头孢曲松钠联合金黄散外敷对急性乳腺炎的疗效及炎症因子的影响

曹凤微，武启芸，孙春雪，王新颖，冯小明
（唐山市妇幼保健院普外科，河北唐山 063000）

摘要：目的 探讨头孢曲松钠联合金黄散外敷对急性乳腺炎的疗效及其炎症因子表达的影响。**方法** 选取 2023 年 1 月至 2024 年 11 月患有急性乳腺炎的 105 例产褥期初产妇。采用简单随机化法分为对照组（头孢曲松钠治疗）和观察组（头孢曲松钠联合金黄散外敷治疗）。比较两组临床疗效、中医证候评分及视觉模拟评分法（visual analogue scale，VAS）评分。**结果** 治疗后，观察组临床疗效、中医证候评分及 VAS 评分均优于对照组（$P < 0.05$）。观察组恢复正常体温时间、肿痛消失时间短于对照组（$P < 0.05$）。治疗后观察组 C 反应蛋白及白细胞水平均低于对照组（$P < 0.05$）；观察组细胞间黏附因子 -1、降钙素原及可溶性髓系细胞触发受体 -1 水平亦低于对照组（$P < 0.05$）。**结论** 金黄散外敷可改善产褥期乳腺炎患者炎症因子表达、疼痛程度及康复速度。

关键词：头孢曲松钠；金黄散；急性乳腺炎；炎症因子
中图分类号：R655.8 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2026)05-0521-006
引用：曹凤微, 武启芸, 孙春雪, 等. 头孢曲松钠联合金黄散外敷对急性乳腺炎的疗效及炎症因子的影响[J]. 世界临床药物, 2026, 47(5): 521-526. DOI：10.13683/j.wph.2026.05.010

Effect of ceftriaxone sodium combined with Jinhuang powder topical application on acute mastitis and its influence on inflammatory factors

CAO Fengwei, WU Qiyun, SUN Chunxue, WANG Xinying, FENG Xiaoming
(*Department of General Surgery, Tangshan Maternal and Child Health Hospital, Tangshan 063000, Hebei Province, China*)

Abstract: ***Objective*** To explore the efficacy of ceftriaxone sodium combined with Jinhuang powder topical application in the treatment of acute mastitis and its influence on the expression of inflammatory factors. ***Methods*** A total of 105 puerperal primiparous women with acute mastitis from January 2023 to November 2024 were selected. They were randomly divided into the control group (treated with ceftriaxone sodium) and the observation group (treated with ceftriaxone sodium combined with topical application of Jinhuang powder), by a simple randomization method. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and visual analogue scale (VAS) scores were compared between the two groups. ***Results*** After treatment, the clinical efficacy, TCM syndrome score and VAS score of the observation group were better than those of the control group ($P<0.05$). The observation group showed significantly shorter time to normal body temperature and resolution of swelling and pain compared to the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of C-reactive protein and white blood cells in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The levels of intercellular adhesion molecule-1, procalcitonin, and soluble myeloid cell triggering receptor-1 in the observation group were also lower than those in the control group ($P<0.05$). ***Conclusion*** The topical application of Jinhuang powder can improve the expression of inflammatory factors, pain degree and recovery speed in patients with puerperium mastitis.

Key words: ceftriaxone sodium; Jinhuang powder; acute mastitis; inflammatory factors

收稿日期：2025-09-05
作者简介：曹凤微，主管护师，研究方向：乳腺全程管理对降低哺乳期乳腺炎的作用分析。
基金项目：河北省2025年度医学科学研究课题计划(20251196)

