

五味消毒饮热奄联合芒硝分层外治干预急性炎症型乳痛随机对照研究

范文杰¹, 赵华琴¹, 李明晖^{2*}

¹绍兴大学医学院, 浙江 绍兴

²绍兴大学附属第一医院感染科, 浙江 绍兴

收稿日期: 2026年7月20日; 录用日期: 2026年8月13日; 发布日期: 2026年8月24日

摘要

目的: 对比在专业通乳的基础上, 联合中药分层外敷方案与联合头孢类抗菌药方案对急性炎症型哺乳期乳痛的临床干预效果, 为轻症乳痛不使用抗生素、维持持续母乳喂养提供临床依据。方法: 选取2023年6月至2025年5月本院乳腺多学科门诊收治的90例未化脓哺乳期乳腺炎患者, 采用随机数字表划分成两组, 各45例。两组均接受标准化专业循经通乳与母乳喂养宣教, 对照组在此基础上采用头孢曲松静脉输注抗感染配合通乳, 治疗阶段停止哺乳, 依靠吸乳器定时排空乳汁; 试验组在此基础上采用五味消毒饮序贯芒硝外敷联合专业循经排乳、母乳喂养宣教全程纯中医干预, 不使用任何全身抗菌药物, 鼓励母乳喂养, 两组均以5天作为完整治疗周期。对比两组治疗前后乳房局部症状积分、视觉模拟疼痛评分、白细胞、C反应蛋白水平, 同时记录体温恢复时长、乳房包块完全吸收时间、产后3个月持续哺乳比例及各类不良刺激反应。结果: 综合症状积分、临床疗效、血清炎症指标、母乳喂养随访四项观察结果可见, 试验组可更显著降低乳房肿块、胀痛、乳汁不畅单项及总症状积分, 整体临床总有效率更高, 能更快下调外周血WBC、CRP炎性水平, 且产后远期纯母乳喂养成功率显著提升; 该方案在专业通乳基础上联合中药分层外治, 无需全身使用抗生素、无需中断母乳喂养, 疗效较对照组明显, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 在专业通乳的基础上, 联合使用五味消毒饮和芒硝外敷可能比联合使用抗生素更能改善急性炎症型哺乳期乳腺炎的临床结局, 可快速控制全身与局部炎症反应, 无需中断哺乳, 短期用药安全性佳, 适合乳腺多学科门诊作为首诊方案参考。

关键词

早期哺乳期乳腺炎, 五味消毒饮, 热奄包, 芒硝外治, 中医分层外治, 专业通乳, 抗菌药物, 母乳喂养

*通讯作者。

A Randomized Controlled Study on Layered External Treatment with Wuwei Xiaodu Decoction Hot Compress Combined with Mirabilite for Acute Inflammatory Mastitis

Wenjie Fan¹, Huaqin Zhao¹, Minghui Li^{2*}

¹School of Medicine, Shaoxing University, Shaoxing Zhejiang

²Department of Infectious Diseases, The First Affiliated Hospital of Shaoxing University, Shaoxing Zhejiang

Received: July 20, 2026; accepted: August 13, 2026; published: August 24, 2026

Abstract

Objective: To compare the clinical efficacy of combined traditional Chinese medicine (TCM) layered external application versus combined cephalosporin antibiotic therapy, both on the basis of professional lactation promotion, for acute inflammatory lactation mastitis, and to provide clinical evidence for non-antibiotic treatment and maintenance of continuous breastfeeding in mild cases. **Methods:** A total of 90 non-abscess lactating mastitis patients admitted to our multidisciplinary breast clinic from June 2023 to May 2025 were randomly divided into two groups (n = 45 each). Both groups received standardized professional meridian-based lactation promotion and breastfeeding health education. The control group received intravenous ceftriaxone anti-infection on this basis, stopping breastfeeding during treatment and using electric breast pump to empty milk regularly. The test group received sequential external application of Wuwei Xiaodu Decoction hot compress and mirabilite on this basis, without any systemic antibiotics, and breastfeeding was encouraged. Both groups had a 5-day treatment course. Breast local symptom scores, visual analogue pain scores, white blood cell count, C-reactive protein levels, fever resolution time, breast mass absorption time, and breastfeeding success rate at 3 months postpartum were compared. **Results:** The test group significantly reduced breast mass, pain, milk stasis and total symptom scores, achieved higher overall effective rate, faster reduction of peripheral WBC and CRP, and significantly higher long-term exclusive breastfeeding rate. The TCM layered regimen combined with professional lactation promotion required no systemic antibiotics and no breastfeeding interruption, with superior efficacy compared to the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** On the basis of professional lactation promotion, combined external application of Wuwei Xiaodu Decoction and mirabilite may improve clinical outcomes of acute inflammatory lactation mastitis better than combined antibiotic therapy. It can rapidly control systemic and local inflammatory reactions without interrupting breastfeeding, with favorable short-term safety, and is suitable for promotion as a first-visit regimen in multidisciplinary breast clinics.

