

· 临床论著 ·

## 火针联合柴葵清消方干预脓肿期热盛肉腐证非哺乳期乳腺炎的随机对照研究

王 怡<sup>1</sup> 孙震平<sup>1</sup> 秦悦农<sup>1</sup> 周细秋<sup>2</sup> 吴春宇<sup>1</sup> 叶 贞<sup>1</sup> 刘 胜<sup>1</sup>

**摘要** **目的** 评价火针联合柴葵清消方治疗脓肿期热盛肉腐证非哺乳期乳腺炎的临床疗效。**方法** 将门诊纳入的脓肿期热盛肉腐证非哺乳期乳腺炎患者 60 例, 采用区组随机、临床对照试验方法, 按 1:1 分为试验组及对照组。每组 30 例, 2 组均内服柴葵清消方, 试验组加用火针排脓引流法 (简称火针疗法), 对照组加用手术切开排脓引流法 (简称切排疗法), 疗程 2 个月。每 2 周测量脓腔及肿块面积, 填写视觉模拟评分 (VAS) 疼痛量表。**结果** 试验组治疗 6 周时总有效率为 86.7% (26/30), 优于对照组 [56.7% (17/30)], 差异有统计学意义 ( $\chi^2=6.851, P<0.05$ )。与本组治疗前比较, 两组治疗 2、4、6、8 周后脓腔面积和肿块面积逐渐减少, 差异均有统计学意义 ( $P<0.05, P<0.01$ ); 对照组治疗第 8 周与第 6 周比较, 脓腔面积差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。与对照组同期比较, 试验组治疗第 2、4 周时的脓腔面积及第 4、6 周肿块面积均减少, 差异亦有统计学意义 ( $P<0.05, P<0.01$ )。试验组脓腔愈合平均时间为 (57.67 ± 16.78) d, 优于对照组 [(68.07 ± 18.63) d], 差异有统计学意义 ( $t = -10.4, P<0.05$ )。治疗后 2 组患者 VAS 较治疗前均下降 ( $t$  分别为 -5.33、-5.46,  $P<0.01$ ), 试验组明显优于对照组 ( $t = -1.3, P<0.01$ )。Logistic 多因素回归分析表明, 初始乳房脓腔面积 [ $OR=4.291, 95\%CI (1.124, 21.479), P<0.05$ ] 和肿块面积 [ $OR=4.330, 95\%CI (1.185, 23.106), P<0.05$ ] 与疗效相关。优效性分析结果表明, 初始脓腔面积  $<20\text{ cm}^2$  时, 火针疗法优于切排疗法 [ $RR=0.37, 95\%CI (0.01, 0.81), P=0.03$ ]。**结论** 火针联合柴葵清消方治疗脓肿期热盛肉腐证非哺乳期乳腺炎可有效促进脓腔愈合, 减轻患者痛苦。

**关键词** 火针; 清消法; 柴葵清消方; 非哺乳期乳腺炎; 热盛肉腐证; 随机对照试验

**Fire Needle Combined with Chaikui Qingxiao Recipe in Intervention of Non-puerperal Mastitis with Intense Heat Induced Flesh Decay Syndrome in Abscess Stage: a Randomized Controlled Study** WANG Yi<sup>1</sup>, SUN Chen-ping<sup>1</sup>, QIN Yue-nong<sup>1</sup>, ZHOU Xi-qiu<sup>2</sup>, WU Chun-yu<sup>1</sup>, YE Zhen<sup>1</sup>, and LIU Sheng<sup>1</sup> *1 Breast Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai (200032); 2 Department of General Surgery, Pudong Branch, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai (200010)*

