**22例浆细胞性乳腺炎的临床特征及手术治疗分析**

徐建忠

长治市人民医院（046000）

摘要：浆细胞性乳腺炎是一种无菌性乳腺良性病变，以乳腺导管扩张、浆细胞浸润为病变基础，手术治疗是目前浆细胞性乳腺炎的有效方式。本文回顾性分析22例浆细胞性乳腺炎的诊疗经过，并对浆细胞性乳腺炎的临床特征、诊断与鉴别诊断、手术方式等进行了讨论。22例患者术后随访1年均无复发。

关键词：浆细胞性乳腺炎；临床特征；手术治疗；

Clinical characteristics and surgical treatment of 22 cases with plasma cell mastitis

Abstract: Plasma cell mastitis is a kind of aseptic benign breast disease, which is based on expansion of mammary duct and infiltration of plasma cells.Surgical treatment is an effective method for plasmacyte mastitis. This paper retrospectively analyzed the diagnosis and treatment of 22 cases of plasma cell mastitis, and discussed the clinical characteristics, diagnosis and differential diagnosis, and surgical methods of plasma cell mastitis. The 22 patients were followed up for 1 year without recurrence.

Key words: plasma cell mastitis;clinical characteristics; surgical treatment

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis，PCM)，是非哺乳期常见的乳腺炎症性疾病之一，是一种以乳腺导管扩张、浆细胞浸润为病变基础的无菌性乳腺良性病变［1］。本病目前病因尚未明确，临床表现错综复杂，可合并其他疾病，治疗方法也多种多样。我科自2017年8月到2018年12月，共手术治疗浆细胞性乳腺炎22例，现将诊疗情况汇总如下。

1 **资料和方法**

1.1临床资料

我科自2017年8月至2018年12月先后手术治疗22例浆细胞性乳腺炎患者，年龄27-67岁，平均年龄41.82岁，均在非妊娠期、非哺乳期，其中未婚的1例，已婚未孕的3例，已婚已育的18例，既往行切开引流治疗的患者5例；病程2天-15年；病变均为单侧，左侧9例，右侧13例。乳腺肿块16例，乳腺红肿伴脓肿形成5例，可触及波动感，乳头溢液1例，呈淡红色浆液性液体。合并乳头凹陷的5例，其中Ⅰ度凹陷4例，Ⅱ度凹陷1例。19例病变位于乳头旁2cm范围内，2例病变位于乳头旁2.5-3cm，1例病变位于距乳头6cm处。所有患者术前均行乳腺B超检查，提示炎性可能的10例，BI-RADS分类：3类18例，4a类3例，4b类1例。