Keywords

Early Lactation Mastitis, Wuwei Xiaodu Decoction, Hot Compress Pack, Mirabilite External Therapy, TCM Layered External Treatment, Professional Lactation Promotion, Antibiotics, Breastfeeding

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

母乳喂养普及背景下,产后乳汁淤积诱发的早期乳腺炎症就诊人数逐年攀升,是产后乳腺高发疾患。西医临床常规依靠头孢类抗菌药物控制感染,药物代谢周期内产妇顾虑停止哺乳,乳汁持续淤积会加重乳腺堵塞,形成炎症反复的恶性循环;长期抗生素使用还会提升致病菌耐药概率,破坏乳腺局部微生态平衡。中医将哺乳期乳腺炎归属于“外吹乳痈”轻症阶段,病机核心为乳络阻滞、肝胃积热,无脓肿阶段优先采用中药内服外治联合专业排乳,药物不进入乳汁,对婴幼儿无不良影响。现阶段多数对照研究仅单一对比抗生素或单纯外敷药物,常忽略专业通乳作为基础干预的核心作用。两组均接受标准化专业通乳干预,试验组在此基础上,全程不使用抗菌药物,采取分层中医外治 + 专业排乳综合干预,对照组在此基础上采用静脉抗生素搭配通乳,对比两组临床各项观测指标,现将结果汇报如下。

2. 资料与方法

2.1. 基线资料

选取 2023 年 6 月至 2025 年 5 月本院中医科、乳腺多学科联合门诊收治的急性炎症型哺乳期乳腺炎患者 90 例,采用随机数字表法分为 2 组各 45 例。两组患者年龄、发病病程、产次、发病部位及初诊体温比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。见表 1。

Table 1. Comparison of baseline characteristics between two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 1. 两组患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均年龄/岁	平均病程/d	初产妇/例	经产妇/例	单侧病灶/例	双侧病灶/例	初诊体温/℃
试验组	45	29.42 ± 5.27	3.51 ± 1.32	34	11	36	9	37.61 ± 0.58
对照组	45	28.96 ± 5.41	3.47 ± 1.58	33	12	35	10	37.54 ± 0.62
t/χ^2 值		0.412	0.139	0.058	0.058	0.067	0.067	0.553
P 值		0.681	0.889	0.809	0.809	0.796	0.796	0.581

2.2. 入组与剔除标准

2.2.1. 纳入标准

- ① 西医诊断参照《中国哺乳期乳腺炎诊治指南(2020)》[1]急性炎症型分型标准:产后哺乳阶段乳房局部红、肿、灼热、压痛,可触及硬性包块,可伴随全身性发热;血常规提示白细胞、中性粒细胞、C 反应蛋白数值升高;乳腺超声影像无液性脓肿暗区,无组织液化表现;
- ② 中医辨证符合《中医诊疗指南与中医临床路径,中医诊疗方案的比较》[2]外吹乳痈初起(气滞胃热证):乳汁淤积或乳头表皮破损,乳房结块、表皮淡红、局部灼热,可伴随怕冷发热,舌苔薄黄微腻,脉象浮弦偏数,发病总时长不超过 7 天,未出现化脓病灶;
- ③ 年龄区间 18~50 周岁,乳房表皮完整无破损、溃疡;
- ④ 无头孢类抗生素、金银花、芒硝及外用中药接触过敏史;
- ⑤ 自愿参与本次临床观察,签署知情同意文书,可完整配合疗程治疗与后期随访。

