

重庆：重庆医科大学，2021.

[18] Yi Q, Chen X Q, Liu S M, *et al.* Systemic immune-inflammation index is associated with adverse outcomes in patients hospitalized for AECOPD: a multicenter cohort study[J]. *Respiration*, 2025, 104(9): 648-666.

[19] Panek I, Liczek M, Gabryelska A, *et al.* Inflammasome signalling pathway in the regulation of inflammation-its involvement in the development and exacerbation of asthma and chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Postepy Dermatol Alergol*, 2023, 40(4): 487-495.

[20] Hoult G, Gillespie D, Wilkinson T M A, *et al.* Biomarkers to guide the use of antibiotics for acute exacerbations of COPD (AECOPD): a systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Pulm Med*, 2022, 22(1): 194.

[21] Ferraro M, Di Vincenzo S, Sangiorgi C, *et al.* Carbocysteine modifies circulating miR-21, IL-8, sRAGE, and fAGEs levels in mild acute exacerbated COPD patients: a pilot study[J]. *Pharmaceuticals (Basel)*, 2022, 15(2): 218.

[22] Chen X R, Wang D X. Serum MCP-1 and NGAL play an important role in the acute inflammatory event of chronic obstructive pulmonary disease[J]. *COPD*, 2021, 18 (4): 425-431.

[23] 胡家豪, 李文儒, 时庆欣, 等. 附子化学成分与炮制工艺研究进展[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(6): 1458-1470.

[24] 杨秀娟, 王佳佳, 郭晶晶, 等. 生姜、干姜、炮姜的性效考证及其化学成分、药理活性的研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(4): 595-605.

[25] 王秋艳, 王世新, 隋方宇, 等. 白芍活性成分、药理作用及成分变化的影响因素研究进展[J]. 中草药, 2025, 56(5): 1817-1829.

疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗对肿块型肉芽肿性乳腺炎患者的临床疗效

窦晓静¹, 邵 辉², 周子椿², 马树民^{2*}

[1. 青岛市中医医院, 青岛大学附属青岛市海慈医院药剂科, 山东 青岛 266000; 2. 青岛市中医医院, 青岛大学附属青岛市海慈医院普外二科 (甲乳), 山东 青岛 266000]

摘要：**目的** 探究疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗对肿块型肉芽肿性乳腺炎患者的临床疗效。**方法** 200 例患者随机分为对照组和观察组，每组 100 例，对照组给予手术联合糖皮质激素治疗，观察组在对照组基础上加用疏肝消瘰丸。检测临床疗效、中医证候评分、肿块直径、疼痛视觉模拟评分（VAS）、血清指标（WBC、CRP、IL-6、PRL）、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2 组中医证候评分、肿块直径、VAS 评分、血清指标降低（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ）。2 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论** 疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗可安全有效地改善肿块型肉芽肿性乳腺炎患者临床症状，减小肿块大小，缓解机体炎症反应与炎症引发的疼痛，降低泌乳素水平。

关键词：疏肝消瘰丸；糖皮质激素；肿块型肉芽肿性乳腺炎；炎症因子；泌乳素

中图分类号：R287 **文献标志码：**A **文章编号：**1001-1528(2026)07-2488-04

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2026.07.050

肿块型肉芽肿性乳腺炎是一种女性多发的慢性炎性疾病，临床症状以乳腺小叶为中心出现非干酪样肉芽肿为主，近年来发病率呈上升趋势，给年轻女性带来严重身心负担^[1-2]。目前西医治疗方案以糖皮质激素控制急性炎症与手术切除病灶为主，然而长期激素易引发血糖升高等多种代谢紊乱，同时存在停药复发风险^[3]。鉴于现代医学的不足，从

传统中医学寻找联合干预策略已成为临床重点方向。

中医认为，肿块型肉芽肿性乳腺炎属“乳痈”“乳岩”范畴，其病机责之于情志内伤、肝气郁结，气滞则血行不畅而成瘀，肝郁克犯脾土，脾失健运则聚湿成痰，终致痰瘀互结、凝聚乳络而成肿块；肝郁日久亦能化火，灼伤津液，加剧痰凝，治

