中医综合诊疗方案在围术期粉刺性乳痈的临床应用

孙佳晔，万华，吴雪卿，高晴倩，瞿文超，邵士珺，谢璐，冯佳梅*
（上海中医药大学附属曙光医院，上海 200021）

摘要 目的：观察中医综合诊疗方案在围术期不同分期的粉刺性乳痈患者的临床疗效。方法：采用前瞻性队列研究，连续纳入 2021 年 4 月—2022 年 12 月在上海中医药大学附属曙光医院乳腺科住院治疗的围术期粉刺性乳痈患者 200 例，根据临床表现、辅助检查等将患者分为肿块期组 75 例、脓肿期组 109 例、瘘管期组 16 例。所有患者根据不同临床症状选用中药辨证论治、抗微生物药物、类固醇激素等内治法及箍围法、手术等外治法联合使用的治疗方案。评价中医综合诊疗方案治疗不同分期的粉刺性乳痈患者的切口愈合时间、痊愈时间、治愈率、复发率等。结果：在手术治疗后 1 个月和 6 个月，3 组患者治愈情况无明显差异（$P>0.05$），中医综合诊疗方案治疗围术期粉刺性乳痈患者的治愈率分别为 91.0%（182/200）、96.5%（193/200）。3 组患者的切口痊愈时间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；3 组患者的治疗至痊愈的时间比较，瘘管期组较脓肿期组更短（$P<0.05$）；3 组患者发病至痊愈的时间比较，肿块期组和脓肿期组均较瘘管期短（$P<0.05$），肿块期组与脓肿期组无明显差异（$P>0.05$）。3 个不同分期的粉刺性乳痈患者的同侧复发、同侧新发、对侧新发例数分布无明显差异（$P>0.05$），中医综合诊疗方案治疗围术期粉刺性乳痈患者同侧复发率为 5.5%，同侧新发率为 1.5%，对侧新发率为 1.5%。所有患者治疗期间均未出现过敏、神经兴奋、月经紊乱等不良反应，未出现肝肾功能异常。结论：中医综合诊疗方案对围术期粉刺性乳痈患者的治愈率高，总复发率低，疗效显著且安全性良好。

关键词 中医综合诊疗方案；围术期；不同分期；粉刺性乳痈；临床应用
中图分类号：R261 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）01－0071－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250013

粉刺性乳痈是在非哺乳期、非妊娠期妇女中发生的乳房部位的慢性化脓性疾病[1]，其主要表现为乳头溢液、乳房可触及的肿块、不规律出现的乳房疼痛及触痛、乳房红肿发热、脓肿和瘘管形成，并存在乳头凹陷[2]。该病病程长且迁延难愈，对患者的身心产生极大的影响，且病因尚不明确，常见的治疗方法主要包括：中药、皮质类固醇激素、抗微生物药物、肿块切除、乳房切除、切开引流等。但较高的复发率及较低的治愈率限制了药物及手术的临床应用。因此探寻更有效、安全的治疗方法，是该病亟需解决的问题之一。

近年来，中医药治疗粉刺性乳痈具有一定的优势，在辨证论治的同时，将内治与外治相结合。对于内治法，按照以往中医辨证论治，将粉刺性乳痈分为肝经蕴热证和余毒未清证。在长期临床实践中发现，该病可能存在新的临床证型——痰湿证。课题组前期曾对粉刺性乳痈患者采用清化痰湿方结合不同的中医外治法治疗进行前瞻性研究，结果发现，清化痰湿方结合中医外治法治疗该病，其临床痊愈率高且复发率低，可以较好地改善局部乳房症状，具有良好的临床疗效[3-4]。另外还曾回顾性分析了清化痰湿方联合中医外治法治疗粉刺性乳痈患者[5]，同样证实了对于粉刺性乳痈痰湿证患者使用清化痰湿方治疗具有较好的临床疗效。外治法囊括了箍围法、引流法、垫棉法以及手术治疗。多项 Meta 分析表明，中西医结合治疗粉刺性乳痈能明显提高临床有效率、降低复发率且具有良好的安全性[6-7]。此外，皮质类固醇激素联合手术治疗粉刺性乳痈的效果优于单纯手术、单纯激素或和甲氨蝶呤、抗生素等联合使用[8]。

