

## 夏小军辨治浆细胞性乳腺炎之经验

姜晓燕<sup>1</sup> 刘守海<sup>2</sup>

(1.甘肃省肿瘤医院,甘肃兰州730050;2.郑州市第一人民医院,河南郑州450004)

指导:夏小军

**摘要** 夏小军教授认为浆细胞性乳腺炎病机关键在于痰、瘀二端,临证须灵活掌握本病的证候特征及证型演变规律,抓住主要矛盾,分清邪正消长,精准施治。由于乳房溢液、肿块、流脓为浆细胞性乳腺炎的主要症状,痰与瘀为其主要病理特点,且疾病溃脓期及久病体虚者极易感受外邪,故化痰行瘀、软坚散结,佐以清热解毒之法可贯穿于本病治疗的始终,且化痰重于行瘀。临证用药时,化痰行瘀,须防辛燥伤阴;清热泻火,谨防苦寒败胃;补益气血,切勿滋腻碍脾。可适当配伍理气和中、顾护胃气之品,从而助正达邪,固守中州。附验案1则以佐证。

**关键词** 浆细胞性乳腺炎;辨证论治;名医经验;夏小军

**基金项目** 甘肃省中医药管理局资助课题(GZK-2019-53)

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM),简称浆乳,是一种以乳腺导管阻塞扩张,管壁周围脂肪组织内浆细胞浸润为病变基础的非细菌性乳腺炎症性疾病<sup>[1-2]</sup>。本病好发于30~40岁非哺乳期妇女,临床表现复杂多样,病程较长,易反复发作,破溃后久不收口,而且同一乳房可存在多处病灶,给患者带来极大的痛苦<sup>[3-4]</sup>。业师夏小军教授是甘肃省名中医,在治疗浆细胞性乳腺炎方面疗效显著,不仅能够改善患者临床症状,降低复发率,且不良反应较少。笔者有幸随夏师伺诊,获益良多,现将夏师辨治浆细胞性乳腺炎之经验总结如下。

### 1 审病因,察病机,痰瘀为要

PCM发病,多因先天禀赋异常或后天调养失宜,导致脏腑功能失常,痰瘀形成,阻塞乳络,化火酿毒,

壅聚成痈<sup>[5]</sup>。本病早期多以实证为主,后期则多见虚实夹杂证,病机关键在于痰、瘀二端。痰之起因,一为脾虚蕴湿成痰,二为火热煎津化痰;瘀之来源,一为气机阻滞致瘀,二为寒凝痰滞成瘀。痰、瘀交织,互为因果,贯穿于本病始终,正如《丹溪心法》所云:“痰挟瘀血,遂成窠囊。”而痰、瘀化热又是成痈酿脓的病理基础,亦如《妇人大全良方》云:“夫妇人乳痈者,由乳肿结聚,皮薄以泽,是成痈也。足阳明之经脉则血涩不通,其血又归之,气积不散,故结聚成痈。”此外,痰、瘀既作为病理因素,又是病理产物,可致疾病迁延日久,缠绵难愈,影响其转归预后。由此可见,痰、瘀是PCM病机之要害,临证审察病机时须以痰、瘀为要。在此基础上,明辨邪正之盛衰、标本之虚实、寒热之错杂,如此辨证,方可执简驭繁,有的放矢。

车前子、白茅根、木瓜利水消肿。诸药共奏温阳健脾、活血利水之效。后期复诊中基本保持初诊治法方药,用药2个月后患者乏力水肿等症明显缓解。

### 参考文献

- [1] 魏军平.林兰教授糖尿病三型辨证学术思想渊源与临床经验整理研究[D].北京:中国中医科学院,2012.
- [2] 柴可夫,黄晓玲.2型糖尿病阴虚热盛证基因表达的研究[J].中国中医药科技,2010,17(3):185.
- [3] 刘文科,倪青.论脾瘵理论与三型辨证[J].北京中医药,2017,36(6):516.

- [4] 刘宝恩.糖尿病阴阳两虚证、气阴两虚证与其慢性并发症的关系[J].河南中医,2014,34(6):1129.