收稿日期：2026-04-17

基金项目：山东省中医药科技项目（2021Q057）

作者简介：窦晓静，女，主管药师，研究方向为药学。E-mail: 15965566673@163.com

* 通信作者：马树民（1974—），男，博士，副主任医师，研究方向为肉芽肿性乳腺炎的中西医结合治疗

疗当以疏肝理气为主，辅以活血散结、消肿化瘀，兼清郁热^[4]。疏肝消瘰丸作为疏肝解郁、化痰祛瘀之妙药，由醋柴胡、白芍、川芎、香附等十余味中药组成，兼具疏肝柔肝、调理气血、化痰散结、软坚消瘰之效，正中乳痈之病机根本^[5]。本研究采用疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗肿块型肉芽肿性乳腺炎患者，并分析临床疗效及血清学指标变化，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 8 月至 2025 年 8 月就诊于青岛市中医医院的 200 例肿块型肉芽肿性乳腺炎患者，根据随机数字表法分为对照组和观察组，每组 100 例。其中对照组平均年龄（35.39±7.91）岁；平均病程（26.41±5.87）d；左侧 52 例，右侧 48 例，平均肿块直径（6.18±2.03）cm，而观察组平均年龄（34.28±6.74）岁；平均病程（25.88±5.61）d；左侧 46 例，右侧 54 例，平均肿块直径（6.05±1.97）cm。2 组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究经医院伦理委员会审查批准（批号 2021HC011. S091）。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 （1）符合西医诊断标准^[6]，经乳腺超声、钼靶或 MRI 检查提示肿块型病灶，并经穿刺活检或术后病理证实为肉芽肿性小叶性乳腺炎；（2）符合中医肝郁痰凝证辨证标准^[7]，主证乳房肿块（形态不规则、边缘不清、活动度差），压痛红肿，局部皮温高；次证无发热、恶寒，少数腋下淋巴结肿大，舌淡白或淡红，苔薄白或白腻，脉沉弦；（3）患者了解本研究，并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 （1）合并乳腺恶性肿瘤、纤维腺瘤、导管内乳头状瘤等其他需手术或药物干预的乳腺疾病；（2）合并严重内分泌疾病；（3）合并肝肾功能障碍；（4）合并凝血功能障碍；（5）乳房肿块处形成脓肿或溃破；（6）妊娠期、哺乳期妇女；（7）依从性差。

1.3 治疗手段 对照组给予手术联合糖皮质激素治疗，术前给予甲泼尼龙（辉瑞制药有限公司，国药准字 H20020224，4 mg/片）口服，初始剂量为每天 0.5 mg/kg，晨起顿服。每 2 周复查乳腺彩超 1 次，根据肿块缩小情况及炎症改善程度，由主治医师决定是否继续按每 2 周减 2 mg 的方案逐步减量，若病情反复则适当延缓减量速度。待肿块长径缩小 $\geq 30\%$ 、局部红肿热痛明显改善后安排手

术。术中患者取平卧位，全麻插管后常规消毒铺巾，结合术前超声定位，选择环乳晕或梭形切口，依次切开皮肤及皮下组织，锐性分离至正常腺体，沿肿块外缘 1 cm 完整切除，送快速病理检查确认切除范围，并探查是否存在隐匿病灶，确保炎性组织彻底清除，随后以生理盐水冲洗术腔，电凝止血，清点器械纱布无误、确认无活动性出血后，视创腔情况放置引流条或负压引流管，切口行皮内缝合，再次消毒并覆盖敷料固定。术后继续口服甲泼尼龙 12 mg/d，并逐步递减至 2~4 mg/d 维持，疗程 12 周。

观察组在对照组基础上，从术前激素治疗开始之日同步加用疏肝消瘰丸，组方药材醋柴胡 10 g、白芍 6 g、川芎 6 g、香附 15 g、枳壳 6 g、青皮 10 g、橘核 10 g、郁金 15 g、玄参 10 g、生牡蛎 30 g、浙贝母 30 g、甘草 6 g，该方剂由医院统一配制，每天 1 剂，分别于早、晚餐后 30 min 温服，以 4 周为一个疗程，连续服用 3 个疗程，共 12 周，与激素治疗周期同步结束。

