

## · 专家经验 ·

## 宋爱莉辨治妊娠期肉芽肿性乳腺炎经验总结

李静蔚<sup>1</sup> 王 蕾<sup>1</sup> 谢 瑞<sup>2</sup> 刘晓菲<sup>3</sup> 朱建敏<sup>1</sup> 宋爱莉<sup>1</sup>

肉芽肿性乳腺炎 (granulomatous lobular mastitis, GLM), 是一种以乳腺小叶为中心的非干酪样坏死、肉芽肿形成为主要特征的炎症性疾病<sup>[1]</sup>。临床表现为乳房疼痛和肿块, 脓肿破溃后, 形成瘘管和窦道, 缠绵反复<sup>[2]</sup>。近年来随着二孩政策的实施, GLM 发病人数明显上升, 妊娠期合并该病的可占 5.66%<sup>[3]</sup>, 但相关报道较少。宋爱莉教授是全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 致力于中医及中西医结合乳腺疾病临床工作 40 年, 成功诊治妊娠期 GLM 12 例, 获得较好的临床效果, 现将经验总结介绍如下。

## 1 提出致病总由脏腑不和, 注重阴阳辨证

1972 年 Kessler E<sup>[4]</sup> 首次提出 GLM, 国内马国华 1986 年首先报道<sup>[5]</sup>。中医学对本病未有文献记载, 根据其临床表现及体征, 可归属“乳痈”、“乳漏”、“乳痿”范畴<sup>[6]</sup>。但是宋爱莉教授认为, 中医辨病需与西医诊断相结合, GLM 病因病机与急性化脓性乳腺炎、浆细胞性乳腺炎、乳腺导管扩张症迥异, 辨证施治亦应区之以别, 避免误诊失治。

对于 GLM 的病因病机, 现代医学认为其发病主要与泌乳因素、感染因素、自身免疫等因素有关<sup>[7,8]</sup>。宋爱莉认为, 妊娠期 GLM 患者大多非首次妊娠, 新的妊娠带来的泌乳素升高, 乳腺分泌功能旺盛, 为主要西医发病原因。妊娠期患者阴血下注养胎, 易致阴血偏虚, 阳气偏旺, 且胎儿逐渐生长, 胎体上升, 影响气机升降, 形成气滞、气逆、痰郁等, 如遇饮食不节, 或情志失调, 肝郁胃热、湿热阻络; 或外伤碰撞, 气血不畅, 痰瘀互阻; 郁久化热, 热盛肉腐则成脓。另外, 妊娠期多痰湿实热兼阴血虚体质<sup>[9]</sup>, 日久无力托毒生肌, 则难溃难敛, 迁延不愈。因此宋爱莉认为, 脏腑不和、经络阻塞、气血凝滞是妊娠期 GLM 重要病因病机。

基金项目: 第六批全国名老中医药专家学术经验继承项目 (No. 国中医药人教发[2017]29 号)

作者单位: 1. 山东中医药大学附属医院乳腺甲状腺外科 (济南 250014); 2. 山东中医药大学研究生部 (济南 250014); 3. 山东中医药大学第一临床学院 (济南 250014)

通讯作者: 李静蔚, Tel: 0531-68617094, E-mail: weilandentian2000@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180819.274

同时, 宋爱莉受外科“全生派”王维德阴阳辨证理论的影响, 善将复杂的外科疾病分为“阴证属虚属寒”、“阳证属实属热”两大类。根据本病在发病初期具有肿块局限或漫肿、质地不坚、边界不清、皮色不变、疼痛不甚的特点, 认为辨证当属阴证疮疡; 后随病机转变, 肿块迅速增大, 疼痛明显, 皮色鲜红, 中软成脓, 甚则潮热或壮热等, 实属阳证疮疡。然而本病复杂之处在于, 病机转化过程中, 常肿块、脓肿、窦道多种形态共存, 从而出现阴证转阳、阳证转阴、阴中有阳、阳中有阴的复杂病证。

## 2 辨证用药特点

目前, GLM 的治疗尚未统一, 方法多样, 主要有激素治疗、免疫抑制治疗、抗分支杆菌治疗、抗生素治疗等<sup>[10]</sup>。然而妊娠期用药必须考虑安全性, 否则不但影响孕妇身体健康, 还有可能妨碍胎儿正常发育, 造成堕胎、小产, 甚至关系到优生优育等家庭及社会问题。因此, 发挥中医药治疗的优势, 几乎成为唯一可供选择的、相对安全有效的方法。

