

乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗浆细胞性乳腺炎临床研究

杨真, 曲冬梅, 林旭丰

浙江中医药大学附属丽水市中医院乳腺科, 浙江 丽水 323000

【摘要】目的: 观察乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗浆细胞性乳腺炎(PCM)的临床疗效。**方法:** 选择80例PCM患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组各40例。2组均给予麦默通微创旋切术治疗,对照组术后予以注射用头孢他啶静脉滴注,观察组在对照组基础上予以乳痈消方口服。比较2组中医证候积分、视觉模拟评分法(VAS)评分、血清超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,观察并比较2组术后不良反应发生情况。**结果:** 治疗2周、4周,2组中医证候积分、VAS评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组中医证候积分、VAS评分均低于同时间点对照组($P<0.05$)。治疗后,2组IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平较治疗前降低($P<0.05$),且观察组IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平低于对照组($P<0.05$)。术后观察组不良反应发生率为2.5%,低于对照组17.5%($P<0.05$)。**结论:** 乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗PCM疗效显著,可有效减轻患者临床症状及缓解疼痛不适,降低炎症因子水平,具有较高安全性。

【关键词】 浆细胞性乳腺炎;乳痈消方;麦默通微创旋切术;炎症因子;中医证候积分

【中图分类号】 R655.8 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415(2024)03-0088-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.03.018

Clinical Study on Modified Ruyongxiao Prescription Combined with Mammotome Minimally Invasive Surgery for Plasma Cell Mastitis

YANG Zhen, QU Dongmei, LIN Xufeng

Department of Galactophore, Lishui Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Lishui Zhejiang 323000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Ruyongxiao Prescription combined with mammotome minimally invasive surgery on plasma cell mastitis (PCM). **Methods:** A total of 80 cases of PCM patients were selected as the study objects and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 40 cases in each group. Both groups were treated with mammotome minimally invasive surgery. After surgery, the control group was given intravenous infusion of Ceftazidime and the observation group was given the oral administration of Ruyongxiao Prescription based on the treatment of the control group. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Visual Analogue Scale (VAS) scores, and the levels of hypersensitivity C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-6 (IL-6), and tumor necrosis factor- α (TNF- α) in serum were compared between the two groups; the incidence of postoperative adverse reactions was observed and compared between the two groups. **Results:** After 2 weeks and 4 weeks of treatment, TCM syndrome scores and VAS scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and

【收稿日期】 2023-08-08

【修回日期】 2023-11-20

【基金项目】 2023年度浙江省中医药科技计划项目(2023ZL803);丽水市自筹类公益性技术应用研究项目(2022SJZC039)

【作者简介】 杨真(1985-),女,主治医师,E-mail: yzh8588@126.com。

【通信作者】 林旭丰(1975-),女,主任医师,E-mail: 672821578@qq.com。

the above scores in the observation group were lower than those in the control group at the same time point ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-6, TNF- α and hs-CRP in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of IL-6, TNF- α and hs-CRP in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After surgery, the incidence of adverse reactions was 2.5% in the observation group, lower than that of 17.5% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Ruyongxiao Prescription combined with mammotome minimally invasive surgery has a significant curative effect in the treatment of PCM, which can effectively reduce clinical symptoms, relieve pain and discomfort and reduce the levels of inflammatory factors, with high safety.

Keywords: Plasma cell mastitis; Ruyongxiao Prescription; Mammotome minimally invasive surgery; Inflammatory factors; Traditional Chinese medicine syndrome scores