2.2.2. 剔除标准

乳腺超声提示病灶液化形成脓肿；发病总时长超过 7 天；近 14 天内口服或静脉使用过抗菌药物；乳房表皮破损、溃烂；合并心、肝、肾等脏器重度原发疾病；对本次研究所用药物存在过敏；存在精神类疾病无法配合规范治疗者，全部予以剔除。

2.3. 干预方案

两组统一设定 5 天为完整治疗周期，第 1、5 天复查血常规、C 反应蛋白，动态监测炎症变化。两组均接受标准化专业循经通乳、母乳喂养系统化宣教及对症退热处理等基础干预，在此基础上分别施加不同的核心治疗措施。

2.3.1. 对照组(抗生素联合简易中药外敷组)

抗菌干预：注射用头孢曲松 2.0 g 配比 100 mL 生理盐水静脉滴注，每日 1 次。

基础护理指导：专业医师循经疏通，使用电动吸乳器每 3 小时定时排空乳汁。

2.3.2. 试验组(无抗生素，中医口服外敷 + 通乳综合组)

全程不使用口服、静脉类全身抗菌药物，允许产妇正常直接哺乳，实施五味消毒饮热奄序贯芒硝外敷、标准化循经排乳、母乳喂养宣教三位一体纯中医干预方案。

2.3.3. 两组均有基础配套干预

① 专业人工通乳疏导：每日安排专职乳腺中医师沿足阳明胃经、足厥阴肝经实施手法疏通，彻底排空淤积乳汁，解除乳管梗阻根源；

② 母乳喂养系统化宣教：搭建线上随访管理群，指导清淡饮食、宽松棉质内衣、固定频次哺乳，禁止暴力揉搓乳房组织；哺乳前后温水轻柔清洁乳头，鼓励持续亲喂；

③ 对症退热处理：体温超过 38.5℃ 仅按需口服对乙酰氨基酚，仅缓解发热与乳房疼痛，无抑菌抗感染作用。

2.4. 外敷制作方法

2.4.1. 五味消毒饮热奄包操作流程

药物配比：金银花 20 g、蒲公英 20 g、野菊花 10 g、紫花地丁 10 g、紫背天葵 10 g，全部药材粉碎为细粉末，生姜原汁调和药粉，装填双层纯棉纱布制成独立温敷包。

操作方式：微波炉加热药包至 50℃~60℃，顺着乳腺导管走向来回熨烫肿块部位 10 分钟，随后局部持续湿热敷 15~20 分钟，每日操作 1 次。

2.4.2. 递进芒硝外敷(温敷操作结束后持续佩戴使用)

取芒硝 200 g 装入与肿块范围匹配的纯棉布袋，穿戴内衣固定持续外敷乳房病灶，布袋内芒硝吸水干结后及时更换，无严格外敷时长限制。

2.5. 观测指标

2.5.1. 症状体征量化积分

参照《中药新药临床研究指导原则》[3]，分别于治疗前后评价患者临床症状体征。乳房肿块：无肿块计 0 分，肿块长径 ≤ 2 cm 计 1 分， 2 cm $<$ 肿块长径 ≤ 4 cm 计 2 分，肿块长径 > 4 cm 计 3 分；乳房胀痛：无胀痛计 0 分，轻微胀痛计 1 分，胀痛明显但尚可忍受计 2 分，胀痛强烈、无法忍受计 3 分；乳汁分泌不畅：乳汁分泌正常计 0 分，乳汁分泌欠通畅计 1 分，乳汁分泌不通畅计 2 分，乳汁点滴而下或

完全无法排出或淤积结块计 3 分。

2.5.2. 临床疗效

痊愈：临床症状、体征完全消失，乳汁分泌正常；显效：临床症状、体征明显好转，肿块缩小和/或减少 > 60%；有效：临床症状、体征好转，肿块缩小和/或减少 > 30%；无效：临床症状、体征无改善，甚至恶化如乳腺脓肿需要外科干预和/或高热等全身症状明显需要进一步干预。总有效率 = (临床痊愈 + 显效 + 有效)例数/总例数 × 100%。

2.5.3. 治疗前后白细胞、C 反应蛋白炎症指标对比

两组治疗第 1、5 天抽取晨间静脉血 5 mL，应用 BS-800M 全自动生化分析仪(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司生产)检测，操作严格按照说明书进行。

