从“浊毒阻络”理论辨治肉芽肿性乳腺炎※

宋逸洁[1,2]　胡金辉[1▲]

摘　要　胡金辉教授从“浊毒理论”出发，以络病角度分析肉芽肿性乳腺炎（GM）的发病特点，提出“浊毒内蕴，瘀阻乳络”为GM的关键病机。治疗上运用通补兼施的治疗大法，以化浊解毒、调气和血、祛瘀通络为原则，内外结合，并结合患者实际情况辨证加减，从而提升疗效，减短病程，保留外观，有效改善患者生活质量。

关键词　肉芽肿性乳腺炎；浊毒理论；化浊解毒；名医经验；胡金辉

肉芽肿性乳腺炎（Granulomatous mastitis，GM），常见于经产的育龄期女性，该病由Kessler和Wolloch在1972年首次提出[1]。近年来，GM发病率呈明显上升趋势，以病变范围广、病程迁延、病情易反复为主要特点[2]。GM临床主要表现为突发的乳房肿块，短期内出现患处红、肿、热、痛，脓肿形成且进展迅速，溃破后易形成瘘管、窦道，甚至反复溃烂、流脓，经久不愈[3]，严重影响女性的身心健康。近年来，中医药秉持整体、全病程、个体化的诊疗理念，通过辨证论治与内外兼治的治疗手段，在提高疗效、缩短病程、保留乳房外观等方面取得了良好临床效果。

胡金辉教授（以下简称“胡教授”）师从国医大师熊继柏、名老中医药专家贺菊乔，从事乳腺相关临床、科研与教学工作三十余年，擅长中西医结合诊治乳腺相关疾病，在GM的诊疗方面经验丰富。胡教授基于浊毒理论，从络病角度出发，系统总结GM的发病规律，重新阐释“浊毒-气血-乳络”的辨证思路，提出“浊毒阻络”是GM的核心病机特点，为临床治疗该病提供了新的理论依据。

1　对“浊毒阻络”的提出与认识

“浊”与“毒”的概念首见于《黄帝内经》[4]，后世医家对此多有阐发。《素问经注节解》[5]记载：“五脏为包藏之所，故浊阴可走而入。六腑内化，故浊阴归之。”表明生理状态下浊阴为精微物质所化，是濡养五脏、润泽六腑的营养物质[6]；病理状态下则与“湿”“痰”同类。《金匮要略》[7]中提到“清邪居上，浊邪居下”，此处的“浊”指水湿之邪；叶天士在《临证指南医案·痰饮》[8]中指出“不明痰饮皆属浊阴之化”，此处的“浊”指痰饮邪气；唐宗海在《血证论》[9]中言“血在上则浊蔽而不明矣”，表明瘀血也可化生浊邪。《素问》[4]记载“偏盛之气谓之毒”，《金匮要略心典》[10]亦指出“毒者，邪气蕴蓄不解之谓”，因此“毒”泛指对机体有害的物质或因素，亦强调其为各种致病物质的过度积聚[11]。国医大师李佃贵[12]将“浊”“毒”合论，构建“浊毒理论”，认为广义的浊毒泛指一切对人体有害的物质；狭义的浊毒则指由于湿浊、痰浊、瘀血等久蕴化热而成，是可严重损害脏腑功能的秽浊之物[13]，其性黏腻，缠绵难愈，其性剧烈，易损经络，易中脏腑[14-16]。浊毒致病具有病程缠绵、阻滞气机、常相兼夹、浊毒害清及蕴久生变五大致病特点[17]。临床上，GM被公认为病情复杂多变、病程迁延难愈、病灶胶结难解的难治性疾病。基于理论及临床经验，胡教授认为“浊毒”积聚与GM发病密切相关。

络病理论源于《黄帝内经》，络脉为经脉之末，细小复杂，遍布周身及脏腑[18]，具有渗灌气血、濡养组织之功。由于络脉窄小，津血运行缓慢，易滞难行，邪易入而难出，故易生实邪。若络脉受损，则脉道瘀滞，气血津液输布失常，出现麻木、疼痛、化寒化热等病理表现，即为“络病”，其核心病机为络脉瘀阻[19]。足厥阴经、足阳明经、足太阴经、任脉、冲脉等经脉纵行联络，支横别出，呈网状扩散，分为别络、系络、缠络、孙络等各级络脉，遍布乳房，构成乳房络脉系统[20]。《临证指

