金黄散联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎临床研究

付云，赵志鸿，王微，赵晓静，轩娟娟

洛阳市第一人民医院普通外科，河南 洛阳 471000

［摘要］**目的：**观察金黄散联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎的临床疗效。**方法：**选择2023年1月—2024年10月洛阳市第一人民医院普通外科收治的78例早期哺乳期乳腺炎患者，按随机数字表法分为对照组与金黄散组各39例。对照组采用传统手法排乳联合硫酸镁溶液外敷治疗，金黄散组采用传统手法排乳联合金黄散外敷治疗。治疗5天后评估2组临床疗效、中医证候评分、症状缓解时间、通乳时间、疼痛程度［视觉模拟评分法（VAS）］、炎症指标［中性粒细胞百分比（NEUT%）、C-反应蛋白（CRP）、白细胞计数（WBC）］，随访2周评估哺乳情况。**结果：**治疗5天后，金黄散组总有效率为97.44%（38/39），高于对照组82.05%（32/39），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组乳汁淤积结块、肿胀疼痛、排乳不畅（对照组除外）、恶寒发热（对照组除外）、周身酸楚、头痛、口渴、便秘等中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组疼痛VAS评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组VAS评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，金黄散组平均退热时间、乳房肿痛消失时间、肿块消退时间、通乳时间均短于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组NEUT%、CRP、WBC水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组上述3项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。随访2周，金黄散组纯母乳喂养率82.05%（32/39），对照组为61.54%（24/39），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）；金黄散组没有出现回乳情况，对照组回乳率为12.82%（5/39），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**金黄散联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎疗效显著，可有效促进临床症状改善及疼痛缓解，减轻炎症反应，提高纯母乳喂养率，降低回乳率。

［关键词］哺乳期乳腺炎；早期；金黄散；手法排乳；疼痛；炎症反应

［中图分类号］R655.8 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0039-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.007

Clinical Study on Combination Use of Jinhuang Powder and Manipulation of Lactation for Mastitis in Early Lactation Period

FU Yun, ZHAO Zhihong, WANG Wei, ZHAO Xiaojing, XUAN Juanjuan

Department of general Surgery, Luoyang First People's Hospital, Luoyang Henan 471000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the combination use of Jinhuang Powder and manipulation of lactation on mastitis in early lactation period. **Methods:** A total of 78 patients with mastitis in early lactation period admitted to the Department of general Surgery of Luoyang First People's Hospital from January 2023 to October 2024 were selected and divided into the control group and the Jinhuang Powder group according to the random number table method, with 39 cases in each group. The control group was treated with traditional manipulation of lactation combined with external application of magnesium sulfate solution, and the Jinhuang Powder group was treated with traditional manipulation of lactation combined with external application of Jinhuang Powder. After five days of treatment, the clinical effect, traditional Chinese medicine syndrome scores, relief time of symptoms, lactogenesis time, pain

［收稿日期］2025-01-20
［修回日期］2025-07-23
［基金项目］洛阳市第一人民医院科研计划项目（2022005）
［作者简介］付云（1982-），女，副主任中医师，E-mail：fyly201007@163.com。
［通信作者］赵志鸿（1975-），男，副主任医师，E-mail：zhaozhihong2023@sina.com。

degree [Visual Analogue Scale (VAS) scores of pain], inflammation indexes [neutrophil percentage (NEUT%), C-reactive protein (CRP) and white blood cell count (WBC)] in the two groups were evaluated, and the lactation profile was evaluated after two weeks of follow-up. **Results**: After five days of treatment, the total effective rate was 97.44% (38/39) in the Jinhuang Powder group, higher than that of 82.05% (32/39) in the control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores of milk stasis with lumps, swelling and pain, poor lactogenesis (except for the control group), aversion to cold and fever (except for the control group), soreness of the whole body, headache, thirst and constipation in the two groups were down-regulated when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above scores in the Jinhuang Powder group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the VAS scores in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the VAS score in the Jinhuang Powder group was lower than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the average time of abatement of fever, disappearance time of painful swollen breast, regression time of lumps and lactogenesis time in the Jinhuang Powder group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of NEUT%, CRP and WBC in the two groups dwindled when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above three levels in the Jinhuang Powder group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After two weeks of follow-up, the exclusive breastfeeding rate was 82.05% (32/39) in the Jinhuang Powder group and 61.54% (24/39) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$); there was no milk withdrawal in the Jinhuang Powder group, and the milk withdrawal rate was 12.82% (5/39) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). **Conclusion**: The therapy of Jinhuang Powder combined with manipulation of lactation has a significant curative effect on mastitis in early lactation period, which can effectively promote the improvement of clinical symptoms and pain relief, reduce the inflammatory responses, enhance the exclusive breastfeeding rate and reduce the milk withdrawal rate.

