

引用:黄晴,曾一. 曾一治疗妊娠期肉芽肿性小叶性乳腺炎验案 1 则[J]. 湖南中医杂志,2022,38(5):81-82.

曾一治疗妊娠期肉芽肿性小叶性乳腺炎验案 1 则

黄 晴,曾 一

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 肉芽肿性小叶性乳腺炎;妊娠期;中西医结合治疗;验案;曾一

[中图分类号] R269.558 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.05.025

肉芽肿性小叶性乳腺炎(granulomatous lobular mastitis, GLM),又称肉芽肿性乳腺炎、特发性肉芽肿性小叶性乳腺炎等,是一种未明确致病因素,以乳腺小叶为中心的以非干酪样坏死、肉芽肿形成为主要特征的慢性炎症性疾病。此病临床分为肿块期、脓肿期、瘰管期,病程较长。妊娠期 GLM 的发病较少见,故与其相关的报道亦较少,但近年来随着二胎政策的实施,妊娠期 GLM 的发病明显上升,对其的诊疗不容忽视。笔者(第一作者)导师曾一教授认为,妊娠期患者气血灌注养胎,易致气血阴阳偏虚,且随胎儿逐渐生长,影响气机升降,如遇外感外伤,饮食不节,情志失调,则易气滞痰郁,气血交阻,郁久化热,热盛肉腐则成脓;气血偏虚,日久则无力托毒生肌,故难溃难敛,迁延不愈。临床上曾教授治疗本病辨证施治,寒温并用,祛邪与固元同用,治病与安胎并举,局部破溃形成窦道者配合中医外科换药,可减少复发率。其采用产前保守治疗加以产后手术切除的方法,成功诊治妊娠期 GLM 8 例,获得较好的临床疗效,现择其验案 1 则介绍如下。

傅某,女,29 岁,2019 年 12 月 5 日初诊。主诉:右乳肿块伴疼痛 3 个月余。现病史:患者 3 个月前无明显诱因出现右乳内上侧肿块,伴疼痛,初起时约直径 2 cm 大小,口服头孢类抗生素,效不佳。间断发热,体温最高达 38.5℃,1 周前乳房肿块迅速增大,疼痛加剧,遂就诊于我院。现患者神清,精神可,伴发热,体温 38.3℃,右侧乳房肿块红肿疼痛,无咳嗽胸闷,无妊娠反应。右乳内上象限肿胀明显,高起范围约 5 cm×4 cm,界欠清,皮薄色红光亮,质地较软,波动感明显,无乳头凹陷,双侧腋下可触及肿大淋巴结。双下肢未发现结节性红斑。舌红、

苔薄黄,脉虚数。乳腺彩超示:哺乳前乳腺改变,右乳内上象限乳腺炎(脓肿形成)。血常规:白细胞 $11.58 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $9.33 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 80.5%,淋巴细胞百分比 13.4%。超敏 C 反应蛋白(CPR):3.05 mg/L。西医诊断:肉芽肿性小叶性乳腺炎。中医诊断:乳痛(阴虚内热型)。治法:养阴清热。1) 内治法。头孢地尼胶囊口服,1 粒/次,3 次/d,以控制继发感染。自拟中药方治疗。处方:地黄 10 g,银柴胡 10 g,黄芩 10 g,黄芪 20 g,白芍 20 g,白术 10 g,金银花 10 g,甘草 6 g。7 剂,每天 1 剂,水煎,早晚分服。2) 外治法。右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:炎性坏死,伴有炎性肉芽组织,肉芽肿形成及泡沫细胞聚集。将生肌象皮纱条放置于引流口进行引流,嘱患者隔日换药。12 月 12 日二诊:肿块明显缩小变软,约 3 cm×3 cm,疼痛减轻,无发热,纳可,舌淡红、苔薄黄,脉细。患者继续服用前方,仍隔日换药,予以刮匙搔刮、棉捻捻扫治疗。2020 年 1 月 12 日三诊:肿块明显缩小,约 2 cm×1 cm,空腔完全闭合,予以散结乳癖膏外敷以散结消肿。6 月 2 日四诊(产后 2 个月):右乳肿块 2.5 cm×3 cm,皮色不红,疼痛不甚,无发热,纳可,舌淡红、苔白腻,脉细。乳腺彩超示:哺乳期乳腺改变,双乳导管乳汁淤积,右乳内上象限乳腺炎。予术前回乳,甲磺酸溴隐亭片口服,1 粒/次,2 次/d。予中药治疗。处方:熟地黄 20 g,鹿角胶 10 g,白芥子 10 g,北柴胡 10 g,炮姜 10 g,肉桂 10 g,女贞子 10 g,巴戟天 10 g,清半夏 10 g,白术 10 g,桃仁 10 g,合欢花 10 g,黄芪 20 g。14 剂,每天 1 剂,水煎,早晚分服。8 月 12 日五诊:

第一作者:黄晴,女,2018 级硕士研究生,研究方向:乳腺疾病的中西医结合诊治

通信作者:曾一,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:乳腺疾病的中西医结合治疗,E-mail:zengyi9409@sina.com

