

表 2 两组患者手术前后血压变化情况(mm Hg,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	收缩压	舒张压
实验组	45	手术前	121.26± 3.34	76.12± 4.48
		术后 10 min	124.60± 3.36 <sup>*</sup>	79.12± 4.35 <sup>*</sup>
对照组	45	手术前	122.34± 4.13	77.45± 4.43
		术后 10 min	133.3± 4.05	85.62± 4.14

注:与对照组相比,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

子宫肌瘤患者发病后主要有经量增多、不孕、流产等症状,影响患者正常生活和工作。对于子宫肌瘤更多的以腹腔镜手术治疗为主,该方法能够改善患者临床症状,提高临床疗效,但是治疗预后较差,部分患者治疗过程中出血量较大<sup>[9]</sup>。传统止血药物主要以缩宫素为主,患者用药后药物能够促进子宫肌层的缩宫素受体和缩宫素相互结合后能够增加细胞内钙离子,能促进子宫平滑肌组织的收缩,压迫子宫收缩,达到止血的效果<sup>[6]</sup>。但是,缩宫素难以达到理想的止血效果,且患者止血效果与药物剂量有关。

近年来,垂体后叶素在腹腔镜子宫肌瘤剔除术止血中得到应用,且效果理想。本研究结果显示,实验组手术时间、术中出血量、血红蛋白术前与术后 3 d 差值以及术后排气时间均显著少于对照组 ( $P < 0.05$ )。垂体后叶素和其他药物相比优势较多,患者用药后药物能够用于血管平滑肌细胞膜上的血管加压素受体,药物能够利用鸟苷酸调节蛋白激活细胞膜内磷脂酶 C 使磷脂醇二磷酸生产三磷酸肌醇,能够释放大量的钙离子,使得血管平滑肌收缩。有研究显示<sup>[7]</sup>:子宫血管平滑肌细胞膜及子宫肌膜上存在大量的血管加压素受体,容易导致子宫平滑肌组织发生明显的收缩,造成妊娠期和非妊娠期及子宫平

滑肌的大量收缩。而垂体后叶素中的水溶性成分,其内除了含加压素外,还含有缩宫素的成分,但是药物半衰期相对较短,在体内仅能够维持 20~30 min。同时,垂体后叶素注射在子宫肌层后能够造成血管平滑肌及子宫平滑肌的多重吸收,药物作用时间更快,能够达到理想的止血效果。但是,患者使用垂体后叶素时必须严格掌握其适应症,避免药物不良反应发生率。同时由于药物维持时间相对较短,因此要求医师必须具备娴熟的专业技能,提高手术成功率<sup>[8]</sup>。本研究结果显示,两组患者治疗前收缩压和舒张压比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。实验组术后 10 min 收缩压和舒张压均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明垂体后叶素在腹腔镜肌瘤剔除术中的临床控制血压效果更佳。综上所述,腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者术中采用垂体后叶素止血效果理想,能够减少术中出血量、手术时间,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]易旺军,唐永莉.垂体后叶素在腹腔镜子宫肌瘤剔除术止血中的应用价值研究[J].中国医药指南,2013,11(21):65-66
- [2]徐州栋,熊爱群.垂体后叶素在腹腔镜全子宫切除术止血中的应用与疗效观察[J].中国医药导刊,2013,15(7):1121-1122
- [3]罗君花.腹腔镜下子宫肌瘤切除术中应用垂体后叶素减少术中出血的临床观察[J].中国医药指南,2013,11(23):119-120
- [4]张汉英,帕提古丽·阿米提,伍靓,等.腹腔镜联合垂体后叶素治疗子宫肌瘤效果分析[J].宁夏医科大学学报,2013,35(9):1018-1019
- [5]佟卫兵,严玉清,张亚杰.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中应用垂体后叶素、缩宫素止血效果比较[J].中国妇幼保健,2011,26(30):4799-4800
- [6]梅松原,刘艳庚,韩秋雨,等.垂体后叶素或缩宫素在腹腔镜肌壁间子宫肌瘤剔除术中应用的对比研究[J].中国微创外科杂志,2011,11(9):801-804
- [7]曹金芳.垂体后叶素和缩宫素在大型内突壁间子宫肌瘤腹腔镜剔除术中的应用[J].中国医药科学,2013,3(14):170-171
- [8]黄雪梅,陈梅,曾爱华.腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术的对比观察[J].广西医科大学学报,2010,27(4):632-633