急性乳腺炎是哺乳期妇女常见的疾病。其发病机制较为复杂，涉及乳腺导管阻塞、细菌感染等多个方面[1]。研究[2]表明，哺乳期妇女乳腺导管因乳汁淤积、乳头皲裂、乳腺梗阻等因素阻塞后，乳汁滞留，导致细菌繁殖，常见病原菌为金黄色葡萄球菌、链球菌等。急性乳腺炎早期使用抗菌药物治疗有效率较高，可控制感染、减少并发症，并可预防脓肿形成[3-4]。但使用抗菌药物可能引发不良反应，且对产后哺乳造成不利影响[5]。急性乳腺炎属中医“乳痈”范畴，其发病机制与“气滞热壅”“热毒炽盛”密切相关。金黄散作为中医外用经典方剂，具有清热解毒、消肿止痛、活血化瘀之效。本研究旨在探讨头孢曲松钠联合金黄散外敷对急性乳腺炎的疗效及其对炎症因子表达的影响，以期为临床采用头孢曲松钠联合金黄散外敷治疗产褥期乳腺炎提供参考。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用两独立样本率比较的样本量计算公式：

$$n = 2\bar{p}\bar{q}(Z_\alpha + Z_\beta)^2/(p_1 - p_2)^2$$

其中，n 为每组所需最少样本量，p_1 为预试验中对照组临床总有效率（65%）；p_2 为预试验中观察组临床总有效率（85%）；$\bar{p}$ 为两组有效率的合并率，$\bar{q} = 1 - \bar{p}$，即合并无效率。本例中 $\bar{p} = (0.65 + 0.85)/2 = 0.75$，故 $\bar{q} = 1 - 0.75 = 0.25$。取 $\alpha = 0.05$（双侧），$\beta = 0.2$（检验效能为 80%）。经计算，每组最少纳入 94 例，考虑到失访率，本研究最终纳入 105 例。本研究已通过本院伦理审查（202301703）。

纳入标准：①符合《现代外科学》[6]中的急性乳腺炎诊断标准。②乳腺炎炎性肿物期，非脓肿期。③产后、哺乳期妇女。④符合《临床疾病诊断及疗效判定标准》[7]中医诊断及气滞热壅证。主症：乳房结块，红肿疼痛，乳汁淤积。次症：发热（37.3～39 ℃），口干口苦，烦躁易怒。舌脉：舌质红，苔薄黄，脉弦数。具备主症 2 项及次症 1 项以上，结合舌脉即可诊断。排除标准：①合并乳腺癌及静脉炎等乳腺疾病。②头孢曲松钠过敏。③ 1 周内进行过相关治疗。

1.2 分组与方法

选取本院 2023 年 1 月至 2024 年 11 月患有急性哺乳期乳腺炎并形成脓肿的 105 例产褥期初产妇。按临床纳入先后顺序统一编号。通过 SPSS26.0 统计软件生成 105 个不重复的随机数字，与患者编号一一对应；将随机数字按数值从小到大排序，依据排序结果划分组别，排序前 53 例患者纳入观察组，剩余 52 例患者纳入对照组。分组序列由第三方统计人员独立生成并封存，临床执行者、患者及疗效评估者均不知晓分组方案，有效避免选择偏倚与测量偏倚。

负责给药的医护人员知晓分组情况，按方案执行头孢曲松钠静脉滴注＋金黄散外敷操作（观察组）及单纯头孢曲松钠静脉滴注（对照组），其中对照组患者乳房局部采用与金黄散外观相似的无菌凡士林软膏外敷，以保持操作一致性。

评估者为独立于治疗团队的第三方医师，负责疗效判定，对分组情况实施盲法，仅通过病历记录、实验室检测结果及标准化评估表格获取信息，不参与患者治疗过程。

向所有患者说明两组均可能接受“药物联合外用制剂”治疗，避免因知情导致的心理预期差异，仅在研究结束后进行方案揭盲。

对照组：头孢曲松钠静脉滴注（SH6107，每次 1 g），一日 1 次，溶于 0.9% 氯化钠注射液。观察组：在对照组基础上加用金黄散外敷。取金黄散适量，用蜂蜜或醋调成糊状，均匀涂抹于乳房肿块处，厚度约 0.5 cm，覆盖无菌纱布，每日换药 2 次。两组均治疗 7 d。

