

- [5] 黄利山. 运动员伤病防护与体能训练科学保障应用指南[M]. 合肥: 安徽文化音像出版社, 2003: 819-821.
- [6] 梁锋, 阴小龙. 骨愈灵胶囊配合热敷散治疗胫骨疲劳性骨膜炎[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(7): 14.
- [7] 董晓敏, 吴立红, 孙清华, 等. 经皮穴位电刺激足三里抗运动性疲劳的临床研究[J]. 浙江中医杂志, 2008, 43(6): 353-354.
- [8] 莫永豪. 温针灸治疗膝骨性关节炎的临床疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [9] 高振华. 推拿温针灸结合功能锻炼治疗腰椎间盘突出症患者 86 例临床疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(10): 1217-1218.
- [10] 杨晓勇. 针罐法治疗定向越野运动员胫腓骨骨膜炎 30 例[J]. 江西中医药, 2017, 48(2): 54-55.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)

大黄芒硝外敷治疗妇科恶性肿瘤患者淋巴结切除术 后淋巴囊肿临床研究

郑婧, 王燕, 王晓黎

甘肃省妇幼保健院, 甘肃 兰州 730050

[摘要] 目的: 观察大黄芒硝外敷在妇科恶性肿瘤患者淋巴结切除术后淋巴囊肿中的治疗效果及安全性。方法: 选取 82 例淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者, 随机分为对照组与研究组各 41 例。对照组采取超声介入治疗, 术后采取常规预防感染干预, 研究组在对照组基础上采取大黄芒硝外敷, 持续治疗 14 天。疗程结束后统计 2 组临床疗效, 记录患者的总置管时间、囊肿消退时间、盆腔积液量、不良反应发生率, 并于治疗后进行随访, 统计 2 组淋巴囊肿复发率。结果: 研究组总有效率 95.12%, 对照组总有效率 80.49%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 研究组总置管时间、囊肿消退时间均短于对照组, 盆腔积液量少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。研究组不良反应发生率 9.76%, 对照组不良反应发生率 4.88%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 3 月、6 月, 研究组淋巴囊肿复发率分别为 0 和 2.44%, 对照组淋巴囊肿复发率分别为 4.88% 和 7.32%, 组间比较均无明显差异 ($P > 0.05$)。结论: 常规治疗基础上采取大黄芒硝外敷对淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者实施干预, 可有效缩短囊肿消退时间及置管时间, 减少盆腔积液量, 且不良反应发生率较低, 还可减少淋巴囊肿复发, 利于改善预后。

[关键词] 恶性肿瘤; 妇科; 淋巴结切除术; 淋巴囊肿; 大黄芒硝外敷; 疗效; 不良反应

[中图分类号] R730.56

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 08-0157-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.047

Clinical Study on External Application of Rhubarb and Mirabilite for Lymphocyst in Patients with Gynecologic Malignant Tumor After Lymphadenectomy

ZHENG Jing, WANG Yan, WANG Xiaoli

Abstract: **Objective:** To observe the curative effect and safety of the external application of rhubarb and mirabilite for lymphocyst in patients with gynecologic malignant tumor after lymphadenectomy. **Methods:** Selected 82 cases of patients with gynecologic malignant tumor in whom lymphocyst occurred after lymphadenectomy, and divided them into the control group and the study group randomly, 41 cases in each group. The control group received interventional ultrasound treatment

[收稿日期] 2018-02-04

[作者简介] 郑婧 (1982-), 女, 医学硕士, 主治医师, 主要从事妇科临床工作。

and was given routine anti-infection intervention after operation, while the study group was additionally treated with external application of rhubarb and mirabilite based on the treatment of the control group. The treatment of the two groups lasted for 14 days. After treatment, evaluated the clinical effect of the two groups and recorded the total tube-detaining time, cyst-extinction time, volume of pelvic effusion and incidence of adverse reactions of patients. Moreover, followed up patients after treatment and calculated the recurrence rate of lymphocyst. **Results:** The total effective rate was 95.12% in the study group and was 80.49% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the total tube-detaining time and cyst-extinction time in the study group were shorter than those in the control group and the volume of pelvic effusion was less than that in the control group, differences being significant ($P < 0.01$). The incidence of adverse reactions in the study group was 9.76% and was 4.88% in the control group, there being no significance in the difference ($P > 0.05$). After treatment of three and six months, the recurrence rates of lymphocyst in the study group were 0 and 2.44% respectively, and those in the control group were 4.88% and 7.32% respectively, there being no significance in the difference ($P > 0.05$). **Conclusion:** Based on the routine treatment, the additional intervention of external application of rhubarb and mirabilite for lymphocyst in patients with gynecologic malignant tumor after lymphadenectomy can effectively shorten the cyst-extinction time and tube-detaining time, reduce the volume of pelvic effusion, decrease the recurrence of lymphocyst with low incidence of adverse reactions, which is beneficial to the improvement of the prognosis.

