

中医药, 2021, 16(8): 1258-1263.

(3) 李曼, 周文, 杨翼豪, 等. 针灸治疗郁证的临床研究进展 (J). 云南中医中药杂志, 2022, 43(3): 81-84.

(4) 王娟. 郁证和抑郁症中西医治疗进展综述 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(27): 182-185.

(5) 宋晓晓, 侯阳波, 白宇, 等. 从肝主疏泄论治郁证 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(3): 519-520, 528.

(6) 任首臣, 邢亚情, 郭庆丰, 等. 近 10 年针刺治疗郁证的研究进展 (J). 中国误诊学杂志, 2020, 15(12): 621-624.

(7) 张仕杰, 高雅婷, 仇凤梅, 等. 《临证指南医案·郁》辨治心得探析 (J). 中华中医药杂志, 2020, 35(7): 3320-3322.

(8) 王萌, 周永学. 中医郁病理论的源流与发展 (J). 中华中医药杂志, 2022, 37(4): 1878-1881.

(9) 曹继刚, 任梅荣, 赵敏. “因郁致病”和“因病致郁”辨析 (J). 湖北中医药大学学报, 2020, 22(6): 91-94.

(10) 陈玲, 李树茂, 张婷, 等. 全国名老中医栗锦迁辨治郁证性不寐临证经验 (J). 天津中医药, 2020, 37(8): 877-879.

(11) 武亚田, 赵华, 陈清, 等. 张波教授运用温胆汤治疗不寐、胃脘痛、郁证的验案举隅 (J). 当代医药论丛, 2020, 18(5): 186-187.

(12) 高冬梅. 郁证研究的思考: 古今郁证病机探讨 (J). 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(6): 82-83.

(13) 李欣, 王立伟, 李敬伟, 等. 基于抑郁、焦虑、躯体形式障碍的郁证特质研究 (J). 北京中医药大学学报, 2019, 42(3): 226-234.

(14) 夏梦幻, 王庆其. 中医论治郁证研究概述 (J). 浙江中医杂志, 2019, 54(7): 544-545.

(15) 王瑶, 李敬林. 理气化痰治疗郁证 (J). 实用中医内科杂志, 2013, 27(8): 78-79.

〔文章编号〕 1007-0893(2023)10-0051-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.10.016

经络针灸疗法联合消痛散结汤治疗乳腺增生症临床疗效

李云平 马玉珠

(西华县中医院, 河南 西华 466600)

〔摘要〕 目的: 探究经络针灸疗法联合消痛散结汤治疗乳腺增生症的临床疗效。方法: 选取西华县中医院 2021 年 1 月至 2022 年 6 月期间收治的 100 例乳腺增生症女性患者, 采取双色球抽取法分为对照组 (50 例, 予消痛散结汤治疗) 和观察组 (50 例, 予经络针灸疗法联合消痛散结汤治疗), 比较两组患者疗效、中医症状积分、乳房疼痛评分、乳房肿块大小评分、性激素以及血脂水平。结果: 观察组患者总有效率为 98.00%, 高于对照组的 86.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后各项中医症状积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后乳房疼痛、肿块大小评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后血清雌二醇 (E2)、黄体生成激素 (LH) 水平均低于对照组, 卵泡刺激素 (FSH)、孕酮 (P) 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗前后总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白 (HDL-C) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者治疗后血清三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL-C) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 经络针灸疗法联合消痛散结汤对乳腺增生症的临床疗效显著, 能快速缓解患者不适症状, 减轻乳房疼痛, 缩小肿块, 同时对患者性激素、血脂水平有一定的调节效果。

〔关键词〕 乳腺增生症; 经络针灸疗法; 消痛散结汤

〔中图分类号〕 R 655.8 〔文献标识码〕 B

乳腺增生症是一种与内分泌功能失调相关的疾病, 主要见于中年妇女, 近些年, 通过对我国各大城市职业妇女的调查, 发现在该群体中, 乳腺增生症的患病率高达 50% ~ 70%, 并呈现出年轻化的趋势^[1]。乳腺增生症

