

• 病例报告 •

哺乳期分支杆菌乳腺炎二例

高雅军 马祥君 汪洁 何湘萍 高海凤 闫智清

哺乳期分支杆菌乳腺炎在以往少见文献报道。其特点为经常规抗感染、穿刺或切开引流后仍反复形成脓肿、窦道、红肿、低热,且用常规方法换药伤口经久不愈,反复复发,易形成哺乳期乳痈经久不愈,给治疗带来很大困难。本科曾收治 2 例哺乳期分支杆菌阳性病例,现报道如下。

1 病例资料

病例 1,女,34 岁,哺乳期妇女。因剖腹产后 11 d,双侧乳房疼痛伴肿块 5 d 于 2010 年 11 月收入本院治疗。患者有 I 型糖尿病 3 年,一直佩戴胰岛素泵治疗。入院查体:体温 37.0℃,双侧乳头扁平,双侧乳房中央区局部红肿,皮温升高,左右乳房的红肿面积分别为 15 cm×10 cm 和 10 cm×5 cm。双侧乳房中央区下方可触及团块样增厚,触痛明显,双侧腋下未触及肿大淋巴结。辅助检查:白细胞为 $11.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比为 0.761,血红蛋白为 130 g/L,血小板计数为 $536 \times 10^9/L$,C-反应蛋白为 37 mg/L。乳腺彩色超声检查:左侧乳晕区及乳晕旁可见弥漫性蜂窝状混合回声,边界不清晰,内部回声不均匀,后方回声正常,彩色多普勒血流显像(CDFI)为血流信号 3 级;右侧乳房中下乳晕区可见蜂窝状混合回声,范围为 3.2 cm×1.9 cm,边界不清晰,内部回声不均匀,后方回声正常,CDFI 未见异常血流。左腋下可见 3.3 cm×0.9 cm 靶环样淋巴结,右腋下可见 1.5 cm×0.8 cm 肿大淋巴结。以“双侧哺乳期急性乳腺炎”收入院后,给予硫酸依替米星抗感染治疗 6 d,并在彩色超声引导下双侧乳房中央区无回声区穿刺术,从左侧乳房抽出 49 ml、右侧乳房抽出 1 ml 乳汁样浑浊稀薄液体,抽吸物分别做细菌培养,未见细菌生长。穿刺 6 次后仍可从左侧乳腺抽出 10 ml 乳汁样浑浊液体,而右侧乳腺在穿刺治疗 3 次后痊愈。治疗过程中患者体温正常,乳房红肿疼痛有所缓解,入院治疗后 10 d 患者要求出院。3 d 后因发热,左侧乳房红肿疼痛加重再次入院治疗。入院后查体温最高达 39.0℃,左侧乳晕水肿,表皮部分剥脱,左侧乳房中央及外下象限的皮肤呈 13 cm×11 cm 红肿,其下可触及团块样增厚,左侧乳晕下可触及明显波动

感,继续用左氧氟沙星抗感染治疗且行左侧乳腺脓肿置管冲洗引流术^[1],引流物为黄灰色稀薄脓液 25 ml。术后口服甲磺酸溴隐亭回乳。术中取脓液标本置无菌管中送基因病理 PCR 检查,同时取病灶组织送病理检查。基因病理 PCR 检测结果:结核阳性,分枝杆菌阳性。普通细菌培养未见细菌生长。组织病理检查结果:送检小块纤维结缔组织,间质血管扩张、充血,灶状区域坏死,伴淋巴细胞和浆细胞浸润。术后引流口内白色絮状分泌物较多,肉芽组织不新鲜,经 3 周换药仍未愈合。后给予三联抗结核药物:利福平 0.45 g、异烟肼 0.3 g、乙胺丁醇 0.75 g 每日 1 次口服。服用 20 d 后伤口肉芽组织逐渐新鲜,引流口愈合,随访 11 个月未复发。

