

- Am J Physiol Endocrinol Metab, 2007, 293 (1): E435 – E442
- 11 Son JW, Jeong HK, Lee SS, *et al.* The effect of early intensive insulin therapy on body fat distribution and beta – cell function in newly Diagnosed type 2 diabetes[J]. Endocr Res, 2013; 38(3): 160 – 167
- 12 Fain JN, Buehrer B, Bahouth SW, *et al.* Comparison of messenger RNA distribution for 60 proteins in fat cells vs. the nonfat cells of human omental adipose tissue[J]. Metabolism, 2008, 57(7): 1005 – 1015
- 13 Kim S, Cho B, Lee H, *et al.* Distribution of a bdominal visceral and subcutaneous adipose tissue and metabolic syndrome in a Korean population[J]. Diabetes Care, 2011, 34(2): 504 – 506
- 14 Lonn M, Mehlig K, Bengtsson C, Lissner L. Adipocyte size predicts incidence of type 2 diabetes in women[J]. 2010, 24(1): 326 – 331
- 15 Pasarica M, Xie H, Hymel D, *et al.* Lower total adipocyte number but no evidence for small adipocyte depletion in patients with type 2 diabetes[J]. Diabetes Care, 2009, 32(5): 900 – 902
- 16 Savage DB, Petersen KF, Shulman GI. Disordered lipid metabolism and the pathogenesis of insulin resistance[J]. Physiol Rev, 2007, 87(2): 507 – 520
- 17 Tordjman J, Poitou C, Hugol D, *et al.* Association between omental adipose tissue macrophages and liver histopathol – ogy in morbid obesity: influence of glycemic status[J]. Hepatology, 2009, 51(2): 354 – 362
- 18 Guilherme A, Virbasius JV, Puri V, *et al.* Adipocyte dysfunctions linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes[J]. Nat Rev Mol Cell Biol, 2008, 9(5): 367 – 377
- 19 Robert K, Krzysztof L, Boguslaw O. Effect of atorvastatin and fenofibric acid on adipokine release from visceral and subcutaneous adipose tissue of patients with mixed dyslipidemia and normolipidemic subjects [J]. Pharmacological Reports, 2009, 61(6): 1134 – 1145
- 20 Catalan V, Gomez – Ambrosi J, Pastor C, *et al.* Influence of morbid obesity and insulin resistance on gene expression levels of AQP7 in visceral adipose tissue and AQP9 in liver[J]. Obes Surg, 2008, 18(6): 695 – 701
- 21 Du JL, Sun CK, Lu B, *et al.* Association of SelS mRNA expression in omental adipose tissue with Homa – IR and serum amyloid A in patients with type 2 diabetes mellitus[J]. Chin Med J (Engl), 2008, 121(13): 1165 – 1168
- 22 Maja O, Bob O, Peter J, *et al.* Expression of the selenoprotein S (SELS) gene in subcutaneous adipose tissue and SELS genotype are associated with metabolic risk factors [J]. Metabolism, 2011, 60(1): 114 – 120
- 23 Chavez JA, Summers SA. Characterizing the effects of saturated fatty acids on insulin signaling and ceramide and diacylglycerol accumulation in 3T3 – L1 adipocytes and C2C12 myotubes [J]. Arch Biochem Biophys, 2003, 419(2): 101 – 109
- 24 Carr A, Samaras K, Chisholm DJ, *et al.* Pathogenesis of HIV – 1 – protease inhibitor – associated peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia, and insulin resistance[J]. Lancet, 1988, 351 (9119): 1881 – 1883
- 25 Moreno – Navarrete JM, Martinez – Barricarte R, Catalán V, *et al.* Complement factor H is expressed in adipose tissue in association with insulin resistance[J]. Diabetes, 2010, 59(1): 200 – 209

(收稿日期: 2013 – 10 – 30)

(修回日期: 2013 – 11 – 11)

浆细胞性乳腺炎的中西医诊疗

陈 静 李 威 王宽宇

摘 要 浆细胞性乳腺炎(PCM)是一种易反复发作的乳腺良性疾病,其临床症状不典型,诊断困难,难以根治,是目前医学界难治性疾病之一。现代医学以手术治疗为主,术后易复发,或形成窦道,经久不愈。中医治疗该病对患者进行整体调理,针对疾病不同发展阶段给予不同治法,内外兼治,极大的降低了该病的复发率,提高患者生活质量。

关键词 浆细胞性乳腺炎 中西医结合 治疗

[中图分类号] R655 [文献标识码] A

浆细胞性乳腺炎(PCM)是以乳腺导管扩张和浆细胞浸润为主要病理基础的慢性、非细菌性炎症,多发生于非哺乳期女性,亦可见于未婚未哺乳的女性。以乳晕区肿块、乳头溢液、脓肿形成或窦道为主要临

