

## • 病例报告 •

## 乳腺脓肿合并乳腺良性肿瘤四例

郭钊轩 朱大江 朱婧 陈金桃 玛诺 宋锦文

急性化脓性乳腺炎是产后哺乳期妇女的常见疾病,初产妇多见,其原因多与产后乳汁淤积有关。乳腺良性肿瘤的存在也会导致哺乳期局部乳汁淤积,以至于容易发生乳腺炎甚至形成脓肿。目前有关两病并发的报道很少,其诊断和治疗没有明确的资料可供参考。本院于 2006 年至 2009 年 5 月收治乳腺脓肿合并良性肿瘤 4 例,现报道如下。

## 1 资料和方法

## 1.1 一般资料

4 例患者均为女性,年龄 24 ~ 37 岁,平均  $(34.00 \pm 5.80)$  岁,均已婚已育且在哺乳期,无外伤史,也无服用避孕药及女性激素史,入院前于外院抗感染治疗无效,均以乳腺脓肿就诊,病史 6 ~ 30 d,平均  $(16.25 \pm 10.01)$  d,白细胞  $(5.30 \sim 6.89) \times 10^9 L^{-1}$ ,平均  $(6.30 \pm 1.40) \times 10^9 L^{-1}$ ,其中:2 例中性粒细胞百分比升高,均为 78.81%,伴发热 3 例,体温平均  $(37.7 \pm 0.62) ^\circ C$ ;疼痛、局部皮肤红肿 4 例;病变在右侧乳房 3 例,左侧乳房 1 例,内侧象限 2 例,内上象限 1 例,外上象限 1 例;脓肿直径为 4 ~ 7.7 cm,平均  $(6.48 \pm 1.68)$  cm。脓肿质地软,边界不清,有波动感,无腋窝淋巴结肿大,无先天性乳头内陷,脓肿内肿瘤直径为 1 ~ 5 cm,平均  $(2.75 \pm 1.71)$  cm。所有患者均行高频彩超检查,报告为乳腺炎性包块伴脓肿可能性大,其中 3 例为混合回声包块(图 1 ~ 3),1 例为低回声包块(图 4),2 例在妊娠前有乳腺良性肿瘤病史。

## 1.2 手术方法与结果

手术均在全麻下进行,脓肿切开前先抽取 10 ml 脓液行需氧和厌氧细菌培养,切开脓腔并吸出脓液后,打开腔内分隔,探查时见脓腔内近乳头侧有肿块,部分肿瘤周围还可见到积乳凝块,肿瘤形状为椭圆形,边界清楚,考虑为良性肿瘤,以组织剪将其剪除并送病检,检查肿瘤无残留,用双氧水和生理盐水

冲洗,以凡士林纱布填塞脓腔,并加压包扎。术后用青霉素抗感染,并伤口换药。脓液细菌培养均为阴性,经抗感染和脓腔换药后痊愈。肿物病理检查结果为纤维腺瘤 2 例,泌乳性腺瘤 2 例。随访 3 个月脓肿和肿瘤均未见复发。

