

分类号

学校代号

10572

UDC 610 密级

学 号

20172550014



广州中医药大学

Guangzhou University of Chinese Medicine

博士学位论文

(港澳台、境外生)

中医治疗产后缺乳临床研究
系统评价及 Meta 分析

学 位 申 请 人

林欣

指导教师姓名

罗颂平

专 业 名 称

中医妇科学

申请学位类型

科学学位

论文提交日期

2021 年 4 月

广州中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明： 所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名 林欣

日期：2021 年 5 月 12 日

关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解广州中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留或向国家有关部门机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权广州中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

（保密论文在解密后应遵守此规定）

论文作者签名 林欣

日期：2021 年 5 月

论文导师签名 罗明

广州中医药大学研究生学位（毕业）论文 答辩委员会名单及评定意见

论文题目：中医治疗产后缺乳临床研究系统评价及 META 分析

答辩委员会名单					
答辩委员会组成	主席	姓名	职称	博导/硕导	所在单位
		陈家旭	主任医师	博导	暨南大学
	委员	苏薇薇	主任医师	博导	中山大学
		秦佳佳	主任医师	硕导	暨南大学第一附属医院
		张建伟	主任医师	博导	山东中医药大学附属医院
		夏天	主任医师	博导	天津中医药大学第一附属医院
答辩委员会秘书		黄艳茜	主治医师	答辩时间及地点	2021 年 5 月 19 日 在线答辩
答辩委员会评定意见					
该论文对近 20 年产后缺乳的中医临床研究文献进行 Meta 分析。该论文总结和分析中医药治疗产后缺乳的常见证型、治法、针推用穴、用药的规					

律。本研究对中医药治疗产后缺乳进行了有益的探索和具有一定的临床和社会意义。

该论文立题正确，依据充分，数据可靠，方法可行，结论可信；答辩时，思路清晰，问题回答正确，答辩委员会一致同意通过论文答辩并建议授予医学博士学位。

不推荐为博士优秀论文。

答辩成绩： 通过（√） 不通过（）

决议： 同意（√） 不同意（ ） 授予博/硕士学位

摘 要

背景:

产后缺乳是产后常见病之一。根据爱婴医院香港协会调查,母乳量不足是产妇放弃喂哺的主要原因。中医药在预防和治疗产后缺乳的经验十分宝贵,值得探讨。

目的:

收集近 20 年中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,系统评价中医药治疗产后缺乳的疗效,为临床选用中医药治疗产后缺乳提供循证依据。

方法:

制定检索策略,查阅数据库关于中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,制定纳入与排除标准,采用计算机检索文献的方式,检索有关中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,收集并记录文献数据。

一、系统评价

根据纳入及排除标准进行筛选,以改良版 Jadad Score 对文献质量进行评分,选取较高质量的随机对照研究,采用统计软件 Review Manager5.4 对所收集的数据进行分析,以评价中医治疗产后缺乳的疗效。

二、中医证治规律、针灸推拿用穴规律及中医用药规律频数分析

选取符合纳入及排除标准的文献,利用 Excel 建立数据库,采用描述性统计,记录频数及百分比,了解用穴用药的规律和特点。

结果:

一、Meta 分析

本研究检索出 2018 篇文献,按改良版 Jadad Score 评分标准筛选及进行方法学质量评价,纳入 46 篇随机对照研究,高质量的文献占 87.0%。

46 篇临床文献的研究类型均为随机对照试验,39 篇采用随机数字表法分组,占 84.8%;7 篇只提到用随机方法分组,未有具体描述方法,占 14.9%。在随机分配隐藏仅有 1 个研究提及分配隐藏的方式,其余研究均未明确描述。在盲法方面,8 篇研究提到应用盲法。5 篇研究采用单盲,有 1 篇提及盲法对象,其余无提及盲法的方法和对象;3 篇研究采用双盲,但无提及盲法的方法和对象。在随访研究方面,91.3%没有设立随访研究;8.7%文献设有随访研究,随访时间分别为 1 个月、42 天、2-4 个月,有一篇没有说明随访时间。

在报告退出与失访病例方面, 87.0%文献记录了治疗组和对照组在治疗前后的病例人数不变, 13%提到是否有失访(脱落)和退出病例并有说明原因。在安全性方面, 只有 23.9%文献提及不良反应的报告。81.8%报告未有不良事件发生, 有 2 篇报告有不良事件, 占 18.1%。全部文献的治疗组与对照组病例都有进行基线比较, 并经统计学处理, 说明组间具有可比性。

(一) 中医疗法对照常规护理组总有效率比较结果

1. 中医治疗组对照常规护理组, 中医治疗组总有效率高于对照组 ($OR=7.40, 95\%CI(5.70, 9.60)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
2. 中药组对照常规护理组, 中药组总有效率高于对照组 ($OR=9.02, 95\%CI(5.33, 15.26)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
3. 推拿组对照常规护理组, 推拿组总有效率高于对照组 ($OR=11.16, 95\%CI(6.48, 19.22)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
4. 中药联合推拿治疗组对照常规护理组, 中药联合推拿治疗组总有效率高于对照组 ($OR=3.59, 95\%CI(2.22, 5.82)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
5. 针灸组对照常规护理组, 针灸组总有效率高于对照组 ($OR=11.33, 95\%CI(5.22, 24.61)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。

(二) 中医治疗组对照常规护理组治愈率比较结果

1. 中医治疗组对照常规护理组, 中医治疗组治愈率高于对照组 ($OR=4.64, 95\%CI(2.87, 7.50)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
2. 中药组对照常规护理组, 中药组治愈率高于对照组 ($OR=16.24, 95\%CI(4.07, 64.85)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.0001$)。
3. 推拿组对照常规护理组, 推拿组治愈率高于对照组 ($OR=4.04, 95\%CI(1.33, 12.25)$), 两组差异具有统计学意义 ($P=0.01$)。
4. 中药联合推拿治疗组对照常规护理组, 中药联合推拿治疗组治愈率高于对照组 ($OR=2.72, 95\%CI(1.59, 4.66)$), 两组差异具有统计学意义 ($P=0.0003$)。
5. 针灸组对照常规护理组, 针灸组治愈率高于对照组 ($OR=4.64, 95\%CI(1.92, 11.18)$), 两组差异具有统计学意义 ($P=0.0006$)。

(三) 中医治疗组对照常规护理组治疗后母乳喂养率比较

1. 以缺乳产妇为治疗对象进行亚组分析, 中医治疗组治疗后母乳喂养率高于对照组 ($OR=3.65, 95\%CI(2.60, 5.12)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。
2. 以产妇为治疗对象进行亚组分析, 中医治疗组治疗后母乳喂养率高于对照组 ($OR=4.24, 95\%CI(2.84, 6.34)$), 两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$)。

(四) 中医治疗组对照常规护理组治疗后乳房充盈度评分比较

中医治疗组对照常规护理组, 中医治疗后乳房充盈度评分高于对照组 ($SD=-1.68$, $95\%CI(-1.81, -1.55)$), 两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)。

(五) 中医治疗组对照常规护理组泌乳始动时间比较

中医治疗组对照常规护理组, 中医组泌乳始动时间高于对照组 ($SD=-1.78$, $95\%CI(-1.95, -1.60)$), 两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)。

(六) 中医治疗组对照常规护理组血清泌乳素比较

1. 产后 3-5d 泌乳素, 中医治疗组高于对照组中医治疗组 ($SD=0.44$, $95\%CI(0.27, 0.60)$), 两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)。

2. 产后 6-7d 泌乳素, 中医治疗组高于对照组中医治疗组 ($SD=1.28$, $95\%CI(0.91, 1.65)$), 两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)。

二、中医治疗产后缺乳证治规律

根据纳入及排除标准, 纳入统计的随机对照文献共 192 篇。

1. 常见证候分布

气血虚弱(46.4%)、肝气郁滞(34.5%)、痰浊中阻(10%)等。

2. 常用的治疗方法

中药(29.2%)、推拿(23.4%)、中药联合推拿(16.1%)等。

三、中医治疗产后缺乳针推用穴规律

1. 首 20 个常用穴位为膻中、乳根、少泽、足三里、脾俞、合谷、太冲、三阴交、期门、乳中、肝俞、中脘、内关、中府、屋翳、胃俞、肩井、膺窗、天池和膈俞。

2. 按腧穴所属经络按次排序为足阳明胃经、任脉、足太阳膀胱经、手太阳小肠经、足太阴脾经、足厥阴肝经、手厥阴心包经、手阳明大肠经、足少阴肾经、手太阴肺经、足少阳胆经、督脉、手少阴心经、手少阳三焦经。

3. 首 10 个常用耳穴包括内分泌、肝、胸、脾、神门、胃、乳腺、皮质下、交感和胆。

四、中医治疗产后缺乳用药规律

1. 首 20 种常用的中药为当归、黄芪、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术与川芎并列、柴胡与麦冬并列、甘草、漏芦、桔梗、白芍、熟地与路路通并列、益母草、丝瓜络、木通、天花粉、茯苓与香附并列、人参、青皮。

2. 首 20 种归经分布以归肝经为主，胃经与脾经次之，其余依次为肺经、心经、胆经、膀胱经、肾经、心包经、小肠经、三焦经。

3. 首 20 种药物性味分布，四性中以平为主，微寒、温次之；五味中以苦味为主，甘味、辛味次之。

结论：

1. 近20年产后缺乳的中医临床研究文献Meta分析提示：中医药治疗产后缺乳的治愈率和总有效率均优于常规护理组。中医药治法包括中药、推拿、中药联合推拿、针灸等。中医药治疗有助于提高产妇的乳房充盈度和母乳喂养率；缩短泌乳始动时间；并提高产后3-5d和产后6-7d血清泌乳素水平。

2. 产后缺乳的中医证候主要为气血虚弱、肝气郁滞、痰湿中阻。常用药物归经以肝、胃、脾为主。药物性味以平、苦、甘为主。常用中药包括当归、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术、川芎、柴胡、麦冬、甘草、漏芦等。针灸推拿以选用胃经、任脉和膀胱经为主，常用穴位为膻中、乳根、少泽、足三里等，耳穴常用穴位包括内分泌、肝、胸等。

关键词： 产后缺乳/Meta 分析/中医药治疗；针灸推拿用穴规律；中药用药规律

Systematic review and Meta-analysis of Traditional Chinese medicine for Postpartum lactation insufficiency

Specialty: Gynecology of Traditional Chinese Medicine

Author: Lam Yan

Tutor: Luo Song-ping

Abstract

Objective

Postpartum lactation insufficiency has been a popular clinical topic in recent years. In view of establishing evidence-based management on postpartum lactation insufficiency in Traditional Chinese Medicine, Meta-analysis and systematic review were performed through analyzing clinical research literature in past 20 years.

Methods

Search strategy was established and review of various clinical databases were done. Inclusion and exclusion criterion were set. Clinical studies which fulfilled the criterion were screened and collected for further analysis.

Systematic review

The collected clinical studies were qualitatively analyzed using modified JadadScore scoring system. Clinical studies of higher quality were further analyzed, using statistical software Review Manager 5.4.

Distribution of TCM syndromes, frequency of acupoint and individual herb use were analyzed. Through establishing a comprehensive database in Excel, statistical analysis was done regarding the use of individual herb and acupoint.

Results

1. Meta-analysis

A total of 2018 studies were collected from databases. Of which 46 randomized-controlled trials were screened. 87% of studies screened were of high quality.

All 46 studies were randomized-controlled. In which 39 (84.8%) of them used random number table. 7 studies (14.9%) were described as “randomized” with details unavailable. Only 1 study mentioned the method of allocation concealment while others were not specified. Concerning the blind method, 8 studies mentioned about application of blind method. Of which 3 employed double-blinded method without detailed explanation on methods and subjects. Follow-up analysis was present in 8.7% of all studies while absent in

91.3%. The follow-up interval were 1 month, 42 days, 2-4 months and “not specified” respectively.

Regarding the drop-out and lost cases, 9.1% of all screened studies reported zero drop-out rate. 13% mentioned about lost cases / drop-out with illustration. Concerning safety of studies, 81.8% reported absence of adverse event while 18.1% noted adverse event. All studies underwent statistical analysis on baseline characteristics which were comparable.

(1) Traditional Chinese Medicine (TCM) versus Routine nursing care group - Total effective rate

① TCM care group versus Routine nursing care group

Total effective rate in TCM care group is higher than Routine nursing care. ($OR=7.40$, $95\%CI(5.70,9.60)$, $p<0.00001$)

② Chinese Medicine group versus Routine nursing care group

Total effective rate in Chinese Medicine group was higher than Routine nursing care group. ($OR=9.02$, $95\%CI(5.33,15.26)$, $p<0.00001$)

③ TuiNa group versus Routine nursing care group

Total effective rate in TuiNa group was higher than Routine nursing care group. ($OR=11.16$, $95\%CI(6.48,19.22)$, $p<0.00001$)

④ Combination of Chinese Medicine and TuiNa group versus Routine nursing care group

Total effective rate in Combination of Chinese Medicine and TuiNa group was higher than Routine nursing care group.

($OR=3.59$, $95\%CI(2.22,5.82)$, $p<0.00001$)

⑤ Acupuncture group versus Routine nursing care group

Total effective rate in Acupuncture group was higher than Routine nursing group. ($OR=11.33$, $95\%CI(5.22,24.61)$, $p<0.00001$)

(2) TCM versus Routine nursing care group - Cure rate

① TCM care group versus Routine nursing care group

Cure rate in TCM care group is higher than Routine nursing care group. ($OR=4.54$, $95\%CI(2.87,7.50)$, $p<0.00001$)

② Chinese Medicine group versus Routine nursing care group

Cure rate in Chinese Medicine group was higher than Routine nursing care group. ($OR=16.24$, $95\%CI(4.07,64.85)$, $p<0.00001$)

③ TuiNa group versus Routine nursing care group

Cure rate in TuiNa group was higher than Routine nursing care group.

($OR=4.04, 95\%CI(1.33, 12.25), p=0.01$)

④ Combination of Chinese Medicine and TuiNa group versus Routine nursing group
Cure rate in Combination of Chinese Medicine and TuiNa group was higher than Routine nursing care group.

($OR=2.72, 95\%CI(1.59, 4.66), p=0.0003$)

⑤ Acupuncture group versus Routine nursing care group

Cure rate in Acupuncture group was higher than Routine nursing care group.
($OR=4.64, 95\%CI(1.92, 11.18), p=0.0006$)

(3) TCM versus Routine nursing care group - Breast feeding rate

① Within postpartum patients with lactation insufficiency, subgroup analysis noted breast feeding rate was significantly higher in TCM group than Routine nursing care group.

($OR=3.65, 95\%CI(2.60, 5.12), p<0.00001$)

② With all postpartum patients, subgroup analysis noted breast feeding rate was also higher in TCM group than Routine nursing care group. ($OR=4.24, 95\%CI(2.84, 6.34), p<0.00001$)

(4) TCM versus Routine nursing care group - degree of breast fullness

TCM group versus Routine nursing care group

Degree of breast fullness in TCM group was higher than Routine nursing care group.
($SD=-1.68, 95\%CI(-1.81, -1.55), p<0.00001$)

(5) TCM versus Routine nursing care group - Time of initiating lactation

TCM group versus Routine nursing care group

Time of initiating lactation in TCM group was earlier than Routine nursing care group.
($SD=-1.78, 95\%CI(-1.95, -1.60), p<0.00001$)

(6) TCM versus Routine nursing care group - Serum prolactin level

① Postpartum serum prolactin level day 3-5

TCM group was higher than Routine nursing care group.

($SD=0.44, 95\%CI(0.27, 0.60), p<0.00001$)

② Postpartum serum prolactin level day 6-7

TCM group was higher than Routine nursing care group.

($SD=1.28, 95\%CI(0.91, 1.65), p<0.00001$)

2. TCM syndrome distribution in postpartum lactation insufficiency

A total of 192 randomized-controlled studies were recruited based on inclusion and exclusion criterion.

(1) Common TCM syndrome distribution

Deficiency of Qi and blood (46.4%), Liver Qi stagnation (34.5%), Stagnation of phlegm in lung(10%)

(2) Common treatment modalities

Chinese Medicine (29.2%), TuiNa (23.4%), Chinese Medicine and TuiNa combination (16.1%)

3. Distribution and Frequency of acupoints in treatment of postpartum lactation insufficiency

(1) The 20 commonest acupoints encountered are Shanzhong, Rugen, Shaoze, Zusanli, Pishu, HeGu, Taichong, Sanyinjiao, Qimen, Ganshu, Zhongwan, Neiguan, Zhongfu, Wuyi, Jianjing, Yingchuang, Tianchi and Gesu.

(2) The commonest meridians are Stomach meridian, Conception vessel, Bladder meridian, Small intestine meridian, Spleen meridian, Liver meridian, Pericardium meridian, Large intestine meridian, Kidney meridian, Lung meridian, Gallbladder meridian, Governor vessel, Heart meridian and Triple energizer meridian.

(3) The 10 commonest Auricular points are Endocrine, liver, Chest, Shenmen, Stomach, Mammary gland, Subcortex, Sympathesis and Gallbladder.

4. Distribution and Frequency of Chinese medicines in treatment of postpartum lactation insufficiency

(1) The 20 commonest herbs are Chinese angelica, Astragalus, Wangbuliuxing, Tongcao, Codonopsis, Malayan pangolin, Atractylodes and Szechwan lovage rhizome, Bupleurum and Hupeh Biriop root tuber, licorice, East china globethistle, Playcodon, Baishao, Processed rehmannia root and Lulutong, Common motherwort herb, Loofah, Mutong, Snakegourd root, Poria and nutgrass galingale rhizome, Ginseng and Immature tangerine fruit.

(2) The meridians, based on the 20 commonest acupoints encountered, are liver meridian, followed by stomach meridian and spleen meridian. Others include lung meridian, Heart meridian, Gallbladder meridian, Bladder meridian, Kidney meridian, Pericardium meridian, Small intestine meridian and Triple energizer meridian.

(3) The Nature, based on the 20 commonest herbs encountered, are mostly neutral followed by slightly cold and warm. As for the flavor, the commonest one is bitter, followed by sweet and acrid.

Conclusion

1. Meta-analysis of TCM literature in the past 20 years regarding postpartum lactation insufficiency showed that the cure rate and total effective rate in treating postpartum lactation insufficiency was higher in TCM group compared with Routine nursing care group. TCM treatments included Chinese herbs prescription, TuiNa, Chinese herbs combine with TuiNa and Acupuncture etc. By applying TCM treatments, the degree of breast fullness and the breast feeding rate were improved among postpartum patients; the time of initiating lactation was shortened; Postpartum serum prolactin level at day 3-5 and day 6-7 were increased.

2. TCM syndromes distribution analysis of postpartum lactation insufficiency consist of Deficiency of Qi and blood, Liver Qi stagnation and Stagnation of phlegm in lung. Analysis of frequency of Chinese Medicines showed that Herb associated meridians are mainly liver, stomach and spleen. Nature and flavor of herbs are mostly neutral, bitter and sweet. Common herbs include Chinese angelica, Wangbuliuxing, Tongcao, Codonopsis, Malayan pangolin, Atractylodes, Szechwan lovage rhizome, Bupleurum, Hupeh liriopie root tuber, licorice and East china globethistle. Literature suggests the use of Stomach meridian, Conception vessel and Bladder meridian as the core in acupuncture and TuiNa in treating postpartum lactation insufficiency. Common acupoints encountered are Shanzhong, Rugen, Shaoze, Zusanli, etc, including locate and remote cavitation. Common auricular points are Endocrine, liver, Chest, etc.

Keywords: postpartum lactation insufficiency /Meta-analysis/ Traditional Chinese medicine; Distribution and frequency of acupoints; distribution and frequency of Chinese medicines

目 录

摘 要.....	I
Abstract.....	V
目 录.....	X
第一章 文献研究.....	2
第一节 中医对哺乳生理的认识.....	2
第二节 中医对产后缺乳的认识.....	5
一、产后缺乳的病因病机.....	5
二、产后缺乳的诊断标准.....	5
三、中医治疗产后缺乳的进展.....	6
第三节 西医对产后缺乳的认识.....	11
一、泌乳生理.....	11
二、导致产后缺乳的因素.....	13
三、产后缺乳的诊断.....	14
四、护理方面.....	15
五、西药治疗.....	15
第二章 中医药治疗产后缺乳的系统评价.....	18
第一节 研究目的.....	18
第二节 研究方法.....	18
一、检索范围和策略.....	18
二、文献的选择标准.....	18
第三节 结果.....	23
一、文献的入选情况.....	23
二、纳入研究的方法学描述及质量评价结果.....	25
第四节 中医治疗产后缺乳的 Meta 分析.....	29
一、总有效率.....	29
二、治愈率.....	33
三、治疗后母乳喂养率.....	36
四、治疗后乳房充盈度评分.....	37
五、泌乳始动时间.....	38

六、产后血清泌乳素值(PRL)	39
第三章 中医药治疗产后缺乳的中医证治及针药规律研究	41
第一节 研究目的	41
第二节 研究方法	41
一、检索范围和策略	41
二、文献的选择标准	42
三、研究方法	43
第三节 研究结果	43
第四节 治疗产后缺乳的中医证治规律	43
一、诊断标准统计	43
二、干预措施统计	44
三、辨证治疗统计	44
第五节 治疗产后缺乳的中医针灸推拿用穴规律	45
一、针灸推拿用穴规律	45
二、耳穴治疗产后缺乳的用穴规律	49
第六节 治疗产后缺乳的中医用药规律	50
一、中医治疗产后缺乳的药物组成	50
二、中医治疗产后缺乳的主要药物性味归经及功效	57
第四章 讨论	60
第一节 Meta 结果分析	60
一、Meta 结果分析	60
二、文献质量的评价分析	60
三、研究对象和结局指标分析	61
第二节 产后缺乳的针推用穴分析	63
第三节 产后缺乳的用药分析	66
结 语	72
论文参考文献	73
附 录	80
致 谢	96

引 言

产后缺乳是产后的常见病，多发生在产后半个月内，也可出现在整个哺乳期。由于剖宫产率上升，术后进食延迟及产妇伤口疼痛影响泌乳，加上精神因素、产后复工、依赖奶粉喂哺等问题，以致缺乳的发生率日增。

根据香港卫生署 2017 年母乳喂养调查，2614 名受访者以全母乳喂养至产后 1 个月、2 个月、4 个月、6 个月的比率分别为 34%、33%、31%及 27.9%。爱婴医院香港协会的调查所得，令产妇放弃喂哺母乳的原因主要是奶量不足及重返工作场所。产后缺乳问题往往是产妇放弃喂哺母乳的主要原因之一，这不但影响婴儿的生长发育及身心健康，更不利产妇身体恢复。

中医在预防和治疗产后缺乳的历史源远流长，近年愈来愈多文献应用前人治疗产后缺乳的宝贵经验，探讨其临床疗效。本文基于数据挖掘，对近 20 年中医治疗产后缺乳的文献进行整理和统计学分析（包括 Meta 分析和频数分析），评价中医治疗产后缺乳的疗效和总结用穴用药的治疗规律，为日后临床研究和诊疗提供参考。

第一章 文献研究

第一节 中医对哺乳生理的认识

一、乳汁生成的机理

中医认为乳汁是来源于水谷精微，由胃的受纳腐熟、脾的运化所生成的气血而成。乳汁的运行及控制依靠肝的疏泄。冲任为气血之海，乳汁的厚薄亦依赖冲任二脉的盛衰。明代李时珍：“乳为阴血所化，生于脾胃，摄于冲任，未受孕则下为月水，既受孕则留而养胎，已产则赤变为白，上为乳汁，此造化玄微，自然之妙也”。

（一）乳汁生成与精、气血的关系

1. 乳汁生成与精的关系

精是构成一切人体生命的精微物质。《素问·金匱真言》：“夫精者，身之本也”。精分两种，第一为先天之精，又名生殖之精；第二为后天之精，又名脏腑之精。乳汁的有无与生殖之精关系密切，生殖之精既决定产妇体质和生长发育，如胞宫、乳房的发育等，也主宰婴儿的先天禀赋，影响其吮乳的能力。脏腑之精充足与否则影响乳汁的多寡及厚薄。

2. 乳汁生成与气血的关系

中医典籍中有不少记载乳汁生成与气血的关系，如《妇人大全良方》提及“妇人乳汁乃气血所化”。《傅青主女科》：“乳乃气血之所化而成也，无血固不能生乳汁，无气亦不能生乳汁，然二者之中，血之化乳，又不若气之化为速……乳全赖气之力以行血而化变也。气旺则乳汁旺，气衰则乳汁衰……治宜补气以生血，而乳汁自下”。

《育婴家秘》则认为：“乳为血化美如饴”，说明了乳汁是由血变化而来，血是乳汁生成的物质基础，而气化的过程则推动着血化成乳汁。

（二）乳汁生成与脏腑的关系

1. 乳汁生成与肾的关系

《素问·上古天真论》：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泄。”肾主藏精，所藏的是生殖之精。另外，肾主骨生髓，《素问·灵兰秘典论》：“脑为髓之海”，说明肾与脑关系密切。肾气盛而天癸至使女子有经、带、胎、产、乳的生理变化，支配着乳汁的生成与排泄，肾气的盛衰与乳房发育有密切关系，若乳腺发育不良，则影响乳汁的生成，可引起产后少乳或缺乳。

2. 乳汁生成与肺的关系

肺主一身之气，《素问·五脏生成篇》：“诸气者，皆属于肺”。“肺朝百脉”，即通过肺的功能将气血、津液布散全身，其中，乳房也受其滋养。若肺气不足或肺气不通，宣降失常，气血壅阻，可使乳汁不行。临床上，若妇女哺乳期间感冒，乳汁可能会不通畅或减少。

3. 乳汁生成与脾胃的关系

脾胃是气血生化之源。《灵枢·决气篇》：“中焦受气，取汁变化而赤是谓血”。明代薛立斋：“血者，水谷之精气也，和调五脏，洒陈六腑，在男子则化为精，在妇人则上为乳汁，下为月水”。脾胃健旺，气血生化有源，乳汁充足。《素问·经脉别论》：“饮食入胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精……”。胃为水谷之海，主受纳腐熟，其精微物质由脾运化至全身，营养人体，故有“人以胃气为本”。脾胃将食物转化为水谷精微，化生气血，为乳房化生乳汁提供了物质基础。

4. 乳汁生成与肝的关系

肝的生理功能主要是肝藏血和肝主疏泄。

肝藏血指肝脏具有储藏血液及调节血量的功能。《素问·本神、五脏生成》：“肝藏血，行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝”。乳汁由血液化生，故乳汁化生的多少与肝有关。

肝气有舒展、散发的生理功能，其疏泄与人体气机与调节有关。婴儿反复的吸吮可促进肝气的疏泄功能。《济阴纲目》曰：“乳头厥阴所属”。现代医学证明反复的吸吮是初次哺乳成功及增加泌乳量的重要因素，因为婴儿强烈的吸吮可提高母亲血中催乳素，促进乳汁分泌。

另外，肝喜条达，过度的情绪波动会影响肝气的疏泄。临床上，若产妇在哺乳期忧郁暴怒可致肝气郁结，乳汁分泌减少或停止。

（三）乳汁生成与经络的关系

中医认为经络内联脏腑，外络肢节，对人体有运行气血、联结脏腑、沟通内外、贯穿上下的作用。从乳房的解剖位置、生理功能及病理变化，都与十二经中的手太阴肺经、足阳明胃经、足厥阴肝经及奇经八脉中的冲任二脉有密切的关系。

1. 乳汁生成与足厥阴肝经的关系

经络循行：足厥阴肝经的经脉循行是“挟胃属肝络胆，上贯膈，布胁肋”，通过乳房外侧，其脉“挟胃”，可借胃脉通于乳房。乳头属于肝。足少阳胆经，合缺盆，下胸中络肝，循胁里，故有乳之经络属肝胆之说从。从乳房位置来说，乳之体居于经

络气血之间，归于足厥阴肝经。入于期门。肝经之气血贯于乳房所以乳汁的化生与足厥阴肝经有关。

2. 乳汁生成与足阳明胃经的关系

经络循行：《诸病源候论·乳肿候》：“足阳明之经，胃之脉也，其直者，从缺盆下于乳”，说明足阳明胃经直接通过乳房。脾胃之大络，皆布于胸中。足太阴脾脉，络胃上膈；足阳明胃脉，贯乳中下膈。因此脾胃之络脉与乳房有关，故有乳房属脾胃之说，乳汁生于脾胃谷气，故其味甘。《灵枢·经脉第十》：“胃足阳明之脉，……是主血所生病者，……循膺、乳、气街、股、伏兔、骭外廉、足跗上皆痛”。这是足阳明胃经经脉的病变，导致乳房疼痛的文献记载。

3. 乳汁生成与冲任脉的关系

经络循行：《灵枢·五音五味篇》：“冲脉，任脉皆起于胞中……循腹右上行，会于咽喉，别而络口”。《难经·二十八难》：“冲脉者，起于气冲，共足阳明之经，挟脐上行”。《奇经八脉考》曰：“冲脉为经脉之海……并足阳明，少阴二经之间，循腹上行至横骨挟脐右左各五分，上行历大赫……幽门至胸中而散”。《素问·骨空论》：“任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至咽喉，上颐循面入目”。说明任脉起于胞宫，上行于两经之间，并胃经会于承浆穴，借胃经与乳房相通。从中医古籍和现今临床实践证明任脉的膻中穴是催乳的重要穴位，说明任脉与乳汁生成有一定的关系。冲任二脉所积存的精、血、津、液是乳汁化生的泉源。

冲脉为血海：冲脉有十二经次海和血海之称，冲脉上至于头，下至于足，能调节十经之气血。冲脉属阳，主动，主兴奋。任脉主胞胎：任脉统领全身阴经，有阴脉之海之称。任脉起于胞中，有孕育胎儿的作用。任脉属阴，主静，主抑制。宋·陈自明认为“妇人三十六病，皆由冲任劳损而致”。冲任二脉相辅相成，调节着妇人的经、带、胎、产、乳生理及病理。他在《妇人大全良方·产后乳汁或行或不行方论第十一》中：“盖妇人之乳，资于冲脉，与胃经通故也”。他认为乳汁资于冲任，经胃经输送。“若妇人疾在冲任，乳少而色黄者，生子则怯弱多疾”，冲任影响乳汁分泌和乳汁的质量，决定婴儿的体质之强弱。

第二节 中医对产后缺乳的认识

一、产后缺乳的病因病机

对于产后缺乳的认识,中医认为缺乳的主要病机为乳汁生化不足或乳络不畅。《三因极一病证方论》:“产妇有二种乳脉不行。有气血盛而壅闭不行者;有血虚气弱,涩而不行者。虚当补之,盛当疏之”。常见证型有气血虚弱、肝郁气滞、痰浊阻滞。

(一) 气血虚弱

气血津液乃乳汁化生的基础,由于素体气血亏虚、因分娩耗气失血、脾胃素弱气血生化不足以致气血亏虚,乳汁化生不足,因而乳汁甚少或无乳可下。《景岳全书·妇人规》:“妇人乳汁,乃冲任气血所化,故下则为经,上则为乳。若产后乳迟乳少者,由气血之不足,而犹或无乳者,其为冲任之虚弱无疑也”。这些情况产妇表现为乳汁稀少,甚至无乳汁,乳房柔软无胀感,面色少华,倦怠乏力,舌淡苔薄白,脉细弱。

