

# 从脏腑风湿辨治半阴半阳证肉芽肿性乳腺炎\*

孙琳琳<sup>1,2</sup> 孙庆颖<sup>1\*</sup> 朱建敏<sup>3△</sup>

1. 山东中医药大学附属医院乳腺甲状腺外科, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学硕士研究生 2022级, 山东 济南 250014; 3. 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014

**摘要:** 肉芽肿性乳腺炎为自身免疫性疾病, 笔者团队经临床实践发现, 半阴半阳证肉芽肿性乳腺炎发病与风寒湿伏于脏腑相关, 可归于“脏腑风湿”范畴, 基于此, 提出此病多为中阳不足、寒湿中阻、痰瘀互结或表气郁闭、玄府失司所致, 故治疗以温补中焦、散寒除湿为主, 兼清热利湿、理气化痰、活血化瘀, 并配合开闭宣肺、解表祛邪等, 旨在为此病提供临床指导及辨治思路。

**关键词:** 烂乳痛; 肉芽肿性乳腺炎; 半阴半阳证; 脏腑风湿理论

**中图分类号:** R271.44

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1003-8914(2025)-16-3572-04

肉芽肿性乳腺炎(granulomatous mastitis, GM)是发生于乳腺小叶的非干酪样坏死的肉芽肿性病<sup>[1]</sup>, 男女均可发病, 且具有种族倾向性<sup>[2]</sup>。临床表现为短期内出现乳房肿块, 不疼或微痛, 后脓肿形成, 皮肤破溃, 创口难敛, 形成窦道和瘻管。GM的病因尚不明确, 目前认为其可能与自身免疫性疾病、创伤、某些药物引起的高催乳素血症和棒状杆菌感染有关<sup>[3,4]</sup>。国内相关专家共识中推荐以药物(糖皮质激素、抗生素、免疫抑制剂、溴隐亭等)、手术、中医治疗为主要方案<sup>[5,6]</sup>。GM病情复杂, 迁延难愈, 中医药个体化辨证分型治疗GM具有显著优势。根据阴阳辨证GM可分为阴证、阳证及半阴半阳证<sup>[7]</sup>, 其中半阴半阳证病变特点符合中医“脏腑风湿病”理论范畴<sup>[8]</sup>, 现从脏腑风湿理论方面讨论半阴半阳证GM的临床诊治思路如下。

## 1 GM的西医学认识

目前GM的病因与发病机制尚不明确, 有研究认为自身免疫和细菌感染为主要病因<sup>[9]</sup>, 外伤、乳头内陷、高泌乳素血症、服用精神药物或避孕药等亦相关。对于免疫相关性, 研究发现患者常伴有下肢红斑及体内免疫细胞(T细胞、NK细胞和自然杀伤T细胞)的激活证明其属于自身免疫范畴<sup>[10]</sup>。NOX2缺陷引起T、B免疫细胞功能改变为重要原因<sup>[11]</sup>。发病机制为各种因素损伤乳腺导管上皮, 致导管内分泌物外渗于乳腺小叶之中, 诱发细胞介导免疫反应, 从而

诱发迟发型超敏反应, 形成局部肉芽肿<sup>[12]</sup>。在细菌感染方面, 研究表明具有亲脂性的克氏棒状杆菌为主要致病菌<sup>[13]</sup>, 克氏杆菌可从闭合不良的导管进入乳腺小叶中, 并在脂肪含量高的乳汁中生长、繁殖, 诱发炎症反应。凝固酶阴性葡萄球菌、棒状杆菌属、布鲁氏菌以及鸟肠球菌等亦为致病菌<sup>[14]</sup>。在诊断上, GM与乳腺癌需鉴别诊断, 超声、钼靶摄影、乳腺MRI为常见诊断手段, 但缺乏特异性。活组织病理学诊断灵敏度高达0.96为金标准。研究表明GM患者血液指标中的促炎症因子白细胞介素(IL)-6、IL-8、IL-10和IL-17、中性粒细胞(NEU)、NEU占比和C反应蛋白(CRP)比值、miR-451a和miR-5571-3p与对照组相比显著升高<sup>[15-17]</sup>, 血清miR-21和磷酸酯酶与张力蛋白同源物水平可作为区分GM与乳腺癌的无创标志物<sup>[18]</sup>。西医学对于GM治疗尚未达成共识<sup>[19]</sup>, GM治疗应分期论治<sup>[20]</sup>, 糖皮质激素、抗菌药物、免疫抑制剂、溴隐亭、多种药物联合治疗和手术治疗为主要方案<sup>[21]</sup>。虽然西医学对于GM治疗手段颇多, 但是难以从根本上控制疾病发作。