综上，基于前期临床研究基础及临床经验创建了粉刺性乳痈中医综合诊疗方案进行该病的诊治。本研究通过前瞻性队列研究评价不同分期患者的临床疗效、发病终点及安全性，以期对不同分期患者指导并调

收稿日期：2023－12－23 **修回日期**：2024－05－31
基金项目：上海市卫生健康委员会科研课题（202040254）；上海中医药大学附属曙光医院国家自然科学基金青年孵育项目（SGKJLC－202016）
作者简介：孙佳晔（1988－），女，博士，主治医师，研究方向：中西医结合治疗乳腺疾病。
*通信作者：冯佳梅（1981－），女，博士，副主任医师，研究方向：中西医结合治疗乳腺疾病。

整更有针对性的诊疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2021 年 4 月—2022 年 12 月就诊于上海中医药大学附属曙光医院乳腺科符合诊断标准且住院治疗的围术期粉刺性乳痈患者 200 例，并随访至 2023 年 10 月。根据《中医外科临床诊疗指南粉刺性乳痈》（中华中医药学会团体标准，2020 年 1 月 1 日实施，1186－2019）[9] 的临床分期，并结合临床表现及影像学检查，将患者分为肿块期、脓肿期、瘘管期。其中肿块期组 75 例，脓肿期组 109 例，瘘管期组 16 例。剔除与脱落患者 0 例。已婚 192 例，未婚 8 例。3 组患者的年龄、BMI、流产次数比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$），见表 1。3 组患者病程差异有统计学意义（$P < 0.05$），符合粉刺性乳痈不同分期的疾病发展规律。治疗前不同分期患者的中医证型分布及手术治疗方案，差异具有统计学意义（$P < 0.05$），表明肿块期患者以痰湿蕴热证居多，脓肿期患者以肝经郁热证居多，瘘管期患者以余毒未清证居多，与临床辨证规律相符；肿块期和脓肿期患者手术治疗方案以Ⅰ期扩疮＋Ⅱ期缝合居多，瘘管期患者则Ⅰ期扩疮＋Ⅱ期缝合与Ⅰ期扩创＋同期缝合术相当。见表 2。本研究经过上海中医药大学附属曙光医院伦理委员会审查（伦理批号：2021－956－31－01）。

表 1 不同分期围术期粉刺性乳痈患者一般资料分布[M(P25,P75)]

组别	例数	年龄/岁	BMI/(kg/m²)	病程/月	流产次数/次
肿块期组	75	34.0(31.0,38.0)	23.3(20.7,26.0)	3.0(1.4,4.7)[c]	1.0(0,2.0)
脓肿期组	109	34.0(30.0,38.5)	23.4(21.5,26.4)	2.0(1.0,3.8)[c]	0(0,1.0)
瘘管期组	16	33.5(29.0,40.0)	23.1(21.0,25.2)	5.0(3.0,10.7)	0.5(0,1.75)

注：与瘘管期组比较，[c]$P < 0.05$。

表 2 不同分期围术期粉刺性乳痈患者中医证型、手术治疗方案分布[例(%)]

组别	例数	中医证型分布			手术治疗方案分布			
		肝经郁热证	余毒未清证	痰湿蕴热证	Ⅰ期扩创＋Ⅱ期缝合术	Ⅰ期扩创＋同期缝合术	盾构切开法	Ⅰ期扩创术
肿块期组	75	17(8.5)	3(1.5)	55(27.5)	57(28.5)	10(5.0)	0(0)	8(4.0)
脓肿期组	109	73(36.5)	4(2.0)	32(16.0)	90(45.0)	8(4.0)	1(0.5)	10(5.0)
瘘管期组	16	10(5.0)	14(7.0)	2(1.0)	8(4.0)	7(3.5)	0(0)	1(0.5)

