

·临床研究·

俞募配穴针刺法联合综合消肿疗法治疗脾肾阳虚型
乳腺癌相关淋巴水肿的临床研究

程 暘,陈碧茵,方 舒,石淑平,林 洁*

(福建中医药大学附属第三人民医院,福建 福州 350108)

摘要: 目的 评估俞募配穴针刺法联合综合消肿疗法(CDT)治疗脾肾阳虚型乳腺癌相关淋巴水肿(BCRL)的临床疗效。方法 选取2024年10月—2025年9月于福建中医药大学附属第三人民医院肿瘤科、针灸科和推拿科门诊就诊的BCRL患者64例,采用随机数字表法分为对照组与观察组各32例。治疗期间对照组脱落1例,观察组脱落2例,最终纳入对照组31例和观察组30例。2组均采用CDT。观察组在此基础上采用俞募配穴针刺疗法:取双侧肺俞、中府、脾俞、章门、肾俞、京门,平补平泻法,留针20 min,每日1次,每周5次。2组疗程2周。比较2组治疗前后上肢患肢与健肢8个固定位点(腕横纹处、腕横纹上5 cm处、肘横纹下10 cm处、肘横纹下5 cm处、肘横纹处、肘横纹上5 cm处、肘横纹上10 cm处、肘横纹上15 cm处)周径差值,中医证候积分及乳腺癌患者生命质量测定量表评分变化,并比较2组疗效。结果 与治疗前比较,2组上肢患肢与健肢8个固定位点的周径差值及中医证候积分均下降($P<0.05$),生命质量测定量表评分均升高($P<0.05$);与对照组比较,治疗后观察组患肢与健肢在3个固定位点(肘横纹上5 cm处、肘横纹上10 cm处与肘横纹上15 cm处)的周径差值减小($P<0.05$),中医证候积分降低($P<0.05$),生命质量测定量表评分升高($P<0.05$)。观察组总有效率80.00%(24/30),明显高于对照组的54.84%(17/31)($P<0.05$);观察组的整体疗效分布优于对照组($Z=6.88, P<0.05$)。结论 俞募配穴针刺法联合CDT可有效改善脾肾阳虚型BCRL患者的上肢臂围,减轻水肿,缓解患者焦虑情绪,提高生活质量。

关键词: 乳腺癌相关淋巴水肿;脾肾阳虚型;俞募配穴;综合消肿疗法

乳腺癌相关淋巴水肿(breast cancer-related lymphedema, BCRL)是乳腺癌术后最常见的并发症之一,其病程迁延,且终身复发风险并不随术后时间延长而降低,严重损害患者生存质量。目前,综合消肿疗法(comprehensive decongestion therapy, CDT)是美国护理学会推荐的BCRL标准治疗方案,同时亦是BCRL患者接受度最高的临床治疗手段^[1]。然而,在临床实践过程中,该治疗方案存在明显局限性:单一疗法的作用机制相对局限,对部分患者的症状改善效果有限,难以达到理想的临床预后;疗效维持依赖长期规范干预,单纯依靠该方案往往难以满足临床对疗效深化与持久化的需求。BCRL归属于中医学“水肿”“溢饮”范畴,其核心病机为肺、脾、肾气化失司,津液输布障碍。针刺疗法可通过温肾宣肺、健脾利水以调控水液代谢,具有整体调节优势^[2]。因此,本研究采用俞募配穴针刺法联合CDT治疗脾肾阳虚型BCRL,旨在通过中西医协同作用,弥补单一治疗短板,为BCRL治疗提供新思路。现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 BCRL诊断标准参照《乳腺癌

收稿日期:2025-10-15;接受日期:2025-12-18

基金项目:福建省卫生健康委员会中医药科研项目(2025YBA036);福建省卫生健康科技计划项目青年科研课题(2024QNA075);福建中医药大学校管课题临床专项课题(XB2024041)

通信作者:林洁, E-mail: 502376560@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.02002