(收稿日期:2015-12-01)

## 中西医结合治疗郁滞期乳腺炎疗效观察

张丽芬

(天津中医药大学第一附属医院中西医结合外科 天津 300193)

**摘要:**目的:观察瓜蒌牛蒡汤加减内服联合金黄膏外敷治疗“郁滞期”乳腺炎的临床疗效。方法:将 100 例“郁滞期”乳腺炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各 50 例。两组均进行乳房按摩和微波治疗,部分患者配以抗生素静脉滴注;治疗组加用瓜蒌牛蒡汤加减内服和金黄膏外敷;对照组加用 50%硫酸镁溶液湿敷患部;3 d 为 1 个疗程。2 个疗程后,观察两组的总体疗效及症状变化情况。结果:治疗组的综合疗效总有效率为 100%,愈显率为 96%;对照组综合疗效总有效率为 88%,愈显率为 74%。两组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ ,治疗组疗效优于对照组。结论:瓜蒌牛蒡汤加减内服联合金黄膏外敷,并配以乳房按摩及抗生素,是治疗“郁滞期”乳腺炎的有效方法。

**关键词:**乳腺炎;瓜蒌牛蒡汤;金黄膏;中西医结合疗法;临床疗效

中图分类号:R655.85

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.019

急性乳腺炎是发生在乳腺的急性感染性疾病,属于中医学中的“乳痈”范畴,俗称奶疮。哺乳期的任何阶段均可发生,最常发生在产后 3~4 周,尤其

是初产妇,乳汁淤积和细菌入侵繁殖是发病的主要原因。本病早期治疗不当,可形成乳房脓肿,不仅影响哺乳,还要忍受手术的痛苦,严重的可形成乳漏,

愈合迟缓。所以积极而有效的治疗非常重要。笔者采用中药内服外敷配以乳房按摩,病情较重者配以抗生素治疗,收到了满意的治疗效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月~2014 年 12 月 到我院外科门诊就医并诊断为乳痈的患者 100 例, 随机分为治疗组(中西医结合组)和对照组(西医组)。治疗组 50 例,年龄 22~35 岁,平均年龄 28.2 岁;初产妇 40 例,经产妇 10 例;单侧发病者 42 例, 双侧发病者 8 例;轻度 18 例,中度 20 例,重度 12 例。对照组 50 例,年龄 24~34 岁,平均年龄 27.5 岁; 初产妇 42 例,经产妇 8 例;单侧发病者 45 例,双侧 发病者 5 例;轻度 19 例,中度 21 例,重度 10 例。经 统计学分析,两组患者的年龄、产育史及病情等资料 差异无统计学意义,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

