

· 临床经验 ·

林毅教授应用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿经验

司徒红林 朱华宇 井含光 林 毅

乳腺脓肿可见于哺乳期乳腺炎和非哺乳期乳腺炎成脓期,临床表现为乳房红肿热痛,可伴头痛身热,严重者可并发脓毒症^[1]。乳腺脓肿尤其是非哺乳期乳腺脓肿一直是临床治疗的难点。林毅教授是首届全国名中医,担任中华中医药学会乳腺病分会名誉主任委员及广东省中医外科学会顾问,从医 55 年来,在乳腺病治疗的理论研究和临床实践上积累了丰富的经验^[2-5]。林教授认为治疗乳腺脓肿应重视保护乳房的外形及生理功能,特别是在非哺乳期乳腺脓肿治疗方案的选择上,保乳应为重中之重。林教授凝练历代中医典籍,结合长期临床实践经验,创新性地运用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿,以更小的创伤、更美的外形、更好的功能、更短的疗程、更少的不良反应为治疗目标,采取“内外合治、外治为宗、内治兼收”的治疗原则,突显中医特色疗法优势。该技术于 2012 年纳入国家中医药管理局适宜诊疗技术全国推广项目。笔者对林毅教授应用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿的经验作整理归纳,具体如下。

1. 火针洞式烙口引流术

1.1 引流术方法

1.1.1 操作步骤及要领 (1) 定好体位。良好的体位选择,一是决定于脓肿的部位,二是方便术者操作,三是有利于脓液引流。常用体位有平卧位和侧卧位两种,以充分暴露脓肿为度,切忌体位因素压迫脓腔,阻碍排脓;(2) 正确进针。选好进针点,定好进针方向和深度,是技术操作关键。进针点应选在脓肿明显波动的低垂部位以利引流,并尽量避开和远离乳晕,以防伤及乳腺主导管。进针方向:左手顺脓肿高位端提固定乳房与胸部呈 90°,右手持针具直刺脓肿中部。若进针偏斜,由于组织牵引和压力的作用,刺烙通道内口可能受压,使引流不畅影响排脓效果,在部分坏死组织尚未液化的脓腔需更加注意。进针深度根据脓腔深

度,针尖应进入脓腔 0.5~1 cm。若进针深度不够,针尖刚进入脓腔,内烙口太小易被稠脓坏死组织堵塞,造成引流不畅。亦要避免进针过深,伤及血管和神经;(3) 掌握针温和针速。火针的适当温度是使烙口组织产生焦痂,从而形成坚实而光滑的引流通道的,因此针体需加热至红透发亮才可进针。针速取决于脓腔大小和深浅。脓腔小而浅者,脓液少,易排出,针速易快,速进疾出,不转针,不停留。大而深的脓肿,因排脓通道长,脓液多,往往还有块状坏死组织,排脓时间长,为使引流通畅彻底,要有略宽的排脓通道,故需在快速进针后将针体迅速转动一下再退针,方可形成良好的引流通道的;(4) 完全排脓。经火针刺烙形成光滑坚实通道后,拔出火针,脓液即可自行排出。为促进排脓,术者可用手轻轻揉按加压,使脓液尽快排出。如坏死组织阻塞烙口,可用蚊式钳将其夹出。

1.1.2 术后处置 术后在探针引导下尽可能将不同方向的脓肿打开,用刮匙搔刮排出脓腔内的水肿肉芽、坏死乳络和瘀血等脓腐,再用大、中、小不同型号的干湿棉捻交替捻净脓腔及窦道内的脓腐。若探及有残留顽腐或炎性机化组织,则在脓腔或窦道内放置提脓药捻引流,以达拔毒提脓、祛腐生肌之目的。并以土黄连液纱块隔开皮肤与提脓药捻外露部分,以避免腐蚀皮肤。加味金黄散水蜜膏敷贴红肿处,弹力绷带八字型包扎固定,以舒适为度。次日取出提脓药捻,若见脓稠抱袋,即为煨脓长肉之好时机。脓尽后不再插置药捻,可予收口。

