

# 陆德铭分期辨治外吹乳痈经验

胡升芳, 陈红凤, 指导: 陆德铭

(上海中医药大学附属龙华医院乳腺科, 上海 200032)

**摘 要:** 总结陆师分期辨治外吹乳痈经验, 陆师将外吹乳痈分三期, 乳痈初期内治以通为顺, 外治最重手法排乳; 乳痈成脓期偏外治; 乳痈溃脓期多变证需多种手段综合治疗。内外治相结合, 临床收到良好效果。

**关键词:** 外吹乳痈; 陆德铭

中图分类号: R655.8

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2011)01-0101-02

## LU De-ming's Experience in Treating Postpartum Mastitis by Stage

HU Sheng-fang CHEN Hong-feng, advisor LU De-ming

(Department of Breast Diseases, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China)

**Abstract** The article summarizes experience of professor LU in treating postpartum mastitis by stage. It will be three phases of postpartum mastitis. It's in the early treatment in order to clear the most important means of postpartum mastitis by hand, postpartum mastitis into abscess during treatment mainly through external. Postpartum mastitis during the pyosis changing needs comprehensive treatment of various means. Combination of internal and external treatment, clinical received good results.

**Key words** postpartum mastitis; LU De-ming

外吹乳痈是指发生于妇女哺乳期的乳房部的急性化脓性疾病, 表现为乳房部的局部结块, 红肿热痛, 伴有全身发热等。相当于西医的急性乳腺炎。往往发生于产后尚未满月的哺乳妇女, 其中尤以初产妇最为多见, 发病初期, 治疗不及时或治疗不当, 会致乳痈化脓, 使患者遭受更多痛苦。目前西医虽诊断准确, 但其治疗多采用抗生素, 效果不尽人意。陆德铭老中医将外吹乳痈分三期, 三个证型, 内外治相结合, 临床收到良好效果, 现将其经验总结如下。

### 1 乳痈初期内治以通为顺, 外治最重手法排乳

初期乳痈多数表现为乳房出现痛性结块, 伴有乳汁排出不畅, 全身症状不明显或仅有发热、周身不适、胃纳欠佳、大便干结等, 中医辨证为气滞热壅证, 治拟疏肝清热, 通乳消肿。其中通乳尤为重要, 通法中疏表邪以通卫气, 佐以行气和营。宗于陈实功《外科正宗》中瓜蒌牛蒡子汤, 陆师拟乳痈方, 以柴胡、苏梗、防风、牛蒡子、当归、赤芍、全瓜蒌、炮山甲、留行子、丝瓜络、路路通、蒲公英等为组成。中方取柴胡、苏梗互同防风、牛蒡子疏散卫气; 当归与赤芍和营血; 丝瓜络、路路通宣乳络; 炮山甲、留行子温散行血消肿; 蒲公英活血之功寓于清热之中, 清中有通。全方以疏散通络, 和营消肿为主, 重点突出, 佐以行气活血, 意在和营。多数患者服用上方一剂而体温平, 三剂而乳痈得消, 乳络得通。但临床中不陆师一直告诫我们要注意避免过用寒凉中药或抗生素, 抗生素属偏寒之品, 寒性凝滞, 易闭阻血脉, 不利痈

肿消散, 相反使病程迁延, 给治疗增加难度, 常可见肿块消散缓慢或形成僵块, 迁延难愈。

手法操作为早期外吹乳痈最效简之法, 能使早期乳痈排除蕴积宿乳, 消肿止痛, 往往有立竿见影的效果。人工排乳手法是药物外敷及内消使通的补充, 两者的有机结合, 可起到相辅相成, 事半功倍的功效。陆师特别强调要指导病者家属掌握以下正确的人工排乳手法, 以巩固疗效, 防止复发。实际操作中要注意三不可: 一者挤乳用劲不可过大, 按摩时动作要轻柔, 逐步施压, 先在肿块处做小圆周按摩, 使局部乳腺腺管松弛, 并判断耐受度。二者每次挤乳时间不可过长, 操作时要观察其面色、表情, 如病人头晕、心慌不适可稍停, 待病人休息后再继续进行。三者排乳次数不可过少, 不可因乳母拒痛而减少排乳次数, 每日 3~5 次为宜, 为减轻皮肤的摩擦, 可外涂些油剂 (常用白玉膏), 没有的可直接采用外排的乳汁充当临时润滑剂。但对于肿块有成脓征象, 或输乳孔已完全不能泌乳, 应禁忌使用, 用之反而会加重病情。同时要观察挤出的乳汁白而无腥味可不必停乳, 若乳汁色黄变质应停止哺乳。治疗达效后患者饮食以易消化、清淡为主, 忌食辛辣、刺激、荤腥油腻及寒凉之品。情绪应避免紧张、忧思和郁怒。