## 2 半阴半阳证GM的中医学认识

此病常见中医病名有很多, 现代医家认为此病可称为“烂乳痛”<sup>[22]</sup>。《校正外科大成》认为:“红肿热痛者为痈, 坚硬木痛者为疽”, 即阳痈阴疽。但临床中单纯阳证的乳痈或者阴证的乳疽少之又少, 大多都属于半阴半阳证。顾世澄在《疡医大全》中指出:“痈疽之候, 纯阳固多, 纯阴原少, 惟半阴半阳之证最多。”邹岳在《外科真诠》中亦提出相同观点。半阴半阳证以“阴阳不和, 冷热不明”为主要表现, 张璐

\*基金项目: 济南市科技计划项目(No.202225003)

△通信作者: E-mail: jinjin20021023@126.com

※指导老师

《张氏医通》记载：“若似肿非肿、似痛非痛、似赤非赤、似溃非溃、脉洪数无力者，证属半阴半阳”，对半阴半阳证临床表现进行明确描述。《医宗金鉴》记载：“阴阳相半属险证，阳吉阴凶生死昭”，指出半阴半阳证为疾病转归的关键环节。《仙传外科秘方》以流注为例，讲述半阴半阳证之病因病机是平素正气不足，感受外邪如风邪、寒邪，或者进食寒凉之物，伤及肺脾肾三脏阳气，阻碍水液运行，聚湿生痰、阴血积聚而成<sup>[23]</sup>。《外科集验方》记载：“夫乳痈者，内攻毒气，外感风邪，灌于血脉之间，发在乳房之内，渐成肿硬，血凝气滞或乳汁宿留，久而不散结成痈疽”，指出外感与体内伏邪相合为乳痈之病机。《灵枢·痈疽》曰：“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”现代医家认为，半阴半阳证GM病机为“郁”，营卫之气不畅，阴阳阻滞发病<sup>[24]</sup>。营气不通则生痈肿，卫气不通则生痈疽，营阴卫阳，营气不通阴寒凝滞，卫气不通阳郁化热，营气与卫气互根互用，外寒里热、表实里虚以及表阳里阴的乳痈已经属于半阴半阳证。若治疗不当，阴阳两证迅速进展，可能会发展为更复杂的半阴半阳证状态。古代中医外科医家对半阴半阳证的辨证论治主要是“重局部，轻整体”，主要辨局部外证、内证、阴证、阳证，并结合舌象、脉象及整体证候进行辨证。现代研究将GM半阴半阳证根据临床表现细分为4种证型。外阴内阳证：无红肿，无压痛或波动感，但彩色多普勒超声可见大脓腔及脓液形成；外阳内阴证：红肿，明显压痛，肿块松软，溃后脓液稀薄，创面不易愈合；阴虚阳亢证：红肿，压痛明显，肿块硬，溃后脓液稠厚，创面不易愈合；非阴阳证：阴阳难辨，既往按阴阳证治疗疗效差<sup>[24]</sup>。

综上所述，外感、情志、伏邪与GM的发生关系密切，GM病位在乳房，与肺、肝、脾、肾等脏腑密切相关。半阴半阳证是GM中最常见的类型，与外感风寒，平素正气不足，内患寒、湿、痰、瘀，内外邪合而发病，符合脏腑风湿学说<sup>[25]</sup>，脏腑风湿概念的提出，为临床中以难治性、迁延难愈为特点的半阴半阳证GM的治疗提供了更有意义的辨治思路。

## 2.1 脏腑风湿学说

脏腑风湿学说是基于《黄帝内经》“伏邪”和“痹证”理论，结合西医学关于自身免疫性疾病、肿瘤发病认识，所提出的新学说<sup>[25,26]</sup>。正气不足、脏腑功能失调是发病内因。风寒湿邪入侵机体为脏腑风湿病之外因，此处风寒湿邪即可通过侵袭机体体表内传，又可通过各器官直中脏腑。外邪入侵机体以后，伏留体内，损伤脏腑阳气，水液代谢失调，生湿生痰，