术后上肢淋巴水肿诊治指南与规范(2021年版)》^[3]制定;淋巴水肿分期诊断标准参照《外周淋巴水肿诊疗的中国专家共识》^[4]制定。

1.2 中医辨证标准 参照《中西医结合诊疗乳房切除术后淋巴水肿综合征北京专家共识(2025版)》^[5]中脾肾阳虚证辨证标准制定。

1.3 纳入标准 ① 18~70岁;② 乳腺癌手术后>6个月,且患肢上肢淋巴水肿症状持续≥3个月者;③ 预期生存期>6个月;④ 符合淋巴水肿Ⅱ期及以上者;⑤ 自愿参与本项临床研究,并签署书面知情同意书。

1.4 排除标准 ① 患肢伴有严重功能障碍或关节僵硬,无法按要完成功能锻炼者;② 原发性淋巴水肿,或由静脉血栓、心源性、肾源性等非乳腺癌因素引发的水肿;③ 严重心脑血管疾病合并凝血功能障碍者;④ 双侧上肢均存在淋巴水肿者;⑤ 患肢局部皮肤存在伤口或者其他皮肤病症者;⑥ 正在接受抗肿瘤化疗、放疗或靶向治疗者;⑦ 处于妊娠期或哺乳期的妇女;⑧ 肿瘤复发或转移者;⑨ 针刺施术部位有外伤、炎症、瘢痕,或存在其他严重感染者。

1.5 剔除与脱落标准 ① 同时参与其他临床研究,或采用其他针对BCRL治疗手段者;② 依从性差,未按规定方案完成治疗或失访者;③ 受试者主动撤回知情同意,要求退出研究者;④ 发生严重不良事件或出现特殊病理变化,研究者认为不宜继续

试验者。

1.6 一般资料 选取2024年10月—2025年9月于福建中医药大学附属第三人民医院肿瘤科、针灸科和推拿科门诊就诊的BCRL患者64例,采用SPSS 25.0软件产生随机数字表,应用不透光信封法进行分组隐藏,将受试者随机分为对照组与观察组,每组各32例。在试验中采用盲法评价,由不知晓分组情况的结局评估者及统计人员开展疗效评价,并

保证研究者、操作者与统计者三分离。研究实施期间,对照组有1例患者因对纱布过敏退出研究,观察组有2例患者因未能持续完成治疗流程脱落,最终完成研究的患者共61例,其中对照组31例,观察组30例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究已通过福建中医药大学附属第三人民医院医学伦理委员会审批(审批号:2024-kl-016)。

表1 2组一般资料比较[($\bar{x}\pm s$)/ $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	年龄/岁	病程/月	BCRL分期			
				Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	V期
对照组	31	50.19±8.82	52.00(43.00,55.00)	8	16	7	0
观察组	30	48.27±8.22	48.50(42.50,52.50)	10	13	6	1

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 参照文献[6]对BCRL患者进行CDT治疗。①皮肤护理:保持患肢清洁,并涂抹保湿剂。②手法淋巴引流:采用轻柔手法,按压深度<1 cm,避开手术瘢痕,以患者无痛感为度;操作时沿患肢浅表淋巴管走行,从远心端向近心端实施环状推进抚摸,引流路线遵循“患肢至健肢就近”原则。③压力绷带包扎:先在患肢进行常规衬垫铺垫,再实施标准压力梯度包扎,针对肢体存在疤痕的部位,需先填入高密度衬垫,再进行后续包扎操作。④功能锻炼:依次完成双上肢内收与外展运动、肩关节前后摇动、腕关节伸直与屈曲动作,每个动作重复5次;上述动作完成后,再行5次爬墙训练。CDT干预实施频率为每周一至周五,疗程2周。所有操作均由同一名经过专业培训的护士完成,以保证操作一致性。

