助。3 次/d，15-20min/次。（5）注意事项：手法护理中，做好皮肤清洁，避免皮肤破损。避免用刺激性洗护产品或用力揉搓皮肤；腋窝、肘等褶皱处皮肤注意清洁，并以电动剃须刀妥善刮除腋毛，避免损伤皮肤。结束手法护理后，对患侧乳房进行妥善包扎（辅助聚酯棉衬垫、管状绷带、低弹力绷带等），合理控制包扎松紧度，以包扎后可容纳 1 指为宜。

1.3 观察指标

（1）淋巴水肿程度及 AWS 发生率：评价标准如下：淋巴水肿：①轻度：术侧最明显水肿部位对比健侧周径差<3cm，水肿部位以上臂近端为主；②中度：周径差 3-6cm，水肿部位波及整个上肢；③重度：周径差>6cm，水肿部位波及整个上肢、肩关节；统计两组淋巴水肿程度。AWS：以突发上肢疼痛，外展肩关节疼痛加剧（活动受限），且首次出现皮下明显可触摸的放射状条索结构（出现部位：腋窝至上臂内侧、肘窝、前臂），统计干预 1、3 个月时 AWS 发生率。

（2）疼痛程度及上肢功能：疼痛数字评分法（numerical rating scale，NRS）、上肢功能评定量表（disabilities of the arm, shoulder and hand，DASH）评价；评估时间为干预前、干预 1 个月后；评分标准：NRS 0-10 分，评分越低越好；DASH 百分制，评分越低越好。

（3）生存质量：乳腺癌患者生存质量测定量表（functional assessment of cancer therapy-breast，FACT-B）；评估时间为干预前、干预 1 个月后；评分标准：涉及条目 36 个，正向条目 0-4 分/条、反向条目-4-0 分/条。包含四个共性模块：生理、情感、功能及社会/家庭状况，分别包含条目 7、6、7、7 个；一个特异模块[附加模块]（条目 9 个）。所有维度均评分越高越好。

1.4 统计学方法

软件版本 SPSS 25.0。计量数据（疼痛程度、上肢功能、生存质量等），（ $\bar{x}\pm s$ ）表述，t 检验；计数数据（淋巴水肿程度、AWS 发生率等），%表述， χ^2 检验；数据差异统计， $P<0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 淋巴水肿程度及 AWS 发生率

淋巴水肿程度，中度发生率对比无差异（ $P>0.05$ ）；轻度发生率对比，观察组更高（ $P<0.05$ ）；重度发生率对比，观察组更低（ $P<0.05$ ）。干预 1、3 个月 AWS 发生率对比，均观察组更低（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 淋巴水肿程度及 AWS 发生率（%）

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	39	39		
淋巴水肿程度	轻度	16(41.03)	26(66.67)	5.159 0.023
	中度	14(35.90)	11(28.21)	0.530 0.467
	重度	9(23.08)	2(5.13)	5.186 0.023
AWS 发生率	干预 1 个月	7(17.95)	1(2.56)	5.014 0.025
	干预 3 个月	9(23.08)	2(5.13)	5.186 0.023

2.2 疼痛程度及上肢功能

干预前对比无差异（ $P>0.05$ ）；干预 1 个月，均观察组较对照组低（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表 2 疼痛程度及上肢功能（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	39	39		
NRS	干预前	7.12±0.55 7.09±0.57	0.237	0.814
	干预 1 个月	4.12±1.16 1.78±0.36	12.032	<0.001
DASH	干预前	81.55±3.26 81.46±3.57	0.116	0.908
	干预 1 个月	49.06±6.17 35.46±5.12	10.593	<0.001