**ABSTRACT Objective** To evaluate the clinical efficacy of fire needling combined with Chaikui Qingxiao Recipe (CKQXR) in the treatment of non-puerperal mastitis with intense heat induced flesh decay syndrome (IHIFDS) in abscess stage. **Methods** A total of 60 non-puerperal mastitis patients with IHIFDS in abscess stage at Outpatient Clinic were assigned to the experimental group and the control group in the ratio of 1:1 by block randomized, controlled clinical trial, 30 cases in each group. All patients took CKQXR. Patients in the experimental group additionally received fire-needle drainage method, while those in the control group additionally received surgical incision and drainage method. The course of treatment was 2 months for all. The areas of the abscess and the mass were measured once every 2 weeks, and visual analogue scale (VAS) pain scale filled

基金项目: 国家中医药行业专项资金 -2015 年中医药慢性病管理项目 (No. 201507001-1); 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目 (No. ZY[2018-2020]-ZYBZ-01)

作者单位: 1. 上海中医药大学附属龙华医院中西医结合乳腺科 (上海 200032); 2. 上海中医药大学附属龙华医院浦东分院普外科 (上海 200010)

通讯作者: 刘 胜, Tel: 021-64285700, E-mail: lhyytcmis@163.com

DOI: 10.7661/cjim.20220415.134

out. **Results** The total effective rate at week 6 after treatment was 86.7% (26/30 cases) in the experimental group, better than that of the control group (56.7%, 17/30 cases) ( $\chi^2=6.851, P<0.05$ ). Compared with before treatment in the same group, the areas of the abscess cavity and mass were gradually reduced in the two groups after 2, 4, 6, 8 weeks of treatment ( $P<0.05, P<0.01$ ). There was no statistical difference in abscess area of the control group between week 8 and week 6 ( $P>0.05$ ). Compared with the control group at the same time points, there were no statistical differences in abscess area reduction of the experimental group between at week 4-2 and week 6-4 ( $P<0.05, P<0.01$ ). The average healing time of the abscess cavity in the experimental group was ( $57.67 \pm 16.78$ ) days, better than that in the control group ( $68.07 \pm 18.63$ ) days, with statistical difference ( $t=-10.4, P<0.05$ ). After treatment the VAS scores of the two groups both decreased ( $t=-5.33, -5.46, P<0.01$ ), and the experimental group was significantly better than the control group ( $t=-1.3, P<0.01$ ). Logistic multivariate regression analysis showed that initial breast abscess area [ $OR=4.291, 95\%CI(1.124, 21.479), P<0.05$ ] and mass area [ $OR=4.330, 95\%CI(1.185, 23.106), P<0.05$ ] was related to the curative effect. The results of superiority analysis showed that when the initial abscess area was less than  $20\text{ cm}^2$ , fire acupuncture therapy was superior to traditional surgical excision [ $RR=0.37, 95\%CI(0.01, 0.81), P=0.03$ ]. **Conclusion** Fire needling combined with CKQXR effectively promoted the healing of abscess cavity and relieved pain of non-puerperal mastitis patients with IHIFDS in abscess stage.

**KEYWORDS** fire needle; Qingxiao method (elimination method); Chaikui Qingxiao Recipe; non-puerperal mastitis; intense heat induced flesh decay syndrome; randomized controlled trial

非哺乳期乳腺炎 (non-puerperal mastitis, NPM) 是发生在非哺乳期、病因不明、良性、非特异性炎症性疾病, 包括乳腺导管扩张症 (mammary duct ectasia, MDE)、浆细胞性乳腺炎 (periductal mastitis, PDM)、肉芽肿性小叶乳腺炎 (granulomatous lobular mastitis, GLM)<sup>[1]</sup>。根据此病脓液组织中多夹杂粉渣、颗粒样物质, 中医学将其称之为“粉刺型乳痛”<sup>[2]</sup>。上海中医药大学附属龙华医院海派中医流派“顾氏外科”经历数代人的努力, 在继承与创新的基础上逐步探索出完整的治疗体系, 其中刘胜教授基于“疏肝泻火、健脾化浊”清消法思路, 自拟“柴葵清消方”治疗 NPM 取得良好疗效<sup>[3]</sup>。