(二) 肝郁气滞

“女子乳房属胃,乳头属肝”。素多抑郁,或产后情志不畅,肝失调达,乳脉不通,乳汁运行不畅,故无乳。《儒门事亲》曰:“啼哭悲怒郁结,气溢闭塞,以致乳脉不行”。这些情况产妇表现为产后乳汁分泌少,甚或全无,乳房胀硬、疼痛,脾气急躁或情志抑郁,乳汁浓稠,食欲不振,舌质正常,苔薄黄,脉弦或弦滑。

(三) 痰浊阻滞

素体肥胖痰湿内盛或产后膏粱厚味,脾失健运,聚湿成痰,痰气阻滞乳脉乳络,或肥人气虚痰湿,无力行乳,复因痰阻乳络,本虚标实逐致缺乳。《景岳全书·妇人规》:“肥胖妇人痰气壅盛,乳滞不来”。这些情况产妇表现为产后乳汁甚少或无乳,乳房硕大或下垂不胀满,乳汁不稠,形体肥胖,胸闷痰多,纳少便溏,或食多乳少,舌淡胖,苔腻,脉沉细。

二、产后缺乳的诊断标准

(一) 产妇泌乳量诊断

健康妇女分娩后,就开始分泌乳汁。一般泌乳量平均每昼夜为 1000ml 以上,视乎个人体质、乳腺通畅度、营养、休息、情绪、哺乳情况等因素影响^[1]。但有些妇女因为乳汁分泌过少,平均每昼夜只有 400-500ml 甚或更少,不能满足婴儿需要,可称为乳汁不行、少乳、乳汁缺少病症、乳汁不通、无乳、乳无汁。但是,同一产妇,于产后不同时期的泌乳量其实也有所不同,故应根据产妇及婴儿的需要综合评估是否有

缺乳的情况发生。《中医妇科学》中产妇所分泌之乳汁，不足供给婴儿之食，即为乳汁缺少症较为合适。

（二）《中医病证诊断疗效标准》

参照 2012 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中产后缺乳相关诊断标准。缺乳定义是指产后哺乳期内，产妇乳汁甚少或是无乳可下的一种病症，具体诊断标准如下：

1. 产后排出的乳汁量少，甚或全无，不够喂养婴儿
2. 乳房检查松软，不胀不痛，挤压乳汁点滴而出，质稀。或乳房丰满，乳腺成块，挤压乳汁疼痛难出，质稠
3. 排除因乳头凹陷和乳头皲裂造成的乳汁壅积不通，哺乳困难。

三、中医治疗产后缺乳的进展

中医在治疗产后缺乳的历史悠久，治疗方法可分为内治法和外治法。内治法包括中药，外治法有针刺、艾灸、推拿、耳穴等。以下是近年中医治疗产后缺乳的概况。

（一）中药治疗

根据中医妇科教材^[2]，气血虚弱以补气养血，佐以通乳为治法，用通乳丹加减；肝郁气滞以疏肝解郁，通络下乳为治法，用下乳涌泉散加减；痰浊阻滞以健脾化痰通乳为治法，用苍附导痰丸合漏芦散。近年治疗产后缺乳的临床研究所用的方药则以自拟方为多。

刘佩珊^[3]收治 56 例产后缺乳产妇，根据电脑随机盲选法，分为治疗组和对照组，治疗组采用补益气血通络下乳方（白芍、路路通、黄芪、王不留行、熟地、白术、桔梗、茯苓、熟地、佛手、当归、炮山甲、漏芦、党参、通草、甘草。伴有肝郁气滞者，加香附、积壳、柴胡、陈皮），治疗 12 天，对照组采用常规护理。治疗组治疗后的泌乳量评分、PRL 水平均高于对照组（ $P < 0.05$ ），其产后第二天、第四天、第七天泌乳量均较对照组高（ $P < 0.05$ ）。

刘胜春等^[4]将 66 例西医诊断为产后缺乳、中医辨证属气血两虚型患者，随机分为两组各 33 例，对照组采用缩宫素肌肉注射，治疗组采用通乳络方（黄芪、太子参、炒白术、茯苓、当归、白芍、黄精、山茱萸、川芎、路路通、王不留行、通草、丝瓜络、炙甘草。随证加减：气虚甚者，改太子参为党参；阴虚重者，加麦冬、北沙参；精血亏者，加熟地黄、鹿角霜；肝郁重者，加柴胡、香附；失眠多梦，加夜交藤、酸枣仁），治疗 7 天，每天 1 剂，分两次服，观察临床疗效、中医证候积分（产后乳少、

乳房柔软、面色无华、神倦食少，积分较高相对较严重）、各项生化指标及安全性。结果：观察组有效率 93.94%，高于对照组 75.76%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。与治疗前比，治疗后两组患者中医证候积分均下降；与对照组比，治疗后观察组患中医证候积分较低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。治疗后两组患者血 PRL 升高，E2 降低；与对照组比，治疗后观察组患者血 PRL 较高，E2 较低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。两组无死亡、失随及中断治疗病例，治疗期间血尿、肝肾及心电图在正常波动范围，对照组出现 2 例恶心呕吐，2 例胃部不适，对症处理后消失；观察组未见不良反应。

童美娜^[5]等收治 60 例剖宫产产妇，随机分为常规护理对照组和常规护理基础上加服观察组，每组 30 例。观察组服用中药增乳汤（炙黄芪、白术、当归、黄精、王不留行、穿山甲、路路通、全瓜蒌）14 天。治疗后观察组泌乳始动时间显著早于对照组（ $P < 0.05$ ），血清泌乳素含量、泌乳量评分均显著高于对照组（ $P < 0.05$ ），乳房胀头、乳房硬结发生率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），母乳喂养率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。故剖宫产后在常规护理基础上加中药增乳汤治疗可缩短泌乳始动时间，增加泌乳量，提高母乳喂养率，预防乳房胀痛和乳房硬结的发生。

李开侠^[6]收治的 100 例产后缺乳患者，治疗组采用内服催乳方（醒脾通络方）治疗，方药组成：佩兰、藿香、砂仁、白术、漏芦等；对照组采用食疗法，服用鲫鱼汤或猪脚汤。观察泌乳量变化。结果显示治疗组总有效率 94%，对照组为 62%。作者认为，由于孕妇怀孕期间营养过多，体重超标，及选择剖腹产生的人增多，出现产后缺乳比率高于以前，且脾湿不能运化者居多，加之现代社会生活节奏快、压力较大，容易造成产妇肝郁气滞，因此治疗以醒脾通络为法，使气机条达，乳络自通。

虽然目前中药治疗产后缺乳的临床研究，诸家用药各异，如下乳涌泉散^[7]、自拟增乳汤^[8]、通乳合剂^[9]、黄芪催乳颗粒^[10]等，但治疗方向基本上是调理气血，通络下乳为主。

（二）推拿治疗

目前已有研究证明，在产后通过穴位配合乳房按摩能够使初产妇提早泌乳，增加乳量，同时使乳管通畅，避免急性乳腺炎和乳房肿胀的发生^[11]。

张桂萍^[12]等收治 80 名产后缺乳产妇，按随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组接受常规护理，观察组接受全方位手法按摩（虚证取膻中、中堂、步廊、乳中、膻窗、神藏、胸乡和乳房等，顺经络方向按摩，可根据具体身体情况配合脾俞、胃俞、

少泽、足三里、内关、期门、太冲、肝俞、四聪、百会等穴；实证取食窦、膻中、灵墟、库房、乳中、乳根、中府、天池、极泉和乳房等），加上子宫复旧治疗。观察3天后两组产妇的情况，治疗组产妇的临床治疗效果、治疗满意度、泌乳恢复时间和乳房舒适度皆优于对照组（ $P < 0.05$ ），并且在治疗中无不适和不良反应。故产后按摩能有效地、安全地提高泌乳量，满足婴儿需求，治疗产后缺乳。

梁万芹^[13]等研究穴位按摩对产后缺乳产妇乳汁分泌的影响，收治80例，对照组以常规治疗，治疗组于产后第2天上午进行穴位按摩膻中穴、乳根穴、期门穴、屋翳穴、复溜穴、足三里穴，每天1次，连续按摩5天后治疗组在泌乳量评分和临床疗效方面皆优于对照组（ $P < 0.05$ ）。故在常规泌乳指导基础上配合产后穴位按摩能改善乳汁分泌不足。

朱爱玲^[14]等研究推拿治疗剖宫产后缺乳的有效性，共116例，发现与常规护理的对照组比较，推拿能延缓血清泌乳素的下降甚或使其上升，推拿在促进泌乳的同时，能有效治疗乳汁淤积，减轻乳房胀痛或疼痛，避免哺乳期急性乳腺炎的发生，其效果与乳泉颗粒效果相当，且易为产妇所接受。

（三）针灸治疗

1. 针刺

李燕明^[15]等收治100例气血亏虚型产后缺乳的患者，随机分为腹针引气原法（中脘、下脘、气海、关元）配合口服补血生乳颗粒治疗组和口服补血生乳颗粒对照组。治疗1周后，缺乳程度比较，治疗组总有效为94.0%，对照组总有效率为56.0%（ $P < 0.05$ ）；乳房充盈度程度比较，治疗组总有效率96%，对照组总有效率48%（ $P < 0.05$ ）；治疗组在血清PRL分泌量、24h量均增加，补授乳量均降低，治疗组改善情况优于对照组（ $P < 0.05$ ）。针刺引气归元穴可调脾胃、补肾气、益气血，改善泌乳不足的情况。

陈蜜蜂^[16]等收治92例产后缺患者，随机分为电针膻中穴配合透热治疗仪治疗组和透热治疗仪对照组。治疗1周后，治疗组总有效率、乳房充盈度、泌乳量、婴儿每日小便次数皆优于对照组（ $P < 0.05$ ）；人工喂养次数及补乳量较对照组减少（ $P < 0.05$ ）。电针膻中穴联合电脑中频透热治疗仪治疗产后缺乳可有效缓解患者的临床症状，改善乳房充盈程度及泌乳量，提高治疗效果，减少人工喂养次数和补乳量。膻中穴为八会穴之气会，针刺膻中可使任脉气通，使津液、血、精得以化生而生乳，提高泌乳量。中频电针刺激和透热可改善乳房的淋巴回流和血液循环，兴奋神经肌肉组织，疏通乳腺管，促进乳汁的排出。

郑贵珍^[17]选取 71 例患者，针刺组 35 例，取膻中、足三里（双）、少泽（双），每天 1 次；中药组 37 例，选方为补中益气汤加麦冬、桔梗、天花粉、路路通、丝瓜络、当归尾，每天 1 剂，分 3 次饭后服用。经过 1 周治疗，针刺组治愈 31 例，好转 4 例，总有效率高达 100%；中药组治愈 24 例，好转 10 例，无效 3 例，总有效率为 92%，提示针刺治疗相对于中药治疗疗效突出。

2. 耳穴

李梅芳^[18]选取 90 例足月顺产产后缺乳患者，采用随机数表法分为对照组和观察组，对照组患者采取常规催乳治疗，观察组患者在常规催乳治疗的基础上联合耳穴压豆进行治疗。两组均于产后 1h 开始进行治疗，治疗组患者 48h，72h 的泌乳有效率及满意度均显著优于对照组。故耳穴压豆对产后缺乳患者有明显的催乳效果，可缩短产妇泌乳时间。

崔敏^[19]等选取顺产及剖宫产产妇 110 例，随机分为对照组和观察组，对照组患者接受常规护理和宣教，观察组患者在此基础上配合王不留行耳贴按压耳穴疗法。耳穴的选取为内分泌、胸、胸椎，肝气郁滞者加肝，脾气亏虚者加脾。评估产妇 5 天的泌乳量评分，包括喂奶前乳房充盈状态、泌乳量、喂养次数等。观察发现首两 2 天治疗组产妇泌乳量评分与对照组无明显差异，产后 48h 泌乳素水平与产前无明显差异。但在产后第 3 天开始，治疗组泌乳量较对照组明显增加 ($P < 0.05$)。考虑耳穴疗法施行的时间及对耳部神经血管达到一定的强度，才能刺激下丘脑激素的释放，增加催乳素的分泌，改善产后缺乳的情况。

宋艳芳^[20]等选取产后缺乳产妇 300 例，随机分为对照组 140 例和治疗组 160 例。对照组常规护理和营养餐（如鲫鱼汤，猪蹄汤等），治疗组在此基础上根据中医辨证选用王不留行籽进行耳穴压豆治疗。耳穴选穴方面，主穴为乳腺、内分泌、缘中，配穴为脾、胃、肝、肾。气血虚弱者者选用脾胃配穴，肝郁气滞者选用肝肾配穴。观察组产妇在接受耳穴压豆治疗后，在 24h、48h、72h 的乳汁分泌情况明显高于对照组，($P < 0.05$)。王不留行籽本具有活血、通经、下乳之功效，耳穴压豆治疗可促进乳汁分泌，既易于操作又安全可靠，患者和家属较易接受。

3. 艾灸

张代碧^[21]等收治 138 例阴道分娩产妇，采用随机单盲对照的方法分成甲组、乙组和丙组。甲组选穴膻中、乳根、足三里，乙组选穴天枢、悬钟、巨阙穴。丙组不做特殊处理。产后 3d 和产后 5d，甲组泌乳量和乳房充盈度均优于乙组和丙组，乙组和丙组之间差异无统计学意义。故产后早期艾灸膻中、乳根、足三里能促进泌乳。

李素红^[22]收治100例分娩后乳汁不足产妇,随机分为对照组和治疗组。对照组采用常规护理,治疗组在对照组基础上加艾灸膻中穴、乳根穴和少泽穴。根据母乳喂养次数、新生儿大小便次数、新生儿体重测定等方面评定疗效。治疗7天后,治疗组乳汁分泌正常有效率为90%,对照组乳汁分泌正常有效率为60%,两者比较有显著的统计学差异($P < 0.05$)。故艾灸膻中穴、乳根穴和少泽穴可改善产后缺乳的情况。

(四) 综合治疗

临床治疗除了单用某种疗法之外,还可以综合运用多种治疗方法,取得好的效果,如中药内服与针刺结合、与乳房按摩结合、与药膳结合等。

罗宵^[23]等观察土人参通乳方联合穴位按摩对产后缺乳患者乳汁分泌的影响,收治产后缺乳产妇180例,随机分为三组,各60例。对照组接受常规护理;治疗1组在常规护理基础上配以口服通乳方;治疗2组口服通乳方联合穴位按摩等中医综合特色护理。通乳方组方包括土人参、黄芪、党参、当归、麦冬、通草、王不留行、柴胡、桔梗。穴位按摩取期门、乳根、内关、公孙、三阴交、足三里、血海、膈俞、膻中、章门、中脘。在治疗3天后,治疗组的乳房充盈程度和泌乳量优于对照组($P < 0.05$),与治疗1组比较,治疗2组泌乳量提高较显著($P < 0.05$)。

胡茜莹^[24]等观察耳穴压丸法联合乳房按摩对产后缺乳的疗效,共90例,对照组仅采取常规产后护理,观察患者在治疗前后一周母乳分泌及喂养情况并记录。观察组在常规产后护理的基础上使用穴位按摩推拿及耳穴压豆法治疗,穴位取膻中、肩井、合谷、少泽、足三里以及乳根;耳穴取胸、交感、皮质下、内分泌、肝、脾。评价两组母乳喂养情况,以及治疗前与治疗7d时泌乳量与催乳素水平。治疗组经治疗后母乳喂养的总有效率为86.67%,高于对照组42.22%($P < 0.05$),治疗后治疗组泌乳量与催乳素水平平均高于对照组($P < 0.05$)。

徐哲^[25]观察中药内服联合穴位按摩治疗产后缺乳100例,观察组为自拟内服催乳汤及按摩。配方为:党参、炒白术、当归、王不留行、白芍、川芎、路路通、漏芦、桔梗、通草、甘草。穴位按摩选取肝俞、脾俞、胃俞、乳根、膻中、中脘、少泽、合谷、三阴交、阴陵泉。观察组治疗前后泌乳量变化高于对照组。

(五) 食疗

中国文化向来重视养生,对于产后调护积累了很多宝贵的经验。所谓药食同源,中国各地饮食文化中,很多食物都有催乳通乳的作用,如花生、豆腐、木瓜、黄豆、猪蹄、鲫鱼等。《本草便读》记载猪蹄入胃经,《随息居饮食谱》记载猪蹄助血脉充

乳汁。《千金要方》记载猪蹄汤与鲤鱼汤：猪蹄汤或用猪蹄单煮，或与通草同煮；鲤鱼汤用鲤鱼，加入猪脂及适量的通乳药物漏芦及石钟乳同煮。《外台秘要》载《广济》葱豉粥，用母猪蹄煮水，煎土瓜根、通草、漏芦三味，去渣取汁再加葱白、豆豉、米煮成葱豉粥。

产后催乳通乳食疗方可通络下乳、补益气血，适合气血虚弱型的产乳缺乳妇女食用，如猪脚姜、花生炖猪蹄、黄豆煮猪蹄、鲫鱼豆腐汤、当归生姜羊肉汤、猪骨通草汤、黑芝麻猪蹄汤、黄酒煮鸡汤等。一般产后妇女脾胃功能虚弱，食疗不宜太过滋腻，不宜大量服用。

第三节 西医对产后缺乳的认识

一、泌乳生理

（一）乳房的解剖与结构^[26]

乳房为哺乳类动物特有的结构。女性的乳房于青春期开始发育生长，妊娠期和哺乳期制造和分泌乳汁，绝经期开始萎缩。

乳房位于前胸部，附于胸肌及其筋膜之上，上至第 2-3 肋，下至第 6-7 肋，内侧至胸骨旁线，外侧至腋中线，乳头平对第 4 或第 5 肋间隙。成年未哺乳的乳房呈半球型，富有弹性。乳头位于乳房中央，表面有乳腺管开口。乳头周围颜色较深的区域是乳晕，乳晕表面有隆起的乳晕腺，作用是分泌油脂润滑乳头。

乳房的结构主要由三个部分组成，皮肤、乳腺组织和脂肪组织。乳腺组织为 15-20 个乳腺小叶，被脂肪组织所分隔，以乳头为中心呈放射性排列。每个腺叶有一条输乳管，由该腺叶中各乳腺小叶的导管汇合而成，连接乳头的乳腺管。乳房的底部由结缔组织纤维束，称乳房悬韧带或称 Cooper 韧带所承托，对乳腺有支持作用。

（二）妊娠期乳房的生理变化^[27]

妊娠期乳腺的发育程度对产后乳汁分泌的情况有直接的影响。早于妊娠 5-6 周时，乳房开始逐渐增大。在妊娠首 3 个月，末端的乳管会明显增生成萌芽性小管。上皮细胞增生及分裂活跃，管周可见幼稚纤维细胞增生。在妊娠 4-6 月，乳腺增生情况更为明显，末端乳管的小叶融合成大叶，腺泡增多，呈立方形的上皮细胞出现脂肪小滴，管周纤维组织减少。在妊娠 7-9 月，乳腺小叶、腺泡持续增大、增多，腺泡腔扩张，

内含分泌物。腺泡的上皮细胞排列整齐，分化为脂性的初乳细胞，并开始分泌。随着管周的纤维组织受压和减少，管周开始出现较多的毛细血管。若在妊娠期间，乳腺未能充分发育，产后可能会发生乳汁分泌不足的情况。

（三）哺乳期乳房的生理变化^[27]

产妇在生产后，催乳素能刺激乳腺合成脂肪、乳糖、蛋白质、使乳腺分泌乳汁。乳腺中的腺叶在催乳素的作用下会增生及变得肥大，腺泡大量增多，腺管腔显著扩大，腺泡的上皮细胞呈立方形或柱状，单行整齐地排列在基底膜上，细胞内充满乳汁。管周纤维组织减少，但有毛细血管分布。哺乳时各腺泡轮流分泌乳汁。若分娩后不哺乳，数日后乳腺会迅速退化。因此，产后应尽早哺乳以维持及增加乳汁分泌。断乳后，腺泡逐渐减少及缩小，上皮细胞瓦解，细胞内的分泌颗粒消失，乳汁停止分泌，导管回缩，腺泡及管周纤维组织增加，可出现淋巴细胞浸润。乳腺恢复到哺乳前的状态一般需要约 3 个月的时间。

（四）乳汁分泌与调节

现代医学认为，乳汁的生成及分泌与下丘脑、垂体、卵巢、血液激素水平变化密切相关。产后血液雌激素和孕激素水平下降，催乳素水平升高，与乳腺腺泡上皮受体结合，进行泌乳。同时，随着其他激素如胰岛素和皮质激素等的分泌增多，进一步促进乳汁的生成和分泌。

乳汁的生成与催乳素关系最为密切。催乳素(PRL)是由脑垂体前叶嗜酸性促乳素细胞(lactotroph)所分泌，能促进乳腺的成长发育(mammogenesis)、乳汁的合成(lactogenesis)和维持乳汁分泌(galactopoiesis)的恒定性。

早期研究假设催乳素的分泌会像其他垂体激素一样由下丘脑激素（催乳激素释放因子 PRF）刺激。但在动物试验中，学者选用不同的下丘脑激素包括促甲状腺激素释放激素(Thyrotrophin-releasing hormone)、加压素(Vasopressin)、催产素(oxytocin)，测试它们刺激催乳素的能力，证实催乳素的分泌与 TRH 升高无关^[28]，而加压素和催产素作为 PRF 的假设亦未能得出定论。

相对 PRF 的争议，学者发现及广泛认同催乳素的分泌与调节与下丘脑分泌儿茶酚胺神经递质多巴胺有关。垂体切除术和移植研究表明当垂体摘除后，催乳素分泌会增加。这说明催乳素的分泌与其他垂体激素不同，它是由下丘脑控制，从神经垂体到垂体前叶去影响催乳素分泌的基础调节^[29]。

动物试验中发现, 非哺乳期小鼠的催乳素分泌是由短环负反馈机制(Short-loop negative feedback)所调节, 催乳素刺激 TIDA 神经元释放多巴胺, 从而抑制泌乳素的进一步分泌。妊娠晚期, 胎盘泌乳素诱导 TIDA 神经元的亚群释放内啡肽(Enkephalin), 从而抑制了相邻 TIDA 神经元 TH 的磷酸化, 减少多巴胺合成和分泌。同时, 脑啡肽前往垂体前叶促进催乳激素分泌催乳素。因此, 哺乳期小鼠催乳素分泌由短环负反馈机制转为正向反馈(positive feedback)^[30], 使催乳素促进自身分泌。催乳素分泌的变化, 可使催乳素在哺乳期间保持长期升高的水平, 不受抑制性反馈系统阻碍^[31]。

垂体 PRL 分泌是呈脉冲性波动, 频率约 90 分钟一次, 妊娠期 PRL 水平可从 10ng/ml (非妊娠状态) 上升至约 200-400ng/ml。自然临产前 PRL 会下降, 分娩前达低谷, 产后 2 小时又升至高峰。哺乳、睡眠、进餐后 30 分钟, PRL 可上升 50%-100%^[32]。一般泌乳期基线水平不会降至怀孕前水平女性, 但产后 3 个月会下降至 100ng/ml, 产后 6 个月 50ng/ml^[33]。D. L. Bunner^[34]研究发现哺乳期的妇女 PRL 在产后 2 个月内, PRL 值会持续上升至高峰, 产后 6 个月 PRL 值相对较低, 如果持续哺乳, PRL 在一年内仍会维持在较高水平。PRL 的分泌存在昼夜节律, 夜间 PRL 值会较高。如果减少喂哺次数及夜间喂哺母乳, PRL 分泌会减少, 较早恢复经期。

哺乳期的 PRL 分泌主要由婴儿吸吮行为刺激, 婴儿透过吸吮的方式、时间、频率去满足自己对母乳的需求^[35]。吸吮是一种神经内分泌反射, 直接诱导催乳素生产, 维持乳汁的形成。催产素则作用于乳房腺泡的肌上皮细胞和充满乳汁的腺泡, 增加压力使其收缩, 而乳汁经乳腺管到乳头出口排出。这过程是瞬间喷射爆发的, 并往往发生于真正吸吮刺激之前, 例如听到婴儿哭泣或早期饥饿提示。

因此产后泌乳的基本条件包括青春期、妊娠期及产后乳腺发育正常、内分泌调节正常, 尤其是催乳素和催产素。

二、导致产后缺乳的因素^{[36] [37] [38]}

(一) 乳房手术史

隆胸手术、缩乳乳房手术、乳房或乳头在手术期间被完全去除、活检等因素导致乳房皮肤及乳头感觉丧失。

(二) 乳头疼痛

因喂哺不当、不常喂食或排空不足而导致乳汁供应减少。

（三）药物影响

包括服用高雌激素含量的口服避孕药、伪麻黄碱、尼古丁、利尿剂、乙醇（过量使用可能会减少乳量供应，而少量可能会改善母乳减少的情况）、高剂量的抗组胺药。

（四）荷尔蒙异常

垂体功能不全、胎盘滞留、多囊卵巢综合征、由于先天性腺体发育减少导致腺体组织不足。

（五）婴儿先天问题

唇和腭的畸形，包括唇裂和/或腭裂、吸吮障碍、吞咽障碍、运动神经迟缓、早产儿。

（六）母婴互动不足

母婴分离、吸吮技巧问题、初生婴儿疲倦以致索食次数减少^[39]。

（七）剖宫产术后

麻醉、手术后失血使胃肠功能减弱，以致延迟泌乳、乳少甚或无乳。

三、产后缺乳的诊断

根据护理史，母乳摄入量不足可通过观察婴儿尿液和粪便排出量、次数和婴儿体重变化来判断。

足月婴儿从出生第 1 周会开始出现饥饿提示，母亲按婴儿需要进行护理和喂哺，一般在 24 小时内喂哺 8 至 12 次。分娩后四周，每天的喂哺次数会减少至 6 至 9 次。婴儿出生第 5 天，婴儿每天排尿应该达到 6 至 8 次，每天有 3 次或更多的淡黄色粪便排出，显示婴儿有足够的母乳摄入量。

但实际上，正常母乳喂养频率、排尿和大便的情况不能保证足够的体重增加。为确定热量摄入是否充足，新生儿就诊时和每次常规健康评估访视期间需要对婴儿进行称重。足月婴儿通常在出生后的首三至五天内平均减少 7% 的出生体重。他们通常会在一至两周内恢复至出生时的体重。当母亲的乳房在第 3 天到第 5 天感到饱满，婴儿的重量便不会继续减轻。如果婴儿体重减轻 10% 或未能适当恢复出生时的体重，应考虑母乳的摄入不足，并应由合格的护士或医生直接观察母乳喂养的过程，以了解喂哺的情况。

四、护理方面

目标是增加产妇的奶量及婴儿的摄入量，首先要确定和解决母乳的供应或摄入不足的原因：

1. 了解母乳喂养史可以确定有助于孕产妇或新生儿的因素。这些包括产妇乳房手术史，或检查婴儿舌带，以及母亲是否使用会减少奶量的药物。
2. 应直接观察母乳喂养，检测母体或新生儿异常，或母乳喂养技术不当。
3. 主要干预取决于病因，但最常见的是提高母乳喂养的有效性和频率，并建立母亲的信心^[40]。在喂食后，使用吸乳器或手动挤出乳汁，以增加乳房的刺激和排空，从而增加乳汁产量。

李淑玲^[41]等采用随机数字表法，将产妇为观察组和对照组各 110 例。对照组为常规护理，于产前及产后提供母乳喂养知识和哺乳技巧指导。观察组在常规护理基础上实施出院后延伸护理，电话跟进产妇在母乳喂养的困难，个别进行母乳喂养指导。随访 6 个月，结果显示观察组的母乳喂养率较对照组高。

五、西药治疗

（一）使用促胃动力药

催乳药物 Galactagogues（或 lactagogues）可增加泌乳量，最常用的是多巴胺受体拮抗剂甲氧氯普胺(Metoclopramide)和多潘立酮(Domperidone)^[42]。甲氧氯普胺和多潘立酮可增加胃肠蠕动，阻断下丘脑多巴胺受体，抑制催乳素抑制因数，促进泌乳素的分泌，故有一定的催乳作用。

蒋日付^[43]等探讨多潘立酮治疗产后缺乳的疗效和安全性，收治 30 例产后缺乳的产妇，治疗组予多潘立酮，对照 1 组予催乳糖浆，对组 2 组炖猪蹄，分别治疗 7 天后，治疗组催乳效果明显优于其他两组，有效率为 90%。其安全性方面未发现中枢神经系统症状及锥体外系反应。

董素玲^[44]观察增乳汤加减联合甲氧氯普胺片治疗产后缺乳的疗效，治疗组总有效率为 94.08%，高于对照组的 74.81%。

有文献不建议常规使用 Galactagogues，因为支持其疗效的证据有限，使用上亦存在一些安全性问题^[45]。这些药物不应代替评估和纠正任何可改变的因素，如乳房排空的频率和彻底性^{[46] [47]}。在临床应用中，使用者应考虑药物潜在的副作用，谨慎使用该类药物。

大多数研究表明, 半乳糖凝集素 (Galactagogues) 在增加奶量方面的作用有限^[47]^[48] ^[49] ^[50] ^[51] ^[52] ^[53] ^[54]。在给予足月或早产儿母亲每 8 小时 10 毫克剂量的甲氧氯普胺的小型随机试验中, 接受甲氧氯普胺的母亲与接受安慰剂的母亲相比, 泌乳量没有差异。一项系统评价得出结论, 多潘立酮可能会增加母乳喂养早产儿的母乳量, 但研究结果可能无法推广, 因为这两项纳入研究涉及产后 14 天以上的母亲, 并且有完全的泌乳支持^[55] ^[56] ^[57]。在 80 名母亲在新生儿重症监护室表达母乳喂养婴儿的另一项试验中, 10 天疗程的多潘立酮和甲氧氯普胺在增加产奶量方面似乎同样有效^[58]。虽然只有 15% 的母亲报告有副作用 (例如头痛, 腹泻和情绪波动), 但这个数据可能被低估, 因为当中有大量母亲退出试验 (n=15)。怀孕 29 周的早产儿母亲的另一项试验发现, 多潘立酮似乎增加了泌乳量, 但泌乳量本身会随时间而增加^[59]。

甲氧氯普胺和多潘立酮的使用对后代的长期影响尚不清楚。甲氧氯普胺对婴儿没有明确的不良反应。然而, 由于其对中枢神经系统的影响, 在哺乳期间使用该药物存在理论上的担忧^[60]。

(二) 使用镇痛剂

有研究显示, 通过疼痛干预, 产妇处于相对无痛或微痛、低消耗、舒适、欢愉的身心状态, 下丘脑可正常分泌催乳素 (PRL) 高峰, 而产后 24 h 产妇血清 PRL 浓度与产妇的乳汁分泌呈正相关^[61]。

剖宫产术后的疼痛会抑制血清催乳素分泌, 导致产妇乳汁分泌不足。赵正兰^[62]等发现剖宫术后使用自控硬膜外镇痛比肌内注射哌替啶镇痛的患者, 泌乳素水平 (PRL) 增多及泌乳情况较好。此外, 杨丽娟^[63]等发现水中分娩与椎管内麻醉镇痛的阴道分娩, 相对无做任何镇痛的阴道分娩的产妇, 泌乳启动时间较早。

(三) 使用催产素

催产素作为子宫兴奋剂, 已广泛应用于临床催产、引产、产后止血及产后子宫复原。随着对其深入的研究发现, 催产素除了传统的收缩子宫平滑肌的作用外, 尚具有收缩乳腺泡周围的肌上皮细胞、促进泌乳的作用。

许素莲^[64]等探讨催产素滴鼻对泌乳的疗效, 发现观察组的平均泌乳始动时间和泌乳充足时间均较对照组提早, 且泌乳量增多, 有非常明显的差异性。

胡丽娜^[65]等研究缩宫素鼻喷雾剂与安慰剂对促排乳作用, 实验采用随机双盲对照

法,分为试验组与对照组各 100 例。试验组于产后 48 h 用缩宫素鼻喷雾剂对产妇一侧鼻孔喷入 2 喷。每 2 h 喷一次,共 3 次。对照组用安慰剂代替缩宫素鼻喷雾剂,喷鼻方法同前。以综合疗效评分为疗效判断标准,评分包括总乳汁量、吸空时间、乳腺管通畅度及乳房结节等。结果试验组的总有效率(78%),优于对照组的总有效率(29%),($P<0.01$)。故该药能促进乳腺管畅通,提高泌乳量和母乳喂养率,且未见不良反应,安全可靠。

李伟英^[66]研究不同剂量催产素对产妇早期泌乳量的影响,发现少量的催产素有促进泌乳的作用,但应用大剂量催产素会导致产妇早期泌乳量减少,因为产妇血中催产素浓度过高,将影响丘脑-垂体轴完整调节催产素的作用,抑制脑垂体前叶催产素释放,使乳汁分泌减少,影响母乳喂养。

(四) 使用草药

关于使用草药的数据支持有限。葫芦巴是最广泛使用的草药,但数据不足以确定其功效和安全性^{[67] [68] [69] [70]}。报告的副作用包括腹泻、胃肠胀气、过敏反应和低钾血症。其他自然增加母乳供应的天然物,包括圣蓟(blessed thistle)、奶蓟(Milk thistle)、茴香(Anise)、罗勒(Basil)、香菜(Caraway)、圣洁莓(Chasteberry),这是传统方法,并没有科学证据支持。

就中西医治疗发展趋势评述,产后缺乳的治疗方法有中西药、食疗、针灸、耳穴、推拿按摩等,大量研究证实各种的治疗手段对于产后泌乳始动时间、泌乳量的变化、血清泌乳素的变化都有正面的作用。对提高母乳喂养率,促进婴儿和产妇身心健康有着重要的意义。在中国,产妇较为接受中医的治疗多于西医的治疗,因为西药的副作用较多。而近年中医治疗产后缺乳的临床研究增多,但研究多倾向综合治疗,故未必能反映具体是哪一种的治疗手段起作用,故仍需进一步研究。

第二章 中医药治疗产后缺乳的系统评价

第一节 研究目的

近年治疗产后缺乳的报导逐渐增多,通过收集近 20 年中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,系统评价中医药治疗产后缺乳的疗效,为临床选用中医药治疗产后缺乳提供循证依据。

第二节 研究方法

一、检索范围和策略

制定检索策略,查阅数据库关于中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,制定纳入与排除标准,采用计算机检索文献的方式,检索有关中医药治疗产后缺乳的临床研究文献,收集并记录文献数据,对文献进行系统评价。统计学分析主要利用统计软件 Review Manager5.4 对所收集的数据进行分析,以评价中医治疗产后缺乳的疗效。

(一) 计算机检索

1. 研究对象

应用计算机进行检索,检索年限范围为从 2000 年 1 月-2020 年 9 月关于中医治疗产后缺乳的所有文献。

2. 数据来源

检索数据库为中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库、维普数据库、OVID、MEDLINE、PUBMED、EMBASE、AMED 等。

3. 搜索文献

检索主题词、关键词:产后缺乳、缺乳、乳汁不足、乳汁不行、泌乳障碍进行交叉检索,筛选出符合纳入标准的文章。英文数据库检索主题词为 Postpartum lactation or Lactation deficiency or Lactation disorder or Galactosstasis or Hypogalactia or Lactation insufficiency or Insufficient milk syndrome or Agalactia or Low milk supply or Galactogogues or Insufficient milk supply syndrome or Galactagogue or Lactogenesis or Maternal milk production or Maternal breast milk.