2.1.2 观察组 在对照组基础上给予俞募配穴针刺治疗。取穴:双侧肺俞、中府、脾俞、章门、肾俞、京门,参照文献[7]中的定位标准取穴。操作方法:使用一次性针灸针(无锡佳健医疗器械股份有限公司,规格:0.30 mm×25 mm、0.30 mm×40 mm)进行针刺。穴区75%乙醇消毒后,使用0.30 mm×40 mm针灸针直刺脾俞、肾俞25 mm~37.5 mm(1~1.5寸),使用0.30 mm×25 mm针灸针斜刺中府、肺俞、章门和京门12.5 mm~20 mm(0.5~0.8寸),以患者出现酸、麻、胀的得气感为判定标准,留针时长20 min,每间隔10 min行针1次,以得气为度,行针手法采用平补平泻法,共行针2次。针刺疗程同前。所有针刺操作均由同一名具备相应执业资质的针灸科副主任医师完成,严格控制进针深度与角度,避免伤及胸膜引起气胸。

2.2 观察指标

2.2.1 上肢患肢与健肢同一固定位点周径差值 采

用非弹性圆周测量带测量上肢患肢与健肢同一固定位点周径^[1]。受试者取标准解剖位站立,患肢自然下垂并处于放松状态。以腕横纹与肘横纹为标志,分别在治疗前后于以下8个固定位点测量双侧上肢周径,计算患肢与健肢同一固定位点治疗前后周径差值:腕横纹处、腕横纹上5 cm处、肘横纹下10 cm处、肘横纹下5 cm处、肘横纹处、肘横纹上5 cm处、肘横纹上10 cm处、肘横纹上15 cm处。为控制测量偏倚,所有操作均由同一名经过规范化培训的研究人员完成,测量时测量带贴合皮肤但不过度挤压,以皮肤不出现凹陷为度。

2.2.2 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8],将肢体肿胀程度、皮肤质地、凹陷程度、面色少华、食少乏力、腰背酸痛作为观察指标,按病情程度分为无、轻、中、重4级,分别计0、1、2、3分;舌脉则按是否出现舌质淡暗或有紫斑、苔薄白、脉弦细涩或沉细计分,若有计1分,无计0分。总分19分,积分越高表示症状越严重。见表2。

2.2.3 生活质量评价 治疗前后均采用乳腺癌患者生命质量测定量表^[9]进行测评。该量表包含生理状况、社会/家庭状况、情感状况、功能状况及乳腺癌特异性模块5个维度,共36个条目,总分144分。于治疗前后各评估1次,得分越高提示患者生存质量越好。

2.2.4 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]制定。①临床治愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少≥95%;②显效:中医临床症状、体征明显改善,95%>中医证候积分减少≥70%;③有效:中医临床症状与体征均有好转,70%>中医证候积分减少≥30%;④无效:中医临床症状及体征无改善甚或加重,中医证候积分减少<30%。

表 2 中医证候积分分级

证状	0分	1分	2分	3分
肢体肿胀程度	无	肿胀局限于单一部位,外观轻微膨隆,仅自我感知轻微胀感,受累关节活动范围无受限	肿胀累及单侧2个部位,外观明显膨隆,伴持续胀感,受累关节活动范围轻微受限	肿胀累及单侧2个及以上部位,外观显著膨隆,伴持续胀痛感,受累关节活动范围受限明显
皮肤质地	无	皮肤张力略增高,轻微紧绷感,捏起时阻力稍大	皮肤张力显著增高,紧绷感明显,捏起时阻力较大	皮肤张力极高,呈紧绷发亮状态,捏起困难
凹陷程度	无	按压后出现浅凹陷,深度<2 mm,凹陷范围局限于指腹接触区域,直径<1 cm,松开后可完全回弹,无残留凹陷	按压后出现较深凹陷,深度2~4 mm,凹陷范围超出指腹接触区域,直径1~2 cm,松开后残留轻微凹陷痕迹	按压后出现深凹陷,深度>4 mm,凹陷范围扩散至周围区域,直径>2 cm,松开后持续残留凹陷
面色少华	无	面色略欠光泽	面色淡白无华	面色呈萎黄或晄白貌,无光泽,精神萎靡
食少乏力	无	偶尔食欲减退,轻微乏力,活动后短暂倦怠	经常性食欲减退,中度乏力,日常活动易觉疲惫	食欲显著减退,几不欲食,重度乏力,倦怠难动,影响基础活动
腰背酸痛	无	腰背偶有酸感	腰背酸胀频发	腰背持续剧痛影响活动