病例 2,女,28 岁,剖宫产后 1 月,因左侧乳房肿块伴反复红肿、低热 3 d,于 2011 年 4 月入本院治疗。第 1 次入院查体:体温 37.2℃,左侧乳房外下象限乳晕区可触及 3.8 cm×3.5 cm 的团块样增厚,活动好,无压痛。彩色超声:左侧乳房外下乳晕旁探及 2.4 cm×1.1 cm 蜂窝状无回声,边界清晰,可见多个分隔,后方回声增强。血常规:白细胞为 $6.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比为 0.624,血红蛋白为 95 g/L,血小板计数为 $274 \times 10^9/L$;C-反应蛋白为 3 mg/L;入院后静点硫酸依替米星(0.2 g,每日 1 次)。行彩色超声引导下左侧乳腺肿物穿刺抽出 5 ml 白色稀薄液体,病情平稳出院。出院后 3 d 出现左侧乳房穿刺肿块处红肿疼痛,当日再次收入院。查体左侧乳房外下象限皮肤红肿范围达 6.0 cm×6.0 cm,其下触及 6.5 cm×6.5 cm 的团块样增厚,触痛,可触及波动感。血常规:白细胞为 $6.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比为 0.692,红细胞为 $4.67 \times 10^{12}/L$,血红蛋白为 121 g/L,C-反应蛋白为 10 mg/L。彩色超声检查结果与第 1 次住院时相同,遂行左侧乳房肿物彩色超声引导下穿刺 2 次,每次抽出 3 ml 乳汁样稀薄液体。之后服用焦麦芽回乳并出院。出院后 4 d 又出现左侧乳房外下象限红肿,伴发热,最高 38.3℃,第 3 次入院。查体:体温 37.2℃,左侧乳房房胀满,左侧乳房中下部皮肤呈 6.0 cm×5.5 cm 红肿,其下触及 4 cm×5 cm 片状增厚,有压痛,表面有波动感。血常规:白细胞为 $11.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比为 0.749,中性粒细胞绝对值为 $8.6 \times 10^9/L$,血红蛋白为 118 g/L。乳腺彩色超声检查:左侧乳房外下乳晕旁探及 3.6 cm×2.4 cm 蜂窝状混合回声,边界清晰,内部回声不均匀,其内可见多个分隔,后方回声增强。行彩色超声引导下脓肿穿刺冲洗 10 次,穿刺液基因病理 PCR 检测结果:结核阳性,分枝杆菌阳性。普通细菌培养未见细菌生长。穿刺组织病理检查:可见大量中性粒细胞及浆细胞浸润。催乳素 RL 为 88.84 ng/ml,红细胞沉降率 为 42 mm/h。使用 3 联抗结核药物:利福平 0.45 g、异烟肼 0.3 g、乙胺丁醇 0.75 g 每日 1 次口服。治疗 2 个月,随访 6 个月,未再出现反复。

2 讨论

在女性患者中,乳腺分支杆菌感染多发生于 20~40 岁之间的经产、多产及哺乳期女性,主要是由于其乳腺导管处于扩张状态、周期性淋巴管扩张和乳腺管内乳汁淤积以及乳头损伤后感染分支杆菌所致^[2]。分支杆菌毒力较低,致病性较弱,常为呼吸道的正常寄生菌,但它们亦可在局部或全身抵抗力下降时使人类致病。乳腺分支杆菌感染的临床表现较为复杂,缺乏特异性,因此,临床诊断较为困难,特别容易误诊为非特异性乳腺脓肿。此 2 例哺乳期分支杆菌乳腺炎患者反复发作 2 次以上,治疗时间长。共同点是没有持续性高热的症状,穿刺液的性状为非典型脓液,普通细菌培养未见细菌生长。治疗方法为手术切开引流+3 联抗结核药物,或彩色超声引导下脓肿穿刺冲洗+3 联抗结核药物。上述 2 例患者在病理学上仅可见中性粒细胞及浆细胞浸润,但是穿刺液基因病理 PCR 诊断为结核阳性、分枝杆菌阳性,因此诊断为哺乳期分支杆菌乳腺炎。在治疗哺乳期乳腺炎的过程中,如果病情反复经久不愈,一般只会考虑到抗感染药物耐药、患者抵抗力差、损伤大导管造成乳瘘等因素。普通细菌培养往往结果阴性不能指导用药。如果单凭经验一味更换抗生素、清创换药,会使患者对抗生素产生多重耐药,使其饱受清创换药之苦伤口却迟迟不愈。因此,在哺乳期乳腺脓肿治疗困难时应考虑到乳腺分支杆菌感染的可能。

