

规范乳腺癌术后上肢淋巴水肿的诊治流程*

贾 杰^{1,2}

乳腺癌术后相关水肿(breast cancer-related lymphedema, BCRL)是乳腺癌根治术后最常见的并发症。据调查其发生率可高达16.6%(95%置信区间为13.6%—20.2%)^[1],其引起的病理改变一般是不可逆的,带来的危害包括:①患肢肿胀增粗、组织纤维化和脂肪沉积,导致肢体畸形,晚期可致残;②易发淋巴管及周围组织炎症(丹毒和蜂窝组织炎),严重时可能危及生命;③合并静脉疾病的淋巴水肿,晚期可能形成难以治疗的溃疡;④长期慢性淋巴水肿可能导致恶性病变,如淋巴管/血管内皮肉瘤^[2]。淋巴水肿是进行性发展的疾病,最初发生时充分休息后可自行消退,疾病随着病程延长而难以得到理想的疗效,所以积极预防和早期诊断、治疗是关键。



贾杰教授

1 上肢淋巴水肿的一级预防

乳腺癌的主要治疗方法包括:手术切除肿瘤和腋窝淋巴结清扫及活检、术后辅助化疗、放射治疗、内分泌治疗、乳房重建等^[3]。乳腺癌术后上肢淋巴水肿是乳腺癌术后最常见的并发症。经研究发现,手术、放疗、化疗、体重指数、外伤、感染、个人生活习惯等因素与BCRL的发生相关^[4-5],而适当的运动则可以预防和减轻淋巴水肿^[6-7]。根据研究所的危险因素和保护因素对患者进行针对性预防宣教,以达到BCRL一级预防的目的。一级预防宣教需要与乳腺外科医护人员合作,宣教的内容包括淋巴水肿的表现、诱发淋巴水肿的危险因素、淋巴水肿的保护因素、定期进行臂围测量、发生淋巴水肿后需要及早到康复医学科进行正规治疗。

2 上肢淋巴水肿的诊断与评估

当乳腺癌术后患者发现上肢肿胀,进入康复医学科就诊时,首先需要排除肿瘤复发堵塞淋巴管、静脉血栓、严重心功能不全、肾源性水肿、急性淋巴管炎等情况。明确BCRL诊断后需要对患者进行康复治疗前评估。可结合患者病史、体征,以及血管超声、心脏超声,必要时MRI、CT、肌电图等检查来帮助明确诊断。

评估内容包括病史收集、大体状况、皮肤状况、臂围、生物电阻抗分析(bioimpedance spectroscopy, BIS)、图像记录、心理压力自评以及生活影响程度自评。

2.1 病史收集

BCRL患者的病史收集主要包括肿瘤治疗、随访病史、家族史、外伤、感染病史、水肿发生发展情况,以及就诊前针对水肿的治疗史。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.04.001

*基金项目:上海市卫生计生系统重要薄弱学科建设“上海市康复医学学科建设及区域人才培养”项目(2015ZB040)

1 复旦大学附属华山医院,上海市,200040; 2 上海市静安区中心医院

作者简介:贾杰,女,教授,博士研究生导师,主任医师; 收稿日期:2018-01-24

2.2 大体状况

包括患者的身高、体重、BMI、精神状态、发病以来体重变化、疼痛评分等。体重可作为严重水肿患者疗效评估内容之一。根据研究结果显示^[4,8-9],BMI>25是BCRL的独立危险因素。

2.3 皮肤状况评价

皮肤状况评价包括皮肤完整性、色素沉着情况、皮肤颜色、皮温、湿度、皮肤质地、毛发指甲的营养状态、Pitting征、Stemmer征、皮肤触痛、皮肤感觉等。关于皮肤状况的检查,可以判断水肿的严重程度。

2.4 臂围测量

臂围测量的方法是以尺骨茎突为起点,分别在尺骨茎突以上10cm、20cm、30cm、40cm共5个测量点。该方法简便易行,而且准确度高。肿胀侧比健侧在任意测量点的臂围>2cm或3cm即可诊断为水肿^[10-11]。

