

· 医案析评 ·

从“全乳多房脓肿 3 天收口”看中医外治特色

赵立娜

【摘要】 急性乳腺炎是哺乳期妇女临床常见病,如不及时治疗,极易形成乳房脓肿,常规切开引流治疗术后换药治疗时间长,患者痛苦。全国名老中医林毅教授在乳腺脓肿形成期运用中医特色外治法之火针洞式烙口引流、提脓条腐化成脓、“见好就收”果断收口、内外兼顾消散僵块、合理应用土黄连液解毒生肌、收口过程注重绑缚的综合治疗,创伤小、痛苦小,快速控制病情、治愈疾病,乳房外形良好,是临床可以开展、运用的治疗方法。

【关键词】 急性乳腺炎; 脓肿; 中医外治

【中图分类号】 R271.44 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.07.037

急性乳腺炎是乳房部最常见的急性化脓感染性疾病,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^[1]。中国目前正处于生育高峰,加之剖腹产人数增多、产妇初产年龄增大,故急性乳腺炎发病率不断升高,成为乳腺科门诊的常见病、高发病。若治疗不当,会迅速出现乳房脓肿,需要手术切开排脓,更有甚者,多房脓肿并发全身性化脓性感染,病情危重,对患者健康造成很大的影响。现代医学治疗以抗生素为主,仅针对于细菌感染,不能疏通乳络、排脓,反而影响哺乳、易形成乳房局部炎性僵块,致使临床疗效欠佳。笔者有幸跟随全国名老中医专家林毅教授进修学习,对于急性乳腺炎脓肿形成期的中医外治感触颇深,感慨中医治疗的特色之鲜明,疗效之奇快。

1 病例摘要

患者,女,31岁,因“产后14天,哺乳期,左乳肿胀疼痛5天”就诊。患者5天前开始出现双乳肿胀、左乳疼痛,于外院行手法排乳,并口服抗生素(具体不详)治疗,经治疗局部肿胀疼痛逐渐加重,皮肤潮红。专科检查:双乳不对称,左乳明显肿胀且皮肤潮红,双乳乳汁分泌不通畅,经手法排乳,乳汁能点滴而出。左乳全乳涨满明显,其中偏于内侧可触及16 cm×14 cm范围质软韧,中心区应指感(+),触痛(+++)。乳腺彩超提示:哺乳期乳腺,左乳混合性回声(85 mm×39 mm),考虑哺乳期乳腺炎脓肿形成,左腋下淋巴结反应性肿大。血常规:白细胞计数:15.99×10⁹/L,中性粒细胞比例:84.5%。现代医学诊断:左乳急性乳腺炎(脓肿形成)。中医诊断:乳痈。治疗:火针洞式烙口引流。具体治疗方法:局部常规消毒,取脓肿低垂位为进针点,进针点可辐射所有脓肿,局部皮肤2%利多卡因浸润麻醉,电火针通电至火针烧红后自进针点快速进针至脓腔深约14 cm,继而迅

速退出,见黄白色脓液夹杂乳汁自火针烙口流出,共约100 mL。待脓液排出后见乳房明显变软,再以无菌银探针从烙口深入探查,疏通乳络预防残留小房型脓肿导致袋脓。左乳内下烙口插入提脓条,外用土黄连纱布缠绕固定以防提脓条松脱移位,外敷土黄连纱布。继而左乳全乳以水蜜调金黄散外敷,厚约1 cm,外用弹力绷带“8”字形包扎固定。同时给予山楂60 g、麦芽120 g、五味子15 g煎水代茶饮减少乳汁,以减轻乳汁对于脓腔的压力。建议患者右乳尽量继续哺乳,定时排出右乳乳汁,以通为用,时时保持乳管通畅。

二诊:引流术后第1天,复查血常规:白细胞计数:8.73×10⁹/L,中性粒细胞比例:83.7%。局部换药见:左乳红肿明显减轻,触痛不明显,左乳烙口直径约0.5 cm,皮缘无内卷。挤压脓腔,可见灰色脓液夹杂红色血液流出,以无菌棉捻捻出附着脓腔内壁上的坏死乳络及奶絮,坏死物及脓液共约50 mL。以土黄连纱布条填塞脓腔内,除烙口外,左乳全乳继续外敷水蜜调金黄散,绷带包扎固定。

三诊:引流术后第2天,患者乳房红肿基本消退,无触痛,烙口内可见少量灰色稀薄脓液夹杂乳汁及血液流出,棉捻探查脓腔内壁少量坏死组织,与脓液共计约20 mL。

四诊:引流术后第3天,患者乳房皮肤色泽正常,左乳胀满消退,烙口内见10 mL乳汁样分泌物,棉捻捻除脓腔内壁残存的少量坏死乳络及奶絮组织。脓腔内不再填塞纱布条,采取“由远而近”的包围法进行“收口”,纱布折叠呈“燕尾状”塔形加压脓腔区,烙口处土黄连纱布外敷,外用厚棉垫及弹力绷带加压包扎固定。

五诊:引流术后第5天,查看局部无红肿疼痛,烙口处仍有白色乳汁溢出约20 mL。棉捻探查内壁无坏死组织残留,继续纱布折叠呈“燕尾状”塔形加压脓腔区,烙口处土黄连纱布外敷,外用厚棉垫及弹力绷带加压包扎固定。