1.2 诊断标准

粉刺性乳痈诊断标准及临床分期标准均参照《中医外科临床诊疗指南粉刺性乳痈》[9] 诊断。

诊断标准：①发生在非哺乳期、非妊娠期的女性；②临床上可见乳头溢液、乳头凹陷、乳房疼痛、乳房肿块、乳房脓肿、乳房瘘管；③实验室检查：部分患者可有血白细胞总数及中性粒比例升高、血清垂体泌乳素升高，脓液细菌培养提示无特异性细菌生长；④影像学检查：B 超早期仅见到导管扩张；脓肿期可见多灶性不规则低回声、液性暗区或混合性团块连成片状；乳腺增强 MRI 可视肿块期、成脓期多灶性不规则低密度影，周围见不均质强化；瘘管期可见局限性低密度影或隧道样结构（乳晕区多见）；⑤病理学检查：乳房肿块细针穿刺或空芯针穿刺病理学支持非特异性炎性病变，可见到急、慢性炎细胞或浆细胞，导管扩张，肉芽肿形成等。

临床分期标准：①肿块期：乳房结块多伴有疼痛，好发于乳房 1 个象限；②脓肿期：皮肤红肿，由 1 个象限漫延到多个象限，形成多灶性的脓肿；③瘘管期：溃破后脓液中夹杂白色粉刺样或淡黄色油脂样分泌物，经久不愈，形成瘘管；乳晕区病灶常与输乳管相通；或反复红肿，溃口相继增多。病程长达数月或数年。

中医辨证诊断标准参照中华中医药学会颁布的 2019 年版《中医外科临床诊疗指南》[9]、1990 年邓铁涛主编《中医证候规范》[10] 制定，符合肝经郁热证、余毒未清证、痰湿蕴热证的证候诊断标准。辨证标准：①主症 4 个；②主症 <4 个，以次症个数高者辨证。

1.2.1 肝经郁热证

主症：乳房结块，色红燥热，灼热疼痛，破溃流脓，质稠，乳头有粉刺样物溢出；次症：急躁易怒，两胁胀痛，头晕胀痛，面色红赤，口干口苦，心烦不眠，大便干结，小便短赤；舌脉：舌红、苔黄，脉滑数或弦数。

1.2.2 余毒未清证

主症：乳房结块，局部僵硬，皮色暗红或不红，隐隐作痛，脓肿自溃或术后未缝合，久不收口、时发时敛；次症：低热，乏力，面色无华，心烦盗汗，失眠多梦，口干咽燥，大便干燥；舌脉：舌淡或红、苔薄黄，脉弦。

1.2.3 痰湿蕴热证

主症：乳房结块、重垂胀急，皮色微红或不红，酸胀

疼痛,溃烂流脓黄浊、色泽不净,术中见脂质样分泌物;次症:形体丰腴、脘腹痞满、身肢困重、口苦黏腻、不思饮食、面色黄垢、口甜而腻、心烦少寐、大便溏泄臭秽、小便短赤等;舌脉:舌红,苔黄腻,脉濡数或滑数。

1.3 纳入标准

①符合以上诊断标准;②女性,年龄 18 ~ 60 岁;③非妊娠期、哺乳期女性和无其他乳腺炎;④患者知情同意,自愿并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①妊娠者;②合并有严重心脑血管、肝、肾及造血系统原发性疾病者;③合并恶性肿瘤者;④已知对试验用药处方组成成分过敏者。

1.5 剔除与脱落标准

①受试者出现严重不良事件或例如怀孕等特殊生理变化,根据医生判断不宜接受临床试验者;②在研究过程中不愿继续进行临床试验者;③不能按规定完成所有记录内容者;④失访者。