二、文献的选择标准

(一) 纳入标准

1. 研究对象为产妇及符合产后缺乳的诊断标准的产妇（包括顺产及剖宫产）。参照 2012 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中产后缺乳相关诊断标准。缺乳定义是指产后哺乳期内，产妇乳汁甚少或是无乳可下的一种病症，具体诊断标准如下：

- （1）产后排出的乳汁量少，甚或全无，不够喂养婴儿；
- （2）乳房检查松软，不胀不痛，挤压乳汁点滴而出，质稀。或乳房丰满，乳腺成块，挤压乳汁疼痛难出，质稠；
- （3）排除因乳头凹陷和乳头皲裂造成的乳汁壅积不通，哺乳困难。

产后缺乳所属证型不限、产妇年龄不限、文献研究治疗组及对照组病例数各为 30 例以上。产妇所生产的婴儿为健康的婴儿。

2. 随机对照临床试验 (RCT) 中，病例数据完整，治疗组及对照组无明显的差异性。文献采用随机对照设计方案：若文中提及“随机分组”；或提及采用抛硬币、抽签、掷骰子、随机数字表、计算机编码等方法分组者均可视为随机对照试验。

3. 试验组以中医治疗为主的临床文献，主要用中药、针灸、推拿等。中药包括中医单方治疗、辨证中药治疗、中药颗粒、中成药；针灸包括针刺、电针、火针、温针灸、艾灸、拔罐、放血、埋线、耳穴、耳针、穴位外敷等，针具、选穴、手法、时间及疗程不限；推拿包括穴位按摩、经络按摩、局部按摩等，手法、选穴、时间及疗程不限。试验组亦可纳入中医联合治疗、中医综合产后护理疗法、中医的其他疗法。

4. 对照组的干预措施可包括产后常规护理（如乳房按摩、热敷、鼓励产妇尽早喂哺母乳、产妇哺乳知识或技巧指导、合理营养饮食指导等）、安慰剂、西药常规治疗（如止痛药、缩宫素，口服、喷鼻或注射；单用或多种产后常规西药联合使用）、空白对照。

5. 随机对照临床试验具有总有效率、治愈率、母乳喂养率、乳房充盈度评分、泌乳始动时间或血清泌乳素 (PRL) 为结局指标。血清泌乳素只纳入有明确表示测定的时间。

总有效率和治愈率按以下临床疗效标准：

参照《中医妇科病证诊断疗效标准》对临床疗效的评价。痊愈为乳汁充足，能满足婴儿日常对母乳需求；好转为乳汁分泌增加，能基本满足婴儿母乳需求；无效为乳汁分泌未见好转，不能满足婴儿母乳需求。总有效率=(痊愈+好转)/总例数 X100%。治愈率=痊愈/总例数 X100%。

参照 2012 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》对临床疗效的评价。显效为乳房胀痛和硬结等改善，泌乳通畅，泌乳量明显增加；有效为症状有改善，有乳汁排出但通畅度一般；无效为症状未改善，乳汁排出困难。总有效率=(显效+有效)/总数 X100%。

参照 1997 年版《中药新药临床研究指导原则》对临床疗效的评价。痊愈为乳汁能完全满足婴儿的需要，其他症状完全消失；好转为乳汁分泌量增加，可满足婴儿 2/3 的需要，其他症状明显改善；无效为缺乳症状无改善。总有效率=(痊愈+好转)/ 总数 X100%。

参照其他相关文献对临床疗效的评价。显效为乳汁分泌量充足，双乳有胀满感，可满足婴儿对母乳需求，婴儿大小便正常；有效为乳汁分泌量增加，双乳没有胀满感，婴儿吃奶时间延长，大小便趋于正常；无效为乳汁量无明显变化，不能满足婴儿需求。总有效率=(显效+有效)/总数 X100%。或痊愈为母乳完全满足婴儿需求；显效为乳汁分泌量明显增多，满足婴儿 2/3 的需求；有效为乳汁分泌增多，满足婴儿 1/3 的需求；无效为乳汁无明显增加，缺乳症状无改善。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 X100%。

母乳喂养率按以下临床疗效标准：

治疗后母乳喂养率或纯母乳喂养率=治疗后母乳喂养例数/总例数 X100%。

乳房充盈度评分按以下临床疗效标准：

乳房充盈度评分 A 为 0-6 分：乳房饱满、轻度胀感、乳汁自溢为 0 分；乳房明显充盈、乳汁可用力挤压而出为 2 分；乳房充盈但不胀满、乳汁需用力挤压而出为 4 分；乳房空虚、挤压仍无乳汁溢出为 6 分。

或乳房充盈度评分 B 为 0-6 分： 0 分为乳房未出现胀满感，挤压时无乳汁流出；6 分则为正常。

泌乳始动时间为乳房首次溢出乳汁的时间。

（二）排除标准

1. 一文多刊发表的重复文献；
2. 干预措施中，试验组结合西医药治疗方式（包括内服西药或注射西药）；
3. 病例数少于 30 例的临床研究文献；
4. 未有明确报告中药组成或穴位的文献；

5. 研究方法、病例资料不完整的文献；
6. 结局指标描述不清或不完整、数据难以合并的文献；
7. 专家经验、个案研究、动物试验、理论研究、综述等文献；
8. 没有对照组的临床文献；
9. 产妇患有乳房严重疾病者、或合并有心血管、肝、肾、甲状腺疾病等严重原发性疾病；
10. JADAD SCORE 少于 3 分的文献。

（三）文献选择方法

1. 初步筛选

根据检索出的引文信息如标题、摘要，筛选明显不符合纳入标准的文献，剩余的文献查找原文。

2. 二次筛选

根据上述文献纳入标准，阅读全文，排除不符合纳入标准的文献，并注明排除原因。

（四）研究方法

对符合上述纳入及排除标准的文献进行整理，使用 Microsoft Office Excel（云端版）建立电子表格，收集及记录所需数据，进行计算及分析。

（五）文献分类方法

对符合上述纳入及排除标准的文献分别以结局指标、干预措施、受试对象（产妇、产后缺乳妇女）等从多角度进行分类，并逐项记录。

（六）数据提取方法

每个数据库独立搜寻，由两位人员核对每项数据，考虑中英文数据。如有重复，考虑原始版本。对纳入的文献进行基本的资料收集，包括文献名称、作者、发表年份、病例数、来源、各研究组的例数、结局例数、退出或脱落例数、对象、疗程、干预措施、结局指标、实验设计方法学特点如随机方法、随机分配隐藏方案、盲法、实验组和对照组的基线水平可比性、退出或脱落原因报告、随访时间等。所有数据由两位人员进行核对。

（七）研究量度指标

主要量度指标包括总有效率、治愈率、母乳喂养率。

次要量度指标包括乳房充盈度评分、泌乳始动时间和血清泌乳素水平。

（八）研究的方法学质量评价

1. 统计分析工具

应用国际循证医学协作网提供的统计软件 Review Manager 5.4 进行数据分析。输入文献分组数据，选取合适的效应模型，绘制森林图。对合并后的统计量进行统计检验和统计推断，以评定中医药在治疗产后缺乳的疗效。

Meta 分析统计主要分为两步：一是对统计量进行齐性试验（异质性检验），二是每个研究报告中的统计量进行加权合并。

异质性检验目的为分辨纳入文献的试验是否来源于同一总体，在进行 Meta 分析时选择合适的统计分析模型。根据齐性试验结果，若纳入研究存在异质性时（ $I^2 > 50\%$ ），说明各试验结果之间存在差异性，采用随机效应模型(Random Effect Model)；若纳入研究差异性较低（ $I^2 < 50\%$ ），说明各试验结果之间存在同质性，采用固定效应模型(Fixed Effect Model)。一般地，当 $I^2 > 56\%$ 时，提示各研究间存在较大的差异性； $I^2 < 31\%$ 时，可认为各个研究是同质的。 I^2 在 31% 至 56% 之间，则无法排除异质性的存在。

对于治疗的总有效率、治愈率、母乳喂养率采用比值比 (Odd ratio, OR) 及 OR 95% 的可信区间 CI 表示合并统计量，得出比值比 OR 95% 的可信区间 CI。

对于治疗后的乳房充盈度评分，采用均数差 (Mean Difference, MD) 及 MD 95% 的可信区间 CI 表示合并统计量，得出均数差 MD 95% 的可信区间 CI。

对于治疗后的泌乳始动时间、泌乳量评分或血清泌乳素 (PRL) 采用标准偏差 (Standard Mean Deviation, SMD) 及 SMD 95% 的可信区间 CI 表示合并统计量，得出均数差 SMD 95% 的可信区间 CI。

2. 漏斗图分析

如果统计文献超过 10 篇，采用漏斗图分析发表性偏倚。若图形呈漏斗形左右对称，表明较低可能发生发表性偏倚；若图形呈偏态分布，表明存在发表性偏倚，提示结论多不可靠。

3. 解释分析结果

根据统计所得的结果，对 Meta 分析的森林图和漏斗图进行分析、解释。必要时进行敏感性分析以检验 Meta 分析结果的可信程度。敏感性分析包括：

- (1) 选择不同统计模型时，效应合并值点估计和区间估计的差异；
- (2) 剔除质量相对较差的文献后，结论的差异；
- (3) 对文献分层（亚组分析）前后，结论的差异；
- (4) 改变纳入、剔除标准前后，结论的差异。

第三节 结果

一、文献的入选情况

按上述要求，本研究检索出 2018 篇文献，排除重复文献 391 篇。其余文献经过全文浏览后，有 536 篇文献为非随机对照研究被排除；有 181 因对照组不符合纳入标准被排除；有 14 篇因结局指标不符合被排除；有 27 篇因属学术及个人经验研究被排除；有 35 篇因属动物实验被排除；有 603 篇因非中医作为治疗组干预措施或例数不符合被排除；有 185 篇因 JADAD SCORE 低于 3 分被排除。最终 Meta 分析其纳入 46 篇临床随机对照文献版收集用于本次研究。

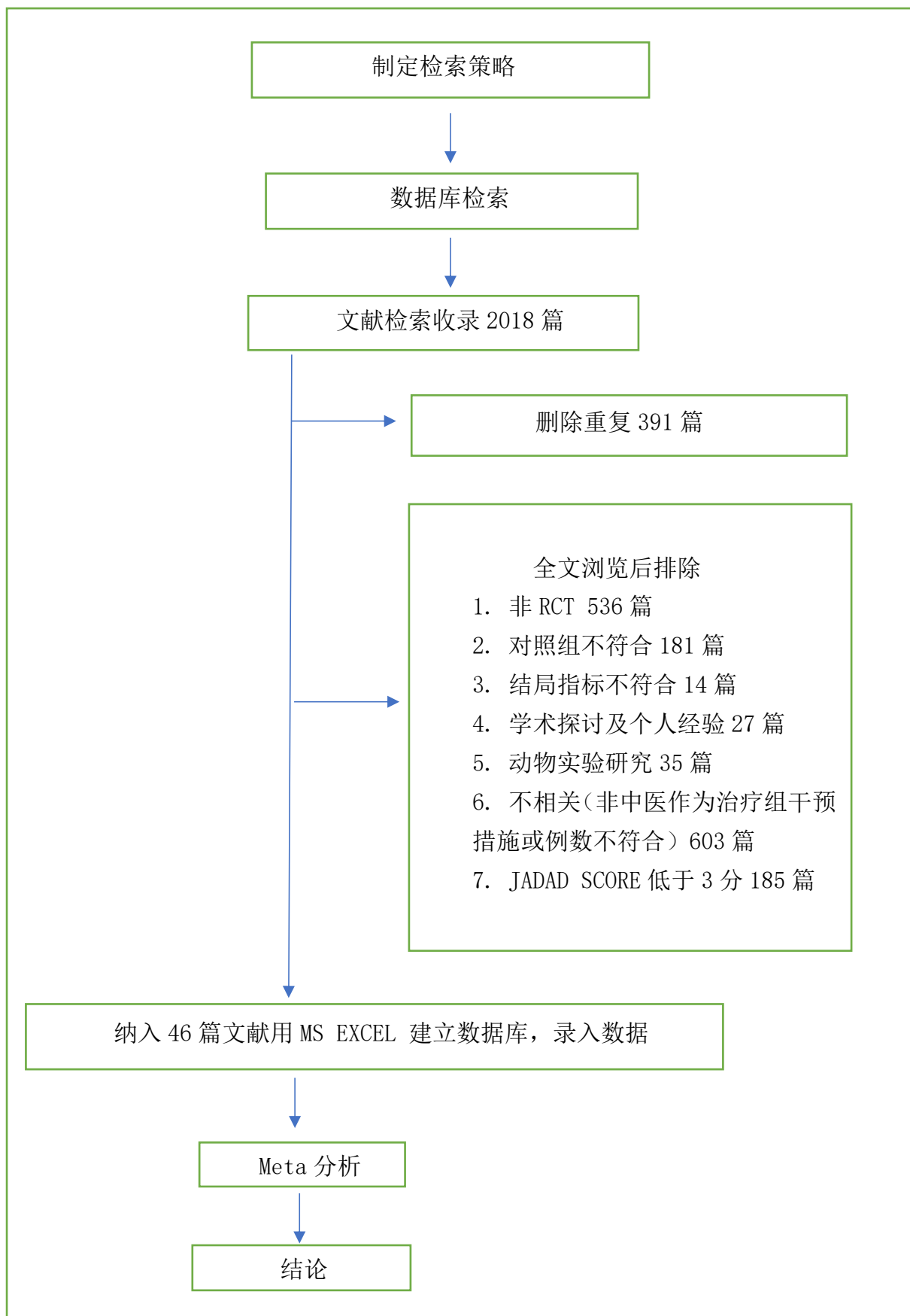


图 1 文献筛选流程

二、纳入研究的方法学描述及质量评价结果

（一）随机方法

46 篇研究^{[12] [13] [18] [21] [71-112]}类型为随机对照试验, 39 篇^{[12] [13] [18] [71-72] [74-81] [83-84] [87] [89-101] [103-107] [109-112]}采用随机数字表法, 占 84.8%; 7^{[21] [73] [82] [86] [88] [102] [108]}篇只提到用随机方法分组, 未有具体描述方法, 占 14.9%。

（二）随机分配隐藏

仅有 1 个研究^[82]提及分配隐藏的方式, 其余研究均未明确描述。

（三）盲法

8 篇研究提到应用盲法。5 篇研究^{[21] [71] [72] [90] [108]}采用单盲, 有 1 篇^[108]提及盲法对象, 其余无提及盲法的方法和对象; 3 篇^{[102] [88] [86]}研究采用双盲, 但无提及盲法的方法和对象。

（四）随访研究

42 篇文献没有设立随访研究, 占 91.3%; 4 篇文献^{[78] [96] [103] [112]}设有随访研究, 占 8.7%。随访时间分别为 1 个月^[78]、42 天^[103]、2-4 个月^[112], 有一篇^[96]没有说明随访时间。

（五）退出与失访（脱落）和退出病例

46 篇文献中有 40 篇^{[12] [13] [18] [21] [71-73] [75-81] [83-89] [91-105] [108-109] [111-112]}记录了治疗组和对照组在治疗前后的病例人数不变, 占 87.0%。有 6 篇^{[74] [82] [90] [106] [107] [110]}提到是否有失访（脱落）和退出病例, 占 13%。

（六）提及不良反应

46 篇研究中有 11 篇文献提及不良反应的报告占 23.9%。11 篇当中有 9 篇^{[71] [72] [74] [75] [77] [82] [85] [95] [106]}研究报告未发现不良反应, 占 81.8%; 有 2 篇^{[73] [78]}报告有不良事件, 占 18.2%。徐双^[73]报告治疗组 30 例中有 2 例服中药后出现恶心等胃肠症状, 可自行缓解, 及后未再出现不良反应。刘姣^[78]报告穴位注射治疗组 60 例中有 1 例发生产后出血; 缩宫素肌肉注射对照组 60 例中有 4 例发生产后出血、有 2 例发生尿潴留。

（七）组间均衡比较

46 篇研究^{[12] [13] [18] [21] [71-112]}中, 全部文献的治疗组与对照组病例都有进行基线比较, 并经统计学处理, 说明组间具有可比性。

(八) 纳入文献的基本特征

表 1 纳入文献的基本特征

作者, 发表年份	基线可比性	样本量 (E/C)	治疗组干预措施	对照组干预措施	疗程 (d)	结局指标
ZhouHY*2009 ^[1]	可比	58/58	耳穴	空白对照	5d	①⑤⑥
庄庆煊 2010 ^[2]	可比	51/51	中药	常规护理	3d	⑤⑥
徐双 2012 ^[3]	可比	30/30	中药	常规护理	5d	①⑤⑥
郑燕 2013 ^[4]	可比	50/50	中药颗粒	常规护理	7d	①⑥
魏淑珍 2013 ^[5]	可比	52/50	中药	黑芝麻粉+红糖	6d	①⑤⑥
钟宇富 2014 ^[6]	可比	100/100	推拿	空白对照	14d	①③⑥
梁秀秀 2014 ^[7]	可比	49/49	中药+推拿	常规护理	4d	①③⑥
刘姣*2014 ^[8]	可比	60/60	穴位注射	常规西医护理	5d	②④⑥
郑娟 2014 ^[9]	可比	30/30	推拿	常规护理	7d	①⑥
伍燕飞*2014 ^[10]	可比	102/100	中药+推拿	常规护理	7d	①⑥泌乳量
顾宏海*2015 ^[11]	可比	50/50	推拿	常规护理	3d	②④⑥
张瑞娟 2015 ^[12]	可比	62/65	针灸+推拿	常规护理	3d	④⑤⑥
朱琳洁*2015 ^[13]	可比	50/50	中药+推拿	常规护理	3d	②④
夏明*2015 ^[14]	可比	28/30	穴位注射	常规护理	3d	①④⑥泌乳量
陈萍 2015 ^[15]	可比	60/60	中药+推拿	常规乳房按摩	5d	①③⑤⑥
施秀芳 2015 ^[16]	可比	40/40	中药+推拿+艾灸	常规护理	—	①②④

倪骏 2015 ^[17]	可比	90/90	中药+推拿	常规西医护理	7d	①⑥泌乳量
陈清*2015 ^[18]	可比	53/53	中药	常规护理	4d	①④⑥泌乳量
黄菲 2017 ^[19]	可比	50/50	推拿	常规西医护理	5d	①②③⑤
马征*2017 ^[20]	可比	100/102	中药	空白对照	7d	①⑤⑥
王仙*2017 ^[21]	可比	80/80	推拿	常规护理	3d	⑤⑥
马明霞 2017 ^[22]	可比	60/60	中药+推拿+耳穴	常规护理	6d	③④⑤
张丽珍*2017 ^[23]	可比	51/51	推拿+耳穴+走罐	常规护理	3d	③④⑥缺乳率, 泌乳量
古满虹* 2017 ^[24]	可比	50/50	中药+针灸+推拿	常规护理	—	②④⑥满足感
姚菲*2018 ^[25]	可比	40/40	五行音乐	常规护理	7dx3	①②⑥
张代碧*2018 ^[26]	可比	45/45	艾灸	空白对照	5d	②③⑥
耿丽丽*2018 ^[27]	可比	55/55	推拿	常规护理	2d	③⑥泌乳量
徐敏 2018 ^[28]	可比	33/33	推拿	常规护理	—	②③④
唐丽珍*2018 ^[29]	可比	100/100	推拿	常规护理	4d	②⑥
吴昕*2018 ^[30]	可比	90/90	穴位敷贴	常规护理	5d	⑤⑥泌乳量积分
王运媛*2018 ^[31]	可比	30/30	中药+推拿	常规护理	3d	①⑥乳汁量
朱虹*2018 ^[32]	可比	30/30	推拿	常规护理	3d	③⑤⑥泌乳量
袁新颖*2018 ^[33]	可比	100/100	穴位注射	常规护理	6d	①④⑥泌乳量
任娜*2018 ^[34]	可比	47/47	推拿	常规护理	5d	②③⑤⑥泌乳量评分
李晓静*2019 ^[35]	可比	69/69	中药+针灸	常规西医护理	7d	③④⑤
刘玉玲*2019 ^[36]	可比	28/30	推拿	常规护理	7d	①③⑥泌乳量积分

李露洁*2019 ^[37]	可比	49/49	中药+推拿	常规护理	5d	①③⑥泌乳量评分, 婴儿饥饿程度
杜巧婷*2019 ^[38]	可比	40/40	中药敷贴	常规护理	4d	④⑥泌乳量, 乳房胀痛评分
王转丽*2019 ^[39]	可比	53/53	穴位敷贴	常规护理	6d	①⑤⑥证候分析, 泌乳量比较
庄新英 2019 ^[40]	可比	40/40	中药+推拿	常规护理	5d	①④⑤⑥泌乳量评分
李梅芳 2020 ^[41]	可比	45/45	耳穴	常规护理	3d	①⑥满意度
朱云飞*2020 ^[42]	可比	56/60	推拿	常规护理	5d	①③⑥
梁万芹*2020 ^[43]	可比	40/40	推拿	常规护理	5d	①⑥泌乳量评分
张桂萍*2020 ^[44]	可比	40/40	推拿	常规护理	3d	①⑥
曾彩贤*2020 ^[45]	可比	74/74	假吃、耳穴、推拿	常规护理	3d-7d	②⑤⑥泌乳量, 泌乳率, 自我效能
曾彩霞*2020 ^[46]	可比	200/200	推拿	常规护理	-	③⑥泌乳量, 自我护理能力

①临床疗效 ②母乳喂养率 ③乳房充盈度评分 ④泌乳始动时间 ⑤PRL ⑥其他

（九）文献质量评价

采用改良版 JADAD 量表评分标准对每篇文章的方法学质量进行评价, 纳入的 46 篇随机对照研究, 有 2 篇研究得 5 分、有 38 篇研究得 4 分, 属高质量文献, 占 87.0%; 其余 6 篇得 3 分, 属较低质量文献, 占 13.0%。（见附录）

第四节 中医治疗产后缺乳的 Meta 分析

一、总有效率

(一) 中医治疗产后缺乳的总有效率

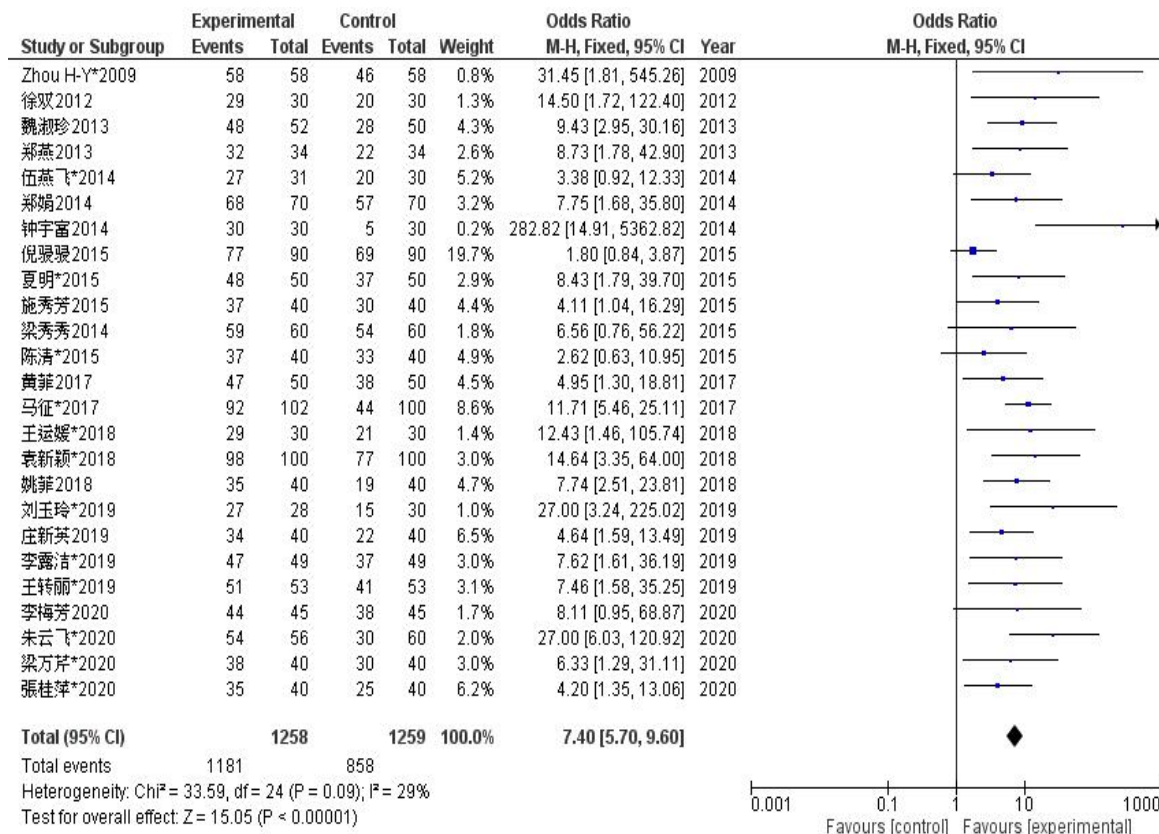


图 2 中医治疗产后缺乳总有效率森林图

纳入的研究中，疗效指标采用了总有效率的文献有 25 篇。25 个研究共纳入 2517 例，其中实验组 1258 例，对照组 1259 例，Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2 = 33.59$ ， $df = 24$ ， $P = 0.09$ ， $I^2 = 29\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果 ($OR = 7.40$, $95\%CI(5.70, 9.60)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)，提示实验组总有效率高高于对照组。

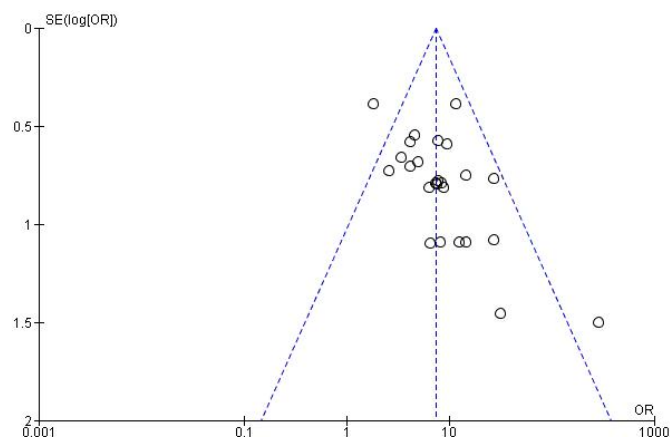


图 3 中医治疗产后缺乳总有效率漏斗图

上图为 25 个研究的漏斗图，漏斗图在存一定不对称性，少量纳入的研究可能存在发表偏倚。

1. 中药治疗产后缺乳的总有效率

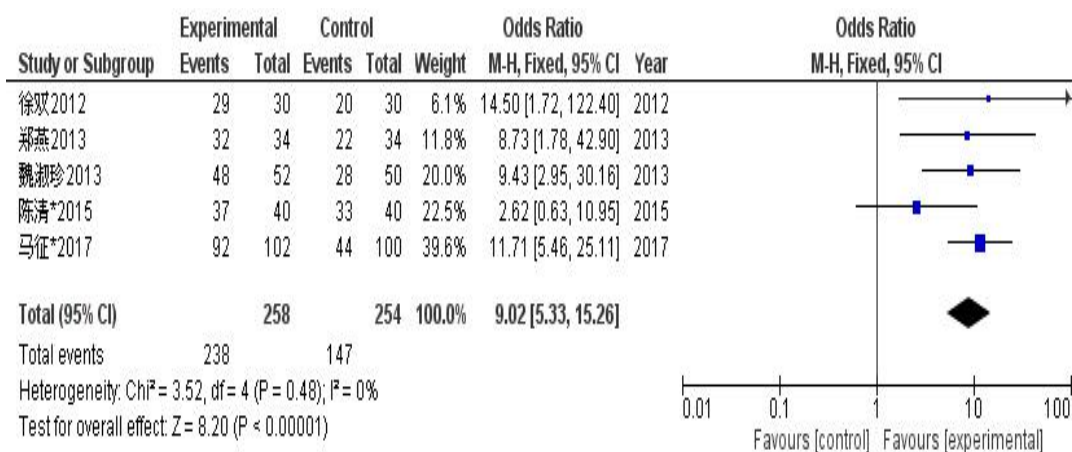


图 4 中药组对照常规组总有效率森林图

中药组对照常规组的文献中，疗效指标采用了总有效率的文献有 5 篇。5 个研究共纳入 512 例，其中实验组 258 例，对照组 254 例，Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2 = 3.52$ ， $df = 4$ ， $P = 0.48$ ， $I^2 = 0\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果 ($OR = 9.02$, $95\%CI(5.33, 15.26)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)，提示中药治疗组总有效率高于对照组。