1.3 主要观察指标

治疗 7 d 后，所有患者根据疗效进行判定[7]。显效：患者症状明显改善，几乎完全消失，身体恢

复正常。疼痛、肿胀等症状显著减轻或消失。乳腺区的发红、发热等炎症反应明显改善。乳汁分泌恢复正常，乳腺通畅。有效：患者症状有所改善，但未完全消失，病情有一定好转。无效：患者症状未明显改善。总有效率计算公式为：$R=(n_x+n_y)/n_{tot}\times100\%$，式中：$R$ 为总有效率，n_x 为显效例数，n_y 为有效例数，n_{tot} 为总例数。

1.4 次要临床指标

记录两组恢复正常体温时间和肿痛消失时间。

参考《中医病证诊疗常规》[8] 制定症候积分条目，每项按无、轻、中及重分别计为 0、2、4 及 6 分，总分 0 ～ 30 分。乳房红肿：无（0 分）；局部轻度红肿，范围＜ 1/3 乳房（2 分）；红肿范围 1/3 ～ 2/3 乳房（4 分）；红肿范围＞ 2/3 乳房（6 分）。乳房疼痛：无（0 分）；轻微疼痛，不影响哺乳（2 分）；疼痛明显，哺乳时加重（4 分）；剧烈疼痛，拒绝哺乳（6 分）。发热：37.3 ℃（0 分）；37.3 ～ 38 ℃（2 分）；38.1 ～ 39 ℃（4 分）；＞ 39 ℃（6 分）。乳汁淤积：无（0 分）；轻度淤积，可挤出乳汁（2 分）；明显淤积，乳汁排出不畅（4 分）；严重淤积，乳房坚硬（6 分）。口干口苦：无（0 分）；偶有口干（2 分）；持续口干口苦（4 分）；口干口苦明显，影响饮食（6 分）。

治疗前、治疗 7 d 后，采用视觉模拟评分法（visual analogue scale，VAS）[9] 评估患者治疗前后乳房疼痛评分。该评分法使用一条长度为 10 cm 的水平游动标尺，标尺一端标记为 0 分，代表完全无痛；另一端标记为 10 分，代表最剧烈、无法忍受的疼痛。患者根据自身乳房疼痛的主观感受，在标尺上自主标记对应位置，由研究者测量标记点至 0 分端的厘米数值，即为 VAS 疼痛评分。评分越高，表明乳房疼痛程度越严重。

治疗前、治疗 7 d 后，采集患者清晨静脉血，使用酶联免疫测试法比较 C 反应蛋白（C-reactive protein，CRP）及白细胞（white blood cell，WBC）水平表达。比较血清降钙素原（procalcitonin，PCT）、可溶性髓系细胞触发受体（soluble myeloid cell trigger receptor，sTREM）-1 及细胞间黏附因子（intercellular adhesion molecule，ICAM）-1 表达。

1.5 不良反应情况

两组治疗期间观察及记录不良反应发生情况，如药物过敏、局部皮肤刺激、胃肠道不适等。

1.6 统计学方法

数据录入 SPSS26.0 统计学软件中进行分析，对计量资料首先进行正态性检验，采用 Shapiro-Wilk 检验。若计量资料符合正态分布，以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，组间比较采用两独立样本 t 检验；若不符合正态分布，以中位数和四分位间距表示，组间比较采用 Mann-Whitney U 检验。本研究中所涉及的计量资料，均符合正态分布，采用两独立样本 t 检验进行组间比较。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

对照组 52 例患者年龄 20 ～ 36 岁，平均（29.48±3.17）岁。乳腺炎病程 1 ～ 7 d，平均（4.37±1.27）d，发病次数：多次 20 例，单次 32 例。孕产史：初产妇 35 例，经产妇 17 例。观察组 53 例患者年龄 20 ～ 37 岁，平均（29.28±3.7）岁；乳腺炎病程 1 ～ 8 d，平均（4.70±1.45）d，发病次数：多次 19 例，单次 34 例。孕产史：初产妇 33 例，经产妇 20 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