〔收稿日期〕 2023-03-04

〔作者简介〕 李云平, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗肿瘤。

的主要症状是乳房肿块、乳房疼痛，可伴有乳头痛、溢液，中医将乳腺增生症称之为“乳癖”，认为其发病与情志不畅、过食肥甘厚味，造成冲任失调、肝郁气滞、痰瘀互结有关^[2]。因此，中医治疗乳腺增生症主要以疏肝解郁、理气活血为主，可采用外敷法、推拿法、针刺法、汤药法、食疗法等多种疗法，其辨证方法大多以脏腑辨证为主，而取穴亦是以病灶局部为主，缺乏创新性^[3]。经络针灸疗法是运用经络辨证法，来辨别经络的虚实，疾病的寒温盛衰，实者用泻法，虚者用补法，寒者用灸法，温者用清法，从而达到对症施治的目的^[4]，本研究探讨用经络针灸疗法辅助消痛散结汤治疗乳腺增生症，观察其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取西华县中医院2021年1月至2022年6月期间收治的100例乳腺增生症女性患者，采取双色球抽取法分为对照组和观察组，各50例。对照组年龄20~57岁，平均年龄(35.87±6.43)岁；病程7个月~10年，平均病程(4.05±1.27)年；肿块大小分级：1级12例，2级27例，3级11例；未婚未育10例，已婚未育17例，已婚已育23例。观察组年龄22~56岁，平均年龄(34.63±5.94)岁；病程7个月~10年，平均病程(4.61±1.29)年；肿块大小分级：1级14例，2级26例，3级10例；未婚未育8例，已婚未育16例，已婚已育26例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 满足《中医外科学》^[5]中乳腺增生症诊断标准；(2) 年龄20~60岁；(3) 病程>6个月；(4) 患者对本研究知情同意；(5) 近3个月内未使用激素和避孕药；(6) 神志清晰，配合度高。

1.2.2 排除标准 (1) 妊娠及哺乳期妇女；(2) 患有乳腺癌、乳腺纤维瘤等乳腺疾病；(3) 患有肝、肾、心脑血管等严重原发性疾病；(4) 精神障碍，不遵医嘱。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以消痛散结汤治疗。基础组方：三棱、荔枝核、莪术、昆布、柴胡、陈皮、延胡索、赤芍、海藻、橘核、白芍、青皮各10g。添加焦山楂10g、生麦芽30g组成一号方，自经前黄体期服用至月经结束；添加仙茅、淫羊藿各10g组成二号方，自经后卵泡期开始服用，连续服用12d。每日1剂，水煎取汁，分早晚2次饭后口服，2个月经周期为1个疗程，共治疗1个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上予以经络针灸疗法治疗。依据经络辨证、远道取穴法，选取阿是穴、膻中、太冲、病经本经的子穴或母穴，以及病经在四肢的反应点。针灸方法：用28号0.35mm×50mm的不锈钢毫针刺除阿是穴以外的其他穴位，太冲、膻中用平补平泻法，病经脉象实者其穴位用泻法，病经脉象虚者其穴位用补法，得气留针30min。阿是穴用隔姜灸法，将制作完成的姜片置于阿是穴上，用点燃的艾条置于姜片上施灸，以施灸部位皮肤潮红、湿润为适宜，每一处施灸3~5壮。3次·周⁻¹，8周为1疗程，共治疗1个疗程。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效^[6]。治愈：乳房疼痛、肿块、全身伴随症状均完全消失，恢复率≥90%；显效：乳房肿块缩小，乳房疼痛、全身伴随症状均好转，70%≤恢复率<90%；有效：乳房肿块不变，乳房疼痛、全身伴随症状均好转，30%≤恢复率<70%；无效：乳房疼痛、肿块、全身伴随症状均未见变化，恢复率<30%。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。(2) 中医症状积分^[7]。1个疗程结束后，评价乳房胀痛、烦躁易怒、月经表现等症状，治疗前，“有症状、无症状”分别记作“3、1分”；治疗后，“未改变、改善、消失”分别记作“3、2、1分”。(3) 乳房疼痛、肿块大小评分^[6]。乳房疼痛评分：“无痛、触压痛、阵发性自发痛、持续性自发痛但不影响生活、持续性自发痛会影响生活”分别记作“0、6、12、18、24分”。肿块大小评分：肿块最大直径为“≤2cm、2.1~5cm、>5cm”分别记作“3、6、9分”。(4) 性激素。治疗前后，抽取静脉血3~4mL，采用科思佳KS7041522型全自动微粒子化学发光免疫分析仪检测血清雌二醇(estradiol, E2)、黄体生成激素(luteinizing hormone, LH)、卵泡刺激素(follicle stimulating hormone, FSH)、孕酮(progesterone, P)水平。(5) 血脂。治疗前后，抽取静脉血3~4mL，采用迈瑞Mindray全自动生化分析仪BS-280检测血清三酰甘油(triacylglycerol, TG)、总胆固醇(total cholesterol, TC)、高密度脂蛋白(high density lipoprotein, HDL-C)、低密度脂蛋白(low density lipoprotein, LDL-C)水平。