2. 推拿治疗产后缺乳的总有效率

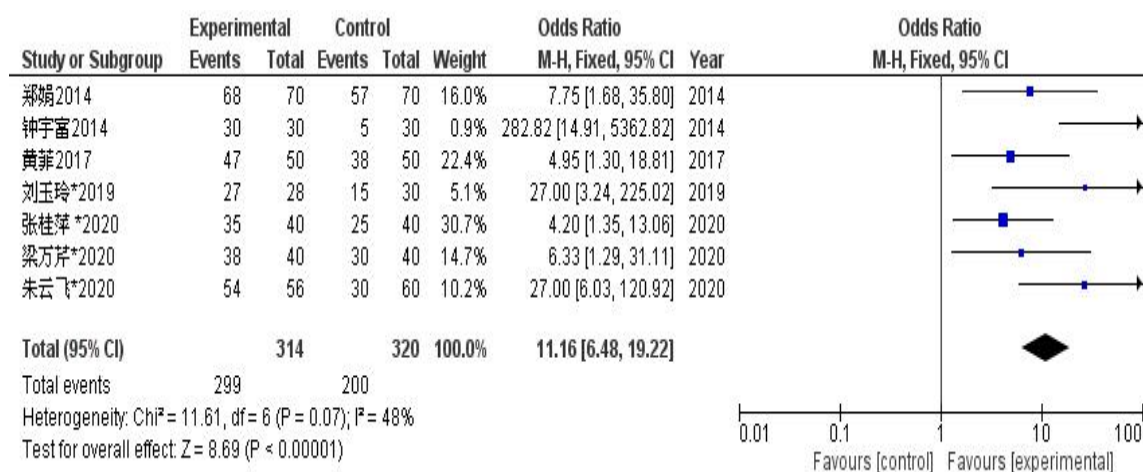


图 5 推拿组对照常规组总有效率森林图

中药组对照常规组的文献中, 疗效指标采用了总有效率的文献有 7 篇。7 个研究共纳入 634 例, 其中实验组 314 例, 对照组 320 例, Meta 分析显示各研究具有同质性, 异质性检验 $\chi^2 = 11.61$, $df = 6$, $P = 0.07$, $I^2 = 48\%$, 采用固定效应模型分析。综合结果 ($OR = 11.16$, $95\%CI(6.48, 19.22)$), 结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$), 提示推拿治疗组总有效率高干对照组。

3. 中药联合推拿治疗产后缺乳的总有效率

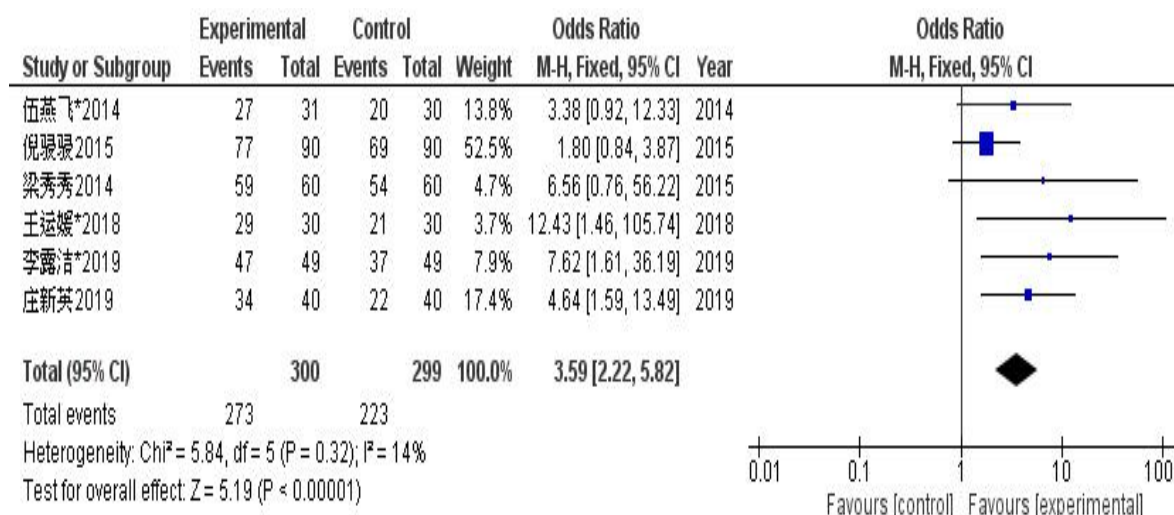


图 6 中药+推拿组对照常规组总有效率森林图

中药联合推拿组对照常规组的文献中, 疗效指标采用了总有效率的文献有 6 篇。6 个研究共纳入 599 例, 其中实验组 300 例, 对照组 299 例, Meta 分析显示各研究具

有同质性, 异质性检验 $\chi^2=5.84$, $df=5$, $P=0.32$, $I^2=14\%$, 采用固定效应模型分析。综合结果 ($OR=3.59$, $95\%CI(2.22, 5.82)$), 结果显示两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$), 提示中药联合推拿治疗组总有效率高于对照组。

4. 针灸组治疗产后缺乳的总有效率

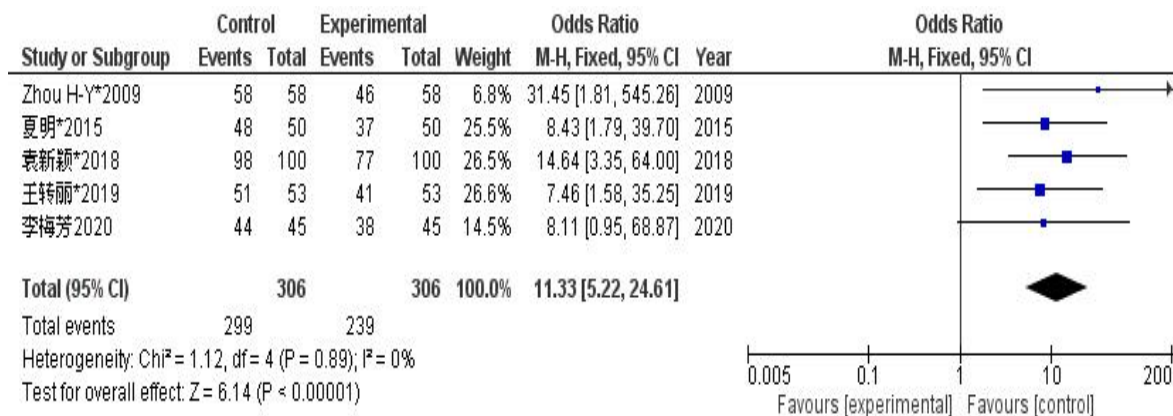


图 7 针灸组对照常规组总有效率森林图

针灸组对照常规组的文献中, 疗效指标采用了总有效率的文献有 5 篇。

5 个研究共纳入 612 例, 其中实验组 306 例, 对照组 306 例, Meta 分析显示各研究具有同质性, 异质性检验 $\chi^2=1.12$, $df=4$, $P=0.89$, $I^2=0\%$, 采用固定效应模型分析。综合结果 ($OR=11.33$, $95\%CI(5.22, 24.61)$), 结果显示两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$), 提示针灸治疗组总有效率高于对照组。

二、治愈率

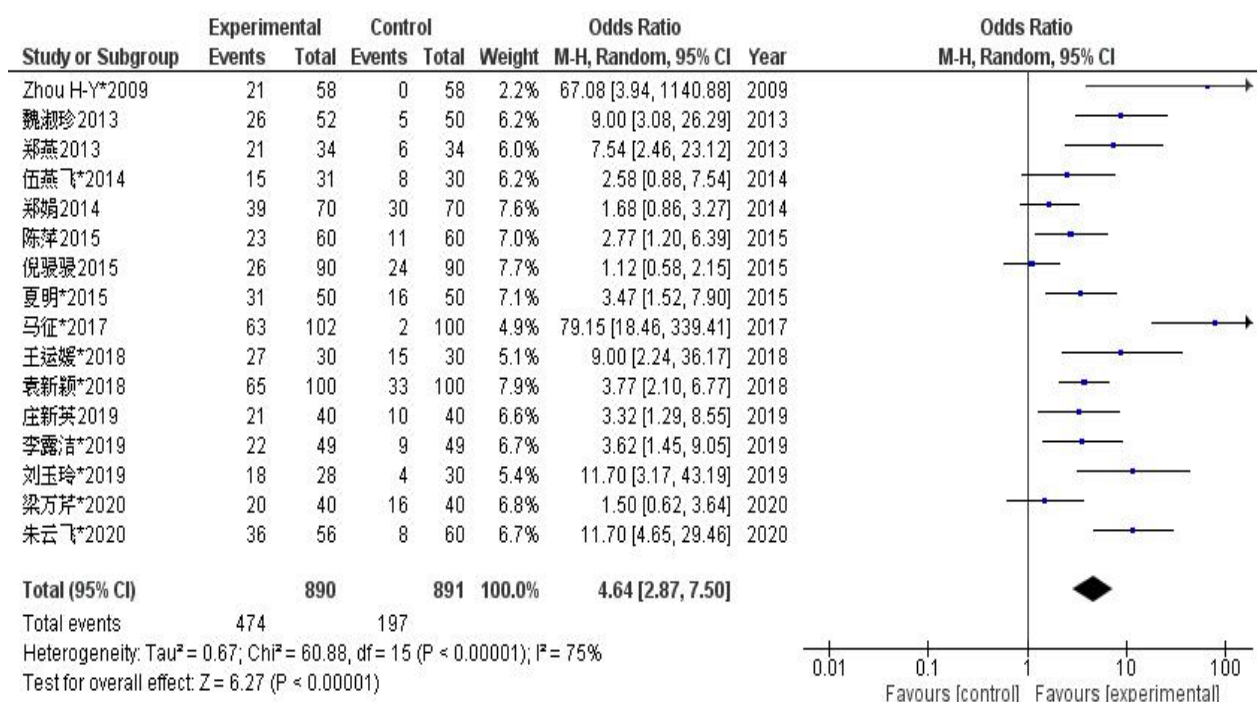


图 8 中医治疗产后缺乳治愈率森林图

纳入的研究中，疗效指标采用了治愈率的文献有 16 篇。16 个研究共纳入 1781 例，其中实验组 890 例，对照组 891 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2=60.88$ ， $df=15$ ， $P<0.00001$ ， $I^2=75\%$ ，采用随机效应模型分析。综合结果〔 $OR=4.64$ ， $95\%CI(2.87, 7.50)$ 〕，结果显示两组差异具有统计学意义($P<0.00001$)，提示实验组治愈率高于对照组。

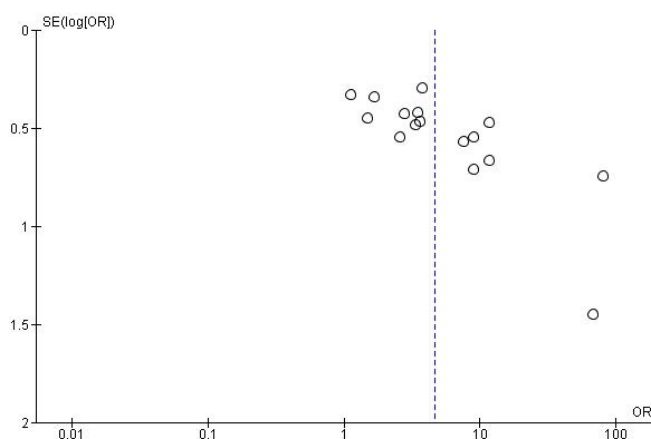


图 9 中医治疗产后缺乳治愈率漏斗图

上图为 16 个研究的漏斗图，漏斗图存在一定的不对称性，提示纳入的研究可能存在发表偏倚。

由于上述 Meta 分析差异性大，纳入的 16 个研究根据不同的干预措施分成亚组进行 Meta 分析，包括中药组、推拿组、中药联合推拿组、针灸组，对照常规护理组。

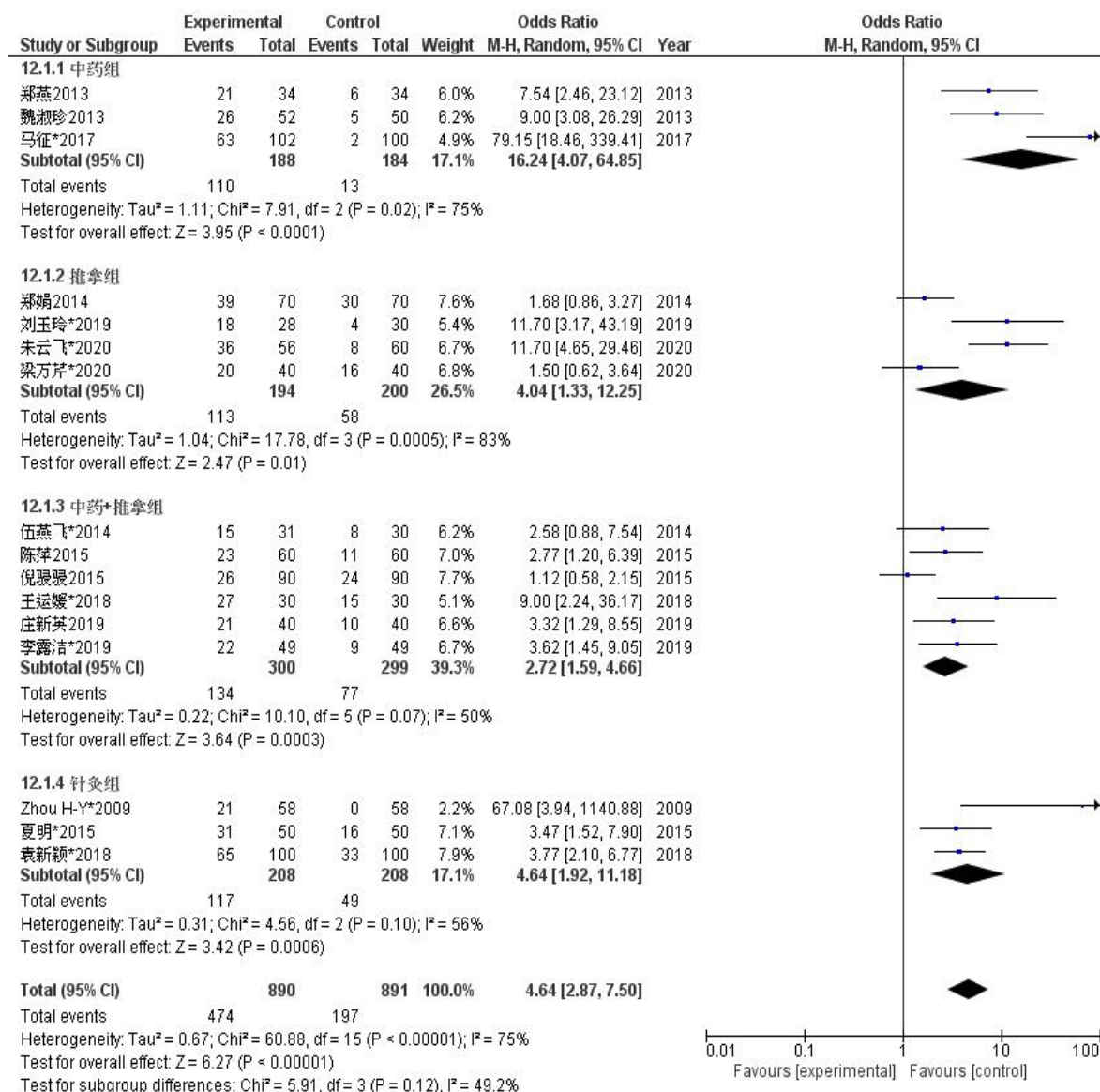


图 10 中医治疗产后缺乳治愈率亚组分析

疗效指标采用了治愈率的文献中，中药组对照常规护理组研究有 3 篇。3 个研究共纳入 372 例，其中实验组 188 例，对照组 184 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2 = 7.91$, $df = 2$, $P = 0.02$, $I^2 = 75\%$ ，采用随机效应模型分析。综合结果 ($OR = 16.24$, $95\%CI(4.07, 64.85)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.0001$)，提示中药组治愈率高于对照组。

推拿组对照常规护理组研究有 4 篇。4 个研究共纳入 394 例，其中实验组 194 例，对照组 200 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2=17.78$, $df=3$, $P=0.0005$, $I^2=83\%$ ，采用随机效应模型分析。综合结果 ($OR=4.04$, $95\%CI(1.33, 12.25)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P=0.01$)，提示推拿组治愈率高于对照组。

中药联合推拿组对照常规护理组研究有 6 篇。6 个共纳入 599 例，其中实验组 300 例，对照组 299 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2=10.10$, $df=5$, $P=0.07$, $I^2=50\%$ ，采用随机效应模型分析。综合结果 ($OR=2.72$, $95\%CI(1.59, 4.66)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P=0.0003$)，提示中药联合推拿组治愈率高于对照组。

针灸对照常规护理组研究有 3 篇。3 个研究共纳入 416 例，其中实验组 208 例，对照组 208 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2=4.56$, $df=2$, $P=0.1$, $I^2=56\%$ ，采用随机效应模型分析。综合结果 ($OR=4.64$, $95\%CI(1.92, 11.18)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P=0.0006$)，提示中药联合推拿组治愈率高于对照组。

根据不同治疗干预对治愈率进行亚组分析后，异质性检验为 $\chi^2=5.91$, $df=3$, $P=0.12$, $I^2=49.2\%$ 。

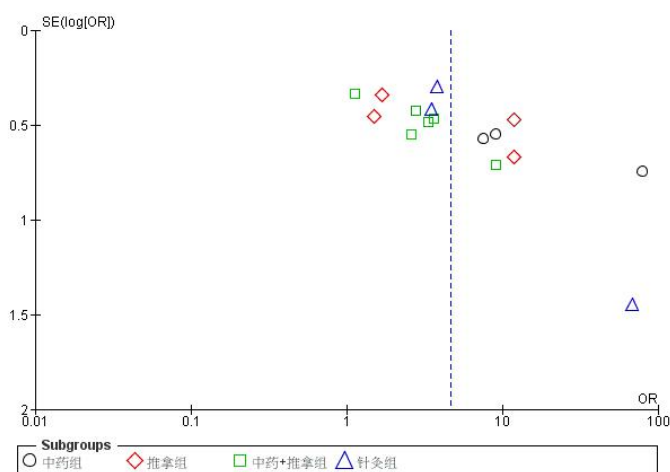


图 11 治愈率亚组分析后漏斗图

上图为 16 个研究的漏斗图，漏斗图存在一定的不对称性，提示纳入的研究可能存在发表偏倚。

三、治疗后母乳喂养率

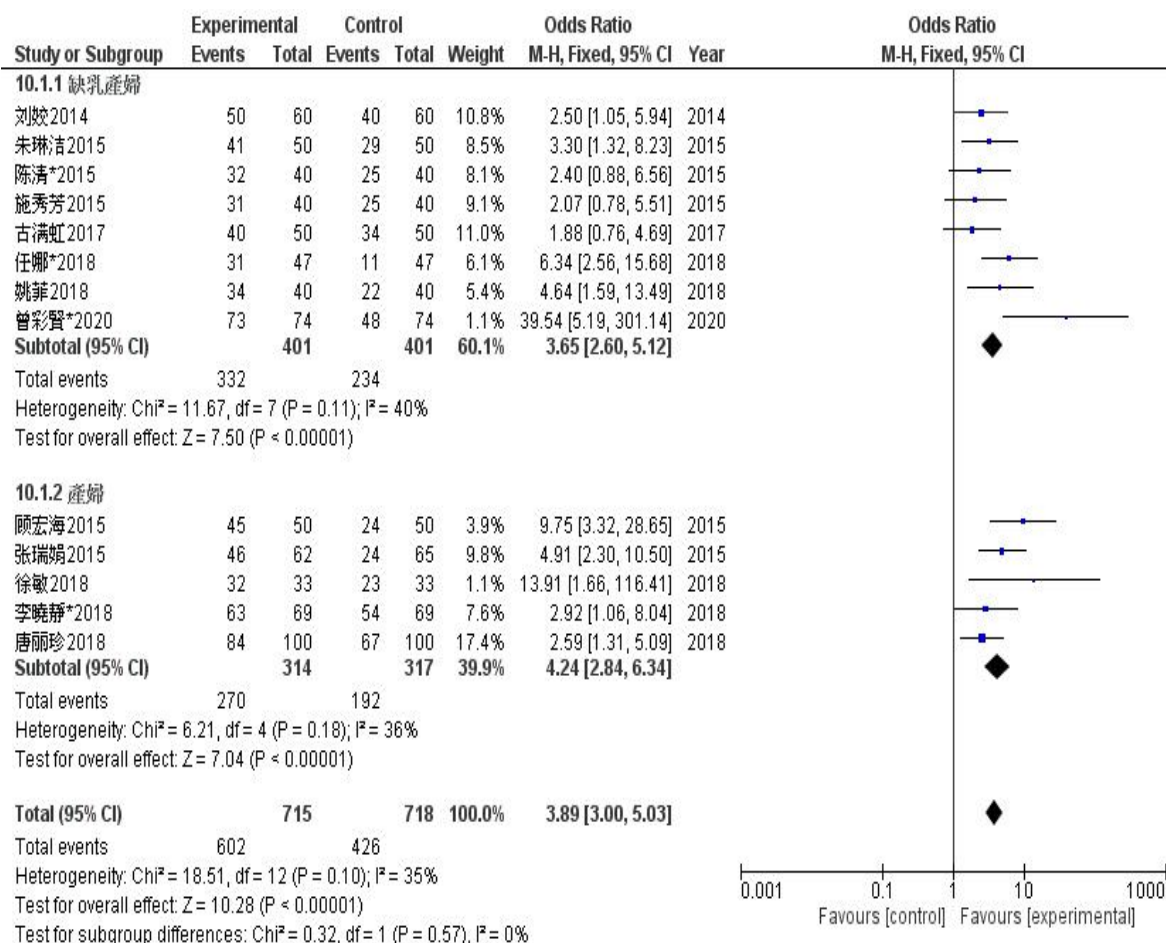


图 12 中医治疗后母乳喂养率森林图

纳入的研究中，疗效指标采用了治疗后的母乳喂养率的文献有 13 篇。

当中有 8 篇文献研究对象为产后缺乳妇女，其 802 例，实验组及对照组各 401 例，Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2=11.67$ ， $df=7$ ， $P=0.11$ ， $I^2=40\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果（ $OR=3.65$ ， $95\%CI(2.60, 5.12)$ ），结果显示两组差异具有统计学意义（ $P<0.00001$ ），提示实验组母乳喂养率高于对照组。

13 篇文献中有 5 篇研究对象为产妇（包括顺产及剖宫产），共有 631 例，实验组 314 例，对照组 317 例，Meta 分析显示各研究存同质性，异质性检验 $\chi^2=6.21$ ， $df=4$ ， $P=0.18$ ， $I^2=36\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果（ $OR=4.24$ ， $95\%CI(2.84, 6.34)$ ），结果显示两组差异具有统计学意义（ $P<0.00001$ ），提示实验组母乳喂养率高于对照组。

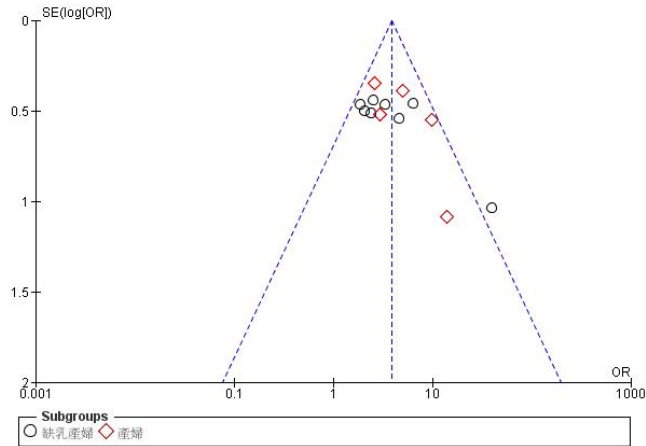


图 13 中医治疗后母乳喂养率漏斗图

上图为 13 个研究的漏斗图，漏斗图存在一定的不对称性，提示纳入的研究可能存在发表偏倚。

四、治疗后乳房充盈度评分

0-6 0 为充盈，6 为缺

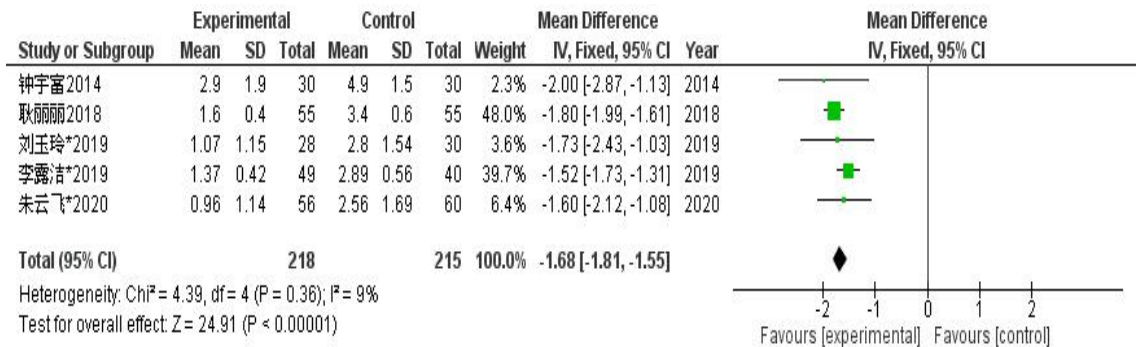


图 14 乳房充盈度评分森林图

疗效指标采用乳房充盈度评分的文献有 13 篇，以乳房充盈度评分 A 为疗效诊断标准的文献有 7 篇。其中有三篇泌乳量评分的数据一样，部分作者相同，考虑是一文多发的重复文献，剔除两篇（朱云飞*2018、刘玉玲*2019），只纳入一篇的数据（朱云飞*2020）。乳房充盈度评分 A 共纳入 5 个研究。

5 个研究共纳入 433 例，其中实验组 218 例，对照组 215 例，Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2 = 4.39$, $df = 4$, $P = 0.36$, $I^2 = 9\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果 ($SD = -1.68$, $95\%CI(-1.81, -1.55)$)，结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$)，提示实验组在乳房充盈度评分方面优于对照组。

乳房充盈度评分 B 为疗效诊断标准的文献有 4 篇, 其中 2 篇 (徐敏*2018, 曾彩霞*2020) 没有列出疗程的时间, 因数据不完整, 故不纳入乳房充盈度评分的 Meta 分析。

五、泌乳始动时间

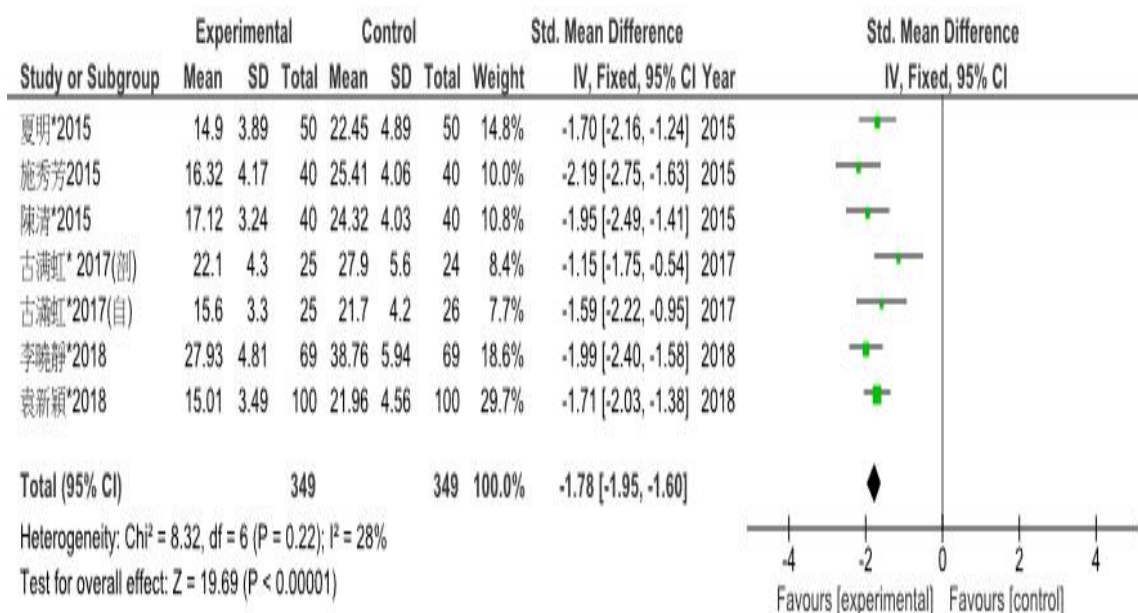


图 15 中医治疗对产后缺乳妇女泌乳始动时间的 Meta 分析

以产后缺乳妇女为干预对象, 疗效指标采用了泌乳始动时间的文献有 7 篇。其中一篇研究^[40]的干预对象为超过 2 天以上的产后缺乳妇女, 治疗时间点与其他研究不同, 故排除此文献。其余 6 个研究共纳入 698 例, 其中实验组 349 例, 对照组 349 例, Meta 分析显示各研究具有同质性, 异质性检验 $\chi^2 = 8.32$, $df = 6$, $P = 0.22$, $I^2 = 28\%$, 采用固定效应模型分析。综合结果 ($SD = -1.78$, $95\%CI(-1.95, -1.60)$), 结果显示两组差异具有统计学意义 ($P < 0.00001$), 提示实验组在缩短泌乳始动时间方面优于对照组。

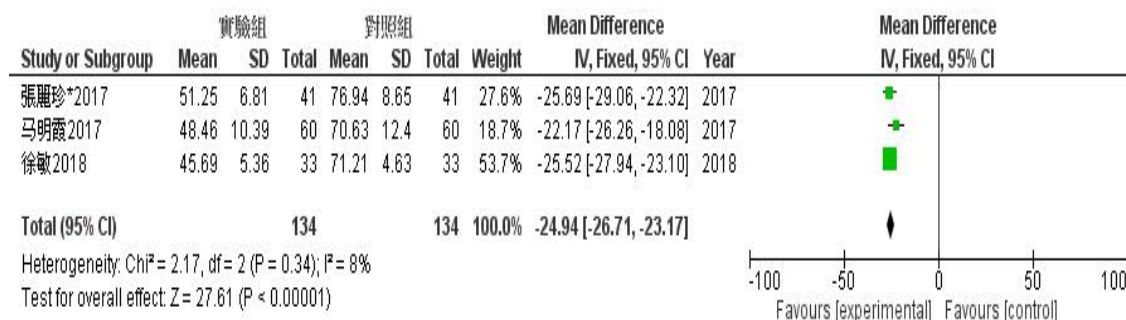


图 16 中医治疗对产妇泌乳始动时间的 Meta 分析

以产妇为干预对象，疗效指标采用泌乳始动时间的文献有 4 篇。张丽珍、马明霞、徐敏的对照组为常规护理组，刘姣^[8]的对照组为缩宫素注射。由于对照组不同，故剔除此研究。3 个研究其纳入 268 例，实验组和对照组各 134 例，Meta 分析显示 Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2=2.17$ ， $df=2$ ， $P=0.34$ ， $I^2=8\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果〔 $SD=-24.94$ ， $95\%CI(-26.71, -23.17)$ 〕，结果显示两组差异具有统计学意义($P<0.00001$)，提示实验组在缩短泌乳始动时间方面优于对照组。