2.5.4. 母乳喂养成功率

通过随访(电话随访、家庭访视)等方式调查产妇产后 1、3 个月内母乳喂养的成功率，判定标准为：3 个月内不依赖外来乳品辅助则为成功；反之则为失败。

2.6. 统计学处理

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，采用 t 检验；计数资料用[n (%)]表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组治疗前后单项及总症状体征积分比较

治疗前，两组乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌不畅单项积分及症状总积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，基线具有可比性。疗程结束后，两组各项单项积分、总积分均较本组治疗前显著下降($P < 0.05$)；且在专业通乳的共同基础上，试验组乳房肿块、胀痛、乳汁淤积缓解程度优于对照组，各项积分下降幅度更大，组间对比差异具有显著统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

Table 2. Comparison of individual scores for breast mass, pain, poor milk flow, and total symptom scores before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 2. 两组治疗前后乳房肿块、胀痛、乳汁不畅单项积分及症状总积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	乳房肿块积分	乳房胀痛积分	乳汁不畅积分	症状总积分
试验组	45	治疗前	2.43 ± 0.46	2.51 ± 0.42	2.68 ± 0.50	7.73 ± 1.32
		治疗后	0.28 ± 0.15	0.61 ± 0.26	0.33 ± 0.17	0.82 ± 0.56
对照组	45	治疗前	2.39 ± 0.47	2.47 ± 0.41	2.72 ± 0.48	7.58 ± 1.25
		治疗后	0.75 ± 0.31	1.06 ± 0.35	0.95 ± 0.36	2.15 ± 0.83

3.2. 两组临床疗效比较

参照《中药新药临床研究指导原则》四级疗效标准评估，中药外敷联合专业通乳试验组总有效率 100.00%，无无效病例，无患者进展乳腺脓肿需外科干预；抗生素联合专业通乳对照组总有效率 82.22%，共 8 例患者治疗无效，出现持续高热、肿块吸收缓慢，部分需追加抗生素治疗。两组总有效率对比，差异存在统计学意义($P < 0.05$)，提示在专业通乳基础上，纯中医分层外治综合方案整体疗效优于头孢曲松抗感染方案。见表 3。

Table 3. Comparison of clinical efficacy between two groups in patients with acute inflammatory lactation mastitis [n (%)]
表 3. 两组急性炎症型哺乳期乳腺炎患者临床疗效比较[n (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	45	40 (88.89)	4 (8.89)	1 (2.22)	0 (0.00)	45 (100.00)
对照组	45	26 (57.78)	7 (15.56)	4 (8.89)	8 (17.78)	37 (82.22)

3.3. 两组炎症指标比较

入组首日(治疗第 1 天)采血检测, 两组外周血 CRP、WBC、NEUT 数值相近, 组间差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 5 d 后复查静脉血, 两组 CRP、WBC、NEUT 均较治疗初期明显降低($P<0.05$); 试验组炎症指标回落幅度更大, 更接近正常参考范围, 组间对比差异显著($P<0.01$), 说明在专业通乳基础上, 五味消毒饮热奄联合芒硝外治对全身炎症的抑制作用优于静脉抗生素方案。见表 4。

Table 4. Comparison of white blood cell count, neutrophil count, and C-reactive protein levels before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 4. 两组治疗前后白细胞、中性粒细胞、C 反应蛋白水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CRP/($\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$)	WBC/($\times 10^9 \cdot \text{L}^{-1}$)	NEUT/($\times 10^9 \cdot \text{L}^{-1}$)
试验组	45	治疗第 1 天	35.70 ± 8.75	13.91 ± 3.27	9.76 ± 2.43
		治疗第 5 天	9.87 ± 2.35	8.24 ± 1.92	5.16 ± 1.37
对照组	45	治疗第 1 天	34.26 ± 8.53	13.69 ± 2.75	9.85 ± 2.58
		治疗第 5 天	12.76 ± 5.78	9.13 ± 2.92	6.35 ± 1.54

