

青春期男性乳腺增生的 中西医治疗进展与争议

薛佳茹¹, 王宽宇^{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: 2026年7月20日; 录用日期: 2026年8月13日; 发布日期: 2026年8月24日

摘 要

青春期男性乳腺增生(pubertal gynecomastia, PG)是青少年男性常见的乳腺良性病变, 发病高峰为13~14岁, 患病率约50%~70%。本病多数呈自限性, 75%~90%的患者在1~3年内腺体可自行消退, 但乳房外形异常可诱发焦虑、社交回避等心理问题, 部分患者存在明确的干预诉求。目前国内外缺乏统一的规范化诊疗路径, 临床在保守观察与主动干预之间持续存在分歧。西医以随访观察为基础策略, 他莫昔芬为一线试验用药, 但证据多源于小样本研究且属超说明书用药; 中医药基于“肾常不足、肝常有余”的生理特点形成了辨证治疗体系, 但缺乏大样本循证证据。本文系统梳理PG中西医诊疗证据, 围绕观察时限、他莫昔芬适用性、中医药定位三大争议展开论述, 并提出开展高质量随机对照试验、建立分层个体化中西医协同诊疗规范等未来方向。

关键词

青春期男性乳腺增生, 男性乳房发育, 中西医结合治疗, 他莫昔芬, 争议

Research Progress and Controversies of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Pubertal Gynecomastia

Jiaru Xue¹, Kuanyu Wang^{2*}

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

²Second Surgery Ward, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 20, 2026; accepted: August 13, 2026; published: August 24, 2026

*通讯作者。

文章引用: 薛佳茹, 王宽宇. 青春期男性乳腺增生的中西医治疗进展与争议[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 2066-2072.
DOI: 10.12677/acm.2026.1682995

Abstract

Pubertal gynecomastia (PG) is a common benign breast lesion in adolescent males, with the peak incidence at 13~14 years old and a prevalence of 50%~70%. Most cases are self-limiting, and the breast glandular tissue of 75%~90% patients can regress spontaneously within 1 to 3 years. However, abnormal breast appearance easily induces psychological disorders such as anxiety and social avoidance, and some patients have strong demands for clinical intervention. At present, there is no unified standardized diagnosis and treatment standard at home and abroad, and there are persistent clinical disputes among conservative follow-up observation, drug therapy and surgical intervention. Western medicine takes regular follow-up observation as the basic measure, and tamoxifen is the first-line experimental drug in clinical practice. Nevertheless, most existing efficacy evidence comes from small-sample studies, and the drug is used for off-label indications. Based on the physiological characteristics of “insufficiency of kidney qi and excess liver qi” in adolescents, traditional Chinese medicine (TCM) has formed a complete syndrome differentiation and treatment system, yet large-sample and multi-center evidence-based support is lacking. This paper systematically sorts out the existing clinical research evidence of integrated traditional Chinese and western medicine for PG, conducts evidence-based analysis on three core controversies including the definition of follow-up duration, applicable population of tamoxifen and clinical positioning of traditional Chinese medicine, and puts forward future research directions such as carrying out high-quality randomized controlled trials and establishing hierarchical individualized integrated diagnosis and treatment specifications.

Keywords

Pubertal Gynecomastia, Gynecomastia, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Tamoxifen, Controversies

Copyright © 2026 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

男性乳房发育症(gynecomastia, GM)是指男性乳腺导管及间质组织良性增殖,以乳晕下可触及腺体组织为主要体征,是男性最常见的乳腺良性疾病[1]。青春期生理性 GM 由该阶段雌激素与雄激素比值一过性失衡所致,13~14 岁为发病高峰,超过半数青少年存在不同程度的乳房膨隆。尽管本病具有显著的自限性,但乳房外形改变可引发体象障碍,进而导致持续性情绪困扰,干扰青少年的正常社会功能。当前 PG 的临床管理存在明显的循证短板:西医阶梯式方案包括随访观察、药物干预和手术治疗,但药物普遍存在证据等级偏低、超说明书用药的问题;中医药将本病归属于“乳癆”范畴,基于青少年肝脾肾功能失调的病机认识形成了较为完整的辨证论治框架,但因研究设计缺陷,难以被主流临床指南采纳。现有综述多侧重于单一疗法的疗效总结,缺乏对不同方案适用边界和内在局限的整合评述。本文在系统梳理 PG 中西医诊疗证据的基础上,围绕核心争议进行循证分析,探讨中西医协同干预的潜在路径,以期临床分层决策提供参考。

