

血压 97/61 mmHg, 氧饱和度为 98%, 呼吸 20 次/min。患者精神好转, 停心电监护。腹痛 VAS 评分降至 2 分, 为轻微疼痛程度。由针灸医师取出揸针, 为巩固疗效再次在内关、足三里两穴处埋入新揸针继续治疗 1 次。患者腹痛症状持续改善, 3d 后达临床痊愈而出院。

按语:随着对疼痛研究的推进, 研究者们逐渐认识到疼痛包括痛感觉、痛情绪、痛认知 3 个维度, 持续的疼痛不适可造成患者紧张焦虑而不利于疾病康复^[1-2]。腹痛是早期胰腺炎除充足体液补充治疗外的最需要管理的重点症状, 现临床多应用阿片类、非甾体类抗炎及镇静、抗抑郁类制剂进行治疗, 对于缓解疼痛具有一定效果, 但易引发胃肠道功能紊乱、肝肾损伤等不良反应。从目前关于胰腺炎腹痛症状管理的数个不同类型镇痛方案比较的临床随机对照研究结论看, 关于急性胰腺炎腹痛的治疗方案尚无法形成共识性策略, 因此现有指南要求时常对疼痛进行重新评估, 适时调整镇痛类型和/或剂量以保证恰当的疼痛管理^[3-5]。由于该患者为妊娠期胰腺炎患者, 考虑止痛药物对母婴的可能潜在影响, 患者临床拒绝使用任何可能对胎儿有影响的止痛药物。

痛证是针灸治疗的优势适应证之一, 笔者临床经验与研究也提示针灸介入治疗对改善急性胰腺炎患者腹痛症状程度, 促进疾病康复具有临床治疗意义。但该患者畏惧毫针刺刺激的酸麻重胀感, 且其腹痛症状呈现夜晚疼痛加重、白天尚可忍受的特点。因此, 我们选择了“揸针刺刺激足三里、内关”的治疗方案。揸针是将一种微针埋于特定腧穴的皮内或皮下, 起到“静以久留”作用而达到持久而柔和的调控刺激作用, 是一种刺激针具改良的皮内针疗法。有学者提出“皮-脑轴”理论, 指出人体皮肤的 95% 的面积分布有一组非常重要的周围神经纤维 C-多觉痛型感受器^[6], 微针浅刺可通过反复的机械刺激此类感受器, 使脑内内源性阿片样物质增多而出现镇痛效应, 且有助于防治疼痛复发^[7-8]。内关、足三里两穴具有调畅气机、和中止吐、理气止痛的功效, 是临床用于治疗胃肠道病症的主穴。近年大量机制与临床研究也证实两穴具有提高机体肠道免疫功能、降低肠道致炎因子含量, 从而减轻腹痛的作用^[9-10]。从本验案可以看出, 内关、足三里揸针治疗对部分畏惧毫针刺刺激, 且腹痛症状夜晚加重的妊娠合并急性胰腺炎患者具有一定治疗益处, 可改善目前医患关系下孕妇生病期间疼痛不敢使用针灸药物治疗的现状, 值得进一步探讨其运用规律。

参考文献

[1] 方剑乔, 邵晓梅. 针刺镇痛的新思路——针灸参与疼痛多维

度调节的可行性[J]. 针刺研究, 2017, 42(1): 85-88.

- [2] 袁薇娜, 蒋红伟, 唐占英, 等. 针刺镇痛的临床应用进展[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(5): 1107-1091.
- [3] 朱美冬, 罗运权. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(1): 188-193.
- [4] Dijk SMV, Hallensleben NDL, Santvoort HCV, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomized trials [J]. Gut, 2017, 66(11): 2024-2032.
- [5] 李佳, 赵雨, 文谦, 等. 电针干预重症急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(11): 1126-1130.
- [6] 张立生, 刘小立. 现代疼痛学[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2000: 12-24.
- [7] 石华锋, 罗桂青, 李磊. 揸针疗法治疗痛证的临床研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(5): 148-149.
- [8] 刘岚青, 寇任重, 文亚, 等. 针刺镇痛中针刺深度相关因素分析[J]. 中医杂志, 2017, 58(20): 1731-1734.
- [9] 潘慧, 李佳, 赵雨, 等. 电针足三里、内关对开腹术后胃肠功能障碍的影响: 随机对照试验[J]. 针刺研究, 2016, 41(5): 457-461.
- [10] 薛奇明, 黄露, 潘慧, 等. 电针“足三里”穴对重症急性胰腺炎大鼠小肠闭锁蛋白和核因子- κ B 表达的影响[J]. 中国针灸, 2014, 34(3): 267-271.

