

## 非哺乳期乳腺炎的临床特征及诊疗进展

深圳大学第一附属医院(深圳市第二人民医院)甲乳外科 何劲松

非哺乳期乳腺炎可分为特异性乳腺炎和非特异性乳腺炎,前者主要包括乳腺结核、真菌、寄生虫感染等,后者包括浆液性乳腺炎(PCM)、肉芽肿性乳腺炎(GLM)、乳晕下脓肿等。非哺乳期乳腺炎病因尚未阐明,此类疾病临床表现相似却又复杂多变、容易复发,极易与化脓性乳腺炎和乳腺癌混淆,常导致临床误诊而影响治疗。因此,充分认识不同类型非哺乳期乳腺炎的临床特征并进行相应的个体化治疗是非常重要的。本文对目前临床上最常见的非哺乳期乳腺炎类型(浆细胞性乳腺炎和肉芽肿性乳腺炎)的临床特征和诊疗进展做一评述。

### 病因及病理

有别于化脓性乳腺炎,非哺乳期乳腺炎的细菌培养常为阴性。其病因可能与以下因素相关:①吸烟环境;②乳头先天发育不良、畸形、炎症、外伤、手术、乳房退行性变;③自身免疫性因素,由乳汁所引起的局部免疫现象及局部超敏反应;④导管内的乳汁、分泌物及角化上皮逆向外逸于小叶间质内,引起局部的炎症反应及超敏反应;⑤外伤、异常的激素水平及化学物质的刺激也有可能是诱发本病的主要原因。

其中,PCM因其炎症周围组织里有大量浆细胞浸润而得名。其发生可能还因为①内分泌失调,尤其是垂体泌乳素异常升高;②与结核菌L型相关或为乳腺结核的亚型。有学者特别提出PCM与乳头发育不良有关,像乳头内陷等乳头畸形,内陷的乳头成为藏污纳垢的地方,常有粉刺样东西,有时还会有异味。乳头畸形也必然造成导管的扭曲、变形。导管就很容易堵塞,导管内容物为脂性物质,侵蚀管壁造成外溢,引起化学性炎症,大量淋巴细胞、浆细胞反应,形成小的炎性包块。病变早期病理表现为导管扩张,后期病理变化可见导管周围出现大片炎性反应及小灶性脂肪坏死。

GLM以肉芽肿为主要病理特征,肉芽肿性炎症以乳腺小叶为中心。GLM的炎症以乳腺小叶周围分布和肉芽肿性特点提示小叶细胞内一种或多种物质的细胞介导的超敏反应。目前多数学者<sup>[1]</sup>认为该病属自身免疫性疾病,或是乳汁所致的免疫现象和局部超敏反应,或是与高泌乳素血症等体内激素失衡及感染、创伤、化学刺激引起的小叶肉芽肿炎症有关。病变中可见微脓肿,上皮样巨噬细胞及异物肉芽肿形成。

### 临床特征

浆细胞性乳腺炎临床表现复杂,主要有以下特点:①多见于30-40岁非哺乳期或绝经期妇女。②以乳头长期

溢液为首发症状,或仅乳头内陷,或乳晕区段深部肿块持续不消长达数年;③急性期乳房可有红肿热痛,而全身炎症反应较轻,白细胞计数不高,抗生素治疗效果欠佳,④早期即可出现同侧腋窝淋巴结肿大,质地较软、压痛明显,随病程进展可消退,部分局部皮肤可呈“橘皮样”变;⑤反复发作,长久不愈的乳晕旁瘘管等。

肉芽肿性乳腺炎缺乏典型的临床征象,大部分以乳房肿块为主要特征,易被误诊为乳腺癌。其临床发病特点:①好发于中青年已婚、经产妇女或生育年龄,尤其在断乳后数月至数年间;②多为单侧乳腺发病,以乳晕区及外上象限多见,伴有不同程度的乳头内陷,病理检查均可见乳腺小叶受限,③无痛性肿块,无红肿热痛,常位于乳腺实质内,质硬,边界不清,可与皮肤及周围组织粘连及伴同侧腋窝淋巴结肿大;④病程短,短期内增大迅速,治疗不当时常常反复发作,⑤常见并发症有脓肿、溃疡或窦道形成。

### 影像学特征

非哺乳期乳腺炎超声声像图特征<sup>[2]</sup>:病变区域乳腺组织回声紊乱,呈片状强弱回声交替,边界不明确,无占位效应;实性不均质团块,周围乳腺组织增厚,回声增强;伴脓肿形成者,无回声病灶区内可见密集点状回声,加压探头后可见浮动,无回声病灶可见与皮下组织贯通形成窦道;病变区乳腺组织增厚,呈云雾状改变;病变位于皮下脂肪层腺体前方,可见局部皮下组织增厚及条状液性暗区。非哺乳性乳腺炎声像图表现复杂多样,二维和彩色多普勒超声血流现象(CDFI)征像诊断率较高,且有别于乳腺其他疾病的超声特点。非哺乳期乳腺炎血流信号丰富以II-III级为主,常合并腋窝淋巴结肿大,特别是某些恶性征象如微钙化、后方衰减时难以与乳腺癌鉴别,应需结合多种超声征象及相关临床综合分析做出诊断。

