

解结针法结合推拿 治疗产后气滞热壅型乳痈 100 例临床观察

温乐萍, 谢 玮, 沙 苑

(广东省惠州市第二妇幼保健院, 广东 惠州, 516001)

[摘要] 目的: 观察解结针法结合推拿治疗产后气滞热壅型乳痈的临床效果。方法: 将 200 例产后气滞热壅型乳痈患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 100 例。对照组采用推拿疗法治疗, 治疗组采用推拿结合解结针法治疗。观察 2 组治疗前后乳房肿块大小、疼痛评分和综合疗效。结果: 治愈率治疗组为 87.0%, 对照组为 68.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 总有效率治疗组为 98.0%, 对照组为 93.0%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 2 组患者乳房肿块均较治疗前明显缩小, 疼痛评分均较治疗前明显减少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 且治疗组治疗后乳房疼痛评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 解结针法结合推拿可有效改善产后气滞热壅型乳痈患者的疼痛评分, 减轻疼痛症状, 提高患者的生活质量。

[关键词] 乳痈; 气滞热壅型; 推拿; 解结针法

[中图分类号] R271.44 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.032

乳痈是产后哺乳期妇女较常见的疾病, 相当于西医的急性乳腺炎。临床主要表现为乳房局部红、肿、热、痛, 局部有结块, 或伴有畏寒、发热等全身症状。本病多因乳头破损、哺乳方法不当, 乳汁瘀积, 或肝气郁结, 肝气失于疏泄导致。若不及时治疗可形成脓肿, 故治疗关键在于早期。乳痈早期多辨证为气滞热壅证, 推拿疗法可以排出郁积的宿乳, 简单有效^[1]。但患者常诉推拿过程疼痛剧烈, 为减轻患者疼痛, 提高临床疗效, 缩短疗程, 本研究采用解结针法结合推拿治疗产后气滞热壅型乳痈, 获得显效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 3 月至 2018 年 3 月于我院中医康复科就诊的气滞热壅型乳痈患者 200 例, 采用随机数字表法将其随机分为治疗组与对照组, 每组各 100 例。治疗组中, 年龄 22~38 岁, 平均 (25.52 ± 1.14) 岁; 病程 1~5d, 平均 (2.00 ± 1.14) d。对照组中, 年龄 23~39 岁, 平均 (26.82 ± 0.89) 岁; 病程 1~5d, 平均 (2.00 ± 2.31) d。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 中医诊断及辨证标准 参照《中医外科常见病诊疗指南》^[2] 拟定乳痈之气滞热壅证辨证标准。乳房肿胀疼痛, 或有结块, 皮色不变或微红, 排乳不畅; 可伴恶寒发热, 头痛骨楚, 胸闷泛恶, 食欲不振,

大便秘结; 舌质正常或红, 舌苔薄白或薄黄, 脉浮数或弦数。

1.3 纳入标准 1) 年龄 21~40 岁; 2) 病程在 5d 以内; 3) 符合上述中医诊断及辨证标准; 4) 未进行过相关治疗, 或虽进行过治疗但治疗无效; 5) 签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 不符合纳入标准; 2) 体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$, 局部皮肤红肿明显、触诊有波动感, B 超提示局部脓肿形成; 3) 既往有乳腺疾病手术史; 4) 既往患乳腺炎, 经抗生素治疗后乳房局部存在硬块; 5) 乳腺假体植入; 6) 乳房表面皮肤存在湿疹、破溃、糜烂; 7) 有严重心、肺、肾疾病, 或身体极度虚弱。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用推拿疗法治疗。操作方法: 患者取仰卧位, 在实施推拿的乳房上涂适量润肤油, 医者用一只手在乳房红肿处轻轻用揉、摩法施于乳房及周围的乳中、乳根、天溪、食窦、屋翳、膺窗、膻中穴, 约 5min; 再自乳根部向乳头方向推进数次, 然后用右手拇指食指轻捻乳头。同时左手按压乳中穴, 再以双手轮换轻按乳房, 使乳汁流出, 反复进行 3~5 次, 使郁积的乳汁充分排出。一侧乳房每次按 10~15min, 每天 1 次, 3 次为 1 个疗程。

2.2 治疗组 采用推拿结合解结针法治疗。乳房推拿操作同治疗组。推拿结束后患者取坐位, 在颈部寻找条索状、硬结、按压有酸痛感的结节处和

肩井穴,常规消毒局部皮肤,选用华佗牌一次性无菌针灸针(0.30mm×40mm),左手按住结节处,右手将针灸针刺入穴位,针尖需穿透结节,按压手下可感觉到肌肉抽动感3次即可。每天1次,3次为1个疗程。