1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为98.00%，高于对照组的86.00%，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 50, n(%))

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	25(50.00)	10(20.00)	8(16.00)	7(14.00)	43(86.00)
观察组	33(66.00)	10(20.00)	6(12.00)	1(2.00)	49(98.00) ^a

注：与对照组比较，^aP < 0.05。

表 2 两组患者治疗前后各项中医症状积分比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	乳房胀痛	烦躁易怒	月经表现	乏力、酸软	乳房溢液
对照组	治疗前	2.37 ± 0.24	2.57 ± 0.36	2.57 ± 0.36	2.32 ± 0.57	1.94 ± 0.42
	治疗后	1.22 ± 0.19	1.46 ± 0.37	1.41 ± 0.37	1.44 ± 0.32	1.13 ± 0.12
观察组	治疗前	2.41 ± 0.25	2.52 ± 0.38	2.60 ± 0.34	2.26 ± 0.53	1.82 ± 0.44
	治疗后	1.13 ± 0.15 ^b	1.24 ± 0.28 ^b	1.14 ± 0.28 ^b	1.25 ± 0.17 ^b	1.06 ± 0.11 ^b

注：与对照组治疗后比较，^bP < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后乳房疼痛、肿块大小评分比较

治疗前两组患者乳房疼痛、肿块大小评分比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)；观察组患者治疗后乳房疼痛、肿块大小评分均低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后乳房疼痛、肿块大小评分比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	乳房肿块大小	乳房疼痛
对照组	治疗前	6.22 ± 1.13	18.52 ± 3.37
	治疗后	3.62 ± 0.42	5.22 ± 1.64
观察组	治疗前	6.13 ± 1.05	18.83 ± 4.09
	治疗后	3.38 ± 0.37 ^c	3.99 ± 1.28 ^c

注：与对照组治疗后比较，^cP < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后性激素水平比较

治疗前两组患者血清 E2、LH、FSH、P 水平比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)；观察组患者治疗后 E2、LH 水平均低于对照组，FSH、P 水平高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后性激素水平比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E2/pm \cdot L ⁻¹	LH/U \cdot L ⁻¹	FSH /U \cdot L ⁻¹	P /ng \cdot mL ⁻¹
对照组	治疗前	548.56 ± 58.32	12.08 ± 3.82	5.72 ± 1.03	0.37 ± 0.12
	治疗后	308.34 ± 51.68	7.86 ± 2.13	8.28 ± 0.94	0.57 ± 0.18
观察组	治疗前	545.67 ± 62.55	12.33 ± 4.26	5.65 ± 1.18	0.38 ± 0.11
	治疗后	258.54 ± 42.64 ^d	6.52 ± 2.07 ^d	9.03 ± 1.55 ^d	0.74 ± 0.20 ^d

注：E2 一雌二醇；LH 一黄体生成激素；FSH 一卵泡刺激素；P 一孕酮。

与对照组治疗后比较，^dP < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后血脂水平比较

治疗前两组患者血清 TG、TC、LDL-C、HDL-C 水平比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)；观察组患者治疗后 TG、LDL-C 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，两组患者治疗后 TC、HDL-C 水平比较，

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较

治疗前两组患者各项中医症状积分比较，差异无统计学意义 (P > 0.05)；观察组患者治疗后各项中医症状积分均低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，见表 2。