表1 22例患者一般情况、临床表现及乳腺B超结果

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病例  编号 | 年龄  （岁） | 婚育状况 | 病程 | 临床表现 | 乳腺B超  BI-RADS分类 |
| 病例1 | 30 | 已婚未孕 | 3天 | 左乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例2 | 35 | 已婚已育 | 2月 | 左乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例3 | 56 | 已婚已育 | 3年 | 右乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例4 | 43 | 已婚已育 | 1年 | 左乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例5 | 27 | 未婚 | 2天 | 右侧乳头溢液，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷 | 3类 |
| 病例6 | 36 | 已婚已育 | 1年 | 右乳腺红肿伴脓肿形成，有波动感，位于乳头旁2.5-3cm，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例7 | 54 | 已婚已育 | 8年 | 右乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内伴有乳头I度凹陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例8 | 61 | 已婚已育 | 10年 | 左乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内伴有乳头I度凹陷，挤压左侧乳头无溢液 | 4a类 |
| 病例9 | 42 | 已婚已育 | 5年 | 左乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例10 | 35 | 已婚已育 | 8月 | 右乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例11 | 43 | 已婚已育 | 3月 | 左乳腺红肿伴脓肿形成，有波动感，位于乳头旁2.5-3cm，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例12 | 39 | 已婚已育 | 4月 | 右乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例13 | 40 | 已婚已育 | 1月 | 右乳腺红肿伴脓肿形成，可触及波动感，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例14 | 49 | 已婚已育 | 1年 | 左乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压左侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例15 | 67 | 已婚已育 | 15年 | 右乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，伴有乳头II度凹陷，挤压右侧乳头无溢液 | 4b类 |
| 病例16 | 29 | 已婚已育 | 1月 | 右乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁6cm，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例17 | 50 | 已婚已育 | 6年 | 左乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，伴有乳头I度凹陷，挤压左侧乳头无溢液 | 4a类 |
| 病例18 | 31 | 已婚未孕 | 7天 | 右乳腺红肿伴脓肿形成，有波动感，位于乳头旁2cm，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例19 | 32 | 已婚已育 | 6月 | 右乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例20 | 54 | 已婚已育 | 5年 | 左乳腺类圆形肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内伴有乳头I度凹陷，挤压左侧乳头无溢液 | 4a类 |
| 病例21 | 38 | 已婚已育 | 1月 | 右乳腺肿块，界清质软，无压痛，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |
| 病例22 | 29 | 已婚未孕 | 7天 | 右乳腺红肿伴脓肿形成，可触及波动感，位于乳头旁2cm内，不伴有乳头内陷，挤压右侧乳头无溢液 | 3类 |

1.2 术前诊断及手术方式

22例患者中，术前初步诊断为浆细胞性乳腺炎的10例，诊断为乳腺肿物11例，乳头溢液1例。对于急性期患者合并局部红肿伴脓肿形成的，先行局部穿刺抽脓及抗感染治疗，其中有3例行脓液细菌培养，2例为阴性，1例为革兰氏阴性专性厌氧杆菌，并根据药敏实验结果进行抗生素治疗。待炎症局限病变缩小后行手术治疗的有5例。行区段切除术11例，肿物切除术11例，其中微创旋切术2例。合并乳头凹陷的患者同时行乳头凹陷矫正术的有5例。常规行术中冰冻病理及术后石蜡病理检查，均经病理确诊为浆细胞性乳腺炎。

1.3 效果

22例患者手术后，有7例术中观察有多发小脓肿，术后继续抗感染治疗3天，所有患者10天拆线，切口均为Ⅰ级愈合，术后患者无一置管，手术瘢痕不明显，乳房变形程度不明显，患者对乳房外观基本满意，满意度可达90%左右。术后经电话和门诊随诊1年，目前尚未见复发。

**2 讨论**

浆细胞性乳腺炎，是一种常见的特殊形式的非哺乳期乳腺炎，目前认为本病的发生发展与乳房外伤、感染、乳管的炎症、异常性激素刺激乳管、乳头发育不良及吸烟[2]等密切相关。该病的病理学基础是乳腺导管上皮碎片及脂质分泌物积聚在乳晕下乳管内，导致乳腺导管潴留性扩张，并刺激周围组织引起以浆细胞、淋巴细胞为主的异物炎性反应。因此临床表现上大多数病变以大乳管为中心，常位于乳晕下或乳晕周边2cm范围内，其长轴多与乳腺导管走行方向一致，经常伴有粉渣样或血性乳头溢液[3]。早年，耿翠芝[4]等认为，浆细胞性乳腺炎的病变基础是乳腺导管阻塞和激素的异常刺激，存留于导管内的细菌生长是继发性感染和加重的重要因素。而近年来有学者[5]研究认为：导管周围性乳腺炎和浆细胞性乳腺炎是同一疾病的不同临床阶段，导管周围性乳腺炎为最初阶段，乳管扩张症是必然经过，最终成为浆细胞性乳腺炎。

