

• 经验交流 •

34 例非哺乳期乳腺炎的治疗

王琼

近年来,非哺乳期乳腺炎的发病率呈上升趋势。部分病例临床表现复杂多样,反复发作,可形成经久不愈的瘻管,治疗困难,如治疗不当,此病长期不愈,进而出现乳房变形或手术后因手术瘢痕导致乳房毁形,甚至无法避免乳房切除。本院自 2006 年至 2010 年治疗了 34 例非哺乳期乳腺炎,收到良好的效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本院自 2006 年至 2010 年治疗了 34 例非哺乳期乳腺炎患者,均为女性,年龄 18~47 岁,平均年龄 35.3 岁。未婚者 3 例,已婚未育者 2 例,已婚已育者 29 例;已育无哺乳史者 5 例,有哺乳史者 24 例。病程 1.8~24 个月,平均 3.3 个月。

1.2 临床表现

临床表现多样,多以乳腺肿块或乳房脓肿为主,常伴有乳腺疼痛、乳头内陷、溢液、皮肤红肿热炎症表现及乳房皮肤破溃等症状(表 1)。本组 34 例均经病理确诊。其中 14 例行空芯针穿刺病理检查,20 例行手术切除组织病理

表 1 34 例非哺乳期乳腺炎临床表现

临床表现	例数	百分比(%)
局部皮肤红肿热痛	30	88.24
初始症状为乳腺肿块	13	38.24
初始症状为乳腺脓肿	21	61.76
伴皮肤破溃	17	50.00
乳腺瘻管、窦道形成	5	14.71
病灶仅位于乳腺中央区	20	58.82
病灶仅位于乳腺周边区	9	26.47
病灶范围大于乳腺两个象限	12	35.29
伴乳头内陷	27	79.42
伴乳头溢液	15	44.12
伴同侧腋下淋巴结肿大	23	67.65

检查(有 8 例前期空芯针穿刺病理检查加后期手术切除组织病理检查)。病理诊断 29 例浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM)、5 例肉芽肿性乳腺炎(granulomatous mastitis, GM)。

1.3 治疗

急性期表现为脓肿形成的患者均行脓液细菌培养,共培养 28 例次,仅 3 例有表皮葡萄球菌生长,应用静脉广谱抗生素及抗厌氧菌药物短期治疗 3 ~ 10 d,以控制可能出现之继发感染及厌氧菌感染。脓肿位于中央区者行乳晕旁弧形小切口切开排脓,脓肿位于乳腺周边或多发脓肿者行粗针穿刺抽脓或脓腔穿刺置管冲洗引流。

肉芽肿性乳腺炎在抗生素治疗的同时加用类固醇皮质激素,口服强的松 40 ~ 60 mg/d,用药 4 ~ 8 周。如果用药 2 ~ 4 周后疗效明显可逐渐减少强的松用量。本组有 5 例肉芽肿性乳腺炎,3 例经上述治疗 7 ~ 10 d,肿块缩小 50% 以上(其中 1 例治疗 3 周肿块基本消散),其余 2 例用药 4 ~ 8 周急性炎症症状均明显好转;1 例肉芽肿性乳腺炎病例合并高泌乳素血症,加用溴隐亭治疗。在 5 例肉芽肿性乳腺炎患者中,2 例有服用抗抑郁药史,表现为乳头溢乳、乳房肿块及炎性病灶,经穿刺活组织检查确诊,其中 1 例外周血泌乳素升高,给予抗生素、激素并口服溴隐亭治疗,2 周后肿块明显缩小,药物治疗 4 周后行乳腺肿块切除术,术后继续口服小剂量溴隐亭 1 个月后停药,治疗过程中未停用精神科药物。另 1 例以双乳腺多发脓肿、部分破溃入院,未行血清泌乳素检测,仅应用抗菌素及皮质激素治疗,病程中出现脓肿破溃并形成多发窦道,换药治疗 4 个月后行乳腺瘘管切除痊愈。

浆细胞性乳腺炎急性期过后加用他莫西芬及中药小金丸治疗,用药 2 ~ 4 周常可使炎症局限,肿物缩小,为进一步手术治疗及手术中保留更多的正常乳腺腺体、减少乳房毁形创造条件。

