

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2026.08.022

中医祛腐生肌法换药对乳房脓肿切开引流术后创面愈合的影响

刘乐乐, 赵宇东, 冯国清

(海宁市中医院甲乳外科, 浙江 海宁 314000)

[摘要]目的 探讨中医祛腐生肌法换药在乳房脓肿切开引流术后创面愈合中的应用效果。方法 选取2023年11月-2025年4月本院收治的200例乳房脓肿切开引流术后患者,以随机数字表法分为对照组($n=100$)与研究组($n=100$)。对照组采用表皮生长因子纱条外敷换药治疗,研究组采用中医祛腐生肌法换药治疗,比较两组创面分泌物量、创缘疼痛程度、创面肉芽新鲜程度及创面愈合时间。结果 研究组术后3、7、11、15、20、25 d创面分泌物量、创缘疼痛评分低于对照组($P<0.05$);研究组术后10、15、20、25 d创面肉芽新鲜程度评分高于对照组($P<0.05$);研究组创面愈合时间为(18.21 ± 4.65)d,短于对照组的(21.43 ± 5.78)d($P<0.05$)。结论 中医祛腐生肌法换药可有效减少乳房脓肿切开引流术后创面分泌物,减轻疼痛,促进肉芽组织生长,缩短创面愈合时间。

[关键词] 乳房脓肿;中医祛腐生肌法换药;切开引流术;创面愈合

[中图分类号] R244

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-4949(2026)08-0087-04

Effect of TCM Debridement and Dressing for Eliminating Necrotic Tissues and Promoting Granulation on Wound Healing After Incision and Drainage of Breast Abscess

LIU Lele, ZHAO Yudong, FENG Guoqing

(Department of Thyroid and Breast Surgery, Haining Traditional Chinese Medicine Hospital, Haining 314000, Zhejiang, China)

[Abstract]**Objective** To explore the application effect of TCM debridement and dressing for eliminating necrotic tissues and promoting granulation on wound healing after incision and drainage of breast abscess. **Methods** A total of 200 patients after incision and drainage of breast abscess treated in our hospital from November 2023 to April 2025 were selected, and they were divided into the control group ($n=100$) and the study group ($n=100$) by the random number table method. The control group was treated with external dressing change of epidermal growth factor gauze strip, and the study group was treated with TCM debridement and dressing for eliminating necrotic tissues and promoting granulation. The wound secretion amount, wound edge pain intensity, wound granule freshness and wound healing time were compared between the two groups. **Results** At 3, 7, 11, 15, 20 and 25 days after operation, the scores of wound secretion and wound edge pain in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). At 10, 15, 20 and 25 days after operation, the granulation tissue freshness scores of the study group were higher than those of the control group ($P<0.05$). The wound healing time of the study group was (18.21 ± 4.65)d, which was shorter than (21.43 ± 5.78)d of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** TCM debridement and dressing for eliminating necrotic tissues and promoting granulation can effectively reduce wound secretion after incision and drainage of breast abscess, relieve pain, promote granulation tissue growth and shorten wound healing time.

[Key words] Breast abscess; TCM debridement and dressing for eliminating necrotic tissues and promoting granulation; Incision and drainage; Wound healing

乳房脓肿(breast abscess)在中医范畴属“乳痈”,好发于产后哺乳女性,以初产妇多见^[1]。其

发病与乳汁淤积、肝胃郁热密切相关,临床以乳房结块、红肿热痛为典型表现,严重时可伴随全

基金项目:海宁市科技计划项目(编号:2024057)