本病多发生于非孕期非哺乳期女性。大多数学者将其分为3期，临床表现各期也不尽相同：(1)急性期与急性乳腺炎相似，乳房肿块伴红肿热痛等表现，可无发热等全身症状，约2w；(2)亚急性期较急性期症状减轻，局部肿块缩小，约3w；(3)慢性期肿块缩小可与皮肤发生粘连，或局部形成瘘管和窦道，此症状可持续数年[6]。但一些学者[7]认为以上分期是PCM发生急性炎症后经过治疗的病变过程，自然病程的发展阶段应为:以乳管扩张为主的慢性期向以浆细胞浸润为主的急性期发展。此观点有待于进一步探讨。

PCM临床症状多样，早期多无明显自觉症状。本研究中患者多以乳腺肿块为主诉来就诊，其次是乳腺红肿伴脓肿形成。为进一步提高临床诊断率，降低误诊率，我们结合相关文献报道，总结该病在诊疗过程中应与以下疾病鉴别：1）乳腺癌：对于以乳腺肿物、乳头内陷等为主诉来就诊的患者特别要注意，尤其是炎性乳癌，可通过细针穿刺活检、针吸细胞学检查等进一步明确诊断；2)急性细菌性乳腺炎：浆液性乳腺炎急性期出现红肿、疼痛时需与其鉴别，后者脓液培养阳性、抗生素实验性治疗有效；3）导管内乳头状瘤：以乳头溢液为主要症状时，需通过液体的性状进行鉴别，通常导管内乳头状癌为血性溢液，多无乳头凹陷，必要时可行乳管镜检查及溢液涂片。4）胸壁结核：胸壁结核主要以胸壁寒性脓肿为特点，多无特异性结核中毒症状，二者可采用胸壁结核较为特征性的影像学表现“低密度团块伴骨骼虫蚀样破坏”[8]来鉴别；5）结核性乳房瘘管[9]：当浆细胞性乳腺炎合并瘘管形成时，需进行T-spot、分泌物抗酸染色等方法来鉴别；6）乳管扩张症[7]：可通过乳管镜、病理学方法进行鉴别；7）肉芽肿性乳腺炎：浆细胞乳腺炎急性期时需与其鉴别，其中前者以2个或2个以上周围型肿块多见，后者多以单个中央型肿块常见[10-11]。

目前该病尚无特异性的辅助检查，现有的检查方法有助于鉴别诊断。（1）B超：呈不均匀、无包膜、低于皮下脂肪的回声，乳管可见囊状或囊柱状扩张；对于脓肿形成的患者，超声可明确脓肿的数目、大小以及范围。据相关文献报道，超声对非哺乳期乳腺炎有一定的诊断价值[12-13]，但误诊率高，需紧密结合临床进行分析。22例患者中BI-RADS分类4A类3个、4B类1个，BI-RADS 分类4类提示不除外恶性可能，分析误诊原因可能与病灶无红肿、病灶血流丰富等有关。（2）X线钼靶：多为磨玻璃样影，可见毛刺征，不易与乳腺癌鉴别，对本病的误诊率高，多用于乳腺疾病的初步诊断。（3）MRI：病灶 T1WI 呈等、低信号，偶有等高或稍高信号，T2WI 呈不均匀高、等高信号，DWI 呈等高、高信号，ADC 图呈不同程度低信号[14]。由于核磁价格昂贵，多不作为一般检查。上述辅助检查手段方便，不会给患者带来生理痛苦，但只有手术切除病变组织行病理检查才是确诊本病的“金标准”。

PCM很少能自愈，目前对于PCM的治疗方法呈现多样化，比如，中医药治疗、中西医结合、手术治疗和介入治疗等，大多数医院以中西医结合治疗为主，临床治疗类型上PCM可分成肿块型、脓肿型和瘘管型。PCM各类型之间并非完全独立，同一患者往往伴有多种症状，或随疾病进展各型可相互转换，因此要根据不同病期采取不同的治疗方案。综合文献，归纳各型治疗方法如下：（1）肿块型：可有急性期和慢性期，急性期多合并细菌感染，可采用地塞米松和甲硝唑联合口服，辅以理疗，待肿块缩小后手术[15]；（2）脓肿型：对于脓肿形成者不宜切开引流[5]，推荐穿刺引流，术后抗炎避免感染。（3）瘘管型：本型唯一可靠的方法是手术切除瘘管和乳房塑型或重建。少数患者的脓液中能培养出非结核分枝杆菌，但一般细菌培养为阴性，部分脓肿型及瘘管型患者采用抗分枝杆菌治疗也有显著疗效，常可避免全乳切除。

