

中药溻渍联合红外线治疗下肢淋巴水肿1例

吴洪艳^{1,2}, 赵 钢^{1,2}, 钟雅楠^{1,2}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院周围血管病二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年3月19日; 录用日期: 2024年5月7日; 发布日期: 2024年5月14日

摘 要

文章主要介绍1例中药溻渍联合红外线治疗下肢淋巴水肿的病例, 给予基础治疗与中药溻渍联合红外线治疗, 通过评估肢体的周径来判断临床疗效, 最终使患者症状改善, 恢复健康, 并保持长期的稳定疗效, 为临床上类似的疾病提供一定的治疗思路与临床经验。

关键词

下肢淋巴水肿, 中药溻渍, 红外线治疗

A Case of Lower Limb Lymphedema Treated by Tattooing with Traditional Chinese Medicine Combined with Infrared Rays

Hongyan Wu^{1,2}, Gang Zhao^{1,2}, Yanan Zhong^{1,2}

¹The First Clinical Medical College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Second Department of Peripheral Vascular Disease, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Mar. 19th, 2024; accepted: May 7th, 2024; published: May 14th, 2024

Abstract

The article mainly introduces a case of lower limb lymphedema treated by tattooing with traditional Chinese medicine and infrared rays. Basic treatment and tattooing with traditional Chinese medicine combined with infrared rays were given to determine the clinical efficacy by evaluating the circumference of the limb, and the patient's symptoms were finally improved, health was restored, and the long-term and stable efficacy of the treatment was maintained, which provides certain treatment ideas and clinical experience for similar diseases in the clinic.

文章引用: 吴洪艳, 赵钢, 钟雅楠. 中药溻渍联合红外线治疗下肢淋巴水肿 1 例[J]. 中医学, 2024, 13(5): 907-911.
DOI: 10.12677/tcm.2024.135138

Keywords

Lower Limb Lymphoedema, Herbal Tattooing, Infrared Therapy

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

下肢淋巴水肿是由于先天或后天因素引起淋巴管数量减少、淋巴管收缩力减弱、淋巴液回流途径受阻即产生过多导致淋巴液滞留，而继发的一系列组织学改变[1]。西医学认为由于周围淋巴回流障碍，淋巴液滞留进入组织间隙而形成水肿[2]。可将此病归于中医学中“水肿”病的范畴，该病的病因主要为湿热瘀滞，下注脉络，致气机郁阻，血液运行不畅，留滞于局部；水湿外溢，出现患肢肿胀明显。目前对于淋巴水肿的治疗，西医主要为手术治疗和非手术治疗，手术治疗主要包括病变部位切除术、病变部位切除及皮瓣移植术、淋巴管-经脉吻合术等，手术治疗淋巴水肿属于开创性治疗，在短时间内改善淋巴回流，减轻淋巴水肿的现象，但是手术治疗可能会造成外科创伤、瘢痕挛缩、溃疡形成、淋巴渗漏等并发症[3]，而非手术治疗中综合消肿治疗(CDT)应用比较广泛[4]；但是 CDT 仅仅对早期有症状的淋巴水肿有效，对晚期下肢淋巴水肿的炎症反应和脂肪沉积效果并不明显[3]。

中医药治疗方法主要有针灸、中药及中医外治法以活血化瘀、利水消肿[3]。但目前无论是西医还是中医，对于淋巴水肿治疗的效果并不佳，大多数淋巴水肿并不能得到及时控制而发展为象皮肿[4]。而对比于其他治法，中医外治法的无创性更容易让患者接受，而且根据临床实践，中药湿渍加红外线治疗淋巴水肿效果良好。