2. 西医治疗

2.1. 随访观察

随访观察是 PG 的一线基础管理方案。自愈预后与乳腺体积、Tanner 分期显著相关:乳腺最大径 <

4 cm、Tanner 2 期起病者自发缓解率更高;病程超过 2 年仍无消退迹象者,自愈可能性显著降低。随访期间应开展内分泌健康宣教与心理疏导,向患者及家属阐明本病的生理性机制以消除恐癌焦虑,同时动态监测乳腺体积、压痛及心理状态的变化。当前指南仅提供了 1~3 年的宽泛观察区间,未依据乳腺体积、症状程度及心理损伤程度设置分层随访节点,临床实践中易出现两类偏差:一是对伴有明显体象障碍的患者长期被动随访,延误干预时机;二是对轻微生理性增生的患者过度实施药物或手术,导致正常生理发育过程的过度医疗化。虽有学者建议对无症状患者先行 6 个月观察评估后再行分层决策,但该方案尚未形成行业共识,临床执行差异较大。

2.2. 药物治疗

2.2.1. 选择性雌激素受体调节剂

他莫昔芬是目前临床应用最广泛的试验性 SERM 类药物,通过竞争性结合乳腺雌激素受体抑制腺体增殖。Berger 等纳入 24 项研究的系统综述显示,小样本队列中该药短期疗效确切、不良反应轻微,但同时明确出现有临床数据尚不完整、高质量随机对照试验(RCT)匮乏。该药的核心局限在于超说明书用药——国内外药品说明书均未批准 PG 适应症,临床仅用于伴有重度乳房疼痛或显著心理应激的患儿。经验性用药提示 Tanner 2 期、乳腺直径 < 4 cm 阶段启动干预应答最优,但目前全球尚无统一的剂量标准、疗程方案及客观疗效评价体系,临床实施高度依赖医师个人经验。

2.2.2. 芳香化酶抑制剂与雄激素制剂

芳香化酶抑制剂通过抑制雄激素向雌激素转化发挥作用[2]。目前唯一一项针对青春期 GM 的随机双盲、安慰剂对照试验显示,阿那曲唑与安慰剂相比未表现出更优疗效[3],不推荐常规使用。雄激素制剂仅适用于确诊性腺功能减退者,缺乏儿童使用的高质量循证依据。

2.3. 手术治疗

手术适用于保守治疗无效或乳房过度增大严重影响外观及心理者。国内文献推荐的手术指征包括:① 乳房直径 > 4 cm 且长期不消退;② 乳房明显影响美观;③ 药物治疗无效;④ 患者因恐癌或疑恶变而强烈要求。关于手术时机,传统观点主张待青春期结束后再行手术以降低复发风险,但有学者认为,乳腺发育超过 12 个月且保守治疗效果欠佳时即可考虑干预。术式选择依据乳房增大程度决定,包括单纯抽脂、抽脂联合腺体切除、皮肤切除术等,单纯抽脂适用于以脂肪增生为主的假性 GM,而真性 GM 需行腺体切除[4]。

3. 中医药治疗

3.1. 中医病机认识

本病归属于“乳疔”范畴,病位在肝、脾、肾,核心病机为青春期阴阳失调、痰瘀阻滞乳络。青少年具有“肾常不足、肝常有余”的生理特点,肾精亏虚则失于涵养肝木,肝失疏泄则气机郁滞,痰湿与瘀血胶结痹阻乳络发为本病。近年来有学者基于“玄府-肝络”理论提出,乳病的核心病机为肝络郁滞、乳腺玄府闭塞导致局部微循环障碍[5],该理论为理解本病提供了新的微观视角,但尚需进一步验证。