2.3 生存质量

干预前对比无差异（ $P>0.05$ ）；干预 1 个月，观察组较对照组高（ $P<0.05$ ）。见表 3：

表 3 生存质量（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	39	39		

生理状况	干预前	12.56±2.33	12.35±2.15	0.414	0.680
	干预1个月	14.15±2.16	17.02±3.11	4.733	<0.001
情感状况	干预前	11.26±2.15	11.31±2.06	0.105	0.917
	干预1个月	12.65±2.13	14.89±2.02	4.765	<0.001
功能状况	干预前	15.16±3.57	14.95±3.06	0.279	0.781
	干预1个月	16.59±3.15	19.02±3.11	3.428	0.001
社会/家庭状况	干预前	13.26±1.59	13.31±1.74	0.132	0.895
	干预1个月	16.18±3.02	19.22±3.16	4.343	<0.001
附加模块	干预前	21.24±2.15	21.30±2.44	0.115	0.909
	干预1个月	23.59±2.07	24.98±2.16	2.902	0.005

3 讨论

针对早期乳腺癌，临床以乳腺癌改良根治术+腋窝淋巴结清扫术为常用治疗术式，其可有效清除病变组织，改善患者临床症状，延长患者生存期^[4]。但该手术方案也会对清扫区淋巴管造成一定损伤，引发上肢淋巴回流障碍，导致周围组织间隙不断有淋巴液聚集，进而引发淋巴水肿、AWS等一系列并发症，导致患者出现上肢肿胀、功能受限等不良症状。

当前临床针对淋巴水肿、AWS并无特异性疗法，以肢体功能锻炼或加压治疗为主，以此促进组织修复，淋巴静脉管重建，进而促进淋巴液回流、再通，以减轻水肿、患肢疼痛等症

状。但单纯肢体功能锻炼、加压治疗等作用有限，尽管可促进淋巴循环及淋巴液回流，但难以改善已存在的淤滞淋巴管，患肢纤维化肿胀、组织间隙蛋白液积聚等问题也难以得到解决。手法淋巴引流护理则为当前临床常用乳腺癌术后淋巴水肿、AWS预防措施，通过手法干预，可促使淋巴通路开通，促进淋巴液回流，改善淋巴循环，进而减轻淋巴水肿程度，防范AWS发生^[5]。本研究中，观察组淋巴水肿程度明显轻于对照组，AWS发生率明显低于对照组；且观察组NRS评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。分析可见，手法淋巴引流干预可开通淋巴通路，能够促进淋巴液排出，促进淋巴良性循环形成，进而发挥良好消肿作用，减轻患者患侧上肢疼痛感，缓解其生理不适。同时，另外，手法干预下，先按摩淋巴水肿肢体附近具备正常功能的淋巴管，可改善淋巴回流；而后行远心端-近心端方向的按摩，可有效减轻淋巴水肿程度，改善淋巴液淤积情况，降低AWS发生率。

另外，本研究中，观察组DASH评分低于对照组，FACT-B评分高于对照组（ $P<0.05$ ），提示手法淋巴引流护理可改善患者上肢功能，提升其生存质量。分析可见，手法护理可促进患者上肢血液及临床循环，有助于减轻其上肢肿胀、疼痛程度，进而改善患者上肢功能；同时，其可促进腋窝瘢痕舒缓，加速淋巴液吸收，可促进患者肩功能恢复，改善患者生活自理能力，提升其生存质量。

综上，将手法淋巴引流护理用于乳腺癌术后可减轻患者术后淋巴水肿及疼痛程度，防范AWS发生，改善患者上肢功能，提升其生存质量，值得推广。

参考文献：

- [1] 邢乃芳,王国蓉,杨婧,等.乳腺癌相关淋巴水肿手法康复治疗的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2023,58(21):2589-2597.
- [2] 刘惠,杨金丽,陈莺之.手法淋巴引流预防不同部位淋巴水肿的研究进展[J].全科护理,2023,21(19):2627-2630.
- [3] 孙波.气压泵联合手法引流在乳腺癌患者术后患侧上肢淋巴水肿的疗效[J].当代临床医刊,2022,35(5):64-65.
- [4] 林菊英,曾纪莲,林美红,等.手法淋巴引流联合上肢功能锻炼在预防乳腺癌术后上肢淋巴水肿中的应用[J].中国医药科学,2022,12(19):165-168+192.
- [5] 马忠丽,罗明丽,范慧娟,等.以手功能康复理念为指导的手法淋巴引流对患者乳腺癌术后淋巴水肿的影响[J].河南医学研究,2022,31(22):4144-4147.