2. 病例介绍

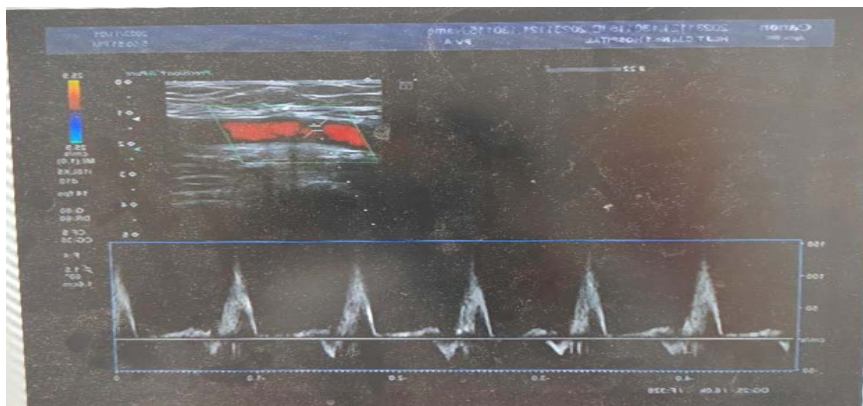


Figure 1. Lower extremity color doppler ultrasound

图 1. 下肢彩超图

患者，女，39 岁，无药物过敏史。该患者以“左下肢肿胀症状 2 月，加重 3 日”为主诉入院。患者自诉 2 月前左下肢无明显诱因出现肿胀症状，且伴有活动后肿胀感症状明显加重，尤以左足踝部为重，休息或抬高后肿胀症状略有好转，期间未经系统治疗，于 3 日前左下肢肿胀症状较前明显加重。查体：

入院时右下肢膝上 10 cm 周径、膝下 10 cm 周径以及踝部周径分别为 56 cm、40 cm 及 26.5 cm；左下肢膝上 10 cm 周径、膝下 10 cm 周径以及踝部周径分别为 55.8 cm、43 cm 及 32 cm，双下肢皮色尚可，皮温正常，双足背及胫后动脉搏动触及尚可。血常规、凝血功能、尿常规均未见明显异常；下肢血管超提示(如图 1)：双侧股总静脉瓣返流(轻度)，双下肢皮下软组织水肿增厚。患者舌红，苔黄腻，脉数，饮食尚可，睡眠佳，二便正常。

3. 治疗经过

患者入院后给注射用七叶皂苷钠消肿、磷酸川芎嗪改善微循环、硫酸奈替米星以抗菌消炎。予中药溻渍治疗以清热利湿、活血消肿，予以红外线照射治疗以抗炎消肿，促进回流。溻渍选用方药为：白鲜皮 20 g，赤芍 15 g，关黄柏，黄连片 15 g，黄芩片 15 g，马齿苋 20 g，栀子 15 g，芒硝 100 g，冰片 25 g；具体操作方药如下：将溻渍中药液放入开水中使之加热，后将中药液倒入容器中，将冰片与芒硝之比以 4:1 加入，并迅速搅匀；然后将两包纱布(一共 10 片)放入，并使每片纱布都均匀浸湿药液。待药液冷却后，将纱布依次置于患肢皮肤，范围从脚尖至膝下 10 cm，注意不要留有空白，最后于纱布上覆盖医用脱脂棉布，用弹力绷带进行加压缠绕；然后再用红外线对患肢进行局部照射 20 分钟。

4. 治疗效果

此患者总共住院治疗 2 周，刚入院时患肢膝下 10 cm 部位的周径 43 cm，踝部的周径为 32 cm；出院时患肢膝下 10 cm 周径为 39 cm，踝部周径为 24.8 cm，其中患肢膝下 10 cm 周径共减少 4 cm，踝部共减少 7.2 cm；已基本接近右侧健康肢体的周径。治疗过程中，入院第 3 天膝下 10 cm 周径为 42.4 cm，踝部周径为 28.6 cm，入院第 4 天膝下 10 cm 周径为 42 cm，踝部周径为 25.7 cm，踝部消肿较为明显，较前一天减少 2.9 cm；入院第 5 天膝下 10 cm 周径为 40.5 cm，膝下 10 cm 消肿较为明显，较前一天减少了 1.9 cm。总的来说，入院后前一周消肿效果明显并且消肿速度比较快，后一周周径变化较为稳定(入院后患肢周径变化折线图见图 2)。出院时，患肢膝下 10 cm 周径为 39 cm，接近健肢周径的 40 cm，足踝部周径为 24.8 cm，接近健肢足踝部周径的 26.5 cm，已基本恢复正常(患者入院至出院患肢膝下 10 cm 周径对比图见图 3、患肢踝部周径对比图见图 4)。一个月后随访，无复发。

