

· 经验交流 ·

非手术治疗脓肿、窦道及瘘管型浆细胞性乳腺炎

高雅军 马祥君 汪洁 何湘萍 高海凤 闫智清

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM)的治疗历来是临床一大难题,手术治疗后复发率较高,脓肿自行溃破或切开引流后往往形成瘘管或窦道,经久不愈。本科自 2010 年 5 月至 2011 年 6 月间采用非手术方法治疗了 22 例脓肿及窦道、瘘管型 PCM,患者均获痊愈,随访 12.0~18.0 个月未见复发,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 22 例患者均为女性,平均年龄为 39 岁(19~54 岁)。其中,脓肿型 18 例(81.8%),窦道、瘘管型 4 例(18.2%);左侧 12 例,右侧 10 例。症状与体征:(1)患者均有乳房肿块,肿块位于乳晕周围 16 例,分布于乳腺其他象限者 6 例,肿块直径为 1.0~10.5 cm;(2)发热 5 例,无明显高热,体温在 37.8~38.5℃之间;(3)乳房疼痛 22 例,均为非周期性疼痛;(4)乳头溢液 21 例,溢液以多孔透明或混浊黄色浆液性为主,少数出现白色牙膏样有臭味的浓稠液体;(5)乳头凹陷 20 例;(6)皮肤破溃 8 例,破溃处可见黄色或灰褐色浓稠液体流出,周围伴有红肿;(7)窦道或瘘管形成 4 例。病程 25 d 至 2 年。随访时间为 12.0~18.0 个月,中位随访时间为 14.6 个月。

1.2 辅助检查

(1)全部病例均行白细胞计数检查,其中白细胞增多及中性粒细胞百分比增高者 12 例。(2)乳头溢液细胞学检查 16 例,其中 12 例可见炎性细胞、浆细胞及泡沫细胞,均未找到癌细胞。(3)肿块针吸细胞学检查 18 例、空心针穿刺 4 例,其中 20 例可见浆细胞及其他炎性细胞,未见癌细胞。(4)22 例均行超声检查。其中,脓肿型均显示乳腺导管扩张,腺体内多发蜂窝样不均质混合回声,最大直径为 10.5 cm,其内可见液性暗区,可见明显分隔;窦道及瘘管型浆细胞性乳腺炎显示局部结构紊乱。(5)穿刺液或分泌物送 RT-PCR 基因检测,其中分枝杆菌阳性 8 例,结核杆菌均阴性。(6)穿刺液或分泌物送细菌培养加药敏实验,均未见细菌生长。

1.3 诊断依据

(1)发病时间为非哺乳期;(2)临床表现为反复出现红肿、肿块、脓肿、窦道;(3)除急性期或脓肿期外,细菌培养均为阴性;(4)细胞学病理检查或粗针穿刺活组织检查可见炎症细胞及浆细胞浸润,无恶性肿瘤细胞。

1.4 治疗方法

口服三联抗分枝杆菌药物:22 例在取得患者及家属同意后采用三联抗分枝杆菌疗法,异烟肼 0.75 g、利福平 0.75 g、乙胺丁醇 0.75 g,均每日一次口服 6~12 个月。辅以维生素 B6、肝泰乐保肝治疗。每月复查血常规及肝肾功能。同时,对于 18 例伴有乳腺脓肿(脓肿直径 1.0~10.5 cm)的患者,在超声引导下进行穿刺冲洗。具体方法为:超声确定脓腔位置,消毒皮肤及超声探头,行局部麻醉,如脓腔较大则增大乳腺后间隙的局部麻醉范围,于最大径旁用 20 ml 注射器穿刺,穿刺深度及角度在超声引导下调整。如穿刺液较黏稠,难以抽出,可用少量生理盐水稀释;如注射器针头阻塞可推入少量气体通开。穿刺液送细菌培养、病理学检查及分枝杆菌基因 PCR 检测。穿刺后用甲硝唑盐水冲洗 2~3 次。一般需要穿刺 3 次以上才能痊愈。对 3 例浆细胞性乳腺炎窦道形成和 1 例瘘管形成的患者,用探针探查窦道或瘘管的走行后,再用刮匙搔刮窦道或瘘管壁,然后用 0.1 g 异烟肼注射液稀释 5 倍后反复冲洗。

2 结果

PCM 脓肿型 18 例、窦道型 3 例、瘘管型 1 例均痊愈,时间为 56~150 d。其中 1 例窦道型患者在治疗 50 d 后出现反复发作的乳腺脓肿,考虑三联治疗耐药,加用吡嗪酰胺口服 1 个月后痊愈。全部患者经 12~18 个月随访,未见复发。