经上述方法治疗后,急性炎症被控制,乳腺肿块局限,即行病灶切除,手术方法选择视急性炎症控制后病灶性质、范围而定:无痛性边界清楚之质硬肿块、局部无明显炎症表现,行肿块切除术;炎性肿块经抗炎治疗能局限,但范围较大、边界不清、周边有慢性炎症改变,行乳腺区段切除术,术中应一并切除周围病变扩张导管;合并慢性乳腺瘘管的患者,行乳腺瘘管切除,术中注意彻底切除瘘管的内口。对合并原发及继发乳头内陷病例,行乳头内陷的矫治,切除乳头内扩张感染的导管及松解挛缩纤维索带,及应用乳头下皮瓣填充来完成矫形,使内陷乳头凸起。

2 结果

本组 34 例患者中,PCM 29 例(图 1),GM 5 例(图 2)。行脓肿穿刺或切开

引流后药物治疗痊愈 8 例,其中 PCM 7 例、GM 1 例;手术治疗 28 例,14 例行乳腺区段切除术,11 例行局部肿块切除术,3 例行乳腺瘘管切除,其中 12 例同时行乳头内陷成型术,术后 10 例内陷乳头完全矫正效果满意,随访 6 个月无复发,2 例重度乳头内陷术后 1~2 个月出现不同程度的乳头回缩,患者未要求二次修复。

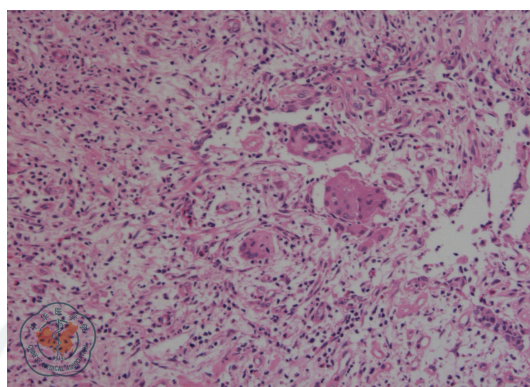


图 1 浆细胞性乳腺炎的病理学形态变化(HE 染色 ×100)

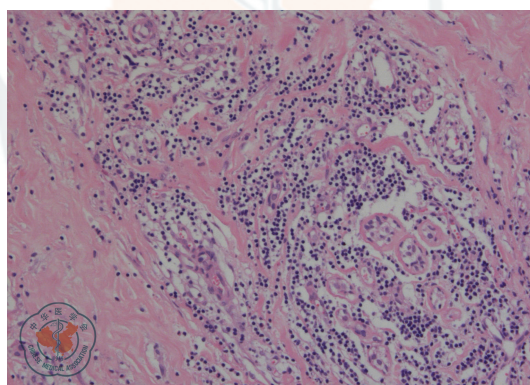


图 2 肉芽肿性乳腺炎的病理学形态变化(HE 染色 ×100)

28 例手术治疗结果: I 期愈合 23 例(PCM 19 例, GM 4 例); II 期愈合 5 例,均为 PCM 病例;术后随访 6 个月,3 例出现乳腺炎症复发,亦均为 PCM 病例,复发率 10.71% (3/28);其余患者均痊愈。3 例复发病例均表现为轻度红肿痛炎症改变,原方案药物治疗后好转。

3 讨论

乳腺炎按功能状态可分为哺乳期乳腺炎和非哺乳期乳腺炎。近年来,非哺乳期乳腺炎的发病呈上升趋势,病程比哺乳期乳腺炎长,临床表现无特异性,易被误诊误治,若治疗不当,极易反复发作、长期不愈,进而出现乳房变形及无法避免的乳房切除,应当引起临床医师注意。本组 34 例病例中 29 例为浆细胞性乳腺炎,5 例为肉芽肿性乳腺炎。此两种非哺乳期乳腺炎临床具有

代表性,诊治较为棘手,无规范性治疗指南,临床上易发生误诊误治。其病因和发病机制均不明确,但对于发病的相关因素已有很多深入的研究。

目前认为浆细胞性乳腺炎与乳头内陷或发育不良、乳腺导管排泄障碍、异常激素刺激导管分泌^[1]和厌氧菌感染^[2]有关。其病理学基础是乳腺导管的潴留性扩张,导管上皮细胞的碎屑及含脂性的分泌物积聚于乳晕下乳管内,刺激周围组织引起浆细胞、淋巴细胞为主的异物炎性反应。病变多以大乳管为中心,常位于乳晕下或乳晕周边 2 cm 范围内,其长轴多与乳腺导管走行方向一致,经常伴有粉渣样或血性乳头溢液。