#### 1.2 诊断标准(郁滞期-气滞热壅证)

1.2.1 局部症状 乳汁排出不畅,乳房胀痛,乳房 内或有疼痛性肿块,皮肤不红或微红,或有乳头破溃 糜烂。

1.2.2 全身症状 多有恶寒发热,头痛,口渴,便 秘,食欲不振,全身不适。患侧腋下可有臀核肿大。 苔白或薄黄,脉弦或数。

1.2.3 实验室检查 血白细胞总数及中性粒细胞 数正常或增高。

1.3 中医症状、体征分级记分标准<sup>[1]</sup> (1)乳汁排泄 不畅或瘀积结块,分 4 级:“0”级:乳汁排泄正常,0 分;“I”级:乳汁排泄欠通畅,1 分;“II”级:乳汁排 泄不通畅,2 分;“III”级:乳汁不能排出或点滴而下, 或瘀积结块,3 分。(2)乳房胀痛,分 4 级:“0”级:不 胀痛,0 分;“I”级:胀痛轻而可忍,1 分;“II”级:胀 痛明显,2 分;“III”级:胀痛难忍,3 分。(3)局部皮色 灼热,分 3 级:“0”级:皮色正常,0 分;“I”级:皮色 正常或局部微热,1 分;“II”级:皮色微红或局部灼 热,2 分。(4)恶寒发热,分 2 级:“0”级:无恶寒发热, 0 分;“I”级:有恶寒发热,2 分。(5)头痛、身痛,分 3 级:“0”级:无头痛、身体,0 分;“I”级:轻微头痛、身 体,1 分;“II”级:头痛、身体明显,2 分。(6)口渴、便 秘,分 3 级:“0”级:无口渴、便秘,0 分;“I”级:轻微 口渴、便秘,1 分;“II”级:口渴、便秘明显,2 分。(7) 舌象,分 2 级:“0”级:舌淡红苔薄白,0 分;“I”级: 舌红苔薄黄或其它,2 分。(8)脉象,分 2 级:“0”级: 脉和缓有力,0 分;“I”级:脉数或弦数,2 分。

1.4 病情程度分级 轻度:中医症候积分  $\leq 6$  分; 中度:中医症候积分 7~12 分; 重度:中医症候积

分  $\geq 13$  分。

1.5 纳入标准 (1)符合乳痈郁滞期(急性乳腺炎) 的诊断和中医辨证为气滞热壅证的标准;(2)年龄在 20~35 岁之间的哺乳期女性。

1.6 排除标准 (1)妊娠期女性,过敏体质或对本 药过敏者,乳头内陷者;(2)合并有心血管、脑血管、 肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,糖尿病或精神 病患者;(3)乳痈已化脓者。

1.7 统计学方法 采用 SPSS11.0 软件包进行数据 分析,样本均数比较采用  $t$  检验;计数资料比较采用  $\chi^2$  检验;临床总体疗效比较用 Ridit 分析,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 2 治疗方法

#### 2.1 治疗组(中西医结合组)

2.1.1 乳房按摩治疗 在患侧积乳肿块皮肤表面 涂上少许润滑剂(精油、香油等皆可),左手托起乳 房,右手五指顺着乳管方向,由外向乳头方向梳捋、 推按肿块,开始用力要轻,观察患者的耐受情况,可 逐渐用力,梳捋、推按 5 次后,再用右手提拉、挤按乳 头及乳晕部,使淤积的乳汁在外力作用下慢慢排出, 如此交替反复操作。1 次/d, 20 min/次。

2.1.2 中药内服 瓜蒌牛蒡汤加减内服,组方为:金 银花 20 g、连翘 10 g、蒲公英 15 g、柴胡 6 g、陈皮 10 g、青皮 6 g、瓜蒌 12 g、牛蒡子 12 g、黄芩 6 g、栀子 10 g、路路通 10 g、王不留行 10 g。发热较重者加生 石膏 10 g,知母 12 g;肿块较硬者加山慈菇 12 g、浙 贝母 12 g、当归 12 g;乳汁郁积较重者加漏芦 9 g、穿 山甲 3 g;乳汁过多者加生山楂 10 g、炒麦芽 30 g;大 便秘结者加大黄 6 g、枳壳 10 g。1 剂/d,水煎服,分 早晚两次服用,150 ml/次。

2.1.3 金黄膏外敷 用我院生产的金黄膏 [津药制 字(2001)Z 第 0224 号]外敷。方法是将适量金黄膏 涂抹在纱布上后,敷盖在肿块表面,并用粘膏固定, 范围要敷盖整个肿块表面。1 次/d, 8 h/次。