六、产后血清泌乳素值(PRL)

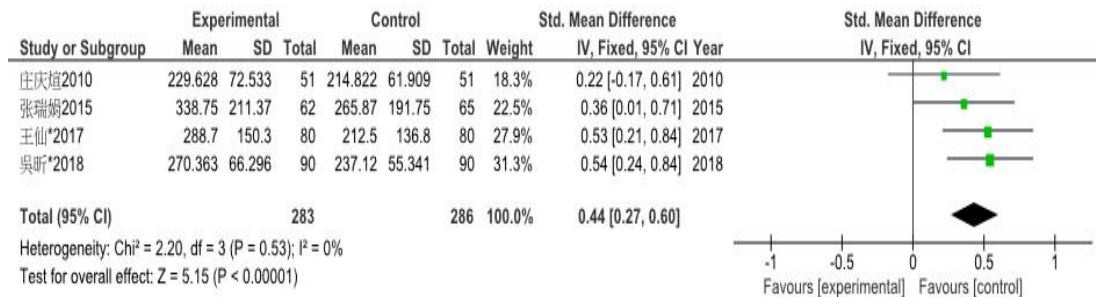


图 17 产后 3-5d 泌乳素 Meta 分析

纳入的研究中，疗效指标采用了产后第 3-5 天血清泌乳素的文献有 4 篇。4 个研究共纳入 569 例，其中实验组 283 例，对照组 286 例，Meta 分析显示各研究具有同质性，异质性检验 $\chi^2=2.20$ ， $df=3$ ， $P=0.53$ ， $I^2=0\%$ ，采用固定效应模型分析。综合结果〔 $SD=0.44$ ， $95\%CI(0.27, 0.60)$ 〕，结果显示两组差异具有统计学意义($P<0.00001$)，提示实验组促进产后第 3-5 天血清泌乳素分泌在方面优于对照组。

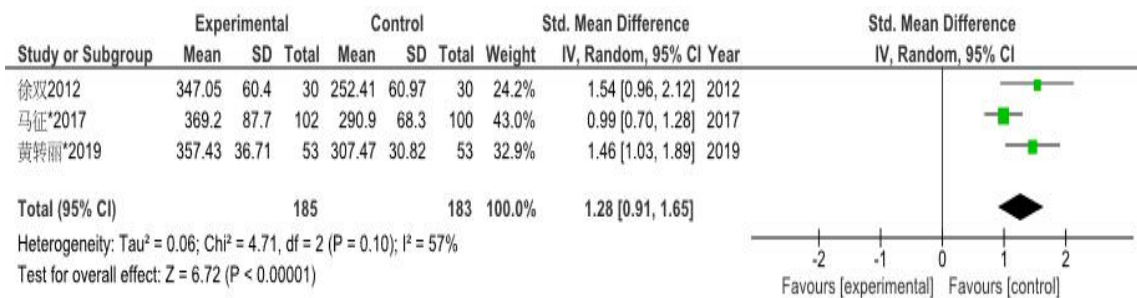


图 18 产后 6-7d 泌乳素 Meta 分析

纳入的研究中，疗效指标采用了产后 6-7 天血清泌乳素(PRL)的文献有 3 篇（参考）。3 个研究共纳入 368 例，其中实验组 185 例，对照组 183 例，Meta 分析显示各研究存在异质性，异质性检验 $\chi^2=4.71$ ， $df=2$ ， $P=0.10$ ， $I^2=57\%$ ，采用随机效应模型分

析。综合结果〔 $SD=1.28$, $95\%CI(0.91, 1.65)$ 〕, 结果显示两组差异具有统计学意义 ($P<0.00001$), 提示实验组在促进产后第 6-7 天血清泌乳素分泌方面优于对照组。

第三章 中医药治疗产后缺乳的中医证治及针药规律研究

第一节 研究目的

通过收集近 20 年中医药治疗产后缺乳的临床研究文献，整理和分析中医药治疗产后缺乳的规律性，包括用药规律和针灸推拿用穴规律，为临床选用中医药治疗产后缺乳提供参考作用。

第二节 研究方法

一、检索范围和策略

制定检索策略，查阅数据库关于中医药治疗产后缺乳的临床研究文献，制定纳入与排除标准，采用计算机检索文献的方式，检索有关中医药治疗产后缺乳的临床研究文献，收集并记录文献数据，以进行分析和统计。统计学分析主要利用 Excel 软件，建立数据库，进行频数分析。

（一）计算机检索

1. 研究对象

应用计算机进行检索，检索年限范围为从 2000 年 1 月-2020 年 9 月关于中医治疗产后缺乳的所有文献。

2. 数据来源

检索数据库为中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库、维普数据库、MEDLINE、AMED 等。

3. 搜索文献

检索主题词、关键词：产后缺乳、缺乳、乳汁不足、乳汁不行、泌乳障碍、泌乳进行交叉检索，筛选出符合纳入标准的文章。英文数据库检索主题词为 Postpartum lactation or Lactation deficiency or Lactation disorder or Galactosstasis or Hypogalactia or Lactation insufficiency or Insufficient milk syndrom or Agalactia or Low milk supply or Galactogogues or Insufficient milk supply syndrom or Galactogogue or Lactogenesis or Maternal milk production or Maternal breast milk.

二、文献的选择标准

（一）纳入标准

1. 研究对象为产妇及符合产后缺乳的诊断标准的产妇（包括顺产及剖宫产）。参照 2012 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中产后缺乳相关诊断标准。缺乳定义是指产后哺乳期内，产妇乳汁甚少或是无乳可下的一种病症，具体诊断标准如下：

（1）产后排出的乳汁量少，甚或全无，不够喂养婴儿；

（2）乳房检查松软，不胀不痛，挤压乳汁点滴而出，质稀。或乳房丰满，乳腺成块，挤压乳汁疼痛难出，质稠；

（3）排除因乳头凹陷和乳头皲裂造成的乳汁壅积不通，哺乳困难。

产后缺乳所属证型不限、产妇年龄不限、文献研究治疗组及对照组病例数各为 30 例以上。产妇所生产的婴儿为健康的婴儿。

2. 随机对照临床试验(RCT)中，病例数据完整，治疗组及对照组无明显的差异性。文献采用随机对照设计方案：若文中提及“随机分组”；或提及采用抛硬币、抽签、掷骰子、随机数字表、计算机编码等方法分组者均可视为随机对照试验。

3. 试验组以中医治疗为主的临床文献，主要用中药、针灸、推拿等。中药包括中医单方治疗、辨证中药治疗、中药颗粒、中成药；针灸包括针刺、电针、火针、温针灸、艾灸、拔罐、放血、埋线、耳穴、耳针、穴位外敷等，针具、选穴、手法、时间及疗程不限；推拿包括穴位按摩、经络按摩、局部按摩等，手法、选穴、时间及疗程不限。试验组亦可纳入中医联合治疗、中医综合产后护理疗法、中医的其他的疗法。

4. 对照组的干预措施可包括产后常规护理（如乳房按摩、热敷、鼓励产妇尽早喂哺母乳、产妇哺乳知识或技巧指导、合理营养饮食指导等）、安慰剂、西药常规治疗（如止痛药、缩宫素，口服、喷鼻或注射；单用或多种产后常规西药联合使用）、空白对照。

（二）排除标准

1. 一文多刊发表的重复文献；
2. 干预措施中，试验组结合西医药治疗方式(包括内服西药或注射西药)；
3. 病例数少于 20 例的临床研究文献；
4. 未有明确报告中药组成或穴位的文献；
5. 研究方法、病例资料不完整的文献；

6. 专家经验、个案研究、动物试验、理论研究、综述等文献；
7. 没有对照组的临床文献；
8. 产妇患有乳房严重疾病者、或合并有心血管、肝、肾、甲状腺疾病等严重原发性疾病。

三、研究方法

对符合上述纳入及排除标准的文献进行整理，使用 Microsoft Office Excel（云端版）建立电子表格，收集及记录所需数据，进行计算及分析。

（一）频数分析

1. 频数，又称为“次数”，指变量值中代表某种特征的数（标志值）出现的次数。频数与总数的比为频率。而频率则是每个小组的频数与资料总数的比值。在变量分配数列中，频数（频率）表明对应组标志值的作用程度。当频数（频率）数值越大表明该组标志值对于总体水平所起的影响作用也越大，反之，频数（频率）数值越小，表示该组标志值对于总体水平所起的影响作用就越小。

2. 提取、记录、分析数据：将文献名称、诊断标准、证候名称、方药、穴位输入 Excel 表格，建立统计数据库，对数据进行频率统计。运用统计学的频数分析中医治疗产后缺乳的中药和穴位，了解用药及用穴的特点。

第三节 研究结果

按上述要求，本研究检索出 2018 篇文献，排除重复及因版权问题未能获取全文的文献 391 篇。其余文献经过全文浏览后，有 536 篇文献为非随机对照研究被排除；有 181 因对照组不符合纳入标准被排除；有 14 篇因结局指标不符合被排除；有 27 篇因属学术及个人经验研究被排除；有 35 篇因属动物实验被排除；有 603 篇因非中医作为治疗组干预措施或例数不符合被排除；排除无明确穴位或药物组成的文献 39 篇；纳入用药用穴规律统计的临床研究文献共有 192 篇。

第四节 治疗产后缺乳的中医证治规律

一、诊断标准统计

纳入统计的随机对照试验文献中，诊断标准主要来自于中医辨证(108)、中医病症诊断疗效标准(39)、中医妇科学(23)等。文献采用 1-3 个诊断标准。产后缺乳的诊断标准较为模糊、不统一。有部分文献在诊断标准中提及客观的数据，如喂哺母乳的次数、婴儿的反应（安静/哭闹/满足）、婴儿重量变化、排尿次数、母乳量等。

表 2 诊断标准统计

诊断标准	篇数
中医病症诊断疗效标准	39
中医妇科学	23
中药新药临床研究指导原则	8
中西医结合妇产科学	6
西医诊断标准	3
其他文献标准	4
其他标准	13
中医辨证	108
联合国儿童基金会、世卫合编 WELLSTART 标准	2
新编中医妇科学	2
中医妇科疾病诊断标准	7

二、干预措施统计

192 篇随机对照文献当中以中药对照常规护理有 63 篇；推拿对照常规护理有 45 篇；针灸对照常规护理有 26 篇；中药联合推拿对照常规护理有 31 篇；中药联合针灸对照常规护理有 6 篇；推拿联合针灸对照常规护理有 16 篇；中药、针灸联合推拿对照常规护理有 3 篇；穴位敷贴有 2 篇。

表 3 中医治疗（对照常规护理）统计

中医治疗(对照常规护理)	篇数
中药	63
推拿	45
针灸(针刺、艾灸、耳穴等)	26
中药+推拿	31
中药+针灸	6
推拿+针	16
中药+针灸+推拿	3
穴位敷贴	2

三、辨证治疗统计

纳入统计的随机对照试验文献中，涉及 11 个证型，出现频次为 110 次，按经络辨证分型 1 篇，按中医体质分型 2 篇。频数最高的主要为气血虚弱(51)、肝气郁滞(38)、痰湿中阻(11)，产后缺乳的中医证候分布与气血、肝、痰湿关系密切。

表 4 中医证候分布

产后缺乳的中医证候	频数
气血虚弱/气血不足/气血亏虚	51
肝气郁滞/肝气郁结/肝郁气滞	38
痰湿中阻/痰湿壅阻/痰湿阻滞/痰浊瘀阻/痰湿瘀阻/痰气壅阻	11
食浊中阻	1
气滞血瘀/瘀血阻滞	2
气虚血瘀	1
气虚/气虚气郁	2
血虚	1
气血脾虚	1
肝郁脾虚	1
肾虚	1
经络辨证分型（足阳明胃经、足少阴肾经、足厥阴肝经、冲任脉经）	1
体质分型	2

第五节 治疗产后缺乳的中医针灸推拿用穴规律

一、针灸推拿用穴规律

提及针灸、推拿用穴的随机对照文献共有 127 篇。127 个研究共使用穴位 85 个，取穴总频数为 940 个，依次为膻中(103)、乳根(99)、少泽(74)、足三里(74)、脾俞(41)、合谷(30)、太冲(29)、三阴交(27)、期门(26)、乳中(24)、肝俞(24)、中脘(24)、内关(20)、中府(20)、屋翳(20)、胃俞(19)、肩井(18)、膺窗(18)、天池(17)、膈俞(16)、气海(13)、天宗(12)、神封(12)、血海(11)、关元(11)、云门(11)、曲池(9)、天溪(8)、肾俞(7)、库房(6)、复溜(6)、气户(5)、步廊(5)、缺盆(5)、食窦(5)、周荣(5)、灵墟(5)、水分(4)、梁丘(4)、公孙(4)、大椎(4)、渊腋(4)、神阙(3)、上巨虚(3)、乳旁(3)、前谷(3)、丰隆(3)、内庭(3)、阴陵泉(3)、章门(3)、下脘(2)、天突(2)、肺俞(2)、心俞(2)、涌泉(2)、子宫(2)、四横纹(2)、太溪(2)、劳宫(2)、神藏(1)、乳泉(1)、中极(1)、上脘(1)、鸠尾(1)、中庭(1)、胆俞(1)、中极(1)、肩贞(1)、肩中俞(1)、小海(1)、阴谷(1)、臑中(1)、俞府(1)、行间(1)、膝关(1)、蠡沟(1)、天枢(1)、大横(1)、归来(1)、胸乡(1)、天泉(1)、外关(1)、极泉(1)、悬钟(1)、百会(1)、四神聪(1)。

在 127 篇对照文献中, 涉及穴位 85 个, 用穴总频数为 940 个, 其中出现百分比最高的 20 个穴位, 其名称、频数、百分比如下:

表 5 针灸推拿治疗产后缺乳的首 20 个穴位分布

穴位	膻中	乳根	少泽	足三里	脾俞	合谷	太冲	三阴交
频数	103	99	74	74	41	30	29	27
占百分比	11.0%	10.5%	7.9%	7.9%	4.4%	3.2%	3.1%	2.9%

穴位	期门	乳中 肝俞 中脘	内关 中府 屋翳	胃俞	肩井 膺窗	天池	膈俞
频数	26	24	20	19	18	17	16
占百分比	2.8%	2.6%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%

总结上述频数分析结果, 中医治疗产后缺乳的首 20 个穴位为膻中、乳根、少泽、足三里、脾俞、合谷、太冲、三阴交、期门、乳中、肝俞、中脘、内关、中府、屋翳、胃俞、肩井、膺窗、天池和膈俞。

按腧穴所属经络频次降序排列以足阳明胃经(269)为主, 其次为任脉(166)、足太阳膀胱经(109)、手太阳小肠经(92)、足太阴脾经(67)、足厥阴肝经(58)、手厥阴心包经(36)、手阳明大肠经(39)、足少阴肾经(36)、手太阴肺经(31)、足少阳胆经(23)、督脉(5)、手少阴心经(1)、手少阳三焦经(1)。

表 6 针灸推拿治疗产后缺乳所涉及的穴位及归经

穴位归经	穴位频次	归经总数
任脉		166
膻中	103	
中极	1	
关元	11	
气海	13	

神阙	3	
水分	4	
下脘	2	
中脘	24	
上脘	1	
鸠尾	1	
中庭	1	
天突	2	
膀胱经		108
肝俞	24	
脾俞	41	
膈俞	16	
心俞	2	
肾俞	7	
肺俞	2	
胃俞	15	
胆俞	1	
小肠经		92
少泽	74	
前谷	3	
肩贞	1	
天宗	12	
肩中俞	1	
小海	1	
肾经		36
涌泉	2	
灵墟	5	
步廊	5	
神封	12	
神藏	1	
太溪	2	
复溜	6	
阴谷	1	
臑中	1	
俞府	1	
肝经		58

行间	1	
太冲	29	
期门	26	
膝关	1	
蠡沟	1	
肺经		31
中府	20	
云门	11	
大肠经		39
合谷	30	
曲池	9	
胃经		269
缺盆	5	
气户	5	
库房	6	
乳中	24	
屋翳	20	
乳根	99	
天枢	1	
梁丘	4	
足三里	74	
上巨虚	3	
丰隆	3	
内庭	3	
膺窗	18	
大横	1	
归来	1	
子宫	2	
脾经		67
公孙	4	
三阴交	27	
阴陵泉	3	
血海	11	
食窦	5	
胸乡	1	
周荣	5	

章门	3	
天溪	8	
心包经		36
天池	13	
天泉	1	
内关	20	
劳宫	2	
三焦经		1
外关	1	
心经		1
极泉	1	
胆经		23
肩井	18	
渊腋	4	
悬钟	1	
督脉		5
大椎	4	
百会	1	
经外奇穴		8
四神聪	1	
乳泉	2	
乳旁	3	
四横纹	2	

二、耳穴治疗产后缺乳的用穴规律

提及耳穴治疗产后缺乳的文献共有 20 篇。20 个研究共使用耳穴穴位 16 个，应用总频数为 127。耳穴治疗产后缺乳的耳穴取穴频数依次为内分泌(19)、肝(17)、胸(16)、脾(16)、神门(12)、胃(12)、乳腺(11)、皮质下(4)、交感(4)、胆(4)、肾(4)、三焦(3)、心(2)、子宫(1)、胸腺(1)、胸椎(1)。

表 7 耳穴治疗产后缺乳的首 10 个穴位分布

耳穴	内分泌	肝	胸脾	神门胃	乳腺	皮质下 交感胆
频数	19	17	16	12	11	4
占百分比	15.0%	13.4%	12.6%	9.4%	8.7%	3.1%

总结上述频数分析结果，治疗产后缺乳常用的耳穴主要有内分泌、肝、胸、脾、神门、胃、乳腺、皮质下、交感和胆。

第六节 治疗产后缺乳的中医用药规律

一、中医治疗产后缺乳的药物组成

在 106 篇对照文献中，涉及中药 119 种，用药总频数 1173 味，中医治疗产后缺乳的药依降次排序为当归(90)、黄芪(81)、王不留行(73)、通草(70)、党参(59)、穿山甲(49)、白术(44)、川芎(44)、柴胡(43)、麦冬(43)、甘草(42)、漏芦(41)、桔梗(39)、白芍(35)、熟地(28)、路路通(28)、益母草(19)、丝瓜络(18)、木通(17)、天花粉(16)、茯苓(15)、香附(15)、人参(13)、青皮(12)、白芷(10)、山药(9)、生地(9)、桃仁(9)、陈皮(9)、枳壳(8)、瓜蒌(8)、蒲公英(7)、大枣(6)、砂仁(6)、太子参(5)、神曲(5)、丹参(4)、红花(4)、鹿角霜(4)、黑芝麻(4)、佩兰(4)、藿香(4)、夜交藤(4)、知母(4)、鸡内金(4)、阿胶(3)、山楂(3)、郁金(3)、合欢花(3)、佛手(3)、连翘(3)、龟板/龟甲/龟甲珠(3)、玄参(3)、生姜(3)、炮姜(3)、赤芍(2)、玫瑰花(2)、厚朴(2)、薄荷(2)、木香(2)、冬葵子(2)、川牛膝(2)、皂角刺(2)、夏枯草(2)、肉桂(2)、防风(2)、桑寄生(2)、杜仲(2)、薏苡仁(2)、赤小豆(2)、苍术(2)、酸枣仁(2)、远志(2)、浮小麦(1)、黄精(1)、莲子(1)、粳米(1)、龙眼肉(1)、泽兰(1)、枳实(1)、木瓜(1)、桂枝(1)、地龙(1)、僵蚕(1)、血竭(1)、阳雀花(1)、天南星(1)、浙贝母(1)、萱草根(1)、忍冬藤(1)、桔核(1)、败酱草(1)、半夏(1)、土瓜根(1)、天冬(1)、玉竹(1)、女贞子(1)、干姜(1)、吴茱萸(1)、小茴香(1)、乌药(1)、巴戟天(1)、菟丝子(1)、淫羊藿(1)、鹿角片(1)、紫河车粉(1)、何首乌(1)、滑石(1)、石菖蒲(1)、冬瓜子(1)、龙骨(1)、牡蛎(1)、百合(1)、金银花(1)、石膏(1)、黄芩(1)、川连(1)、莱菔子(1)、仙鹤草(1)。

(一) 药物分类频数统计

参考由高学敏主编、中国中医药出版社出版的《中药学》^[113]，在纳入的文献中，按药物功效分类。

治疗产后缺乳的药物类别分为 18 类，按降次排列为补气药(260)、活血化瘀药(209)、祛湿药(175)、补血药(147)、清热药(93)、解表药(61)、养阴药(55)、理气药(53)、化痰药(53)、补阳药(14)、消食药(13)、安神药(12)、温里药(5)、止血药(4)、平肝息风药(3)、收涩药(2)、开窍药(1)。其他类别(3)为《中药学》未有收录的中药包括阳雀花、萱草根和土瓜根。

表 8 药物分类频数

药物类别	频数
补气药	260
活血化瘀药	209
祛湿药	175
补血药	157
清热药	93
解表药	61
养阴药	55
理气药	53
化痰药	53
补阳药	14
消食药	13
安神药	12
温里药	5
止血药	4
平肝息风药	3
收涩药	2
开窍药	1
其他（藏药/非中药学收录）	3

由表8和图17，药物类别频数的结果可以知道，入选研究的文献中治疗产后缺乳的药物类别排名首10位、频数较高的类别分别是：补气药(22.2%)、活血化瘀药(17.8%)、祛湿药(14.9%)、补血药(12.5%)、清热药(7.9%)、解表药(5.2%)、补阴药(4.7%)、理气药(4.5%)、化痰药(4.5%)、补阳药(1.2%)。

(二) 各类药物的统计分析

在纳入的文献中, 补气药的使用有 9 种, 使用频数最高的首 5 种分别是黄芪 (31.2%)、党参 (22.7%)、白术 (16.9%)、甘草 (16.2%)、人参 (5%)。

表 9 补气药的使用频数

补气药	频数
黄芪	81
党参	59
白术	44
甘草	42
人参	13
山药	9
大枣	6
太子参	5
粳米	1

在纳入的文献中, 活血药的使用有 11 种, 使用频数最高的首 5 种分别是王不留行 (35.0%)、穿山甲 (23.4%)、川芎 (21.1%)、益母草 (9.1%)、桃仁 (4.3%)。

表 10 活血药的使用频数

活血药	频数
王不留行	73
穿山甲	49
川芎	44
益母草	19
桃仁	9
丹参	4
红花	4
郁金	3
川牛膝	2
泽兰	1
血竭	1

在纳入的文献中, 祛湿药的使用有 16 种, 使用频数最高的首 5 种分别是通草 (40%)、路路通 (16%)、丝瓜络 (10.3%)、木通 (9.7%)、茯苓 (8.6%)。

表 11 祛湿药的使用频数

祛湿药	频数
通草	70
路路通	28
丝瓜络	18
木通	17
茯苓	15
砂仁	6
藿香	4
佩兰	4
厚朴	2
赤小豆	2
薏苡仁	2
苍术	2
冬葵子	2
滑石	1
冬瓜子	1
木瓜	1

在纳入的文献中，补血药的使用有 5 种，使用频数最高的首 3 种分别是当归 (54.2%)、白芍 (21.1%)、熟地 (16.9%)。

表 12 补血药的使用频数

补血药	频数
当归	90
白芍	35
熟地	28
阿胶	3
龙眼肉	1

在纳入的文献中，清热药的使用有 15 种，使用频数最高的首 5 种分别是漏芦 (44.1%)、天花粉 (17.2%)、生地 (9.7%)、蒲公英 (7.5%)、知母 (4.3%)。

表 13 清热药的使用频数

清热药	频数
-----	----

漏芦	41
天花粉	16
生地	9
蒲公英	7
知母	4
玄参	3
连翘	3
赤芍	2
夏枯草	2
石膏	1
金银花	1
川连	1
黄芩	1
忍冬藤	1
败酱草	1

在纳入的文献中，解表药的使用有 6 种，使用频数最高的首 5 种分别是柴胡 (70.5%)、白芷 (16.4%)、生姜 (4.9%)、薄荷 (3.3%)、防风 (3.3%)。

表 14 解表药的使用频数

解表药	频数
柴胡	43
白芷	10
生姜	3
薄荷	2
防风	2
桂枝	1

在纳入的文献中，补阴药的使用有 8 种，使用频数最高的首 3 种分别是麦冬 (78.2%)、黑芝麻 (7.3%)、龟板/龟甲/龟甲珠 (5.5%)。

表 15 补阴药的使用频数

养阴药	频数
麦冬	43
黑芝麻	4
龟板/龟甲/龟甲珠	3

天冬	1
玉竹	1
女贞子	1
百合	1
黄精	1

在纳入的文献中，理气药的使用有 9 种，使用频数最高的首 5 种是香附 (28.3%)、青皮 (22.6%)、陈皮 (17.0%)、枳壳 (15.1%)、佛手 (5.7%)。

表 16 理气药的使用频数

理气药	频数
香附	15
青皮	12
陈皮	9
枳壳	8
佛手	3
玫瑰花	2
木香	2
枳实	1
乌药	1

在纳入的文献中，化痰药的使用有 7 种，使用频数最高的首 3 种是桔梗 (73.6%)、瓜蒌 (15.1%)、皂角刺 (3.8%)。

表 17 化痰药的使用频数

化痰药	频数
桔梗	39
瓜蒌	8
皂角刺	2
半夏	1
天南星	1
浙贝母	1
桔核	1

在纳入的文献中，补阳药的使用有 8 种，使用频数最高的首 3 种是鹿角霜/鹿角片(35.7%)、桑寄生(14.3%)、杜仲(14.3%)。

表 18 补阳药的使用频数

补阳药	频数
鹿角霜/鹿角片	5
桑寄生	2
杜仲	2
巴戟天	1
淫羊藿	1
紫河车粉	1
何首乌	1
菟丝子	1

(三) 首 20 种药物组成统计

在 106 篇对照文献中，涉及中药材共有 119 种，用药总频数为 1173 味，其中出现百分比最高的 20 种中药，其名称、频数、百分比如下：

表 19 中医治疗产后缺乳的首 10 种药物组成与分布

1-10 种药 物	当归	黄芪	王不 留行	通草	党参	山甲	白术 川芎	柴胡 麦冬	甘草	漏芦
出现 频数	90	81	73	70	59	49	44	43	42	41
占百 分比	7.7%	6.9%	6.2%	6.0%	5.0%	4.2%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%

表 20 中医治疗产后缺乳的第 11-20 种药物组成与分布

11-20 种药物	桔梗	白芍	熟地 路路 通	益母 草	丝瓜 络	木通	花粉	茯苓 香附	人参	青皮
出现频 数	39	35	28	19	18	17	16	15	13	12

占百分 比	3.3%	3.0%	2.4%	1.6%	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.1%	1.0%
----------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

总结上述频数分析结果，治疗产后缺乳首 20 种常用的中药为当归、黄芪、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术与川芎并列、柴胡与麦冬并列、甘草、漏芦、桔梗、白芍、熟地与路路通并列、益母草、丝瓜络、木通、天花粉、茯苓与香附并列、人参、青皮。

二、中医治疗产后缺乳的主要药物性味归经及功效

药物名称、性味、归经与功效，参考由高学敏主编、中国中医药出版社出版的《中药学》^[113]。

(1) 首 20 种药物的性味归经与功效：

1. 当归：甘、辛，温。归肝、心、脾经。功效：补血调经，活血止痛，润肠通便。
2. 黄芪：甘，微温。归脾、肺经。功效：补气健脾，升阳举陷，益卫固表，利尿消肿，托毒生肌。
3. 王不留行：苦，平。归肝、胃经。功效：活血通经，下乳消痈，利尿通淋。
4. 通草：苦，寒。归心、小肠、膀胱经。功效：利尿通淋，清心火，通经下乳。
5. 党参：甘，平。归脾、肺经。功效：补脾肺气，补血，生津。
6. 穿山甲：咸，微寒。归肝、胃经。功效：活血消症，通经，下乳，消肿排脓。
7. 白术：甘、苦，温。归脾、胃经。功效：益气健脾，燥湿利水，止汗，安胎。
川芎：辛，温。归肝、胆、心包经。功效：活血行气，祛风止痛。
8. 柴胡：苦、辛，微寒。归肝、胆经。功效：解表退热，疏肝解郁，升举阳气。
麦冬：甘、微苦，微寒。归胃、肺、心经。功效：养阴润肺，益胃生津，清心除烦。
9. 甘草：甘，平。归心、肺、脾、胃经。效：补脾益气、祛痰止咳、缓急止痛，清热解毒，调和诸药。
10. 漏芦：苦，寒。归胃经。功效：清热解毒，消痈散结，通经下乳，舒筋通脉。
11. 桔梗：苦、辛，平。归肺经。功效：宣肺，祛痰，利咽，排脓。
12. 白芍：苦、酸，微寒。归肝、脾经。功效：养血敛阴，柔肝止痛，平抑肝阳。
13. 熟地：甘，微温。归肝、肾经。功效：补血养阴，填精益髓。
路路通：苦，平。归肝、肾经。功效：祛风活络，利水，通经。
14. 益母草：辛、苦，微寒。归心、肝、膀胱经。功效：活血调经，利水消肿，清热解毒。
15. 丝瓜络：甘，平。归肺、胃、肝经。功效：祛风，通络，活血。

16. 木通：苦，寒。归心、小肠、膀胱经。功效：利尿通淋，清心火，通经下乳。
17. 天花粉：甘、微苦，微寒。归肺、胃经。功效：清热泻火，生津止渴，消肿排脓。
18. 茯苓：甘、淡、平。归心、脾、肾经。功效：利水渗湿，健脾，宁心。
- 香附：辛、微苦、微甘，平。归肝、脾、三焦经。功效：疏肝解郁，通经止痛，理气调中。
19. 人参：甘、微苦，微温。归肺、脾、心经。功效：大补元气，补脾益肺，生津，安神益智。
20. 青皮：苦、辛，温。归肝、胆、胃经。疏肝破气，消积化滞。

(2) 首 20 种药物归经分布

归肝经的有 12 种：当归、王不留行、穿山甲、柴胡、川芎、白芍、路路通、熟地、益母草、丝瓜络、青皮、香附。

归胃经的有 9 种：王不留行、穿山甲、漏芦、白术、麦冬、丝瓜络、青皮、天花粉、甘草。

归脾经的有 9 种：当归、黄芪、党参、白术、白芍、人参、香附、茯苓、甘草。

归肺经的有 8 种：黄芪、党参、桔梗、麦冬、丝瓜络、天花粉、人参、甘草。

归心经的有 8 种：当归、通草、麦冬、益母草、木通、人参、茯苓、甘草。

归胆经的有 3 种：柴胡、川芎、青皮。

归膀胱经的有 3 种：通草、益母草、木通。

归肾经的有 3 种：路路通、熟地、茯苓。

归心包经的有 2 种：川芎、木通。

归小肠经的有 1 种：通草。

归三焦经的有 1 种：香附。

以归肝经为主，胃经与脾经次之，其余依次为肺经、心经、胆经、膀胱经、肾经、心包经、小肠经、三焦经。

表 21 主要药物归经分布

归经	药物
肺经	黄芪、党参、桔梗、麦冬、丝瓜络、天花粉、人参、甘草
胃经	王不留行、穿山甲、漏芦、白术、麦冬、丝瓜络、青皮、天花粉、甘草
脾经	当归、黄芪、党参、白术、白芍、人参、香附、茯苓、甘草
心经	当归、通草、麦冬、益母草、木通、人参、茯苓、甘草
心包经	川芎、木通