差异无统计学意义 (P > 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者治疗前后血脂水平比较 (n = 50, $\bar{x} \pm s$, mmol \cdot L⁻¹)

组别	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
对照组	治疗前	4.66 ± 1.13	1.65 ± 0.36	1.19 ± 0.22	2.84 ± 0.53
	治疗后	4.53 ± 0.92	1.67 ± 0.41	1.15 ± 0.23	2.66 ± 0.45
观察组	治疗前	4.58 ± 0.87	1.66 ± 0.32	1.21 ± 0.19	2.88 ± 0.46
	治疗后	4.33 ± 0.72	1.41 ± 0.26 ^e	1.14 ± 0.21	2.47 ± 0.33 ^e

注：TC 一总胆固醇；TG 一三酰甘油；HDL-C 一高密度脂蛋白；LDL-C 一低密度脂蛋白。

与对照组治疗后比较，^eP < 0.05。

3 讨论

中医认为，乳腺增生症与冲任的改变有着直接的关系，冲任具有先充盈后疏泄的变化特征，从而使乳房在月经前后出现充盈和疏泄的变化，此外，经前肝气旺盛、阴血充足，经后肝气疏解、阴血外泄，使乳腺小叶出现经前生理性增生，经后复旧的变化规律^[8]。消痛散结汤方中荔枝核、柴胡、橘核、延胡索，具有理气止痛、疏肝解郁之效；陈皮、青皮，具有化痰散结、疏肝健脾之效；莪术、赤芍、三棱、白芍，具有柔肝止痛、养血活血、化痰散结之效；海藻、昆布中均富含碘元素，而碘能促进垂体前叶黄体生成素的生成，从而抑制雌激素生成，减轻对乳腺的刺激；经期前服用生麦芽、焦山楂，具有消滞回乳，减少催乳素分泌，缓解乳腺肿胀之效；经后服用仙茅、淫羊藿，具有调冲任、补精血、益肝肾之效，能促进卵泡发育，以利于正常排卵，提高黄体期 P 水平；诸药合用可发挥调理冲任、疏肝理气、养血活血、化痰散结之效^[9]。

本研究分析发现，与对照组相比，观察组患者治疗总有效率更高，中医症状积分以及乳房疼痛、肿块大小评分更低，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。提示经络针灸辅助消痛散结汤治疗能提高临床疗效，快速缓解患者不适症状，减轻乳房疼痛，缩小肿块。经络针灸疗

法是利用经络辨证,其治疗疾病作用机制不同于汤药法,虽然不能完全取代汤药治疗,但仍具有同治经络病、脏腑病的特殊治疗优势,可弥补汤药治疗的不足^[10]。乳房被称作“宗经之所”,乳房及周围具有多条经脉,手厥阴心包经、足太阴脾经、足阳明胃经、足少阴肾经、足厥阴肝经均行径乳房^[11]。中医认为乳腺增生症与乳房相关经络不通、气滞血瘀痰阻有关,具体征象为乳房肿胀、疼痛^[11]。经络针灸疗法依据经络辨证选取实证子穴或虚证母穴、太冲、膻中、阿是穴,病经脉象实证者泻其子,虚证者补其母,达到补虚泻实的效果;针刺太冲具有调整脏腑血气、疏肝解郁、通达三焦气机、改善内脏之效;针刺膻中具有调畅心、肺、肝气机之效;隔姜艾灸阿是穴,使姜汁、艾条直接作用于病灶处,可发挥散寒、消肿、止痛之效,且具有较高的安全性^[12]。