手术切除PCM是目前唯一有效而彻底的治疗方法[16-18]。大部分术者[19-22]认为手术原则是：病灶的切除必须完整彻底，尤其是乳晕下大乳管的病灶必须清除，否则容易复发。PCM的常见手术方式有：（1）乳管切除术，可用于单纯乳头溢液或乳晕下大乳管扩张者。对分泌物较多的乳管用亚甲蓝标记，行乳晕环形切口，溢液导管和所属乳晕下腺体组织楔形切除。此术式术野开阔，对于乳晕区的病变组织、乳晕根部病变的导管利于剔除，同时对于乳头内陷者，其有助于乳头矫正，且手术瘢痕不明显。本组中有1例行此手术。(2)乳腺区段切除术的适应证为较大炎性肿块或复发性局部肿块切除。行放射状切口，切除炎性肿块及周围的正常组织至少0.5cm。合并乳头凹陷、内翻者，同时行乳头外翻矫正术。此术式能彻底清除患者的炎症病灶和坏死组织，并能对周围组织进行清扫。朱瞻琳等人[23]研究发现对非哺乳期乳腺炎患者采用区段切除术治疗，能够显著加快患者的恢复进程，预后情况较佳，复发率低。本组中有10例行区段切除，其中5例同时行乳头外翻矫正术。(3)病灶切除的适应证为PCM乳晕旁小脓肿、瘘管或者单纯肿块型。采用放射状切口，切除病灶，有条件也可以行肿物微创旋切术，效果满意，我科此组病例中有11例行肿物切除，其中2例行微创旋切术，术后随诊未发现复发。微创手术损伤小，手术时间短，能给患者最大限度地保留乳房组织，术后恢复也快[24]。(4)乳房单纯切除术＋假体植入I期乳房再造，久治不愈的多发性瘘管或伴有乳房严重变形者为此术式的适应症。采用乳晕区小切口，尽量保留乳头、乳晕，同期行乳房再造[4]。然而，即使切除乳腺，手术也不能阻止疾病的复发。复发后再手术，切口会在乳房表面形成瘢痕，反复的炎症反应会使病变扩大，进一步增加切除组织面积进而导致乳房变形。

本组22例患者术后随诊无复发，笔者总结可能的原因有以下几点：1）术中结合美蓝注射液标记病变范围以达到病灶不残留，这与汤志英等人的报道结果一致[22]；2）术前、术后均根据患者情况进行抗生素治疗，从诱因上减少复发几率；3）患者对手术治疗效果满意，心理上亦更多信心，进而依从性高。

本文总结我科1年多来治疗的22例浆细胞性乳腺炎患者，发现早期确诊病例仅占所有病例的45.45%，其中以肿块就诊的患者为50%，说明该病发病初期的症状不典型，较多患者就诊时已进入慢性期，且相当一部分病例仅表现为局部肿物，并未发现有大乳管病变，行单纯肿物切除即可。手术时机的选择及病灶的切除范围是手术成功的关键[20-21]，术中必须予以冰冻病检以排除恶性可能，明确诊断，以免发生误诊。在实际临床实践中应强调个体化治疗，定期随访和评估预后。

总之，PCM临床表现多样，早期症状多不明显。因保守治疗PCM时间长、疗效差、复发率高和病程迁延易形成窦道或瘘管的特点，早期手术切除病变组织是目前较为理想的治疗手段，且该方法远期复发几率极低。

**参考文献**

[1]Dixon J M．Periductal mastitis/duct ectasiaｍ．World J Surg，1989，13：715－720．

[2]Liu L,Zhou F,Wang P,et al.Periductal Mastitis: An Inflammatory Disease Related to Bacterial Infection and Consequent Immune Responses?[J].Mediators of inflammation,2017,2017():5309081.DOI:10.1155/2017/5309081