Keywords: Malignant tumor; Gynecology; Lymphadenectomy; Lymphocyst; External application of rhubarb and mirabilite; Curative effect; Adverse reaction

妇科恶性肿瘤是病死率较高的妇科疾病,根治性手术在妇科恶性肿瘤治疗中较常用,术中需对淋巴结进行切除、清扫,可取得一定效果,延长患者的生存期限。但相关研究表明,恶性肿瘤患者经淋巴结切除术后极易发生多种并发症,如静脉血栓、尿瘘、泌尿系统感染、尿潴留及淋巴囊肿等,其中淋巴囊肿较为常见,且危害较高^[1-2]。针对淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者,临床常采取超声介入对其进行治疗,具有创伤小、安全性高、机体功能康复较快等优势,取得了良好效果,但仍会发生多房性合并感染及其他不良反应,影响预后^[3]。随着临床对淋巴囊肿认知不断加深,发现中医药辅助治疗可减少超声介入治疗反复穿刺抽液所致感染的发生风险,且可有效缓解患者的临床症状,利于改善临床疗效^[4-5]。本研究选取本院收治的82例淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者,观察大黄芒硝外敷的治疗效果及安全性,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2014年1月—2017年3月收治的82例淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者,按照随机数字表法分为对照组与研究组各41例。对照组年龄(54.91 ± 11.04)岁;淋巴囊肿直径(6.56 ± 1.33)cm;癌病类型:子宫内膜癌14例,卵巢癌15例,宫颈癌12例;临床分期:I期24例,II期17例。研究组年龄(56.21 ± 10.37)岁;淋巴囊肿直径(6.31 ± 1.23)cm;癌病类型:子宫内膜癌16例,卵巢癌12例,宫颈癌13例;I期26例,II期15例。2组年龄、淋巴囊肿直径、癌病类型及临床分期等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①伴有不同程度下肢水肿、发热、腹胀、下腹痛等症状;②触诊发现下腹部存在椭圆形或圆形盆腔包块、压痛、有清晰边界,且张力较大,经B超检查可见液性暗区,内部存在均匀光点;③经本院医学伦理委员会审批通过,患者签署同意书。

1.3 排除标准 ①存在心、肝、肾等脏器重度病变者;②对研究药物有过敏史或过敏体质者;③存在神经系统病变者;④并发血液系统及自身免疫系统重度病变者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取超声介入治疗,设备选取Acuson 128 XP型超声诊断及18 G PTC穿刺针、经腹穿刺探头(调节频率至2.5~3.5 MHz)。常规超声检查明确囊液透声情况及囊肿体积、性质等,确定囊肿和周边组织脏器、血管间的关系,测定囊肿内径(包括横径、上下径及前后径),评估穿刺径路中是否分布有血管结构,确定最佳穿刺路径。实施局部麻醉,穿刺针插至囊腔中心,撤出针芯,以注射器进行囊液抽吸,送入导丝,撤出穿刺针,以9 F扩张鞘扩开皮肤与皮下组织,置入导管,回抽囊液,固定导管,彻底抽除囊液,囊腔内注入无水乙醇20~40 mL(若囊肿较大可注入60 mL),保留3 min后彻底抽出,反复清洗至无水乙醇较清晰,接引流袋行引流处理。约3天后拔管,术后常规静脉滴注奥硝唑(四川科伦药业公司)预防感染,每12 h滴注1次,每次0.5 g,共治疗2次。

2.2 研究组 在对照组基础上采取大黄芒硝外敷,取大黄、芒硝各50 g,研磨至粉末状,按照2:1比例调制为稀糊状后置入纱布袋内,加热至35℃,湿敷于肿块或疼痛处,每天2次,每次60 min,持续治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①对比分析2组临床疗效；②治疗后统计2组总置管时间、囊肿消退时间及盆腔积液量；③统计2组不良反应发生率；④治疗后进行3~6月随访，统计2组淋巴囊肿复发率。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[9] 显效：不良体征及临床症状消失，盆腔B超检查未见异常；有效：不良体征及临床症状改善，盆腔B超检查可见囊肿体积较治疗前缩小30%~50%；无效：不良体征及临床症状未见明显改善，盆腔B超检查可见囊肿体积较治疗前缩小<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。研究组总有效率95.12%，对照组总有效率80.49%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	41	26(63.41)	13(31.71)	2(4.88)	39(95.12) ^①
对照组	41	17(41.46)	16(39.02)	8(19.51)	33(80.49)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组总置管时间、囊肿消退时间及盆腔积液量比较 见表2。治疗后，研究组总置管时间、囊肿消退时间均短于对照组，盆腔积液量少于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组总置管时间、囊肿消退时间及盆腔积液量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	总置管时间(d)	囊肿消退时间(d)	盆腔积液量(mL)
研究组	41	3.07±0.39 ^①	6.42±1.71 ^①	161.26±11.62 ^①
对照组	41	5.28±0.56	9.57±2.03	215.23±22.18