Keywords: Mastitis in lactation period; Early; Jinhuang Powder; Manipulation of lactation; Pain; Inflammatory responses

早期哺乳期乳腺炎是发生于哺乳初期的一种急性感染性疾病，多发生在产后21~28天，临床以单侧或双侧乳房疼痛、局部肿块及红热等为主要表现，可伴有恶寒发热、患侧腋窝淋巴结肿大等全身症状[1]。因该病起病急，且病情发展较快，若未及时治疗可继发细菌感染，严重者可发展为乳房脓肿、乳漏等，不仅增加患者痛苦，也是导致母乳喂养失败的重要原因，故积极采取有效治疗措施至关重要[2]。目前，西医治疗早期哺乳期乳腺炎多采用50%硫酸镁外敷，其可促进乳房局部血液循环，并能减轻乳管周围组织压迫及乳腺组织水肿，从而恢复正常排乳[3]。中医学认为早期哺乳期乳腺炎多因外邪入侵或产妇情志郁闷致乳络不通，乳汁壅滞；加之产后饮食厚味，肝气不得疏泄，与阳明之热蕴结，阻塞经络，气血凝滞，导致乳汁不得排泄而发病，治疗多以清热解毒、行气活血、消肿通乳为法。金黄散具有消热解毒、活血化瘀、消痈散结、消肿止痛之效，是治疗早期乳腺炎的经典方剂[4]。手法排乳可通过按摩乳房硬结部位，疏通堵塞的乳腺导管，排出淤积乳汁，并起到缓解疼痛和肿胀作用[5]。本研究观察金黄散外敷联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国哺乳期乳腺炎诊治指南》[6]中早期哺乳期乳腺炎的相关诊断标准。女性哺乳期出现乳汁排泄不畅、胀痛、乳腺局部肿块，乳房皮肤不红或微红、皮温正常；肿胀时间≤3天；多伴有发热、寒颤等全身症状；实验室检查中性粒细胞百分比(NEUT%)、白细胞计数(WBC)升高或正常。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]中乳痈的诊断标准，辨证为气滞热壅证。主症：乳汁淤积结块，肿胀疼痛，皮色微红或不变；

次症：恶寒发热，周身酸楚，头痛，口渴，便秘；舌脉：舌红、苔黄，脉数。

1.3 纳入标准 符合早期哺乳期乳腺炎诊断标准和气滞热壅证辨证标准；年龄20～40岁；单胎，足月生产；妊娠37～40周；母乳喂养产妇；获得患者或家属的知情同意，签署知情同意书。

1.4 排除标准 乳房畸形或乳房整形者；合并妊娠或产褥期并发症者；母乳喂养禁忌证者；试验期间出现其他疾病，影响试验进行者；合并严重心脑肝肾及内分泌系统疾病者；依从性差，未按照规定接受治疗者。

1.5 一般资料 选择2023年1月—2024年10月洛阳市第一人民医院甲状腺乳腺外科收治的78例早期哺乳期乳腺炎患者，按随机数字表法分为对照组与金黄散组各39例。对照组年龄20～40岁，平均(29.65±8.12)岁；病程1～3天，平均(2.02±0.42)天；发病部位：左侧17例，右侧14例，双侧8例。金黄散组年龄22～40岁，平均(30.12±7.06)岁；病程1～3天，平均(2.10±0.45)天；发病部位：左侧15例，右侧13例，双侧11例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过洛阳市第一人民医院伦理委员会批准(批件号：L2022005)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予传统手法排乳治疗。①手指点穴：穴位取足阳明胃经穴、足太阴脾经上的穴位，包括乳根、乳中、屋翳、胸乡穴等，点穴时用指尖、指腹适量力度点按穴位，时间以5 min为宜。②手法推拿：推拿过程中以石蜡油润滑皮肤，减轻按摩中的摩擦，结合中医推拿中的推、拿、按、揉、捏等多种手法，要求动作柔和、力量均匀、深透，此过程20 min左右，直到将淤积的导管推通，可挤出乳汁为止。同时予50%硫酸镁溶液纱布外敷患处，医用胶带固定，每天1次，每次敷药1～2 h。以5天为1个疗程，共治疗1个疗程。

