

浆细胞性乳腺炎的中西医诊疗进展

李静^{1*}, 孙晓龙^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院外二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年5月21日; 录用日期: 2024年6月15日; 发布日期: 2024年6月24日

摘要

浆细胞性乳腺炎(plasmacellmastitis, PCM)是最为常见的非哺乳期乳腺炎之一, 好发于中年女性, 是一种慢性炎症性疾病。其原因及发病机制尚未明确, 因此治疗单纯肿块型相对容易, 但其他类型治疗不当易形成脓肿、瘘管或窦道等各种并发症, 致病情迁延难愈, 复发率高, 故成为了乳腺疾病治疗的难题之一, 给广大女性的身心健康带来了极大困扰。本文通过搜集国内外文献, 从临床表现、诊断和中西医治疗进行系统综述, 以为临床中更好地诊断及治疗本病提供思路和方法。

关键词

浆细胞性乳腺炎, 诊断, 中西医治疗, 综述

Progress in Diagnosis and Treatment of Plasma Cell Mastitis with Traditional Chinese and Western Medicine

Jing Li^{1*}, Xiaolong Sun^{2#}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Surgery II, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 21st, 2024; accepted: Jun. 15th, 2024; published: Jun. 24th, 2024

Abstract

Plasmacellmastitis (PCM) is one of the most common non-lactating mastitis. It is a chronic in-

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 李静, 孙晓龙. 浆细胞性乳腺炎的中西医诊疗进展[J]. 临床医学进展, 2024, 14(6): 562-567.

DOI: 10.12677/acm.2024.1461811

inflammatory disease and occurs in middle-aged women. Its cause and pathogenesis are not clear, so the treatment of simple mass type is relatively easy, but other types of improper treatment is easy to form abscess, fistula or sinus and other complications, resulting in prolonged difficult to cure, high recurrence rate, so it has become one of the difficulties in the treatment of breast diseases, to the majority of women's physical and mental health has brought great trouble. Through collecting literatures at home and abroad, this paper systematically reviews the clinical manifestations, diagnosis and treatment of traditional Chinese and western medicine in order to provide ideas and methods for better diagnosis and treatment of this disease in clinic.

Keywords

Plasma Cell Mastitis, Diagnosis, Chinese and Western Medicine Treatment, Summarize

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM), 又称为乳腺导管扩张症[1], 属于非细菌性乳腺慢性炎症, 本病常从乳腺导管扩张开始, 因病变部位显著浸润了大量浆细胞而得名。破溃后有大量脂类样物质留于乳头排出物中, 因这一特点故在中医学上被形象地称为粉刺性乳痈[1]。据统计, 本病在良性乳腺疾病中的发病率占到了约 1.41%~5.36% [2]。在临床表现上, 患者多有乳房红肿、发热、疼痛、肿块等症状, 乳头还可出现溢血溢液。由于本病发病阶段及表现各不相同, 复杂多变, 易失治误治, 若处理不当可致病情迁延难愈, 后期形成瘻管或窦道, 复发率较高, 严重影响了病情预后及病人的身心健康。因此, 对于 PCM 的诊断和治疗, 临床上需要医师具备丰富的专业知识和经验, 以确保患者能够得到及时准确有效的治疗, 从而维护患者的身心健康。

2. 临床表现

PCM 好发于年龄在 30~50 岁的非哺乳期女性, 男性和儿童较为少见, 近年来, 发病率呈现出年轻化、上升化趋势[3]。有调查表明, 最小患者的年龄仅为 2 个月[4]。在临床上, 乳晕周围肿块的形成、乳头溢血溢液及乳头回缩等症状为常见的表现, 通常可反复出现, 且急性期患者可有局部红肿热痛及腋窝淋巴结肿大压痛的表现。常规治疗方法为抗生素的使用, 但往往效果不佳。若病情长期未得到有效控制, 可进一步发展为脓肿、瘻管、窦道等。鉴于 PCM 的症状体征并不明显, 在不同阶段可呈现不同的临床特征, 这使得临床诊断和治疗中面临着一定挑战。

3. 诊断

由于对浆细胞性乳腺炎的理解在以往并不深入, 病因尚不明确, 故诊断主要依靠临床表现[5] [6]。随着医学的发展及对本病的进一步研究, 目前主要依靠病理及影像学检查来确诊, 这使得 PCM 的诊断更具有客观性。