与对照组比较，① $P < 0.01$

4.4 2组不良反应发生率比较 见表3。研究组不良反应发生率9.76%，对照组不良反应发生率4.88%，2组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	n	多房性合并感染	皮肤红色斑疹	皮肤瘙痒	总发生
研究组	41	0	1(2.44)	3(7.32)	4(9.76)
对照组	41	2(4.88)	0	0	2(4.88)

4.5 2组淋巴囊肿复发率比较 见表4。治疗后3月、6月，研究组淋巴囊肿复发率分别为0和2.44%，对照组淋巴囊肿复发率分别为4.88%和7.32%，组间比较均无明显差异($P > 0.05$)。

5 讨论

根治性手术为妇科治疗恶性肿瘤疾病的重要措施，但需切

表4 2组淋巴囊肿复发率比较 例(%)

组别	n	治疗后3月	治疗后6月
研究组	41	0	1(2.44)
对照组	41	2(4.88)	3(7.32)

除较多组织，手术创伤较大、用时较长，且淋巴结切除操作极易导致患者术后发生淋巴囊肿。国内外相关研究指出，恶性肿瘤淋巴结切除术后淋巴囊肿可增加患者身心负担，并引发一系列症状，较大体积淋巴囊肿可对周边组织造成压迫，引发静脉血栓、下肢水肿、肾积水及肠梗阻等，严重者可发生感染性休克、菌血症等，对疾病良好转归产生不利影响^[7-8]。

目前，临床较常用于治疗淋巴囊肿的措施为超声介入术，其主要是于囊腔内注入无水乙醇，囊内损伤毛细淋巴管内可出现严重瘢痕化及炎症反应，进而闭合淋巴管微小漏口及囊壁粘连。同时，可充分接触囊液中所有淋巴细胞，致使其快速退变、丧失活性，从而实现治疗目的。相关研究指出，超声介入术不仅能对囊肿穿刺及囊液抽取、药物注入整个过程予以实时监测，且可有效防止穿刺对囊肿周边血管与脏器造成损伤^[9-10]。但仅采取超声介入术治疗淋巴结切除术后淋巴囊肿也存在一定弊端，致使囊液抽吸不彻底，主要在于：①针尖超声定位不准确，探头未实时追踪针尖，抽吸混合液时针尖未处于操作者视野中；②穿刺针抽吸时，随着囊液抽出量增多及囊肿体积缩小，囊壁皱缩可造成针尖阻塞，导致囊液难以抽除干净；③囊肿缩小后，周边肠管会对囊肿进行回推，肠道内容物与气体可遮盖部分囊肿，致使超声难以明确被遮盖囊肿，影响抽吸治疗^[11-12]。曹培勇等^[13]研究结果表明，仅采取超声介入术治疗的宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿患者治疗有效率仅为75.51%，而加用大黄芒硝外敷者治疗有效率高达91.84%。本研究结果显示，研究组临床疗效优于对照组，且总置管时间、囊肿消退时间短于对照组，盆腔积液量少于对照组，表明在超声介入治疗基础上，加用大黄芒硝外敷可更有效地缩短囊肿消退时间，减少置管时间及盆腔积液量，进而提高治疗效果。

中医学认为，妇科恶性肿瘤一般为脏腑功能紊乱，冲任逆滞，以致瘀血、痰饮、湿浊阻滞胞脉，蓄之既久，则致搏结成块。此外，妇科恶性肿瘤经手术治疗后耗伤机体正气，元气大伤、气血两亏，且腹部手术可对经络血脉造成创伤，腹部为带脉、任脉、冲脉、足阳明胃经及足三阴经过之处，手术操作可损伤血络，离经之血留滞腹腔，瘀血壅郁，致使淋巴囊肿发病。本研究所用大黄具有良好祛瘀活血、解毒清热功效，有效成分主要为蒽醌类抗生素，抗菌谱较广；芒硝主要有效成分包括硫酸钠，具备消肿、止痛、消炎等功效。芒硝及大黄联用可经高渗作用将组织内多余水分吸除，外敷用药可改善局部血流，扩张毛细血管，改善微循环状态，促进吸收，以此促进囊肿消退。同时，关于大黄及芒硝联用功效，我国古籍中具有详细记录，如《濒湖集简方》载：“跌打损伤，瘀血流注或