3.2. 辨证分型与方药治疗

肝郁气滞、痰凝阻络证:最为常见,诱因多为情志抑郁、学业压力。症见乳房增大胀痛,伴胸胁闷胀、烦躁易怒,舌淡苔薄,脉弦细。治以疏肝理气、化痰散结,方选逍遥散合二陈汤加减。

肾虚肝郁、痰瘀互结证:多见于先天肾精不足者。崔云教授提出肾虚肝郁为本病核心病机,治以补

肾疏肝、化痰除瘀,依据肾阴、肾阳、肾精亏虚的不同分别施治[6]。

痰湿壅滞、气机不畅证:多见于形体偏胖者。症见乳房增大质软,伴身重脘痞,舌胖苔腻,脉濡滑。治以健脾燥湿、行气散结。

阴虚火旺、痰瘀阻络证:袁意等[7]纳入 61 例患儿的 RCT 显示,在常规健康指导基础上加用滋阴泻火方治疗 3 个月,中药组总有效率达 96.67%,显著高于对照组的 58.06%;治疗后血清雌二醇水平及骨龄增速均低于对照组,且 LH、FSH 未见明显抑制,提示该方安全性良好。

3.3. 中医药治疗的局限

尽管中医药治疗青春期男性乳腺增生积累了丰富的临床经验,但现有研究仍存在以下不足:其一,辨证分型尚未统一,不同医家对证型的划分和方药选用存在较大差异,难以形成可推广的标准化方案;其二,高质量的临床研究较为匮乏,除少数小样本随机对照试验外,多数证据来源于个案报道和专家经验总结,缺乏大样本、多中心的循证医学证据;其三,中药复方作用机制尚不明确,尚未将中医理论与现代分子生物学(如雌激素受体表达、芳香化酶活性等)进行系统对接;其四,部分中药长期使用的安全性数据不足,尤其对于处于生长发育关键期的青春期人群,需关注药物对生殖发育的潜在影响。

4. 中西医治疗的核心争议

4.1. 争议一:随访观察的时限如何界定

对于青春期 GM,西医主流观点主张以观察等待为首选。由于约 75%~90%的患者在发病后 1~3 年内可自行消退,且该病本身属良性自限过程,“不干预是最好的干预”一直被视为基本原则。有研究指出,在无症状患者中,若无明确病因线索,观察 6 个月后重新评估是合理的处理策略。

然而,“观察多久才算足够”缺乏明确定量标准。部分患者的增生不仅不消退,反而持续增大,带来持久的心理困扰。与此同时,中医药领域对此有不同的认识。以儿童性早熟防治领域的讨论为参照,有学者主张在疾病早期即采用中医药整体干预,运用滋阴降火、疏调肝脾等治法防止病情进展,体现中医“治未病”的优势。也有学者持审慎立场,认为大多数此类表现为自限性,过度干预可能带来不必要的副作用、经济负担与标签化伤害,主张尊重疾病的自然进程。

这一争论的核心在于:无症状或轻度的青春期 GM,是否需要早期干预?支持早期干预者认为,中医药调理体质可改善内分泌环境、降低复发概率;反对者则强调,在缺乏明确获益证据的情况下,应避免对生理性变化的医疗化。

4.2. 争议二:他莫昔芬的应用是否合理

他莫昔芬是青春期 GM 药物治疗中使用最广泛的药物,但围绕其应用的争议从未停止[8]。支持方的主要依据来自 Berger 等进行的系统综述,该研究从 1425 篇文献中筛选出 24 篇符合标准的研究,其中 16 篇采用选择性雌激素受体调节剂(SERM)类药物。综述的结论是:他莫昔芬“有效、安全、副作用轻微”,在特定患者中应用是合理的选择。

然而,反对方的质疑同样尖锐。早在 2003 年,即有学者在英国医学杂志(BMJ)上撰文指出,他莫昔芬“未获准用于乳腺增生的治疗”,其推荐所依据的证据基础“规模甚小(仅 135 例患者),且并非来自随机对照试验”。对于青春期这一特殊人群,该药对骨骼生长的潜在影响、停药后复发的可能性、最佳疗程等问题均缺乏充分研究。