床特征。现代医学对其病因、发病机制目前尚不十分清楚,缺乏特异性诊断标准,其临床表现与乳腺增生症及乳腺脓肿等相类似,导致临床误诊率高;且现代医学治疗手段单一,复发率高。近代中医因见其脓液中夹有脂质样物质溢出,将此病命名为“粉刺性乳痈”。中医临床上主要以温阳散结、疏肝解郁、益气 and 营为法对 PCM 进行辨证论治。

基金项目:黑龙江省科技攻关计划项目(2010G0205 – 00)

作者单位:150040 哈尔滨,黑龙江中医药大学附属第一医院

一、PCM 的临床表现及现代医学的诊断与治疗

1.1 PCM 常见临床症状:非哺乳期、非妊娠期乳房晕边缘或乳晕深部结块;结块红肿疼痛,腋窝淋巴结肿大;患侧乳头先天性凹陷、乳头溢液;病程长且反复发作;多数患者血常规正常。由于 PCM 的临床表现多样化,故目前对 PCM 的诊断仍缺乏特异性的临床诊断标准,病理检查虽然是本病诊断的可靠依据,但大部分病例镜下并未见到浆细胞浸润,因此病理检查不是唯一依据,应作为排除其他疾病(如癌、结核等)的必要手段。而对于具有上述临床症状者,只要病理学上没有找到反对依据,即可确诊^[1]。

有关 PCM 的疾病成因目前主流观点有两种:①自身免疫性学说,即由于乳头凹陷、畸形、发育不良;哺乳障碍、乳房外伤、内分泌失调以及乳管内存在微小乳头状瘤等因素导致乳腺导管堵塞,引起乳腺导管扩张,乳管内积聚物刺激管壁,使管壁炎性细胞浸润和纤维组织增生,乳管上皮脱落、破坏,管腔内类脂物溢出,刺激周围腺体发生抗原反应,致浆细胞浸润和纤维组织增生,而引起炎症反应^[2];②厌氧菌感染,有学者从其分泌物中培养出厌氧菌,认为该病是由于厌氧菌侵及皮下波及乳管,引起炎症反应^[3]。

2. 治疗:现代医学普遍认为该病的治疗以手术为主要治疗手段,同时还应针对疾病不同的发展阶段给予不同的术式。(1)溢液期:对处于溢液期的 PCM 患者因其病变局限于乳管内,故可选择导管内冲洗法或病变导管切除术^[4]。具体操作方法:乳房消毒后将钝头注射器针头插入溢液乳管,抽净乳管内分泌物,用生理盐水、抗生素或地塞米松缓慢推入,反复冲洗病变乳管。手术治疗者自溢液乳管注入亚甲蓝溶液,分离亚甲蓝染色导管全部病变及部分周围组织,将病变乳腺导管自乳头基部切断除去导管组织。(2)肿块期:如病变突破乳管而未成脓者,根据病变的范围可选择乳腺小叶切除术,病变局部楔形切除术,乳房区段或象限切除术等。(3)脓肿期:病变已成脓的患者行脓肿切开引流术,值得注意的是在切开时一定要达到乳头,劈开乳头中病变的乳腺导管,搔刮病变组织内壁,清除坏死组织,降低复发率^[5]。(4)瘻管期:病变反复发作,经久不愈者,行瘻管或窦道及其周围炎性组织完整切除术,该手术多选择在瘻口分泌物较少的静止期进行。脓肿或窦道反复发作、经久不愈,乳房严重变形者可考虑行乳房单切术。

除手术治疗外,还可通过其他非手术疗法达到控制 PCM 的目的。对于急性炎症的 PCM 患者,可给予

抗生素治疗。而对于需要手术治疗的,可于术前给予乳房后间隙注射抗生素的封闭治疗,可使炎性肿块缩小,局部症状改善,减少术中切除范围,改善术后伤口愈合情况^[6]。有研究表明,地塞米松可抑制细胞免疫反应,减轻毛细血管扩张、渗出和水肿。溢液期和肿块期的患者,采用此方法治疗部分患者可免除手术治疗。脓肿期和瘻管期的患者,可先行切开引流,感染控制后再给予地塞米松治疗,尽量减小手术范围^[7]。