※**基金项目**　国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才项目（No.国中医药人教函〔2022〕1号）；湖南省“十四五”第二批中医药学科带头人（No.湘中医药〔2024〕3号）

▲**通信作者**　胡金辉，女，主任医师，教授，硕士研究生导师。研究方向：中医药防治乳腺疾病。E-mail：hujinhui173@163.com

·**作者单位**　1.湖南中医药大学第一附属医院（湖南 长沙 410007）；2.湖南中医药大学（湖南 长沙 410208）

南医案》[8]曰："乳房为少阳脉络经行之所……气血郁痹，有形而痛，当治在络。"可见乳络为邪所阻，化浊生瘀，气血失和，则局部肿胀；若迁延不治，浊毒瘀结，郁而化热，肉腐成脓，则发为乳痈。

基于以上认识，胡教授认为GM的发病机制为浊邪蕴积乳络，胶着不去而酿生毒邪，浊毒互结导致乳络受损，其病机总属"浊毒阻络"，在病理上表现为易瘀易滞、易积成形、易伤气血的特点。

2　从"浊毒阻络"角度分析GM病因病机

2.1　浊毒内蕴为发病之因　浊毒之邪可由外邪侵袭久而不去，生浊化毒所致；亦可因饮食失节，脾运受损，聚湿生痰，久蕴成毒而起。此外，七情内伤、营卫失和、气血亏虚、体弱劳倦等因素，均可影响气血流通与津液输布，进而化生浊毒[21-22]。浊毒阻滞气机，导致乳腺实邪结聚，闭塞不通而发为肿结，正合"痰湿凝滞，气血不畅，久则成结"之论[4]。《诸病源候论》[23]指出："湿热相搏，故头面身体皆生疮，其疮出如疱，须臾生汁；热盛者，则变为脓，遂瘥而发。"浊为湿之渐，浊毒积聚日久，损伤乳络，使其处于炎症状态，则致肿结化热化火，甚者肉腐成脓。浊性黏滞、难祛，毒性热烈、迅猛，二者相合具有复杂多变、易反复发作的特点，是长期积累而成的病理产物[24]。这些特性与GM病邪黏滞、深伏于络，一旦爆发则来势迅猛、进展快速、药效难及、迁延难愈的临床特征高度契合。

2.2　气血失和为发病之枢　气血失和是GM发病的重要枢机。生理上，妇人以血为本，以气为用，气血和畅调达是女性生理功能正常发挥的基础。病理上，正如《医林改错》[25]所言："元气虚不能达于血管，血管无气必停留而瘀。"气虚血结，瘀血阻于乳络则易生肿块。《灵枢·痈疽》[4]记载："血泣不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。"气滞血瘀，乳络中气血相搏，热盛肉腐，则发为乳痈。GM初起多见病邪在气分，疼痛较轻或仅表现为乳腺胀痛而未扪及肿块，此阶段易与经前期乳腺胀痛混淆，常被忽视；继而病情迅速由气及血、由功能性转向器质性损伤，乳房出现有形肿物。《外科全生集》[26]有云"脓之来，必由气血"，肿块化热化火，耗气伤血，酿腐成脓，临床表现为肿物破溃，脓液浓稠，经久不愈。

2.3　乳络损伤为发病之本　浊毒积聚是导致乳络气血失和的重要因素，而乳络不通，失其气络、水络、血络[27]之功，又可进一步促进浊毒在乳络中的蓄积。由此可见，浊毒与络损二者互为因果、交互为害，形成恶性循环。浊毒之性酷烈，可破坏乳络正常结构，引发体内邪正相争，使本就狭窄曲折的乳络管腔更加壅塞，促使乳房局部微环境向炎症积聚方向发展。临床上可见初起仅为乳腺疼痛，随后迅速结为肿块，疼痛剧烈，局部泛红，甚者三五天即成脓破溃。由于乳管交错互通，肿块常此消彼起，甚至满乳皆是，正如《疡科心得集》所载"其始生痈也，只患一络，迨其脓血出尽，又患一络，逐络递及，遂至满乳"[28]。正邪交争，耗血伤津，久则正气虚损，余毒难清，故GM后期常见肿块日久难消，溃后创口迁延难敛。