小肠经	通草
肾经	路路通、熟地、茯苓
膀胱经	通草、益母草、木通
胆经	柴胡、川芎、青皮
肝经	当归、王不留行、穿山甲、柴胡、川芎、白芍、路路通、熟地、益母草、丝瓜络、青皮、香附
三焦经	香附

(3) 首 20 种药物的主要药物性味分布

首 20 种药物中，四性中以平(8)为主，微寒(5)、温(4)次之；五味中以苦味(15)为主，甘味(12)、辛味(7)次之。

表 22 主要药物性味分布

性味	药物
辛	当归、桔梗、川芎、柴胡、益母草、青皮、香附
甘	当归、黄芪、党参、麦冬、白术、茯苓、甘草、熟地、丝瓜络、天花粉、人参、香附
酸	白芍
苦	王不留行、通草、漏芦、麦冬、桔梗、白术、柴胡、白芍、路路通、益母草、天花粉、木通、青皮、人参、香附
咸	穿山甲
淡	茯苓
平	王不留行、党参、桔梗、甘草、路路通、丝瓜络、香附、茯苓
温	当归、川芎、白术、青皮
微温	黄芪、熟地、人参
寒	通草、漏芦、柴胡、木通
微寒	穿山甲、麦冬、白芍、益母草、天花粉

第四章 讨论

本文通过系统评价及 Meta 分析的方法评价近 20 年中医治疗产后缺乳的临床疗效, 以及通过整理临床文献研究, 总结归纳出治疗产后缺乳的用药和用穴规律, 为以后的临床研究提供参考作用。

第一节 Meta 结果分析

一、Meta 结果分析

本文使用 Meta 分析评价 46 个 RCT 研究, 结果表明中医药治疗产后缺乳的治愈率、总有效率、母乳喂养率、乳房充盈度评分、泌乳始动时间和产后 3-5d 和 6-7d 血清泌乳素皆优于产后常规护理组, 治疗组和对照组有显著的统计学差异, 中医药治疗包括中药、推拿、中药联合推拿、针灸等。

Meta 结果分析提示中医治疗产后缺乳有效。中医药治疗有助于提高产妇的乳房充盈度和母乳喂养率; 缩短泌乳始动时间; 并提高产后 3-5d 和产后 6-7d 血清泌乳素水平。

二、文献质量的评价分析

近 20 年中医药治疗产后缺乳的随机对照研究中符合基本纳入标准的有 231 篇, 当中 JADAD SCORE 超过 3 分的只有 46 篇, 反映质量较高的文献占总数的 19.9%。在本文纳入的文献中有 84.8% 采用随机数字表法, 当中少量文献提及随机数字表由计算器所产生。大部分因质量较差被排除的文献只提及随机分组, 未有具体描述随机分配的方法, 又或者采用不当的随机分组方法如入院或分娩先后次序、单双号交替分配、不同的护理方法、按意愿分配等。不当的随机分组方法具有可预测性, 容易造成选择性的偏差(selection bias)。

在随机分配隐藏方面, 纳入的 46 篇文献中仅有一篇提及使用信封法。其余的文献在实验设计方面没有提及分配隐匿, 反映研究或存在分派偏误(allocation bias)。

在盲法方面, 纳入的文献中有 8 篇文献有提及单盲或双盲, 只有 1 篇提及盲法的对象(患者), 其余均无提及盲法的方法和对象。当医疗提供者知悉受试的病人的治疗方式, 治疗组和对照组的数据或不良反应可能并没有公平地受评估, 或会出现侦测性偏误(detection bias)。虽然盲法可降低实施偏倚(Performance Bias)和确认偏倚(Ascertainment Bias), 但是针灸或推拿涉及操作, 基于实验本身的局限性, 难以完全实施盲法, 建议可对疗效评估者或患者设盲并且具体描述盲法的方法以减低偏倚。

在随访研究方面，91.3%的文献没有设立随访研究，其余随访时间 1-4 个月不等。纳入的研究一般在产妇生产后住院期间进行，疗程维持 3-7 天。产妇在出院后基本上已完成治疗，在随访期间，不同的环境因素增加了未知变量对泌乳的影响，超过疗效的作用时间，或会使结局受影响。因此，随访期不宜过长。

在退出与撤出病例方面，所有纳入的文献皆有报告治疗前后治疗组和对照组的人数。87.0%的文献治疗前后人数没有改变，13%的文献提到脱落和退出的病例数目和原因，如急性乳腺炎或感冒等。

在不良反应方面，只有 23.9%的文献报告是否有不良反应，反映超过 7 成的研究没有关注治疗方法的安全性。在报导安全性的 11 篇文献中，81.8%报告未有不良事件，由于样本数量少，没有足够的信息评估治疗安全上是否存在其他潜在风险。

在组间均衡比较，纳入的文献均描述治疗组和对照组的基线数据（包括产妇的年龄、体重、产次、分娩方式、病程长短等），其进行统计学处理，基线组间差异不具有统计学意义，因此具有可比性。

从 Meta 分析的漏斗图可见，存在一定的不对称性，提示纳入的研究可能存在发表偏倚，原因可能是与实验的设计、方法学、样本数量少等有关。

总结纳入的文献质量在 JADAD SCORE 评分上是有较高的评分，符合随机对照实验的标准，在随机方法、治疗前后病例数据、组间差异比较的报告有具体的描述。对于随机分配隐藏、盲法和不良反应的报告不足，未能降低实施、测量及发表偏倚。

本课题研究所纳入的文献样本量最大为 200 例，没有报告样本量详细计算方法，缺乏多中心、大样本、高质量的随机对照实验。因此，中医治疗产后缺乳的疗效优于常规护理组的结论仍需补充。本研究的 Meta 分析未能完全阐明哪一个治疗方法有最佳的治疗效果。故此，本文 Meta 分析偏向支持中医治疗产后缺乳的证据，结论仍需严谨对待。

三、研究对象和结局指标分析

产后缺乳的诊断标准较为模糊和主观，使实验设计和结果存在一定的偏倚和差异性。根据表 2 产后缺乳的诊断标准统计超过 13 种，未有统一的标准，概括纳入研究的诊断标准，一般认为产妇乳汁少或无，不足以满足婴儿所需，只有少量研究提及喂奶次数、补乳量、婴儿的反应、排尿次数等。

由于各研究之间所应用的诊断疗效标准不统一,能够合并结果并纳入 Meta 分析的文献数量不多。在诊断疗效标准方面,大部分的随机对照研究从多角度观察和分析中医药在预防和治疗产后缺乳的疗效,既有采用主观的疗效判断如总有效率、治愈率、乳房充盈或饱满度评分、乳房胀痛或淤积程度评分、泌乳量评分、母乳粘稠度评分等,亦有采用较客观的疗效判断标准如治疗后的母乳喂养率、泌乳始动时间、血清泌乳素值、每日或每次泌乳量等。

以治愈率为结局指标的文献中,Meta 分析结果按不同干预措施进行亚组分析后,异质性检验从 $I^2=75\%$ 下降到 $I^2=49.2\%$,仍有较高的异质性。考虑异质性来源不仅为实验组的干预措施不同,还可能来自不统一的疗效评价标准。亚组分析中,推拿组的异质性最高,郑娟 2014 痊愈标准为乳汁量能满足新生儿 2/3 的母乳需求。刘玉玲*2019 及朱云飞*2020 参考《中药新药临床研究指导原则》,痊愈标准为乳汁分泌能完全满足婴儿需要,好转则为满足婴儿 2/3 的母乳需求,好转病例并不纳入该研究的痊愈率中。梁万芹*2020 参考《中医妇科病证诊断疗效标准》,痊愈为乳汁能满足日常哺乳需求。

治愈率亚组分析中,异质性高的其次为中药组,郑燕 2013 的痊愈标准为治疗后气血虚弱证候如乳汁不足、面色苍白、神疲气短等完全消失、积分需减少 95%以上。魏淑珍 2013 的治愈标准为产妇临床症状消失,乳汁分泌正常和充足,能够满足婴儿需要,若乳汁量增加但只能满足婴儿 1/2 的母乳需求,需要补奶,属于显效。马征*2017 的治愈标准相对简单,参考《中医常见病证诊疗常规》,治愈为乳汁分泌正常,能正常哺乳。

纳入的文献中,没有详述泌乳始动时间的定义。产后泌乳始动时间的描述可能存在差异。妇女产后泌乳分为三个阶段,第一阶段是产后数小时开始分泌淡黄色的初乳;第二阶段是约产后四天,乳腺开始制造大量的乳汁,称为过渡乳,泌乳量达每天 500-750ml, Neville et al^[114]认为此时是首次泌乳时间(onset of lactation)。陆萍^[115]等则认为泌乳始动时间是指胎儿、胎盘离开母体后,乳房首次溢出乳汁的时间。除了定义上的差异性,临床上自然分娩产妇和剖宫术后产妇的泌乳始动时间也存在差异。建议日后临床研究在干预对象方面锁定分娩方式,或同时列出自然分娩和剖宫术后产妇的数据。

部分纳入的研究测定血清泌乳素的时间以治疗天数计算,没有交代具体的血液样本采集时间。血清泌乳素是促进泌乳的其中一个因素,泌乳素水平对泌乳始动时间和

泌乳量有重要的作用。王彩珊等研究血清泌乳素水平与泌乳始动时间、泌乳量等的关系,观察 100 名自然分娩及剖宫产产妇产后 1 个月的泌乳素变化,结果显示血清泌乳素高的孕妇泌乳始动时间较早、泌乳量较多、产后子宫恢复较好,而自然分娩和剖宫产妇产的血清泌乳素值无明显差异。泌乳素于产后 2h 内可达到 200-400ug/L^[116],分娩 3 天逐步下降,测定时间一般为产后 24h、48h、72h 或 96h。

产妇泌乳情况的评价指标有很多,希望在诊断疗效方面可统一化,有助客观地评估泌乳情况及有关产妇泌乳的临床研究。

第二节 产后缺乳的针推用穴分析

针灸或推拿刺激腧穴可促进泌乳机制主要通过通过对下丘脑-垂体轴功能的良性双向调节,使缩宫素、催乳素分泌增多,有利乳汁的分泌。同时可调节雌激素及孕激素的分泌,使之相应减少,以减少其产生的抑制乳汁分泌的作用^[118]。郑晓英等^[119]认为针刺治疗产后缺乳的机制在于可调控性激素、下丘脑-垂体-卵巢轴、多巴胺分泌、情绪状态、睡眠昼夜节律和镇痛。

在纳入的文献中,治疗产后缺乳首 20 个频数高的穴位为膻中、乳根、少泽、足三里、脾俞、合谷、太冲、三阴交、期门、乳中、肝俞、中脘、内关、中府、屋翳、胃俞、肩井、膺窗、天池和膈俞。产后缺乳常用穴主要分为局部取穴、远程取穴、背俞穴取穴、循经取穴和耳穴五项分析。

一、局部取穴

《黄帝内经》曰“腧穴所在,主治所在”,腧穴具有治疗其所在部位局部及邻近组织、器官病证的作用^[119]。产后缺乳的病位在胸腹部,故胸腹部和肩部腧穴为治疗产后缺乳的局部穴位。

膻中的选用频率最高,反映治疗产后缺乳最常用穴位为膻中,《针灸大成》记载“无乳以膻中为奇效”。膻中对于治疗产后缺乳的作用可分为以下几点。第一,宣通肺气,《灵枢·海论篇》曰:“膻中者,为气之海”。膻中为八会穴之气会,即宗气汇聚之地,可推动宗气经肺走息通,推动肺的一身之气运行。另宗气贯心脉,推动血行。膻中可宽胸理气,调畅气机,是行气养血生乳、通乳之要穴。第二,益气通脉,膻中属于心包的募穴,可将气血推动至身体组织,营养脏腑,有助乳汁的生成。第三,疏肝解郁,现代医学发现膻中穴可提高中枢神经系统内的五羟色胺含量,诱发神经元的活动,能有效抑制抑郁症的发展^[120]。《素问·灵兰秘典论》:“膻中者,臣使之官,

喜乐出焉”。气和则喜乐由生，膻中可用于肝气郁滞型的乳汁不畅和产后情绪低落。第四，膻中属任脉，任主胞胎。现代文献对膻中催乳、通乳的作用机制研究较少，可考虑研究膻中穴对产后子宫收缩、胎盘恶露排出和乳汁之间的关系。

乳根、乳中、屋翳、膺窗属足阳明胃经，可补益气血，通经活络，使乳房气血畅通，促进排乳。

期门属足厥阴肝经，为肝之募穴，可疏肝理气，宽胸利气，治疗胸胁胀满、乳汁不通。

中府属手太阴肺经，为肺之募穴，宗气之所聚。《女科精要》曰：“胎既产，则胃中清纯津液之气，归于肺，朝于脉，流入乳房，变白为乳，是禀肺金之色也”。故刺激中宗穴可促进肺气推动气血流入乳房。

天池属手厥阴心包经，位于乳头外一寸，可疏通局部气血，促进乳汁分泌。

肩井属足少阳胆经，可治肩痛、乳汁不下、胞衣不下，有助改善产妇肩痛、缺乳、恶露排出、子宫复旧等症状。肩井为手阳明大肠经、足少阳胆经、足阳明胃经和阳维脉之交会穴。《针灸穴名解》：“古有井田之法，井开四道，而分八宅，即四通八达也。古者日中为市，交易者汇集于井”^[121]。古人认为肩井穴为阳气交集之地，有连接阳经之经络气血、输送和调节气血之作用。《百症赋》：“肩井，乳痛而极效”。故肩井有消肿散结之效，可舒缓产后乳房肿胀痛的情况，预防乳痛之发生。《儒门事亲》：“乳汁不下针肩井二穴”。可见肩井有疏通乳腺，通络下乳的作用。现代研究多选用肩井治疗急性乳腺炎、催产、颈椎病等^[122]。

中脘属任脉，胃之募穴，可和胃健脾、降逆利水，有助气血之生化，有利乳汁之生成。现今饮食营养丰富，但产后缺乳的发生率逐渐上升，属气血虚弱证或痰湿阻滞证的患者仍占不少，反映部分的产妇脾胃虚弱，气血生化或运化无力。大部分产后妇女有坐月进补的习惯，雇用陪月或月子中心的产妇比比皆是，产后活动不足、过度进食高脂或高蛋白的食物、精神紧张等会影响胃肠吸收功能，从而影响乳汁的产生。中脘位于胃部的体表投射区，布有助间神经，刺激中脘穴可调节胃肠功能，增强胃肠蠕动和促进胃液的分泌，从而增强胃肠消化和吸收的能力^[123]。

二、远程取穴

“经脉所过，主治所及”，腧穴具有治疗其远程部位的脏腑、组织器官病证的作用。产后缺乳的常用远程取穴为位于四肢的穴位。其中，少泽的使用频率最高。

少泽是手太阳小肠经的井穴，针灸古典《扁鹊神应针灸玉龙经》、《针方六集》、《经穴图考》等记载少泽穴可治妇人无乳或乳汁不通。少泽是催乳的经验用穴，有通经活络，开窍利乳的作用。

足三里属足阳明胃经，可补益中气、益气生血，促进乳汁的化生。分娩过程耗伤气血，足三里可强壮身体之作用，有助产妇恢复状态。

合谷属手阳明大肠经、太冲属足厥阴肝经，合谷与太冲称四关穴。合谷之气在阳，偏调血中之气；太冲之气在阴，偏于理气中之血。若两者上下配穴使用，可调和气血、脏腑、阴阳，使产妇气血得以畅顺运行、脏腑功能协调、阴阳调和。

内关属手厥阴心包经，可治情志失和、气机阻滞的胸痛、胁痛。产妇产后需承受一定的痛楚，如自然分娩的阴道损伤或剖宫产术后伤口、不当哺乳造成的乳头疼痛等，会影响乳汁分泌。一些穴位如合谷、内关等有镇静止痛的作用，舒缓产后的疼痛不适，使下丘脑正常分泌 PRL，促进乳汁的分泌。

三阴交属足太阴脾经，健脾益血、调补肝肾、安神的作用。

三、特定穴-背俞穴取穴

背俞穴属于特定穴之一。脏腑之气皆输注于腰背部的腧穴，位于足太阳膀胱经第 1 侧线上，依脏腑的高低排列。治疗产后缺乳的常用背俞穴有膈俞、肝俞、脾俞、胃俞。刺激脾俞、胃俞可促进脾胃功能，有助气血的生化、乳汁的产生；膈俞有活血的作用；肝俞疏理肝气，故膈俞和肝俞有助气血的运行、乳汁的排出。

四、循经取穴

按腧穴所属经络按次排序为足阳明胃经、任脉、足太阳膀胱经、手太阳小肠经、足太阴脾经、足厥阴肝经、手厥阴心包经、手阳明大肠经、足少阴肾经、手太阴肺经、足少阳胆经、督脉、手少阴心经、手少阳三焦经。反映治疗产后缺乳的常用经络为胃经、任脉、膀胱经、脾经和肝经。

五、耳针

耳针是指在耳廓穴位上用针刺或其他方法进行刺激，从而防治疾病的一种方法，由于操作方便，有不少治疗产后缺乳的文献都应用耳针。耳部是人体的缩影，汇集了全身的经络，在耳部上都能找到十二经脉和身体各部分相应的穴位。首 10 个常用于

产后缺乳的耳穴包括内分泌、肝、胸、脾、神门、胃、乳腺、皮质下、交感和胆。通过针刺或按压刺激内分泌、皮质下、交感、神门，可调节人体的内分泌系统；胸、乳腺可促进乳汁的分泌；脾、胃、脾、胆可调节人体脏腑功能，促进造乳和泌乳功能。

第三节 产后缺乳的用药分析

一、产后缺乳的中医证候分析与讨论

首 3 位频数高的中医证候为气血虚弱(46.4%)、肝气郁滞(34.5%)、痰浊中阻(10%)等。产后缺乳发病与肝脾密切相关，乳汁乃气血所化，脾为气血生化之源，脾气的旺盛与否与乳汁生成的多少有关；产后的情绪与血量的调节由肝气主导，直接影响乳汁的生成与排出。产后缺乳病因病机以气血虚弱、肝气郁滞为主，兼有痰浊中阻。治疗上应补益气血、疏肝解郁兼以化痰祛湿。

二、产后缺乳的用药的分析与讨论

治疗产后缺乳的方药中，本文纳入文献有 106 篇，涉及中药 119 种，用药总频数 1173 味次，使用频次大于等于 2 的药物有 73 种，其出现 1127 次，占总用药频次 96.1%；使用频次少于 2 的药物有 46 种，占 3.9%。使用频数 20 次以上的药物有 15 味，按出现频率由高到低依次排序为当归、黄芪、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术、川芎、柴胡、麦冬、甘草、漏芦、桔梗、白芍、熟地、路路通。

纳入研究的文献中记述的 119 种中药按药物功效规范分类，分为 18 个药物种类。参照《中药学》（高学敏主编. 中国中医药出版社，2007），药物类别频数首 10 位为补气药(22.2%)、活血化瘀药(17.8%)、祛湿药(14.9%)、补血药(12.5%)、清热药(7.9%)、解表药(5.2%)、补阴药(4.7%)、理气药(4.5%)、化痰药(4.5%)、补阳药(1.2%)。

1. 药物种类分析

从药物类别频次分析，补虚药（包括补气药、补血药、补阴药、补阳药）的使用频次为 486 次，占 41.4%。用于实证的药物（包括活血化瘀药、祛湿药、清热药、解表药、理气药、化痰药、消食药）的使用频次为 644 次，占 54.9%，较补虚药多。产后缺乳的证候大多虚实夹杂，用药统计提示产妇的虚实比重，实比虚多，治疗上应攻补兼施。

补虚药(41.1%)：常用的补气药有黄芪、党参、白术、甘草、人参等；常用的补血药有当归、白芍、熟地等；常用的补阳药有鹿角霜/鹿角片、桑寄生、杜仲等；常用补阴药有麦冬、黑芝麻、龟板/龟甲/龟甲珠等。

活血化瘀药(17.8%)：常用的活血化瘀药有王不留行、穿山甲、川芎、益母草、桃仁等。

祛湿药(14.9%)：常用的祛湿药有通草、路路通、丝瓜络、木通、茯苓等。

清热药(7.9%)：常用的清热药有漏芦、天花粉、生地、蒲公英、知母等。

解表药(5.2%)：常用的解表药有柴胡、白芷、生姜、薄荷、防风等。

理气药(4.5%)：常用的理气药有香附、青皮、陈皮、枳壳、佛手等。

化痰药(4.5%)：常用的化痰药有桔梗、瓜蒌、皂角刺等。

首 10 种药物类别占全部用药频次的比例高达 95.2%，提示治疗产后缺乳的用药以补虚药、活血化瘀药、祛湿药为主，辅以清热药、解表药、理气药和化痰药。解表药的使用频次为 61 次，当中柴胡和薄荷使用频次为 45 次，因治疗产后缺乳时运用柴胡和薄荷用以疏肝理气，若将柴胡和薄荷归于理气药，解表药用药频次减为 16 次，占总使用频次 1.4%。理气药使用频次由 53 次增至 98 次，占总使用频次 8.4%。因此，治疗产后缺乳的用药以补虚、活血化瘀、祛湿为主，兼以理气、清热、化痰。

治疗产后缺乳以补虚为基础，补虚药中包括补气药(22.2%)、补血药(13.4%)、补阴药(4.7%)、补阳药(1.1%)。在药物类别频次统计中，补气药的应用频率最高，提示治疗产后缺乳的首要用药为补气药。产后百节空虚，妇女无论在分娩过程、产后照顾婴儿或哺乳都容易耗气，预防和治疗产后病应着重补充元气，补气以生血。《傅青主女科》曰“新产之妇，血已大亏，血本自顾不暇，又何能以化乳？乳全赖气之力，以行气而化之也”。补气药中，常用的中药包括黄芪、党参、白术、甘草、人参等，偏向补脾肺气。当中，黄芪的使用率最高，黄芪健脾补气，有助产后脾胃恢复，以滋气血生化之源，增加泌乳量。研究示黄芪能够激活造血系统，制造血细胞^[124]。党参性味甘平，益气补血，生津。白术性味甘苦温，益气健脾，燥湿利水，止汗，安胎，本品既可补气健脾，又可利水消肿。人参性味甘、微苦、微温，可大补元气、补脾益肺、生津、安神益智。《本草汇言》曰“补气生血，助精养神之药也”。

使用频数最高的中药是当归，而使用频数最高的药物种类是补气药，反映治疗产后缺乳需使用补气、补血药，因“有形之血不能自生，生于无形之气”。补血药较为滋腻，使用时可配化湿行气消食药以助脾胃吸收和运化。常用的补血药包括当归

(54.2%)、白芍(21.1%)、熟地(16.9%)。当归为补血之圣药,《医学启源》曰“当归,气温味甘,能和血补血,尾破血,身和血”。白芍味酸,收敛肝阴以养血、柔肝止痛、敛阴止汗。熟地性味甘微温,补血养阴,填精益髓。《本草纲目》“填骨髓,长肌肉,生精血,补五脏内伤不足,通血脉……女子胎产百病”。

补阴药中,常用的中药有麦冬(87.8%)。麦冬长于滋养胃阴,益胃生津,清心除烦。《傅青主女科》中的通乳丹的组成有麦冬,可养血滋液。补阳药中,常用的有鹿角霜/鹿角片,乃血肉有情之品,补肝肾、益精血。补阳药占整体使用频数的 1.1%,反映在治疗产后缺乳的药物使用上,补阳药的使用不多。补阴药的使用较补阳药多,提示补益药的使用偏于养阴补血。

活血化瘀药应用频率为第 2 位,产后多虚多瘀,易虚易瘀,治疗产后缺乳时应用活血化瘀药可使乳房血脉通畅,消散瘀滞,促进排乳。由于本类药物行散力强,易耗血动血,产后初期恶露未排清时应慎用。常用的活血化瘀药有王不留行、穿山甲、川芎、益母草等。王不留行归肝、胃经,走血分,苦泄宣通,活血通经下乳。《本草纲目》谓“王不留行能走血分,乃阳明冲任之药,俗有穿山甲、王不留,妇人服了乳长流,可见其性行而不住也。”与穿山甲同用为涌泉散《卫生实鉴》,治产后乳汁不下。穿山甲活血走窜,通经下乳。《本草纲目》曰“穿山甲,通经下乳,用之要药”;《本草经疏》“性走,能行瘀血,通经络,故又有消痈毒,排脓血,下乳等”。若与蒲公英、夏枯草、瓜蒌等同用为《本草汇言》中的治乳痈初起方。但基于《保护濒危动植物物种条例》,穿山甲于香港是禁用的。川芎为血中之气药,活血通络,理气止痛。益母草祛瘀通经,使胞宫排出恶露。

祛湿药应用频率为第 3 位,随着生育年龄增大、孕期及孕后营养过剩、剖宫产手术后、岭南地区天气潮湿等因素影响,产妇多见脾虚湿困之证,无力行乳,痰气阻滞乳络。产后常见乳房肿胀痛,为乳房局部充血水肿,祛湿药可利水消肿,通络下乳,改善乳房疼痛的情况。常用的祛湿药有通草、路路通、丝瓜络、木通、茯苓等。通草为祛湿药应用频率最高的中药。通草入胃经,使胃气上达而下乳汁。《日华本草》谓其“明目,退热,催下,下胞,下乳”。现代药理研究指通草有促进乳汁分泌的作用。刘莉莉^[125]等研究结果示通草提取物能显著提高小鼠血清泌乳素(PRL)、雌二醇(E₂)和生长激素(GH)水平,也能提高乳腺组织催乳素受体(PRLR)、(雌激素受体 α)ER α 、雌激素受体 β ER β 、GHR 生长激素受体蛋白的表达量,促进小鼠乳腺泌乳。

理气药应用频率为第 4 位,产后缺乳妇女脾胃虚弱,气血生化不足,使用理气药可调理脾胃气机;或因情绪起伏致肝气郁滞,乳汁排出不畅,使用理气药可疏肝理气,

舒缓乳房胀痛不适。理气药有疏理气机即行气、降气、解郁、散结之作用，即《素问》中“逸者行之、结者散之、木郁达之之意”。产后缺乳常用的理气药有香附、青皮、陈皮、枳壳、佛手等。若柴胡以疏脾理气功效归于理气药中，其应用频率最高，柴胡辛行苦泄，疏肝解郁，使肝气调畅，助乳汁运行和排出。香附疏肝解郁，调经止痛，理气调中，善治肝气郁结之胁肋胀痛、乳房胀痛。青皮疏肝破气，消积化滞，苦泄下行，行气力猛，散结止痛较陈皮强，主治乳房肿痛和乳房结块。陈皮偏向理气健脾，促进补虚药的吸收。枳壳则行气开胸。佛手疏肝解郁，理气和中。

清热药应用频率为第 5 位，清热药的使用为制衡补虚药的燥性，或预防乳痛的发生。女性孕期阴血下聚养胎、产时耗伤阴血、照顾补生婴儿休息不足，容易导致阴虚火旺的情况。若产后只用补虚药，其温热之燥性会加重产妇虚热的情况。适当使用清热药，凉血清热，有助平衡虚热。部分产后缺乳因为乳腺未通、产妇肝郁气滞或婴儿未能有效吸吮导致乳汁不通畅，发生血热血滞如乳房红肿灼热胀痛的情况，使用清热药凉血清热可使乳脉通畅，预防乳汁淤积发为乳痛。常用的清热药有漏芦、天花粉、生地、蒲公英、知母等。《神农本草经》和《本经逢原》记录漏芦下乳汁，漏芦有清热解毒、清痈散结之效，能通经下乳，为治乳痛之良药。《本草便读》记载“漏芦咸苦性寒，入阳明血分……故能下乳消痈”。天花粉性味甘微苦微寒，清热泻火、生津止渴、消肿排脓。《本草汇言》“天花粉，退五脏郁热，……开郁结，散痰火，善能治渴”。所谓津血同源，生津可增加血量，从而提高乳量。生地性味甘苦寒，清热凉血，养阴生津。蒲公英性味苦甘寒，清热解毒，消肿散结，利湿通淋，疏郁通乳，治疗乳痈肿痛。《新修本草》“主妇人乳痈肿”。知母性味苦甘寒，清热泻火，滋阴润燥。《用药法象》“泻无根之肾火，疗有汗之骨蒸，止虚劳之热，滋化源之阴”。

化痰药应用频率为第 6 位，化痰药消痈散结，适用于产后脾虚生痰、气滞痰凝、痰浊壅滞、痰瘀互结等之乳汁不畅。常用的化痰药有桔梗、瓜蒌等。桔梗辛散苦泄，宣肺利气，排脓。《本草求真》：“桔梗系开肺气之药，可为诸药舟楫，载之上浮”，通肺络以行气血。桔梗亦有排脓作用，若产妇乳汁排出不畅，发为乳痈，也可排脓消痈。《圣济总录》卷一中的桔梗汤，重用桔梗配漏芦，可治产后乳汁不下^[126]。瓜蒌性味甘微苦寒，清热化痰，宽胸散结，润肠通便，可清热散结消痈。

2. 首 20 种常用中药分析

首 20 种常用的中药为当归、黄芪、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术与川芎并列、柴胡与麦冬并列、甘草、漏芦、桔梗、白芍、熟地与路路通并列、益母草、丝瓜络、木通、天花粉、茯苓与香附并列、人参、青皮。首 20 种药物使用频数达 934 次，占总频数的 79.6%。当归为使用频数最高的药物，其次是黄芪，黄芪与当归同用

为当归补血汤，补气以生血。动物实验示当归补血汤可改善骨髓造血功能^[127]。动物实验研究发现黄芪、王不留行能促进奶牛乳腺上皮细胞外增值和乳蛋白的合成。黄芪、王不留行通过重塑乳腺细胞的内部结构，令乳腺细胞吸收更多细胞外的游离氨基酸，合成更多的乳蛋白^[128]。

3. 首 20 种常用中药四气分析

药物的四气分为平、温、微温、寒、微寒，总频数有 934。首 20 种药物属平性药物占 30.9%；温性药物占 20.3%；微温性药物占 13.1%；寒性药物占 18.3%；微寒性药物占 17.3%。治疗产后缺乳的药物四气以平、温、寒主。由于温性和寒性的药物比例相差不多，治疗产后缺乳的药物没有明显的寒热偏颇。

4. 首 20 种常用中药五味分析

药物的五味分为辛、甘、酸、苦、咸、淡、涩 7 种，有些药物所属的五味超过 2 种或以上，总频数有 1333。首 20 种药物五味以苦甘辛为主，共 1234 次，占总数的 92.6%，苦味占 38.1%；甘味占 34.8%；辛味占 19.7%。五味中甘、苦相若，甘味具有滋养补虚、缓急止痛、调和诸药的作用，故适用于产后气血虚弱、诸身疼痛的妇女。苦味具有清泄火热、泄气降逆、通泄大便、燥湿、坚阴作用，适用于制衡补益药的燥性、产后气郁化火或湿热内困等情况。