2.1.4 微波治疗 采用 JLGM-92C 型微波治疗仪 (格兰德医用设备天津有限公司)。将治疗头放置于 外敷有金黄膏纱布的患处,调节输出功率,以感觉微 热舒适为度。1 次/d, 20 min/次。

2.1.5 西药治疗 血常规检测白细胞总数  $\geq 1.4 \times 10^9/L$  且全身症状较重的患者,给予 0.9%生理盐水 100 ml+ 注射用青霉素钠 160~320 万单位静脉滴 注,2 次/d。

#### 2.2 对照组(西医组)

2.2.1 乳房按摩治疗 同治疗组。

2.2.2 50%硫酸镁溶液湿敷 将浸有 50%硫酸镁溶液的温湿纱布(以不滴水为度),敷在患处,再覆上一层塑料薄膜,并用粘膏固定,范围要敷盖整个肿块表面。3 次/d,20 min/次。

2.2.3 微波治疗 同治疗组(将治疗头放置于覆盖有纱布的患处)。

2.2.4 西药治疗 同治疗组。

2.3 疗程 两组均以 3 d 为 1 个疗程,治疗 1~2 个疗程后观察疗效。

### 3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后详细询问两组患者的乳房胀痛及乳汁分泌情况,测量乳房肿块大小,并进行血常规检测。了解病情、病史,记录相关症状。

3.2 疗效评定标准<sup>[2-3]</sup> (1)综合疗效判定标准:治愈:全身症状消退,肿块消散,乳汁通畅,血白细胞总数正常;显效:全身症状消退,局部红色消退,疼痛明显减轻,乳汁通畅,肿块面积缩小 70%以上,血白细胞总数正常;有效:全身症状消退,局部红色消退,疼痛明显减轻,乳汁通畅,肿块面积缩小 30%以上,血白细胞总数接近正常;无效:未达到有效标准或病情加重。(2)中医证候疗效判定标准:根据证候有效率评定,证候有效率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:治疗后证候有效率≥90%;显效:证候有效率为 70%~89%;有效:证候有效率为 30%~69%;无效:证候有效率<30%。

3.3 两组患者综合疗效比较 两组疗效比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。经 Ridit 检验,R 治疗<R 对照,R 值较大者疗效差,说明治疗组综合疗效好于对照组。见表 1。

表 1 两组患者综合疗效比较

组别	n	疗程	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	愈显率 [例(%)]	总有效率 [例(%)]
治疗组	50	1 个疗程	26	15	9	0	41(82.0)	50(100.0)
		2 个疗程	40	8	2	0	48(96.0)	50(100.0)
对照组	50	1 个疗程	14	16	11	9	30(60.0)	41(82.0)
		2 个疗程	28	9	7	6	37(74.0)	44(88.0)

3.4 两组患者中医证候疗效比较 两组疗效比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。经 Ridit 检验,R 治疗<R 对照,R 值较大者疗效差,说明治疗组中医证候疗效好于对照组。见表 2。

表 2 两组患者中医证候疗效比较

组别	n	疗程	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	愈显率 [例(%)]	总有效率 [例(%)]
治疗组	50	1 个疗程	28	17	5	0	45(90.0)	50(100.0)
		2 个疗程	44	5	1	0	49(98.0)	50(100.0)
对照组	50	1 个疗程	15	18	10	7	33(66.0)	43(86.0)
		2 个疗程	29	9	6	6	38(76.0)	44(88.0)

3.5 两组患者治愈时间比较 治疗组患者的平均治愈时间短于对照组,两组疗效比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者临床治愈时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治愈(例)	平均治愈时间(d)
治疗组	50	40	3±0.56
对照组	50	28	5±0.87