对于脱落病例采取以下处理措施,对于退出临床试验的病例,研究者通过电话、微信等方式与其联系,记录最后 1 次用药时间、评估其已完成的治疗。了解其退出原因,并如实记录。

因不良反应、治疗无效而退出试验的受试者,研究者应根据受试者情况,采取相应的处理措施:若受试者在研究治疗期间出现症情明显加重时,应紧急给予应急预案。解决的办法:允许除中医综合诊疗方案之外的其他治疗方式,包括广泛扩大切除手术等。

1.6 治疗方案

对不同分期的患者在围术期(术前 1 d—术后 14 d)采用不同的治疗方案。①肿块期:内治、外治及手术方法联合使用。内治方法包括中药辨证论治:肝经郁热证患者选用柴胡清肝汤(川芎 10 g,当归 15 g,白芍 10 g,地黄 30 g,柴胡 9 g,黄芩 12 g,生栀子 12 g,天花粉 15 g,防风 12 g,牛蒡子 12 g,连翘 15 g,甘草 6 g),痰湿蕴热证患者选用清化痰湿方(半夏 9 g,黄连 6 g,黄芩 9 g,陈皮 6 g,茯苓 6 g,栀子 6 g,甘草 6 g);西药:若白细胞偏高,可选抗生素,希刻劳胶囊(苏州西克罗制药,250 mg × 6 粒/盒),国药准字 H10983030 或克林霉素棕榈酸酯分散片(广州一品红制药,75 mg × 12 片/盒),H20030434;若红肿热痛明显,发热,甚至出现双下肢结节性红斑,可选用类固醇激素治疗,美卓乐片(辉瑞公司,4 mg × 30 片/盒),H20110064;若泌乳素升高或有垂体微腺瘤病史,可选用佰莫亭片(匈牙利吉瑞,2.5 mg × 30 片/盒),H20110116。外治方法主要采用箍围法,可选用金黄膏、玉露膏、金黄散、青黛膏等药物(均为上海中医药大学附属曙光医院院内制剂)。手术方法根据医生评估及患者意愿选用切开法(Ⅰ期扩创术、盾构切开术)、改良切开法(Ⅰ期扩创术 + Ⅱ期缝合术或Ⅰ期扩创术 + 同期缝合术)。②脓肿期:内治、外治及手术方法联合使用。内治方法同肿块期。外治法可选用箍围法(同肿块期)、穿刺抽脓法、引流法(包括药线引流、切开引流等)。手术方法同肿块期。③瘘管期:内治、外治及手术方法联合使用。内治方法:中药辨证论治,余毒未清证患者选用托里消毒散(党参 15 g,黄芪 15 g,当归 15 g,皂角刺 15 g,白芷 12 g,川芎 10 g,桔梗 12 g,白术 15 g,茯苓 15 g,金银花 9 g,甘草 6 g,陈皮 9 g),其余内治法同脓肿期。外治法较脓肿期增加垫棉法,用于瘘管后期促进疮面愈合。手术方法同脓肿期。所有中药汤剂,饮片由上海虹桥饮片厂提供,由上海中医药大学附属曙光医院中药房煎制,每日 1 贴,常规煎煮为 300 mL,每次 150 mL,口服,每日 2 次。

Ⅰ期扩创术:术中打开所有脓腔,切除部分病变坏死组织,切除扩张及有大量分泌物的病变导管,术后术口敞开。每日予以无菌红油膏纱条(凡士林、九一丹、东丹)或白玉膏纱条(凡士林、石膏、炉甘石)引流化腐,血管钳油纱条插脓腔或窦底,将伤口均匀嵌塞换药。Ⅰ期扩创术后换药 2 周,可行Ⅱ期缝合术。