2.5 生物电阻抗分析

该仪器通过分析细胞外液的含量,来判断水肿的程度^[12]。操作简单易行且敏感度高,在肢体围度变化不明显时,就能够检测出细胞外液含量改变,可发现隐匿性淋巴水肿。可用于水肿筛查、诊断和疗效判断^[13]。但对于局部水肿,进行全上臂BIS监测则敏感性下降,而且对于晚期脂肪沉积和纤维化的患者,BIS不能有效反映水肿程度以及治疗后改变。

2.6 照片拍摄记录

对患者双上肢进行拍摄照片对比,可以留下直观病情记录。拍照记录需要观察的内容包括骨性标记、肌肉线条、皮下静脉、皮肤状况等。

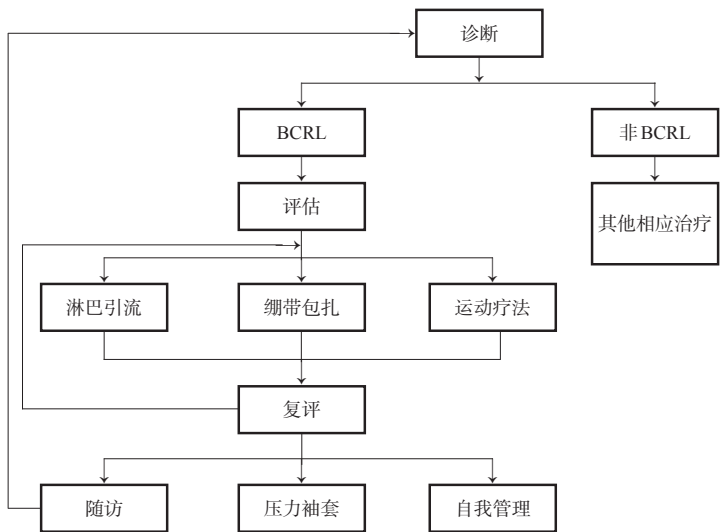
2.7 心理压力自评和生活受影响程度自评

该项检查模拟疼痛数字评分法(numeric rating scales,NRS)疼痛自评方法,用0—10代表水肿对患者带来的不同程度的心理压力/生活质量受损,0分为无精神压力或无生活质量受损,10分为精神非常痛苦或生活质量因淋巴水肿严重下降,这项自评内容可以从患者个人的角度来评价淋巴水肿带来的精神压力,以及淋巴水肿对患者生活质量损害的程度。在治疗前后对比分数变化可以评价水肿减轻对心理健康和生活质量的改善。

3 上肢淋巴水肿的康复流程

BCRL的治疗目前主要以淋巴引流手法治疗(manual lymphatic drainage,MLD)、绷带加压包扎治疗、运动疗法为主。见图1。

图1 上肢淋巴水肿的康复流程图



3.1 淋巴引流治疗

淋巴引流技术是一种按摩技术^[14-15],它基于淋巴系统的解剖,通过轻柔抚摸浅表淋巴结及淋巴管,激活淋巴通路,并沿着淋巴引流方向在皮肤上轻柔移动,增加淋巴管与淋巴结的重吸收功能,并引流淋巴液绕过被破坏的淋巴通路至患侧健存或者健侧的淋巴通路,最终引流至胸导管,回到循环系统。淋巴引流技术可以有效促进淋巴回流,减少组织间液聚集,但引流效果维持时间较短,可以使用绷带加压包扎来维持和增强治疗效果。但当患者伴有急性淋巴管炎时,需要足量足疗程抗感染治疗后接受淋巴引流治疗。