第一作者:刘乐乐(1994.6-),男,浙江海宁人,本科,主治医师,主要从事甲状腺、乳腺相关疾病方面工作

身中毒症状,甚至引发感染性休克^[2]。切开引流术是临床根治的主要手段,但术后创面较大,易受细菌污染与炎性刺激,导致愈合缓慢、疼痛持久^[3]。现代医学多采用表皮生长因子纱条外敷促进创面愈合,虽能在一定程度上刺激表皮生长,但难以兼顾创面不同愈合阶段的病理特点,且受创面污染与炎性渗出影响,疗效受限^[4]。中医认为^[5],乳房脓肿术后经脉受损、余毒未尽,加之机体气血不足,无力濡养创面、抵御余毒,是导致愈合延迟的核心病机。祛腐生肌作为中医外治的经典理论,强调“祛腐以清余毒,生肌以养创面”,通过辨证分期用药可精准契合创面修复的病理进程^[6]。基于此,本研究旨在探究中医祛腐生肌法换药对乳房脓肿切开引流术后创面愈合的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年11月-2025年4月海口市中医院收治的200例乳房脓肿切开引流术后患者,以随机数字表法分为对照组($n=100$)与研究组($n=100$),均为女性。对照组年龄19~59岁,平均年龄(33.12 ± 6.05)岁;体质指数 $21.18 \sim 27.03 \text{ kg/m}^2$,平均体质指数(24.01 ± 1.63) kg/m^2 ;发病部位:左侧乳房35例,右侧乳房43例,双侧乳房22例。研究组年龄18~58岁,平均年龄(32.65 ± 5.82)岁;体质指数 $21.35 \sim 26.82 \text{ kg/m}^2$,平均体质指数(23.76 ± 1.58) kg/m^2 ;发病部位:左侧乳房37例,右侧乳房45例,双侧乳房18例。两组年龄、体质指数、发病部位比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。所有患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合乳房脓肿诊断标准^[7];年龄18~60岁的女性;单纯乳房脓肿切开引流术后住院者;术后创面最宽处 $<5 \text{ cm}$,距乳晕距离 $<6 \text{ cm}$,深度 $2 \sim 5 \text{ cm}$ 。排除标准:严重过敏体质或对本研究药物有明确过敏史者;合并糖尿病、凝血功能障碍等影响创面愈合的疾病者;存在严重心、肝、肾等重要脏器功能不全者;术后创面出现严重感染扩散或全身脓毒血症者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用表皮生长因子纱条外敷换药治疗:先以碘伏棉球对伤口周围皮肤进行彻底清洗与消毒,再用生理盐水冲洗创面,清除残留分

泌物与坏死组织。根据创面大小裁剪合适尺寸的人表皮生长因子(ARI加长型)外用溶液(深圳市华生元基因工程发展有限公司,国药准字S20010038,规格:2000 IU/ml,15 ml/支)纱条,均匀覆盖于创面,确保纱条与创面充分贴合,每日更换1次,直至创面完全愈合。换药过程中严格遵循无菌操作规范,避免交叉感染,同时观察创面变化并做好记录。

1.3.2 研究组 采用中医祛腐生肌法换药治疗:严格遵循“辨证分期、精准用药”原则,①疮疡祛腐期:在无菌操作环境下,先以无菌生理盐水冲洗双手并佩戴无菌手套,取碘伏棉球从伤口中心向周围皮肤呈螺旋式擦拭,擦拭范围覆盖伤口周围 5 cm ;随后用无菌生理盐水缓慢冲洗创面,采用低压冲洗方式由内向外轻柔清洁,对于附着较牢固的脓苔与腐肉,使用无菌刮匙以平行于创面的角度轻轻刮除,避免损伤深层健康组织,直至创面无明显残留分泌物与坏死组织;祛腐散由制乳香、制没药、朱砂、醋制蛇含石、轻粉各 500 g 经低温干燥处理(温度控制在 $40 \text{ }^\circ\text{C}$ 以下,干燥时间 4 h)后,采用超微粉碎技术研成细粉,过120目筛,再将各味药粉按等比例混合均匀,置于无菌干燥密封容器内避光保存备用;换药时根据创面大小取 $0.5 \sim 2 \text{ g}$ 祛腐散,以无菌药匙均匀撒布于创面,确保药物完全覆盖创面且不堆积,随后覆盖无菌纱布固定,每日换药1次,持续治疗至创面腐肉清除率达90%以上、创面基底色泽转为淡红或粉红色、无明显脓性分泌物渗出为止;②生肌长肉期:换药时,以碘伏棉球常规消毒伤口周围皮肤后,用无菌生理盐水轻柔清洗创面,重点清除残留药物粉末与少量分泌物,避免用力揉搓导致肉芽损伤;生肌散由滑石粉、煅象皮、煅龙骨、醋炙没药、儿茶、血竭、冰片、赤石脂、醋炙乳香各 500 g ,炮制合格后,逐一进行粉碎处理,粉碎后过150目筛,再按等比例混合均匀,经无菌检验合格后封装于干燥密封容器内备用;取适量生肌散,用无菌棉签轻轻涂抹于创面,确保药物与肉芽组织充分接触,随后覆盖无菌透气纱布固定,每日换药1次;换药过程中密切观察创面分泌物的颜色、性状及量,记录肉芽组织的形态、色泽及生长速度,同时评估创缘皮肤有无红肿、瘙痒等过敏反应;若创面出现肉芽生长迟缓情况,可在生肌散中酌情添加少量血竭粉(添加比例不超过5%),若创面出现少量渗血,适当减少换药时的