1.2 注意事项

1.2.1 火针穿刺点的选择 以 B 超图像为参考标准,在避开乳晕、脓肿波动明显的低垂位进针,以避免袋脓或烙口不愈合。若为多房脓肿,烙口应选取可兼顾到多个脓肿引流的低垂位,尽可能使各个脓腔达到同时向烙口充分引流的效果。刺烙当天探针导引放置提脓药捻于主要的脓腔引流,1~2 日后分别打开其余脓腔引流通道的,可达到 1 个低垂位烙口多个脓腔引流通畅的效果。

1.2.2 避免乳漏发生 哺乳期乳腺脓肿如并发乳漏势必影响疮口愈合,如何预防乳漏至关重要。乳

基金项目:国家重点研发项目(No. 2018YFC1704100);林毅全国名中医传承工作室项目(No. 12BMaa03)

作者单位:广东省中医院乳腺科(广州 510120)

通讯作者:林 毅, Tel :020-81887233, E-mail: mygzsl@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20200515.118

漏多因乳腺脓肿未成熟时切开或刺烙导致乳腺正常组织受损所致,故乳腺脓肿刺烙时机应在穿刺抽得脓液之后。此外,正确掌握乳腺脓肿的部位、深度及刺烙方向,切忌过多损伤正常组织,是避免乳漏发生的关键。

1.3 禁忌证

乳痈初起未成脓、慢性炎性僵块、有凝血功能障碍、精神障碍者禁用本法。精神过于紧张、饥饿、劳累的患者,以及醉酒之人不宜施行火针洞式烙口引流术,以防止出现晕针等症状,待不适症状缓解后再行治疗。此外,糖尿病患者血糖控制平稳后方可施术,后续换药期间仍需将血糖控制在稳定状态,并注意无菌操作以避免术口延迟愈合。

2. 治疗原则

2.1 外治为宗

2.1.1 开门逐寇 林教授强调:“有脓即当针,宜熟不宜生,脓口宜顺下,排脓见血停”。明·汪机《外科理例·卷四·乳痈一百七》:“夫乳者,有囊橐,有脓不针,则患遍诸囊矣”^[6]。但是,中医临床使用的传统火针直径较小,多为利用特制的针具在火焰上加热到较高温度后刺激皮肤脓肿^[7],不能满足乳腺脓肿迅速通畅排脓的需要。为此,林教授对传统火针进行改良,创新电火针治疗仪,其针具直径为 0.3~0.5 cm,针长 5 cm,以电加热,温度稳定且可控。应用电火针治疗仪行火针洞式烙口引流术,其烙口虽小,但外口及内壁产生焦痂附着,形成内壁光滑的管状通道,排脓通畅,充分满足快速引流的需求,出血少,痛苦小,疤痕小,疗程短,患者乐于接受。疗效明显优于传统火针及刀切排脓。

2.1.2 祛腐生肌 火针刺烙排脓后辅以提脓化腐药捻拔毒引流,有助于将坏死组织液化排除,以达腐去肌生之目的。临床中经排脓和刮捻治疗后,可能仍有部分顽腐及水肿肉芽残留,并与周围组织黏连。因此,林教授运用提脓药捻(熟石膏、红升丹等)插入脓腔和窦道基底部,可加速内蓄之脓腐液化脱落,使其迅速排出。若为多发脓肿,可以向不同方向打开的脓腔中分别置入提脓药捻,尽量使各个脓腔达到同时引流,有效缩短疗程,直至脓尽为度。由于本病病情复杂,尤其是非哺乳期乳腺炎临床极易失治误治,就诊时患处往往破溃严重,乳房内部多灶脓肿,炎性窦道呈“地道式蔓延”。因此在临床治疗中,刮捻和引流两个步骤常需交替重复,务求脓腐及坏死组织彻底排出,最终达到“祛腐生肌”的治疗目标。

2.2 内治兼收

采用火针洞式烙口引流术处置后,可辨证予以经

验方消痈溃坚汤(由穿山甲、牡蛎、郁金、青皮、王不留行子、桔梗、丝瓜络、漏芦、皂角刺、蒲公英、红曲、枳壳等组成)内服,以清热解毒、托里排脓,达到内外兼收之功。若为哺乳期乳腺脓肿患者,可选用炒麦芽、炒山楂、五味子浓煎频服以消滞回乳,暂时回乳一方面有助于缓解病情,减轻乳汁分泌对乳腺的压力,另一方面可降低乳漏发生的风险。