第一作者: 潘慧, 女, 医师, 研究方向: 针灸的临床研究

(收稿日期: 2018-11-04)

中西医结合治疗

肉芽肿性乳腺炎验案 1 则

王晓艳¹, 高东风², 曾 一³

- (1. 天津中医药大学, 天津, 300193;
2. 天津市南开区津城中医医院, 天津, 300110;
3. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300110)

[关键词] 肉芽肿性乳腺炎; 中西医结合治疗; 验案

[中图分类号] R269.58 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.040

肉芽肿性小叶性乳腺炎 (granulomatous lobular mastitis, GLM) 又称乳腺肉芽肿、肉芽肿性乳腺炎、特发性肉芽肿性乳腺炎等, 是一种以乳腺小叶为中心的非干酪样坏死及以肉芽肿为主要病理特征的慢性炎症性疾病, 多发于育龄期女性, 并多发生在产后数月或数年, 少数可见于妊娠期或哺乳期。该病临床多表现为乳房肿块或伴疼痛, 肿块多位于乳晕外的其他象限, 或乳房红肿伴发热, 或乳房化脓, 脓肿溃破后常出现难以愈合的瘻管、窦道。临床上多使用肾上腺糖皮质激素和氨甲喋呤等进行治疗, 但因肾上腺皮质激素使用周期较长, 且会带来一定的毒副作用, 致使患者无法长期坚持使用。治疗过

程中又常会伴有反复的脓肿形成或持续性的感染,使患者最终不得不选择手术治疗,而手术带来的痛苦较大,且易于反复,并不能从根本上解决患者的痛苦^[1-2]。

笔者导师曾一教授认为,GLM属于中医学“乳痛”范畴,由于本病患者舌质多为淡嫩或淡暗、苔白,即使化脓阶段也难以见到舌质红赤、苔黄;脉象多为不足之脉;局部肿块坚硬难消,红肿不甚,微痛或者不痛,久不收口,故从阴阳辨证的角度应将其归为“阴疽”范围。曾教授认为,治疗当以“阴疽”之主方“阳和汤”为主加减进行治疗,局部破溃形成窦道者应加以中医外科换药。笔者在跟师过程中,亲历中西医结合保守治疗本病的疗效,现举验案1则,介绍如下。

李某,女,30岁,孕2产2,长子3岁,幼女2个月余,2017年5月2日初诊。主诉:左乳外上局部肿块半年余,近1周局部肿块疼痛,破溃时流脓水,双乳均可正常哺乳。刻下:双乳形态正常,乳汁通畅,颜色正常,左乳局部肿物,位于11~2点间,局部破溃,部分皮肤破损严重,压痛明显,体温正常,舌质暗淡、苔薄黄,脉细滑。患者平素嗜食肥甘厚腻、海鲜等,体形偏胖。查血常规:白细胞 $9.39 \times 10^9/L$,超敏C反应蛋白 $4.32mg/L$ 。查女性激素泌乳素(PRL) $>200ng/ml$ 。查彩超:哺乳期乳腺改变,左乳11~2点位之间区域可见散在多发低回声区,部分相通,呈条索状,总体范围 $9cm \times 5cm$,边界欠清,形态不规则,回声不均匀。周围血流信号丰富。建议患者回乳治疗,并行局部脓肿切开引流术,患者同意。左乳脓肿在局部麻醉下行切开引流术,术中可见大量脓液及坏死组织,取组织进行病理检查。病理报告示:取材为炎性坏死及炎性肉芽组织,伴泡沫细胞聚集。将生肌象皮纱条放置于引流口进行引流,嘱患者隔天换药。予溴隐亭口服,每次2粒,每天2次,连服1周以回乳;头孢地尼胶囊口服,每次1粒,每天3次以控制和预防继发感染。中药处方:柴胡6g,炒芥子10g,女贞子10g,黄芪30g,熟地黄20g,鹿角霜20g,麦芽30g,紫草30g,皂角刺30g,清半夏10g,鸡血藤15g,败酱草15g,白花蛇舌草30g,炮姜炭6g,川芎15g,香附10g。每天1剂,水煎,分2次服。之后每次复诊,均以此方为主加减。换药期间采用中医传统之方法,探针、刮匙搔刮探查脓腔,充分引流;生肌象皮纱条填塞引流口,使坏死液化物质及时排出,病灶逐渐局限。连续治疗3个月余,左乳肿块明显减小,窦道变浅。查PRL $16.2ng/ml$,属于正常范围,经期延后十余天。中药处方:柴胡6g,炒芥子10g,女贞子10g,黄芪30g,熟地黄20g,鹿角霜10g,清半夏10g,白术10g,炮姜炭6g,川芎15g,香附10g,益母草20g,牡丹皮10g,桃仁15g,当归15g。每天1剂,水煎,

