



非哺乳期乳腺炎 69 例临床分析

唐永红 (临湘市人民医院普外科 湖南岳阳 414300)

摘要: 目的 分析研究非哺乳期乳腺炎的病例特点和治疗方法, 提升对于非哺乳期乳腺炎的认识以及诊治水平。方法 回顾性分析 2011 年 1 月到 2016 年 1 月我所收治的非哺乳期乳腺炎患者资料 69 例, 总结 69 例患者的临床资料以及诊治情况。结果 肿块型非哺乳期乳腺炎 61 例, 乳头溢液型 8 例, 均经病理检查诊断确诊。结论 目前对于非哺乳期乳腺炎最佳的治疗方式仍为手术治疗为主, 术中彻底切除所有病变组织, 防止复发。

关键词: 非哺乳期乳腺炎 肿块型 乳头溢液型

中图分类号: R655.8 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 04-159-02

非哺乳期乳腺炎 (NPM) 是一组发生在女性非哺乳期、病因不明、良性、非特异性疾病, 包括乳腺导管扩张症, 导管周围炎, 肉芽肿性小叶乳腺炎^[1]。患者的主要临床表现为非周期性乳房疼痛、乳晕区肿块、乳头溢液、非哺乳期乳房脓肿、乳头凹陷以及乳头部瘻管, 在乳房良性疾病中发病率为 4% 到 5%, 一般出现在非妊娠以及非哺乳期的中青年女性人群中^[2]。因为非哺乳期乳腺炎的发病原因还不是非常明确, 患者体征具有多样化, 临床中与其它乳腺疾病, 例如乳腺癌以及导管内乳头状瘤等难以区分, 如果处理方式不当会引发导管瘻, 痊愈时间慢^[3]。严重影响女性患者的生活质量, 对广大女性的身心健康造成伤害。本文选取我院在过去五年之内所收治的非哺乳期乳腺炎患者资料 69 例, 总结 69 例患者的临床资料以及诊治情况, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2011 年 1 月到 2016 年 1 月我所收治的非哺乳期乳腺炎患者资料 69 例, 所选取的 69 例患者全部为女性, 至少 1 年内未哺乳, 患者的年龄区间在 22 岁到 68 岁之间, 平均为 38.5±1.1 岁, 患者中年龄在 35 岁到 45 岁 46 例, 其余年龄段 23 例。69 例中未婚患者 8 例, 已婚患者 61 例, 已婚患者中已育 53 例, 存在哺乳史患者 44 例, 未育患者 8 例; 69 例患者中发病部位为左侧 33 例, 右侧 32 例, 双侧 4 例, 患者的病程时间在 4 天到 3 年之间。见表 1。

表 1: 患者基本资料

例数	年龄 (岁)	婚姻状况		发病部位		
		已婚	未婚	左侧	右侧	双侧
69	38.5±1.1	61	8	33	32	4

1.2 方法

69 例患者无显著发热和血中性粒细胞升高现象, 依照患者的具体临床表现能够将其分为肿块以及溢乳两类: 乳房肿块患者 56 例, 肿块处于乳晕四周患者 44 例, 处于乳腺各象限患者 11 例, 肿瘤最大直径为 1cm 到 8cm 之间, 其中伴随乳头凹陷患者 52 例, 伴随乳头溢液患者 46 例, 伴腋淋巴结肿大患者 30 例; 依照肿块临床表现将其分为三类: 炎性肿块型 40 例, 肿块一般存在压痛以及红肿表现, 手术之前通过抗生素治疗之后肿块出现缩小, 疼痛得到缓解, 其中 28 例产生脓肿, 均接受脓液细菌培养, 26 例无细菌生长, 2 例属于金黄色链球菌, 没有接受厌氧菌培养; 无痛性肿块型 10 例, 一般处于外周乳腺组织; 慢性瘻管型 6 例, 患者乳晕下硬节伴随慢性瘻管形成。单纯乳头溢液患者 13 例, 溢液主要为多孔透明和黄色浆液。