Ⅱ期(同期)缝合术:术中切除(残留)病变组织后行腺体转移成形术并缝合术口,伴乳头凹陷患者内卷乳头皮肤被重整和松解,乳头下病变导管被处理,乳头被再次缝合成形。

盾构切开术[11]:在乳腺皮肤破坏处或者脓肿感最明显的地方作为盾构的中点,沿皮肤走向作切口,根据瘘道的方向,模仿盾构机原理清除脓液,待完毕时用蘸有祛腐生机药的纱布留置于疮口以促进新鲜肉芽组织生长,直至术口愈合。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 治愈率

治愈标准参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医外科病证诊断疗效标准》[2],在手术治疗结束后 1 个月、6 个月进行总体评价。①治愈:肿块消失,瘘管愈合;②好转:红热疼痛消失,肿块缩小,瘘管近愈;③未愈:肿块不消,瘘管不愈。治愈率:治愈病例占接受治疗病例的比例。

1.7.2 切口愈合时间、痊愈时间

粉刺性乳痈的痊愈标准[12]为肿块及疼痛消失,创面愈合,即创口完全闭合,无红肿渗出。其中行缝合手

术患者若无红肿渗出,创口愈合时间为术后 1 周。痊愈时间包括:治疗至痊愈的时间、发病至痊愈的时间。

1.7.3 复发率、新发率

根据同侧乳房相同部位在治愈后再次出现红肿疼痛等症状视为同侧复发的标准[12],同侧乳房非相同部位在治愈后再次出现红肿疼痛等症状视为同侧新发,对侧乳房出现红肿热痛等症状,视为对侧新发。所有病灶均需排除粉刺性乳痈以外的其他原因所致的发病。对所有患者随访至 2023 年 10 月。

1.7.4 安全性评价

①治疗前和治疗后分别检查血液肝功能(ALT、AST)和肾功能(BUN、Cr),超过正常值 15% 视为异常;②不良反应:过敏,神经兴奋、月经紊乱、恶心等不良反应。

1.8 统计学分析

3 组计量资料服从正态分布者采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计描述;计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法进行比较。多个独立样本之间比较及两两比较采用 Kruskal Wallis 检验和 Bonferroni 校正法;所有数据用 SPSS 26.0 软件进行统计,均采用双侧检验,$P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效评价

2.1.1 治愈率

在手术治疗后 1 个月和 6 个月,3 组患者治愈情况无明显差异($P>0.05$),中医综合诊疗方案治疗围术期粉刺性乳痈患者的治愈率分别为 91.0%、96.5%。见表 3。

2.1.2 切口愈合时间、痊愈时间

不同分期粉刺性乳痈患者的切口愈合时间无明显差异($P>0.05$);不同分期粉刺性乳痈患者的治疗至痊愈的时间,差异有统计学意义($P<0.05$),两两比较结果显示,瘘管期与脓肿期治疗至痊愈的时间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同分期粉刺性乳痈患者的发病至痊愈的时间,差异有统计学意义($P<0.05$)。两两比较结果显示,瘘管期与肿块期发病至痊愈的时间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 3 手术治疗后 1 个月、6 个月围术期粉刺性乳痈患者的治愈情况评价[例(%)]

组别	例数	手术治疗后 1 个月			平均秩次	手术治疗后 6 个月			平均秩次
		治愈	好转	未愈		治愈	好转	未愈	
肿块期组	75	71(35.5)	3(1.5)	0(0.0)	96.87	73(36.5)	0(0)	2(1.0)	99.73
脓肿期组	109	96(48.0)	11(5.5)	2(1.0)	103.41	104(50.2)	5(2.5)	0(0.0)	101.54
瘘管期组	16	15(7.5)	1(0.5)	0(0.0)	97.66	16(8.0)	0(0.0)	0(0.0)	97.00
总计	200	182(91.0)	15(7.5)	2(1.0)		193(96.5)	5(2.5)	2(1.0)	