2.2 金黄散组 采取传统手法排乳联合金黄散治疗。手法排乳同对照组。金黄散处方：天花粉320 g，大黄、黄柏、姜黄、白芷各160 g，天南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草各84 g。药物由洛阳市第一人民医院制剂室提供，将上述药材饮片粉碎成细粉，过100目筛，以凡士林调和金黄散至糊状，外敷患处，厚度约2 mm、宽度以超过患缘1 cm为度，使药物充分覆盖皮肤，外盖保鲜膜及纱布，医用胶带固定。每天1次，每次敷药1～2 h。5天为1个疗程，共治疗1个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候评分。于治疗前后依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]中气滞热壅证进行证候评分，将主症(乳汁淤积结块，肿胀疼痛，排乳不畅)按重度、中度、轻度、无分别计6、4、2、0分；次症(恶寒发热，周身酸楚，头痛，口渴，便秘)按重度、中度、轻度、无分别计3、2、1、0分，舌脉象不计分。证候评分改善率(尼莫地平法)=(治疗前证候评分−治疗后证候评分)/治疗前证候评分×100%。③疼痛程度。于治疗前后采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)[8]评估患者乳房胀痛程度，分为0～10分，疼痛程度越强则分值越高。④症状缓解时间、通乳时间。治疗期间记录2组退热时间、乳房肿痛消失时间、肿块消退时间及通乳时间。⑤炎症指标。于治疗前后取患者空腹肘静脉血4 mL，备2份，1份样本以血液分析仪(购自迈瑞医疗器械有限公司，型号：BC5390)测定血常规NEUT%、WBC。另1份血液样本以3 000 r/min转速(离心半径15 cm)低速离心处理10 min后，取上清液置于−80 ℃冰箱待测；以免疫比浊法测定血清C−反应蛋白(CRP)水平。⑥哺乳情况。疗程结束后对2组患者随访2周，统计比较2组纯母乳喂养率、回乳率。

3.2 统计学方法 采用SPSS24.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]评定疗效。治愈：局部肿块、疼痛等症状消失，排乳正常，证候评分改善率≥90%；显效：症状显著改善，排乳通畅，肿块消散≥60%，60%≤证候评分改善率＜90%；好转：症状有所减轻，排乳部分通畅，30%≤肿块消散＜60%，30%≤证候评分改善率＜60%；无效：症状无明显减轻，甚至疼痛加重或化脓，证候评分改善率＜30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，金黄散组

总有效率为97.44%，对照组为82.05%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表1 2组临床疗效比较 例（%）

组 别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	39	10(25.64)	10(25.64)	12(30.77)	7(17.95)	32(82.05)
金黄散组	39	20(51.28)	12(30.77)	6(15.38)	1(2.56)	38(97.44)
χ^2值						5.045
P值						0.025

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组乳汁淤积结块、肿胀疼痛、排乳不畅、恶寒发热、周身酸楚、头痛、口渴、便秘等评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组各项中医证候评分（除外对照组排乳不畅、恶寒发热评分）均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组各项评分低于对照组（$P<0.05$）。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

证 候	对照组（例数=39）		金黄散组（例数=39）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乳汁淤积结块	4.32±1.05	2.08±0.46①	4.37±1.10	1.21±0.32①②
肿胀疼痛	3.76±1.10	1.45±0.42①	3.68±1.05	0.96±0.30①②
排乳不畅	2.00±0.42	1.98±0.37	1.98±0.37	0.56±0.21①②
恶寒发热	1.97±0.37	1.86±0.35	1.86±0.35	0.76±0.24①②
周身酸楚	1.84±0.30	1.08±0.25①	1.76±0.32	0.62±0.20①②
头痛	1.35±0.27	0.84±0.21①	1.40±0.28	0.55±0.16①②
口渴	1.76±0.44	0.92±0.26①	1.70±0.41	0.63±0.20①②
便秘	1.10±0.25	0.74±0.20①	1.06±0.22	0.51±0.16①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后疼痛VAS评分比较 见表3。治疗前，2组疼痛VAS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组VAS评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组VAS评分低于对照组（$P<0.05$）。