NPM 依据不同的临床表现, 可分为肿块期、脓肿期和溃后期<sup>[1]</sup>, 其中脓肿期的治疗应遵循《外科正宗》中“因势而利导、驱邪以出路”“泄毒外出为第一要义”的原则<sup>[4]</sup>, 多以外治为主, 内治为辅。目前常用的外治方法是手术切开排脓, 但由于切排存在愈合周期长、且易导致术后乳房外形差。本课题组在前期切排联合挂线疗法较之单纯的切开排脓, 可有效保护乳房外形, 但仍然存在疮面愈合周期较长等弊端<sup>[5]</sup>。有研究表明, 火针疗法对体表的脓腔有独特疗效, 可通过高温烧灼至通红后, 快速穿透脓腔表层皮肤, 使脓液得泄, 从而达到通经活络、化瘀止痛、祛腐排脓的作用<sup>[6]</sup>。较之传统外科手术, 火针在治疗脓肿上具有创伤小、痛苦少、疮面愈合快, 治疗周期短等诸多优势<sup>[7]</sup>。故本研究采用火针联合柴葵清消方的治疗方

法, 观察其治疗脓肿期热盛肉腐证 NPM 的临床疗效。

## 资料与方法

### 1 诊断标准

1.1 西医诊断标准 参照《非哺乳期乳腺炎专家共识》<sup>[1]</sup>中的 NPM 诊断标准:(1) 临床表现为乳腺肿块和乳头内陷、乳头溢液、乳腺疼痛;(2) 空心针穿刺病理特征性表现:以乳腺小叶单位为中心的非干酪样肉芽肿, 呈多灶性分布, 大小不等, 伴或不伴微脓肿。

1.2 中医辨证分型标准 参照《中医证候规范》<sup>[8]</sup>中的热盛肉腐证标准。主症:局部乳房红肿明显, 肿势高凸, 疼痛明显, 痛如鸡啄拒按, 按之有波动感。次症:心烦口干、纳差、夜寐难以入睡。舌脉象:舌质红, 苔白腻或黄腻, 脉弦滑或数。具备全部主症及 1 项次症结合舌脉象即可确诊为热盛肉腐证。

2 纳入标准 (1) 符合 NPM 诊断标准的 18~50 岁成年女性;(2) 中医证型符合热盛肉腐证;(3) 体格检查可触及乳房肿块区波动感明显且应指, 且在乳房彩超下显示脓腔面积  $>10\text{ cm}^2$ ;(4) 自愿接受火针、切开排脓治疗及访视;(5) 签署知情同意书。

3 排除标准 (1) 合并其他乳腺疾病;(2) NPM 单纯肿块期或脓肿已破溃或以肉芽组织增生为主者;(3) 妊娠期或哺乳期妇女;(4) 合并有心、脑、血管疾病, 肝、肾功能异常, 糖尿病或精神疾病等;(5) 有晕针情况。

4 一般资料 66 例为 2020 年 11 月—2021 年 3 月在上海中医药大学附属龙华医院及浦东分院门诊就诊的脓肿期 NPM 女性患者。采用区组随机化的方法, 设定区组因素为脓腔面积, 分设试验组与对照组, 区组长度设定为 4, 因此, 每个区组将得到 6 种可能的分配序列: AABB、ABAB、ABBA、BABA、BAAB 和 BBAA。分别赋值为 AABB=1、ABAB=2、ABBA=3、BABA=4、BAAB=5、BBAA=6。利用 SPSS 21.0 软件生成随机数。按照入组的先后顺序, 1:1 进入试验组或对照组。其中纳入患者有 3 例不符合中医热盛肉腐证, 2 例私自服用抗生素, 1 例因撤回知情同意书而剔除。共纳入 60 例受试者, 每组各 30 例。2 组平均年龄, BMI, 脓腔、肿块总面积及其面积分布情况 (表 1) 比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。本研究经上海中医药大学附属龙华医院伦理委员会审核批准 (No.2016LCSY093), 并已在中国临床试验注册中心完成注册 (No.ChiCTR2200055778)。