3.1. 病理学检查

当前, 多数学者认为 PCM 的确诊应根据其病理表现来确定[3]。根据病情发展程度, 可有不同的病

理表现: 初期可见乳腺导管扩张, 脂质物质于腔内沉积, 可见淋巴细胞侵入。炎症期管壁可发展为纤维化或玻璃样, 并存在大量炎性细胞浸润。脓肿期则见导管进一步扩张变薄, 囊实性包块形成, 淋巴细胞、中性粒细胞大量显著浸润。到晚期如瘻管期阶段, 导管壁增厚或纤维化, 细胞坏死组织及化脓性肉芽肿出现, 并有大量以浆细胞为主的炎性细胞显著浸润[7]。

3.2. 纤维乳管镜检查

镜下观察见乳腺导管显著扩张, 其壁粗糙易脆、易出血, 有大量白色絮状物在管腔内沉淀积聚[7]。显微镜下可观察到有浆细胞浸润。故对于有乳头溢液者, 纤维乳管镜优势更为突出, 并且可同时收集病变标本以及时进行病理检查, 确定诊断。因此, 对于无急性炎症的乳头溢液患者, 目前专家共识倾向于选用纤维乳管镜作为诊断工具[8]。

3.3. 多普勒超声检查

超声是一种无创简便的检查工具, 在乳腺疾病中最为常用, 国内最新共识也认为超声是本病的首选检查[8]。其表现主要为边界模糊, 形态不规则的低回声或混合回声包块, 内部回声不均, 这些特征与乳腺癌的影像十分类似, 故需对二者仔细鉴别。

3.4. 钼靶检查

钼靶检查是诊断乳腺疾病的重要手段之一, 对微小钙化敏感性较高, 但对肿块范围敏感度较低, 且在乳腺组织致密时易漏诊[9], 故不作为首选, 但可用于 PCM 与恶性肿瘤的鉴别。钼靶检查显示乳腺组织密度不均匀增高, 以乳晕为中心呈散在性不规则片状影, 乳头周围皮肤可能增厚[10]。

3.5. 磁共振成像(MRI)

MRI 的优势为能更好地呈现细节, 放射性损害较小, 能明显分辨出软组织, 但因费用较高且对于本病诊断无特异性意义的劣势, 故不作为首选方法。在增强 MRI 下可见病变一侧的乳房皮肤水肿增厚, 表现为 T1WI 等、低混杂信号, 可见斑片状、卷发条索状阴影或局部结节状、不均一囊状阴影, T2WI 则呈高或等高信号, 病灶混杂多样, 呈卷毛状或蜂巢样, 各类组织边缘模糊[11]。

4. 中医治疗

4.1. 病因病机

我国古籍中对本病并无明确记载, 但晋末《刘涓子鬼遗方》一书首次提及了“乳痈”一名。随着后世医家对本病的研究不断深入, 结合其临床特征将其正式划为“乳痈”一病的范畴。由于乳头处可溢出粉刺样物质, 故称为“粉刺性乳痈”。发病原因可分为内因与外因, 内因包括先天禀赋不足及情志内伤, 外因主要为饮食不当与外邪侵袭。尽管众医家观点各不相同, 但普遍认为该病是由于乳头先天凹陷畸形, 加之肝郁气结, 气血瘀结积滞成块, 进而化热, 热盛导致肉腐酝酿成脓, 待脓肿溃破后, 余邪结聚成块或瘻; 或因肝郁脾虚, 运化无力, 致体内湿浊聚积成痰, 痰瘀互结化热, 酿肉成脓, 若溃后留有余毒, 则病情反复发作[12]。此外, 也有学者指出属阳虚质、特禀质或二者兼具者, 更易患本病[13]。张董晓等[14]分析燕京外科流派名家思想后认为本病还与肝、脾、肾三脏有密切联系。