## 2.1 摒弃大毒、大热、大寒, 少用破气散瘀、攻下逐水之品

妊娠期用药需特别注意药物对胎儿和母体的安全性。孕早期用药不当容易造成胎儿死亡或畸形, 孕中后期用药不当可造成脑和性器官发育不良<sup>[11]</sup>。因此中医学很早就有妊娠禁忌概念, 宋《妇人大全良方》有比较系统完整的“妊娠用药禁忌歌”, 其中禁用药主要为大毒、大热、大寒之品, 可直接毒伤胎元, 或热灼津血热扰冲任损及胎元, 或寒凝气血令胎冷不长。另外, 破血逐瘀使血不循经而妄行, 攻下使中气下陷而不载胎, 渗利逐水夺阴伤液耗气损胎, 破气通窍辛香走窜则气血紊乱而动胎, 亦为禁忌慎用之品。

据统计中国药典中收录妊娠禁忌药共计 68 种<sup>[12,13]</sup>。其中禁用药 26 种, 忌用药 6 种, 慎用药 36 种。宋爱莉在治疗妊娠期 GLM, 遣方用药尽力避免上述禁忌药, 以减少临床不良事件。

## 2.2 主张从脏腑调和, 善用循经引经药

乳房与肝、胃、肾、脾及冲任二脉有密切的联系, 为脏腑经络辨证提供了依据。而辨证论治中尤为关键之处在于辨明脏腑经络之间相互关系, 以扼主要治则。

清·高锦庭《疡科心得集》：“乳中结核，何以不责阳明而责肝，以阳明胃火最畏肝木，肝气有所不畅，胃见木之郁，惟恐来袭，伏而不扬……不必治胃，但治肝而肿消”，精辟论述疏肝的重要性。因此宋爱莉治疗乳腺病哺乳期 GLM 主张疏肝、清胃为主，结合健脾、补肾及调摄冲任等治法，综合调理脏腑以使营气相从，母胎平安，肿消痛减。

另外，宋爱莉临床用药，更善用循经和引经药以引药归经，直达病所。清·祁坤《外科大成·经络大略》：“惟经络一明，然后知症见何经，用何经之药以治之，了然无谬”。元明时期《丹溪心法》和《本草纲目》均总结乳房循经药物，如“疏厥阴之滞以青皮，清阳明之热细研石膏，行污浊之血以生甘草之节，消肿导毒以栝楼子，或加没药、青橘叶、皂角刺、金银花、当归……”。宋爱莉常用柴胡、川芎、吴茱萸疏足厥阴肝经之滞，用白芷、升麻、石膏清足阳明胃经之热，佐以栝楼引药上行，以达乳房之病所。

### 2.3 祛邪与固元同用，治病与安胎并举

妊娠期用药需慎重，不宜乱投药，可用可不用一般不用，但亦不可因孕讳疾忌医，“有病则病受之”，须有担当。孕后血聚养胎，阴血偏虚，阴虚生内热，热盛则血不循经，清热养血能使血循经养胎。宋爱莉在治疗妊娠期 GLM 时，善于运用清热大法。同时指出，清热宜清淡，切不可大投苦寒，一则则伤胃气，另则恐凉遏邪伏。初期病浅者偏于清消，如牛蒡子、全栝楼；热毒炽盛者则清泻，如蒲公英、金银花、连翘、黄芩；热入血分则清透，如生地、赤芍；阴虚潮热者养阴以清热，如白芍、银柴胡。治乳痈之病，还应注意安宫保胎。因此，宋爱莉治疗 GLM 常用清热安胎之黄芩，养血安胎之生地黄、当归、白芍，以解毒活血消痈。后期常用益气安胎之黄芪，健脾安胎之白术、陈皮，以健脾和胃、托毒排脓生肌，与清·王肯堂《证治准绳》：“不作脓或脓不溃，补气血为主；不收敛或脓稀，补脾胃为主”不谋而合。

### 3 发挥中医外治之长，内外并治

宋爱莉主张内治与外治结合，局部与全身结合，在妊娠期 GLM 的整个治疗过程中，发挥中医外治的优势，分别采用不同治则、方法。遵循“消、托、补”的治疗原则，初期以消为主、成脓后抽脓或切开排脓、后期清疮换药的基础上，发挥中医外科独创的方法。

初期阶段乳房肿块不坚，红肿疼痛较轻，外治法以箍围消散为宜。《医学源流·围药论》曰：“外科之法，最重外治，而外治之中，尤重围药”。箍围之药宜清凉透达，一般采用白芷、栀子研末，以香油调制成糊，外敷