2.2 两组疗效

治疗后，观察组临床疗效优于对照组（$P<0.05$）。见表 1。

2.3 两组疾病进展

观察组恢复正常体温时间、肿痛消失时间短于对照组（$P<0.05$）。见表 2。

2.4 中医证候评分及 VAS 评分

治疗后，观察组中医证候评分及 VAS 评分优于对照组（$P<0.05$），见表 3。

表 1 两组疗效比较 [n(%)]
Table 1 Comparison of efficacy between the two groups [n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组(n=52)	16(30.77)	30(57.69)	6(11.54)	46(88.46)
观察组(n=53)	23(43.40)	30(56.60)	0(0.00)	53(100.00)
χ^2值				5.152
P值				0.042

表 2 两组疾病进展比较 ($\bar{x}\pm s$，单位：天)
Table 2 Comparison of disease progression between the two groups ($\bar{x}\pm s$, unit: d)

组别	体温恢复时间	肿痛消失时间
对照组(n=52)	4.35±1.06	6.27±0.25
观察组(n=53)	3.28±0.47	5.11±0.25
t值	5.832	5.953
P值	0.001	0.001

2.5 生化指标水平比较

治疗前，两组血清 CRP 及 WBC 水平比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后观察组 CRP 及 WBC 水平低于对照组（$P < 0.05$）。见表 4。

2.6 PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 水平

治疗前，两组 PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 水平比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$）。治疗后观察组 PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 表达水平低于对照组（$P < 0.05$）。见表 5。

2.7 安全性评价

对照组有 2 例（3.85%）出现轻度胃肠道反应（恶心、食欲不振），未影响治疗，停药后症状自行缓解；未出现过敏反应及其他严重不良反应。观察组有 1 例（1.89%）出现乳房局部皮肤轻微发红、瘙痒（考虑与金黄散外敷刺激相关），减少换药频率至每日 1 次后症状缓解，未中断治疗；无胃肠道反应或过敏反应发生。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$\chi^2 = 0.326$，$P = 0.568$）。

表 3 两组中医证候和 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$，单位：分)
Table 3 Comparison of traditional Chinese medicine syndromes and VAS scores between the two groups ($\bar{x}\pm s$, unit: point)

组别	中医证候评分		VAS评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=52)	21.38±3.26	10.29±2.11	5.42±1.38	2.44±0.53
观察组(n=53)	20.96±3.22	5.15±1.96	5.17±1.37	1.21±0.34
t值	0.672	12.951	0.931	14.194
P值	0.503	0.001	0.354	0.001

表 4 两组血清 CRP 及 WBC 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)
Table 4 Comparison of serum CRP and WBC levels between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	CRP/mg·L^{-1}		WBC/×10^9·L^{-1}	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=52)	14.49±3.30	7.53±1.20	11.75±2.37	7.25±1.10
观察组(n=53)	14.35±4.5	4.57±1.07	11.26±2.19	5.36±0.95
t值	0.845	7.583	0.805	11.953
P值	0.209	0.001	0.217	0.001

3 讨论

乳腺炎通常由细菌感染引起，最常见的致病菌是金黄色葡萄球菌。女性在哺乳期间，体内的激素水

表 5 两组血清 PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 表达比较 ($\bar{x}\pm s$)
Table 5 Comparison of serum PCT, sTREM-1 and ICAM-1 expressions between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	PCT/ng·mL^{-1}		sTREM-1/ng·L^{-1}		ICAM-1/ng·mL^{-1}	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=52)	1.86±0.42	0.90±0.21	39.5±6.8	25.9±4.1	268.3±32.8	189.6±23.7
观察组(n=53)	1.82±0.39	0.50±0.15	38.9±7.1	18.6±3.2	271.5±34.5	135.2±18.7
t值	0.492	9.836	0.417	9.625	0.483	11.372
P值	0.623	<0.001	0.677	<0.001	0.630	<0.001