表3 2组治疗前后疼痛VAS评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组 别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	39	5.46±1.23	2.20±0.42	5.578	<0.001
金黄散组	39	5.35±1.16	1.18±0.35	6.156	<0.001
t值		0.406	11.651		
P值		0.682	<0.001		

4.5 2组症状缓解时间、通乳时间比较 见表4。治疗后，金黄散组平均退热时间、乳房肿痛消失时间、肿块消退时间及通乳时间均短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表4 2组症状缓解时间、通乳时间比较（$\bar{x}\pm s$） d

组 别	例数	退热时间	乳房肿痛消失时间	肿块消退时间	通乳时间
对照组	39	2.64±0.52	3.78±1.00	4.15±0.68	3.45±0.74
金黄散组	39	1.50±0.48	2.60±0.76	3.02±0.57	2.65±0.62
t值		10.060	5.867	7.953	5.175
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

4.6 2组治疗前后炎症指标比较 见表5。治疗前，2组NEUT%、CRP、WBC水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组NEUT%、CRP、WBC水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且金黄散组上述3项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。

表5 2组治疗前后炎症指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组 别	时 间	例数	NEUT%（%）	CRP（mg/L）	WBC（$\times10^9$/L）
对照组	治疗前	39	62.78±6.25	14.20±3.32	11.15±1.87
	治疗后	39	54.23±5.62①	8.45±2.21①	7.92±1.46①
金黄散组	治疗前	39	63.65±7.36	14.57±3.50	10.98±1.65
	治疗后	39	48.27±5.18①②	5.16±1.56①②	5.26±1.08①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.7 2组哺乳情况比较 见表6。随访2周，金黄散组纯母乳喂养率82.05%，对照组为61.54%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）；金黄散组没有出现回乳情况，对照组回乳率为12.82%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表6 2组哺乳情况比较 例（%）

组 别	例数	纯母乳喂养率	回乳率
对照组	39	24(61.54)	5(12.82)
金黄散组	39	32(82.05)	0
χ^2值		4.052	5.342
P值		0.044	0.021

5 讨论

现代医学认为，早期哺乳期乳腺炎的发病主要与乳汁淤积、细菌感染两个因素有关[9]。乳管先天性阻塞、乳汁排空困难及乳头发育不良等是造成乳汁淤积的重要原因，而乳汁淤积进一步可致变质、腐败，乳腺黏膜及乳腺上皮胞受累，引起乳腺病原微生物感染，不仅给患者造成较大的痛苦，还严重影

响母乳喂养[10]。长期以来，西医治疗本病以缓解症状为主，50%硫酸镁溶液为一种高渗溶液，局部外敷具有高渗透压性，可扩张乳房局部血管和乳腺管，加快循环，且对局部炎症的消散有促进作用，起到通乳、消肿及镇痛作用，但部分患者短时间内效果不理想，并可增加脓肿的发生率[11]。

