

## 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。

泌乳性腺瘤,多发生于妊娠期或哺乳期。超声表现:椭圆形或不规则低或等回声团块,边缘呈分叶状,边界清楚,内部回声不均,可间杂无回声区,实质部分可见网格样光带回声,可有后方声影,团块内及周边血流信号较少。病理表现:实性或多囊性灰色或棕黄色肿块,质软,界限清楚,无明显包膜;镜下肿物由密集增生的小腺泡组成,上皮细胞呈广泛分泌改变,无导管结构;有学者认为泌乳腺瘤是管状腺瘤的不同组织学变化,其二者是否独立存在仍不清楚。

乳腺肌上皮瘤是一种罕见的良性乳房肿瘤,是起源于正常乳房组织的肌上皮和表皮细胞,是增殖导管上皮及肌上皮细胞组成的双细胞模式。超声显示为小而规则的低回声结节,分叶状或边缘模糊,周边血供丰富。病理:大多数良性腺肌上皮瘤肉眼观察缺乏明显边界包膜,腺肌上皮瘤较其他常见的良性病变有许多明显的增生性特征。术前影像检查该病易怀疑为恶性肿瘤,因此需病理确诊。

乳腺错构瘤,系残留的乳腺管胚芽及纤维脂肪组织异常发育形成的良性肿瘤。声像图特征:乳腺错构瘤大多数为椭圆形,边缘光滑锐利、边界清楚,周围可见晕圈及包膜,探头加压肿瘤可被轻度压缩;内部回声多种,可为高回声、低回声或混杂回声,后方可有轻度回声增强,无声影,部分可见侧边声影;多普勒显示其内部血流不丰富。根据各种组织成分所占比例不同将其分为三型:1)混合型:此型为最常见、超声表现最具特征性改变的一种类型,在以低回声为主的肿块内间杂混以不规则高回声团,边缘模糊,呈浮岛样镶嵌其中,有时可见纤维样光带分隔,示“腊肠切面”样表现。2)脂肪为主型:肿块位于腺体内,呈高回声,有时亦可表现为稍低回声,内见纹理。3)纤维腺体为主型:肿块边缘光滑锐利,内部为均匀低回声,小部分在边缘部混杂稍高回声;或在内部可见光滑线样分隔。病理特征:肿瘤由增生的脂肪、纤维组织和腺体实质所组成,与夹杂着脂肪组织的腺瘤或纤维腺瘤的形态相似,瘤块表现为腺脂肪瘤或腺纤维脂肪瘤样结构。瘤块内常见腺病样结构和正常腺实质组织,形成结节状形态,间质内常见到导管和腺小叶区域,其中混有不同程度的纤维组织和毛细血管,偶见间充质化生形成的平滑肌瘤样或软骨瘤样成分。

放射状瘢痕,与非典型增生以及癌症的关系非常密切,大部分发生于外上象限,乳腺脂肪组织为其提供了良好的对比窗,病变呈低回声,形态不规则,边界不齐,内部回声不均匀,周围组织可有被牵拉征象,部分病变可伴钙化及后方声影,血流稀少。常规超声能够准确定位病灶,但对病灶的鉴别诊断准确率不高。研究发现包括厚晕征、后方衰减、囊状结构,周边组织结构改

变和内部混合性回声等指标在乳腺恶性肿瘤与放射状瘢痕中的差异有统计学意义。病理学上,放射状瘢痕由具有纤维弹性的核和周围放射状的导管和小叶结构(表现为多样上皮增生、导管扩张、腺病及多发性乳头瘤病)组成,钙化多见于发生上皮增生和腺病处,导致病灶硬度增大。

乳腺脂肪坏死是由显性或非显性乳房创伤引起的一种病变,临床易误诊为乳腺癌,临床表明具有外伤史对诊断本病帮助极大,应重视病史的询问。乳腺脂肪坏死的影像表现与病理基础密切相关,病理表现以脂肪坏死液化、慢性肉芽肿性炎、囊肿形成及纤维化为主要特征,随着时间推移、病情发展,其病理改变不一,病灶中坏死液化的程度、是否伴有出血、肉芽组织的含量、是否有囊腔形成、囊腔内容物的成分、纤维增生充填的程度以及是否出现钙化等是构成超声图像的物理基础。超声主要有以下几种类型:①等回声型病灶,其病理基础为噬脂细胞性肉芽肿及其外周增生的纤维组织。②低回声型病灶,一种为实质性的病灶,病理主要表现为以坏死物吸收和纤维组织增生为主。③无回声型病灶,手术标本切开可见有大小不等的囊腔,内含液化、混浊的灰黄色油样物,周围见少量结缔组织包绕液化脂肪。④囊实混合回声型病灶,病理表现为以上几种间杂并存。⑤后方出现回声增强的病灶液化较完全、纤维成分较少,其透声效果好;后方回声衰减的病灶纤维组织多,若是囊性病灶,则其囊腔内容物液体量少,似干酪样坏死,或是出现数量不等不同形式的钙化。

多发性皮脂囊肿,是一种少见的皮肤疾患,通常以常染色体显性遗传为特征,发生在青春期或成熟早期。临床表现多样,触及包块,皮肤变色或黄色皮肤小结,进行性发展。可分布在胸前壁、躯干、背部、腋下、手臂、大腿和阴囊等全身各部。囊肿内衬一层鳞状上皮,内容物是澄清的油状液或是干酪样白色物质,因此在声像图表现出各种不同的回声。超声检查为边界清晰的不同回声团块、位于真皮层或皮下脂肪层,可表现为碎屑-液平,表明油性和实性成分共存。

乳腺纤维瘤病,典型的超声图像表现为不规则低回声实性肿块,边缘可见毛刺样或微分叶状,可粘连与Cooper韧带粘连,后方可伴声影。病理表现:大体观,肿瘤界限欠清,实性,质韧或质硬,切面灰白、灰红,大多数呈浸润性生长,少数界限可比较清楚。镜下主要是增生的纤维母细胞或肌纤维母细胞呈束状、条带状交错排列,中心区可见不同程度的胶原化及玻璃样变。细胞异型不明显,病变周围瘤组织特征性的“指突样”浸润性生长,累及乳腺组织,但不破坏小叶结构。