发热者，二者等分调匀外涂，一宿黑变紫，次日紫变白。”陈华^[4]研究指出，外敷使用大黄芒硝可促进局部代谢，利于药物局部吸收，确保药物直达病灶，保证治疗更有效。此外，兰菁^[5]研究结果表明，采取大黄芒硝治疗后不会对淋巴囊肿患者肾功能及血常规等产生不利影响。本研究中，2组不良反应发生率比较无明显差异，且研究组疾病复发率较低，表明加用大黄芒硝外敷不仅有利于改善淋巴囊肿治疗效果，同时不会增加不良反应，安全性较高，有利于促使疾病良好转归。

综上所述，常规治疗基础上采取大黄芒硝外敷对淋巴结切除术后发生淋巴囊肿的妇科恶性肿瘤患者实施干预，可有效缩短囊肿消退时间及置管时间，减少盆腔积液量，提高治疗效果，且不良反应发生率较低，还可在一定程度上降低淋巴囊肿复发率，利于改善预后。由于本研究样本量选取较少，且随访时间较短，大黄芒硝外敷对淋巴囊肿患者远期预后效果的影响，仍需增加样本选取量、延长随访观察时间进一步探究。

[参考文献]

- [1] 何秀丽, 兰竹, 孔德娜, 等. 超声介入治疗妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿的疗效分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2013, 24(9): 668-669.
- [2] 张鸿慧, 张秦, 管群, 等. 盆腔淋巴结清扫术后淋巴囊肿研究进展[J]. 肿瘤学杂志, 2014, 20(1): 19-22.
- [3] Zahl Eriksson AG, Ducie J, Ali N, et al. Comparison of a sentinel lymph node and a selective lymphadenectomy algorithm in patients with endometrioid endometrial carcinoma and limited myometrial invasion[J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(3): 394-399.
- [4] 陆英华, 吴亦波, 王英男, 等. 散结消肿散治疗术后盆腔淋巴囊肿的临床研究[J]. 湖南师范大学学报: 医学版, 2015, 12(1): 24-26.
- [5] 韩璐, 芦艳丽, 谢群, 等. 微波联合中药灌肠治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿疗效观察[J]. 肿瘤学杂志, 2013, 19(1): 22-24.
- [6] 陈飞, 马苏美, 杨东红, 等. 妇科恶性肿瘤根治术后盆腔淋巴囊肿超声介入治疗的临床观察[J]. 临床超声医学杂志, 2013, 15(2): 118-120.
- [7] 张秦, 张鸿慧, 管群, 等. 妇科恶性肿瘤盆腔淋巴结清扫术中淋巴管结扎不同方式对术后淋巴囊肿形成的影响[J]. 肿瘤学杂志, 2014, 20(1): 15-18.
- [8] Turan T, Yilmaz SS, Hizli D, et al. A prospective evaluation of lymphatic dissemination in endometrial cancer: is it adequate to perform lymph node dissection up to the inferior mesenteric artery[J]. Int J Gynecol Cancer, 2011, 21(5): 864-869.
- [9] 金宏江, 周剑宇. 超声介入在妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿治疗中的价值[J]. 中国妇幼健康研究, 2014, 25(5): 831-833.
- [10] Courtneybrooks M, Scalici JM, Tellawi AR, et al. Para-aortic lymph node dissection for women with endometrial adenocarcinoma and intermediate to high-risk tumors: does it improve survival[J]. Int J Gynecol Cancer, 2014, 24(1): 91-96.
- [11] 胡晓霞. 李丽芸论治妇科恶性肿瘤根治术后淋巴囊肿经验拾萃[J]. 中医药导报, 2017, 23(8): 35-37.
- [12] 常琦, 张治宁. 310例宫颈癌根治术后并发盆腔淋巴囊肿的临床分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(1): 35-37.
- [13] 曹培勇, 周丽, 鲁娟, 等. 大黄芒硝外敷联合超声介入治疗宫颈癌术后盆腔淋巴囊肿疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(23): 2572-2574.
- [14] 陈华. 大黄联合芒硝外敷治疗宫颈癌术后并发淋巴囊肿的疗效观察[J]. 青海医药杂志, 2014, 44(7): 71-72.
- [15] 兰菁. 大黄芒硝外敷治疗宫颈癌根治术后淋巴囊肿的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(5): 74-76.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)