- [5] 尹德海,梁晓春,朴元林,等.2型糖尿病患者中医证型分析及其与糖尿病慢性并发症关系的探讨[J].中国中西医结合杂志,2009,29(6):506.

**第一作者:**张敏(1971—),女,医学硕士,主任医师,主要从事内分泌代谢性疾病及肾病中西医结合防治工作。gcm1998@163.com

收稿日期:2021-10-30

编辑:傅如海

## 2 重分期,分主次,有规可循

由于PCM病因各异,病机复杂,病程较长,故病情变化亦冗杂多变。一般而言,其病情变化符合溢液期→肿块期→脓肿期→溃脓期→收口期的转化规律,每期证型又各有侧重,其证候亦随辨证分型不同而各异。溢液期多表现为肝郁气滞,或痰湿蕴结证,同时伴有郁热化瘀之象;肿块期痰邪与瘀血交阻,多表现为寒痰凝滞,或瘀血内结证,郁久则易出现化热成毒之势;脓肿期多表现为热象明显之热毒炽盛证,或寒热不显之痰瘀互结证;溃脓期脓毒外泄,夹湿夹毒,多表现为湿毒浸淫证;收口期正气已虚,余毒难清,多表现为正虚邪恋证。各期典型症状不一,且各型之间无明确的界限,既可互相交叉重叠,又可互相转化。因此,临证时必须灵活掌握本病的证候特征及证型演变规律,抓住主要矛盾,分清邪正消长,精准施治。

## 3 巧辨证,活用药,防患未然

由于乳房溢液、肿块、流脓为PCM的主要症状,痰与瘀为其主要病理特点,且疾病溃脓期及久病体虚者极易感受外邪,故化痰行瘀、软坚散结,佐以清热解毒之法可贯穿于疾病治疗的始终,且化痰重于行瘀。夏师临证多选用玄参、浙贝母、生牡蛎、夏枯草、郁金、白僵蚕六味中药。其中玄参甘、苦,微寒,滋阴凉血、解毒散结;浙贝母苦,寒,清热化痰、解毒散结;生牡蛎咸,微寒,清热化痰、软坚散结;夏枯草辛、苦,寒,清热解毒、散结消肿;郁金辛、苦,寒,行气化痰、凉血解毒;白僵蚕咸、辛,平,解毒化痰、软坚散结。上六药合用,共奏化痰行瘀、软坚散结、清热解毒之效,尤其适用于本病未成脓期,若及时应用,确能缩短病程,提高疗效。正如《疡科纲要》所云:“治痈之要,未成者必其消,治之于早,虽有大证而可以消于无形。”而脓成之后,脓液是否能顺畅排出又是治疗成败的关键,故除了化痰行瘀、软坚散结之外,还须重视透脓外出。夏师临证多选用穿山甲、皂角刺、漏芦三味。穿山甲咸,微寒,活血消肿、排脓透毒;皂角刺辛,温,消肿托毒、溃坚排脓;漏芦苦,寒,清热解毒、消痈通脉。三药相伍,凡痈疽肿毒,未成能消,已成能溃,实为疡科之经典用药。合并红、肿、热、痛等化热成毒症状者,常应用五味消毒饮(金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵)、败酱草、石见穿、金荞麦等清热解毒、消肿散结之品。表现为寒痰凝滞者,加猫爪草、荔枝核以化痰软坚,行气散结。脓出之后,正气大虚,邪毒留恋,虚实兼见,此时尤当注意,一味补虚则助邪为患,一味攻邪则正气更

伤。诚如《疡科纲要》所云:“外痈既溃,脓毒既泄,其势已衰,用药之法为清其余毒、化其余肿而已。其尤要者,则扶持胃气,清养胃阴,使纳谷旺而正气自充。虽有大痈,生新甚速。”故应在扶正的基础上,佐以清热解毒、化痰行瘀,以攻补兼施,标本同治。遣方用药时,须根据机体气血阴阳变化和邪正消长,常选用八珍汤、十全大补汤之类为底方,灵活化裁,方能奏效。