六诊:引流术后第10天,查看局部烙口基本闭合,无乳漏形成,乳房无明显僵块。右乳乳汁清稀变少。继续上法加压包扎。

作者单位:100078 北京中医药大学东方医院乳腺科

作者简介:赵立娜(1979-),女,硕士,主治医师。研究方向:乳腺病的中医药治疗。E-mail:linalucky2010@126.com



图 1 患者从就诊到治愈的整个过程

七诊:引流术后第 13 天。查看烙口完全闭合,左乳松软,与右乳基本对称,皮肤色泽正常。乳汁极少,清稀。复查血常规:白细胞计数: $3.68 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例: 57.2%。乳腺彩超示:左乳乳腺炎恢复期(未见明显液化)。未再加压包扎,治愈。

八诊:2 周后再次复诊,左乳无异常,乳汁分泌明显减少。具体见图 1。

2 讨论

急性乳腺炎属中医“乳痈”范畴,中医药治疗包括内治法、外治法(按摩疗法、针灸疗法、中药外敷法、中药气化热疗法等)、综合疗法^[2-8]。众所周知,乳腺炎脓肿形成是切开引流的适应症,中医、西医均遵从这一原则。常规切开引流的切口大,器械清创内部损伤广泛,易损伤正常腺体组织导致渗出增加、出血增加,且炎性坏死组织很难一次性彻底清除,切开引流术后局部换药患者痛苦大,治疗时间长,通常需要数月,对于全乳多房脓肿形成的多发弥漫性脓腔则需要更长时间,在此期间纤维组织瘢痕形成,易机化变硬,术后恢复欠佳。如何能使巨大脓肿患者的治愈时间缩短、痛苦减少、尽量保持乳房良好的外观是需要解决的难点。有鉴于此,能够达到小切口、少损伤、减痛苦、快愈合的治疗方法对于全乳多房化脓性乳腺炎治疗的重大突破与提升。

从上面的病例不难看出,几乎占据全乳房的多房脓肿从就诊治疗到完全愈合只需不到 2 周的时间,是患者及早摆脱痛苦的极佳治疗方法。中医外治法的特色鲜明,且各取所长,应用要点、应用时间、及时果断调整、注重细节的中医特色疗法是临床实践丰富经验的体现。(1)准确定位,操作娴熟。脓肿低位取点,应用火针洞式烙口引流,皮肤损伤小,伤口极小,能够保证乳房外观良好,且操作迅捷,火针操作过程中患者几乎感觉不到疼痛。(2)腐化成脓,引流通畅。应用提脓条令坏死组织液化利于引流,邪不留内。应用 1 天,充分发挥化腐作用又不致时间过长而忧虑其副作用。且祛腐作用仅对于坏死组织充分发挥,不损伤正常组织。(3)“见好就收”,确保“关门不留寇”。对于脓腐液化彻底时,不需内部毫无分泌物,确保脓腔内壁无坏死物附着,就要进行“不要舍近求远,见好就收”,果断决策以期更早治愈。(4)脓腔内祛腐(脓),腔外消肿,消散炎性僵块。脓肿内的脓液提脓去腐引流而出、棉捻彻底排脓,对于乳房皮肤红肿则应用水蜜调金黄散清热解毒消肿的功效促进炎性肿块消退。(5)灵活应用土黄连液清热解毒、消炎生肌。引流当日提脓

条以土黄连纱布缠绕固定,一则防止提脓条移位松脱,二则治疗火针烙口的皮肤局部灼伤,利于局部组织清热消肿。引流较多时,应用土黄连纱布条填塞脓腔,一则引流排脓,二则去腐生肌。(6)收口过程注重绑缚。将传统“垫棉法”加以改良,根据脓腔深、浅与不规则的状况,运用纱布折叠“燕尾状”塔形加压,压力均匀,由远而近,巨大脓腔分“远、中、近”甚至“远、近”范围逐一愈合,不致有假性愈合之弊端。外层弹力绷带包扎既可固定内层敷料贴紧溃口,又能束缚乳房减少乳汁分泌对伤口的压力以防乳漏形成。

由此可见,中医外治法是治疗急性乳腺炎脓肿形成的特色方法之一,可以达到“又快、又好、费用低廉”的治病要求。古人云“乳,脓成,针之,脓出则愈”,简洁词句中蕴含了丰富的内涵。奈何今人眼中看的、手中用的大都为现代医学方法对于急危重症的治疗,不知不觉中或许“不屑”、或许“忽略”了太多传统中医疗法,怎能深知其立竿见影、治病神效的奥妙?!林毅教授年过七旬,仍对中医特色疗法的研究、创新孜孜不倦,令我辈惭愧。实践是检验真理的唯一标准,对于治病,疗效就是金指标,亲见中医外治法的奇效是对内心的巨大震撼。作为中医医者,笔者满怀热忱与信心在继承与发扬中医特色的道路上不畏艰辛地一直走下去。

参 考 文 献

- [1] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 105-106.
- [2] 唐玉根, 段昌萍. 知丹消乳汤治疗早期乳腺炎的研究[J]. 中国医学创新, 2009, 6(15): 54-55.
- [3] 阙德新, 王黎明, 丁冲. 通乳汤治疗产后急性乳腺炎 72 例[J]. 河北中医, 2011, 33(8): 1158-1159.
- [4] 周敏, 赵颖, 陈志伟, 等. 推拿揉散法治疗急性乳腺炎初期 32 例临床观察[J]. 江西中医药, 2007, 39(4): 42-43.
- [5] 肖璐. 围刺结合拔罐治疗乳痈 52 例[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(12): 27-28.
- [6] 范自香, 刘蔚蔚. 马星膏治疗乳痈 100 例[J]. 中国民间疗法, 2005, 13(6): 21.
- [7] 邵铁玲. 中药气化热疗治疗早期急性乳腺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1): 39-40.
- [8] 叶磊. 内外合治早期急性乳腺炎 40 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(8): 584.

(收稿日期: 2014-06-28)

(本文编辑: 董历华)