浆细胞性乳腺炎(PCM)是以乳腺导管扩张及浆细胞浸润为病变基础的慢性非哺乳期炎症性病变,其病因及发病机制复杂,难以根治,容易复发,普遍认为 PCM 的发病与乳腺组织结构异常、泌乳素等激素异常分泌、感染等因素有关,除此之外,吸烟、服用精神类药物也被证实与 PCM 的发病密切相关^[1-2]。PCM 主要表现为非周期性乳房疼痛,乳腺区域出现肿块,或有乳头溢液、乳头皲裂^[3]。PCM 若未能得到及时有效治疗或治疗不当,可对患者乳房造成极大的破坏,容易反复发作,缠绵不愈,严重影响患者身心健康,大大降低患者生活质量。目前,针对 PCM,西医主要采用药物及外科手术治疗,药物疗法主要包括抗生素、激素和抗结核等药物^[4],但药物治疗效果有限,且长期用药容易产生一系列不良反应。手术是治疗 PCM 最有效的方法,传统开放式手术能够获得清晰开阔的视野,因而能够完整地切除乳腺肿块,治疗效果彻底,但也存在创面较大、手术时间长、术中出血量多等缺陷,术后容易遗留乳腺瘢痕,除此之外,传统开放式手术在术后愈合过程中容易出现硬块增殖,影响乳房美观^[5]。麦默通微创旋切术依托其配备的多普勒彩超能够精准定位,具有切除效果好及创伤小的双重优势,且操作简单易上手,具有较高安全性,与此同时,因麦默通微创旋切术切口更小,能最大程度减少术后瘢痕遗留风险^[6],也迎合了广大女性患者对美观的诉求。临床发现,在治疗 PCM 过程中配合使用消痈散结中药,能促进渗液排出,有效缩短病程,

减轻患者痛苦。本研究采用乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗浆细胞性乳腺炎,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《非哺乳期乳腺炎诊治专家共识》^[7]中关于 PCM 诊断标准。①非哺乳期,乳腺有肿块或硬结者,伴或不伴溃疡,伴或不伴发热;②乳头凹陷、畸形、发育不良或有乳房外伤史者,伴或不伴乳头溢液;③实验室检查白细胞不高或略高者;④超声影像:实性包块型(实性病灶边缘不规则,无包膜);脓肿形成型(脓肿病灶壁厚,透声差,病灶多位于乳晕区及乳头深面,内部血流信号不丰富);导管扩张型(乳腺导管局限性扩张,导管周围腺体呈偏低回声);⑤细胞学检查:大量炎细胞、泡沫细胞和浆细胞;⑥穿刺组织或手术活切组织病理示:中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞浸润,由坏死或异物、类上皮细胞、巨噬细胞等组成的假结核样肉芽肿(异物肉芽肿)。

1.2 纳入标准 符合诊断标准;彩超提示脓肿形成,最大病灶 < 3 cm;年龄 < 60 岁;资料完整,依从性良好。

1.3 排除标准 有乳腺肿瘤或乳房结核;乳房破溃或同时患有其它乳腺疾病;合并心、肝、肾等其它脏器严重原发性疾病者及功能障碍;感染难以控制,或出现脓毒血症甚至感染性休克;合并血液系统疾病或凝血功能障碍;合并免疫系统疾病;合并严重糖尿病血糖难以控制;严重低蛋白血症;妊娠或哺乳期妇女。

1.4 剔除及脱落标准 治疗期间有严重不良反应需更改治疗方案；治疗期间患者自主更换药物或增加其它可能影响疗效判定药物。

1.5 一般资料 选择 2022 年 3 月—2023 年 3 月丽水市中医院收治的 80 例 PCM 患者为研究对象，按随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组年龄 17~58 岁，平均(39.18±4.02)岁；病程 14 d~3 个月，平均(36.22±4.13)d；左侧乳房病灶 17 例，右侧乳房病灶 23 例。观察组年龄 16~59 岁，平均(38.86±3.97)岁；病程 16 d~3 个月，平均(36.14±4.08)d；左侧乳房病灶 18 例，右侧乳房病灶 22 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。本研究通过丽水市中医院医学伦理委员会通过[(2022)临伦审第(KY-039)号]。