1.4 疗效评价 依据指南标准拟定^[6]，（1）痊愈，乳房肿块、压痛、红肿、皮温升高等临床症状消失，中医证候评分减少 $\geq 90\%$ ，乳腺彩超显示肿块消失；（2）显效，乳房肿块、压痛、红肿等明显减轻，皮温恢复正常，次证消失， $70\% \leq$ 中医证候评分减少 $\leq 89\%$ ，肿块最大直径缩小 $\geq 50\%$ ；（3）有效，乳房肿块、压痛、红肿等有所减轻，皮温较前下降，次证基本消失， $30\% \leq$ 中医证候评分减少 $\leq 69\%$ ， $20\% \leq$ 肿块最大直径缩小 $< 50\%$ ；（4）无效，不满足上述情况，甚至加重。总有效率=〔（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数〕 $\times 100\%$ 。

1.5 指标检测

1.5.1 中医证候评分 依据指南标准^[6]，评估患者中医证候评分，包括主证（乳房肿块压痛、红肿、皮温升高）、次证（无发热、恶寒），按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分以及 0~3 分，分数越高，症状越严重。

1.5.2 肿块直径与疼痛感 评估患者肿块直径与疼痛感，由超声科医师使用彩色多普勒超声仪测量肿块直径，记录最大长径，连续测量 3 次，取平均值。疼痛感采用视觉模拟（VAS）评分^[8]，该量表共 10 个刻度，对应 0~10 分，分数越高，疼痛感越强。

1.5.3 血清炎症指标 抽取 2 组患者清晨空腹外

周血各 3 mL，3 000 r/min 离心 10 min，分离上清，采用全自动血液检测仪检测白细胞计数（WBC），采用 ELISA 试剂盒检测 C 反应蛋白（CRP）、白介素-6（IL-6）、泌乳素（PRL）水平。

1.5.4 不良反应发生率 治疗期间，记录 2 组患者出现消化系统（恶心、呕吐、腹泻）、皮肤（皮疹）等不良反应情况，并计算其发生率。

1.6 统计学分析 通过 SPSS 22.0 软件进行处理，

表 1 2 组临床疗效比较 [例（%），n=100]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	14(14.00)	37(37.00)	32(32.00)	17(17.00)	83(83.00)
观察组	30(30.00)	44(44.00)	19(19.00)	7(7.00)	93(93.00)*

注：与对照组比较，*P<0.05。

2.2 中医证候评分 治疗后，2 组压痛、红肿、皮温升高等主证及无发热、恶寒等次证评分降低（P<0.05），以观察组更明显（P<0.05），见表 2。

表 2 2 组中医证候评分比较（分， $\bar{x}\pm s$ ，n=100）

组别	压痛		红肿		皮温升高		无发热、恶寒	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.02±1.08	1.38±0.97*	4.85±1.20	1.08±1.07*	4.90±1.28	1.18±1.17*	2.55±0.59	0.93±0.72*
观察组	5.24±0.97	0.88±1.03**	5.08±1.15	0.68±0.99**	5.16±1.07	0.68±1.14**	2.64±0.48	0.69±0.63**

注：与同组治疗前比较，*P<0.05；与对照组治疗后比较，#P<0.05。

2.3 肿块直径与疼痛感 治疗后，2 组肿块直径与 VAS 评分降低（P<0.05），以观察组更明显（P<0.05），见表 3。

2.4 血清炎症指标 治疗后，2 组 WBC、CRP、IL-6、PRL 降低（P<0.05），以观察组更明显（P<0.05），见表 4。

表 4 2 组血清指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ，n=100）

组别	WBC(×10 ⁹)/L		CRP/(mg·L ⁻¹)		IL-6/(pg·mL ⁻¹)		PRL/(mIU·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	9.30±2.27	7.31±1.24*	13.95±3.17	10.05±3.05*	6.72±1.65	4.69±0.83*	867.26±168.58	584.17±160.08*
观察组	9.19±2.53	6.57±1.15**	13.68±3.24	8.67±2.68**	6.58±1.82	4.12±0.68**	835.47±142.05	396.14±120.21**

注：与同组治疗前比较，*P<0.05；与对照组治疗后比较，#P<0.05。

2.5 不良反应发生率 2 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（P>0.05），见表 5。