平变化可能会影响免疫系统的功能，降低局部免疫力，从而使得乳腺更易受到感染。同时，乳腺组织的炎症反应也可能导致免疫系统的进一步激活[9-12]。研究[13-15]表明，细菌通过乳腺导管侵入乳腺组织，导致局部感染和炎症反应。感染引起的炎症反应会导致乳腺组织肿胀、红肿和疼痛，进而影响乳汁的正常排出。在哺乳期，乳汁的排出是维持乳腺健康的重要因素。当乳腺受到压迫或导管阻塞时，乳汁无法顺畅排出，导致乳腺内压力升高，进一步加重炎症和感染。这种滞留现象不仅使乳腺肿胀，还可导致更深层次的感染和组织损伤[16]。

本研究结果显示，观察组总有效率显著高于对照组，且在恢复正常体温时间、肿痛消失时间等指标上均优于对照组，提示金黄散外敷能更高效地改善急性乳腺炎的临床进程。本研究中，两组治疗后 CRP 及 WBC 水平均较治疗前显著降低，观察组降低更明显，表明金黄散外敷可进一步增强炎症控制。金黄散中的黄柏含小檗碱，具有抗炎、抑菌作用；大黄含大黄素，可抑制炎症介质释放；姜黄中的姜黄素能改善局部血液循环，促进水肿吸收。本研究中，观察组通过金黄散外敷，使药物直接作用于肿块局部，既能增强局部抗菌抗炎效果，又能通过温热刺激促进局部血流，加速炎症代谢产物排出，从而缩短肿痛消失时间、加快体温恢复，与头孢曲松钠的全身抗感染作用形成“局部 - 全身”联动，显著提升疗效[16]。

本次研究结果表明，观察组中医证候评分及 VAS 评分优于对照组，急性乳腺炎核心病机为气滞热壅，表现为乳房红肿、疼痛、发热、乳汁淤积等症候[17]。金黄散外敷能清热解毒，以祛热毒、活血化瘀为主。一方面，药物成分抑制局部炎症反应，减轻组织水肿，从而缓解疼痛；另一方面，促进乳络通畅，减少乳汁淤积，改善乳房坚硬、乳汁排出不畅等症状。局部对症治疗与头孢曲松钠的全身抗感染相结合，更全面地覆盖疾病的病理环节，故症状改善更彻底。

PCT 是细菌感染与炎症反应的敏感标志物，正常生理状态下血清含量极低。当细菌内毒素刺激或严重感染引发全身炎症反应时，甲状腺 C 细胞及外周单核细胞会大量合成 PCT，其水平与感染严重程度呈正相关。sTREM-1 作为固有免疫激活的关键分子，主要表达于中性粒细胞和单核细胞表面，细菌感染时以可溶性形式释放入血，可通过激活 NF-κB 信号通路促进炎症因子释放，加剧局部炎症级联反应。ICAM-1 则主要分布于血管内皮细胞表面，炎症状态下其表达上调，可介导中性粒细胞与内皮细胞的黏附、迁移，促进炎症细胞向感染部位聚集，加重乳腺组织的炎症浸润与损伤。

本次研究结果表明，金黄散外敷治疗后，PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 的表达低于常规治疗。金黄散的药理作用机制分析表明，其对上述指标的调控效应与复方成分的协同作用密切相关：一方面，金黄散中黄柏含有的小檗碱可通过抑制细菌细胞壁合成、破坏细胞膜完整性，直接降低金黄色葡萄球菌等致病菌的载量，减少内毒素释放，而内毒素作为 PCT、sTREM-1 的核心诱导因子，其含量降低可从源头减少二者的合成与分泌[18]；同时，小檗碱还能抑制单核细胞中 NF-κB p65 亚基的磷酸化，阻断 NF-κB 信号通路激活，进而减少 ICAM-1 在血管内皮细胞的表达，降低炎症细胞的黏附与迁移能力[19]。另一方面，大黄中的大黄素可通过下调炎症细胞中 Toll 样受体 4 的表达，减少 sTREM-1 的释放及下游炎症因子的级联反应；姜黄中的姜黄素则能通过抑制丝裂原活化蛋白激酶通路，进一步抑制 ICAM-1 的转录与表达，同时促进局部血液循环，加速炎症细胞及代谢产物的清除，间接降低 PCT 的合成需求[20]。此外，金黄散外敷采用蜂蜜或醋调和的给药方式，不仅能通过渗透压作用增强药物成分的皮肤渗透效率，使药物直接作用于乳腺感染病灶部位，提高病变部位的药物浓度，更能通过温热刺激扩张