表 4 不同分期围术期粉刺性乳痈患者的痊愈情况比较[M(P25,P75)]

组别	例数	切口愈合时间/d	治疗至痊愈时间/d	发病至痊愈的时间/d
肿块期组	75	7.0(7.0,7.0)	21.0(21.0,21.0)	111.0(80.0,162.0)
脓肿期组	109	7.0(7.0,7.0)	21.0(21.0,21.0)	96.0(51.0,145.5)
瘘管期组	16	7.0(7.0,7.0)	21.0(7.0,21.0)[b]	171.0(100.5,352.5)[ab]

注:与肿块期组比较,[a]$P<0.05$;与脓肿期组比较,[b]$P<0.05$。

2.1.3 复发率与新发率

3 个不同分期的粉刺性乳痈患者的同侧复发、同侧新发、对侧新发例数分布无明显差异($P>0.05$),中医综合诊疗方案治疗围术期粉刺性乳痈患者同侧复发率为 5.5%,同侧新发率为 1.5%,对侧新发率为 1.5%。见表 5。

表 5 不同分期围术期粉刺性乳痈患者复发与新发例数分布[例(%)]

组别	例数	同侧复发	同侧新发	对侧新发
肿块期组	75	5(2.5)	1(0.5)	1(0.5)
脓肿期组	109	5(2.5)	2(1.0)	2(1.0)
瘘管期组	16	1(0.5)	0(0.0)	0(0.0)
合计	200	11(5.5)	3(1.5)	3(1.5)

2.2 安全性评价

所有患者治疗前后均未出现肝肾功能异常,均未出现过敏、神经兴奋、月经紊乱等不良反应。

3 讨论

粉刺性乳痈是临床治疗周期长、易复发的难治性乳房疾病,其病因不明。组织病理学可将粉刺性乳痈作出明确的诊断与分类,包括浆细胞性乳腺炎、肉芽肿性小叶乳腺炎、乳腺导管扩张症、乳晕下脓肿等。但是无论何种病理类型,其临床均可根据患者的乳房局部病变、全身症状及舌脉进行中医辨证,并与药物外治、手术外治等相结合的诊疗思路进行诊治,故创建了粉刺性乳痈中医综合诊疗方案对就诊时处于不同临床分

期的粉刺性乳痈患者进行系统化及个性化治疗,临床获得了较高的治愈率。

粉刺性乳痈具有一定的自限性[13]。有研究发现,无论何种治疗方式,病情往往会在 2 ~ 24 个月的时间内自行痊愈[14];但也有患者因瘘管反复发作,病程长达 10 年[15]。该研究中患者自发病至痊愈的中位痊愈时间为 96 ~ 171 d,而治疗至痊愈的中位时间仅需 21 d,明显缩短了患者的病程,减轻了患者的痛苦。

近年来,广泛手术切除治疗该病已被接受[16-19],本研究中不同临床分期患者均行中医外治疗法中的手术治疗。在手术方式的选择上,肿块期患者首选Ⅰ期扩创术 + Ⅱ期缝合术,如果肿块范围相对局限,可选择Ⅰ期扩创术 + 同期缝合术;对于脓肿期患者,多数乳房或全身炎症较为剧烈,行Ⅰ期扩创术或盾构切开术,清除坏死组织和脓肿,减少炎症负荷,待局部病灶炎症缓解或全身症状减轻时,根据患者情况进行Ⅱ期缝合术或换药至伤口愈合;对于瘘管期患者,需根据瘘管周围的炎症情况、瘘管的分布、瘘管的数目选择手术方式。瘘管期患者若乳房肿块伴疼痛反复发作、迁延难愈,联合手术是最佳的治疗方式,本研究结果也表明瘘管期患者从治疗至痊愈时间较其他分期患者更短。另外盾构切开术适用于病变范围较大的患者,此类患者乳房美观的重要性往往被忽视,所以盾构切开术可以在治疗疾病、减少复发的同时,保证乳房外形美观的中医外治疗法。不同分期的粉刺性乳痈患者行手术治疗后的切口愈合时间无明显差别,所以在肿块期、脓肿期及瘘管期均是手术介入的重要时机。