5. 首 20 种药物归经分析

药物的归经分属十二经之经络，有些药物的所属经络超过 2 或以上，总频数有 2228。首 20 种药物归经分布以归肝经、胃经与脾经为主，共次，占总数的 53.2%。所以治疗产后缺乳以肝胃脾三经的药物为主。虽然病位在乳房，但从脏腑辨证的角度，产后缺乳的病机与肝胃脾关系密切。

6. 总结治疗产后缺乳的用药思路

- (1) 脏腑辨证，病在肝胃脾
- (2) 虚实夹杂，寓通于补
- (3) 补气祛湿，通络下乳
- (4) 清热散结，防治乳痈

治疗产后缺乳的用药动静结合，达到补而不滞、补得其所之用，同时也预防乳痈的发生和有助产后恢复。结合香港地区妇女体质分析，因潮湿气候、晚婚晚育、压力大、饮食习惯等导致体质薄弱、虚实夹杂、肝气郁滞、脾虚湿困，用药宜轻灵平和，少用辛燥之中药^[129]。在治疗产后缺乳时，要考虑补益药的使用或用量。产后的哺乳

知识和技巧、饮食调护和情绪的稳定等因素也会影响母乳喂养的情况，因此除了药物的治疗，产后的支持十分重要。

结 语

一、结论

1. 近20年产后缺乳的中医临床研究文献Meta分析提示：中医药治疗产后缺乳的治愈率和总有效率均优于常规护理组治疗。中医药治法包括中药、推拿、中药联合推拿、针灸等。中医药治疗有助于提高产妇的乳房充盈度和母乳喂养率；缩短泌乳始动时间；并提高产后3-5d 和产后6-7d血清泌乳素水平。

2. 产后缺乳的中医证候分布主要为气血虚弱、肝气郁滞、痰湿中阻。药物归经以肝、胃、脾为主。常用中药包括当归、王不留行、通草、党参、穿山甲、白术、川芎、柴胡、麦冬、甘草、漏芦等。针灸推拿以选用胃经、任脉和膀胱经为主，常用穴位为膻中、乳根、少泽、足三里等，耳穴常用穴位包括内分泌、肝、胸等。

二、创新性

虽然中医药治疗产后缺乳在临床上应用广泛，但这方面的系统评价和用穴用药规律分析资料较少，缺乏循证医学治疗的依据。

本文选取高质量的临床研究文献，从多个泌乳疗效指标系统评价中医药治疗产后缺乳的临床疗效，突出中医药治疗产后缺乳的优势，客观评价随机对照研究的实验设计和方法学。另数据挖掘和整理近20年随机对照研究的文献，归纳出中医常见证型、治法、用药用穴规律。

三、不足与展望

本文检索的研究局限于临床研究文献，未有纳入妇科名老中医治疗本病的经验，希望通过更多的研究，进一步了解本病的用药思路和规律。由于个人时间与能力所限，未能涵盖所有的数据库的相关文献，检索可能存有遗留。在系统评价和用穴用药规律分析方面仍有不足之处，希望日后能深入研究，加以补充。

论文参考文献

- [1]罗颂平, 张玉珍. 罗元恺妇科经验集[M]. 上海: 上海学科技出版社, 2005: 104-105.
- [2]张玉珍. 中医妇科学, 普通高等教育“十一五”国家级规划教材[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002, 299-300.
- [3]刘佩珊. 补益气血通络下乳方治疗产后缺乳的临床效果[J]. 智慧健康, 2020, 6(16): 133-134, 155.
- [4]刘胜春, 赵学刚, 祝佩芹. 通乳络方对气血两虚型产后缺乳疗效及催乳素的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(11): 2751-2753.
- [5]童美娜, 江叶娟, 周雪景, 等. 中药增乳汤对剖宫产产妇产乳泌乳的影响[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(2): 291-292.
- [6]李开侠, 张淑英, 王爽, 等. 醒脾通络方治疗产后缺乳 50 例临床观察[J]. 河北中医, 2014, 36(10): 1479-1480.
- [7]石国令. 下乳涌泉三治疗产后缺乳 60 例[J]. 中国临床研究, 2016, 8(26): 106-107.
- [8]郭锦桥, 陈绮思, 陈金鹏. 自拟通乳方治疗产后缺乳证 226 例[J]. 中国临床研究, 2016, 8(15): 58-60.
- [9]李英萍. 通乳合剂在本院治疗产后缺乳的临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(12): 127-128.
- [10]孟多. 黄芪催乳颗粒治疗产后缺乳的临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(4): 126-128.
- [11]朱云飞, 刘玉玲, 全小明. 穴位按摩在产后缺乳产妇中的应用研究[J]. 中国针灸, 2018, 38(1): 33-37.
- [12]张桂萍, 王美莲. 全方位手法按摩在产后乳汁过少中的治疗作用探讨[J]. 中华灾害救援医学, 2020, 8(2): 113-114, 120.
- [13]梁万芹, 杜晶. 产后穴位按摩对分娩后缺乳产妇乳汁分泌的影响研究[J]. 中国实用医药, 2020, 15(4): 131-133.
- [14]朱爱玲, 温小玲, 李梅, 等. 推拿手法治疗产后缺乳临床研究[J]. 新中医, 2018, 50(8): 177-179.
- [15]李燕明, 何淑玲, 黄娜娜, 等. 腹针引气归元法治疗气血亏虚型产后缺乳临床研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(9): 1281-1283.
- [16]陈蜜蜂, 谢金菊. 电针膻中穴联合电脑中频(透热)治疗仪治疗产后缺乳 46 例临床研究[J]. 河北中医, 2018, 40(3): 374-377.
- [17]郑贵真. 针刺治疗产后缺乳的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [18]李梅芳. 耳穴压豆在产后缺乳中的应用[J]. 临床医药实践, 2020, 29(2): 153-155.
- [19]崔敏, 胡伟, 董月芳, 等. 耳穴疗法对产后缺乳疗效的临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(8): 599.
- [20]宋艳芳, 郑云丹. 耳穴压豆治疗产后缺乳的临床观察[J]. 中外女性健康研究, 2016, (17): 180, 237.
- [21]张代碧, 王官丽, 代继红, 等. 穴位艾灸法促进产后早期泌乳的临床观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(25): 88-89.
- [22]李素红. 穴位艾灸治疗产后乳汁不足的疗效观察[J]. 蛇志, 2017, 29(2): 174-175.

- [23]罗宵, 姜霞, 覃莎娜, 等. 土人参通乳方联合穴位按摩对产后缺乳患者乳汁分泌的影响[J]. 中国社区医师, 2020, 36(6): 80-81.
- [24]胡茜莹, 王美兰, 陈爱妮, 等. 耳穴压丸法联合乳房按摩对惠阳地区产后缺乳产妇的泌乳疗效研究[J]. 新疆医科大学学报, 2019, 42(7): 934-937.
- [25]徐哲. 中药内服联合穴位按摩治产后缺乳 100 例分析[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(21): 174.
- [26]严振国. 正常人体解剖学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 129-130.
- [27]顾乃强. 实用中医乳房病学[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1993: 15-16.
- [28]Riskind, P. N., Millard, W. J., Martin, J. B. Evidence that thyrotropin-releasing hormone is not a major prolactin-releasing factor during suckling in the rat[J]. Endocrinology, 1984;115, 312-316.
- [29]Hollian R. Phillipps, Siew H., et al. Patterns of Prolactin secretion[J]. Molecular and Cellular Endocrinology, 2020:520, 110679.
- [30]Grattan. D. R., Averill, R. L., Absence of short-loop autoregulation of prolactin during late pregnancy in the rat[J]. Brain Res. Bull, 1995:36, 413-5-416.
- [31]Yip, S. H., Romano, N., Gustafson, P., et al. Elevated prolactin during pregnancy drives a phenotypic switch in mouse hypothalamic dopaminergic neurons[J]. Cell Rep. 2019;26, 1787-1799 e5.
- [32]陈子江. 女性高催乳素血症诊治共识[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(3): 161-162.
- [33]Cregan M, Mitoulas L, Harmann P. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24-hour period[J]. Exp Physiol. 2002;87:207 - 214.
- [34] D. L Bunner, E. F. Vanderlaan, W. P. Vanderlaan. Prolactin levels in nursing mothers. [J]Am. J. Obstet. Gynecol, 1978:250-252.
- [35]Crowley, W. R. Neuroendocrine regulation of lactation and milk production[J]. Comp. Physiol. 2015;5, 255-291.
- [36]Reilly S, Reid J, Skeat J. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM clinical protocol #17: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate[J]. Breastfeed Med 2007(2):243.
- [37]Thomas J, Marinelli KA, Hennessy M. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #16: Breastfeeding the hypotonic infant[J]. Breastfeed Med 2007(2):112.
- [38]Eyla G. Boies, Yvonne E. Vaucher, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #10: Breastfeeding the late preterm infant (340/7 to 366/7weeks gestation) (first revision June 2011) [J]. Breastfeed Med 2011(6):151.
- [39]Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss[J]. Pediatrics 2003(112) :607.
- [40]American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Breastfeeding. In: Pediatric Nutrition, 7th, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2014. p.41.

- [41]李淑玲, 廖惠璇, 钟玲, 等. 延续性护理对产妇产后 6 个月内纯母乳喂养的影响[J]. 现代临床护理, 2015, 14(04): 21-25.
- [42]杨曦, 马珂, 马梓桑. 母乳喂养中使用多潘立酮增加泌乳量的研究进展[J]. 中国性科学, 2018, 27(11): 99-102.
- [43]蒋日付, 蒋倩倩, 蒋希伟, 等. 促胃动力药治疗产妇产后缺乳[J]. 中外健康文摘, 2013, 10(5): 15
- [44]董素玲. 研究增乳汤加减联合甲氧氯普胺片治疗产后缺乳的疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(15): 3102-3103.
- [45]Sachs HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics[J]. Pediatrics 2013(132):e796.
- [46]Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No . 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol 2007(109):479.
- [47]Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018[J]. Breastfeed Med 2018; 13:307.
- [48]Sakha K, Behbahan AG. Training for perfect breastfeeding or metoclopramide: which one can promote lactation in nursing mothers? [J]Breastfeed Med 2008(3):120.
- [49] Lewis PA, Devenish C, Kahn C. Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breast feeding[J]. Brit J Clin Pharmacol 1980(9):217.
- [50] Anderson PO, Valdés V. A critical review of pharmaceutical galactagogues[J]. Breastfeed Med 2007(2):229.
- [51]Forinash AB, Yancey AM, Barnes KN, Myles TD. The use of galactogogues in the breastfeeding mother[J]. Ann Pharmacother 2012(46):1392.
- [52]Da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial[J]. CMAJ 2001(164):17.
- [53]Hansen WF, McAndrew S, Harris K, Zimmerman MB. Metoclopramide effect on breastfeeding the preterm infant: a randomized trial[J]. Obstet Gynecol 2005(105):383.
- [54]Fife S, Gill P, Hopkins M, et al. Metoclopramide to augment lactation, does it work? A randomized trial[J]. J Matern Fetal Neonatal Med 2011(24):1317.
- [55]Donovan TJ, Buchanan K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants[J]. Cochrane Database Syst Rev 2012:CD005544.
- [56]Campbell-Yeo ML, Allen AC, Joseph KS, et al. Effect of domperidone on the composition of preterm human breast milk[J]. Pediatrics 2010(125):e107.
- [57]American Academy of Pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk[J]. Pediatrics 1994(93):137.
- [58]Ingram J, Taylor H, Churchill C, et al. Metoclopramide or domperidone for increasing maternal breast milk output: a randomised controlled trial[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012(97):F241.

- [59] Asztalos EV, Campbell-Yeo M, da Silva OP, et al. Enhancing Human Milk Production With Domperidone in Mothers of Preterm Infants[J]. J Hum Lact 2017(33):181.
- [60] American Academy of Pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk[J]. Pediatrics 1994(93):137.
- [61]潘东军,李春晖,王宏宇,等.全产程分娩镇痛对产妇泌乳素的影响[J].临床麻醉学杂志,2015, 31(3): 264-266.
- [62]赵正兰,方琴,王炎林.硬膜外自控镇痛对剖宫产产妇血流变及泌乳素、疼痛应激的影响. [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(9): 161-163.
- [63]杨丽娟,黄平燕,李志彬.水中分娩镇痛对促进母乳喂养的效果[J].世界最新医学资讯文摘, 2017, 17(72): 149-150.
- [64]许素莲,李雪华,和杰,等.应用催产素滴鼻促进泌乳的疗效观察[J].解放军护理杂志, 2006, 23(11): 21-22.
- [65]胡丽娜,刘建,周瑾,等.缩宫素鼻喷雾剂与安慰剂随机双盲对照促排乳作用的研究[J].中国临床药理学杂志, 2000, 16(2): 93-95.
- [66]李伟英.不同剂量催产素对产妇早期泌乳量的影响[J].实用心脑血管病杂志, 2011, 19(12): 2053-2054.
- [67]Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, et al. Safety and efficacy of galactagogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production[J]. J Pharm Pharm Sci 2010; 13:162.
- [68]Zapantis A, Steinberg JG, Schilit L. Use of herbals as galactagogues[J]. J Pharm Pract 2012; 25:222.
- [69]Turkylmaz C, Onal E, Hirfanoglu IM, et al. The effect of galactagogue herbal tea on breast milk production and short-term catch-up of birth weight in the first week of life[J]. J Altern Complement Med 2011; 17:139.
- [70]Khan TM, Wu DB, Dolzhenko AV. Effectiveness of fenugreek as a galactagogue: A network Meta-analysis[J]. Phytother Res 2018; 32:402.
- [71] Zhou H.-Y., Li L., Li D., Li X., Meng H.-J., Gao X.-M., Jiang H.-J., Cao L.-R., Zhu Y.-L. Clinical observation on the treatment of post-cesarean hypogalactia by auricular points sticking-pressing. Chinese Journal of Integrative Medicine. 15 (2) (pp 117-120), 2009.
- [72]庄庆煊.催乳方促进产后泌乳的临床观察[D].福建中医药大学, 2010.
- [73]徐双.中药预防剖宫产后缺乳的疗效观察[D].南京中医药大学, 2012.
- [74]郑燕.乳通颗粒治疗产后缺乳(气血虚弱证)临床研究[D].成都中医药大学, 2013.
- [75]魏淑珍,韩丽娜.中药组方“涌乳散”治疗产后泌乳障碍的临床研究[J].中国现代医生, 2013, 51(21): 91-92, 95.
- [76]钟宇富.按揉少泽穴治疗产后缺乳的研究[D].广州中医药大学, 2014.
- [77]梁秀秀.催乳颗粒联合推拿治疗气血虚弱型缺乳疗效观察[J].中国中医药信息杂志, 2014, 21(04): 97-98.
- [78]刘姣,季晓军,金英杰,等.产后早期足三里、三阴交穴位注射促产妇乳汁分泌疗效观察[J].浙江中西医结合杂志, 2014, 24(08): 697-699.

- [79]郑娟. 辨证施护产后缺乳 70 例[J]. 河南中医, 2014, 34(09): 1855-1857.
- [80]伍燕飞, 邱少红, 罗艳霞. 辨证施膳结合穴位按摩治疗产后缺乳的效果观察[J]. 现代医院, 2014, 14(12): 70-72
- [81]顾宏梅, 沈美云, 黄海燕, 等. 早期穴位按摩配合电动吸乳促进母乳喂养的效果研究[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(10): 872-874.
- [82]张瑞娟. 半刺配合推拿手法对早泌乳干预的临床对比研究[D]. 河北医科大学, 2015.
- [83]朱琳洁, 胡引, 张慧. 以肝胃经为主穴位按摩联合通草猪蹄汤预防产后缺乳的效果分析[J]. 护理与康复, 2015, 14(08): 758-759.
- [84]夏明, 刘志坚. 产后早期行足三里及三阴交穴位注射对产妇乳汁分泌的影响[J]. 新中医, 2015, 47(05): 305-306.
- [85]陈萍. 中医特色综合措施对剖宫产产后缺乳患者泌乳作用的临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(05): 189-191.
- [86]施秀芳. 产妇缺乳的中医护理效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(10): 111-112.
- [87]倪骏骏. 中医药综合疗法治疗产后缺乳 90 例临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(06): 168-170.
- [88]陈清, 陈热花. 益气养血汤结合护理干预治疗产后乳少的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(13): 116-117.
- [89]黄菲. 推拿治疗气血不足型产后缺乳疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(02): 34-36.
- [90]马征, 王娟, 肖凯, 等. 通络生乳方治疗剖宫产后缺乳临床效果观察[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(02): 203-206.
- [91]王仙, 唐毅松, 余莉梅, 等. 经络穴位按摩对产后缺乳的效果观察[J]. 护理与康复, 2017, 16(04): 307-309.
- [92]马明霞. 产后缺乳应用中医护理的预防效果研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(13): 136-137.
- [93]张丽珍, 邓祥红, 詹少卿. 中医适宜技术对产后缺乳的预防作用[J]. 光明中医, 2017, 32(10): 1471-1472.
- [94]古满虹, 谭小金, 廖圣榕. 中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高喂养成功率中的作用[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(15): 150-151.
- [95]姚菲, 程霖, 苟雪. 中医五行音乐疗法在肝郁气滞型产后缺乳中的应用研究[J]. 成都医学院学报, 2018, 13(03): 339-341.
- [96]耿丽丽, 赵玲. 产后延伸护理服务模式对产后缺乳产妇的护理效果分析[J]. 当代护士(上旬刊), 2018, 25(04): 84-86.
- [97]徐敏. 中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高母乳喂养成功率中的作用分析[J]. 中外女性健康研究, 2018, (09): 148+180.
- [98]唐丽珍. 5P 手法按摩乳房预防剖宫产术后乳汁淤积的临床研究[J]. 中国医药导报, 2018, 15(16): 174-176.
- [99]吴昕, 周明丽, 王松慧, 等. 中药穴位敷贴促进产后乳汁分泌临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(06): 1168-1170.
- [100]王运媛, 牛向馨, 李虹铮, 等. 中医辨证施膳联合穴位按摩在产后缺乳中的应用[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(26): 3733-3734.
- [101]朱虹, 葛文贤, 唐梅琴, 等. 初产妇产后缺乳的子午流注穴位按摩干预[J]. 护理学杂志, 2018, 33(16): 42-44.

- [102]袁新颖. 当归注射液穴位注射足三里及三阴交对母乳喂养的护理研究[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(20): 130-131.
- [103]任娜, 杨亚萍. 穴位按摩结合 IKAP 护理模式对产后缺乳初产妇乳汁分泌及心理状态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(35): 191-192.
- [104]李晓静, 杨峰艳. 针药结合中医特色护理对气血亏虚型产妇产后缺乳的预防效果[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(01): 83-86.
- [105]李露洁, 金俏俏. 益气养血通乳方联合穴位推拿治疗产后缺乳的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(01): 103-104.
- [106]杜巧婷, 陈萍, 任先丽, 等. 改良式中药塌渍治疗产后早期缺乳的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(14): 32-34.
- [107]刘玉玲, 丁红梅, 朱云飞, 等. 经穴推拿治疗剖宫产术后缺乳的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(05): 686-692.
- [108]王转丽*, 彭支莲, 杨岸森, 等. 产后早期掀针贴敷促进泌乳的疗效观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(21): 30.
- [109]庄新英. 下乳方联合手法乳房按摩治疗气血亏虚型产后缺乳的临床观察. [J] 2019. 40, (9): 60-62.
- [110]朱云飞, 谢娴, 张立力, 等. 养气调血护理法对产后缺乳的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(04): 134-137.
- [111]曾彩贤, 曾彩霞, 黄建芳, 等. 假吃、耳穴压药联合穴位按摩对剖宫产产后缺乳初产妇自我效能与促进乳汁分泌的效果观察[J]. 临床护理杂志, 2020, 19(02): 27-29.
- [112]曾彩霞, 曾彩贤, 黄建芳. 产后延伸护理服务模式对产后缺乳产妇的护理效果分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(10): 92-94+148.
- [113]高学敏. 中药学 M. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 211-212, 460-461, 428, 330, 224, 426, 344, 119, 361, 429, 471, 76, 432, 312, 463, 185, 462, 325, 195, 223, 251, 87, 424, 260.
- [114]Neville, M. C., Morton, et al. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation[J]. The Pediatric Clinics of North American, 48(1), 35-52.
- [115]陆萍, 郑娟娟, 姚斐, 等. 产后泌乳评价指标的探讨[J]. 中华中医药刊, 2010, 28(11): 2353-2355.
- [116]王彩珊, 王朝红. 泌乳素在预测产后缺乳及子宫复旧中的研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11(11): 26-28.
- [117]杜元灏, 石学敏. 中华针灸临床诊疗规范. [M]南京: 江苏科学技术出版社, 2007: 399-400.
- [118]郑晓英, 穆欣, 苑程鲲, 等. 产后缺乳症针刺疗法研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(03): 97-101.
- [119]石学敏. 针灸学. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材. [M]北京: 中国中医药出版社, 2010: 17.
- [120]左海燕, 万四妹, 周美启, 等. 浅析膻中穴的主治作用[J]. 中医学报, 2019, 34(10): 2059-2061.
- [121]高式国. 针灸穴名解. [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 171.

- [122] 李凤辉, 马祖彬, 苑卉. 论肩井穴功效及临床应用[J]. 山东中医药大学报, 2016, 40(01):21-23.
- [123] 秦会帮, 南文泽, 杨铭. 中脘穴的临床应用概况[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(09):214-216.
- [124] 杨璐琪. 中药黄芪的药理作用分析及临床应用效果评价[J]. 中国疗养医学, 2019, 6:600-662.
- [125] 刘莉莉, 冯丽丽, 王博, 等. 通草对泌乳期小鼠泌乳性能及泌乳相关内分泌激素的影响[J]. 河南农业科学, 2020, 49(6):150-156.
- [126] 成翔飞. 自拟化痰通乳汤治疗产后缺乳的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2015:28.
- [127] 黄小平, 李菲, 陈凌波, 等. 黄芪和当归配伍对环磷酰胺所致骨髓造血功能抑制小鼠造血功能的影响[J]. 中草药, 2017, 48(01):121-128.
- [128] 丁月云. 王不留行、黄芪对奶牛乳腺上皮细胞体外增殖与分泌功能影响的研究[D]. 南京农业大学, 2008.
- [129] 李启文. 香港地区中医妇科常见病诊治特点的研究[D]. 广州中医药大学, 2019.

附 录

附 录 1: 改良版 JADAD 量表评分

纳入文献	随机序列 的产生 0 分/1 分 /2 分	随机化隐 藏 0 分/1 分/2 分	盲法 0 分 /1 分	撤出与 退出 0 分 /1 分	JADAD 评分	质量评价
[1]Zhou HY*2009	2	1	1	1	5	高质量
[2]庄庆煊 2010	2	1	1	1	5	高质量
[3]徐双 2012	1	1	0	1	3	低质量
[4]郑燕 2013	2	1	0	1	4	高质量
[5]魏淑珍*2013	2	1	0	1	4	高质量
[6]钟宇富 2014	2	1	0	1	4	高质量
[7]梁秀秀 2014	2	1	0	1	4	高质量
[8]刘姣*2014	2	1	0	1	4	高质量
[9]郑绢 2014	2	1	0	1	4	高质量
[10]伍燕飞*2014	2	1	0	1	4	高质量
[11]顾宏海*2015	2	1	0	1	4	高质量
[12]张瑞娟 2015	1	2	0	1	4	高质量
[13]朱琳洁*2015	2	1	0	1	4	高质量
[14]夏明*2015	2	1	0	1	4	高质量
[15]陈萍 2015	2	1	0	1	4	高质量
[16]施秀芳 2015	1	0	1	1	3	低质量
[17]倪骏骏 2015	2	1	0	1	4	高质量
[18]陈清*2015	1	0	1	1	3	低质量
[19]黄菲 2017	2	1	0	1	4	高质量
[20]马征*2017	1	1	1	1	4	高质量
[21]王仙*2017	2	1	0	1	4	高质量
[22]马明霞 2017	2	1	0	1	4	高质量
[23]张丽珍*2017	2	1	0	1	4	高质量
[24]古满虹* 2017	2	1	0	1	4	高质量
[25]姚菲*2018	2	1	0	1	4	高质量
[26]张代碧*2018	0	1	1	1	3	低质量

[27]耿丽丽*2018	2	1	0	1	4	高质量
[28]徐敏 2018	2	1	0	1	4	高质量
[29]唐丽珍*2018	2	1	0	1	4	高质量
[30]吴昕*2018	2	1	0	1	4	高质量
[31]王运媛*2018	2	1	0	1	4	高质量
[32]朱虹*2018	2	1	0	1	4	高质量
[33]袁新颖*2018	1	0	1	1	3	低质量
[34]任娜*2018	2	1	0	1	4	高质量
[35]李晓静*2019	2	1	0	1	4	高质量
[36]刘玉玲*2019	2	1	0	1	4	高质量
[37]李露洁*2019	2	1	0	1	4	高质量
[38]杜巧婷*2019	2	1	0	1	4	高质量
[39]王转丽*2019	1	0	1	1	3	低质量
[40]庄新英 2019	2	1	0	1	4	高质量
[41]李梅芳 2020	2	1	0	1	4	高质量
[42]朱云飞*2020	2	1	0	1	4	高质量
[43]梁万芹*2020	2	1	0	1	4	高质量
[44]张桂萍*2020	2	1	0	1	4	高质量
[45]曾彩贤*2020	2	1	0	1	4	高质量
[46]曾彩霞*2020	2	1	0	1	4	高质量

附录 2: 纳入 Meta 分析的文献

[1] Zhou H.-Y., Li L., Li D., Li X., Meng H.-J., Gao X.-M., Jiang H.-J., Cao L.-R., Zhu Y.-L.

Clinical observation on the treatment of post-cesarean hypogalactia by auricular points sticking-pressing. Chinese Journal of Integrative Medicine. 15 (2) (pp 117-120), 2009.

[2]庄庆煊. 催乳方促进产后泌乳的临床观察[D]. 福建中医药大学, 2010.

[3]徐双. 中药预防剖宫产后缺乳的疗效观察[D]. 南京中医药大学, 2012.

[4]郑燕. 乳通颗粒治疗产后缺乳(气血虚弱证)临床研究[D]. 成都中医药大学, 2013.

[5]魏淑珍, 韩丽娜. 中药组方“涌乳散”治疗产后泌乳障碍的临床研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(21): 91-92+95.

[6]钟宇富. 按揉少泽穴治疗产后缺乳的研究[D]. 广州中医药大学, 2014.

[7]梁秀秀. 催乳颗粒联合推拿治疗气血虚弱型缺乳疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(04): 97-98.

- [8]刘姣, 季晓军, 金英杰, 等. 产后早期足三里、三阴交穴位注射促产妇乳汁分泌疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(08): 697-699.
- [9]郑娟. 辨证施护产后缺乳 70 例[J]. 河南中医, 2014, 34(09): 1855-1857.
- [10]伍燕飞, 邱少红, 罗艳霞. 辨证施膳结合穴位按摩治疗产后缺乳的效果观察[J]. 现代医院, 2014, 14(12): 70-72
- [11]顾宏梅, 沈美云, 黄海燕, 等. 早期穴位按摩配合电动吸乳促进母乳喂养的效果研究[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(10): 872-874.
- [12]张瑞娟. 半刺配合推拿手法对早泌乳干预的临床对比研究[D]. 河北医科大学, 2015.
- [13]朱琳洁, 胡引, 张慧. 以肝胃经为主穴位按摩联合通草猪蹄汤预防产后缺乳的效果分析[J]. 护理与康复, 2015, 14(08): 758-759.
- [14]夏明, 刘志坚. 产后早期行足三里及三阴交穴位注射对产妇乳汁分泌的影响[J]. 新中医, 2015, 47(05): 305-306.
- [15]陈萍. 中医特色综合措施对剖宫产产后缺乳患者泌乳作用的临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(05): 189-191.
- [16]施秀芳. 产妇缺乳的中医护理效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(10): 111-112.
- [17]倪骏. 中医药综合疗法治疗产后缺乳 90 例临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(06): 168-170.
- [18]陈清, 陈热花. 益气养血汤结合护理干预治疗产后乳少的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(13): 116-117.
- [19]黄菲. 推拿治疗气血不足型产后缺乳疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(02): 34-36.
- [20]马征, 王娟, 肖凯, 等. 通络生乳方治疗剖宫产后缺乳临床效果观察[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(02): 203-206.
- [21]王仙, 唐毅松, 余莉梅, 等. 经络穴位按摩对产后缺乳的效果观察[J]. 护理与康复, 2017, 16(04): 307-309.
- [22]马明霞. 产后缺乳应用中医护理的预防效果研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(13): 136-137.
- [23]张丽珍, 邓祥红, 詹少卿. 中医适宜技术对产后缺乳的预防作用[J]. 光明中医, 2017, 32(10): 1471-1472.
- [24]古满虹, 谭小金, 廖圣榕. 中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高喂养成功率中的作用[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(15): 150-151.
- [25]姚菲, 程霖, 苟雪. 中医五行音乐疗法在肝郁气滞型产后缺乳中的应用研究[J]. 成都医学院学报, 2018, 13(03): 339-341.

- [26]张代碧,王官丽,代继红,等.穴位艾灸法促进产后早期泌乳的临床观察[J].中国小区医师,2018,34(25):88-89.
- [27]耿丽丽,赵玲.产后延伸护理服务模式对产后缺乳产妇的护理效果分析[J].当代护士(下旬刊),2018,25(04):84-86.
- [28]徐敏.中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高母乳喂养成功率中的作用分析[J].中外女性健康研究,2018,(09):148+180.
- [29]唐丽珍.5P手法按摩乳房预防剖宫产术后乳汁淤积的临床研究[J].中国医药导报,2018,15(16):174-176.
- [30]吴昕,周明丽,王松慧,等.中药穴位敷贴促进产后乳汁分泌临床观察[J].中医药临床杂志,2018,30(06):1168-1170.
- [31]王运媛,牛向馨,李虹铮,等.中医辨证施膳联合穴位按摩在产后缺乳中的应用[J].基层医学论坛,2018,22(26):3733-3734.
- [32]朱虹,葛文贤,唐梅琴,等.初产妇产后缺乳的子午流注穴位按摩干预[J].护理学杂志,2018,33(16):42-44.
- [33]袁新颖.当归注射液穴位注射足三里及三阴交对母乳喂养的护理研究[J].中国现代药物应用,2018,12(20):130-131.
- [34]任娜,杨亚萍.穴位按摩结合 IKAP 护理模式对产后缺乳初产妇乳汁分泌及心理状态的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(35):191-192.
- [35]李晓静,杨峰艳.针药结合中医特色护理对气血亏虚型产妇产后缺乳的预防效果[J].广州中医药大学学报,2019,36(01):83-86.
- [36]李露洁,金俏俏.益气养血通乳方联合穴位推拿治疗产后缺乳的临床观察[J].中国中医药科技,2019,26(01):103-104.
- [37]杜巧婷,陈萍,任先丽,等.改良式中药湿渍治疗产后早期缺乳的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(14):32-34.
- [38]刘玉玲,丁红梅,朱云飞,等.经穴推拿治疗剖宫产术后缺乳的临床研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(05):686-692.
- [39]王转丽*,彭支莲,杨岸森,等.产后早期掀针贴敷促进泌乳的疗效观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(21):30.
- [40]庄新英.下乳方联合手法乳房按摩治疗气血亏虚型产后缺乳的临床观察.[J]2019.40,(9):60-62.
- [41]李梅芳.耳穴压豆在产后缺乳中的应用[J].临床医药实践,2020,29(02):153-155.
- [42]朱云飞,谢娴,张立力,等.养气调血护理法对产后缺乳的临床疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(04):134-137.
- [43]梁万芹,杜晶.产后穴位按摩对分娩后缺乳产妇乳汁分泌的影响研究[J].中国实用医药,2020,15(04):131-133.