分枝杆菌种类较多,可分为结核分枝杆菌复合群、非结核分枝杆菌和麻风分枝杆菌 3 类。PCR 检测结核杆菌有争议,病理学家认为无病理诊断情况下,不宜下结核病诊断。目前检测分支杆菌方法有基因序列的 PCR 方法、DNA 探针技术、杂交技术、聚合酶链反应 PCR 荧光定量检测、高分辨溶解线法 PCR 检测、DNA 微阵列、PCR-DNA 测序等^[3],但由于敏感性及特异性存在不确定性,故未广泛开展。

结核或非结核分支杆菌在抗生素、抗体、补体和溶菌酶等体内外因素作用下,细菌胞壁可部分或完全缺陷形成 L 型^[4-5]。其耐药性增高,有的经多年治疗不愈。它的感染的方式可能有两种^[6]:一是哺乳期不注意卫生,导致分支杆菌感染,并在乳腺内诱导为 L 型;二是由原发或继发性其他器官的分支杆菌病灶经血源播散至乳腺,或是由巨噬细胞吞噬分支杆菌并携带至乳腺内,进而在溶菌酶、抗体、补体等多种因素作用下诱导为 L 型^[7]。当妊娠、哺乳或患传染病等机体抵抗力下降时,L 型菌可生长、繁殖并作为致病菌引起乳腺炎症。L 型分支杆菌往往因细胞壁脂质缺失不易致敏淋巴细胞,结核菌素试验可呈阴性,诊治时应多加注意。随着抗生素的广泛应用,由 L 型分支杆菌引起的非典型结核感染形成的非特异性慢性炎症越来越多,若诊断不明确,常使治疗困难^[8]。由于抗结核药物治疗分支杆菌感染同样效果明显,且可以长期应用,相对广谱抗生素而言产生耐药的概率非常低,所以哺乳期分支杆菌乳腺炎可采

用抗结核的 3 联(利福平、乙胺丁醇和异烟肼)或 4 联(利福平、乙胺丁醇、异烟肼、吡嗪酰胺)疗法,根据症状缓解时间最长可使用 6 个月至 1 年。

【关键词】 乳腺炎;哺乳期;分支杆菌

【中图法分类号】 R655.8 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] 汪洁,高雅军,高海凤,等. 脓腔置管冲洗与切开引流治疗乳腺脓肿的比较[J]. 中国微创外科杂志,2007,7(4):354-355.
- [2] Sen M, Gorpelioglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis Report of three and review of the literature[J]. Clinics (Sao Paulo), 2009, 64(6):607-610.
- [3] Neonakis IK, Gitti Z, Krambovitis E. Molecular diagnostic tools in mycobacteriology[J]. J Microbiol Methods, 2008, 75(1): 1-11.
- [4] 许涛,钱琛. 浆细胞性乳腺炎与结核菌 L 型感染误诊探讨[J]. 中国误诊学杂志, 2001, 1(1):31-32.
- [5] 林特夫. 对王朝夫等“55 例非特异性慢性肉芽肿性炎中结核菌 L 型感染的探讨”一文看法[J]. 诊断病理学杂志, 2001, 8(3):190.
- [6] Crowle AJ, Sbarbaro JA, May MH. Inhibition by pyrazinamide of tubercle bacilli within cultured human macrophages [J]. Am Respir Dis, 1986, 134(5):1052.
- [7] 尚宁,刘英娜,邹菊贤,等. PCR 方法检测淋巴结组织中结核菌 L 型的研究[J]. 中国微生态学杂志, 1996, 8(4): 48-49, 60.
- [8] 孙永生,温建民,吕卫新,等. 聚合酶链反应与分离培养技术检测结核分支杆菌诊断关节结核的对照研究[J]. 中国骨伤, 2009, 7(22):504-506.

(收稿日期:2011-03-25)

(本文编辑:罗承丽)

高雅军,马祥君,汪洁,等. 哺乳期分支杆菌乳腺炎二例[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2012, 6(2):221-224.