浆细胞性乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎有各自不同的X线特征<sup>[3,4]</sup>:①PCM表现为中央区域或乳晕后方的肿块的局限性密度增高,与正常腺体无明确界限,其间夹杂条状透亮影,部分可见呈蜂窝状、囊状透亮影,有时可见假“毛刺征”,发生钙化时X线表现为沙粒状,圆形或粗杆状钙化,大致沿乳导管走行方向分布;②GLM表现为局部腺体致密或肿块或类似肿块样表现,肿块呈非对称性局限致密影,边缘模糊不清,无乳腺癌毛刺征象,亦可表现为结构扭曲。当肿块在X线表现呈局部结构扭曲,与临床触诊不相符时应考虑肉芽肿性乳腺炎可能。

## 治疗

非哺乳期乳腺炎有其特征性的临床表现和影像学特征,但最终诊断仍需要依靠病理组织学检查。建议治疗前行病灶穿刺组织或细胞学病理确诊,并行常规细菌培养。病程短、病灶小的非哺乳期乳腺炎患者,在排除恶性病变后可进行保守治疗,主要是合理联合用药配合局部处理。因为不是细菌引起的,所以不必用抗菌素,除非合并细菌感染。近年来,国外学者提出类固醇激素疗法,临床实践表明大部分早期非哺乳期乳腺炎,口服强的松或地塞米松有效。关键是掌握合理的服药剂量和疗程,急性发作期可口服强的松10mg/次,每天三次,维持1-2周视疗效逐渐减量。也有学者建议应用抗结核药物治疗,有一定疗效。在国内亦有不少中医治疗的报道。

但对于病灶大、病程长,药物治疗效果不佳的患者仍需手术治疗。目前因非哺乳期乳腺炎病因复杂、涵盖病种多样,故手术时机及手术方式等具体措施上均有不同。把握手术时机和正确选择术式是提高非哺乳期乳腺炎治疗水平的关键,既要彻底切除病变,防止复发,又要最大限度地保留正常组织,运用整形外科技术尽量保持乳房的完美。

手术需注意以下几点:①选择适当的手术时机,不宜在急性期手术,选择乳房无明显疼痛,创口或乳头渗出少时进行。②彻底清创,切除乳头后方及乳晕下扩张的大乳管,清除病变的终末扩张的乳管,末端残余卫星病灶易导致术后复发;③乳头溢液及慢性瘘管者,关键是瘘管切除要完整,若病灶清除不完全,术后极易复

发。术中可用亚甲蓝标记受累病灶,切除瘘管、周围炎症组织及扩张导管,以便术中充分切除病灶;④乳头内陷者需松解乳头后方缩短的乳管及纤维束,确保乳头的充分外翻;⑤乳房单纯切除术,适用于反复发作并在术中证实为弥漫性乳房病变的患者;⑥乳房皮下切除+假体植入I期乳房再造,适用于乳晕区肿块或非乳晕区炎性肿块切除后可能致乳房变形及患者要求保持乳房美观外形者。此外,创面采用电凝止血,尽量不用缝线结扎以减少异物反应。充分引流,负压吸引,加压包扎。术后短期、足量地使用肾上腺皮质激素能提高治愈率。

## 参考文献

- [1]陈新妹,林辉,周冠同,乳腺小叶性非特异性肉芽肿性乳腺炎3例临床病理分析[J].中国现代药物应用,2008,(2)15:86-87.
- [2]位红芹,文戈,李颖嘉,非哺乳期乳腺炎症性病变的超声诊断及鉴别诊断[J]医学影像学杂志,2011,21(4):521-52.
- [3]高珊珊,张建丽,喷志飞,非哺乳期乳腺炎的超声诊断价值[J]现代实用医学,2013.25(7):749-750.
- [4]腾妍,郭吉敏,曹满瑞等,非哺乳期乳腺炎X线摄影及磁共振表现对照研究[J]中国CT和MRI杂志,2012.10(2):58-61.

【收稿日期】2015-04-10

(何劲松,深圳大学第一附属医院(深圳市第二人民医院)甲乳外科主任医师,教授,硕士研究生导师,旅欧高级访问学者。广东省医学会外科学分会委员,广东省医学会乳腺病学分会委员,广东省抗癌协会乳腺癌专业委员会委员。)

## 乳房罕见良性病变的超声表现与病理对照\*

深圳市第二人民医院(深圳大学第一附属医院)超声科 李征毅,张家庭,刘伟宗,周 鹏  
【基金项目】深圳市科创委科技计划项目支持,编号201304013000222

乳腺罕见良性病变由于发生率低,以往文献报道较少,术前正确诊断困难,主要依据是手术切除后及穿刺活检病理,但最终诊断仍需手术切除后病理证实。现回顾分析自2000年以来我院经手术病理证实的乳腺罕见良性疾病的超声表现与病理特征,主要有以下几种:

乳腺管状腺瘤,又称单纯腺瘤,椭圆形低回声团块,边缘略呈分叶状,边界清楚,内部回声不均,可见

网格样光带回声,后方回声多增强,团块内及周边血流信号丰富。病理特征:病灶无明显包膜,内均可见致密增生的小腺管样成分,腺管具有典型上皮细胞和肌上皮细胞层,偶尔腺管内可见少量分泌物,上皮细胞形态类似周围正常乳腺组织,极少间质成分,病灶内血管密度较高,并均可见粗大裂隙样静脉结构,部分可见不规则钙化或玻璃样变及胶原沉积。