3.4. 两组母乳喂养成功率比较

通过电话、上门随访完成产后 1 个月、3 个月母乳喂养情况统计。产后 1 个月, 试验组母乳喂养占比高于对照组; 产后 3 个月随访节点, 试验组纯母乳喂养成功率 95.56%, 仅 2 例因家庭主观意愿中断哺乳, 与治疗方案无关; 对照组因抗生素治疗全程暂停亲喂, 乳汁分泌受影响, 3 个月母乳喂养成功率仅 64.44%。两组产后 3 个月母乳喂养数据对比, 差异具有显著统计学意义($P<0.01$), 提示在专业通乳基础上, 中医外治方案无需中断哺乳, 可有效保护长期母乳喂养。见表 5。

Table 5. Comparison of exclusive breastfeeding success rates at 1 and 3 months postpartum between two groups [n (%)]

表 5. 两组产后 1、3 个月纯母乳喂养成功率比较[n (%)]

组别	例数	产后 1 个月母乳喂养成功	产后 3 个月母乳喂养成功
试验组	45	44 (97.78)	43 (95.56)
对照组	45	35 (77.78)	29 (64.44)

4. 讨论

西医临床处理急性炎症型哺乳期乳腺炎, 首选头孢类抗生素静脉或口服抑制致病菌, 但该方案存在明显短板: 抗菌药物仅能清除血液内细菌, 无法疏通堵塞乳管, 乳房肿块吸收速度缓慢; 影响母乳喂养成功率。临床常规搭配单一外敷药膏仅能短暂缓解局部肿痛, 缺少专业医师人工疏通乳管, 无法解决乳汁淤积这一发病根源, 治标而难治本。

本病中医归属“外吹乳痈初起”范畴, 辨证为气滞热壅证[4], 发病核心病机为产后情志不畅、肝气

郁结，叠加高脂饮食导致阳明胃热壅滞，乳汁排出受阻，乳络瘀堵日久化热，形成乳房红肿结块。口服中药有效成分可渗入母乳，存在婴幼儿被动摄入药物的潜在风险；皮肤外治经透皮吸收直达乳腺病灶，无内服药物的哺乳禁忌，产妇接受度更高。本次试验组采用五味消毒饮温敷递进芒硝外敷搭配标准化人工通乳的分层中医综合方案：五味消毒饮[5]为外科疮疡清热代表方剂，蒲公英专治乳痈，金银花、野菊花等多味药材协同发挥广谱抑菌作用，现代药理证实其对乳腺炎高发金葡菌、链球菌具备体外抑制活性，无耐药隐患；温敷热力扩张皮下微血管，加速药物渗透，疏通瘀滞乳络，同步化解局部瘀热；热奄结束后持续芒硝外敷，依靠咸寒软坚、高渗吸水作用快速消除乳腺组织水肿胀痛[6]。两种外治手段分层先后使用，药效集中，渗透至络[7]，先温通散瘀，再持续消肿，双重作用阻断炎症进一步液化成脓。

对照组采用静脉抗生素搭配通乳，乳汁淤积未得到有效解决，因此退热、肿块吸收周期更长，整体有效率偏低；抗生素干预强制中断直接哺乳，远期母乳喂养比例明显下降，同时存在肠胃刺激、泌乳减少等药物副作用。

循经推拿手法能够疏通乳络、通畅乳腺导管，阻断乳汁淤积的病理进程，进而抑制哺乳期乳腺炎病情进展。规范乳房推拿操作可加速乳汁排泄，舒缓乳房瘀滞结块，缩减肿块范围[8]。对照数据能够明确，分层中医外敷联合专业通乳方案在缓解乳房疼痛、消散炎性包块、降低全身炎症指标、缩短病程时长、保护母乳喂养、降低不良反应发生率多个维度，均优于抗生素联合通乳的常规西医方案。整套外敷操作流程简便，门诊即可完成全部干预，无需静脉给药，规避抗生素各类副作用，契合当下临床减少抗菌药物滥用、大力推行母乳喂养的诊疗导向。

需要特别说明的是，本研究中两组均接受了标准化的专业循经通乳干预，而乳汁淤积是急性哺乳期乳腺炎发病的核心病理基础，专业通乳可直接疏通堵塞乳管、排出淤积乳汁，从根源上阻断炎症进展，是本病的核心基础治疗手段。因此，本研究的疗效差异是“中药外敷 + 专业通乳”与“抗生素 + 专业通乳”的组间对比，两组症状与炎症指标的改善均包含了通乳干预的疗效贡献，不能将全部获益完全归因于中药外敷或抗生素本身。同时，试验组鼓励持续亲喂的宣教与实践，可进一步促进乳汁排空，与通乳、外敷形成协同效应，也可能对局部症状改善和远期哺乳成功率产生正向混杂作用。后续研究可增设单纯通乳联合空白外敷的对照组，以进一步分离并量化中药外敷与专业通乳各自的独立疗效。