## 4 守中州,固脾胃,达邪外出

《景岳全书》云:“凡欲察病者,必须先察胃气;凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑。”本病虽以邪实为主,祛邪是关键,而胃气强弱与否,直接影响治疗效果,且凡治病必须服药,“诸药入口,必先入胃而后行及诸经”,以调理阴阳寒热之偏。故胃气强健,则病易愈,胃气衰弱,药亦难效,亦如《医宗必读》所云:“胃气一败,百药难施。”如若察胃不真,用药不慎,损伤胃气,胃气虚弱,则增加治疗难度。况且,对于本病用药医者多选用辛散行气或苦寒泻火之品,此类药多易损伤脾胃,加之本病病程长,若过用、久用更有伤中之虞。故夏师认为临证用药时,化痰行瘀,须防辛燥伤阴;清热泻火,谨防苦寒败胃;补益气血,切勿滋腻碍脾。因此,临证遣药,可适当配伍陈皮、山楂、甘草等药,以理气和中、顾护胃气,从而助正达邪,固守中州。

## 5 验案举隅

张某,女,23岁,已婚已育。2016年11月22日初诊。

主诉:左侧乳房出现肿块3个月,加重2周。患者于3个月前无明显诱因出现左侧乳房肿块,局部伴疼痛,无发热等其他不适,当时未予重视,近2周疼痛症状加重,未予特殊治疗。于当地医院行乳腺彩超检查提示:左乳实性占位;行空心针穿刺活检,病理提示:慢性炎症细胞浸润,浆细胞性乳腺炎可能。经西药抗感染治疗1周,疗效不佳,因患者拒绝行手术,故求诊于夏师。刻下:左乳肿痛剧烈,左乳外侧可触及约5 cm×5 cm肿块,触痛明显,局部皮肤红肿,皮温升高,饮食可,大便干,小便正常,舌质红、苔黄腻,脉弦数。西医诊断:浆细胞性乳腺炎;中医诊断:粉刺性乳痈(热毒炽盛证)。病机属痰瘀互结,化热成毒。治以清热解毒、消肿散结。予五味消毒饮加减。处方:

紫花地丁15 g,蒲公英15 g,败酱草15 g,夏枯草20 g,黄柏15 g,苍术15 g,泽泻10 g,路路通15 g,金银花15 g,当归12 g,赤芍15 g,菊花15 g,金

荞麦 15 g, 甘草 10 g。14 剂。每日 1 剂, 水煎, 取汁 500 mL, 分早晚 2 次服用。

2016 年 12 月 6 日二诊: 疼痛症状减轻, 乳房肿块质软, 触之应手, 皮肤红肿症状减轻, 皮温不高, 舌质淡、苔微黄腻, 脉弦。复查彩超: 左乳肿块边界不清, 内部回声不均匀, 内可见细密光点, 并伴有局限性导管扩张。辨证为粉刺性乳痈脓肿期(痰瘀阻滞证)。治以活血化瘀、化痰散结, 以溃脓毒, 方用透脓散合消瘰丸加减。处方: 黄芪 30 g, 当归 15 g, 川芎 15 g, 穿山甲 10 g, 皂角刺 15 g, 牡蛎 30 g, 三棱 15 g, 莪术 15 g, 漏芦 15 g, 玄参 15 g, 浙贝母 15 g, 橘核 15 g, 荔枝核 12 g, 白僵蚕 12 g, 昆布 12 g, 大枣 10 g。14 剂。

2016 年 12 月 20 日三诊: 疼痛症状较前明显好转, 肿块较前明显缩小变软, 肿块上方可见 1 cm × 1 cm 溃疡面, 并伴有稀薄浆液流出, 伴疲乏无力, 腰膝酸软, 气短自汗, 周围皮肤未见红肿, 皮温不高, 饮食可, 二便正常, 舌质淡红、苔白, 脉细。辨证为乳痈溃脓期(气血两虚证)。治以补益气血、托毒排脓, 以八珍汤合透脓散加减。处方: 黄芪 30 g, 党参 15 g, 当归 15 g, 白芍 10 g, 赤芍 15 g, 茯苓 12 g, 白术 12 g, 川芎 10 g, 熟地黄 15 g, 穿山甲 10 g, 皂角刺 15 g, 山药 15 g, 川芎 15 g, 炙甘草 10 g。14 剂。