[3]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．

[4]耿翠芝，吴祥德．浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗［J/CD］．中华乳腺病杂志：电子版，2008，2（1）：20－23．

[5]Dixon J M，Ravisekar O，Chetty U，etal ．Periductal mastitis and duct ectasia：different conditions with different aetiologies. Br J Surg，1996，83：820－822

[6]左文述，于金明.乳腺疾病学〔M〕.北京：人民卫生出版社，2017；111-121.

[7]赵红梅，雷玉涛，侯宽永，等．乳腺导管扩张症和浆细胞性乳腺炎差异的探讨．中国现代普通外科进展，2005，8：234-236.

[8]宋创业,孟艳林,尚培中,贾志芳.胸壁结核误诊为浆细胞性乳腺炎1例[J].人民军医,2018,61(11):1049-1050.

[9]浆细胞性乳腺炎与结核菌L型感染误诊探讨[J]. 叶秋英,张景辉,余春英,曾锦生,江东风. 航空航天医学杂志. 2017(06)

[10]黄玲.浆细胞性乳腺炎和肉芽肿性乳腺炎的临床特征及治疗对策[J].中国医药科学,2017,7(23):14-16+87.

[11]孔令伟，马祥君，高海凤．浆细胞性乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎的鉴别和诊治［J/CD］．中华乳腺病杂志：电子版，2008，2（1）：103－106．

[12]吴林生，朱世亮，陈爱英，等．浆细胞性乳腺炎的超声诊断与探讨．中国超声诊断杂志，2002，3：720－722．

[13]吴叔仙,杨丽春.超声检查及BI-RADS分类对非哺乳期乳腺炎的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(21):127-128.

[14]王永灵,赵秋枫,李琼,王嵩.浆细胞性乳腺炎MRI部位分型与手术方案选择的临床研究[J].中国中西医结合影像学杂志,2015,13(06):598-600+603.

[15]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.中华乳腺病杂志:电子版,2008，2（ 1）：110-111.

[16]J. Ming, G. Meng, Q. Yuan, L. Zhong, P. Tang, K. Zhang, Q. Chen, L. Fan, J. Jiang,Clinical characteristics and surgical modality of plasma cell mastitis: analysis of 91cases, Am. Surg. 79 (2013) 54–60.

[17]Y. Dong, J.J. Yu, Y. Shibahara, H.S. Lu, H.Y. He, J.D. Liu, S.F. Chen, L. Wang,Y. Zhang, S.J. Felizola, M.S. Chan, K. Ono, T. Ishida, N. Ohuchi, H. Sasano,Intercellular adhesion molecule 1/2 and E-selectin in plasma cell mastitis: immunohistochemical study of 35 cases, Hum. Pathol. 45 (2014) 606–610.

[18]卿佳林.探讨浆细胞性乳腺炎的临床特点及治疗方法[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(49):334+337.

[19]陈小燕．浆细胞性乳腺炎42例临床分析[J]．齐齐哈尔医学院学报，2009，30(24)：3063．

[20]黄君华.浆细胞性乳腺炎185例临床分析[J].实用临床医学,2018,19(10):33-35.

[21]张庆军,吕刚,曹志宇,杨波,何建苗,张心慧,邬福全,史玉琦.浆细胞性乳腺炎60例外科治疗分析[J].感染、炎症、修复,2017,18(02):93+102.

[22]汤志英,王晓红.浆细胞性乳腺炎手术治疗体会[J].浙江创伤外科,2019,24(04):806-807.

[23]朱瞻琳,滑志鹏.区段切除术对非哺乳期乳腺炎的治疗效果[J].中外医学研究,2019,17(34):27-29.

[24]韩国栋.微创手术治疗30例非哺乳期乳腺炎的效果分析[J].中国社区医师,2019,35(19):33.