## 4 讨论

急性乳腺炎属于中医学中的“乳痈”范畴,最常见于哺乳期妇女,尤其是初产妇,多因乳头破碎,风邪外袭,或乳汁淤积,乳络阻滞,郁而化热所致。足阳明胃经经过乳房,足厥阴肝经至乳下,胃热、肝郁为本病的基本病机。《格致余论》曰:“乳子之母,不知调养,怒忿所逆,郁闷所遏,浓味所酿,以致厥阴之气不行,故窍不得通,而汁不得出。阳明之血沸腾,故热甚而化脓”。临床表现为乳房局部红、肿、热、痛,乳汁排出不畅,全身表现为畏寒、发热等症状,后期可形成脓肿。郁滞期为急性乳腺炎的早期阶段,积极有效的治疗可以使乳管通畅、积乳排出,缓解症状,达到继续哺乳的目的。

瓜蒌牛蒡汤源于《医宗金鉴》,具有疏肝解郁、清解邪热的作用,用于乳痈初期。笔者在瓜蒌牛蒡汤的基础上增加了蒲公英、路路通、王不留行等药物,增强了清热、通乳的功效,并随症加减。金黄膏为本院自制制剂,该方源于明代陈实功的《外科正宗》,具有活血、散瘀、清热、解毒的功能,经曰:“凡外科一切诸般顽恶肿毒,随手用之,无不应效,诚为疮家良方便也”。现代药理研究证明,金黄膏可以降低血管通透性,减少渗出,控制炎症范围,减轻局部疼痛,外敷于乳房红肿部位,药物有效成分可直接渗入肿块部位的组织,同时配以微波治疗能使金黄膏的药效发挥更好。微波是一种高频治疗仪,具有较强的穿透力,能在组织深部促进细胞的新陈代谢,加速血液循环和局部代谢,增强局部的免疫力,降低感觉神经的兴奋性,因此,能有效的改善局部血液循环,促进水肿吸收,消炎止痛。乳房按摩借鉴了中医推拿手法,并结合乳房解剖学、生理学的知识进行按摩。沿着乳腺导管的走行方向进行梳捋、推按,使乳管开放,乳络通畅,积存的乳汁得以排出,肿块消散<sup>[4]</sup>。

现代医学认为本病是由于乳汁淤积或乳头破损、皲裂,细菌沿淋巴管入侵感染所致,主要致病菌为金黄色葡萄球菌。所以对症状较重的部分患者,需加用抗生素以控制感染,避免病情进一步发展而导致脓肿。本次研究结果显示,治疗组(下转第 51 页)

月~7 年。多数患者都曾用中西医多种方法治疗,效果不明显。两组患者性别、年龄、文化程度及病程等差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 按照《临床疼痛治疗技术》<sup>[4]</sup>中带状疱疹后遗神经痛诊断标准:带状疱疹皮疹消退 1 个月后患区仍然存在发作性或持续性剧烈疼痛。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>中蛇串疮的气滞血瘀证的诊断标准:蛇串疮消退后局部发作性或持续性剧烈疼痛,舌质紫暗,苔白,脉弦细。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 口服桃红四物汤加减:当归 15 g,川芎 10 g,生地 15 g,白芍 30 g,甘草 6 g,桃仁、红花各 8 g,元胡 12 g,川楝子 9 g。每日 1 剂,水煎取 200 ml 口服,连服 4 周。

1.3.2 对照组 维生素 B<sub>1</sub> 片,10 mg/次,3 次/d 口服;吲哚美辛片 25 mg/次,3 次/d 口服;维生素 B<sub>12</sub> 注射液 0.5 mg,每日 1 次肌注,连用 4 周。

1.4 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>中蛇串疮的疗效标准制定:痊愈:疼痛消失局部无不适,随访 3 个月无疼痛复发;好转:疼痛明显减轻或疼痛消失,局部有麻木等感觉异常,随访 3 个月无疼痛加重或局部麻木等感觉异常加重;无效:疼痛缓解不明显。