上述争议本质上是证据不足是否等于不应使用的临床伦理问题。支持方认为,在缺乏更优替代方案、且现有小样本研究已显示有效性的前提下,对有明确心理困扰的患儿权衡利弊后使用是合理的;反对方

则坚持严格的循证医学标准,主张在 RCT 证据出现之前不应将其纳入常规治疗。需要指出的是,最新的临床参考仍将“3 个月的他莫昔芬试验性治疗(10 mg 每日 2 次)”列为对伴有明显触痛或心理负担的严重患者的可选项,但同时明确告知“该药未获批用于此适应证”。

4.3. 争议三: 中医药的定位——辅助还是协同

中医药临床有效案例不少,但缺乏大样本随机对照研究,难以进入主流指南推荐。部分西医专家认为中药或可缓解胀痛,但对外形改变“基本无作用”,且存在肝肾毒性风险。有病例报道显示红参提取物可因雌激素样活性诱发青春期男孩乳腺增生,提示中药对乳腺组织影响具有双向性。这一现象提醒临床应详细追问中药及保健品服用史,也提示中医药需要更严谨的药理与临床研究。

5. 展望: 中西医协同的潜在路径

青春期男性乳腺增生的治疗虽已积累了一定经验,但现有证据体系仍存在显著缺口。如何在明确治疗困境的前提下,为未来的临床实践和科学研究指明方向,是本文最后要讨论的问题。

5.1. 研究方向的突破

高质量临床研究匮乏是核心瓶颈。未来需开展大样本、多中心 RCT,验证他莫昔芬等药物在青春期人群中的真实疗效与长期安全性。意大利男科学会 2025 年指南亦指出,PG 药物疗效与安全性证据极为有限。在中医药领域,2025 年一项 Meta 分析已纳入 7 项中药复方联合西药治疗 GM 的 RCT,为中西医协同提供了初步循证基础,但针对 PG 的专项研究仍属空白。此外,现有评价体系未覆盖体象障碍、焦虑评分等心理终点,未来应将心理健康指标纳入核心评价体系。

5.2. 临床决策的优化

基于当前国内外有限的循证数据、临床指南共识及回顾性研究结果,本文提出的青春期 GM 分层化、个体化临床决策模式,界定为基于有限证据的专家建议、供未来高质量研究验证的理论决策模型。目前该分层方案尚无统一行业标准,各项干预措施证据等级参差不齐,仅可作为临床个体化诊疗参考,不作为强制规范化诊疗标准。下文将依据 GRADE 证据质量分级系统(高级 A、中级 B、低级 C、极低级 D),结合乳腺直径、病程时长、症状表现、心理损伤程度四大核心维度,对各分层节点的干预方案、决策依据、证据质量及推荐强度进行系统性阐释,明确方案的适用边界与循证短板。

(1) 轻度、无症状患者: 乳房直径 $< 4\text{ cm}$, 无乳房疼痛、无体象焦虑及社交回避,病程 1 年内。

干预方案: 首选单纯随访观察 + 健康宣教 + 心理安抚,可选择性搭配中医药体质调理(疏肝健脾、化痰散结)的辅助干预模式,不推荐药物、手术等积极干预手段。

决策依据与 GRADE 证据评级: 该分层方案核心依据为青春期 GM 自限性病理特征,现有研究证实 75%~90% 的轻症青春期患者可在 1~3 年内自行消退, Tanner 2 期、乳腺直径 $< 4\text{ cm}$ 的轻症患者自发缓解率最高,生理性激素失衡可随青春期发育逐步恢复稳态,过度干预易造成医疗资源浪费及生理性发育的过度医疗化。西医随访观察策略为行业基础共识,但缺乏大样本 RCT 精准验证该分层阈值的有效性;中医药体质调理仅为经验性辅助方案,无专项循证证据支撑。GRADE 证据质量: B 级(中等证据),推荐强度: 弱推荐。核心局限为暂无统一随访频次、复查节点的标准化依据,个体化干预边界模糊。