表 1 两组一般资料比较

项目	试验组 (30 例)	对照组 (30 例)	$\chi^2/t$	$P$ 值
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	32.77 $\pm$ 7.02	32.27 $\pm$ 5.90	0.50	0.38
BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ , $\bar{x} \pm s$ )	23.06 $\pm$ 2.58	22.62 $\pm$ 2.41	0.43	0.24
脓腔面积 [例 (%)]			0.29	0.87
<20 $\text{cm}^2$	8 (26.67)	10 (33.33)		
20~50 $\text{cm}^2$	12 (40.00)	11 (36.67)		
>50 $\text{cm}^2$	10 (33.33)	9 (30.00)		
脓腔总面积 ( $\text{cm}^2$ , $\bar{x} \pm s$ )	9.38 $\pm$ 4.54	9.69 $\pm$ 5.12	-0.32	0.40
肿块面积 [例 (%)]			0.45	0.80
<50 $\text{cm}^2$	7 (23.33)	5 (16.67)		
50~100 $\text{cm}^2$	10 (33.33)	12 (40.00)		
>100 $\text{cm}^2$	13 (43.34)	13 (43.33)		
肿块总面积 ( $\text{cm}^2$ , $\bar{x} \pm s$ )	70.83 $\pm$ 53.02	65.92 $\pm$ 46.25	4.91	0.35

5 治疗方法 2 组均给予柴葵清消方内服, 处方: 柴胡 6 g 白术 9 g 黄芩 9 g 茯苓 15 g 郁金 12 g 香附 12 g 生山楂 15 g 蒲公英 30 g 白花蛇舌草 30 g 鹿衔草 30 g 天葵子 15 g。每日 1 剂, 水煎, 分早、晚 2 次饭后 0.5 h 后服用, 共服用 2 个月。

试验组加用火针排脓 (简称火针疗法): 选用中型或粗型火针 (规格: 0.6 mm  $\times$  50 mm; 0.8 mm  $\times$  50 mm, 北京大名科技有限公司, 货号: 20182200868)。操作方法: 暴露患侧乳房, 选取脓肿波动感最明显处为针刺点。常规碘伏无菌操作后, 将针身放至火上烧灼, 待针尖烧至通红后, 直刺脓腔或溃口腐肉四周, 深度以手下落空感为宜, 一般不超过 2 cm, 快速刺入后拔出, 不宜刺到底部正常组织。

出针后轻轻加压挤出脓液、脓血, 清除坏死组织。伤口填塞引流条<sup>[9]</sup>。根据患者脓肿及溃口情况, 每次火针治疗间隔 1~7 日, 总疗程为 2 个月。

对照组采用切开排脓 (简称切排疗法): 取仰卧位, 常规无菌操作, 0.5% 利多卡因局部麻醉, 取脓肿波动最明显处, 沿皮肤纹理作放射状切口 (若在乳晕旁则取乳晕部为切口), 切开脓腔, 清除脓液及坏死组织, 探查脓腔大小后填塞引流条。根据患者伤口情况, 间隔 1~2 日进行无菌换药, 总疗程亦为 2 个月。

6 观察指标及方法 每组患者每 2 周进行 1 次访视, 共计 8 次。内容包括评估脓腔引流状况, 测量脓腔及肿块面积、填写疼痛视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS) 量表。

6.1 脓腔面积 脓腔面积在乳房超声 (型号: Philips EPIQ5, 荷兰皇家飞利浦电子集团) 定位下确定。以彩超定位下脓腔面积 (长轴  $\times$  短轴) 为准。若有多个, 将面积相加得到结果。

6.2 肿块面积 先以保鲜膜覆盖于肿块表面, 描绘轮廓, 再覆盖于标准表格 (1 mm  $\times$  1 mm) 上, 以数格子方式计算直径或面积。若有多个肿块, 将面积相加得到结果。