伏邪与之相合留于脏腑成为伏邪。邪留日久成顽疾，每遇外邪刺激而引动，则发为脏腑风湿病。仝小林教授团队近年来发现自身免疫性疾病亦属于脏腑风湿病的范畴<sup>[25]</sup>，其发现通过分子模拟<sup>[27]</sup>产生的交叉免疫反应和循环免疫复合物会造成机体组织或器官炎症和损伤，即为“伏邪”，相关致病因素再次侵袭属于中医“新感”范畴，“新感”和“伏邪”相互引动，打破免疫系统的平衡。基于此，仝小林教授认为具有上述特征的自身免疫性疾病均可以脏腑风湿理论为指导。

## 2.2 半阴半阳GM与脏腑风湿理论相关性

脏腑风湿概念的提出为迁延难愈的半阴半阳证GM提供了新的辨治思路。GM的发病关键是风寒湿侵袭并伏于脏腑。临床中发现多数患者发病前都有感染风寒湿邪的病史。乳房属阳明胃经，乳头属厥阴肝经，GM与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑密切相关。患者或长期进食生冷油腻之品或处于寒湿环境，可影响肺、脾、肾功能，损伤脏腑阳气，三脏调节津液运行输布功能失调，则聚湿生痰，痰湿内生，外感风寒湿与体内痰湿相合，留为伏邪。若患者情志不遂，肝经疏泄、调畅气机功能失调，则伏邪郁久化热，若此时新感外邪(风寒湿、外力碰撞或者感染)，则内外合邪熏蒸于外，导致迁延难愈之半阴半阳型乳痈的发生。

## 2.3 脏腑风湿阐释半阴半阳证GM病因病机

### 2.3.1 脾阳不足 寒湿内阻 痰瘀互结

脾胃是水液代谢的关键脏腑。《素问·经脉别论》详细描述脾脏与其他脏腑参与水液代谢的过程，《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”《医源》曰：“脾有一分阳，能消一分水谷；脾有十分阳，能消十分水谷”，指出在运化饮食过程中脾阳为关键。脾为生痰之源，当今社会，人们喜食冷饮、喜吹冷风，长期进食生冷之品易耗损脾胃阳气，影响脾胃运化水液能力，脾阳受损，运化无力，则津停成湿、成水、成饮、成痰，形成“寒湿阻滞”的状态。另外，脾主肌肉，若素体虚弱，不注重保暖，风寒湿邪亦可通过体表、黏膜内传脏腑，损伤脾阳生湿生痰。痰饮水湿伏留体内成为伏邪，进一步影响人体功能，感邪而发，导致疾病的发生。寒性收引凝滞，血热则行，寒则凝，气滞寒凝则血瘀。寒湿痰瘀互结发于乳房，形成痰瘀互阻的肿块。痰湿为阴邪，性重浊、黏滞，易伤阳气，阻遏气机，则病情进展缓慢。除此之外，脾阳虚日久及肾，形成脾肾阳

虚证。肾为先天之本，藏精，精血同源，脾胃为气血生化之源，脾胃肾三脏虚弱，则气血生化不足。乳房失于濡养无法托毒排脓，则肿块经久不愈，日久郁久化热，形成似肿非肿、似痛非痛、似赤非赤、似溃非溃的GM。

### 2.3.2 正气不足 表气郁闭 玄府失司

“玄府”具有流通气液、渗灌血液、运转神机的功能，是人体交通内外的通路<sup>[28]</sup>。妊娠期妇女为GM高发人群，胞胎孕育系于母体肾阳，妊娠期妇女易出现阳气虚损类疾病，阳虚者外邪易从阴化寒，气虚影响玄府开阖，则气血津液运行不畅。且妊娠期妇女受激素影响，易有情志变化，影响肝脏疏泄、玄府运转神机之功能，气机不利致寒湿痰瘀内停。除此之外，“风为百病之长”，产后乳管扩张，气血虚弱，腠理开泄，外邪趁虚而入，与内邪相合发病。风善行数变，若风寒湿流注于下肢，郁久化热，则出现下肢红斑。