(2) 中度、有症状/心理困扰患者: 乳房直径 4~6 cm,伴轻微乳房压痛、经期波动胀痛,或存在轻度体象自卑、社交顾虑,病程 1~12 个月。

干预方案: 以动态随访监测为基础,给予 3 个月规范试验性他莫昔芬药物干预(10 mg 每日 1~2 次),充分告知患者及家属药物超说明书用药属性、循证局限性及潜在风险;可联合中医辨证方药协同调理,

干预 3 个月后全面评估疗效, 无效则及时终止药物干预。

决策依据与 GRADE 证据评级: 该分层人群已突破纯生理性轻症范畴, 存在持续躯体不适或心理损伤, 且短期内自发消退概率显著下降。Berger 等多项小样本队列研究证实, 他莫昔芬可通过阻断乳腺雌激素受体抑制腺体增殖, 短期可有效缓解胀痛、控制腺体增大, 不良反应发生率低, 是目前中度症状患者唯一可选用的试验性药物。但所有相关研究均为小样本、单中心研究, 缺乏多中心 RCT 对照数据, 且国内外药品说明书未获批青春期 GM 适应证, 存在明确循证短板与用药安全争议。中西医结合干预为理论协同方案, 无直接临床对照研究证实增效作用。**GRADE 证据质量: C 级(低等证据)**, 推荐强度: 弱推荐、谨慎使用, 仅适用于有明确干预诉求、充分知情同意的患者, 严禁常规普及使用。

(3) 重度、持续不退患者: 乳房直径 $>6\text{ cm}$, 无自发消退趋势, 伴持续性乳房疼痛、重度体象障碍、明显焦虑抑郁或社交回避, 病程 >12 个月。

干预方案: 排除内分泌异常、药物诱因等继发性病因后, 优先评估手术干预指征, 根据腺体增生类型选择单纯抽脂、腺体切除或联合术式; 术后常规随访, 配合中西医调理降低复发风险, 不推荐长期药物保守干预。

决策依据与 GRADE 证据评级: 病程超过 12 个月的重度青春期 GM, 乳腺间质多已发生不可逆纤维化改变, 药物干预难以逆转腺体增生形态, 保守治疗有效率极低。国内多项临床研究明确将乳房直径 $>4\text{ cm}$ 、长期不消退、严重影响外观及心理状态列为手术核心指征。2026 年多中心大样本回顾性研究(2605 例患者)进一步证实, 重度患者手术干预可显著降低后续精神心理疾病发病风险, 焦虑发病风险降低 71%, 为手术的心理获益提供了有限循证支撑。但该研究为回顾性分析, 存在选择偏倚, 缺乏前瞻性 RCT 验证手术时机、术式选择的最优方案, 且暂无青春期患者术后长期复发率、远期发育影响的追踪数据。**GRADE 证据质量: B 级(中等证据)**, 推荐强度: 条件性强推荐, 仅针对重度、保守干预无效、心理损伤显著的特定人群适用。

整体模型定位说明: 本分层诊疗模型是基于现有碎片化循证数据、临床经验及最新回顾性研究成果整合构建的理论模型, 所有干预节点均存在不同程度循证缺口, 未形成行业统一规范。未来亟需通过大样本、多中心、长期随访的前瞻性 RCT 研究, 验证各分层阈值的精准性、不同干预方案的疗效差异及长期安全性, 进一步优化模型、完善证据体系, 最终转化为可落地的标准化临床诊疗规范。