于乳房肿块周围，以期清热拔毒消肿。

成脓后主张排脓，具体方法视脓肿情况而定。如脓肿部位较深且未侵及皮肤，则多采用针吸穿刺抽脓，可每周 1~2 次反复进行，常抽取出数毫升黄白色脓液；脓腔大、脓液较多者，可生理盐水灌冲脓腔，采用留置针或小切口置较细引流管持续负压引流；如脓液较少呈蜂窝状坏死病灶者，则定期采用较粗吸脂针连接负压装置抽吸坏死组织。如脓肿侵及皮肤，皮色鲜红或暗红，按之中软应指，甚至溃破流脓，则局麻下小切口切开清创，开放切口采用复方黄柏液和双氧水轮流冲洗，换药时疮面所塞纱条渐次渐小，直至愈合。

后期形成慢性窦道或僵块，日久不消不敛，外治则以温灸为主，鹿角霜橘叶散温热敷，或隔生姜片艾灸，或中药红外线理疗，以求温散。

### 4 预防与治疗并兼，特嘱中医调护

宋爱莉治病同时注重宣教，关心情志、饮食调理。《丹溪心法》曰：“乳房，阳明所经，乳头，厥阴所属”。乳痈大多与肝失疏泄、胃热壅盛有关。为免厥阴肝经之郁结，教导患者保持心情舒畅，凡事以腹中胎儿和乳房健康为要，减少不必要的紧张焦虑或劳累。治疗过程中鼓励患者树立战胜疾病信心，保持心态平和，耐心配合治疗。为防阳明胃经之热壅，嘱患者饮食宜清淡，忌食牛、羊、海鲜等荤腥发物，以及油腻、辛辣刺激之品，适量增加蔬菜、谷物、纤维素以及鸡蛋、牛奶、瘦肉等优质蛋白摄入，提倡均衡饮食，不过食，不节食。

### 5 典型病例

**病历简介** 患者陈某某，女，37 岁，孕 33 周。2017 年 8 月 28 日初诊。主诉：左乳肿块伴疼痛半月。现病史：患者半月前无明显诱因出现左乳内侧肿块，伴疼痛，初约鸡蛋大小，口服头孢类抗生素，效不佳。一周前出现发热，体温最高 38.0℃，并乳房肿块迅速增长，超过半个乳房，疼痛逐渐加重。现患者一般情况可，仍发热，体温 37.5~38.2℃，无心慌胸闷，无恶心呕吐，无妊娠反应等，双下肢片状红斑伴疼痛，左侧乳房肿块焮红疼痛。专科查体见：左侧乳房明显增大，内上象限肿胀高起范围约 10 cm × 8 cm，界欠清，皮薄色红光亮，质地较硬，波动感不明显，无乳头凹陷，双侧腋下均未及明显肿大淋巴结。双下肢及足跟多发结节性红斑，大者直径约 2 cm，界清，压痛轻。舌红，苔黄，脉数。乳腺彩超示：左乳多发低回声区（考虑炎性团块并脓肿形成）。血常规：白细胞  $15.89 \times 10^9/L \uparrow$ 、中性粒细胞  $13.25 \times 10^9/L \uparrow$ 、中性粒百分比 83.4%  $\uparrow$ 。血沉：65 mm/h  $\uparrow$ 。左乳肿块穿刺抽出黄白色脓液 18 mL，细胞学检查：查见大量中性粒细胞。

西医诊断:肉芽肿性乳腺炎(左),中医诊断:乳痈(热毒炽盛型)。

**治疗经过** 采用清热解毒,益气透脓。以透脓散加减,处方:生黄芪 20 g 赤芍 20 g 白芍 20 g 金银花 30 g 连翘 10 g 白术 10 g 土茯苓 30 g 生地黄 20 g 蒲公英 30 g 牛蒡子 30 g 陈皮 10 g 桔梗 10 g 黄芩 10 g 栝蒌 20 g 柴胡 20 g 甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂,早晚服用。结合外治法,每隔一日彩超引导下细针微创穿刺抽脓,局部冷敷治疗。2017 年 9 月 4 日二诊。肿块明显缩小变软,范围约 8 cm × 6 cm,疼痛减轻,双下肢红斑变淡。无发热,体温正常,饮食可,舌红,苔薄黄,脉细。采用益气健脾,透脓散结。处方:生黄芪 20 g 党参 15 g 白术 10 g 云苓 10 g 淮山药 15 g 生地黄 20 g 陈皮 10 g 焦山楂 10 g 柴胡 10 g 白芍 15 g 当归 10 g 丹参 10 g 煅牡蛎 20 g,每日 1 剂,早晚服用。外治继续细针抽脓,1 周 2 次,并每日中药大青膏(院内自制剂)外敷。2017 年 9 月 18 日三诊。肿块进一步缩小,范围约 6 cm × 6 cm,疼痛轻,双下肢红斑消失。无发热,饮食可,舌淡红,苔薄白,脉沉细。治以温阳散结,益气补血。处方:鹿角霜 20 g 熟地黄 15 g 山萸肉 10 g 淮山药 15 g 生黄芪 20 g 白术 10 g 云苓 10 g 陈皮 10 g 橘叶 10 g 白芍 12 g 当归 9 g 炒僵蚕 10 g 煅牡蛎 20 g。外用中药热奄包(含鹿角霜、橘叶各 30 g)外敷,结合红外线照射理疗。2017 年 10 月 18 日,患者生产后 0.5 个月,左乳肿块约 4 cm 范围大小,皮色正常,无疮疡溃破,遂在全麻下行左乳脓肿切开清创术,经彻底搜刮,0.5 个月后痊愈。