6.3 VAS 评分 采用汉化版的 VAS 量表<sup>[10]</sup>, 根据疼痛的不同程度由低至高赋值为 0~10 分。

6.4 脓腔愈合时间 所有患者自入组开始, 至脓腔完全闭合, 在彩超下无液性暗区, 触诊按压后无渗液, 所需的时间 (若患者在 2 个月治疗期内脓腔未闭合, 则延长治疗时间直至脓腔闭合)。

6.5 疗效判定 以 2 个月治疗周期为准进行计算。显效: 引流通畅, 彩超下脓腔面积较初始脓腔面积缩小 >75%; 乳房肿块面积较初始肿块面积缩小 >60%。有效: 引流通畅, 彩超定位下脓腔面积较初始脓腔面积缩小 40%~75%; 乳房肿块面积较初始肿块面积缩小 30%~60%。无效: 引流欠通畅, 彩超定位下脓腔面积较初始脓腔面积缩小 <40%; 乳房肿块面积较初始肿块面积缩小 <30%, 或乳房肿块无明显变化。总有效率 (%) = (有效例数 + 显效例数) / 总例数  $\times$  100%。

7 统计学方法 采用 SPSS 21.00 进行统计学分析, 计量资料数据以  $\bar{x} \pm s$  表示, 符合正态采用独立样本  $t$  检验, 不符合正态分布的采用秩和检验 (Mann-Whitney) 进行统计学分析; 计数资料数据以频数表示, 采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确概率分析。治疗前后多个时间点测量数值变量采用重复测量方差分析法进行分析。多因素资料采用 Logistic 回归分析等。

采用双侧检验，检验水准取  $\alpha = 0.05$ ，给出点估计和 95% 的可信区间 (CI),  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 结 果

1 研究完成情况 纳入 60 例患者均完成整个试验，无脱落病例。具体流程见图 1。

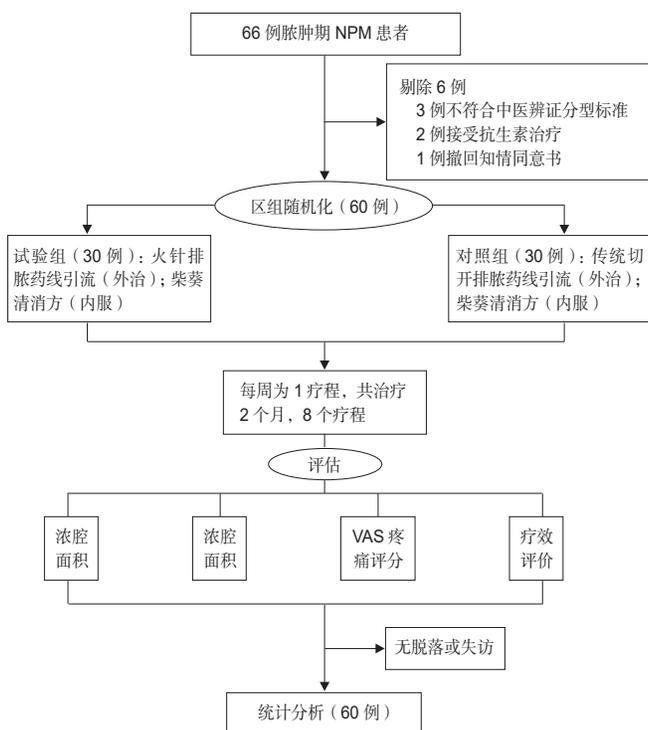


图 1 病例流程图

2 两组脓腔及肿块总面积比较 (表 2) 与本组治疗前比较，两组治疗 2、4、6、8 周后脓腔面积和肿块面积逐渐减少，差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )；对照组治疗第 8 周与第 6 周比较，脓腔面积差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。与对照组同期比较，试验组治疗第 2、4 周时的脓腔面积及第 4、6 周肿块

面积减少，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。

3 两组临床疗效比较 (表 3) 与对照组比较，试验组治疗 6 周有效率优于对照组 ( $\chi^2 = 7.63$ ,  $P = 0.02$ )；试验组的平均愈合时间为 ( $57.67 \pm 16.78$ ) d，优于对照组 [ $(68.07 \pm 18.63)$  d]，差异有统计学意义 ( $t = -10.40$ ,  $P < 0.05$ )。