2 结果

依照患者的病史、B 超检查、体征以及钼靶摄片或 MRI 检查实施初步诊断。手术之前接受细针穿刺患者 3 例, 显示炎性细胞和泡沫细胞, 能够为诊断提供帮助。针对单纯乳头溢液患者, 手术之前通过乳管镜检查显示乳腺导管开口狭窄, 管腔内部炎性渗出, 存在絮状沉积, 导管扩张, 能够为诊断提供帮助。治疗方法: 对于炎性肿块通过使用广谱抗生素及甲硝唑控制炎症反应, 通过抗炎治疗后炎症可以局限并且没有大脓肿形成患者, 为其开展病灶切除或区段切除手术, 术中彻底切除所有肉眼可见的病变组织, 根据术中情况决定是否放置引流管或

引流条引流, 放置引流管者行切口 I 期缝合; 针对无痛型肿块者寻找四周扩张病变导管切除, 行切口 I 期缝合; 形成较大脓肿者采取脓肿切开引流以及病变导管切除手术治疗, 手术充分切开, 观察可能存在病变导管分支情况, 找到和脓腔连通的主乳管, 在有需要将乳头乳晕切开, 切除或是破坏病变导管壁, 对创面进行引流, 手术之后给予 II 期缝合或不缝合; 针对产生瘻管患者, 首先将探针在乳晕旁瘻口探入, 大部分能够探及主乳管, 顺着探针将病变导管和瘻管切除, 针对瘻口远端导管和四周炎症乳腺组织彻底切除, 防止遗漏, 对于切口进行 I 期缝合或是延期缝合; 针对乳头溢液患者给予其病变导管楔形切除。69 例患者均行术中病灶组织快速病检及常规或术后常规病检, 结果回报均为慢性炎症或急性炎症或多发微小脓肿形成。手术之后对患者进行为期 12 个月的随访。其中 9 例患者手术之后出现复发, 其中 5 例患者原切口周围反复发生脓肿, 4 例患者其它象限发生脓肿, 9 例患者均接受再次手术或第三次手术治疗之后 7 例无复发现象, 2 例患者因其它象限反复发生脓肿, 不得已行单纯乳腺全切术。详细数值见表 2。

表 2: 9 例复发患者情况

例数	复发 [例 (%)]		乳腺切除 [例 (%)]
	原切口周围脓肿	其它象限脓肿	
69	5 (7.2)	4 (5.8)	2 (2.8)

3 讨论

非哺乳期乳腺炎不同程度病变过程包括分泌物潴留、导管扩张、慢性肉芽肿性乳腺炎以及乳管炎, 其中分泌物潴留属于一些患者产生乳头溢液的主要原因, 总结非哺乳期乳腺炎疾病的发展和下述因素相关: 大乳管阻塞, 先天性主要是因为乳头发育不良, 患者表现为乳头凹陷; 过角化, 通常情况下仅在大乳管接近乳头开口部位膨大部分衬以鳞状上皮细胞, 剩余全部为柱状上皮细胞覆盖, 如果鳞状上皮细胞从内侧延伸, 过角化碎屑以及磷脂会造成管腔阻塞; 化纤内衣纤维堵塞乳管; 后两者在接受乳管镜检查期间能够显示开口部位狭窄, 管腔内部具有絮状物^[4]。导管扩张, 因为大导管存在阻塞, 导管被动扩张, 属于临床中导管扩张症以及囊性扩张产生原因。乳管周围炎症, 当导管扩张到一定程度会引发管壁破损, 上皮碎屑和磷脂进入间质, 造成自身免疫反应, 使大量浆细胞出现浸润, 产生慢性肉芽肿性乳腺炎。非哺乳期乳腺炎疾病不接受治疗难以自愈, 目前最理想的治疗方式为手术治疗, 术中彻底切除所有病变组织, 防止复发。区段切除累导管和导管下病变, 当急性脓肿切开期间, 需要将病变导管进行刮除, 针对炎性肿块, 在炎症局限良好的基础之上切除肿块、周围扩张导管和炎性组织, 针对慢性瘻管需要将瘻管和四周炎性组织、扩张乳腺导管切除, 对于久治不愈瘻管属于多发性一般伴随乳房变形患者, 需要为其开展单侧乳房切除术^[5]。本组 69 例患者均采用手术治愈, 但复发率高 (13%), 复发的 6 例患者在急性炎症期稍控制后即给予脓肿切开引流, 原切口愈合后反复发生新的脓肿, 这些患者大部分发生在笔者从业初期, 与笔者一开始对此病的认识不够、治疗不完善有关, 其中 2 例不得已行全乳腺切除, 值得基层乳腺工作者借鉴。