3　去浊毒、和气血、通乳络为基本治则

3.1　清热利湿，化浊解毒　以浊毒内蕴为GM病机基础，正如《格致余论·涩脉论》[29]所言："气腾血沸，清化为浊。"湿浊久蕴化热而成浊毒，治当清热利湿，化浊解毒。此阶段起病隐匿，可仅见乳房疼痛、乳头溢液，乳腺彩超可见导管扩张或乳管镜下见黏稠脓液样分泌物附着于乳管壁[30]。胡教授常以黄连、黄芩、黄柏同清三焦湿热，陈皮、半夏理气燥湿，竹茹消痰降火；热毒重者加金银花、蒲公英、野菊花、紫花地丁等清热解毒、消痈散结；泽泻、茯苓淡渗利湿，使浊毒从下焦而解。湿去则浊无以聚，气机得畅；热清则毒势得削，血分得和，使邪气消散于无形，可防乳腺结块化脓。若邪凝乳房，结聚成块，常加消瘰散以清热化痰、软坚散结。

3.2　行气活血，祛瘀通络　络以通为用，痰浊瘀毒胶结形成结块，临床表现为乳腺局部肿胀、质硬、皮色稍红或不变、肿痛明显，并可迅速波及多个象限。《临证指南医案》[8]云："邪已入络，与气血胶结成形……通血脉，攻坚垒，佐以辛香，是络病大旨。"胡教授常用柴胡、川芎行气，丹参、当归活血，并遵循"络以辛为泄"之旨，加乳香、香附辛香通络，莪术、三棱辛温通络，以达病所。若见化热之象，可予川楝子、郁金等辛凉行散；若脓未成，可予金银花、天花粉、浙贝母等清热散结；若脓已成，可用白芷、皂角刺、蒲公英等消肿排脓。综上所述，行气活血、辛散祛邪、通络祛瘀应贯穿治疗始终，并随病情变化酌情加减用药。

3.3　健脾运中，补养乳络　《灵枢·小针解》[4]云"浊气在中"，脾虚失运，水停为湿，凝而成浊，久蕴成毒。对于病程较长，肿块漫肿不消，难于成脓，或成脓后脓液

清稀，淋漓难净，或溃后皮肉不合，难于收口者，当注重调治中焦，使浊毒难聚乳络。胡教授在此阶段常用参苓白术散化裁，方中党参、白术、茯苓益气健脾，山药、砂仁、木香健运中焦，白扁豆、薏苡仁渗湿泄浊；并配藿香、佩兰、陈皮等芳香醒脾化浊；同时加入黄芪“补三焦、实卫气”[31]，推动乳络气血津液运行，既祛络中伏邪，又促乳络结构与功能恢复。针对GM溃后阴血亏耗、乳络受损，遵“络以通补最宜”之法，以熟地、芍药、麦冬、当归等滋阴养血和营，兼用川芎、红花、玫瑰花等活血祛瘀通络，使乳络得濡而不凝滞。

4　病案举例

尹某，女，31岁，2024年7月12日初诊。主诉：右乳突发肿块伴疼痛5天。患者无明显诱因突发右乳肿块，疼痛明显，皮肤渐红肿，未予特殊处理。现症见：右乳肿块，伴疼痛，皮肤稍红肿，无恶寒发热，口干口苦，舌红，苔黄腻，舌下脉络青紫，脉弦滑。查体：右乳9点可扪及3 cm×4 cm大小肿块，肿块处皮肤稍红，扪之皮温较高。乳腺彩超：右乳低回声区，考虑局部乳腺炎。血常规+CRP：CRP 12.3 mg/L、WBC 10×10^9/L。泌乳素：7.62 ng/mL。穿刺活检（右乳）：乳腺炎症性病变，符合囊性中性粒细胞性肉芽肿性乳腺炎。西医诊断：肉芽肿性乳腺炎。中医诊断：粉刺性乳痈，辨为浊毒阻络证。治法：化浊解毒，祛瘀通络。处方：自拟除湿化瘀汤。药用：柴胡10 g，黄芩10 g，薏苡仁20 g，党参10 g，法半夏10 g，蒲公英15 g，醋三棱10 g，醋莪术10 g，丹参15 g，玫瑰花5 g，盐橘核10 g，夏枯草15 g，甘草5 g。14剂，水煎服，每日1剂，早晚饭后温服。外敷矾冰液（院内制剂）消肿止痛，每日1次。