1.5 统计学方法 将本组数据纳入 SPSS20.0 统计软件中进行统计和分析,以率(%)进行表示,采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示差异明显具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 疗效比较 见表 1。经过 4 周治疗,治疗组总有效率优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效
治疗组	30	18(60.00)	10(33.33)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	12(40.00)	8(26.67)	10(33.33)	20(66.67)

2.2 不良反应 两组治疗期间均未见明显不良反应。

(上接第 41 页)综合疗效高于对照组, $P<0.05$ ;而且治疗组中医证候疗效亦高于对照组, $P<0.05$ 。表明瓜蒌牛蒡汤加减内服联合金黄膏外敷,配以乳房按摩和微波治疗,部分患者加用抗生素,可以提高急性乳腺的临床疗效,增加愈显率,缩短治疗时间,是治疗“郁滞期”乳腺炎的有效方法,值得临床推广使用。

## 3 讨论

带状疱疹中医称为“缠腰火龙、缠腰火丹”。中医对带状疱疹后遗神经痛论述较少,教科书将其隶属于“缠腰火丹”的一个证型。中医理论认为:带状疱疹多由肝胆火盛挟湿蕴阻肌肤,并感毒邪而成,大多好发于胸胁腰部的一侧。其疼痛多由毒邪化火与肝火湿热搏结,阻遏经络,以致气血不通,不通则痛。或日久耗伤阴血,经脉失养,不荣则痛<sup>[6]</sup>。气血凝滞,脉络不通,经脉失养为疼痛的主因。其病位在“血分”,治宜活血、养血、化瘀及通络止痛。

桃红四物汤中桃仁、红花、当归、川芎、生地、白芍诸药有活血化瘀止痛之效。方中川芎等活血祛瘀药能有效地改善外周循环,加快微血流灌注等作用<sup>[7]</sup>。重用方中白芍,加入甘草,和“芍药甘草汤”之意,可柔肝缓急止痛。加川楝子清热行气,泄气分之热而止痛;延胡索活血行气,行血分之滞而止痛。服本方可使肝郁解而热清,气血行而疼痛止。现代研究表明桃红四物汤具有明显的解痉及镇痛作用,被广泛应用于临床各科以疼痛或抽搐挛急为特征的病证。结合本组临床观察结果表明,桃红四物汤用于治疗带状疱疹后遗神经痛,治疗组疗效明显优于对照组,统计学处理差异有显著意义( $P<0.05$ ),且未见严重不良反应,值得临床在治疗带状疱疹后遗神经痛中应用。

### 参考文献

- [1]王侠生,廖康煌,杨国亮.皮肤病学[M].上海:上海科学技术出版社,2005,295-303
- [2]黄冰,孔杰,陆雅萍,等.带状疱疹后遗神经痛的特征及其预防[J].中国临床康复,2005,9(6):177
- [3]常敏,陈付强,时飞,等.老年带状疱疹后遗神经痛患者外周 CD4+CD25+ Foxp3+ 调节性 T 细胞的检测[J].中国皮肤性病学期刊,2014,28(5):457-460
- [4]倪家骧,樊碧发,薛富善.临床疼痛治疗技术[M].北京:科学技术文献出版社,2003.94-95
- [5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.144
- [6]高志莉.带状疱疹后遗神经痛的中医药治疗思路[J].中国中医急症,2012,21(5):74
- [7]巩国峰.益气活血法治疗带状疱疹后遗神经痛 27 例[J].中国中西医结合皮肤性病学期刊,2014,13(3):166-167

(收稿日期:2015-10-14)

### 参考文献

- [1]中华中医药学会.中医外科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012.24-26
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.278-281
- [3]常庆龙,张彦武,贾国丛,等.哺乳期急性乳腺炎诊疗体会[J].中国医药导报,2010,7(15):166-167
- [4]王燕.揉散法结合理疗治疗哺乳期早期乳腺炎临床观察[J].四川中医,2011,29(5):85-86

(收稿日期:2015-10-24)