2017 年 1 月 3 日四诊: 精神较前明显好转, 无明显不适症状, 左侧乳房破口处窦道明显变浅, 无脓液流出, 舌质淡红、苔薄白。效不更方, 前方继用 14 剂。

2017 年 1 月 17 日五诊: 全身及局部无不适之感, 疾病告愈, 疮面完全愈合, 继以三诊方加减, 以化痰行瘀、软坚散结, 间断服用半年以巩固疗效。

后随访 3 年, 未复发。

按: 本案患者初诊时为乳痈初起, 系痰瘀互结、化热成毒之证。此时红、肿、热、痛症状明显, 此系标急, 急则治其标。《素问·阴阳应象大论》云: “治病必求于本”, 然《素问·标本病传论》云: “有其在标而求之于标, 有其在本而求之于本, 有其在标而求之于本”, 说明疾病是复杂多变的, 标与本存在缓急、轻重关系, 临证应当分清当前阶段标与本之主次关系, 灵活变通, 谨慎遣药。《素问·标本病传论》云: “先热后生中满者, 治其标……”, 提示对于热邪致中焦脾胃壅滞, 或致局部肿胀、胀满者, 应当清泻热邪, 截断病势。故初诊选用五味消毒饮加金荞麦、夏枯草、黄柏之属, 以直折其火, 祛除毒邪, 并佐以化痰软坚、活血化瘀之品。

二诊时, 依据患者舌脉症表现, 提示热毒已消, 然脓毒未溃、痰瘀未散。《素问·阴阳应象大论》云: “其高者, 因而越之; 其下者, 引而竭之; 中满者, 泻之于内……其实者, 散而泻之……血实宜决之, 气虚宜掣引之。”说明治病应注重因势利导, 根据具体部位, 结合病因、病机、病势, 给邪以出路。故选用透脓散合消瘰丸, 意在于化痰行瘀的基础上, 加强透脓排毒之效, 以达邪祛正复之目的。

经过上述治疗, 患者脓毒已溃, 痰瘀已散, 但虚象渐显, 体内仍有残留之余毒伏邪, 此乃疾病复发、进展的重要原因。诚如《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治》所言: “毒者, 邪气蕴蓄不解之谓。”《温疫论》云: “若无故自发者, 以伏邪未尽。”余毒伏邪非托举不能出也, 故扶助正气、托毒外出是此阶段治疗的关键, 然不能一味纯补, 以防闭门留寇。故夏师三诊时, 采用攻补兼施, 以扶正气、固护胃气、托毒外出为主, 予八珍汤合透脓散加减治之。四诊时肿痛消失, 脓已溃尽, 邪祛正安, 疾病向愈。《素问·刺法论》曰: “正气存内, 邪不可干”, 故采用补益气血法以善其后。此后间断服用益气养血之品, 少佐化痰行瘀, 以除宿根, 并固疗效。综观治疗全程, 辨证准确, 治法精当, 药中病机, 乳痈乃愈, 且疗效巩固, 值得推广应用。

## 参考文献

- [1] 顾乃强, 唐汉钧. 实用中医乳房病学[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1993: 142.
- [2] 李日庆. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 87.
- [3] 王军大, 王亚东, 王立娟, 等. 浆细胞性乳腺炎动物模型制备及模型效果评价的研究进展[J]. 中国实验动物学报, 2021, 29(1): 116.
- [4] 张董晓, 付娜, 高畅, 等. 燕京外科流派名家内治浆细胞性乳腺炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(7): 3581.
- [5] 吴青萍. 浆细胞性乳腺炎的中医中药治疗进展[J]. 江西中医药, 2019, 50(1): 77.

第一作者: 姜晓燕(1983—), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向为乳腺病的中医药防治。

通讯作者: 夏小军, 医学硕士, 主任医师, 教授。xiaxiaojun2006@163.com

收稿日期: 2022-01-13

编辑: 傅如海