4.2. 内治法

由于本病病情复杂, 病机及临床表现多变, 故不同医家的治疗经验各不相同, 但多数主张分期与辨证分型论治相结合。

4.2.1. 分期论治

张董晓等[14]总结燕京外科流派名家治疗经验时主张采用分期论治的策略,将治疗过程分为四期。隐匿期多为肝经有热及痰湿阻络之证,采用疏肝清热,理气化痰。常用蒲公英、黄芩、白芍、桔梗、漏芦等药。结块期时以乳房肿块为主要症状,临床以半阴半阳证为主,加之气血凝滞,故此期以“消”法为治疗原则,采用柴胡、香附、白芍、陈皮及半夏等药物来调整气血阴阳,和营消肿。脓肿期肿块变软,热盛肉腐,治以清热解毒,托里透脓,以“托”法为治疗原则,可补托或透托。常用到党参、生黄芪、白芷、炒山甲、炒皂刺等药。溃后期肿块破溃流脓,难收难敛,以“补”法为治疗原则,治以益气养阴,活络生肌为主,常用人参、生黄芪、生地黄、熟地黄、天花粉、桔络、丝瓜络等药。

4.2.2. 分型论治

在分型论治方面,鲁立宪等将其细分为四型[15]。肝经郁热型多由情志不畅引起,多采用柴胡、郁金、香附等疏肝药物通络散结行气。脾胃蕴热型则多见于多食肥甘厚味或体型肥胖者,分泌物为有异味的豆渣样物质,治宜清热泻火、排毒透脓,常用黄芩、黄连、大黄等。肾经虚火型多因久病耗伤阴精,治宜滋阴清热、生肌收口,常用黄芪、生地黄、石斛等药。气血虚弱型多见于久病不愈,气血亏虚者,治宜益气补血、托里透脓,故重用黄芪,并辅以党参、白术等药。

4.2.3. 从阴阳论治

郭艳静[16]等指出本病的非急性期多为半阴半阳证,“瘀”或“郁”是导致本病的主要原因,久瘀(郁)则化火。根据此特性,众人在局部辨证后以瓜蒌牛蒡汤为基础,研究出了消痈乳康汤一方,以更有效地治疗本病。

4.3. 外治法

4.3.1. 药物外敷法

肿块静止期气血积滞形成肿块,可使用阳和解凝膏或金黄膏外敷,促进肿块消退。急性炎症期则宜外敷青敷膏,旨在清热解毒,消肿散结。

4.3.2. 引流法

包含了切开引流、挂线疗法和药线疗法,对瘻管已成者,以丝线、皮筋等工具用缓慢切割的方式使腐肉逐渐从瘻管中去除,新肉长出,最终使瘻管消除,疾病得愈。任泽华[17]等参考传统挂线方法并将其进行改良,得到了较好疗效。

4.3.3. 垫棉法

其含义为通过不断施加压力来封闭窦道或脓腔,常与切开引流法配合使用,防止脓液聚积,新肉得以长出,疮疡得愈。程亦勤等[18]提出,为使腔道及时闭合,宜将本法与拖线法或加绑缚法结合,否则易成瘻管。

4.3.4. 刺络拔罐疗法

肿块期患者除口服中药汤剂外,可加用此法,能够快速减轻或消除局部组织的充血水肿状态,从而恢复受损的神经及皮肤组织,达到祛瘀生新、消炎散结、通络止痛之功,防止疾病继续恶化[19]。

4.3.5. 针灸疗法

有学者采用浮针治疗,患者仰卧,医者循肌肉走向平行或垂直进针,将扫散手法与灌注活动相结合,解决“不荣则痛”问题。还有学者采用药物压灸疗法,选取主穴及配穴后将消癥散放于绵纸中再置于施灸处,点燃艾条后,其散发的热量可将药性带入体内,疗效更佳。

4.3.6. 中医清创术

成脓期主要应用此法, 孙雪峰[20]行切开引流法, 术后以药线蘸取八二丹引流, 再贴以红油膏, 定期换药。对瘻管已形成者, 在急性炎症缓解后, 可使用切开法、拖线法、挂线法、乳头劈开法等继续治疗。