### 2 乳痈成脓期偏外治

外吹乳痈患者出现壮热, 肿块继续增大, 疼痛加剧, 搏动性跳痛, 皮肤焮红灼热, 肿块变软, 按之有波动感等, 中医辨证为热毒炽盛证, 内治清热解毒、托里透脓佐回乳。乳痈酿脓已成, 需及时切开引流, 再以外敷九一丹或八二丹加药线提脓引流, 金黄膏 (青黛膏) 外敷, 脓尽改用生肌散, 白玉膏外敷。对于此类患者每次查房时陆师谆谆教导我们必须掌握好辨脓生熟深浅和切开时机, 减少并发症的发生。

收稿日期: 2010-08-15

基金项目: 上海市科技创新团队科研项目 (1038); 第四批全国老中医药专家学术经验继承项目 (30908)

作者简介: 胡升芳 (1973-), 女, 浙江东阳人, 主治医师, 硕士, 研究方向: 中医药治疗乳腺病。

2.1 掌握好辨脓生熟 陆师认为乳痈脓成切开宜熟不宜生,偏生切开不但改善肿痛不多,甚者尚可造成传囊乳痛的发生。脓熟则当及早切开,否则养脓为患,不利伤口愈合。对于辨脓熟透与否,陆师提出其临床辨脓法:对于肿块较大的应用双手指按脓肿两边,较小者用一手二指按,应指则为熟。如脓生或体虚久久未能脓熟,则当以内治托毒,临床托里透脓托毒药分二种,一为补托如参、芪类,临床最常用黄芪,如对黄芪过敏则可选用党参。二为清托,用穿山甲、皂角针类药物。

2.2 手术切开要得宜、引流要通畅 切口大小要适宜,以达到引流通畅为尺度。既要选择适度的皮肤切口大小,更要注意脓肿壁切口的大小。脓壁切口过小,可致术后脓液或宿乳引流不畅,而致长期袋脓,疮口迁延难愈,甚至脓壁切口闭合,再度肿痛发热,不得不再次扩创手术。如药线未真正插入脓腔底部,或未达脓腔中,反留置于皮下,都会引流失畅,影响疗效。

2.3 手术切开深浅要适度 对乳痈脓肿切开深浅的掌握,必须视脓肿部位的深浅而定。对于脓肿部位很深脓肿的乳痛,手术操作切开时刀锋不宜直插脓壁,这样容易发生损伤血络产生大出血的流弊。一般操作是:先皮肤,皮下切开后,用中号血管钳插入,钝性顶破脓肿壁,然后再用血管钳撑开脓腔,使脓液和宿乳引流通畅,待脓液基本排尽,脓中伴见血溢时就不再挤脓,不求一次排尽,不然欲速则不达。硬挤排脓近则会因挤脓伤络出血,远则会因挤脓损伤而导致医源性的传囊乳痛。未排尽脓腐的用药线蘸九一丹或八二丹插入脓腔底部,丹药祛除残留的腐肉,药线引之而出。

2.4 回乳节流 外治切开引流,邪有所出,同时用生山楂、生麦芽以减少乳汁生成,意在节流,使脓腔内化脓之源减少,脓腐早排尽,疮口及早愈合。

回乳时也可配合外用皮硝防止乳房过于胀痛:将干燥的皮硝 500g 分为 2 份,装入本科特制的回乳罩中,敷于双侧乳房,每 2~3h 换 1 次,总外敷时间不少于 12h 避免将皮硝直接接触皮肤,防止引起瘙痒、皮疹等过敏现象,使用时暴露乳头,以利乳汁通畅。为尽快回乳陆师常嘱患者平时应避免接触婴儿及看婴儿照片。饮食应忌食催乳及荤腥的汤汁如蹄膀汤、鲫鱼、火腿汤。情绪应避免紧张、忧思和郁怒,促使病情向顺证转化。

### 3 乳痈溃脓期多变证需多种手段综合治疗

外吹乳痈手术切开排脓或脓熟时自行破溃出脓后,患者身热渐退,纳少寐短,肢软乏力,面色少华,肿消痛轻,中医辨证多属正虚毒恋证,治以清热解毒,活血理气,辅以清补。药物选用生黄芪、当归、赤芍、川芎、银花、黄芩、连翘、蒲公英、瓜蒌、角针、留行子、丝瓜络等。清补中主张重用黄芪,因其既具有益气养血生肌之效,又能清解余毒之功。临床上运用黄芪应观察舌苔,苔薄或苔薄黄腻者,只要食纳可,仍可应用。在剂量上,认为只有重用方能起效,剂量由 15g 开始,渐次加大,最多用至 120g。外治脓未净时以九一丹或八二丹、药线引流,脓尽用生肌散,白玉膏收肌收口。