多项关于手术治疗的研究[20-22]显示该病的复发率在 8% ~50%,较高的复发率往往会限制手术的应用。1980 年有学者[23]首先提出皮质类固醇激素通过控制细胞免疫反应、减轻急性炎症、局限炎症组织治疗该病,但多项临床研究也提示停药后容易出现复发[20-24],所以降低复发概率对该病非常重要。该研究患者经中医综合诊疗方案治疗后,中位随访 20 个月,患者同侧复发率为 5.5%,同侧新发率为 1.5%,对侧新发率为 1.5%。复发率、新发率明显低于既往文献研究。所以根据患者具体情况,中药、皮质类固醇激素、抗生素等内治与药物外治、手术外治相结合的综合治疗方案,可以使患者从中获益。

综上所述,中医综合诊疗方案对围术期粉刺性乳痈患者的治愈率高,总复发率低,疗效显著且安全性良好。对于不同分期的患者创建不同的诊疗方法,更好地推广、应用于临床。本研究仍有一定的局限性,未对治疗前后患者乳房外观满意度进行随访和观察,后续可进一步观察患者的乳房外形评价,为中医综合诊疗方案提供更充足的疗效证据。

参考文献:

[1] 陈红风. 中医外科学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021:109 - 111.
[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准(ZY/T001.1 ~001.9 - 94)[M]. 南京:南京大学出版社,1994:46.
[3] 顾沐恩,冯佳梅,陈玮黎,等. 清化痰湿方合中医外治法治疗粉刺性乳痈 30 例[J]. 上海中医药大学学报,2013,27(2):51 - 53.
[4] 高晴倩,邵士珺,陈玮黎,等. 清化痰湿法治疗粉刺性乳痈临证经验[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(3):419 - 420.
[5] 蒋思韵,万华. 清化痰湿联合外治法治疗粉刺性乳痈[J]. 吉林中医药,2016,36(6):583 - 585.
[6] 周清缘,翟臻,赵立娜,等. 中西医结合治疗肉芽肿性乳腺炎患者的临床疗效及安全性系统评价和 GRADE 证据级别评价[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(1):42 - 48.
[7] 廖明霞,郭祯. 中西医结合治疗浆细胞性乳腺炎 Meta 分析[J]. 光明中医,2023,38(1):119 - 123.
[8] 王雨晨,达娃卓玛,夏耘. 不同方法治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎有效性的网状 Meta 分析[J]. 中华乳腺病杂志(电子版),2021,15(3):161 - 168.
[9] 中华中医药学会. 中医外科临床诊疗指南粉刺性乳痈(T/CACM 1186 - 2019)[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:43 - 46.
[10] 邓铁涛. 中医证候规范[M]. 广州:广东科技出版社,1990:139 - 142.
[11] 陆娟懿,瞿文超,冯佳梅,等. 盾构切开术治疗复杂性浆细胞性乳腺炎 32 例临床疗效观察[J]. 上海医药,2015,36(13):4 - 7.
[12] 万华,陆德铭. 非哺乳期乳腺炎[M]. 上海:上海科学技术出版社,2022:143.
[13] 胡玥,奚佩雯,石靓,等. 非哺乳期乳腺炎的分类和诊治进展[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2019,39(5):769 - 773.
[14] BENSON J R, DUMITRU D. Idiopathic granulomatous mastitis: presentation, investigation and management[J]. Future Oncol, 2016, 12(11):1381 - 1394.
[15] 王忆丽. 乳腺导管瘘 48 例外科治疗分析[J]. 中国微创外科杂志,2006,6(9):673 - 674.
[16] KESSLER E, WOLLOCH Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma[J]. Am J Clin Pathol, 1972, 58(6):642 - 646.
[17] ERHAN Y, VERAL A, KARA E, et al. A clinicopthologic study of a rare clinical entity mimicking breast carcinoma: idiopathic granulomatous mastitis[J]. Breast, 2000, 9(1):52 - 56.
[18] NEWNHAMM S, SHIRLEY S E, MCDONALD A H. Granulomatous lobular mastitis. A case report and review of the literature[J]. West Indian Med J, 2001, 50(3):236 - 238.
[19] ASOGLU O, OZMEN V, KARANLIK H, et al. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis[J]. Breast J, 2005, 11(2):108 - 114.
[20] AZLINA A F, ARIZA Z, ARNI T, et al. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations[J]. World J Surg, 2003, 27(5):515 - 518.
[21] LAIEC, CHAN W C, MA T K, et al. The role of conservative treatment in idiopathic granulomatous mastitis[J]. Breast J, 2005, 11(6):