2.3 统计学方法 采用SPSS 29.0软件进行数据分析。计量资料符合正态分布以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;不符合正态分布以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组内比较采用Wilcoxon符号秩检验,组间比较采用Mann-Whitney U 检验。等级资料采用Wilcoxon秩检验。计数资料以 $(n, \%)$ 表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 2组治疗前后患肢与健肢同一固定位点周径差值比较 见表3。

3.2 2组疗效比较 观察组总有效率80.00%(24/30),明显高于对照组的54.84%(17/31)($P<0.05$);观察组的整体疗效分布优于对照组($Z=6.88, P<0.05$)。见表4。

3.3 2组治疗前后中医证候积分和生活质量评价比较 见表5。

表 3 2组治疗前后患肢与健肢同一固定位点周径差值比较 $[(\bar{x}\pm s)/M(P_{25}, P_{75})]$

cm

组别	例数	时间	腕横纹处	腕横纹上5 cm处	肘横纹下10 cm处	肘横纹下5 cm处
对照组	31	治疗前	0.30(0.20,0.40)	0.90(0.80,1.10)	1.50(1.30,1.80)	1.70(1.50,2.00)
		治疗后	0.20(0.10,0.30) ¹⁾	0.70(0.60,0.90) ¹⁾	0.90(0.70,1.40) ¹⁾	0.80(0.50,1.10) ¹⁾
观察组	30	治疗前	0.30(0.20,0.40)	0.90(0.68,1.03)	1.65(1.30,2.13)	1.75(1.60,2.20)
		治疗后	0.10(0.00,0.20) ¹⁾	0.60(0.40,0.80) ¹⁾	1.05(0.58,1.40) ¹⁾	0.80(0.50,1.15) ¹⁾
组别	例数	时间	肘横纹处	肘横纹上5 cm处	肘横纹上10 cm处	肘横纹上15 cm处
对照组	31	治疗前	1.75±0.53	2.07±0.67	2.25(1.70,2.73)	2.10(1.70,2.30)
		治疗后	1.07±0.39 ¹⁾	1.23±0.47 ¹⁾	1.20(0.90,1.50) ¹⁾	1.20(0.80,1.50) ¹⁾
观察组	30	治疗前	1.80±0.45	1.91±0.44	1.90(1.60,2.33)	1.80(1.50,2.10)
		治疗后	1.01±0.53 ¹⁾	1.01±0.41 ¹⁾²⁾	0.85(0.70,1.20) ¹⁾²⁾	0.85(0.68,1.23) ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

表 4 2组疗效比较 $(n, \%)$

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	0(0.00)	1(3.23)	16(51.61)	14(45.16)	17(54.84)
观察组	30	0(0.00)	6(20.00)	18(60.00)	6(20.00)	24(80.00) ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P<0.05$ 。

表5 2组治疗前后中医证候积分和生活质量评价比较[($\bar{x}\pm s$)/M(P_{25}, P_{75})] 分

组别	例数	时间	中医证候积分	生命质量测定量表评分
对照组	31	治疗前	10.0(9.0, 11.00)	60.68±9.97
		治疗后	6.0(5.00, 7.00) ¹⁾	63.77±8.82 ¹⁾
观察组	30	治疗前	9.0(7.00, 10.25)	58.60±9.59
		治疗后	3.5(2.00, 6.00) ¹⁾²⁾	68.57±6.75 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