术前复查乳腺彩超。结果示:哺乳期后乳腺改变,双乳导管乳汁淤积,右乳内上象限乳腺炎(范围较前缩小),双侧腋下淋巴结肿大。当日下午在利多卡因局部浸润麻醉下行“乳房肿物切除术”,术后行病理检查,予抗感染、止血、镇痛等常规对症处理措施,嘱隔日换药。术后第一次换药,患者一般情况好,手术创面清洁,无血水渗出。8月26日六诊:换药14d后,患者一般状况良好,舌淡、苔薄白,脉沉细。手术创面清洁,予以拆线。病理检查示:炎症息肉,伴有炎症肉芽组织,肉芽肿形成,并伴有泡沫细胞聚集。9月3日七诊:患者自诉月经量较少,色正常,右乳术区质地较硬,乳头溢乳白色液体,舌淡、苔白,脉细。继前方去黄芪加党参20g、益母草15g、焦麦芽15g。14剂。此后复诊均以该方为主进行加减,连续服用2个月余。11月25日八诊(术后3个月):手术瘢痕不明显,术区质地正常,舌淡、苔白,脉弦细。术后3个月复查彩超示:左乳多发囊性结节,右乳术后改变,双侧腋下淋巴结肿大。改服西黄胶囊1个月以巩固治疗。随访至今,患者情况良好,未见复发。

按语:GLM是一种慢性炎性反应性疾病,妊娠期发病较少。对于妊娠期发生的GLM,易被误诊为恶性肿瘤,给孕妇造成较大的心理负担和生育风险,故确诊尤为重要。对于妊娠期GLM的治疗要充分考虑到患者妊娠期的生理特点,因而需特别注意药物对胎儿和母体的影响,需祛邪与固元同用,治病与安胎并举,摒弃大毒、大热、大寒之药,少用破气散瘀、攻下逐水之品,遣方用药尽量避免应用孕妇禁忌药,以减少临床不良反应。

本案患者初次就诊时,乳房红肿,皮薄色红光亮,质地较软,波动感明显,伴发热,为GLM化脓期,此时为阴血灌注胎元,阴虚阳偏亢,郁久化热,热盛肉腐所致,治疗当以滋阴凉血、清热透脓为主,方中黄芪、白芍、生地黄既益气养血,又滋阴凉血、托里透脓;辅以白术健脾燥湿化痰,黄芩清热、安胎,金银花清热解毒,银柴胡解郁散结。同时应用外科换药与西药配合。腐肉不去,新肉难生,故采用刮匙搔刮、棉捻捻扫等方法。诸法配合使用,促使黏滞于腔壁上的脓腐组织松解、脱落、清除,脓液得以及时排出,新肉渐生,则肿块缩小,病情逐渐得以控制。1个月后全身症状消失,乳房肿块明显缩小,空腔完全闭合。但仍有结块肿硬,为余毒未清,

故治疗以外用药散结乳癖膏散结消肿为主。后安心待产。

产后2个月患者乳房肿块疼痛不甚,漫肿无头,皮色不变,结合舌脉及局部望诊判断此病属于“阴疽”范畴。《诸病源候论》载:“阴阳不和,则五脏不调。荣卫虚者,腠理则开。寒客经络之间,经络为寒所折,则荣卫稽留于脉。荣者血也;卫者气也。荣血得寒则涩而不行,卫气从之,与寒相搏,亦壅遏不通。气者阳也,阳气蕴积,则生于热。寒热不散,故积聚成疽”^[1]。故术前2周予以甲磺酸溴隐亭片回乳,阳和汤加减进行治疗。方中重用熟地黄温补营血、填精补髓,鹿角胶温通肾阳、补益经血,二药合用,温阳补血;白芥子性辛温,温化寒痰,通络散结,可达皮里膜外;北柴胡解郁退热、升举阳气;黄芪扶正托毒;巴戟天辛温补阳,女贞子培补阴血,二者相配,则阴中有阳,阳中有阴;炮姜温中散寒;肉桂温经通脉;半夏、白术燥湿化痰;桃仁活血祛瘀生新;合欢花解郁安神,和血消肿。综观全方,补血与温阳并用,化痰与通络相伍,益精气,扶阳气,化寒凝,通经络,温阳补血以治本,化痰通络以治标。回乳后予以病灶部位手术切除。术后2周拆线,患者诉月经量少,乳头溢乳白色液体,故原方去党参加党参健脾益气、养血生津;麦芽消胀,顾护脾胃;益母草活血调经。治疗3个月后患者症状渐消,复查彩超示左乳结节,双腋下淋巴结肿大,考虑到患者服用时间较长,故改用具有消肿散结的西黄胶囊以巩固治疗。

参考文献

- [1] 丁光迪. 诸病源候论校注[M]. 北京:人民卫生出版社,1991: 907.

(收稿日期:2021-03-02)

中药泡脚的好处(一)

寒凝血瘀者

寒凝血瘀者多表现为局部畏寒,伴有疼痛麻木。

可以选择艾叶、红花、当归等温散活血中药。艾叶辛温,散寒止痛、温经理血,对于手脚冰凉,或受凉后伴有痛经的女性尤为合适。红花辛偏温,有活血化瘀、温经止痛的功效,对于局部疼痛麻木者,或伴有足部微循环障碍者尤为合适。当归辛温,有养血活血、调经止痛的功效,对于伴有气血两虚或者痛经者尤为合适。(金锐, <http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=191961>)