清洗力度，持续换药直至创面完全愈合。

1.4 观察指标

1.4.1 评估两组创面分泌物量 术后3、7、11、15、20、25 d，由经培训的主管医生采用本院自制的创面分泌物评估量表进行评分，分为0分（无创面分泌物）、1分（少许淡血性渗液）、2分（淡黄色渗液）、3分（薄层黄白色脓苔）、4分（大量脓苔或伴腐肉），评分越高提示分泌物越多。

1.4.2 评估两组创缘疼痛程度 术后3、7、11、15、20、25 d，采用本院自制的创缘疼痛程度评估量表进行评分，分为1分（无）、2分（轻度）、3分（中度）、4分（重度）、5分（极重）。

1.4.3 评估两组创面肉芽新鲜程度 术后10、15、20、25 d，由经培训的主管医生采用本院自制肉芽新鲜程度量表进行评分，分为1分（新鲜，呈粉红色颗粒状，触之易出血，无坏死组织）、2分（较新鲜，呈粉红色，颗粒欠均匀，触之少量出血，无坏死组织）、3分（部分新鲜，触之不易出血，无或少量坏死组织）、4分（不新鲜，暗红色为主，伴少量坏死组织，触之不出血）、5分（无肉芽生长，创面以坏死组织、黑色或黄白色腐肉为主）。

1.4.4 记录两组创面愈合时间 由经培训的主管医生记录创面完全愈合（无疼痛、上皮完全覆盖、无渗液或分泌物、无结痂下积液）所需时间。

1.5 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件分析本研究数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料以 $[n (%)]$ 表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组创面分泌物量比较 研究组术后3、7、11、15、20、25 d创面分泌物量评分均低于对照组 ($P < 0.05$)，见表1。

2.2 两组创缘疼痛程度比较 研究组术后3、7、11、15、20、25 d创缘疼痛评分均低于对照组 ($P < 0.05$)，见表2。

2.3 两组创面肉芽新鲜程度比较 研究组术后10、15、20、25 d创面肉芽新鲜程度评分均高于对照组 ($P < 0.05$)，见表3。

2.4 两组创面愈合时间比较 研究组创面愈合时间为 (18.21 ± 4.65) d，短于对照组的 (21.43 ± 5.78) d ($t = 4.341, P = 0.000$)。

表1 两组创面分泌物量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 3 d	术后 7 d	术后 11 d	术后 15 d	术后 20 d	术后 25 d
研究组	100	2.85 ± 0.62	2.13 ± 0.51	1.67 ± 0.48	1.32 ± 0.35	1.15 ± 0.28	1.03 ± 0.12
对照组	100	3.26 ± 0.71	2.68 ± 0.59	2.25 ± 0.53	1.86 ± 0.42	1.58 ± 0.36	1.21 ± 0.21
<i>t</i>		4.350	7.052	8.111	9.877	9.428	7.442
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组创缘疼痛程度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 3 d	术后 7 d	术后 11 d	术后 15 d	术后 20 d	术后 25 d
研究组	100	4.21 ± 0.63	3.24 ± 0.51	2.56 ± 0.47	2.15 ± 0.46	1.82 ± 0.35	1.32 ± 0.31
对照组	100	4.48 ± 0.42	4.09 ± 0.48	3.26 ± 0.51	2.78 ± 0.53	2.17 ± 0.39	1.86 ± 0.42
<i>t</i>		3.566	12.137	10.093	8.977	6.679	10.345
<i>P</i>		0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组创面肉芽新鲜程度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 10 d	术后 15 d	术后 20 d	术后 25 d
研究组	100	3.43 ± 0.65	2.23 ± 0.41	1.57 ± 0.24	1.28 ± 0.15
对照组	100	3.69 ± 0.59	2.58 ± 0.47	1.71 ± 0.36	1.42 ± 0.23
<i>t</i>		2.962	5.612	3.236	5.098
<i>P</i>		0.003	0.000	0.001	0.000



3 讨论

乳房脓肿是女性哺乳期高发的乳腺急性化脓性感染疾病, 切开引流术后创面愈合延迟, 是临床治疗中亟待解决的常见难题^[8]。该病的病理机制与乳汁淤积、气血瘀滞、热盛肉腐密切相关; 术后存在余毒未清、气血亏虚的病机特点, 此特点进一步阻碍创面修复进程, 延缓愈合速度^[9]。现代医学常规采用表皮生长因子纱条外敷, 虽能通过刺激表皮细胞增殖加速创面覆盖, 但缺乏对创面病理分期的针对性干预, 难以有效清除腐毒、补益气血, 临床疗效受限^[10, 11]。中医祛腐生肌理论源于“去腐才能生新”的治疗思想, 契合创面愈合的病理规律^[12-15]。