3. 医案举隅

郭某,女,32岁,2019年3月16日初诊。主诉:产后1个月,母乳喂养,左乳排乳不畅10天。患者1周前出现左乳红肿热痛,拒按,曾在广州市番禺区当地诊所接受乳房挤压按摩未曾缓解,症状持续加重,反复发热,体温最高40.5℃。后至当地医院诊治,诊断为急性化脓性乳腺炎,予以抗生素治疗2天,体温稍降,但左乳仍持续红肿灼痛,具体用药不详。为求进一步诊治前来广东省中医院治疗。刻下症:左乳胀痛明显,无发热,纳差,眠差,二便调。查体:左乳中央区红肿,触痛明显,拒按,波动应指感,肤温较高。血常规白细胞(WBC): $20.28 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数(NEUT): $17.65 \times 10^9/L$ 。3月16日彩超(图1)显示:左乳明显增大,全乳呈混合回声,最大深度约52 mm,可见液性流动,彩色多普勒血流显像显示周边可见丰富血流信号,左腋下淋巴结反应性增大。西医诊断:左乳急性化脓性乳腺炎。中医诊断:乳痈(成脓期)热毒壅滞证。

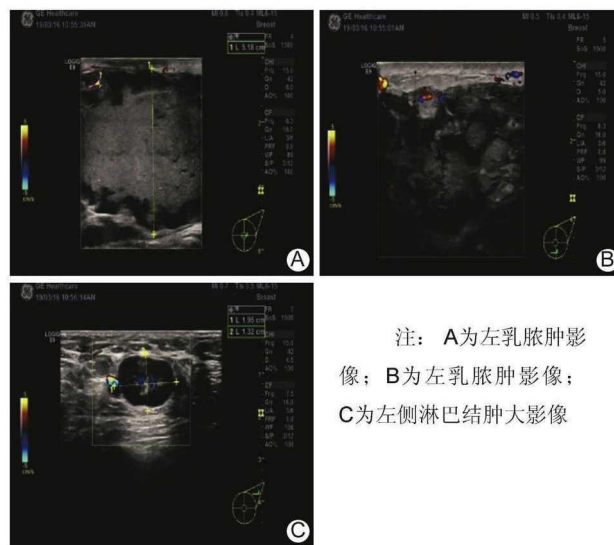


图1 患者乳腺彩超

治疗方法:内外合治,外治为主,内治为辅。外治先予左乳轻轻揉按,疏通乳络,排出淤乳。再予火针洞式烙口引流术:(1)患者平卧位,常规消毒铺巾,选左

乳 4 点位距乳头 4 cm 脓肿低垂位置刺烙,见大量浓稠性液流出,充分引流后排出脓血性液约 550 mL;(2)刮匙探查,穿刺口 12、10、9 点位可探及脓腔,长约 10~13 cm,充分搔刮清除坏死组织约 30 mL;(3)自穿刺口向各脓腔插入提脓条,深约 10、11、12 cm,药捻露出皮肤约 1 cm;(4)清洁烙口及皮肤,土黄连液纱布湿敷并隔开药捻与皮肤,包扎固定,每日换药 1 次,嘱其每 3~4 h 排乳 1 次。内治:以清热解毒,托里排脓为治则。方药:(1)透脓散加减:醋山甲 10 g(先煎) 牡蛎 30 g(先煎) 郁金 15 g 青皮 15 g 王不留行子 15 g 桔梗 10 g 丝瓜络 15 g 漏芦 30 g 皂角刺 30 g 蒲公英 15 g 红曲 6 g 枳壳 15 g,1 剂,水煎 2 次分服,每日 2 次;(2)另煎炒麦芽 120 g,炒山楂 60 g,五味子 15 g,2 剂,水煎取药汁 500 mL,分次频服饮尽,以减少乳汁分泌。