**讨论** 妊娠期肉芽肿性乳腺炎疗上要充分考虑患者生理特点,强调更为精准的辨证与个体化治疗。该患者初次就诊时,乳房红肿范围大,伴发热,双下肢红斑肿痛,为进展期妊娠期肉芽肿性乳腺炎,胎毒化热,热盛肉腐成脓所致。治疗当以活血凉血、清热透脓为主,其中黄芪、赤芍、白芍、生地黄既益气养血,又活血凉血、托里透脓;辅以白术健脾,金银花、连翘、蒲公英等疮家要药清热解毒,黄芩、栝蒌、柴胡等散郁火消郁结;更以桔梗行气透脓,结合冷敷加抽吸外治法,共奏清热解毒凉血透脓之效。经积极有效的中医药治疗,患者病情在一周之内迅速得以控制。此时全身症状缓解,乳房肿块缩小,仍有结块肿硬,为余毒未清,气血生发不足,故治疗以益气活血、散结消肿为主,酌加党参、白术、云苓、山药、陈皮健脾补气,加当归、丹参活血补血,煅牡蛎散结化痰以消肿。同时外治法改冷敷

为清热解毒、化痰散结为主的大青膏外敷,因之乳房肿块进一步缩小。然而后期慢性迁延期乳房肿块疗效缓慢,全身情况渐见不足之象,故而治疗温阳、益气与养阴、补血同用,行气、活血与化痰并行,外治法相应改为中药热奄包,以期温散寒痰、敛疮生肌。该患者妊娠 33 周,抗生素治疗出现病情进展,中医分期辨证治疗有效控制病情,为最终的手术治疗争取时间,并一定程度减免乳房外形缺损,显示出中医药治疗的优势。

### 参 考 文 献

- [1] 周飞,刘璐,余之刚.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.
- [2] Zhou F, Yu LX, Ma ZB, et al. Granulomatous lobular mastitis[J]. Chronic Dis Transl Med, 2016, 2(1): 17-21.
- [3] 崔仁忠,杨接辉,潘承欣,等.肉芽肿性乳腺炎的 6 年发病情况及不同治疗方案的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(11):2271-2272
- [4] Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma[J]. Am J Clin Pathol, 1972, 58(6): 642-646.
- [5] 马国华,傅西林.乳腺肉芽肿 6 例报告[J].中国肿瘤临床,1986,13(5):291-292.
- [6] 张卫红,陈红风.陈红风教授治疗肉芽肿性乳腺炎临床经验[J].云南中医中药杂志,2016,37(7):6-8.
- [7] 王颀,于海静.肉芽肿性乳腺炎的精准确诊[J].中华乳腺病杂志,2017,11(3):129-131.
- [8] Mahlab-Guri K, Asher I, Allweis T, et al. Granulomatous lobular mastitis[J]. Isr Med Assoc J, 2015, 17(8): 476-480.
- [9] 张慧,黄慧,周晨,等.妊娠中晚期中医体质评估[J].中华中医药学刊,2010,28(7):1435-1437.
- [10] Shin YD, Park SS, Song YJ, et al. Is surgical excision necessary for the treatment of granulomatous lobular mastitis? [J]. BMC Women's Health, 2017, 17(1): 49.
- [11] 游燕.中药在妊娠期的安全应用探讨[J].陕西中医学院学报,2010,33(2):58-59.
- [12] 缪睿,邬海萍,王虹,等.中国药典 2015 年版妊娠哺乳禁忌相关中成药整理及思考[J].中国现代应用药学,2016,33(5):618-623.
- [13] 白晓菊.中国药典 2005 年版药材与饮片妊娠禁用、忌用和慎用药的分析[J].中国现代应用药学杂志,2009,26(9):724-727.

(收稿:2018-01-21 在线:2018-10-25)

责任编辑:段碧芳

英文责编:张晶晶