2组均治疗1个疗程,并于治疗前后分别测定肿块大小并进行疼痛评分。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛评分。疗程结束后采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)观察患者疼痛改善情况,0代表无痛,10代表最剧烈的疼痛。2)肿块大小。观察治疗前后触诊所触及结块的面积。

3.2 疗效标准 参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。治愈:全身症状消失,肿块消散;好转:全身症状消失,局部肿痛减轻;无效:肿块不消或肿痛加重,反复“传囊”或形成乳漏。

3.3 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,满足正态性及方差齐性时,组内治疗前后比较采用配对t检验,组间比较采用方差分析;不满足正态性或方差齐性时采用非参数检验。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 2组治愈率比较,差异有统计学意义;总有效率比较,差异无统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	100	87(87.0) ^a	11(11.0)	2(2.0)	98(98.0) ^b
对照组	100	68(68.0)	25(25.0)	7(7.0)	93(93.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$,^b $P > 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后疼痛评分、肿块大小比较 2组患者治疗后疼痛评分均较治疗前减少,且治疗组疼痛评分下降幅度较对照组明显;2组患者治疗后肿块均较治疗前缩小,但2组治疗后肿块大小比较,差异无统计学意义。(见表2)

4 讨论

乳痛是由热毒侵入乳房而发生的阳证疮疡。本病多因产妇乳头破损,影响充分哺乳;或哺乳方法不当;或乳汁多而少饮;或断乳不当,导致乳汁

表2 2组治疗前后疼痛评分、肿块大小比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	疼痛评分(分)	肿块大小(cm)
治疗组	100	治疗前	7.16±0.12	2.39±0.76
		治疗后	0.98±0.33 ^{ab}	0.32±0.15 ^{ac}
对照组	100	治疗前	7.36±0.27	2.19±0.75
		治疗后	2.61±0.15 ^a	0.41±0.26 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$,^c $P > 0.05$ 。

瘀积;或肝气郁结,肝气失于疏泄,郁而化热;或体虚汗出,外感风邪;或乳儿含乳而睡,口中热毒之气侵入乳孔等;均可使乳络瘀滞不通,化热成痈。乳痈分为初期(气滞热壅证)、成脓期(热毒炽盛期)、溃后期(正虚邪恋证),最佳治疗期为气滞热壅型的初期。初期尚未化脓,采用解结针法配合推拿手法使肿块消除,可使患者免受溃脓、手术之苦。

乳痈初期多为局部经络气机阻滞不通,足少阳胆经“其直者,从缺盆下腋,循胸,过季肋”(《灵枢》);足阳明胃经“其直者,从缺盆下乳内廉”(《灵枢》);胃经、胆经经脉循行皆经过乳房,气机阻滞时易致乳房局部气机不通,不通则痛,郁久化热,则出现乳房局部红肿热痛。肩井穴为手足少阳经与足阳明胃经的交汇穴,主治乳痈,在肩井穴施以解结针法具有疏通胆、胃经气,从而疏通乳房局部经气的作用。颈项部是人体承上启下之要津,手足阳经之气流行出入的部位是从根溜注入,而入在颈部^[4]。若颈项部有阻滞,则手足阳经的气机阻滞不通畅。如在颈项部扪及或触摸到的结节或索条点即为有阻滞的结节点,运用解结针法将这些结节点疏通,使胃经、胆经气机通畅,可达到治疗气滞热壅型乳痈的目的。有研究发现:解结针法具有松解软组织粘连及挛缩,从而解除对周围神经及血管的压迫,恢复局部软组织的力学动态平衡的作用^[5]。乳腺疾患与覆盖其上的筋膜关系亦较密切,乳腺被包裹在胸浅筋膜和胸深筋膜浅层之间,同时胸部的浅筋膜与颈部的浅筋膜相连续。若颈项部阻滞之处出现一个或多个痛性结节或条索,即为结节点,卡压可导致局部血管神经受压,使血运及神经传导受阻。颈项部解结可解除筋膜的痉挛,解除血管和神经的卡压,改善乳腺腺体及结缔组织的气血循环,促进局部代谢,从而减轻乳房的疼痛。

(下转第96页)