分2次服。此后复诊均以该方为主进行加减。连续服用2个月余,诉月经正常,左乳肿块几乎消失,局部引流口闭合,停止换药。2017年12月2日彩超示:双乳腺体增生。此后改服中成药小金丸(由麝香、草乌、木鳖子、枫香脂、乳香、没药、五灵脂、当归、地龙、香墨等组成)1个月以巩固治疗。随访至今,患者情况良好,未见复发。

按语:疮疡病因不外乎外感或内伤,而此类病证多属内伤致病。本病多因饮食不节,嗜食肥甘厚腻,劳思伤脾,导致痰瘀内生,脾胃虚弱,无力化生气血、推动气血运行,痰瘀互结,阻于乳络,化热酿腐成脓,溃后不愈成漏,气血虚弱,无力托毒外出,故余毒难清,迁延不愈。《黄帝内经》有言:“膏粱之变,足生大丁,受如持虚。”本案患者平素嗜食肥甘厚腻,身形肥胖,体内素有痰湿,加之孕产期属特殊生理期,乳房局部气血变化剧烈,且肝胃二经与乳房联系又十分紧密,痰湿有碍肝经胃经之气血运行,阻于乳房则发为“乳痛”,结合舌脉及局部望诊可判断本病应归属于“阴疽”之范畴,故采用阳和汤为主方加减进行治疗。本方中熟地黄、鹿角胶配伍补血生精,于“阴中求阳”,使阳得阴助,生化无穷;白芥子通阳散滞,可祛皮里膜外之痰;而乳房又归属于肝胃二经,加入柴胡、川芎、香附等可通畅肝胃之气机;加黄芪以扶正脱毒,熟地黄、女贞子培补阴血之不足;炮姜温中散寒;半夏、白术等以燥湿化痰;紫草、败酱草、牡丹皮、白花蛇舌草、鸡血藤等以活血祛瘀通滞;麦芽辅助回乳消胀,顾护脾胃。外科换药与之相配,使脓液得以及时排出,肿块逐步缩小,以致最后完全消散。治疗3个月后患者症状渐消,但经期延后,故在原方基础上去败酱草、鸡血藤等活血消痈之品,加入益母草、当归等活血调经之品,待患者局部肿块完全消散后,考虑到患者服用时间过长及经济负担等因素,故改用具有化痰祛瘀通络的小金丸以巩固治疗。

参考文献

- [1] 徐琳,付志红,马瑶. 阳和汤加减治疗乳腺小叶增生肉芽肿性乳腺炎1例[J]. 江西中医药,2014,45(6):51-52.
- [2] 王顾,杨剑敏,于海静. 肉芽肿性乳腺炎的诊断与处理原则[J]. 中国实用外科杂志,2016,36(7):734-738.

第一作者:王晓艳,女,2016级硕士研究生,研究方向:中医外科学

通讯作者:曾一,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医外科学,E-mail:1355426461@qq.com

(收稿日期:2018-10-29)