3.2 弹力绷带包扎治疗

弹力绷带包扎治疗的作用机制主要是通过给予外加压力来升高组织间压力,减少主血液在毛细血管渗出生成组织液,并促进组织液回流至毛细静脉及淋巴管,从而减少组织液的聚积^[16]。可作为单独治疗,也可在患者做完淋巴引流之后包扎,以维持和增强治疗效果。绷带包扎要求给予从远端到近端递减的压力,从而使淋巴液由远心端向近心端引流。当患者在产生肌肉运动时,因所使用的绷带延展性较低,形变小,可将肌肉收缩运动对绷带产生的力反作用于深部组织,进一步增加组织间隙压力,促进静脉系统和淋巴系统对组织液的重吸收,所以在绷带包扎之后,鼓励患者进行适当的上肢运动,以增加消除水肿的效果。因淋巴引流绷带包扎所给予压力较低,长时间使用不会影响血液循环,安全性高很高^[17],通常要求一次包扎保持20h以上。包扎后需要注意观察肢体末端血运情况,如果出现血运变差,可以首先活动被包扎肢体,不能好转则需要解开绷带。初次包扎可给予较小压力,当患者适应加压包扎之后,增加至正常治疗压力。

3.3 运动疗法

目前已有多项研究证明,循序渐进的抗阻训练,可以预防和减轻淋巴水肿^[6-7]。而给予有氧运动可以增加患者心肺功能,改善患者疲劳感和情绪障碍^[18]。给予患者较小剂量的上肢运动训练,也能够帮助部分肩关节活动受限的患者恢复关节活动度。

4 上肢淋巴水肿的家庭康复与管理

经过治疗以及反复评估,患者水肿消退或达到稳定状态即可回归家庭。可通过佩戴压力衣、患者自我管理、随访管理,来预防再次发生水肿和水肿继续加重。

自我淋巴引流是在患者住院期间对患者进行简单的淋巴回流知识教育,并指导自我淋巴引流手法,使患者在离开医院后能够继续进行自我康复训练。家庭运动疗法,主要包括循序渐进的上肢抗阻训练,中小量的有氧运动,力争把住院期间的运动治疗延续到家庭。危险因素管理包括在患者住院治疗期间给予充分的BCRL危险因素及保护因素宣教,使患者在回归家庭后可以主动规避风险,避免淋巴水肿再次发生和加重。

患者可通过佩戴定制压力衣来维持住院的治疗效果,预防淋巴水肿的再次发生和加重。压力衣给予肢体从远端向近端递减的压力梯度,治疗原理与弹力绷带相似。

延续性护理包括由医院为患者制定的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导^[19],是一种从医院到家庭的、节省医疗资源的延伸式的康复护理^[20]。随访管理也是延续性护理的内容之一,因为BCRL是一种慢性疾病,在患者离开医院后,给予随访管理可以督促和及时了解患者疾病情况。主要通过定期电话随访模式,对患者出院后状况进行了解,并给予康复训练进行指导。也可以对患者进行定期门诊随访,进行淋巴水肿情况评估。

5 小结

乳腺癌术后上肢淋巴水肿是慢性不可治愈的疾病,患者群庞大,淋巴水肿对患者身体、心理均产生不良影响,医务工作者以及患者均应该重视早期诊断和治疗,以期达到较好的治疗效果,使患者长期保持无症状生活状态,实现真正的“治愈乳腺癌”。