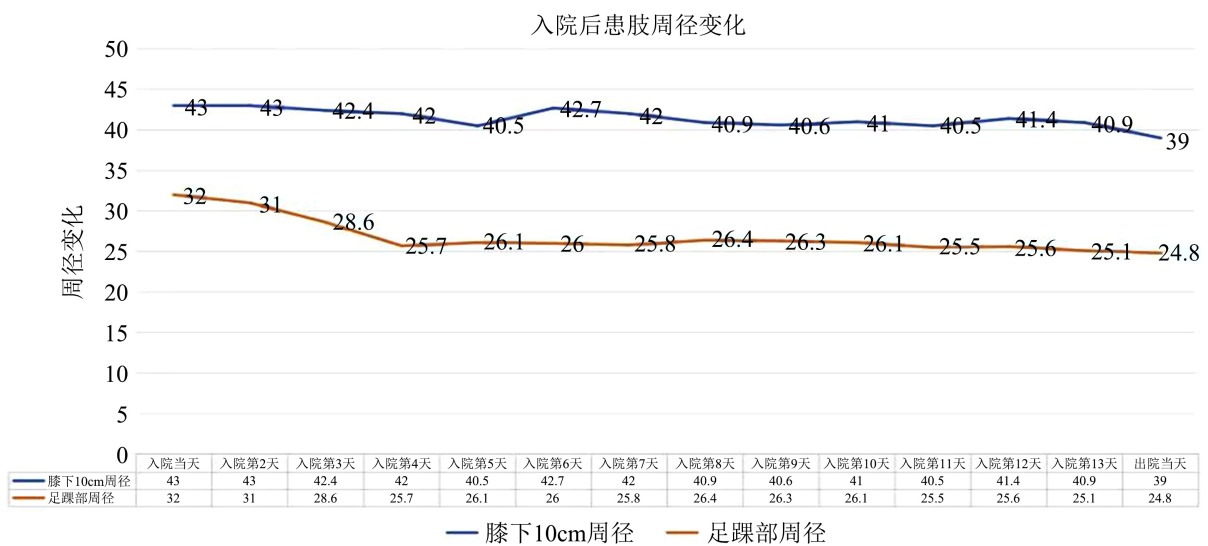


Figure 2. Graph depicting the variation in circumference of the affected limb
图 2. 患肢周径变化折线图

	入院时 43 cm	入院第 3 天 42.4 cm	入院第 4 天 42 cm	入院第 5 天 40.5 cm
膝下 10 厘米周径				
	入院第 7 天 42 cm	入院第 9 天 40.6 cm	入院第 11 天 40.5 cm	出院时 39 cm
膝下 10 厘米周径				

Figure 3. Comparison chart of the circumference 10 cm below the knee of the affected limb
图 3. 患肢膝下 10 cm 周径对比图表



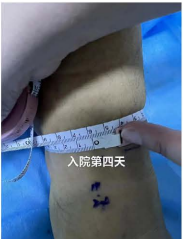





	入院时 32 cm	入院第 3 天 28.6 cm	入院第 4 天 25.7 cm	入院第 5 天 26.1 cm
足踝部 周径				
	入院第 7 天 25.8 cm	入院第 9 天 26.3 cm	入院第 11 天 25.5 cm	出院时 24.8 cm
足踝部 周径				

Figure 4. Comparison chart of the circumference of the foot and ankle in the affected limb
图 4. 患肢足踝部周径对比图表