4 两组 VAS 评分比较 (表 4) 与本组治疗前比较，两组治疗 2、4、6、8 周后，患者 VAS 评分逐渐降低 ( $P < 0.01$ )；且试验组在治疗 2、8 周时 VAS 评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。

5 影响疗效的 Logistic 多因素回归分析 (表 5) 将患者的 BMI、年龄、初始脓腔面积和肿块面积带入 Logistic 方程。经分析，初始脓腔面积 [ $OR = 4.291$ , 95%CI (1.124, 21.479),  $P < 0.05$ ] 及初始肿块面积 [ $OR = 4.330$ , 95%CI (1.185, 23.106),  $P < 0.05$ ] 是影响疗效的关键因素。

6 不同治疗方式的优效性分析 (表 6) 将两组疗效评判为有效的患者依据 Logistic 多因素回归分析结果示，当初始脓腔面积  $< 20 \text{ cm}^2$ ，火针疗法较切排疗法更有优势 [ $RR = 0.37$ , 95%CI (0.01, 0.81),  $P = 0.03$ ]。

### 讨 论

NPM 多因肝气郁结，脾虚湿浊内生而发，NPM 脓肿的形成多因脾胃积热或痰浊壅滞，郁久化热，热盛肉腐，化而成脓，《内经》记载：“热盛则肉腐，肉腐则为脓”<sup>[11]</sup>，故脓肿期 NPM 中医辨证为“热盛肉腐”证，治疗多遵循清热利湿，疏肝健脾之法。刘胜教授强调既要清热解毒、又要疏肝健脾以杜绝疾病迁延反复，以柴胡、黄芩、郁金、香附为君，清肝和血、理气散结；白术、茯苓平淡之品健脾利湿为臣药；蒲公英

表 2 两组治疗不同时间脓腔及肿块总面积比较 ( $\text{cm}^2$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	脓腔面积	肿块面积
试验	30	治疗前	37.69 ± 22.34	70.92 ± 31.25
	30	治疗第 2 周	16.72 ± 9.411**●	55.29 ± 23.18*
	30	治疗第 4 周	9.28 ± 7.06***△●	30.82 ± 15.21***△●●
	30	治疗第 6 周	6.22 ± 4.64***△▲	27.23 ± 18.06***△●
	30	治疗第 8 周	4.03 ± 3.82***△▲▲○	18.21 ± 9.72***△▲▲○
对照	30	治疗前	33.18 ± 19.32	79.83 ± 28.02
	30	治疗第 2 周	21.53 ± 8.77**	64.87 ± 29.34*
	30	治疗第 4 周	13.28 ± 9.116***△	47.11 ± 26.10***△
	30	治疗第 6 周	5.33 ± 3.17***△▲▲	35.79 ± 20.04***△▲
	30	治疗第 8 周	5.09 ± 2.61***△▲▲	20.11 ± 11.24***△▲▲○

注：与本组治疗前比较，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ ；与本组治疗第 2 周比较，△ $P < 0.01$ ；与本组治疗第 4 周比较，▲ $P < 0.05$ ，▲▲ $P < 0.01$ ；与本组治疗第 6 周比较，○ $P < 0.05$ ，○○ $P < 0.01$ ；与对照组同期比较，● $P < 0.05$ ，●● $P < 0.01$

表 3 两组临床疗效结果比较 [例 (%)]

