

非哺乳期乳腺炎症诊治共识（讨论稿）

中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与疾病防治学组

定义

非哺乳期乳腺炎症是发生在女性非哺乳期的一组非特异性炎症。临床上以乳腺肿块、乳头内陷、乳头溢液及乳腺脓肿为主要表现，甚至形成乳腺周围瘘管或窦道。主要包括乳腺导管扩张症/导管周围乳腺炎(MDE/PDM)、肉芽肿性小叶乳腺炎(GLM)。其发病可以影响各个年龄段的成年女性。

病因和发病机制

阻塞学说 乳头内陷、乳管阻塞导致分泌物的阻滞，在引起无菌性炎症的基础上继发细菌感染导致本病发生。

感染学说 肠球菌、厌氧性链球菌、布鲁氏杆菌、分枝杆菌等多种细菌感染导致本病都有报道。最新研究显示肉芽肿性乳腺炎同棒状杆菌感染有着密切的关系。

吸烟 国外文献显示重度吸烟与 MDE/PDM 的发生、发展及复发密切相关，但其机制目前并不清楚。

其他因素 有学者提出 GLM 同自身免疫因素、服用避孕药物、高泌乳素血症、外伤引起的炎症反应有关。

组织病理学

乳腺导管扩张症/导管周围乳腺炎 镜下病变乳腺导管高度扩张，管壁高度增厚，囊腔内充满粉红色颗粒状浓稠物质，扩张导管周围可见淋巴细胞、浆细胞、组织细胞和中性粒细胞浸润，后期大量浆细胞、淋巴细胞包绕。

肉芽肿性小叶乳腺炎 镜下可见以乳腺小叶单位为中心的非干酪样肉芽肿，呈

多灶性分布。病变中部常见中性粒细胞灶——微脓肿。

临床分型

隐匿型 以乳房胀痛或乳头溢液为主要表现。疼痛与月经周期无关。乳头溢液常呈间歇性，多为单侧溢液，可发生在多个导管，溢液可为血清样，也可为白色或奶酪样等。

肿块型 该类疾病首诊的主要表现，肿块多位于乳晕周围，扁平或结节状，可伴有乳头内陷。

脓肿型 在慢性病变基础上继发急性感染形成脓肿，严重者可伴有局部红肿、灼热、触痛，但全身症状少见。

瘻管型 少见，脓肿自行破溃或引流术后形成瘻管或窦道。

表 2 乳腺导管扩张症/导管周围乳腺炎与肉芽肿性小叶乳腺炎的鉴别

	乳腺导管扩张症/导管周围乳腺炎	肉芽肿性小叶乳腺炎
发病因素	年龄、解剖异常、感染、吸烟	免疫性反应、高泌乳素血症、妊娠、避孕药物
发病人群	任何年龄	生育期的女性，平均发生在妊娠后5年内
肿块位置	乳头乳晕复合体周围	任何部位，通常不累及乳晕下区域
乳头溢液	常见，血清样到奶酪样不等	少见
乳头内陷	常见，先天性乳头内陷	可见，由炎症水肿引起
合并症状	发热	发热、双下肢结节性红斑、关节炎
预后	易复发	易复发

辅助检查

血常规 常不伴有结果的改变，但伴急性炎症的患者应尤其注意其白细胞总数和分类的变化。

病原微生物检查 应积极寻找病原微生物存在的证据，方法包括镜检和细菌培养。

细胞学检查 溢液者涂片可见大量泡沫性组织细胞、成熟的浆细胞。肉芽肿性小叶乳腺炎细针穿刺可见多量的上皮样细胞。

乳管镜 MDE 的乳管镜下表现为总乳管或（和）大导管内大量白色、絮状、团块状分泌物，导管增宽伴管壁弹性消失，有时可以见到纤维架桥网状结构。

乳腺超声 表现为边缘不规则的低回声肿块，回声不均匀，部分可见液性暗区。有时仅表现为局部腺体层结构紊乱，不同程度的导管扩张。乳腺 X 线摄片表现为与周围腺体密度相似的肿块，毛刺细小，可伴有稀疏钙化灶。

MRI T1 加权像（T1WI）上呈现低信号，T2 加权像（T2WI）上呈现较高信号，动态增强扫描为不均匀混杂强化。

穿刺活检 推荐空心针穿刺，不建议行细针穿刺细胞学检查。

诊断与鉴别诊断

诊断 应详细询问病史，仔细查体，同时结合患者临床表现、辅助检查、组织病理学等进行诊断。

鉴别诊断 ①乳腺癌：非哺乳期乳腺炎患者肿块常有触痛，一般不与胸壁粘连，血性溢液少见。②乳腺结核：病理查见典型的干酪样坏死可以明确诊断，可采用抗酸染色、结核感染 T 细胞检测（T-SPOT.TB）等方法寻找结核菌。③其他：结节病、真菌感染、韦格纳肉芽肿（Wegner's 肉芽肿）等。

处理原则

手术治疗 目前治疗以手术为主，其方式可选择肿块切除术、区段或象限切除术、皮下腺体切除术等，原则是必须完整充分切除病灶。脓肿形成者须切开引流，

多房脓肿的患者引流要彻底。已经形成乳腺瘘管或窦道的患者可以行瘘管切除术，广泛多发病变或反复发生者可行单纯皮下腺体切除术。

药物治疗 急性期经验治疗推荐使用广谱抗生素联合抗厌氧菌的药物，根据药敏结果调整使用方案。反复发作、窦道经久不愈或病变广泛不适合手术者，可给予三联抗分枝杆菌药物治疗取得缓解后再行手术治疗。肉芽肿性乳腺小叶炎可口服激素类药物取得缓解。

（本文由山东大学第二医院余之刚执笔）