- [44]张桂萍,王美莲.全方位手法按摩在产后乳汁过少中的治疗作用探讨[J].中华灾害救援医学,2020,8(02):113-114+120.
- [45]曾彩贤,曾彩霞,黄建芳,等.假吃、耳穴压药联合穴位按摩对剖宫产产后缺乳初产妇自我效能与促进乳汁分泌的效果观察[J].临床护理杂志,2020,19(02):27-29.
- [46]曾彩霞,曾彩贤,黄建芳.产后延伸护理服务模式对产后缺乳产妇的护理效果分析[J].中国医药科学,2020,10(10):92-94+148.

附录 3: 纳入频数分析的文献

- [1]陈素民,谢崇义,赵玉洁,等.九味合剂对泌乳量的影响[J].中国中医药信息杂志,2001(06):67.
- [2]侯新霞.中西医结合治疗产妇乳汁不足的疗效观察[J].职业与健康,2002(12):113.
- [3]张学菊,赵凤柱.下乳涌泉散对因不良情绪乳汁不足的产妇催乳效果观察[J].南方护理学报,2003(04):8-9.
- [4]韩霞,闫政谋.生化合剂促进泌乳 100 例[J].中国民间疗法,2004(05):57-58.
- [5]陈文华.自拟增乳汤治疗产后缺乳 78 例疗效观察[J].江西中医药,2004(05):34.
- [6]杜凤香,李文红,王淑斌.补益通乳汤治疗产后缺乳 167 例疗效观察[J].河北中医,2004(02):104.
- [7]姜海斌.产宝口服液催乳作用的实验研究和临床观察[D].湖南中医学院,2004.
- [8]秦文栋.穴位埋线对剖宫产产妇术后肠蠕动及乳汁分泌影响的临床研究[D].山东中医药大学,2005.
- [9]郭江波,刘福岭,张文英.下乳汤防治产后出血缺乳 90 例分析[J].社区医学杂志,2006(20):40.
- [10]王剑.生乳方促进产后乳汁分泌 70 例疗效观察[J].新中医,2007(08):42-43.
- [11]吴宝华.产后穴位按摩治疗产妇缺乳的效果观察[J].护理与康复,2008(06):460-461.
- [12]苏伟琴,陈怡君.催乳方治疗产后缺乳的疗效观察[J].中国医药导刊,2008(03):420-421.
- [13]王凤革,靳亚慈.催乳饮治疗产后缺乳临床观察[J].河北中医,2008(02):151-152.
- [14]周燕飞,顾一煌.推拿治疗急症及产后缺乳临床心得[J].黑龙江中医药,2008(01):47-48.
- [15]赵凤柱,韩小敏,刘明.下乳涌泉散治疗不良情绪致产妇乳汁不足的临床研究[J].国际中医中药杂志,2008(01):60-61.

- [16]Zhou H. -Y., Li L., Li D., Li X., Meng H. -J., Gao X. -M., Jiang H. -J., Cao L. -R., Zhu Y. -L. Clinical observation on the treatment of post-cesarean hypogalactia by auricular points sticking-pressing. Chinese Journal of Integrative Medicine. 15 (2) (pp 117-120), 2009.
- [17]陆玉全, 罗月亮, 黄碧珠. 产后康复按摩的临床探讨[J]. 右江医学, 2009, 37(06): 683-684.
- [18]张芳兰. 乳房按摩后泌乳始动时间和泌乳量的观察与分析[J]. 中国社区医师(医学专业半月刊), 2009, 11(18): 149.
- [19]戴翔, 董晓红, 杜正容. 产后乳房按摩临床分析[J]. 中国现代医生, 2009, 47(21): 104+122.
- [20]孔福仙, 邵灵渊, 钱方. 中医辨证施护提高缺乳产妇催乳的自护能力[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(06): 551-553.
- [21]潘茜. 耳穴贴压促进产后泌乳的临床疗效研究[D]. 广州中医药大学, 2009.
- [22]徐亚平. 辨证论治结合胸部按摩治疗产后缺乳 67 例[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(03): 210.
- [23]郭永泽, 葛素兰, 李淑霞, 等. 催乳合剂联合按需哺乳治疗产后乳汁分泌不足的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2009, 2(01): 49.
- [24]李燕红. 生乳片治疗产后缺乳 300 例临床观察[J]. 河南中医, 2010, 30(12): 1239-1240.
- [25]万钧, 刘艳君. 自拟泌乳冲剂对产妇乳汁分泌的影响[J]. 山东医药, 2010, 50(42): 100.
- [26]李子午, 王德慧. 针刺治疗肝气郁结致乳汁不行 58 例[J]. 山西中医, 2010, 26(10): 31.
- [27]余英. 催乳合剂治疗产后乳汁分泌不足的临床疗效观察[J]. 医学信息(中旬刊), 2010, 5(08): 2197-2198.
- [28]方群英. 中成药生乳汁对产妇缺乳影响的疗效观察[J]. 海峡药学, 2010, 22(06): 190-191.
- [29]庄庆煊. 催乳方促进产后泌乳的临床观察[D]. 福建中医药大学, 2010.
- [30]李邹金, 熊俊峰, 刘俐云, 等. 玉屏风滴丸联合麦当乳通颗粒治疗产后气虚血弱型缺乳症疗效观察[C]. 江西省中医药学会. 江西省中医药学会 2011 年学术年会论文集. 江西省中医药学会: 江西省中医药学会, 2011: 453-456.
- [31]屈小会. 缺乳方促进产后乳汁分泌的临床研究[C]. 中华中医药学会. 第十一次全国中医妇科学术大会论文集. 中华中医药学会: 中华中医药学会, 2011: 292-293.
- [32]张宇, 陶鑫焱, 叶永青. 加味生乳丹配合湿敷治疗产后缺乳 40 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2011, 27(04): 7-9.

- [33]殷黎忠. 王文丽. 通乳颗粒治疗产后缺乳 70 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(7): 1404-1405.
- [34]周勤燕, 徐志君, 占园园等. 产后按摩技术对产妇缺乳的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(18): 35-36.
- [35]王春香, 陈桂莲, 龙梅等. 自拟催乳汤治疗产后 37 例缺乳[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(7): 286.
- [36]刘静. 推拿促进产后泌乳的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2011.
- [37]卢丽芬. 口服中药结合低频脉冲电刺激治疗产后缺乳的临床观察[D]. 福建中医药大学, 2013.
- [38]韦素娟. 催乳方治疗产后缺乳和防止乳汁淤积的临床疗效观察[J]. 当代医学, 2011, 17(1): 154.
- [39]白亚玲, 王明芳, 王秀东, 等. 催奶汤在产后乳汁分泌不足症治疗中的应用[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(03): 262-263.
- [40]张继鸿, 谢鸿霞. 耳穴贴压王不留行用于产后缺乳的临床观察[J]. 甘肃科技, 2012, 28(24): 132-133.
- [41]蔡爱敏. 加味生化汤治疗产后缺乳 21 例[J]. 河南中医, 2012, 32(11): 1480.
- [42]彭凤娣. 敦煌产后方结合乳房按摩预防缺乳的疗效观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2012, 29(05): 28-30.
- [43]孟秀会, 张明珠, 林桂花. 耳穴贴压治疗产后缺乳临床疗效观察[J]. 吉林中医药, 2012, 32(09): 936-937.
- [44]陈鑫. 穴位埋线促进产后泌乳 45 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(07): 547-548.
- [45]王爱香, 马雪玲, 赵舒煊. 中药内服联合穴位按摩治产后缺乳 52 例[J]. 西部中医药, 2012, 25(07): 91-93.
- [46]金晓春. 100 例下乳涌泉散治疗不良情绪致产妇乳汁不足的临床分析[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(11): 141+143.
- [47]徐双. 中药预防剖宫产后缺乳的疗效观察[D]. 南京中医药大学, 2012.
- [48]郑娟娟, 赵毅, 陆萍等. 乳房局部推拿对产后泌乳的影响[J]. 中国针灸, 2012, 32(2): 159-161.
- [49]焦华. 中西医结合治疗产妇乳汁不足疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(12): 134-135.
- [50]曾桂英. 中医辨证施护提高缺乳产妇催乳的自护能力[J]. 当代医学, 2013, 19(34): 131-132.
- [51]赵尚梅, 赵亚萍, 潘霞. 按摩治疗缺乳 200 例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(10): 1528-1529.

- [52]李春香. 自拟通乳汤治疗产后缺乳 103 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(09): 681.
- [53]陈佳, 赵运, 曹静. 穴位按摩治疗产后缺乳 40 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(09): 1170-1171.
- [54]陈秋兰, 朱社宁, 畚宝钻, 等. 按摩配合放血拔火罐促进产后乳汁分泌的临床研究[J]. 世界中医药, 2013, 8(07): 764-766.
- [55]魏淑珍, 韩丽娜. 中药组方“涌乳散”治疗产后泌乳障碍的临床研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(21): 91-92+95.
- [56]李琴仙. 穴位及乳房按摩对预防缺乳及产后出血效果观察[J]. 中国乡村医药, 2013, (14): 39-40.
- [57]彭巧. 推拿治疗产后缺乳 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(13): 46-47.
- [58]徐秀英, 林静惠, 杨建茹. 产后乳房穴位按摩对产妇的影响[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(12): 154-156.
- [59]冯奚直, 冯中琴. 穴位按摩配合药膳食疗改善产后乳汁分泌不足的效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(16): 73-74.
- [60]郁金群, 杨裕群. 乳泉颗粒加乳房按摩治疗产妇乳汁分泌不足的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(11): 1484-1485.
- [61]吴金萍. 中西医药治疗产后乳汁不足或缺乳的临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(10): 98.
- [62]康红玲. 自拟生化催乳汤治疗产后缺乳 150 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(03): 37-38.
- [63]郑燕. 乳通颗粒治疗产后缺乳(气血虚弱证)临床研究[D]. 成都中医药大学, 2013.
- [64]李敏. 中药“催乳方”治疗产后缺乳的临床疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2013, 8(06): 55+113.
- [65]刘胜春, 赵学刚, 祝佩芹, 等. 通乳络方治疗产后缺乳 90 例观察[J]. 中成药, 2013, 35(03): 641-642.
- [66]张宇, 陶鑫焱, 杨素华, 等. 加味生乳颗粒治疗剖宫产后缺乳 83 例临床研究[J]. 新中医, 2013, 45(03): 93-95.
- [67]杨英. 滑石汤联合产后康复仪治疗剖宫产后缺乳 50 例疗效观察[J]. 新中医, 2013, 45(02): 78-80.
- [68]张玉宇. 穴位按摩治疗初产妇肝气郁滞型缺乳的效果观察[J]. 护理学报, 2013, 20(02): 61-64.
- [69]徐静. 通乳丹与催乳素治疗产后乳汁不下的临床疗效分析[J]. 中医药导报, 2014, 20(16): 79-81.

- [70]伍燕飞, 邱少红, 罗艳霞. 辨证施膳结合穴位按摩治疗产后缺乳的效果观察[J]. 现代医院, 2014, 14(12): 70-72.
- [71]陈宙, 苏小锋, 李小红. 冬葵滋乳汤治疗缺乳症的临床观察[J]. 中国医药科学, 2014, 4(23): 77-78+94.
- [72]朱洁华, 李军夕, 张娟, 等. 缩宫催乳汤对产后产妇血清泌乳素、催产素的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(35): 3940-3942.
- [73]李开侠, 张淑英, 王爽, 等. 针灸配合推拿按摩治疗产后缺乳临床观察[J]. 河北中医, 2014, 36(11): 1677-1678.
- [74]李开侠, 张淑英, 王爽, 等. 醒脾通络方治疗产后缺乳 50 例临床观察[J]. 河北中医, 2014, 36(10): 1479-1480.
- [75]赵志霞, 王林涛. 泌乳汤对产妇初乳生长因子及牛磺酸含量的影响[J]. 河北中医, 2014, 36(10): 1484-1485.
- [76]姜秀梅. 初产妇乳汁不足的中西医结合营养护理[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2014, 1(06): 41-42.
- [77]郑娟. 辨证施护产后缺乳 70 例[J]. 河南中医, 2014, 34(09): 1855-1857.
- [78]刘姣, 季晓军, 金英杰, 等. 产后早期足三里、三阴交穴位注射促产妇乳汁分泌疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(08): 697-699.
- [79]廖瑜, 姚玲飞. 辨证治疗产后缺乳 100 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(08): 587-588.
- [80]王会敏, 武志清, 冯涛, 等. 产前按摩配合中药治疗对促进产后泌乳的影响[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(11): 1583-1584+1587.
- [81]冉娟. 穴位按摩配合通乳方在缺乳患者治疗中的应用[J]. 航空航天医学杂志, 2014, (5): 719-720.
- [82]陈骏, 黎开燕, 李艳, 等. 养血生乳口服液促进产后泌乳和产褥复旧的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(14): 1506-1507+1580.
- [83]杨素华, 张宇, 陶鑫焱, 等. 加味生乳丹治疗产后缺乳 120 例护理观察体会[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(05): 104-105.
- [84]梁秀秀. 催乳颗粒联合推拿治疗气血虚弱型缺乳疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(04): 97-98.
- [85]王爽, 张淑英, 李开侠. 醒脾通络方治疗剖宫产术后缺乳的疗效分析[J]. 河北中医药学报, 2014, 29(01): 24-25.
- [86]张淑英, 李开侠, 王爽, 等. 醒脾通络方对产后缺乳患者催乳素的影响[J]. 河北中医, 2014, 36(03): 360-361.
- [87]钟宇富. 按揉少泽穴治疗产后缺乳的研究[D]. 广州中医药大学, 2014.

- [88]张省青, 张鲜芳. 中医辨证施护产后缺乳 54 例临床观察[J]. 河北中医, 2014, 36(02): 304-305.
- [89]曾小吉, 李伟斌. 加味通肝生乳汤治疗剖宫产术后缺乳 40 例临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(01): 56-58.
- [90]程桂芳. 中医综合疗法治疗产后缺乳的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(11): 19.
- [91]顾春芳, 李丽娟. 中医护理在预防产后缺乳中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(11): 139-141.
- [92]沈华. 补益通乳汤对剖宫产术后缺乳的疗效观察[J]. 陕西中医, 2015, 36(10): 1282-1283.
- [93]张笑兴. 针灸结合耳穴贴压治疗产后缺乳的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(17): 58-59.
- [94]朱琳洁, 胡引, 张慧. 以肝胃经为主穴位按摩联合通草猪蹄汤预防产后缺乳的效果分析[J]. 护理与康复, 2015, 14(08): 758-759.
- [95]张菊英. 护理干预对初产妇泌乳质量的影响分析[J]. 大家健康(学术版), 2015, 9(13): 252-253.
- [96]陈清, 陈热花. 益气养血汤结合护理干预治疗产后乳少的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(13): 116-117.
- [97]倪骏骏. 中医药综合疗法治疗产后缺乳 90 例临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(06): 168-170.
- [98]施秀芳. 产妇缺乳的中医护理效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(10): 111-112.
- [99]顾宏梅, 沈美云, 黄海燕, 等. 早期穴位按摩配合电动吸乳促进母乳喂养的效果研究[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(10): 872-874. 陈萍. 中医特色综合措施对剖宫产产后缺乳患者泌乳作用的临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(05): 189-191.
- [100]夏明, 刘志坚. 产后早期行足三里及三阴交穴位注射对产妇乳汁分泌的影响[J]. 新中医, 2015, 47(05): 305-306.
- [101]张瑞娟. 半刺配合推拿手法对早泌乳干预的临床对比研究[D]. 河北医科大学, 2015.
- [102]石俊华. 手法排乳结合中药治疗哺乳期乳汁缺乏 60 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(06): 32-33.
- [103]杨容华. 艾条灸在产科母乳喂养中的应用效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(03): 243-244.
- [104]傅俊媚, 林俊晓. 以点穴为主的中医催乳手法临床应用[J]. 按摩与康复医学, 2015, 6(04): 42-43.

- [105]张玉宇,王笑青,蔡平生等.穴位按摩治疗初产妇气血虚弱型缺乳的临床观察[J].中国妇幼保健,2015,30(4):630-631.
- [106]杜咏琴,张鹏.自拟下乳方配合穴位按摩治疗产后缺乳病 100 例[J].中国实用医药,2016,11(35):131-132.
- [107]郭红燕.产后缺乳中医护理的临床应用效果分析[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(23):121-122.
- [108]杨冬梅,朱海云.探讨穴位按摩结合膳食指导对气血虚弱型产后缺乳的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(99):208.
- [109]李荔.乳房精油穴位按摩治疗产后乳汁淤积效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(09):64-65.
- [110]刘海智,林孝文,李瑞满,等.临床应用补血生乳颗粒的催乳效果分析[J].中国实用医药,2016,11(32):34-36.
- [111]赵彩艳,高艳,杜美荣,等.剖宫产术后提高母乳喂养成功率的措施分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(33):6592-6593.
- [112]宋艳芳,郑云丹.耳穴压豆治疗产后缺乳的临床观察[J].中外女性健康研究,2016(17):180+237.
- [113]严兴国,段青梅,仇珺.针刺联合物理因子治疗产后缺乳疗效观察[J].青海医药杂志,2016,46(08):62-63.
- [114]张菁云,崔敏,姚炜,等.通乳汤联合针刺治疗产后缺乳 100 例临床疗效评价[J].浙江中医杂志,2016,51(08):567-568.
- [115]李嘉慧,李秋霞.针刺治疗气血亏虚型产后缺乳 100 例临床观察[J].中国妇幼健康研究,2016,27(S2):327.
- [116]张彤.催乳汤联合穴位按摩治疗产后缺乳疗效观察[J].陕西中医,2016,37(07):788-789.
- [117]吴佳如,谢华,潘小佳.穴位按摩配合刮痧治疗产后缺乳的临床探讨[J].中外医疗,2016,35(19):174-176.
- [118]高瑞.个体化中医护理对产妇母乳分泌的影响[J].光明中医,2016,31(11):1648-1650.
- [119]陈凤鸾.适宜中医护理技术在产后缺乳中的效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(40):274+277.
- [120]甘凤琴.中医护理干预对产后缺乳的影响[J].西部中医药,2016,29(05):122-124.
- [121]韦秀芬,蒙金梅,刘智芳.穴位按摩结合膳食指导治疗气血虚弱型产后缺乳的效果观察[J].广西中医药大学学报,2016,19(01):40-42.

- [122]卓翠丽. 针刺结合推拿治疗产后缺乳临床疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2016, 35(05): 429-430.
- [123]于少伟, 董淑君, 李玲. 益气养血生乳汤治疗气血亏虚型产后缺乳疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(04): 309-310.
- [124]刘淑萍, 王宝琴, 林慧梅, 等. 补气养血方治疗肩难产产妇母乳喂养的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(06): 786-787.
- [125]胡玉芳, 魏怀玉, 赵淑霞, 等. 乳房按摩联合穴位艾灸治疗产后缺乳护理观察[J]. 山西中医, 2016, 32(03): 59-60.
- [126]刘淑萍, 王宝琴, 林慧梅, 等. 综合疗法对提高肩难产产妇母乳喂养成功率的价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(12): 152-153.
- [127]韩莉. 穴位按摩联合产后综合治疗仪促进气血虚弱型初产妇泌乳效果研究[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(36): 100-102.
- [128]赵春丽. 中医适宜技术对剖宫产后早期缺乳的护理干预效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(34): 155-156.
- [129]高国强. 穴位按摩对促进产后泌乳的影响. 中国中医药研究促进会针灸康复分会第二届学太年会/山东针灸学会第九届学术年会论文集, 2007: 434-436.
- [130]古满虹, 谭小金, 廖圣榕. 中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高喂养成功率中的作用[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(15): 150-151.
- [131]王珍, 杜晓艳. 中西医药治疗产后乳汁不足或缺乳的临床观察[J]. 中外女性健康研究, 2017, (13): 87, 89. 鲜丹. 针灸疗法在母乳缺少产妇护理中的应用[J]. 护理研究, 2017, 31(18): 2301-2303.
- [132]曾玉君. 催乳药膳方促进产后泌乳疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(6): 99-100.
- [133]李素红. 穴位艾灸治疗产后乳汁不足的疗效观察[J]. 蛇志, 2017, 29(2): 174-175.
- [134]张丽珍, 邓祥红, 詹少卿, 等. 中医适宜技术对产后缺乳的预防作用[J]. 光明中医, 2017, 32(10): 1471-1472.
- [135]刘玉玲, 朱云飞. 基于经络辨证理论的穴位按摩在产后缺乳产妇中的应用研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(15): 99-102.
- [136]余凤清, 刘连杏, 吴桂影, 等. 探讨剖宫产后缺乳产妇应用中医辨证施护对提高产妇泌乳的效果[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(9): 177-178.
- [137]马明霞. 产后缺乳应用中医护理的预防效果研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(13): 136-137.
- [138]李谦. 观察中药配合饮食对产妇泌乳的影响. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(36): 158-159.

- [139]朱云飞. 基于经络理论的穴位按摩治疗产后缺乳的效果研究[D]. 广州中医药大学, 2017.
- [140]王仙, 唐毅松, 余莉梅, 等. 经络穴位按摩对产后缺乳的效果观察[J]. 护理与康复, 2017, 16(4): 307-309.
- [141]马征, 王娟, 肖凯, 等. 通络生乳方治疗剖宫产后缺乳临床效果观察[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(02): 203-206.
- [142]郑红连, 陈桂云. 乳房穴位按摩联合耳穴埋豆治疗产后缺乳护理观察[J]. 中国现代医生, 2017, 55(9): 166-168.
- [143]黄菲. 推拿治疗气血不足型产后缺乳疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(2): 34-36.
- [144]王茂萍. 中医综合护理对产后泌乳的影响[J]. 中国社区医师, 2017, 33(2): 149-150.
- [145]李晓静, 杨峰艳. 针药结合中医特色护理对气血亏虚型产妇产后缺乳的预防效果[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(1): 83-86.
- [146]任娜, 杨亚萍. 穴位按摩结合 IKAP 护理模式对产后缺乳初产妇乳汁分泌及心理状态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(35): 191-192.
- [147]刘嫣. 中西医结合护理对产后缺乳的护理效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(23): 149-150.
- [148]徐哲. 中药内服联合穴位按摩治产后缺乳 100 例分析[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(21): 174.
- [149]袁新颖. 当归注射液穴位注射足三里及三阴交对母乳喂养的护理研究[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(20): 130-131.
- [150]危福兰. 中医综合疗法干预对产后缺乳患者的预防效果评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(20): 136-137.
- [151]许娟, 马丽灵, 付蕊红, 等. 催乳汤联合维生素 E 对产后泌乳效果的影响[J]. 西部中医药, 2018, 31(10): 94-96.
- [152]王美兰, 胡茜莹. 耳穴压丸法联合乳房按摩治疗产后缺乳产妇临床疗效观察[J]. 包头医学院学报, 2018, 34(10): 98-99+116.
- [153]贺玮苇, 陈武荣, 徐晓光. 康复治疗仪联合穴位按揉治疗肝郁气滞型产后缺乳 60 例[J]. 河南中医, 2018, 38(09): 1416-1419.
- [154]张代碧, 王官丽, 代继红, 等. 穴位艾灸法促进产后早期泌乳的临床观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(25): 88-89.
- [155]朱虹, 葛文贤, 唐梅琴, 等. 初产妇产后缺乳的子午流注穴位按摩干预[J]. 护理学杂志, 2018, 33(16): 42-44.

- [156]王运媛,牛向馨,李虹铮,等.中医辨证施膳联合穴位按摩在产后缺乳中的应用[J].基层医学论坛,2018,22(26):3733-3734.
- [157]朱爱玲,温小玲,李梅,等.推拿手法治疗产后缺乳临床研究[J].新中医,2018,50(08):177-179.
- [158]吴昕,周明丽,王松慧,等.中药穴位敷贴促进产后乳汁分泌临床观察[J].中医临床杂志,2018,30(06):1168-1170.
- [159]赵文静.产后缺乳中医护理的临床应用效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(50):120+122.
- [160]徐敏.中医护理措施在减少产后缺乳发生率及提高母乳喂养成功率中的作用分析[J].中外女性健康研究,2018(09):148+180.
- [161]陈蜜蜂,谢金菊.电针膻中穴联合电脑中频(透热)治疗仪治疗产后缺乳46例临床研究[J].河北中医,2018,40(03):374-377.
- [162]李倩倩.电刺激联合穴位按摩的产后早期催乳护理效果观察[J].中国实用乡村医生杂志,2017,24(3):38-39.DOI:10.3969/j.issn.1672-7185.2017.03.015.
- [163]程华丽.综合中医护理干预治疗产后乳汁分泌不足的研究[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(04):141-142.
- [164]蔡永雪.穴位按摩联合拔罐疗法治疗剖宫产产后乳汁淤积的效果观察[J].中国临床护理,2018,10(1):18-20.
- [165]朱云飞,刘玉玲,全小明.穴位按摩在产后缺乳产妇中的应用研究[J].中国针灸,2018,38(01):33-37.
- [166]曾敏.乳房穴位按摩联合耳穴埋豆治疗产后缺乳的临床护理分析[J].中医外治杂志,2019,28(06):65-66.
- [167]韩洪霞.中医适宜技术对产后缺乳的预防效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(34):177.
- [168]肖莉,田媛.补益气血通络下乳方治疗产后缺乳的临床观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(34):67.
- [169]胡道敏,胡心伟,陈敏.自拟生乳通络散加减治疗产后乳汁不足临床疗效观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(33):65.
- [170]庄新英.下乳方联合手法乳房按摩治疗气血亏虚型产后缺乳的临床观察[J].云南中医中药杂志,2019,40(09):60-62.
- [171]冯蓉.益气养血生乳汤治疗气血亏虚型产后缺乳疗效分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(26):40-41.
- [172]崔敏,胡伟,董月芳,等.耳穴疗法对产后缺乳疗效的临床观察[J].浙江中医杂志,2019,54(08):599.

- [173]杜巧婷,陈萍,任先丽,等.改良式中药塌渍治疗产后早期缺乳的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(14):32-34.
- [174]王转丽,彭支莲,杨岸森,等.产后早期掀针贴敷促进泌乳的疗效观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(21):29-30.
- [175]潘茎.益气养血通乳方联合穴位推拿适时治疗产后气虚血瘀型缺乳的临床效果分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(20):121.
- [176]胡茜莹,王美兰,陈爱妮.耳穴压丸法联合乳房按摩对惠阳地区产后缺乳产妇的泌乳疗效研究[J].新疆医科大学学报,2019,42(07):934-937.
- [177]侯淑红,崔晓萍,陈明霞,等.乳房按摩联合艾条悬灸在产后缺乳患者中的应用[J].延安大学学报(医学科学版),2019,17(02):106-108.
- [178]刘玉玲,丁红梅,朱云飞,等.经穴推拿治疗剖宫产术后缺乳的临床研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(05):686-692.
- [179]张海妮,卿洁.中医催乳手法联合中医药膳治疗气血虚弱型缺乳疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(27):186-187.
- [180]蔡永雪.穴位按摩联合拔罐疗法治疗剖宫产产后乳汁淤积的效果观察[J].中国临床护理,2018,10(1):18-20.
- [181]刘胜春,赵学刚,祝佩芹.通乳络方对气血两虚型产后缺乳疗效及催乳素的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(11):2751-2753.
- [182]杨阳.穴位按摩疗法联合中药方剂治疗产后缺乳的效果[J].当代医药论丛,2020,18(12):183-184.
- [183]吴丽琴.中西医结合护理干预产后缺乳临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(10):132-134.
- [184]曾彩贤,曾彩霞,黄建芳,等.假吃、耳穴压药联合穴位按摩对剖宫产产后缺乳初产妇自我效能与促进乳汁分泌的效果观察[J].临床护理杂志,2020,19(02):27-29.
- [185]高万里,廖琪,马秀华.催乳汤联合穴位按摩治疗产后缺乳症的临床观察[J].医学研究杂志,2020,49(03):162-165.
- [186]罗宵,姜霞,覃莎娜,等.土人参通乳方联合穴位按摩对产后缺乳患者乳汁分泌的影响[J].中国社区医师,2020,36(06):80-81.
- [187]张桂萍,王美莲.全方位手法按摩在产后乳汁过少中的治疗作用探讨[J].中华灾害救援医学,2020,8(02):113-114+120.
- [188]梁万芹,杜晶.产后穴位按摩对分娩后缺乳产妇乳汁分泌的影响研究[J].中国实用医药,2020,15(04):131-133.
- [189]李梅芳.耳穴压豆在产后缺乳中的应用[J].临床医药实践,2020,29(02):153-155.

- [190]朱云飞, 谢娴, 张立力, 等. 养气调血护理法对产后缺乳的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(04): 134-137.
- [191]方锦莲. 手法乳房按摩联合低频脉冲治疗仪对产褥期母乳喂养及预防乳腺炎的影响[J]. 中国当代医药, 2016, 23(11): 63-65+68.
- [192]黄建芳, 王富海, 彭春梅, 等. 自拟下乳方配合穴位按摩治疗产后缺乳病的治疗效果及药理学机理分析[J]. 北方药学, 2020, 17(01): 158-159.

致 谢

博士课程毕业论文完成之际，首先要感谢我的导师罗颂平教授，在学术上给予悉心的教导和帮助，引领我完成论文写作。感谢导师和协助开题的专家们在整个研究过程中提供宝贵的意见，使我获益良多。感谢广州中医学大学的老师们不辞劳苦地来临香港授课，教授丰富而又精彩的基础知识和实用的临床知识。感谢广中医的教职员和学生提供信息和帮助。感谢新华中医药促进会提供上课的场地。感谢同学和同事的支持和帮助。感谢家人、丈夫和儿子与我同心，支持和鼓励我完成论文。感谢国内外专家在产后缺乳方面的研究，对被引用的论文致谢意。最后，衷心感谢审阅论文和参与答辩的专家教授。

统计学审核证明

广州中医药大学研究生学位论文统计学审核证明

兹有 博士 研究生 林欣 (导师 罗颂平) 的学位论文《中医治疗产后缺乳临床研究系统评价及 META 分析》中有关统计学方面的内容, 经我部门审定合格, 特此证明。

广州中医药大学基础医学院统计学教研室

负责人: 徐伟

二〇二一年四月五日

学号: 20172550014

广州中医药大学

第一临床医学院研究生学位论文原始数据和资料真实性承诺

学位论文题目：中医治疗产后缺乳临床研究系统评价及META分析

研究生姓名：林欣 学号：20172550014 学科专业：中医妇科学

研究生指导老师姓名：罗颂平教授

本人严格遵守《广州中医药大学学术道德管理办法》，明确《广州中医药大学学位论文作假行为处理办法》，能恪守学术诚信，维护学术规范。本人郑重承诺：与学位论文相关的原始数据和资料真实，研究过程和研究结果属实。

承诺人(研究生)签名：林欣

日期：12/5/2021

本人切实履行研究生培养第一责任人职责，对研究生加强学术规范、学术诚信引导，已严格审核研究生学位论文相关原始资料和数据真实性，能保证学位论文质量。

承诺人(研究生导师)签名：罗颂平

日期：2021.5.18