2 治疗方法

2 组均给予麦默通微创旋切术治疗。采用美国强生 SCM23K 型麦默通微创旋切系统，选择 8G 旋切刀。患者取仰卧位，嘱患者上肢外展以充分暴露乳房区域，常规消毒铺巾及麻醉后，使用彩色多普勒超声诊断系统(GE LOGIQ-E9)对脓肿位置进行准确定位，选择脓腔最低点进针，进入麦默通 8G 旋切刀，将脓腔间隔切开，并将脓腔内脓肿及坏死组织进行吸除，通畅引流，充分吸除后使用适量生理盐水冲洗脓腔，然后将一根硅胶引流管置于切口处，行固定负压吸引。术后将 0.9%氯化钠溶液注入引流管中反复对流冲洗脓腔，每次冲洗完后将引流管与负压引流球连接进行持续负压吸引。

2.1 对照组 术后予以注射用头孢他啶(石药集团欧意药业，国药准字 H20043564)2 g 溶于 0.9%氯化钠注射液 100 mL 后静脉滴注，每天 2 次，连续治疗 3~7 d，定期更换敷料，每天引流量减少至 5 mL 以下拔管。

2.2 观察组 在对照组基础上予以乳痈消方口服。处方：柴胡 9 g，熟地黄 12 g，鹿角片(先煎)、炒芥子、天花粉、陈皮、桔梗各 10 g，麻黄、炮姜各 6 g，蒲公英 30 g，炒路路通、延胡索各 15 g。随证加减：发热加金银花、连翘；红热肿痛明显加紫花地丁；出血较多者加茜草；疼痛较剧者加乳香、没药；乏力明显者加黄芪、党参。每天 1 剂，加水 1 000 mL，常规煎煮约 30 min，煎取 400 mL，分早晚饭后温服，每次 200 mL，服用 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。主症：乳头出现无色、黄色或血性溢液，乳头内陷，乳头有粉刺样物流出，乳晕可触及肿块，每项按严重程度计 0~6 分；次症：发热、头痛、大便干燥、小便黄赤、舌质红，舌苔黄腻，脉弦数或滑数，每项按严重程度计 0~3 分，积分愈高表明症状愈严重。②疼痛程度。采用视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度，对患者术后疼痛进行评价，满分为 10 分，分数越高则患者疼痛越重。③炎症因子。采集患者治疗前后空腹静脉血，分别采用免疫比浊法及酶联免疫吸附法检测血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)及白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。④不良反应。观察并比较 2 组术后不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2 组不同时间点中医证候积分比较 见表 1。治疗前，2 组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周，2 组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组中医证候积分均低于同时时间点对照组($P<0.05$)。

表 1 2 组不同时间点中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分				
组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
对照组	40	36.24±4.13	31.56±3.08 ^①	25.47±2.78 ^①
观察组	40	35.89±3.96	27.74±2.84 ^{①②}	20.69±2.02 ^{①②}

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与对照组同时时间点比较， $P<0.05$

4.2 2 组不同时间点 VAS 评分比较 见表 2。治疗前，2 组 VAS 评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 2 周、4 周，2 组 VAS 评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组 VAS 评分均低于同时时间点对照组($P<0.05$)。

4.3 2 组治疗前后炎症因子水平比较 见表 3。治疗前，2 组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组

IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组不同时间点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
对照组	40	24.12 $\pm$ 2.43	19.83 $\pm$ 2.15 ^①	14.38 $\pm$ 1.22 ^①
观察组	40	23.94 $\pm$ 2.36	16.14 $\pm$ 1.82 ^{①②}	10.86 $\pm$ 1.54 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组同时时间点比较, $P < 0.05$

表 3 2 组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	时 间	例数	IL-6(pg/mL)	TNF- α (pg/mL)	hs-CRP(mg/L)
对照组	治疗前	40	214.67 $\pm$ 31.56	310.81 $\pm$ 35.72	36.15 $\pm$ 3.22
	治疗后	40	169.74 $\pm$ 20.35 ^①	250.54 $\pm$ 30.52 ^①	17.38 $\pm$ 2.02 ^①
观察组	治疗前	40	220.28 $\pm$ 32.15	307.32 $\pm$ 38.48	35.91 $\pm$ 3.31
	治疗后	40	133.46 $\pm$ 16.37 ^{①②}	208.57 $\pm$ 21.72 ^{①②}	10.32 $\pm$ 1.45 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