5. 西医治疗

5.1. 药物治疗

在治疗过程中, 可涉及到的药物有抗生素、激素、内分泌药物、抗结核药物及免疫抑制剂。① 抗生素: 由于 PCM 急性炎症期可能合并细菌感染, 因此根据最新专家共识, 疾病初期可使用广谱抗生素联合甲硝唑控制炎症[21], 待药敏结果获得后再使用敏感抗生素。② 激素: 研究指出在适当剂量下激素可起到消炎、抗免疫作用[22], 可缓解炎症和水肿, 以地塞米松、强的松等激素作为基础用药, 特定情况下联合抗生素, 可使炎症缓解, 肿块消散。③ 内分泌药物: 研究显示三苯氧胺针对雌激素对乳腺组织的刺激有阻断作用, 还可起到免疫调节之功。马俊旭等[23]研究进一步证实了三苯氧胺可有效控制肿块溃破, 减少渗出, 从而抑制炎性增生, 因此被推荐为治疗 PCM 的早期用药。④ 抗结核药物: 对于有分枝杆菌感染的患者, 抗结核治疗必不可少。三联抗菌疗法为常用的治疗方案, 即异烟肼、利福平与乙胺丁醇联合用药, 疗效较好, 同时可避免激素治疗带来的副作用。康伟明等[24]指出, 采用三联抗菌药物的治愈率可达 76%, 说明该疗法能缩短疗程, 降低耐药性, 减少病情反复发作的风险。⑤ 免疫抑制剂: 目前有学者以强的松作为基础用药, 在临床症状改善后采用甲氨蝶呤进一步维持治疗, 临床疗效更佳[25]。但目前此类疗法未得到广泛应用, 仍需进一步深入探索研究。

5.2. 手术治疗

尽管 PCM 早期使用药物治疗有一定效果, 但鉴于其病程较长、病情复杂, 故手术切除病灶仍是当前治疗本病最优的选择, 手术方式则需根据患者不同的临床表现及病程阶段。若肿块出现在乳晕区时, 除切除外还需扩张导管, 有乳头内陷情况可结合乳头畸形矫正术治疗; 若肿块处在乳腺边缘, 可选取乳腺区段或象限切除术。针对脓肿型 PCM, 首先应行抗感染治疗以控制炎症, 待炎症缓解或消除后再行脓肿切除引流术[3]。对于单发小脓肿, 可在超声引导下进行穿刺抽吸操作, 完毕后用甲硝唑注射液冲洗。对于瘻管型 PCM, 应在抗感染与炎症缓解后, 通过手术切除瘻管或窦道及周围部分正常组织[3]。当病变涉及范围较广时, 为避免乳房切除, 可采用皮瓣转移技术[26]。若乳房整体有炎症、皮肤创面较小、且窦道口较少的患者, 可保留乳头及乳晕, 采用皮下腺体全切术[26]。但若皮肤表面有多处瘻口、创面大并伴有严重感染时, 则应考虑患侧乳房切除。此外, 因传统手术会在一定程度上影响乳房外形, 有学者也采取微创技术进行治疗。

6. 结语

综上所述, 作为乳腺疾病领域治疗的难题, PCM 临床表现多样, 病情复杂, 病程较长, 故临床上需仔细诊断鉴别。在治疗方面, 中医与西医各具特点, 西医药物治疗起效较快, 但副作用不容忽视, 且易产生耐药性和反弹现象; 手术治疗虽见效迅速, 但创伤大, 且后期恢复不当易形成瘻管等。相对而言, 中药治疗虽疗程长但较为安全彻底。故对于浆细胞性乳腺炎的治疗应依据患者所处的不同阶段及各自需求, 采用中西医结合的综合治疗方案, 多途径共同作用, 力求缩短病程, 同时尽可能较少损害乳房形态, 减少患者在治疗时产生的身心痛苦, 从而使本病得到有效治愈。