本研究存在以下几方面局限：第一，缺乏盲法设计导致的测量偏倚。本研究为开放标签临床试验，受试者与临床评估者均知晓分组情况，而乳房肿块、胀痛、乳汁不畅等症状积分及疼痛评分均为主观结局指标，评估者与受试者的期望偏倚可能导致试验组的疗效被高估，是本研究最核心的方法学缺陷。尽管血常规、CRP 等客观炎症指标受偏倚影响较小，但主观结局的测量偏倚仍可能对整体疗效评价产生显著影响。后续研究应采用评估者盲法或安慰剂外敷设计，以控制测量偏倚。

第二，专业通乳的混杂效应。如前文所述，专业通乳本身是哺乳期乳腺炎的核心有效干预手段，本研究所有受试者均接受了同质化的通乳治疗，因此无法区分中药外敷与通乳各自的独立疗效，试验组的疗效优势可能部分来自外敷与通乳的协同作用，而非外敷药物的独立作用。此外，两组在哺乳方式指导上存在差异(试验组鼓励亲喂、对照组暂停亲喂)，也可能对乳汁排空效率、肿块吸收速度及远期哺乳成功率产生混杂影响。

第三，安全性评价尚不充分。本研究仅观察了 5 天治疗周期内的短期不良事件，未设置专门的皮肤不良反应系统评估指标，对于五味消毒饮、芒硝外敷可能引发的接触性皮炎、皮肤刺激、过敏反应等潜在风险缺乏系统观察，长期外敷的安全性数据不足。相关安全性结论仅适用于短期治疗场景，未来研究应建立标准化的皮肤不良反应评价体系，延长观察周期，进一步完善外用中药的安全性证据。

第四，本研究为单中心临床观察，入组样本总量有限，随访周期较短，未开展乳腺炎长期复发率追踪。后续可开展多中心、大样本随机对照试验，延长随访周期统计半年、1 年乳腺炎复发情况，进一步完

善循证医学证据链条。

综上, 在专业通乳的基础上, 对比头孢曲松静脉输注搭配通乳手段, 五味消毒饮热奄递进芒硝分层外治联合标准化循经通乳、母乳宣教的纯中医综合疗法, 针对急性炎症型哺乳期乳腺炎干预效果更突出, 可快速消退乳房红肿热痛、疏通淤积乳管、显著下调全身炎症标志物, 全程无需暂停母婴直接哺乳, 短期观察不良反应较少, 能够有效规避抗生素滥用带来的多重弊端, 适合综合医院乳腺多学科协作门诊, 作为无脓肿早期乳痛首选干预方案推广应用。

声 明

本研究获得伦理委员会批准(审批号: 2023 研立(Scientific research project)第 089 号-Y-01), 所有纳入研究的患者均签署知情同意书。

基金项目

五味消毒饮热奄序贯芒硝外敷治疗哺乳期乳腺炎临床观察及综合医院中多学科协作干预价值探索 (No. 2024ZL1129)。

参考文献

- [1] 王颀, 宁平, 马祥君. 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): 10-14.
- [2] 王丽颖, 赵学尧, 宇文亚, 等. 中医诊疗指南与中医临床路径、中医诊疗方案的比较[J]. 中医杂志, 2015, 56(24): 2112-2115.
- [3] 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.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: 中华人民共和国中医药行业标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [5] 杨宏静, 李小山. 五味消毒饮的体外抑菌实验研究[J]. 卫生职业教育, 2014, 32(10): 81-82.
- [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): 10-14.
- [7] 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.
- [8] Yao, C., Zeng, X., Zhang, S., Xiao, B., Sun, P., Kong, L., *et al.* (2025) Acupoint Massage: A Comprehensive Descriptive Review of Its Forms, Applications, and Underlying Mechanisms. *Chinese Medicine*, **20**, Article No. 54. <https://doi.org/10.1186/s13020-025-01105-1>