4.4 2 组术后不良反应发生率比较 见表 4。术后观察组不良反应发生率为 2.5%, 低于对照组 17.5%($P < 0.05$)。

表 4 2 组术后不良反应发生率比较 例

组 别	例数	出血	切口感染	乳痂	脓肿引流不尽	合计[例(%)]
对照组	40	3	2	1	1	7(17.5)
观察组	40	1	1	0	0	2(2.5) ^①

注: ①与对照组比较, $P < 0.05$

5 讨论

PCM 也被称为乳腺导管扩张症, 根据其具体表现分为溢液期、肿块期、成脓期、瘻管期, 成脓期是 PCM 发病过程中的一个阶段, 此阶段病程较长, 充分引流是治疗关键, 以往临床上通常采取乳腺脓肿切开引流术, 传统切开引流方式尽管能充分引流脓液并冲洗脓腔, 实现充分引流且较少有死腔残留, 但也存在一定弊端, 如手术创面较大, 术后疼痛感较强, 增加患者痛苦^[8], 除此之外, 由于本病复发率高, 后期若多次进行切开引流势必会对乳房外形造成不同程度损伤, 影响美观, 给患者身心健康带来巨大伤害。麦默通微创旋切术最早运用于乳腺定位活检, 临床实践中发现其对良性肿块的切除能发挥较好效果, 且创伤小、切除效果好, 同时能兼顾美观要求, 因而被逐渐推广运用于临床^[9]。在超声辅助引导下能够精准定位脓腔及病灶的位置及范围, 旋切刀主要负责切除脓肿壁及坏死组织, 并分

开脓腔间隔, 然后利用抽吸泵的强大负压对脓肿及坏死组织进行抽吸, 同时向腔内注射 0.9%氯化钠溶液冲洗, 继而达到充分引流目的, 对正常腺体损伤较小, 此项技术因切口小, 术后大多不会有瘢痕遗留, 美容效果更佳^[10-11]。

PCM 属于中医学乳痈范畴, 多因情志不遂导致肝气郁结, 阻滞经络, 聚结成块, 肿块郁久则化热, 继而热盛肉腐, 久而成脓, 疾病后期局部破溃, 形成乳痂, 流出粉渣样脓液, 病情反复, 缠绵难愈^[12-13]。手术是治疗 PCM 最有效的方法, 但由于手术具有一定创伤, 易损伤人体正气, 正气亏虚, 气虚无力托邪外出, 继而可导致邪气留恋^[14]。在 PCM 的治疗中, 采用微创手术配合使用消痈散结中药, 有助于渗液排出, 可缩短病程, 减轻患者痛苦。乳痈消方是浙江省中医院楼丽华主任及丽水市中医院林旭丰主任在长期临床经验基础上总结而来的经验方, 楼主任及林主任认为, 本病大体归为阴证疮疡范畴, 外邪内侵、瘀阻脉络为其基本病机, 在不同阶段病机特点有所不同, 疾病初期多属寒痰凝结, 肿块期则以阳虚为本, 成脓后因热毒炽盛、寒邪化热、热盛肉腐而成脓, 治疗当以温阳散结为法^[15], 以阳和汤化裁, 以温阳、通阳之法达温散、温消、温通的目的。乳痈消方由柴胡、熟地黄、鹿角片、生麻黄、炒芥子、炮姜、炒路路通、蒲公英、天花粉、陈皮、延胡索、桔梗组成, 方中柴胡行气解郁、和解少阳, 熟地黄滋阴补肾, 鹿角为血肉有情之品, 能补肾助阳、强壮筋骨, 合熟地黄以养血助阳而治其本, 麻黄辛温达卫, 宣通经络, 能够引阳气、开寒结, 寒凝湿滞, 非温通而不足以化, 故用炮姜温经回阳, 路路通疏通乳络, 蒲公英清热解毒消痈, 炒芥子豁痰利气, 散结通络止痛, 可达皮里膜外, 白芥子、麻黄合用, 使血气宣通, 又令熟地、鹿角片补而不滞, 天花粉养阴。综观全方, 养血和血之品与温阳药物合用, 辛散与滋腻之品相伍, 以达到宣化寒凝、温阳散结之目的。本研究将麦默通微创旋切术应用于 PCM 的治疗, 并联合具有温阳散结、托里消痈功效的乳痈消方口服, 以加速术后恢复。