## 2.4 脏腑风湿辨治半阴半阳证GM

### 2.4.1 温中健脾 托毒外出

半阴半阳证GM似肿非肿、似痛非痛、似赤非赤、似溃非溃，成脓托毒外出为关键。王维德《外科证治全生集·痈疽总论》云：“然毒之化必由脓，脓之来必由气血，气血之化必由温也，岂可凉乎”，指出脓成毒化为治疗根本，气血充足为成脓关键。气血化生与脾胃相关，此病多中阳不足，则气血生化无力，故应温中健脾，促进气血化生托毒外出。且“阳化气”，脾阳充足则全身水液代谢功能正常，使痰凝、瘀阻等阴性产物消散于无形之中。临证常选用炮姜、干姜、肉桂等，代表方为阳和汤。脾阳赖于肾阳温煦，临证时可酌情加用淫羊藿、仙茅、炮附片等鼓舞肾中元阳。若脓成可用中医外治法小刀切开，透脓外出，更甚者可在彩超引导下进行穿刺抽脓。中药可选择补气生血、托毒排脓、健脾生肌的黄芪、当归、皂角刺、茯苓等，并配伍活血化瘀、清解瘀热的桂枝、川芎、桃仁、牡丹皮、芍药等，代表方为透脓散与桂枝茯苓丸二药加减<sup>[29,30]</sup>，共奏托毒不伤正、凉血不留瘀之效。

### 2.4.2 开玄宣肺 解表祛邪

温中健脾为治疗核心，开玄宣肺、解表祛邪为透邪之通路。《素问·至真要大论》云：“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之。”肺主皮毛，腠理开泄与肺相关，调和营卫、开玄宣肺给邪气以出路，代表药物有麻黄、桂枝、防风等辛温之属，辛散能行，即能开通肌腠祛邪外出，又能行气活血散结。代表

方有麻黄汤、桂枝汤等。可酌情加入鸡血藤、王不留行、路路通、丝瓜络等通经络药物，通达玄府，调畅气机，祛邪外出。

## 3 结语

综上，半阴半阳证GM与风寒湿痰瘀等病因密切相关，肺脾肾三脏为其治疗关键。现代研究表明，GM为自身免疫性疾病，其交叉免疫反应和循环免疫复合物即为“伏邪”，属于“脏腑风湿病”的范畴。此理论对于复杂的自身免疫性疾病的临床诊治有重要意义。

### 参考文献

- [1] ÇETIN K, SIKAR HE, GÖRET NE, et al. Comparison of topical, systemic, and combined therapy with steroids on idiopathic granulomatous mastitis: A prospective randomized study[J]. World J Surg, 2019, 43(11): 2865-2873.
- [2] 张超杰, 胡金辉, 赵希. 肉芽肿性小叶性乳腺炎诊治湖南专家共识(2021版)[J]. 中国普通外科杂志, 2021, 30(11): 1257-1273.
- [3] WANG CJ, LIN Y, ZHOU YD, et al. Novel paradigm for treating idiopathic granulomatous mastitis[J]. J Invest Surg, 2021, 34(7): 816-817.
- [4] 杜琳, 程涓, 汤玲, 等. 药源性肉芽肿性小叶性乳腺炎8例诊治报告[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(3): 953-955.
- [5] 中华中医药学会乳腺病专业委员会, 广东省中医院. 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.
- [6] 张进喜. 非哺乳期乳腺炎患者临床诊疗分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(45): 46.
- [7] 阮祎莹, 王怡, 陈佳静, 等. 肉芽肿性乳腺炎阴阳辨证模型的探索性研究[J]. 医学信息, 2022, 35(9): 95-99.
- [8] 何海娇, 王志华, 李玲, 等. 从脏腑风湿理论治疗肉芽肿性乳腺炎探讨[J]. 山西中医, 2020, 36(4): 1-3.
- [9] 李昕倩, 吴红丽, 罗澜, 等. 肉芽肿性小叶性乳腺炎细菌学研究进展[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2020, 14(4): 244-247.
- [10] EMSEN A, KÖKSAL H, UÇARYILMAZ H, et al. The alteration of lymphocyte subsets in idiopathic granulomatous mastitis[J]. Turk J Med Sci, 2021, 51(4): 1905-1911.
- [11] 苏晓亚, 洪莉, 陈同辛. NOX2参与适应性免疫反应及其与慢性肉芽肿病伴发性自身免疫病的联系[J]. 现代免疫学, 2024, 44(2): 165-169.
- [12] DENG Y, XIONG Y, NING P, et al. A case management model for patients with granulomatous mastitis: A prospective study[J]. BMC Womens Health, 2022, 22(1): 143.
- [13] TARIQ H, MENON PD, FAN HX, et al. Detection of corynebacterium kroppenstedtii in granulomatous lobular mastitis using real-time polymerase chain reaction and Sanger sequencing on formalin-fixed, paraffin-embedded tissues[J]. Arch Pathol Lab Med, 2022, 146(6): 749-754.