4 讨论

乳腺癌属慢性消耗性疾病,有研究认为肿瘤患者历经手术金刃损伤及放化疗药毒攻伐,最易戕害先天与后天之本,致使机体阳气亏虚^[10]。《素问·逆调论篇》曰:“肾者水脏,主津液。”^{[11]67}《诸病源候论》亦云:“肾主水,脾主土。若脾虚则不能克制于水。肾虚则水气流溢,散于皮肤,故令身体浮肿。”^[12]故BCRL的病机核心在于“脾肾阳虚,水湿内停”。治疗上宜温补脾肾,利水消肿,以恢复脏腑气化功能。目前现代医学以CDT为主要治疗手段,但该方案存在显效慢、依从性要求高等局限,且无法从整体上恢复脏腑气化功能。故本研究采用俞募配穴针刺联合CDT,在减轻肢体肿胀的同时,纠正患者脾肾阳虚之本,从而提升疗效。本研究结果表明,俞募配穴针刺法联合CDT可有效改善BCRL患者的上肢臂围,减轻水肿,改善患者焦虑情绪,提高生活质量。

本研究显示,针刺组患者患肢多点位周径差值与中医证候积分均优于对照组,说明俞募配穴针刺法具有温补脾肾、利水消肿之效。本研究取肾之背俞穴肾俞与腹募穴京门,乃阴阳相引之意。《素问·阴阳应象大论篇》云:“故善用针者,从阴引阳,从阳引阴”^{[11]13}。针刺肾俞以益火之源,振奋元阳;京门为肾气募集之处,可通调下焦气机。二穴合用,旨在恢复肾主水之职,恢复下焦气化之能。同时,选取脾俞与章门,章门乃脏会,又是脾募,与脾俞相配,共奏温运中焦、培土制水之功。脾肾先后天同补,则水湿得运。辅以肺俞与中府提壶揭盖,恢复气主宣肃之能。宣发有度,则水道通调,令水液下输膀胱而得出。现代研究发现,BCRL是由于手术及辅助治疗破坏淋巴系统循环,导致高蛋白质液体在组织间隙大量积聚^[13-14],从而激活局部免疫细胞过度释放炎症因子,进而抑制淋巴管新生与修复^[15-16]。而研究证实针刺可通过上调血管内皮生长因子-C的表达,从而改善淋巴管功能和炎症状态^[17-18],减少局部组织水肿和炎症生成^[19-20]。

本研究显示针刺联合CDT治疗可提升患者生活质量。肾为先天之本,藏精而舍志;脾为后天之

本,藏意而主思。乳腺癌术后,患者久经病痛与药毒损伤,脾肾阳虚,精气两亏。精伤则神怯,故易恐惧不安;气虚则神疲,故多见忧思缠绵;加之水湿内停,肢体肿胀,肢体外观的改变与功能受限,进一步加重患者心理负担,形成“因病致郁,因郁加病”的恶性循环。俞募配穴不仅治形,亦在调神。肾俞、京门温补肾阳,益精填髓,水又生木,强志壮胆;脾俞、章门温运中焦,化生气血,意在充养心神,令思虑得解。更辅以肺俞、中府宣畅上焦宗气,气机调畅则郁滞自消。诸穴合用,振奋一身之阳气,益火之源,阴翳得消。通过温阳化气以消水肿之形,复通过调气安神以解情志之郁,形神共养,从根本上改善患者生活质量。现代研究表明,针刺肾俞、脾俞与肺俞可通过调节大脑边缘系统(海马体)功能,影响5-羟色胺、 γ -氨基丁酸等情绪相关神经递质分泌,抑制焦虑相关神经通路过度激活^[21-23];同时,CDT中的功能锻炼引导患者主动活动患肢,不仅可进一步改善淋巴血液循环^[24],避免肌肉痉挛加重疼痛,还能增强患者对疾病康复的信心,与针刺功能形成协同作用,进一步改善患者精神状态,提高其生活质量。