中医学认为，早期哺乳期乳腺炎归属乳痈范畴，多因产后肝郁气滞或体质虚弱，易受风热毒邪入侵，致乳络不畅，乳汁淤积，化热成痈；或产后嗜食肥甘厚腻，胃热蕴滞，肝胃不和，外邪与内热相搏，蒸腐淤乳，发为乳痈；故本病临床多以气滞热壅为主要病机及证型。治疗应以清热解毒、理气活血、消肿通乳为主要原则。本研究采用金黄散进行外敷，金黄散出自《外科正宗》，方中天花粉清热泻火、消肿排脓，为君药。大黄清热泻火、解毒消痈活血化瘀；黄柏清热燥湿、泻火解毒；姜黄行气破血、消肿止痛；白芷消肿排脓、通窍止痛、祛风燥湿，与天花粉配伍可增强消肿排脓之效；以上共为臣药，有清热燥湿、泻火解毒、行气化瘀功效，可助君药增强清热泻火之力。天南星散结消肿、止痛；苍术祛风燥湿；厚朴行气燥湿、消痰；陈皮理气、燥湿化痰；四药配伍为佐药，有理气燥湿、通滞散结之功。甘草清热解毒、缓解止痛、调和药性，为使药。全方配伍，共奏清热解毒、理气行滞、活血化瘀、消痈散结之功效，与本病气滞热壅证病机相契合，故可取得良好效果。乳汁排出通畅是治疗本病的关键[12]。手法排乳遵循中医循经取穴和局部按摩的原则，以“通”为目的。先循经取穴，所取乳根穴属足阳明胃经穴，为治疗乳痈之要穴，按摩有通乳化瘀功效；乳中穴位于足阳明胃经穴，有通乳下乳作用；屋翳穴属足阳明胃经穴，有清热解毒、宽胸理气、通络止痛功效；胸乡穴属足太阴脾经，有理气、通络止痛功效。诸穴配伍，共奏行气止痛、通乳消积功效。而中药外敷使药物有效成分经皮肤直达病灶，药效集中作用于患处皮肤，并经局部吸收可扩张局部血管，改善血液循环，抑制炎症因子渗出，减轻疼痛[13]。同时再行乳房局部手法推拿按摩，对乳汁淤堵处行推、拿、按、揉、捏等多种手法，有助于排泄淤积乳汁，加强消肿止痛功效。本研究结果显示，金黄散组总有效率高于对照组，中医证候评分低于对照组，退热时间、乳房肿痛消失时间、肿块消退时间及通乳时间均短于对照组。结果提示对早期哺乳期乳腺炎患者采用金黄散联合手法排乳治疗可进一步提升疗效，对缓解临床症状、减轻疼痛及实现快速通乳有积极作用。

有研究表明，哺乳期乳腺炎患者多有不同程度炎症反应，常用于反映哺乳期乳腺炎的炎症反应，指标包括NEUT%、WBC及血清CRP等[14]。其中，NEUT%、WBC可客观反映患者病情，其水平上升提示存在急性细菌性感染，且表达水平与感染程度呈正相关，可用于哺乳期乳腺炎细菌感染的早期诊断、病情严重程度及抗感染疗效的评估等[15-16]。CRP为一种急性时相蛋白，常在哺乳期乳腺炎初发的6~8 h内升高，24 h后达到高峰，其表达水平上升提示患者炎症或感染程度越严重[17]。本研究结果显示，治疗后金黄散组NEUT%、WBC及CRP水平均低于对照组，VAS评分低于对照组。可见以金黄散联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎可发挥良好的抗炎作用，有效减轻患者炎症反应及疼痛程度。究其原因，所用金黄散方中大黄含蒽醌衍生物，其抗菌活性较强，对链球菌、金黄色葡萄球菌等具有较强的杀灭作用[18]；陈皮含黄酮类、挥发油类等活性成分，有抗菌、抗炎作用[19]；天南星活性成分生物碱类、黄酮类、甾体和萜类等，有较强的镇痛、抗菌、抗炎作用[20]；厚朴含厚朴酚、挥发油、多糖及黄酮类化合物，有抗炎、镇痛、抗菌、抗病原微生物等作用[21]。另外，手法排乳疏通可进一步排空乳汁，降低了乳腺腺泡及导管内压力，可缓解疼痛，减轻炎症反应[22]。随访2周，金黄散组纯母乳喂养率高于对照组、回乳率低于对照组，提示对早期哺乳期乳腺炎采用金黄散联合手法排乳有助于纯母乳喂养，减少回乳。

综上所述，金黄散联合手法排乳治疗早期哺乳期乳腺炎疗效显著，可有效减轻临床症状及疼痛程度，促进症状缓解及正常通乳，减轻炎症反应，提高纯母乳喂养率，降低回乳率，值得推广应用。但本研究存在一定的不足，主要体现在收集病例数、观察时间有限，同时难以控制干预因素，如患者饮食习惯、环境因素及乳汁排泄时间等，使研究结果可能存在一定偏倚，后续相关研究中应进一步扩大

样本数，延长观察时间，并尽量减少影响因素，使治疗方案能更好地反映治疗效果。

[参考文献]