2019 年 3 月 18 日二诊,左乳全乳肿胀缓解,皮肤潮红减轻。3 月 17 日换药引流脓血性物约 150 mL。血常规 WBC: $15.48 \times 10^9/L$, NEUT: $12.67 \times 10^9/L$ 。行左乳脓肿祛腐清创术,患者取平卧位,取出提脓条,排出脓血性液约 200 mL;棉捻蘸取土黄连液搔刮脓腔,清除脓腔内坏死组织;自溃口向 12、10 点位脓腔置入土黄连引流纱条 7 条;向 9 点位脓腔置入提脓条,深度约 11 cm;土黄连纱块外敷,外包金黄散,弹力绷带包扎。方药同前,各 7 剂。

2019 年 3 月 25 日三诊,左乳无不适,无发热,眠可,二便调。舌淡红,苔白,脉细缓。血常规正常,3 月 25 日乳腺彩超(图 2)示左乳未见明显脓腔。查体:左乳无红肿热痛,外上结块消失,左乳乳汁较前明显通畅。左乳脓腔无明显脓腐,疮口肉芽红活,蝶形胶布牵拉收口,叠瓦式纱块、棉垫加压包扎。每 3 日换药 1 次,嘱其定时排空乳汁。



图 2 患者乳腺彩超

2019 年 3 月 30 日四诊,脓腔及引流口愈合,左乳无不适,外形无变化,无明显疤痕,停止相关治疗,可继续哺乳。

按:本例患者属于哺乳期乳腺脓肿,因产后乳汁淤积,乳络阻塞,气血瘀滞,致乳房肿痛,正邪交争,出现发热。外院予以抗感染治疗,体温有所下降,但症状无明显缓解。林教授认为乳痈郁滞期虽有炎症表现,但多由于乳汁淤积,乳络阻塞,郁久化热,热盛肉腐,肉腐成脓,不宜使用抗生素,一是由于抗生素不能解决乳络阻塞的病因,二是抗生素为寒凉之品,寒性收引,致气血凝滞、组织机化,欲消不消,欲脓不脓^[2]。林教授应用火针洞式烙口引流术治疗乳腺脓肿,以针代刀,排脓起“开户逐寇”之效,继予提脓药捻引流,外以土黄连液纱布湿敷,促进腐祛肌生。内治以消为贵,以通为用,方以透脓散加减,方中炮山甲、皂角刺直达病所,溃坚破结,通经透脓;郁金、漏芦、王不留行子、丝瓜络行气散结;蒲公英清热解毒,对脓肿效佳;枳壳、红曲运脾行气通便;桔梗排脓并引药上行。乳汁壅滞者,同时以麦芽、山楂、五味子浓煎频服以消滞回乳,减少乳汁对乳腺的压力。经火针洞式烙口引流术排脓,提脓药捻引流,佐以中药内服后,患者体温、血常规恢复正常,左乳肿痛减轻。随访患者左乳急性乳腺炎痊愈,乳房未见变形,无明显疤痕,可继续哺乳。

参 考 文 献

- [1] 江期华,雷秋模. 乳腺脓肿的手术治疗进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(23): 10934-10936.
- [2] 朱华宇,司徒红林,林毅,等. 中医综合疗法治疗复杂难治性浆细胞性乳腺炎 46 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(32): 3980-3981.
- [3] 司徒红林,朱华宇,黄穗渝,等. 林毅治疗急性乳腺炎经验[J]. 陕西中医, 2009, 30(12): 1640-1641.
- [4] 朱华宇,司徒红林. 林毅治疗复杂难治性浆细胞性乳腺炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(11): 1627-1628.
- [5] 徐飏,戴燕,关若丹,等. 林毅教授活用外治法治疗复杂性浆细胞性乳腺炎经验简介[J]. 新中医, 2010, 42(6): 124-126.
- [6] 明·汪机著. 外科理例[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010: 11.
- [7] 张晓霞,吴之煌,董明霞. 火针针法治病机理初探[J]. 北京中医, 2007, 26(9): 576-578.

(收稿:2019-05-23 在线:2020-06-03)

责任编辑:邱禹