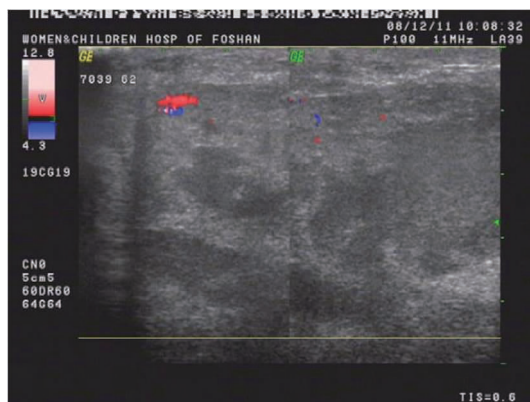


图 1 乳腺脓肿合并泌乳性腺瘤的超声影像图-A

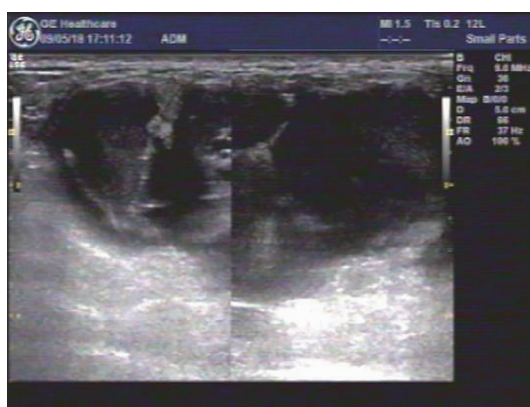


图 2 乳腺脓肿合并泌乳性腺瘤的超声影像图-B

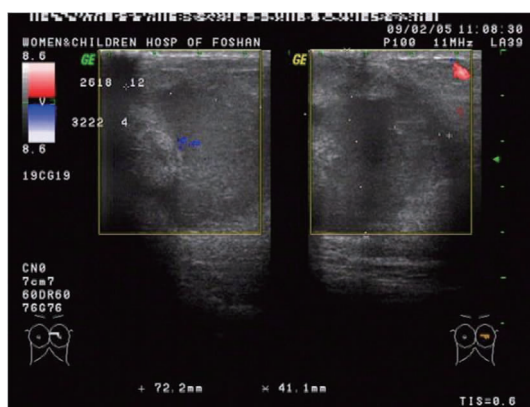


图 3 乳腺脓肿合并纤维腺瘤的超声影像图-A

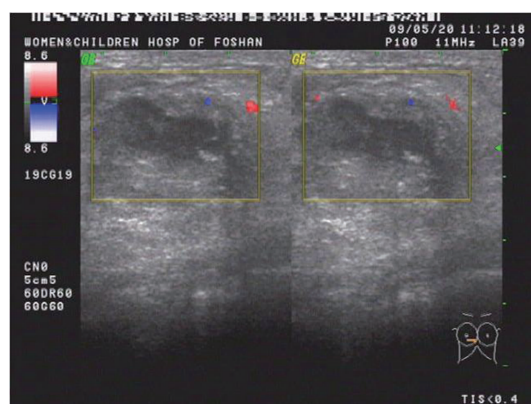


图 4 乳腺脓肿合并纤维腺瘤的超声影像图-B

## 2 讨论

乳腺良性肿瘤于哺乳期发生急性乳腺炎并化脓,国内见过 1 例报道<sup>[1]</sup>。当两者合并时如何诊断和治疗,鲜见文献报道。因此,笔者对以上资料进行初步分析。

### 2.1 诊断

急性乳腺炎起病急,其病因是乳汁淤积和细菌的入侵;而乳汁淤积大多是哺乳不当所致,有少部分是由于肿瘤压迫造成。患者若于怀孕前就有明确的乳房良性肿瘤,妊娠期或哺乳期出现乳腺脓肿与原肿瘤位置相同,则对确定良性肿瘤的存在可提供有力的证据。4 例中有 2 例诉妊娠前已诊断有良性肿瘤,发病时乳腺脓肿与原肿瘤位置相同,则初步可考虑乳腺脓肿合并良性肿瘤。大多数乳腺炎通过手法排乳和抗感染治疗能够治愈,但由于肿瘤的压迫,乳汁很难排出,有的治疗效果欠佳,最终形成脓肿。本组 4 例在入院前经外院抗感染治疗无效,手术证实肿瘤的存在,故对难治性乳汁淤积和乳腺炎,应考虑合并肿瘤的可能。但对于那些既往无肿瘤病史的乳房脓肿患者,术前则无法判断。

乳腺脓肿的临床特点是局部红、肿、热、痛,常伴有畏寒发热,白细胞计数增高,但应用抗生素治疗者,部分症状可被掩盖。该组 4 例均表现为皮肤红肿和疼痛,中心有波动感的肿物,3 例有发热,2 例中性粒细胞升高,但并未见乳腺局部明显的肿块,甚至 1 例肿瘤直径达 5 cm,于术前体检均未能发现明显实性肿物,原因可能是良性肿瘤位于脓腔的内部,加上炎症导致脓肿周围组织水肿和患者处于哺乳期等因素的影响,即使肿瘤直径较大,也难以发现,两病并

存时只表现为乳腺脓肿的特征。

在影像学方面,乳腺良性肿瘤在超声下一般表现为等回声或低回声结节,呈椭圆形或轻微的分叶状,边界清楚,有包膜,内部回声均匀,有时可有侧方声影。而少部分在妊娠期或哺乳期良性肿瘤可表现为与恶性肿瘤相似的声像,如形态不规则,边界不清,后方回声减弱等,此时应该与恶性肿瘤鉴别。而单纯乳腺脓肿则呈囊肿状,但囊壁较厚,囊壁呈高回声,内部通常有不均匀的高回声或低回声,有时则表现为与肿瘤一样的均匀回声<sup>[2-3]</sup>。本组 3 例的超声影像表现为形状不规则、边界不清、内部回声不均匀的囊性包块,无包膜,1 例超声影像为低回声包块,4 例脓肿内均未能见到边界清楚的肿瘤。所以在两病合并时,由于脓液较为黏稠,加上炎症水肿的影响,脓腔内良性肿瘤的超声影像无明显特征,单凭超声检查很难作出准确判断。只有在手术脓肿切开时探查脓腔有实性占位,经病理诊断才能证实,但术中应警惕是否为乳腺癌。综上所述,乳腺脓肿合并良性肿瘤,主要依靠病史和术中发现来诊断,最终需病理检查证实,而临床表现和超声影像学检查对诊断没有明显帮助。