分或完全恢复。本例患者针刺3d后出现光感,表明其视皮质细胞未完全损伤,功能尚存。但之后偶见视力下降和偶发黑朦,考虑患者脑炎初愈,颅内压波动不稳定引起。查眼底视乳头未水肿,说明脑病控制较好,颅压无显著增高,遗留可改善的视功能。西医常在糖皮质激素的基础上采用高压氧治疗,使脑血管及皮质含氧量增加,恢复脑细胞正常代谢。针刺治疗机制可能与之类似,针刺头颈部穴位具有提高椎基底动脉血流速度、改善脑供血、保护缺氧状态下的脑细胞等作用^[3]。针刺眼周穴位可增加眼底血流,有利于视神经供血供氧,对VEP有良性影响;运用头皮针尤其针刺视区(枕叶在头皮的解剖投影)可使长期受损缺氧的皮质细胞激活,增强视觉中枢生物电活动^[4],有利于视觉功能的重建。

皮质盲在中医学中无明确记载,从其眼局部无异常而视力严重受损来看,当属“青盲”范畴。本病多因热盛伤津,肝肾阴亏,精血耗损,目失涵养而发病。青盲若由颅脑损伤所致,可归为“脑病青盲”范畴。高热、抽搐伤人眼目,致邪热羁留,阴虚火旺,耗伤肝肾精血,使精微上承于目受阻不得视,宜采取清热通络、醒脑开窍、滋养肝肾之法。针刺百会穴结合督脉排刺,助阳气顺督脉上升至头目开窍通阳;睛明属足太阳,又为五经交会穴,肾与膀胱相表

里,乙癸同治,补水涵木,结合头针视区通目络力强^[5];远端原络取穴太冲、光明,滋养肝胆。攒竹、承泣、球后等眼周穴联合风池、完谷、天柱以清热祛风明目,并可疏通眼动脉与双侧椎-基底动脉,改善后枕部血液循环。以上诸穴清热邪,养精血,使玄府精华上达于目而复明。

综上,针刺对脑损伤后皮质盲的治疗优势较明显。启示临床在及时有效控制好原发病的基础上,应长期坚持针刺治疗,通达头面供氧及中枢循环,激发枕叶功能,方可恢复正常视功能,使其获愈。

参考文献

- [1] Thakur KT, Motta M, Asemota AO, et al. Predictors of outcome in acute encephalitis[J]. Neurology, 2013, 81(9): 793-800.
- [2] Celebisoy M, Celebisoy N, Bayam E, et al. Recovery of visual field defects after occipital lobe infarction; a perimetric study[J]. J Neurol Neurosurg, 2011, 82(6): 695-702.
- [3] 曲静涛, 王伟志. 针刺治疗椎-基底动脉供血不足性视物模糊 24 例[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(10): 1204-1205.
- [4] 孙河, 赵爽. 针刺“窈明穴”(枕视皮质对应区)治疗视神经萎缩的疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2012, 22(4): 257-259.
- [5] 张仁, 徐红. 眼病针灸[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2014: 353.

(收稿日期: 2018-11-09)

(上接第 72 页)

于乳房局部施以推拿手法为治疗气滞热壅型乳痛的简便有效之法,按揉肿块局部可将沉淀结块的乳汁揉散,再沿乳腺管的生理走行方向,将乳汁逐渐从瘀堵处推到乳头再挤出,可有效疏通堵塞的乳腺管,从而减轻乳管内压力,缓解周围血管、淋巴管的压力;同时,通过点按膻中、乳中、乳根等穴,可宣通理气,散结消瘀,从而发挥消肿止痛之功^[6]。也有研究发现,乳房推拿也可使体内内啡肽及单胺物质的含量增加而起到镇痛的作用,还可以增强血液中白细胞的吞噬能力而起到消炎作用^[7]。

本研究结果表明,解结针法结合推拿可有效改善产后气滞热壅型乳痛患者的疼痛评分和乳房肿块大小,减轻患者疼痛。解结针法通过疏通阻滞,通达经气,使乳房局部气机通畅,从而起到治疗气滞热壅型乳痛的作用。而解结针法结合推拿疗法

更好地起到了治疗乳痛的双重作用,二者的联合运用可增强疗效,简单方便,值得临床推广。

参考文献

- [1] 陈晓红, 黄婷, 张峰, 等. 手法按摩配合低频脉冲电刺激治疗产后乳汁瘀积的疗效观察[J]. 中国妇幼保健院, 2012, 27(4): 623-624.
- [2] 中华医学会. 中医外科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 24-25.
- [3] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 128-129.
- [4] 王文德. 针道摸象[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 8-9.
- [5] 何常春, 尹林玉. 经筋针刺法治疗神经根型颈椎病 60 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(4): 66-67.
- [6] 彭粉花, 云海霞. 揉散法合芒硝外敷治疗急性乳腺炎初期的临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(10): 78-80.
- [7] 何敬月. 推拿按摩手法排乳配合中药治疗急性乳腺炎 94 例疗效观察[J]. 中国医学创新, 2011, 8(12): 82-83.

(收稿日期: 2018-08-20)