肉芽肿性乳腺炎是一种较少见的病因不明的乳腺良性疾病,多见于生育期妇女,以乳腺小叶非干酪样肉芽肿为特征,乳腺肿块以乳腺小叶为中心,呈多灶性分布,常可见多发微脓肿,组织抗酸染色及组织培养多无微生物病原菌检出,故一般认为本病属自身免疫性疾病。文献报道该病与口服避孕药^[3-4]、乳汁所致免疫超敏反应^[5]及高泌乳素血症^[6]相关。本组患者中,有 2 例长期服用抗抑郁类精神科药物,出现一侧及双侧乳腺多象限肿块,伴红肿疼痛、肿块质硬,与皮肤粘连。其中 1 例病程后期形成双乳腺多发脓肿并破溃形成多发地道式窦道。追问病史,2 例患者均有 2 年以上服用抗抑郁药史,并伴有乳头溢乳,推测该病为抗抑郁药导致高泌乳素血症、溢乳、乳汁淤积诱发免疫反应及局部超敏反应,继而形成小叶内肉芽肿性病变。

浆细胞性乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎均是非哺乳期乳腺炎常见病种,以脓肿、乳腺肿块及窦道迁延不愈、反复发作为主要表现,二者临床表现相似,临床鉴别困难,误诊率高,治疗棘手。提倡术前空芯针穿刺病理活组织检查,从病理上鉴别和排除乳腺恶性疾病的可能性,诊断明确后,对症施治。应重视急性炎症期的治疗,脓肿引流应确实有效,但不建议盲目行脓肿切开引流术,尤其是肉芽肿性乳腺炎,病变以多发微脓肿为主,无明显较大脓腔,行脓肿切开引流术亦不能达到彻底引流的效果,反而在乳房表面留下永久瘢痕,影响乳房美观,可在超声引导下穿刺抽脓或脓腔穿刺置管冲洗引流。早期应用激素及抗菌素联合治疗,以减轻免疫反应和控制可能发生的条件致病菌感染。炎症控制、肿块局限后彻底切除病灶为治疗的重点,术式的选择应视具体情况而定,注意要仔细辨认病灶,切除范围应包括肿块及周围少量正常组织,尤其对浆细胞性乳腺炎而言,完全切除病灶及受累导管是避免复发的根本所在。对合并慢性乳腺瘘管者,因为瘘管的内口在乳头下的输乳管或大导管内,此处多已化生为鳞状上皮,务必彻底切除病灶的核心即瘘管的内口。对合并原发或继发性乳头内陷的病例,手术治疗过程中应重视乳头内陷的矫治,应切除乳头内扩张、感染的导管并松解挛缩纤维索带,部分病例应用乳头下皮瓣填充来完成矫形,使内陷乳头凸起。乳头内陷成形术对去除发病原因,减少术后复发极为重

要。治疗时,应避免急性炎症期大范围肿块或象限切除,以免造成不可逆的乳房毁形,或手术切除不彻底造成术后反复复发。手术时机和术式的选择是提高非哺乳期乳腺炎治疗水平的关键。

【关键词】 乳腺炎;治疗

【中图法分类号】 R655.8

【文献标识码】 B

参考文献

- [1] 张淑群,纪宗正,薛兴欢,等.浆细胞性乳腺炎的诊断和治疗:附 124 例临床分析[J].临床外科杂志,2007,15(6):378-380.
- [2] Miller MA, Kotfler SJ, Cohn LA, et al. Mammary duct ectasia in dogs [J]. J Am Vet Med Assoc, 2001, 218(8):1303-1307.
- [3] 牛昀. 乳腺肿瘤病理诊断学[M]. 天津:天津科学技术出版社,2006:59.
- [4] Murthy MS. Granulomatous mastitis and lipogranuloma of the Breast[J]. Am J Clin Pathol, 1973, 60(3):432-433.
- [5] Brown KL, Tang PH. Postlactational tumoral granulomatous mastitis; a localized immune phenomenon [J]. Am J Surg, 1979, (2):326-329.
- [6] Fletcher A, Magrath IM, Riddell RH, et al. Granulomatous mastitis: a report of seven cases [J]. J Clin Pathol, 1982, (9):941-945.

(收稿日期:2011-07-28)

(本文编辑:罗承丽)

王琼. 34 例非哺乳期乳腺炎的治疗[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2012, 6(4):447-451.