本研究分析发现,相较于对照组而言,观察组患者血清E2、LH、TG、LDL-C水平更低,FSH、P水平更高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示经络针灸辅助消痛散结汤治疗对患者性激素、血脂水平有一定的调节效果。研究发现,性激素水平变化与乳腺增生症病情密切相关,雌激素与孕激素可刺激乳腺及周围组织生长、发育^[13]。在病理状态下,E2和LH分泌增多,可促进乳腺上皮细胞及纤维组织不同程度的增生,泌乳激素分泌增多会刺激E2生成增多,加剧乳腺增生^[13]。而当TG浓度增加时,性激素结合球蛋白的合成受到抑制,影响性激素的结合、利用,从而致使游离的E2浓度升高,加剧乳腺增生症病情加剧。且LDL-C水平较高时,也会刺激性激素受体,促进乳腺上皮组织增生^[14]。故而,脂质代谢紊乱、性激素水平增高均可促进乳腺增生症病情发展。针灸结合汤药治疗具有化痰散结、疏通经脉之效,可刺激调畅心、肺、肝气机,增强抗邪祛邪能力,同时还具有刺激内分泌调节轴的作用,起到调节激素的分泌,缓解乳腺增生症的作用^[14]。且经络针灸疗法可起到调畅心、肺、肝气机,改善内脏之效,使水液、气血精微代谢利用得当,达到调脂的功效^[15]。

综上所述,经络针灸疗法联合消痛散结汤对乳腺增生症的临床疗效显著,能快速缓解患者不适症状,减轻乳房疼痛,缩小肿块,同时对患者性激素、血脂水平有一定的调节效果。

〔参考文献〕

- (1) 裴滕滕, 窦娟, 徐明华, 等. 岩鹿乳康胶囊两种不同服药周期对乳腺增生症患者的疗效研究(J). 世界临床药物, 2018, 39(6): 389-392.
- (2) 马艳, 余云飞, 刘俊昌. 乳癖消胶囊联合调和任冲推拿法治疗肝郁气滞型乳腺增生症的临床疗效观察(J). 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5887-5890.
- (3) 温静, 王锐卿, 刘敬萱, 等. 基于复杂网络分析针灸治疗乳腺增生症的腧穴配伍规律及核心腧穴刺灸法应用特点(J). 针刺研究, 2021, 46(1): 76-83.
- (4) 何海燕, 张革萍, 谭娟, 等. 圣愈汤结合实测经络针灸疗法治疗乳腺增生症临床价值研究(J). 辽宁中医杂志, 2021, 48(4): 164-167.
- (5) 谭新华, 陆德铭. 中医外科学(M). 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 262-263.
- (6) 高瑞瑞, 何海燕, 谭娟, 等. 柴胡疏肝散加炮山甲结合实测经络针灸疗法治疗乳腺增生症临床研究(J). 四川中医, 2020, 38(12): 167-170.
- (7) 孙雯, 万华. 丹芩消郁合剂联合他莫昔芬治疗肝郁化火型乳腺增生症64例(J). 西部中医药, 2020, 33(10): 114-116.
- (8) 段雪涛. 散结汤治疗乳腺增生临床观察(J). 四川中医, 2020, 38(7): 177-179.
- (9) 张玉杰, 韩兵, 黄浩然, 等. 消肿散结汤联合平消胶囊对非哺乳期乳腺炎肿块期患者炎症因子及免疫因子的影响(J). 医学综述, 2020, 26(9): 1856-1859.
- (10) 沈金梦, 崔泽, 王丹, 等. 基于针灸疗法的优势对经络与神经系统循环系统关联性的多元探索(J). 中医药通报, 2019, 18(5): 37-39, 27.
- (11) 丁天红, 李敏, 张鸿, 等. 殷克敬针刺诊治乳癖经验(J). 上海中医药杂志, 2021, 55(7): 29-32.
- (12) 马丹丹. 基于经络辨证针灸治疗乳腺增生症的临床疗效观察(D). 南宁: 广西中医药大学, 2017.
- (13) 王晶晶, 滕晓艳. 消乳散结胶囊联合枸橼酸他莫昔芬片治疗乳腺增生症效果及对血清bFGF、VEGF和性激素水平影响(J). 临床误诊误治, 2021, 34(11): 26-30.
- (14) 谭娟, 惠彩霞, 白雪峰, 等. 温针灸、药线灸联合乳癖汤治疗乳腺增生症气滞血瘀型的疗效及对患者性激素、血脂水平的影响(J). 河北中医, 2021, 43(4): 653-657.
- (15) 王晶, 黄梅. 针灸结合活血调脂方佐治对冠心病合并高脂血症病人血脂、内皮功能及血液流变学的影响(J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(20): 3388-3390.