参考文献

- [1] DiSipio T, Rye S, Newman B, et al. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. The Lancet Oncology, 2013, 14(6):500—515.
- [2] 刘宁飞. 淋巴水肿—诊断与治疗[M]. 北京: 科学出版社, 2014. 23—24.
- [3] Morrell RM, Halyard MY, Schild SE, et al. Breast cancer related lymphedema[J]. Mayo Clin Proc, 2005, 80:1480—1484.
- [4] Kilbreath SL, Refshauge KM, Beith JM, et al. Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: A large prospective cohort[J]. Breast, 2016, 28:29—36.
- [5] Li CZ, Zhang P, Li RW, et al. Axillary lymph node dissection versus sentinel lymph node biopsy alone for early breast cancer with sentinel node metastasis: A meta-analysis[J]. European Journal of Surgical Oncology, 2015, 41(8):958.
- [6] Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB, et al. Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema: a randomized trial[J]. JAMA, 2010, 304(24):2699—2705.
- [7] Cheema BS, Kilbreath SL, Fahey PP, et al. Safety and efficacy of progressive resistance training in breast cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Breast Cancer Res Treat, 2014, 148(2):249—268.
- [8] 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, 28(7):637—641.
- [9] Helyer LK, Varnic M, Le LW, et al. Obesity is a risk factor for developing postoperative lymphedema in breast cancer patients[J]. Breast Journal, 2010, 16(1):48—54.
- [10] Armer JM, Stewart BR. A comparison of four diagnostic criteria for lymphedema in a post-breast cancer population[J]. Lymphat Res Biol, 2005, 3(4):208—217.
- [11] Bernas MJ, Askew RL, Armer JM, et al. Lymphedema: How do we diagnose and reduce the risk of this dreaded complication of breast cancer treatment?[J]. Current Breast Cancer Reports, 2010, 2(1):53—58.
- [12] Ward LC, Czerniec S, Kilbreath SL. Quantitative bioimpedance spectroscopy for the assessment of lymphoedema[J]. Breast Cancer Res Treat, 2009, 117(3):541—547.
- [13] Cornish B. Bioimpedance analysis: scientific background [J]. Lymphat Res Biol, 2006, 4(1): 47—50.
- [14] Huang TW, Tseng SH, Lin CC, et al. Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. World J Surg Oncol, 2013;11:15.
- [15] Shao Y, Zhong DS. Manual lymphatic drainage for breast cancer-related lymphoedema[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2017, 26(5):1—5.
- [16] Johansson K, Albertsson M, Ingvar C, et al. Effect of compression bandage with or without manual lymph drainage in patients with postoperative arm lymphedema[J]. Lymphology, 1999, 32(3):103—110.
- [17] Rucigaj TP, Huljev D. The role of short-stretch bandage in therapy of lymphedema[J]. Acta Med Croatica, 2012, 66(Suppl 1):49-51.
- [18] Jones LW, Liang Y, Pituskin EN, et al. Effect of exercise training on peak oxygen consumption in patients with cancer: a meta-analysis[J]. Oncologist, 2011, 16(1):112—120.
- [19] Zeitei C, Yenchun L, Yutzu D. The problems of family caregiving among discharged patients in first month[J]. Nursing Research-Taipei, 1999, 7(5):423—434.
- [20] 俞桃英. 护士对出院患者实施电话随访的体会[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(3):246—247.

2018年北京大学第一医院举办全国培训班通知 常见关节肌肉伤病的康复评定和康复治疗技术学习班 ——腰部疾患的循证预防与康复[国家级继续教育项目:2018-16-00-034(国)]

北京大学第一医院康复医学科将在2018年6月20—23日举办第11届常见关节肌肉伤病的康复评定和康复治疗技术学习班。本届学习班将在循证医学基础上结合现代化康复手段,以全新的腰痛康复理念和实用的康复技术为学员呈现一场腰痛康复盛宴。学习班将注重临床理论与实践相结合,强调实用性。学习班特别邀请最新专著《腰部疾患:循证预防与康复》中文版的三位主编,北京大学第一医院王宁华主任、北京医院顾新主任和中日友好医院谢欲晓主任携主要译者亲自授课;还特别邀请曾任台湾仁爱医院院长、台湾神经肌肉整合系统康复技术规范化疗体系创始人的黄文成教授来京授课,将悬吊技术整合在课程中。

学习班学费3000元(包含最新译著《腰部疾患:循证预防与康复》1本)。提供午餐,其他食宿、交通费用自理。5月31日前报名可享受早鸟价2600元。考核合格者授予国家级继续教育I类学分6分。限额50人,先报先得。

报名方式:微信扫描以下二维码直接在线报名。

咨询电话:010-83572455或010-83575162。



报名二维码