综上,俞募配穴针刺法联合CDT治疗脾肾阳虚型BCRL,疗效确切,为BCRL的临床治疗提供新思路。但本研究缺乏客观化检测指标支撑,难以从现代医学角度量化“水湿痰饮”清除的生物学过程,可能存在评估偏倚,且随访周期较短,关于针刺对预防淋巴水肿远期复发的作用尚需延长观察时间验证。未来研究将延长随访周期并增加客观化实验室指标,进一步探析针刺干预BCRL的深层机制。

参考文献

- [1] 赵薇,张宏如,陆萍,等. 力动针结合功能锻炼治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿:随机对照试验[J]. 中国针灸, 2023, 43(10): 1123-1127.
- [2] 曾莉文,连晓文,蔡树河,等. 补肾健脾针法联合行为认知教育治疗慢性疲劳综合征疗效观察[J]. 福建中医药, 2025, 56(3): 6-9.
- [3] 中华医学会整形外科学分会淋巴水肿治疗学组. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿诊治指南与规范(2021年版)[J]. 组织工程与重建外科杂志, 2021, 17(6): 457-461.
- [4] 中华整形外科学分会淋巴水肿学组. 外周淋巴水肿诊疗的中国专家共识[J]. 中华整形外科杂志, 2020, 36(4): 355-360.
- [5] 张董晓,王梦洁,黄巧,等. 中西医结合诊疗乳房切除术后淋巴水肿综合征北京专家共识(2025版)[J]. 北京中医药, 2025, 44(8): 1007-1012.
- [6] 刘兆喆,李秋华,李文雅,等. 乳腺癌术后淋巴水肿中西医结合诊治中国专家共识[J]. 创伤与急危重病医学, 2023, 11(1): 1-8.
- [7] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会. 经穴名称与定位:GB/T 12346—2021[S]. 北京:中国标准出版社, 2021.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 364-366.

- [9] 万崇华,张冬梅,汤学良,等.乳腺癌患者生命质量测定量表 FACT-B 中文版介绍[J].中国肿瘤,2002,11(6):10-12.
- [10] 姚慧颖,宋涵,杜若芳,等.基于“阳气亏虚”理论探讨乳腺癌术后抑郁倾向[J].中国临床医生杂志,2022,50(12):1505-1507.
- [11] 黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [12] 巢元方.诸病源候论注评[M].张登本,孙理军,主编.北京:中国中医药出版社,2022:50.
- [13] 吴美玲,龚璇,黄芳,等.基于运动康复的抗阻训练在乳腺癌相关淋巴水肿中应用的研究现状[J].中国康复医学杂志,2023,38(1):115-119.
- [14] BOWMAN C, ROCKSON S G. The role of inflammation in lymphedema: a narrative review of pathogenesis and opportunities for therapeutic intervention [J]. Int J Mol Sci, 2024, 25(7): 3907.
- [15] AZHAR S H, LIM H Y, TAN B K, et al. The unresolved pathophysiology of lymphedema [J]. Front Physiol, 2020, 11: 137.
- [16] SAVETSKY I L, TORRISI J S, CUZZONE D A, et al. Obesity increases inflammation and impairs lymphatic function in a mouse model of lymphedema [J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2014, 307(2): H165-H172.
- [17] 郑浪花,梁丽嫦,张艳媚,等.引气归元针刺治疗脾肾两虚型单纯性肥胖的疗效及对胰岛素抵抗、淋巴管功能相关指标的影响[J].河北中医,2023,45(12):2071-2074,2078.
- [18] 刘顺枫,姜春宏,贺丽丽,等.基于 VEGF-C/VEGFR-3 信号通路电针预处理促淋巴管再生修复淋巴水肿的作用机制研究[J].时珍国医国药,2024,35(5):1272-1276.
- [19] 夏铭徽,余芝,刘东华,等.电针联合揠针治疗单纯性肥胖病及对血清肠淋巴管功能相关因子的影响[J].中国针灸,2022,42(9):966-970,976.
- [20] 滕汝枫,刘攀,孙士晶,等.针刺调控血管内皮生长因子 C 治疗乳腺癌淋巴水肿机制研究进展[J].陕西中医,2025,46(8):1150-1153.
- [21] 金小千.不同频率电针背俞穴对 CFS 大鼠 HPA 轴及免疫影响与临床研究[D].广州:广州中医药大学,2017:70.
- [22] 卢琦.基于生物钟基因及 Glu/GABA-Gln 环路探究“调脏醒神”电针干预睡眠剥夺的效应与作用机制[D].长春:长春中医药大学,2024:96.
- [23] 黄童郁.《内经》“输刺”治疗肝郁脾虚型失眠的临床效应及 fMRI 即刻响应特征[D].上海:上海中医药大学,2019:54.
- [24] 赵倩倩,李林,颜佳,等.七步综合消肿疗法对乳腺癌术后Ⅲ期上肢淋巴水肿患者人体成分指标及肢体运动功能的影响[J].医学理论与实践,2022,35(15):2655-2657.