参考文献

(下转第 164 页)



用时操作方便,实用性高,优势明显,尤其适用于各种类型的封闭性、新鲜骨折^[5]。然而,临床医师在应用抓髌器对髌骨骨折患者实施外固定手术治疗时,应注意定期复查患者骨折愈合情况,并据此及时调节抓髌器抓力,以促使其骨折早期愈合;同时,临床医师应以乙醇湿敷、包扎抓髌器四个钩,并滴注乙醇,预防伤口四周皮肤因感染而坏死,降低感染等并发症发生率;此外,医务工作者应对抓髌器创口予以消毒,在术后取适量抗生素实施抗感染治疗,一旦感染则立即处理,改用其他固定方式^[6-7]。另外,髌骨骨折患者在下肢功能康复锻炼中注意防止抓髌器松脱等,专业医师需在X线片、CT引导下调整抓髌器^[8]。经本组研究发现,治疗组患者髌骨愈合优良率远高于对照组,充分证明了髌骨骨折患者使用抓髌器进行外固定手术治疗的突出效果;同时,治疗组并发症发生率明显低于对照组,且平均下床活动时间短于对照组,彰显了外固定手术用于髌骨骨折临床治疗中的有效性与安全性。

综上所述,髌骨骨折患者使用抓髌器进行外固定手术治疗的临床效果优于内固定手术,且安全性更高,并能促进其早期康复,值得推广应用于临床。

参考文献

(上接第159页)

[1] 中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组. 非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J]. 中华使用外科杂志, 2016, 7(07): 175.

[2] 黄汉源, 孙强, 王学晶, 黄鹂, 孙磊, 宋庆珍, 史鲁云, 高国伟. 100例非哺乳期乳腺炎的外科治疗[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2013, 11(03): 266-268.

[3] 刘瑾琨, 李征毅, 于志强, 伍建春, 佟建蒙, 王先明. 非哺乳期乳腺炎微创手术与综合治疗的临床研究[J]. 深圳中西医结合杂志

[1] 魏正刚. 空心加压螺钉与钢丝张力带内固定微创治疗髌骨骨折的临床效果[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(27):79-80.

[2] 梁红亮. 空心无头加压螺钉钛缆张力带与克氏针钢丝张力带治疗髌骨骨折的疗效分析[D]. 辽宁: 大连医科大学, 2015.

[3] 张宏武. 解剖复位内固定法治疗髌骨粉碎骨折及肱骨近端粉碎骨折[J]. 包头医学院学报, 2015, 31(9):45-46.

[4] 杜晓龙, 廖永华, 熊咏民, 等. 漂浮体位下内固定治疗髌骨骨折合并胫骨髌间嵴后区骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2015, 30(2):211-212.

[5] 张伟, 郑均炬, 陈芒芒. 关节镜下经皮螺钉联合缆索内固定治疗髌骨骨折的研究[J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(5):823-827.

[6] 刘杰, 高仕长, 梁安霖. QWIX螺钉置入内固定修复髌骨骨折: 骨折断端的持续动态加压作用[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(35):5622-5626.

[7] 晋世康. 经髌韧带和胫骨结节双钢丝固定治疗髌骨下极骨折临床分析[J]. 河南外科学杂志, 2014, 20(4):45-46.