本研究采用乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗 PCM 患者, 结果显示, 治疗后, 观察组中医证候积分、VAS 评分均低于对照组, 提示乳痈消方

能显著减轻 PCM 患者术后临床症状及疼痛不适。实验室检查发现,2 组治疗后血清 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平均下降,观察组各指标水平均低于对照组,提示本治疗方案能有效降低 PCM 患者炎症因子,抑制炎症反应。本研究还发现,治疗期间,观察组不良反应发生率低于对照组,提示联合治疗方案安全性高,具有良好应用效果。

综上所述,乳痈消方加减联合麦默通微创旋切术治疗 PCM 疗效显著,可有效减轻患者临床症状及缓解疼痛不适,降低其炎症因子水平,抑制炎症反应,且具有较高安全性。

[参考文献]

- [1] 刘超颖,刘金彪.浆细胞性乳腺炎的临床特点及临床治疗方法分析[J].中国社区医师,2022,38(3):64-66.
- [2] 邢梦盈.浆细胞性乳腺炎的病因与诊断的研究进展[J].国际检验医学杂志,2020,41(16):2008-2011.
- [3] 卢文亮,郑媛,魏刚,等.224例浆细胞性乳腺炎的手术治疗[J].中华普通外科杂志,2016,31(4):342-343.
- [4] 苏效添,曾媛媛.浆细胞性乳腺炎的药物及手术治疗进展[J].安徽医学,2022,43(4):486-489.
- [5] 周颖,王淑荣.浆细胞性乳腺炎微波消融治疗与传统手术治疗的对比研究[C]//中国超声医学工程学会.中国超声医学工程学会第五届全国介入超声医学学术交流大会论文汇编,2019:2.
- [6] 叶钢,王得胜.微创旋切术与传统手术治疗乳腺良性肿块的临床对比分析[J].中国医药科学,2017,7(16):201-203,206.
- [7] 中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组.非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):755-758.
- [8] 谢永春,刘遂霞,哈娟.微创引流治疗浆细胞性乳腺炎的护理观察[J].宁夏医学杂志,2017,39(1):94-95.
- [9] 梁晓辉,庄晓萍.研究彩色多普勒超声引导下麦默通微创旋切系统治疗乳腺良性病灶的应用效果[J].世界复合医学,2022,8(10):59-62.
- [10] 田立申.麦默通微创旋切术与传统手术治疗乳腺肿块的疗效[J].中外医疗,2018,37(6):52-54.
- [11] 樊晓霞,唐杰瑶,高秀丽.麦默通微创旋切术与小切口传统手术治疗乳腺结节的疗效比较[J].内蒙古医科大学学报,2018,40(S1):214-216.
- [12] 张董晓,赵文洁,付娜,等.中医古籍“乳痈”证治探析[J].长春中医药大学学报,2017,33(1):151-153.
- [13] 范洪桥,刘丽芳,熊家青,等.从“阳化气,阴成形”理论探讨粉刺性乳痈的中医证治[J].辽宁中医杂志,2019,46(3):497-499.
- [14] 李高波.乳腺旋切术配合中药治疗正虚邪滞型成脓期浆细胞性乳腺炎临床观察[D].沈阳:辽宁中医药大学,2022.
- [15] 王灿,徐其锋,蔡文敏.阳和汤联合乳管镜中药灌注治疗早期浆细胞性乳腺炎临床研究[J].中药药理与临床,2022,38(3):152-155.

(责任编辑:郑锋玲)