本研究中, 研究组术后3、7、11、15、20、25 d创面分泌物量评分及创缘疼痛评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。分析其原因, 祛腐散中的制乳香、制没药, 具有活血化瘀、消肿止痛作用, 可改善创面局部血液循环, 促进炎症介质的吸收与消散, 减少炎性渗出, 进而缓解创面疼痛; 朱砂、轻粉具有解毒防腐作用, 能够抑制创面细菌繁殖, 减少脓性分泌物的产生; 醋制蛇含石则具备软坚散结的功效, 有助于松解并清除创面附着的脓苔及坏死组织, 进一步减少分泌物渗出, 为创面愈合创造有利条件。生肌散阶段, 冰片的清凉止痛特性可直接缓解创缘的刺激性疼痛, 其清热解毒作用也能持续控制创面炎症, 防止疼痛加剧; 中医辨证换药更符合创面愈合的生理进程, 能有效解决感染、疼痛、肉芽生长缓慢等关键问题。此外, 研究组术后10、15、20、25 d创面肉芽新鲜程度评分均高于对照组, 创面愈合时间短于对照组 ($P < 0.05$)。考虑其原因, 中医祛腐生肌法与中医“祛腐以清邪, 生肌以扶正”的理论相符, 生肌散能有效促进肉芽组织生长, 改善创面修复微环境; 通过整体调节理念, 既注重局部创面的腐毒清除与组织修复, 又通过药物功效间接调理机体气血, 弥补术后气血亏虚的不足, 进而促进创面愈合, 提高创面肉芽新鲜程度。

综上所述, 中医祛腐生肌法换药可有效减少乳房脓肿切开引流术后创面分泌物, 减轻疼痛, 促进肉芽组织生长, 缩短创面愈合时间。

[参考文献]

[1]李志鲲,程旭锋,刘琦,等.药线引流法治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎脓肿期气虚毒盛证随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2025,45(4):422-428.

[2]郑洁莹,仲文莉,王玥琦,等.火针联合浆乳二号方治疗非哺乳期乳腺炎脓肿期临床研究[J].安徽中医药大学学报,2024,43(6):13-17.

[3]张利发.乳房旋切术联合输血器组件引流冲洗术治疗乳腺脓肿[J].基层医学论坛,2025,29(10):70-73.

[4]李季丹,陈建新,祝志恒,等.超声引导下穿刺抽吸治疗哺乳期乳腺脓肿的临床效果[J].交通医学,2023,37(5):494-495.

[5]俞金李,丁晓雯,乔楠,等.中西医结合治疗非哺乳期乳腺炎脓肿期肝胃郁热证的临床疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2024,30(1):65-70.

[6]吴芳,张朝晖.祛腐生肌法对肛周脓肿及肛瘘患者术后创面愈合的效果研究[J].中国伤残医学,2024,32(15):93-96.

[7]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.

[8]谭要鹏,李平,刘超颖.安珂微创引流术与常规切开引流术治疗乳腺脓肿的对比研究[J].黑龙江医药科学,2025,48(2):50-53.

[9]郭晨辉.中药外敷联合置管冲洗治疗哺乳期乳腺脓肿的效果观察[J].中国实用医刊,2024,51(19):121-123.

[10]余燕青,邵静涛.超声引导下穿刺抽液治疗脓肿期浆细胞性乳腺炎的疗效分析[J].浙江创伤外科,2024,29(3):452-455.

[11]马晓佳,黄敏,杨璐妍,等.紫连膏改善非哺乳期乳腺炎脓肿期创面炎症反应临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(1):207-211.

[12]杨真,林旭丰,曲冬梅.乳痛消方联合麦默通微创旋切术治疗脓肿期浆细胞性乳腺炎45例[J].浙江中医杂志,2024,59(4):349-350.

[13]刘春姝,孟晓凡,房小芳,等.益气疏肝方联合微创清创术治疗脓肿期肉芽肿性小叶性乳腺炎及相关抑郁状态疗效观察[J].山东中医杂志,2024,43(4):365-370,394.

[14]张晓,余先昊.益气祛腐生肌法对2型糖尿病老年患者肛瘘术后创面的影响[J].中国老年学杂志,2024,44(2):323-327.

[15]乔云笑,尹浩,李钰庭,等.基于脾主生肌理论探讨生肌类中药治疗糖尿病足溃疡研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(8):47-52.

收稿日期: 2026-3-26 编辑: 刘雯