局部血管，促进炎症因子与毒素的排出，进一步削弱 PCT、sTREM-1 及 ICAM-1 的表达诱因。

4 结论

综上所述，金黄散外敷可改善产褥期乳腺炎患者疼痛度及康复速度，对改善患者炎症因子表达有重要作用。

参考文献：

[1] 倪小凤, 周欢, 周文文, 等. 通乳消痈方联合中医手法排乳治疗哺乳期急性乳腺炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(11): 80-84.

[2] 曲冬梅, 杨真. 消痈汤联合手法通乳治疗哺乳期郁滞型急性乳腺炎的效果分析[J]. 中国现代医生, 2024, 62(27): 17-21.

[3] 王红梅, 刘扬, 王喻. 中医手法按摩联合乳腺导管灌注对早期急性哺乳期乳腺炎的效果观察[J]. 中华保健医学杂志, 2023, 25(5): 558-561.

[4] 王雪琴, 王晶. 瓜蒌牛蒡汤内服联合红外线照射和通乳手法治疗急性乳腺炎的效果观察[J]. 中国实用医刊, 2024, 51(6): 117-120.

[5] 李玲玉, 黄志敏, 邓理, 等. 自拟通乳消痈方联合三联抗分枝杆菌治疗急性乳腺炎(气滞热壅证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(10): 1783-1786.

[6] 黄洁夫. 现代外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 117-119.

[7] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断及疗效判定标准[M]. 北京: 中国科学技术文献出版社, 2010: 57-58.

[8] 陈园桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008.

[9] 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(2): 273.

[10] 叶玉平, 金爱红, 毕东军, 等. 手法通乳联合中药内服及外熏在早期哺乳期急性乳腺炎治疗中的应用[J]. 浙江医学教育, 2021, 20(1): 42-44.

[11] 杜晓娜, 王成喜, 孟欣, 等. 通乳围刺法治疗哺乳期早期急性乳腺炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 2005-2008.

[12] 李桃花, 祝东升, 钟馨, 等. 乳通散外敷加通乳手法治疗急性乳腺炎初起气滞热壅型患者疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(12): 2173-2175.

[13] 张玲玲. 通乳散结膏配合揉抓排乳法治疗哺乳期急性乳腺炎郁滞期的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(7): 49-51.

[14] 瞿曦, 何朋芝, 黄密, 等. 砭石手法通乳治疗配合音乐疗法用于急性乳腺炎瘀滞期患者的疗效观察及护理方法总结[J]. 饮食保健, 2020, 7(1): 125-126.

[15] 张凤莲, 程杰, 葛建立. 通乳三穴拔罐配合活血解毒丸对急性乳腺炎患者血清hs-CRP、IL-6、IL-1β及TNF-α水平变化的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(52): 56-57.

[16] 蒋燕红, 傅根莲, 马小琴, 等. 手法通乳配合平衡火罐治疗哺乳期急性乳腺炎临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2019, 29(5): 414-415.

[17] 罗钰超. 116例急性乳腺炎早期通乳法护理研究[J]. 母婴世界, 2019, (21): 166.

[18] 刘玉兰. 揉抓排乳手法配合通乳散结方治疗急性乳腺炎早期疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2001, 12(4): 354.

[19] 顾锡冬, 韩淼, 陈晓洁, 等. 手法通乳联合中药治疗郁滞期急性乳腺炎疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(9): 124-126.

[20] 杨准叶. 通乳汤治疗哺乳期急性乳腺炎62例[J]. 河南中医, 2003, 23(2): 32-33.

(编辑：沈佳婕)