454 – 456.
[22] KOKK Y Y, TELISINGHE P U. Granulomatous mastitis: presentation, treatment and outcome in 43 patients[J]. Surgeon, 2010, 8(4): 197 – 201.
[23] DEHERTOGHD A, ROSSOF A H, HARRIS A A, et al. Prednisone management of granulomatous mastitis[J]. N Engl J Med, 1980, 303(14): 799 – 800.
[24] NÉEL A, HELLO M, COTTEREAU A, et al. Long – term outcome in idiopathic granulomatous mastitis: a western multicentre study[J]. QJM, 2013, 106(5): 433 – 441.

Clinical Application of Comprehensive Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment in Perioperative Acne Vulgaris of the Breast

SUN Jiaye, WAN Hua, WU Xueqing, GAO Qingqian, QU Wenchao, SHAO Shijun, XIE Lu, FENG Jiamei
(*Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine*, *Shanghai* 200021, *China*)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of a comprehensive traditional Chinese medicine (TCM) treatment plan in perioperative patients with acne vulgaris of the breast at different stages. Methods: A prospective cohort study was conducted, enrolling 200 perioperative patients with acne vulgaris of the breast who were admitted to the Breast Department of Shuguang Hospital from April 2021 to December 2022. Patients were divided into three groups based on clinical presentation and auxiliary examinations: the mass stage group (75 cases), the abscess stage group (109 cases), and the fistula stage group (16 cases). All patients received a treatment plan combining internal treatments such as syndrome differentiation – based TCM, antimicrobial drugs, and corticosteroids, along with external treatments like compression therapy and surgery. The treatment efficacy was evaluated by measuring incision healing time, recovery time, cure rate, and recurrence rate. Results: One month and six months post – surgery, there was no significant difference in the cure rate among the three groups ($P > 0.05$), with overall cure rates of 91.0% and 96.5% respectively. There was no significant difference in incision healing time among the three groups ($P > 0.05$). However, the time to recovery was shorter in the fistula stage group compared to the abscess stage group ($P < 0.05$). The total time from onset to recovery was shorter in the mass stage and abscess stage groups compared to the fistula stage group ($P < 0.05$), with no significant difference between the mass stage and abscess stage groups ($P > 0.05$). There was no significant difference in the distribution of same – side recurrence, new same – side occurrence, or new opposite – side occurrence among the three groups ($P > 0.05$), with recurrence rates of 5.5% for same – side recurrence, 1.5% for new same – side occurrence, and 1.5% for new opposite – side occurrence. No adverse reactions such as allergies, nervous excitability, menstrual disorders, or abnormal liver and kidney function were observed during the treatment. Conclusion: The comprehensive TCM treatment plan is highly effective and safe for perioperative patients with acne vulgaris of the breast, exhibiting a high cure rate and low recurrence rate.

Key words Comprehensive TCM treatment plan; Perioperative period; Different stages; Acne vulgaris of the breast; Clinical application