参考文献

[1] 中国医学百科全书编辑委员会, 曾宪九, 裘法祖, 吴蔚然, 吴咸中, 等. 四十九, 普通外科学[M]//中国医学百科

- 全书. 上海: 上海科学技术出版社, 1989: 140-141.
- [2] 阮华, 杨红健. 浆细胞性乳腺炎诊治体会附 76 例报告[J]. 浙江临床医学, 2003, 5(2): 108.
- [3] 杨兴霞, 武彪. 浆细胞性乳腺炎的诊治进展[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2015, 9(2): 115-118.
- [4] McHoney, M., Munro, F. and MacKinlay, G. (2011) Mammary Duct Ectasia in Children: Report of a Short Series and Review of the Literature. *Early Human Development*, **87**, 527-530. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.04.005>
- [5] 耿翠芝, 吴祥德. 浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗[J]. 临床外科杂志, 2007, 15(6): 376-377.
- [6] 吴迪, 佟金学. 浆细胞性乳腺炎研究进展[J]. 实用肿瘤学杂志, 2007, 21(6): 567-569.
- [7] 王勇, 张涛. 纤维乳管镜系统在浆细胞性乳腺炎中的应用[J]. 广东医学, 2014, 35(17): 2808. <https://doi.org/10.13820/j.cnki.gdyx.2014.17.063>
- [8] 周飞, 刘璐, 余之刚. 非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(7): 755-758.
- [9] 马凤荣, 袁慧书. 浆细胞性乳腺炎影像学研究进展[J]. 放射学实践, 2019, 34(8): 925-929. <https://doi.org/10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.08.019>
- [10] 朱林波, 李鹏飞, 张鹏斌. 浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗研究进展[J]. 浙江医学, 2019, 41(5): 496-498.
- [11] Yang, Y., Huang, Y.F., Li, P., et al. (2018) Differential Diagnosis for Breast Ductal Carcinoma in Situ and Plasma Cell Mastitis by Magnetic Resonance Imaging. *Journal of Central South University (Medical Sciences)*, **43**, 1123-1130.
- [12] 张帅, 刘胜. 顾氏外科三代传承治疗浆细胞性乳腺炎[J]. 浙江中医药大学学报, 2016, 40(10): 747-749. <https://doi.org/10.16466/j.issn1005-5509.2016.10.008>
- [13] 陆清, 季亚婕, 薛晓红. 浆细胞性乳腺炎患者中医体质类型分布特点的临床研究[J]. 江苏中医药, 2017, 49(10): 38-40.
- [14] 张董晓, 付娜, 高畅, 等. 燕京外科流派名家内治浆细胞性乳腺炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(7): 3581-3583.
- [15] 鲁立宪, 孟安琪. 浆细胞性乳腺炎的中医药治疗[J]. 中国中医药信息杂志, 2001, 8(S1): 84.
- [16] 郭艳静, 刘丽芳, 周亮, 等. 消痈乳康汤为主治疗浆细胞性乳腺炎[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(7): 18-19.
- [17] 任泽华. 改良挂线治疗浆细胞性乳腺炎[J]. 山西职工医学院学报, 2014, 24(3): 39-40.
- [18] 程亦勤, 唐汉钧. 切开加拖线和垫棉法相结合治疗 30 例粉刺性乳疔的临床分析[J]. 中医外治杂志, 2005, 14(1): 16-17.
- [19] 丘平, 凌文津, 李泰萍, 等. 刺络拔罐放血疗法治疗肿块期浆细胞性乳腺炎 93 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(5): 66-67. <https://doi.org/10.16254/j.cnki.53-1120/r.2017.05.028>.
- [20] 孙雪峰. 中医清创术配合中药内服外敷治疗浆细胞性乳腺炎疗效研究[J]. 河北中医药学报, 2015, 30(2): 27-29. <https://doi.org/10.16370/j.cnki.13-1214/r.2015.02.010>.
- [21] 王颀. 应重视非哺乳期乳腺炎的诊治和研究[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2013, 7(3): 154-156.
- [22] 范国才, 王卫华. 加减阳和汤联合泼尼松龙治疗浆细胞性乳腺炎临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(4): 21-24. <https://doi.org/10.13457/j.cnki.jncm.2022.04.006>.
- [23] 马俊旭, 赵海军, 李静亚, 等. 三苯氧胺对乳头凹陷浆细胞乳腺炎发病初期肿块 Ki67 指标的影响[J]. 河北医药, 2015, 37(22): 3420-3422.
- [24] 康伟明, 薛毅, 梁红梅. 手术联合抗结核药物治疗浆细胞性乳腺炎合并乳头内陷的临床研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S1): 161-162.
- [25] Omranipour, R., Mohammadi, S.F. and Samimi, P. (2013) Idiopathic Granulomatous Lobular Mastitis-Report of 43 Cases from Iran; Introducing a Prelimi Nary Clinical Practice Guideline. *Breast Care (Basel)*, **8**, 439-443. <https://doi.org/10.1159/000357320>
- [26] 黄汉源. 浆细胞性乳腺炎外科治疗进展: 整形外科技术的应用[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2013, 7(3): 210-214.