Clinical Study on Breast Cancer-Related Lymphedema of Spleen-Kidney Yang Deficiency Type Treated by Acupuncture at Shu-Mu Acupoints Combined with Comprehensive Decongestion Therapy

CHENG Yang, CHEN Biyin, FANG Shu, SHI Shuping, LIN Jie*

The Third People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350108, China

ABSTRACT Objective: To evaluate the clinical efficacy of acupuncture at Shu-Mu with Spleen-Kidney Yang deficiency type acupoints combined with comprehensive decongestion therapy (CDT) in the treatment of breast cancer-related lymphedema (BCRL). **Methods:** A total of 64 patients with BCRL were recruited from the outpatient departments of Oncology, Acupuncture, and Tuina at the Third People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine between October 2024 and September 2025. They were randomly assigned to control group and observation group ($n=32$ each) using a random number table. During the study, 1 case in the control group and 2 cases in the observation group dropped out, resulting in the final inclusion of 31 cases in the control group and 30 cases in the observation group. Both groups received CDT. In addition to CDT, the observation group received acupuncture at Shu-Mu acupoints. The acupoints selected were bilateral Feishu (BL13), Zhongfu (LU1), Pishu (BL20), Zhangmen (LR13), Shenshu (BL23), and Jingmen (GB25). Normal reinforcement and normal reduction were applied with a retention time of 20 minutes, once daily, 5 times per week. The treatment course for both groups was 2 weeks. The circumference differences between the affected and healthy upper limbs at 8 fixed points (transverse carpal crease, 5 cm above the transverse carpal crease, 10 cm below the cubital crease, 5 cm below the cubital crease, cubital crease, and 5 cm, 10 cm, and 15 cm above the cubital crease), Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome scores, and Quality of Life scores were compared before and after treatment in both groups. The therapeutic effects were compared between the two groups. **Results:** Compared with pre-treatment, the circumference differences at the 8 fixed points of the upper limbs, as well as the TCM syndrome scores, decreased in both groups ($P<0.05$), while the Quality of Life scores increased ($P<0.05$). Compared with the control group, the circumference differences at 3 fixed points (5 cm, 10 cm, and 15 cm above the cubital crease) in the observation group were significantly reduced after treatment ($P<0.05$), the TCM syndrome scores were lower ($P<0.05$), and the Quality of Life scores were higher ($P<0.05$). The total effective rate in the observation group was 80.00% (24/30), which was significantly higher than the 54.84% (17/31) in the control group ($P<0.05$). The overall efficacy distribution of the observation group was superior to that of the control group ($Z=6.88, P<0.05$). **Conclusion:** Acupuncture at Shu-Mu acupoints combined with CDT can effectively improve upper limb circumference in BCRL with Spleen-Kidney Yang deficiency type patients, alleviate edema, relieve patient anxiety, and improve quality of life.

KEY WORDS breast cancer-related lymphedema; Spleen-Kidney Yang deficiency type; Shu-Mu acupoints; comprehensive decongestion therapy