3 讨论

夏亚茹等^[1]认为非哺乳期乳腺炎患者存在着免疫功能紊乱,其紊乱程度与发病年龄、生育状况及乳房炎性结块面积有关系。一般认为 PCM 是乳腺导管阻塞引起导管扩张、聚集物刺激管壁,致使管壁炎性细胞浸润和纤维组织增生,从而使乳管上皮脱落、破坏,管腔内类脂物溢出,刺激周围腺体发生抗原反应而引起的炎症反应,实质上是乳管扩张症的一种晚期表现^[2]。

浆细胞性乳腺炎又称乳管周围炎或乳腺导管扩张症。PCM 的临床表现与乳腺结核难以区别,典型的乳腺结核只需病理学检查就可确诊,但不典型时诊断较为困难。本组患者均进行了 RT-PCR 基因分枝杆菌、结核杆菌检测,有 8 例分枝杆菌检测阳性。目前该检测方法还处于实验阶段,其检测结果尚不能指导临床对该病的诊断和治疗。目前,国内有学者使用三联抗分枝杆菌药物(异烟肼 0.75 g、利福平 0.75 g、乙胺丁醇 0.75 g)治疗 PCM,连续使用 9~

12 个月,对于多发脓肿及窦道型患者治疗效果满意^[3]。采取三联抗分枝杆菌药物治疗 PCM,可以控制 PCM 的慢性炎症,减少渗出,使创面得以生长,并且不良反应小,与乳腺穿刺冲洗及窦道局部冲洗联合使用可取得满意的疗效。本组患者经过 6~12 个月的系统三联抗分枝杆菌药物治疗,肿块消失或破溃口完全愈合,免除了进一步手术治疗。

与结核病治疗过程中产生的耐药现象一样,应用三联抗分枝杆菌药物治疗 PCM 时也会产生耐药。治疗过程中病灶内难免残存弱原发耐药菌(指野生耐药菌)。如长时间不更改方案的单调用药,可使得病灶中的弱原发耐药菌对该药物产生完全耐受成为继发耐药菌,从而形成一种不稳定因素,一旦机体抵抗力下降,很容易造成病灶复发^[4]。在治疗过程中,如果出现病情加重或反复发作,要考虑耐药的可能,应及时增加或更改药物。

王琼^[5]采取急性期穿刺抽脓结合口服他莫昔芬、小金丸治疗 34 例非哺乳期乳腺炎患者,待患者病情控制后再行手术切除病灶。汪洁等^[6]对脓腔较大的 PCM 采用置管冲洗引流术,通过对残腔的不断冲洗,将残腔壁渗出的浆液及炎性坏死物质冲出体外。冲洗过程中患者痛苦不明显,5~10 d 拔管后敞开伤口继续换药,残腔渗出物明显减少,残腔愈合时间缩短。马祥君等^[7]根据 PCM 的发病原因和机制,在 PCM 急性期采用联合口服地塞米松和甲硝唑的治疗方法,取得了显著效果。地塞米松主要通过抑制细胞免疫反应和在急性炎症期减轻毛细血管扩张、渗出和水肿而发挥治疗作用;甲硝唑通过抗厌氧菌而发挥治疗作用。

在使用三联抗分枝杆菌药物和局部穿刺冲洗治疗的过程中,本组患者有 2 例逐渐出现患侧乳房挛缩变形,较

对侧明显缩小,外观不佳,考虑可能因 PCM 产生炎性细胞浸润和纤维组织增生,从而使腺体、结缔组织及脂肪组织破坏、液化,导致乳房难以维持正常外观。这是尚待解决的一个难题。但是,非手术治疗脓肿型、窦道型 PCM 的方法创伤小、患者经济负担轻、少有复发,不失为一种有效的治疗方法。

【关键词】 脓肿; 乳腺炎; 分枝杆菌属

【中图法分类号】 R655.8 【文献标志码】 B

参考文献

- [1] 夏亚茹,陈红凤,叶媚娜,等. 非哺乳期乳腺炎患者外周血 T 淋巴细胞、免疫球蛋白及补体水平的变化[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2012,6(5):504-514.
- [2] 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.
- [3] 杨健敏,王颀,张安秦,等. 导管周围乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎的临床鉴别与处理[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2011,5(3):306-312.
- [4] 陈国河,陈娜,李长隆. 轮替方案降低结核复发和防治结核耐药菌的研究[J]. 临床肺科杂志,2008,13(6):780,782.
- [5] 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.
- [6] 汪洁,高雅军,高海风,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.
- [7] 马祥君,汪洁,高雅军,等. 应用地塞米松和甲硝唑治疗急性期浆细胞性乳腺炎的疗效观察[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(1):110-111.

(收稿日期:2013-01-24)

(本文编辑:罗承丽)

高雅军,马祥君,汪洁,等. 非手术治疗脓肿、窦道及瘘管型浆细胞性乳腺炎[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2013,7(5):379-380.