- [14] TSAI MJ, HUANG WC, WANG JT, et al. Factors associated with treatment duration and recurrence rate of complicated mastitis[J]. *Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi*, 2020, 53(6): 875-881.
- [15] KOKSAL H, VATANSEV H, ARTAC H, et al. The clinical value of interleukins-8, -10, and-17 in idiopathic granulomatous mastitis[J]. *Clin Rheumatol*, 2020, 39(5): 1671-1677.
- [16] ZHOU Y, WU JJ, MA LN, et al. Differences and significance of peripheral blood interleukin-6 expression between patients with granulomatous lobular mastitis and those with benign breast tumors[J]. *Front Med*, 2023, 10: 1273406.
- [17] LING J, XIE XM, WANG Y, et al. Differential expression profiles of miRNA in granulomatous lobular mastitis and identification of possible biomarkers[J]. *Exp Ther Med*, 2022, 24(2): 500.
- [18] AKSAN H, KUNDAKTEPE BP, SAYILI U, et al. Circulating miR-155, let-7c, miR-21, and PTEN levels in differential diagnosis and prognosis of idiopathic granulomatous mastitis and breast cancer[J]. *Biofactors*, 2020, 46(6): 955-962.
- [19] VELIDEDEOGLU M, UMMAN V, KILIC F, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: Introducing a diagnostic algorithm based on 5 years of follow-up of 152 cases from Turkey and a review of the literature[J]. *Surg Today*, 2022, 52(4): 668-680.
- [20] YUAN QQ, XIAO SY, FAROUK O, et al. Management of granulomatous lobular mastitis: An international multidisciplinary consensus (2021 edition)[J]. *Mil Med Res*, 2022, 9(4): 389-403.
- [21] YIN YL, LIU XH, MENG QJ, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: Etiology, clinical manifestation, diagnosis and treatment[J]. *J Invest Surg*, 2022, 35(3): 709-720.
- [22] 郭瑞, 祝东升, 李巍, 等. 肉芽肿性乳腺炎中医病名建议改用“烂乳痛”[J]. *医学争鸣*, 2021, 12(4): 13-16.
- [23] 刘钰, 石志强, 师建平. 从冲和膏认识中医外科半阴半阳证[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(7): 3403-3405.
- [24] 李志鲲, 程旭锋, 张文可, 等. 肉芽肿性乳腺炎半阴半阳证证治[J]. 2023(3): 102-107.
- [25] 黄一珊, 鲍婷婷, 赵林华, 等. 脏腑风湿理论在自身免疫性疾病中的应用[J]. *中国科学基金*, 2023, 37(1): 92-97.
- [26] 杨映映, 张海宇, 沈仕伟, 等. 全小林“脏腑风湿论”述要[J]. *北京中医药*, 2018, 37(6): 519-524.
- [27] 张红霞, 陈旭, 周璐, 等. 病原微生物的分子模拟在自身免疫性疾病发病机制中的研究进展[J]. *中华微生物学和免疫学杂志*, 2020, 40(12): 967-972.
- [28] 方芳, 王杰鹏, 王浩, 等. 刘素素“玄府气液学说”研究与述评[J]. *河北中医药学报*, 2022, 37(2): 10-15.
- [29] 范洪桥, 袁博, 刘丽芳, 等. 从“半阴半阳证”探讨透阴转阳法治疗肉芽肿性乳腺炎[J]. *四川中医*, 2023, 41(12): 48-51.
- [30] 胡永春. 祛瘀散结消肿方联合曲安奈德注射治疗肉芽肿性乳腺炎临床观察[J]. *光明中医*, 2023, 38(21): 4223-4226.

(本文编辑: 郭金秋 收稿日期: 2024-10-23)