组别	例数	时间	显效	有效	无效	总有效
试验	30	治疗第 2 周	4 (13.33)	18 (60.00)	8 (26.67)	22 (73.30)
	30	治疗第 4 周	6 (20.00)	17 (56.67)	7 (23.33)	23 (76.70)
	30	治疗第 6 周	11 (36.67)	15 (50.00)	4 (13.33)	26 (86.70)*
	30	治疗第 8 周	13 (43.33)	12 (40.00)	5 (16.67)	25 (83.33)
对照	30	治疗第 2 周	3 (10.00)	15 (50.00)	12 (40.00)	18 (60.00)
	30	治疗第 4 周	4 (13.33)	12 (40.00)	14 (46.67)	16 (53.30)
	30	治疗第 6 周	6 (20.00)	11 (36.67)	13 (43.33)	17 (56.70)
	30	治疗第 8 周	6 (20.00)	15 (50.00)	9 (30.00)	21 (70.00)

注: 与对照组同期比较, \*P<0.05

表 4 两组患者不同时间点 VAS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	VAS				
		治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周	治疗 8 周
试验	30	7.00 ± 1.57	4.77 ± 2.16* <sup>△</sup>	3.43 ± 1.50*	3.30 ± 1.35*	1.67 ± 0.65* <sup>△△</sup>
对照	30	8.43 ± 1.82	5.80 ± 1.85*	3.83 ± 1.73*	3.90 ± 1.47*	2.97 ± 1.20*

注: 与本组治疗前比较, \*P<0.01; 与对照组同期比较, <sup>△</sup>P<0.05, <sup>△△</sup>P<0.01

表 5 Logistic 多因素回归分析

类别	B	B 标准误	Wald $\chi^2$	OR	95% CI		P 值
					上限	下限	
BMI	1.318	1.282	1.058	3.736	0.303	46.504	0.304
年龄	0.452	1.489	0.902	0.784	0.051	10.494	0.531
脓腔面积	1.546	0.776	3.964	4.291	1.124	21.479	0.046
肿块面积	1.603	0.799	4.960	4.330	1.185	23.106	0.043
常量	-11.875	3.193	13.832	0.000			<0.001

表 6 两组不同初始脓腔面积及肿块面积的治疗疗效比较

项目	试验组	对照组	RR	95%CI		P 值
	(%)			上限	下限	
脓腔面积 (cm <sup>2</sup> )						
<20	84.62 (11/13)	30.00 (3/10)	0.37	0.01	0.81	0.03
20~50	75.00 (6/8)	90.00 (9/10)	3.33	0.56	12.48	0.66
>50	88.89 (8/9)	90.00 (9/10)	1.25	0.17	8.00	0.93
肿块面积 (cm <sup>2</sup> )						
<50	88.89 (8/9)	40.00 (2/5)	0.64	0.07	1.47	0.31
50~100	72.73 (8/11)	58.33 (7/12)	2.00	0.22	10.50	0.65
>100	90.00 (9/10)	92.31 (12/13)	2.33	0.30	11.00	0.85

英、白花蛇舌草、鹿衔草共为佐,以清热解毒;利湿散结;依据 NPM 的多脂特点,用生山楂、天葵子为使,健脾消脂、散结通络,最终使肝气得条达,脾气得以健运,津液代谢恢复正常,痰瘀得散,郁火得消。

火针古称为“燔针焮刺”,出自晋代《小品方》<sup>[12]</sup>,唐代孙思邈在《备急千金要方》中首先将火针疗法的适用范围扩展到治疗外科的疮疡疔肿中<sup>[13]</sup>。外科专著《刘涓子鬼遗方》<sup>[14]</sup>详细记录了火针的使用方法:“凡里有脓毒,诸药贴不破者,宜用熟铜针于油火上燎透,先用墨笔点当头,后以铜针浅浅针入,随针而出脓者,顺也”。火针借“火”辅助机体阳气,

使毒热之邪外泄,达到借火助阳、开门驱邪,以热引热的目的,从而恢复气血的正常运行<sup>[15]</sup>。NPM 脓肿期运用火针,是借火针的“热”引本病的“毒热”之邪,使热随毒泻,气血自和。如《景岳全书》中论述:“痈疽为患,无非气血壅滞,留结不行之所致,凡大结大滞者,最不易散,必欲散之,非借火力不能速也”<sup>[16]</sup>。