表 5 2 组不良反应发生率比较 [例（%），n=100]

组别	恶心呕吐	胃肠道不适	皮疹	总发生
对照组	3(3.00)	1(1.00)	1(1.00)	5(5.00)
观察组	5(5.00)	3(3.00)	4(4.00)	12(12.00)

3 讨论

中医认为肉芽肿性乳腺炎属“乳痈”“乳岩”范畴，肝郁痰凝为核心病机^[9-10]。疏肝消瘰丸由柴胡疏肝散与消瘰丸化裁而来，方中柴胡疏肝解郁为君药，白芍柔肝缓急，川芎活血行气，香附理气止痛，枳壳调和肝脾，佐以青皮、橘核、郁金破气散结，合玄参、浙贝母、生牡蛎化痰软坚，甘草调和

2490

计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验或 Fisher 精确检验；计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 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 观察组总有效率高于对照组（P<0.05），见表 1。

表 3 2 组肿块直径与疼痛感比较（ $\bar{x}\pm s$ ，n=100）

组别	肿块直径/cm		VAS 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	6.18±2.03	1.28±0.43*	4.22±1.24	1.67±0.42*
观察组	6.05±1.97	1.04±0.30**	4.35±1.03	1.22±0.39**

注：与同组治疗前比较，*P<0.05；与对照组治疗后比较，#P<0.05。

药性，共奏疏肝解郁、行气活血、化痰软坚之效^[11-12]。

本研究显示，观察组总有效率高于对照组，且压痛、红肿、皮温升高等主证及无发热、恶寒等次证评分均低于对照组，证实疏肝消瘰丸能够通过疏肝、行气、活血、化痰等多重途径，改善肿块型肉芽肿性乳腺炎患者临床症状，发挥疏肝解郁、行气止痛、化痰软坚之综合功效。比较 2 组肿块直径与疼痛感，发现疏肝消瘰丸能有效缩小炎性肿块，并缓解由炎症引发的疼痛。现代医学认为，川芎作为方中关键药材，其有效成分川芎嗪能够扩张血管，改善病灶局部微环境，促进炎性物质代谢，有利于肿块消散，同时该药物还能够抗纤维化，防止肿块

硬化粘连，有利于吸收；浙贝母与生牡蛎有助于减少腺体分泌，松弛平滑肌，能够软化硬结，药效直接作用于肿块，促进其消肿^[13]。另外，本研究进一步比较 2 组血清炎症指标，发现观察组 WBC、CRP、IL-6 水平更低，证实该药物还具有良好的消炎效果。分析发现，醋柴胡与白芍中富含柴胡皂苷与白芍皂苷均能够有效抑制 IL-6、肿瘤坏死因子- α 等炎症因子释放，同时还能够调节细胞免疫，抑制 T 淋巴细胞过度活化，从根源上缓解了自身免疫异常状态；郁金中的姜黄素及甘草中的甘草甜素可能通过抑制 NF- κ B 信号通路发挥抗炎作用^[14]，而香附、甘草所含的类黄酮成分具有弱雌激素样活性，可能竞争性结合雌激素受体，从而间接调节下丘脑-垂体轴，降低泌乳素分泌^[15]。

“肝郁”作为该病的重要病机之一，是导致内分泌紊乱的重要诱因。生理状态下，泌乳素的分泌由下丘脑分泌的多巴胺所抑制，而当患者下丘脑-垂体-卵巢乳腺轴功能失调后，会导致下丘脑多巴胺分泌减少，进而解除对垂体的抑制，导致泌乳素升高^[16]。疏肝消瘰丸中多味药材具有调节雌激素的作用，其中香附、甘草均表现出一定雌激素样作用，该类药物作为选择性雌激素受体调节剂，能够竞争性结合雌激素相关受体，降低高雌激素对垂体的刺激信号，进而间接降低泌乳素分泌^[17-20]。本研究发现观察组 PRL 水平显著降低，提示该药物有利于纠正激素紊乱状态，消除肿块。最后比较 2 组不良反应发生率，发现差异无统计学意义，且均以轻度消化道不适为主，表明在规范手术与激素治疗基础上联合应用疏肝消瘰丸安全性良好。

综上所述，疏肝消瘰丸联合糖皮质激素及手术治疗可安全有效地改善肿块型肉芽肿性乳腺炎患者地临床症状，减小肿块大小，缓解机体炎症反应与炎症引发的疼痛，降低泌乳素水平，值得推广应用。

参考文献：

[1] 周 钰, 张 鑫, 文 颖, 等. MRI 灌注成像联合血清 SAA、TFF1 检测对肉芽肿性乳腺炎与非肿块型乳腺癌的鉴别价值[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2025, 17(1): 88-91.