[8] 韦德忠. 十六例髌骨骨折切开复位克氏针钢丝张力带内固定术的体会[J]. 中国保健营养, 2015, 25(17):139.

.2012, 7(06): 140.

[4] 金桂龙, 丁之玮, 郭玉霞, 赵湘湘, 蒋阳平, 王云忠. 彩色多普勒超声显像对非哺乳期乳腺炎的诊断价值[J]. 浙江临床医学, 2011, 6(01): 96-98.

[5] Nicolas Gautier, Lucie Lalonde, Danh Tran-Thanh, Mona El Khoury, Julie David, Maude Labelle, Erica Patocskaï, Isabelle Trop. Chronic granulomatous mastitis: Imaging, pathology and management[J]. European Journal of Radiology, 2012, 13(22): 1028-1030.

(上接第160页)

[1] 覃斌, 黄向华, 李长赞, 等. 输尿管镜下钬激光碎石与气压弹道碎石术治疗输尿管结石的疗效比较[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2012, 6(01):38-41.

[2] 王磊, 刘修恒, 陈晖, 等. 输尿管镜钬激光碎石术与气压弹道碎石术治疗输尿管上段结石的系统评价[J]. 中国医药导报, 2013, 10(18):30-32.

[3] 李应忠, 王健, 业磊, 等. 经输尿管镜钬激光碎石与气压弹道碎石治疗输尿管结石疗效比较[J]. 中国内镜杂志, 2013, 19(07):779-781.

[4] 张俊. 输尿管镜下钬激光碎石与气压弹道碎石术治疗输尿管结石的效果比较[J]. 中外医学研究, 2016, 14(03):42-44.

[5] 于民, 李娜. 输尿管镜下钬激光与气压弹道碎石的疗效比较[J]. 中国医学创新, 2015, 12(11):122-124.

(上接第161页)

住院时间、肠胃功能恢复所需时间均明显短于开腹组, 两组患者的上述指标比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 开腹组的40例患者中发生粘连性肠梗阻、切口感染、腹腔脓肿等术后并发症发生率为77.5%, 腹腔镜组的发生率为6.0%, 腹腔镜组的术后并发症发生率明显低于开腹组, 组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述, 腹腔镜手术治疗急性阑尾炎, 术中出血量低, 术后恢复快, 不良反应发生率低, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 卢宗耀, 冯力. 小儿急性阑尾炎的腹腔镜手术治疗研究[J].

现代中西医结合杂志, 2014, 23(2): 153-155.

[2] 车军. 腹腔镜与开腹手术治疗急性阑尾炎的临床对比分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(2): 138-140.

[3] 李永超, 王甲天, 崔明福, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗急性阑尾炎穿孔的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2014, 5(4): 327-330.

[4] 杨跃涛, 谷丽新, 王玉华. 腹腔镜手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎的临床疗效探讨[J]. 中国医药导刊, 2014, 14(3): 434-435.

[5] 吴际, 郭燕, 许军. 开腹与腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的临床观察[J]. 川北医学院学报, 2014, 15(4): 386-388.

(上接第162页)

均差异明显, 有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述, 无创正压通气治疗重症支气管哮喘疗效显著, 可有效地改善患者的症状以及血气指标, 降低不良反应的发生, 为临床治疗提供了有力的证据, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 刘勇. 无创正压通气治疗重症支气管哮喘的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(15):121.

[2] 张虹, 王力, 祁晓磊, 等. 无创正压通气对重症支气管哮喘的疗效分析[J]. 解放军医学院学报, 2016, 37(7):704-706.

[3] 叶培富. 无创正压通气用于重症支气管哮喘治疗中的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(26):3637-3638.

[4] 山晓茵, 靳秀宏. 无创正压通气治疗重症支气管哮喘的临床效果[J]. 中国当代医药, 2015, 22(10):33-35.

[5] 董焕端. 无创呼吸机治疗重症哮喘12例临床效果分析[J]. 当代医学, 2015, 21(15):20-21.