溃脓期若毒邪过盛或治疗失当可出现低热不退,心烦潮热,乳汁自疮口溢出形成乳漏,袋脓或传囊等并发症即乳痛“变证”。临床常见的变证有僵块、袋脓、传囊乳痛、乳漏

和脓毒败血症等五种,此些变证,临床治疗颇困难,常久治难愈。陆师根据不同变证特点采用内服、外敷、手术及其他外治法等多种手段综合治疗,取得了较好的临床疗效。

3.1 活血化瘀、软坚通络、内外兼治僵块 急性乳腺炎早期因失治或误治,尤其是过用苦寒药者或是大量使用抗生素后形成炎性包裹,使乳房结块质硬不消,微痛不热,皮色不变或黯红,欲消不消,欲脓不脓,俗称僵块。这类乳房僵块,可以持续很久,局部结块而胀痛不适;或又出现急性发作局部成脓需再作切开引流者。陆师根据多年的临床经验认为,僵块的治疗中医辨证为气血壅滞证最多见,主张重用活血化瘀,软坚通络内服中药,并兼外治。内服常用方药:柴胡、当归、丹参、桃仁、三棱、莪术、益母草、留行子、炮山甲、土贝母、牡蛎等。其中益母草兼蓄攻补之效,它破瘀血而不伤新血,补新血而不滞瘀血,互同其他活血化瘀药,更能体现攻中有补,祛邪而不伤正之效。若患者为体虚难消者则采用益气 and 营托毒法扶助正气,不但有利于托毒外出,也有利于行气消瘀,促进疾病的向愈。外治则以外敷冲和膏治疗为主,可使药物直达病所,起到活血定通,消肿散结的功效。

3.2 垫棉压迫法治疗袋脓、传囊乳痛和乳漏 初产妇体虚气血未复,解毒未尽,脓腔复杂,加之刀针不慎临床可常见三变证:袋脓、传囊乳痛和乳漏。三变证的有效外治法是垫棉压迫法。垫棉加压,可使脓腔及窦道内减少脓液滞留容易发生纤维性粘连,从而促使疮口愈合。即用几层纱布棉垫覆盖于疮口,绷缚扎紧,借助加压的作用,使破损的乳络自然粘合,同时嘱患者用胸罩或毛巾端托乳房,以利乳汁从乳腺管畅通地由乳头溢出。脓腔在下的袋脓者,可用纱布折叠成小块直接垫压于袋脓处再用胶布拉紧。一般用至 10~15 天,但注意用力不可过猛,以免损伤乳络。

用此法应掌握好合适的时机,先用药线引流 10~14 日,因药线引流,可保持疮口排脓通畅,使滞留的脓液沿药线排出,防止疮口假性闭塞,导致积脓再次横走旁窜,形成新的脓腔和窦道。脓腔已基本干净,药线带出的液体较粘稠呈拉丝状,脓腔上方加用垫棉压迫束缚使脓腔慢慢闭合。垫棉压迫的范围根据脓腔大小深浅具体情况掌握。每天实施垫棉压迫时要抬高乳房,便于积脓排出通畅,尤其对下垂型乳房更为重要。同时要观察用此法后的疗效,如发现垫棉移位应及时调整位置。如传囊乳痛脓毒不能顺利通下时,则还需在传囊乳痛部位按之应指处,作一切口引流进行治疗。

3.3 中西医结合救治脓毒败血症 急性乳腺炎在成脓期治疗不善,失时失当;或过早切开、暴力挤压、碰伤;或因操作不注重消毒,有可能使邪毒经切口走散入血,从而引起邪毒内陷,即西医之败血症。患者表现为乳房部肿块皮色黯红,肿胀迅速向周围蔓延,边界不清,伴有患侧腋窝淋巴结肿大,有触痛。全身症状明显,可见寒战,高热、头痛、烦躁、胸闷、四肢疲软无力,甚则见神昏谵语,发痉发厥,咳嗽、气喘、胁痛、痰血等。治疗时急当抽血化验,根据脓和血培养结果及早应用大剂量抗菌素,以防病情进一步恶化。中药治疗以清瘟败毒饮为主方治以凉血清热解毒,配合静滴醒脑静或清开灵中药注射液醒脑开窍治疗,但由于现今及早的抗菌素治疗使得此类变证很少遇到。