## 2.2 治疗

乳腺炎治疗原则是消除感染和排空乳汁,其主要致病菌为金黄色葡萄球菌,可不必等待培养结果,应用青霉素治疗。而脓肿形成后,主要措施是切开引流<sup>[4]</sup>。但 4 例患者培养皆为阴性,考虑与入院前使用抗生素有关。

乳腺纤维腺瘤与雌激素的刺激有关,妊娠期可迅速增大。而泌乳性腺瘤见于妊娠期或产褥期妇女,也可见于异位乳腺,肉眼与纤维腺瘤相似,镜下可见增生腺体由分泌活跃的柱状细胞构成。两者皆属乳腺的良性肿瘤<sup>[5]</sup>。乳腺纤维腺瘤若单纯发生于妊娠期和哺乳期,则可暂时观察,待断乳后再手术治疗。而泌乳性腺瘤一般见于妊娠期或产褥期,与孕激素刺激有关,日后随着孕激素水平下降可缩小至消失,不需处理,较大者可口服溴隐亭处理,当孕激素恢复正常水平或经溴隐亭治疗后肿瘤直径无缩小时才考虑手术切除<sup>[6-7]</sup>。

脓肿合并有纤维腺瘤或泌乳性腺瘤时,手术除了切开引流之外,还要解决肿瘤的问题。相对于泌乳性腺瘤而言,可以先观察,等到脓肿痊愈和哺乳期过后再作处理,或许可以免去二期手术。而对于纤维腺瘤,等待二期处理可能会带来另一些问题:首先,肿瘤的存在可能在短期内造成局部新的乳汁淤积;其

次,脓肿愈合后疤痕的形成,会给二次手术带来困难;最后,二期手术增加了患者的痛苦和经济负担,若肿瘤继续增大,还会增加手术的创伤。若泌乳性腺瘤在哺乳期过后还一直存在,也会面临部分相同的问题。由于术前影像学无法诊断,术中肉眼也无法判断两者的区别,所以,最好还是选择一期切除,即在脓肿切开引流的同时切除肿瘤,也不会明显增加手术的创伤,并可免去上所述问题。本组 4 例行一期切除术后随访 3 个月,未见肿瘤复发。可见乳腺脓肿合并良性肿瘤时,手术切开引流加肿瘤一期切除是合适的治疗措施。

值得注意的是,在脓肿切开手术时应常规做腔内的探查,若发现有占位性病变,应根据肿物的形状初步判断其性质,若初步印象为良性,则一并切除,此时因合并脓肿,乳腺本身由于炎症充血,极易出血,故切除肿瘤手法宜快,避免出血过多,且注意完整切除肿瘤,避免术后短期复发而再次手术。另外,建议在做乳腺脓肿切开时,常规探查脓腔,以排除合并肿瘤的可能。以上仅为本病的初步认识,因例数较少,更多的经验尚需以后积累。

【关键词】 乳腺疾病;脓肿;良性肿瘤

【中图法分类号】 R655.8      【文献标识码】 B

### 参考文献

- [1] 谢冰,张毅,文华等. 泌乳性腺瘤伴乳腺脓肿 1 例[J]. 第三军医大学学报,2004,26(8):1679.
- [2] 赵子杰. 实用乳腺超声波[M]. 北京:人民军医出版社,2006:76-181.
- [3] Darling ML, Smith DN, Rhei E, et al. Lactating adenoma: sonographic features[J]. Breast J,2000,6(4):252-256.
- [4] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2007:305-306.
- [5] 王钟富. 现代实用乳房疾病诊疗学[M]. 河南:河南科学技术出版社,2003:187-188.
- [6] Choudhury M, Singal MK. Lactating adenoma-cytomorphologic study with review of literature[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2001,44(4):445-448.
- [7] Reeves ME, Tabuenca A. Lactating adenoma presenting as a giant breast mass[J]. Surgery,2000,127(5):586-589.

(收稿日期:2009-08-10)

(本文编辑:罗承丽)

郭钊轩,朱大江,朱婧,等. 乳腺脓肿合并乳腺良性肿瘤四例[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2011,5(2):241-245.