5.3. 中西医协同的切入点

中西医协同治疗的优势互补是未来值得探索的方向。西药(如他莫昔芬)可在病程早期快速阻断雌激素对乳腺组织的刺激, 控制病情进展; 中药则可通过疏肝理气、化痰散结、补肾调肝等多靶点作用, 改善患者的整体内分泌状态和体质, 可能有助于减少复发。结合现有中药药理学基础可提出可验证科学假说: 临床最常用基础方逍遥散中的柴胡皂苷、白芍总苷等有效成分可通过下调乳腺组织 $\text{ER}\alpha$ 受体表达, 降低乳腺上皮对雌激素的敏感性, 一方面增强他莫昔芬竞争性阻断雌激素受体的抑制效应, 另一方面延缓长期使用他莫昔芬后乳腺组织产生药物耐药, 缩小增生腺体体积; 针对肾虚肝郁证所用补肾中药(淫羊藿、女贞子)可抑制芳香化酶 $\text{CYP}19$ 活性, 减少雄激素向雌激素转化, 从上游降低体内雌激素水平, 与他莫昔芬作用通路形成上下游互补; 针对痰湿壅滞证二陈汤提取物可改善乳腺局部微循环, 减轻间质水肿与炎性浸润, 缓解乳房胀痛, 改善伴随躯体症状。然而, 这一组合策略目前仍停留在理论探讨层面, 亟需高质量的细胞实验、动物模型及临床对照研究加以验证。

此外, 中医证型与现代生物标志物的对应关系亦值得深入探索。例如, 肝郁气滞型患者是否表现为更高的雌激素受体敏感性? 肾虚型是否与芳香化酶活性增强相关? 这类机制层面的研究将为中西医结合治疗提供更具说服力的科学基础。

总之, 青春期 GM 的治疗决策应当充分考量乳房大小、病程长短、症状严重程度、心理负担以及患者与家庭的意愿等多重因素。在现有证据不足的背景下, 医患共同决策尤为重要——在充分沟通证据现状、治疗获益与风险的前提下, 尊重患者及其家庭的选择, 既不过度干预生理性变化, 也不忽视确有治疗需求者的合理诉求。

6. 结语

青春期男性乳腺增生是青少年高发的良性乳腺疾病, 多数患者具有自发缓解的潜力, 但体象障碍所诱发的心理损伤不可忽视。当前诊疗证据体系存在显著断层: 随访观察缺乏分层标准, 他莫昔芬循证证据不足且属超说明书用药, 中医药经验丰富但高质量研究稀缺, 手术时机尚无共识。面对上述困境, 固定统一的诊疗流程难以适配异质性患儿。未来应重点开展 PG 专项 RCT、搭建标准化中医药循证研究体系、构建涵盖躯体与心理维度的复合疗效评价体系, 在消极随访与过度医疗之间建立科学的处置阈值, 逐步形成规范化、个体化的中西医协同诊疗体系。

参考文献

- [1] 杨逸雨, 高亚琳, 李靖若. 两种术式治疗男性乳房发育症的效果对比分析[J]. 河南医学研究, 2016, 25(4): 633-635.
- [2] 陈显成, 甘卫东. 芳香化酶抑制剂在良性前列腺增生治疗中的作用[J]. 国际泌尿系统杂志, 2014, 34(2): 247-250.
- [3] Plourde, P.V., Reiter, E.O., Jou, H., Desrochers, P.E., Rubin, S.D., Bercu, B.B., *et al.* (2004) Safety and Efficacy of Anastrozole for the Treatment of Pubertal Gynecomastia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **89**, 4428-4433. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0082>
- [4] 唐玉君, 蒋斌, 杨锋, 等. 动力辅助旋切刀对比吸脂术治疗男性乳房肥大症的回顾性研究[J]. 临床研究, 2021, 29(1): 8-10.
- [5] 苏慧敏, 张雯. 基于“玄府-肝络”理论探讨乳癖的辨治[J]. 现代中医临床, 2024, 31(6): 100-103.
- [6] 徐新宇, 李洁心, 应志康, 等. 崔云运用补肾疏肝法治疗男性乳房发育症经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2022, 32(4): 297-300.
- [7] 袁意, 吴嘉莉, 吴限, 等. 滋阴泻火方治疗青春期男性乳房发育的临床效果[J]. 中国当代医药, 2023, 30(2): 117-120.
- [8] 罗思琦. 经腋窝入路单孔腹腔镜术式与开放术式治疗轻中度男性乳房发育症疗效对比[D]. [硕士学位论文]. 南昌: 南昌大学, 2025.