[1] 陈昱君，朱永军. 消痈膏联合内服治疗哺乳期急性乳腺炎初期的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志，2020，29(17)：1884-1886，1890.
[2] 章玉丹，刘蓉. 逍遥散加味治疗哺乳期急性乳腺炎39例[J]. 中国中医药科技，2024，31(3)：547-549.
[3] 康文，马晓梅，任晓华，等. 急性早期哺乳期乳腺炎中西医治疗方案的临床对比研究[J]. 中华全科医学，2021，19(3)：479-482.
[4] 章烨欣，杨银，陈鹏，等. 金黄散外敷联合柴胡清肝汤口服治疗浆细胞乳腺炎20例[J]. 河南中医，2020，40(6)：890-893.
[5] 姜颖，石奥利，冉真榕，等. 循经手法排乳治疗哺乳期急性乳腺炎初期患者的疗效观察[J]. 中国中医急症，2023，32(3)：495-498.
[6] 中国妇幼保健协会乳腺保健专业委员会乳腺炎防治与促进母乳喂养学组. 中国哺乳期乳腺炎诊治指南[J]. 中华乳腺病杂志(电子版)，2020，14(1)：10-11.
[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：278-281.
[8] 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志(电子版)，2014，8(2)：34.
[9] 禹宏，徐毛毛，王晓晓，等. 中药外敷、穴位按摩联合局部封闭治疗哺乳期急性乳腺炎对血清IgG、IgM、IgA表达的影响[J]. 四川中医，2023，41(7)：146-149.
[10] 谢晓晨，陈雯，黄巧，等. 清热解毒汤治疗哺乳期急性乳腺炎的回顾性研究[J]. 浙江中医药大学学报，2024，48(1)：67-76.
[11] 刘勇，王莉. 中医外治法综合治疗哺乳期急性乳腺炎初期疗效观察[J]. 河北中医，2017，39(2)：208-211，237.
[12] 韩晓霞，李青，尹丽萍，等. 自拟消痈汤内服联合如意金黄散外敷治疗产后急性乳腺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2022，31(14)：1977-1980.
[13] 练玲玲，谢秋红，施剑芳. 中药外敷配合穴位按摩治疗哺乳期乳腺炎患者的临床观察[J]. 中国中医药科技，2024，31(2)：273-275.
[14] 李玉，苗顶，李国华，等. 中医综合治疗在哺乳期急性乳腺炎初期患者中的应用效果[J]. 湖北中医杂志，2024，46(8)：32-35.
[15] 闫丽娅，魏顺利，李长燕，等. 红花逍遥片辅助乳根穴注射地塞米松对哺乳期急性乳腺炎不同分期患者WBC、PCT、CRP及预后的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2020，29(32)：3546-3550.
[16] 季福庆，付思佳，赵娅，等. 乳管扩张冲洗配合手法乳腺疏通治疗急性哺乳期乳腺炎疗效及对患者炎症因子的影响[J]. 陕西医学杂志，2020，49(12)：1612-1615.
[17] 金丽华，郑会玲，叶慧君，等. 瓜蒌消痈汤联合无痛通乳手法治疗哺乳期乳腺炎35例回顾性分析[J]. 浙江中医杂志，2023，58(6)：425-427.
[18] 宋洁，柯如媛，张敏，等. 大黄提取物/聚丁二酸丁二醇酯复合材料的分子动力学模拟及抗菌性能[J]. 高分子材料科学与工程，2019，35(4)：101-107，114.
[19] 龚远翔，严鑫，曾逸佳，等. 陈皮化学成分与药理活性研究进展[J]. 广东化工，2024，51(20)：96-98.
[20] 孙娜，刘佳艺，于婉莹，等. 天南星化学成分及生物活性研究进展[J]. 中国中药杂志，2021，46(20)：5194-5200.
[21] 谭珍媛，邓家刚，张彤，等. 中药厚朴现代药理研究发展[J]. 中国实验方剂学杂志，2020，26(22)：228-234.
[22] 季福庆，付思佳，赵娅，等. 乳管扩第比利斯冲洗配合手法乳腺疏通治疗急性哺乳期乳腺炎疗效及对患者炎症因子的影响[J]. 陕西医学杂志，2020，49(12)：1612-1615.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]