2024年7月26日二诊：查体见肿块较前变小，疼痛明显减轻，皮肤稍红肿，口干口苦，稍口臭，近日纳食不香，偶有腹胀，大便质黏，小便稍黄。舌红，苔黄腻，脉弦滑。复查CRP及血常规均恢复正常。予原方去丹参、蒲公英，加佩兰10 g，藿香10 g。15剂，煎服法同前。外贴如意膏（院内制剂）解毒散结，每日1次。

2024年8月15日三诊：查体见肿块明显缩小、变软，无红肿疼痛，无口干口苦，纳食改善，二便正常。守上方去玫瑰花、夏枯草，加砂仁5 g，郁金10 g。15剂，煎服法同前。外治继续予以如意膏贴敷。

2024年9月20日四诊：查体无明显肿块，舌淡，苔白腻，边有齿痕，脉缓。复查乳腺彩超示：右乳低回声区，结合病史，符合乳腺炎治疗后改变。予参苓白术散加黄芪30 g，川芎10 g，当归10 g。15剂，煎服法同前。随诊半年，未见复发。

按　本案患者经穿刺活检明确诊断为肉芽肿性乳腺炎，胡教授运用浊毒理论进行辨治。患者无明显诱因突然发病，为浊毒阻滞气机，乳络闭塞不通，乳腺实形结聚发为肿块，故查体见肿块质硬，边界不清，活动度欠佳；浊毒积聚，乳络受损，肿块化热化火，则见局部皮肤红肿，疼痛明显；然未扪及波动感，提示虽气血相搏，但脓尚未成，仍处于肿块期。舌红、苔黄腻、舌下脉络青紫均为浊毒内蕴、瘀阻乳络之象，故治以化浊解毒、逐瘀通络，予自拟除湿化瘀汤。方中柴胡、黄芩既清泄内蕴湿热，又调畅搏结之气血；薏苡仁健脾利湿，使浊毒从小便而出；三棱破血祛瘀，莪术行气活血，二药同用可消徵散结，醋制后更增止痛之效；上二药配合凉血消痈之丹参、散结通乳之蒲公英，共奏逐瘀剔邪、灌通乳络之效，佐以党参顾护正气，使邪祛而不伤正；半夏燥湿化痰，夏枯草、橘核清肝火、散郁结，玫瑰花行气解郁、和血止痛，共治湿热互结、痰浊凝滞之乳房结块。二诊时患者肿块较前缩小，疼痛明显减轻，舌下无青紫，提示活血祛瘀已见成效，故去丹参、蒲公英；然仍口干口苦，伴口臭、腹胀、纳呆、便黏，故加佩兰、藿香，以增醒脾化湿，芳香祛秽之力。三诊肿块持续变小变软，疼痛已消，故去玫瑰花、夏枯草，加砂仁、郁金以行气化湿、巩固疗效。四诊患者已无明显肿块，诸症好转，然其为脾虚湿盛体质，浊毒源于中焦，后期应注重调治脾胃，使浊毒难聚，防止复发，方选参苓白术散加减，健脾渗湿、扶正祛邪，清补结合以除余毒。

5　结语

肉芽肿性乳腺炎病因复杂、病程迁延，在不同阶段呈现不同的病变特点。胡教授提出其病机演变过程为“浊毒内蕴，气血失和，瘀阻乳络”。临床治疗基于浊毒胶结乳络的辨证思路，以化浊解毒、调气和血、祛瘀通络为原则，多法合用，并结合患者实际情况灵活加减，旨在最大限度保留乳房外观、减轻患者痛苦。

参考文献

[1] KOKSAL H. The clinical utility of autoantibodies in patients with idiopathic granulomatous mastitis[J]. J Invest Surg, 2022, 35(2): 325-329.
[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.

（下转第60页）