NPM 脓肿期传统采用低位切开引流,创面填塞引流条,但存在局部麻醉效果不理想,疼痛感明显,后期每日换药增加患者的痛苦等弊端。而火针相对操作简便,对患者刺激小,痛感不明显,并且具有创面

小, 乳房外形保护好的优势, 因此在临床上被广泛应用。如林毅教授采用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿, 对乳腺组织损伤少, 伤口愈合时间短<sup>[17]</sup>。夏仲元教授采用火针联合中药治疗脓肿期 NPM 临床治愈率达 73.33%<sup>[18]</sup>。

本研究结果显示, 火针对脓腔的引流效果要优于传统的切排, 并通过不断地“热刺激”使得腐肉渐脱, 脓腔逐渐愈合。同时笔者也发现, 火针对肿块的缩小有促进作用。当 NPM 局部炎症反应剧烈时, 乳房肿块反应性增大, 因此, 局部炎症改善时, 肿块可缩小。由此笔者可以看出, 火针治疗可能较传统的切排更能减轻炎症的反应, 笔者推测火针组肿块面积的明显缩小与局部血液循环改善有关, 这可能需要更多的试验数据来支持。火针治疗的另一优势体现在患者的疼痛感较低, 治疗接受度高, 这更有利于临床的推广应用。

总之, 火针对脓肿期热盛肉腐证 NPM 的外治疗效, 由于本病易形成分散型脓腔, 本研究提示火针对多发且面积较小的脓腔, 较切排有明显的优势。但对于面积较大的脓腔仍需更多的样本量来验证, 这将是课题组以后继续研究的方向。

**利益冲突:** 所有作者均声明不存在利益冲突。

#### 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] 陆德铭, 陆金根主编. 实用中医外科学[M]. 第2版. 上海: 上海科技出版社, 2010: 143-145.
- [3] 王瑞, 周细秋, 刘胜, 等. 清消法治疗 118 例肉芽肿性乳腺炎临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(11): 115-118.
- [4] 刘德果, 李姿蓉, 陈其华, 等. 《外科正宗》外科外治法学术思想管窥[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(6): 181-183.
- [5] 郑金洲, 宋晓耘, 刘胜, 等. 清消法结合拖线疗法治疗浆细胞性乳腺炎和肉芽肿性乳腺炎的临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(7): 165-169.
- [6] 喻杉, 梁玉祥, 袁峰, 等. 围手术期火针烙法联合中药灌洗对慢性骨髓炎伴脓肿形成患者的疗效影响观察[J]. 四川中医, 2020, 38(7): 192-194.
- [7] 郭海霞, 刘刚. 电火针洞式引流联合局部封闭治疗头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎疗效观察[J]. 天津中医药, 2016, 33(9): 541-544.
- [8] 邓铁涛主编. 中医证候规范[M]. 广州: 广东科技出版社, 1990: 78.
- [9] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗主编. 外科学[M]. 第九版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 108-110.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南: 疼痛学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 14.
- [11] 张其成主编. 张其成全解黄帝内经·灵枢(下)[M]. 北京: 华夏出版社, 2021: 932-950.
- [12] 陈延之, 高文柱(校)主编. 小方方辑校[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1983: 2-3.
- [13] 程海英. 火针禁忌之我见[J]. 中医杂志, 2007, 48(4): 303-305.
- [14] 刘涓子, 龚庆宣主编. 刘涓子鬼遗方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 39-42.
- [15] 李小红. 火针的临床应用 5 则[J]. 光明中医, 2019, 34(10): 1588-1590.
- [16] 张景岳主编. 景岳全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2006: 456-458.
- [17] 司徒红林, 朱华宇, 林毅, 等. 林毅教授应用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(4): 1-3.
- [18] 彭婧, 李黎靖, 夏仲元, 等. 火针为主综合治疗非哺乳期乳腺炎 30 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2020, 39(5): 47-50.

(收稿: 2021-12-19 在线: 2022-05-05)

责任编辑: 段碧芳

英文责编: 张晶晶