[2] 陈志丽, 王 琳, 陈 希. 1 例肉芽肿性乳腺炎患者产后母乳喂养的延续护理[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(15): 2363-2364.

[3] Yuan Q Q, Xiao S Y, Farouk O, *et al.* Management of granulomatous lobular mastitis: an international multidisciplinary

consensus (2021 edition) [J]. *Mil Med Res*, 2022, 9(1): 20.

[4] Yin Y, Liu X, Meng Q, *et al.* Idiopathic granulomatous mastitis: etiology, clinical manifestation, diagnosis and treatment[J]. *J Invest Surg*, 2022, 35(3): 709-720.

[5] 张 宇, 杨 岚, 曹宇翔, 等. 国医大师熊继柏运用疏肝消瘰丸治疗结节肿块疾病经验[J]. 吉林中医药, 2025, 45(3): 303-306.

[6] 周 飞, 刘 璐, 余之刚. 非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(7): 755-758.

[7] 刘晓雁, 陈前军. 肉芽肿性小叶性乳腺炎中医诊疗专家共识 (2021 版) [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(5): 597-602.

[8] Åström M, Thet Lwin Z M, Teni F S, *et al.* Use of the visual analogue scale for health state valuation: a scoping review[J]. *Qual Life Res*, 2023, 32(10): 2719-2729.

[9] 邹 群, 沈红权, 欧阳梦婷, 等. 大黄蛰虫胶囊治疗肿块期浆细胞性乳腺炎的疗效研究[J]. 重庆医学, 2024, 53(2): 18-23.

[10] 马菲菲, 任亚娟, 徐 芳, 等. 肉芽肿性乳腺炎肿块期患者超声图像特征与临床病理及中医证型分布的关系分析[J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2024, 21(4): 59-64.

[11] 张 普, 谢 锋, 周 光, 等. 从“痰”论治肉芽肿性乳腺炎[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(1): 154-156.

[12] 陈湘南, 李志扬, 林伟洵, 等. 加味消瘰丸联合耳穴压豆治疗肉芽肿性乳腺炎的临床研究[J]. 中国医药, 2023, 18(12): 1869-1873.

[13] 周 瑶, 刘丽芳. 刘丽芳.“首辨阴阳, 以通为用”治疗非哺乳期乳腺炎常用药对举隅[J]. 吉林中医药, 2025, 45(10): 1148-1151.

[14] 张 帅, 刘 胜, 孙霏平. 基于数据挖掘技术的中医药治疗浆细胞性乳腺炎用药规律研究[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(4): 23-29.

[15] 仲姗姗, 万 华, 赵 慧, 等. 基于“肾-冲任-乳络轴”探讨温通法治疗乳腺增生病的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(9): 1611-1615.

[16] 李杨帆, 陈玉静, 宋 明, 等. 耿建国教授运用上下辨证治疗妇科疾病经验介绍[J]. 环球中医药, 2024, 17(7): 1337-1340.

[17] Ivanička V, Kašćák P. Idiopathic granulomatous mastitis[J]. *Ceska Gynekol*, 2022, 87(5): 334-337.

[18] Omranipour R, Vasigh M. Mastitis, breast abscess, and granulomatous mastitis[J]. *Adv Exp Med Biol*, 2020, 1252(1): 53-61.

[19] Nguyen M H, Molland J G, Kennedy S, *et al.* Idiopathic granulomatous mastitis: case series and clinical review[J]. *Intern Med J*, 2021, 51(11): 1791-1797.

[20] Lou Y, Xu H, Lu Z, *et al.* Immune regulation: a new strategy for traditional Chinese medicine-based treatment of granulomatous lobular mastitis[J]. *Front Immunol*, 2024, 15: 14941155.