5. 讨论

淋巴水肿主要是由于淋巴液回流异常出现的组织肿胀的一种病理状态,主要表现为皮肤肿胀、灵活性丧失、肢体沉重、疼痛和反复感染等[5]。可分为原发性淋巴水肿和继发性淋巴水肿两类,原发性淋巴水肿主要因为淋巴系统的发育异常。继发性淋巴水肿比较常见,原因主要为外科手术、创伤、感染等。当淋巴系统受到损害时,部分组织液回流受阻,滞留在组织内的液体积聚而形成淋巴水肿,并引起组织肿胀、纤维化和脂肪积聚的改变[6]。目前临床上的保守治疗主要是手法引流综合消肿治疗(CDT),包括手动淋巴引流(MLD)、每日压迫绷带(CB)和皮肤护理,该治疗方法是西医治疗淋巴水肿的标准方案[3]。中医认为该病主要是湿热下注,留滞于脉络,致气机不畅,血液运行不畅,瘀滞于局部;水湿外溢,故患肢肿胀明显。治疗主要以活血化瘀、利水渗湿消肿。中药溻渍疗法是将药液浸湿纱布后敷于患者皮肤表面的一种中医外治法,可扩张末梢血管,舒张淋巴管,改善局部血液循环[7],又称为中药湿敷疗法,其可以使药物通过毛孔肌肤直接作用于病变部位,从而达到活血化瘀,利水消肿的治疗目的,正如《医宗金鉴》中所云:“借湿以通窍,干则药气不入。”红外线照射时,可以将皮肤及皮下表皮组织吸收的能量转化为热,从而扩张血管,加快血流速度,改善局部微循环,从而使肿胀消退。中药溻渍处方中:白鲜皮、黄连片、关黄柏、黄芪片均可清热燥湿,以达利水之功;栀子、马齿苋可清热消肿;芒硝、冰片合用,以清火消肿、活血通络;最后加入赤芍以活血化瘀,以促进血液循环。红外线可以通过热辐射起到疏通经络的作用,使局部皮肤毛孔开放,局部代谢增强,血液循环增快,而溻渍可以将药物作用于患病部位,两者相合,优势互补,在“药”和“热”的双重作用下,可以使患病部位皮肤渗透力增加,使药物最大限度地渗入腠理,起到活血化瘀、利水消肿之功[8]。下肢淋巴水肿的发生,主要是由于先天或后天因素引起淋巴管数量减少、淋巴管形态异常或收缩力减弱,使淋巴液回流途径受阻,出现淋巴外渗等现象,从而继发的一系列组织学改变,实践证明,中药溻渍联合红外线治疗可以使药物作用于病变部位,使局部皮肤温度升高,促进局部淋巴与血液循环,从而有效减轻患者下肢淋巴水肿的症状,达到治疗的目的,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 易梅, 张超, 刘旭东, 等. 剪切波弹性成像定量评估下肢淋巴水肿的临床价值[J]. 中国超声医学杂志, 2023, 39(9): 1056-1059.
- [2] 雷少华, 刘丽秀, 侯月丽. 1 例宫颈癌根治术后下肢淋巴水肿患者的中医特色护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, 26(11): 129-131.
- [3] 于俊, 张立德, 王建波, 等. 中医防治宫颈癌术后和(或)放疗后下肢淋巴水肿研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(2): 6-10. <https://doi.org/10.13729/j.issn.1671-7813.Z20222678>
- [4] 魏亚培, 王婷婷, 陈滢滢, 张睿, 郝昆. 胸导管探查术后综合消肿治疗对双下肢淋巴水肿患者的短期效果[J]. 组织工程与重建外科, 2023, 19(3): 249-252.
- [5] 陈川, 潘佳栋, 黄耀鹏, 等. 携带淋巴结的组织瓣移植治疗下肢淋巴水肿[J]. 组织工程与重建外科, 2022, 18(1): 4-7.
- [6] 郭雨潮, 白炫宇, 杜云云. 中西医结合治疗下肢淋巴水肿的研究进展[J]. 婚育与健康, 2023, 29(10): 73-75.
- [7] 郭慧娟. 经络按摩联合中药溻渍治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(18): 71-73+76. <https://doi.org/10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.1823>
- [8] 宫妍, 张婧懿, 张敏, 等. 中药溻渍结合红外线照射法对颈型颈椎病的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2018, 26(14): 29-31. <https://doi.org/10.19621/j.cnki.11-3555/r.2018.1416>