二、中医对 PCM 的诊断与治疗

中医古代文献中并无与该疾病相似的相应记载。顾伯华等首次将本病收录《实用中医外科学》,并命名为“粉刺性乳痈”,已得到现代中医各家的公认^[8]。

1. 病因病机:古云“女子乳头属肝,乳房属胃”,先天不足,乳头内陷,肝经气血不能正常疏泄,七情内伤,肝气郁滞,均可导致乳络不畅,气血瘀滞,聚而为块。肝郁脾虚,湿浊内蕴,阻滞乳络,痰瘀互结成块。郁久化热,热盛肉腐成脓,热迫血行则乳衄。饮食不节,损伤脾胃,湿浊中阻,蕴结于胃,乳房属胃,发为结块。冲为血海,冲任失调则气血失和,气血运行不畅,乳络失和发为本病。可见本病病位在乳房,与肝脾胃冲任关系密切。楼丽华教授认为本病为本虚标实之证,正气内虚是本病的根本,情志内伤、饮食劳倦、肝郁气滞、冲任失调是标实的一面,而阳气虚弱、寒凝毒滞更是其重要的病机,病属阴证^[9]。卞卫和教授也认为本病病证为实,当属阴证。本课题组对粉刺性乳痈的病因病机亦存在独特的见解,结合王宽宇教授多年诊治本病的经验,认为本病虚实夹杂,不同的发病阶段病机各异。病之初期肿块明显,或已成脓,或未成脓,正气较盛,邪正交争,实证为主。疾病进展病至后期正气耗伤,正虚为主,或伴邪恋,易迁延不愈。加之本病难消、难溃、难敛的特点,从阴阳辨证角度当属阴证。

2. 治疗:中医药治疗粉刺性乳痈疗效显著,已得到医学界的普遍公认。总结出未溃偏重内治,已溃偏重外治。即溢液期和肿块期一般以内治为主,中药外敷为辅,脓肿期和瘻管期则当以手术、外治为主,中医药内治为辅。(1)内治法:辨证论治是中医治疗的核心所在,各医家针对疾病的不同病机治法迥异。主要分为阴证和阳证两大派别。1)温阳散结、化痰消痰:以楼丽华、卞卫和为代表认为,该病虽属炎症范畴,但病变局部红肿热痛不显,肿块局部难消、难溃、难敛,应属阴证。故治疗上以温阳散结、温阳化痰为主,温

通贯穿疾病治疗的始终,并兼顾标实的一面。本病的标实主要表现在气滞、血瘀、痰凝、日久痰瘀互结成块,治疗时活血化瘀、消痰散结。根据疾病的不同阶段,选择相应的代表方剂,如阳和汤加减适用于寒痰阻滞的肿块期,使阳虚得补,寒痰得解,肿块消散,临床收到较好的疗效。瓜蒌牛蒡汤用于脓肿期等^[10]。

2)泄肝清胃:万华等^[11]认为木郁土壅、肝胃郁热是本病的主要病机,治疗上以泄肝清胃、活血散结为法,缩短疗程、减少复发,有效率为98.18%。鲁立宪等认为肝经郁热、脾胃蕴热是本病的两个主要证型,治以泄肝清胃、通络散结、排毒透脓。3)疏肝解郁:因本病常夹杂肝郁,加上本病多迁延难愈,患者思想负担重,情志更加不遂,加重肝郁,故疏肝行法被多数医家所推崇。卞师在治疗中常重用麦芽,行气疏肝。4)益气和营、解毒透脓:本病日久不愈,耗伤气血,正气益虚,脓肿难溃难敛,加重本虚。药用黄芪、党参、白术、茯苓、丹参等益气和营、托里透脓,扶助正气,帮助恢复,同时防止疾病复发^[12]。5)其他内治法:本病的其他代表内治法有清消法、托法等。应用清消法治疗本病时,在疾病的不同时期辅以托法、补法。肿块期应用消法,目的使疾病消散于无形;脓肿期应用大量消剂同时佐少许托剂,使脓透肿消;瘰管期僵块难消,慢性迁延。应清除余毒、化痰散结消肿,消其僵块^[13]。而托法分为补托和透托两种方法。正虚毒盛者应用补托法,透托法适用于毒气虽盛而正气未衰者,应用透脓药物,促其早日脓出毒泻^[14]。

(2)外治法:中医外治法种类繁多,且在本病的治疗中占有非常重要的地位,如拖线、挂线、敷贴、药捻、垫棉、箍围、引流、冲洗等,均是本病治疗中的重要手段。①拖线法:适用于病变范围较大,病灶与乳头相通,但乳头凹陷不重者。结合垫棉法、冲洗法等疗效较佳^[1];②挂线法:对于瘰管较深的一般采用挂线疗法,减少对乳房外形的破坏;③箍围法:肿块期乳房局部红肿灼热明显者金黄散外敷;④引流法:脓腔或瘰管脓出不畅可用药线引流;扩创术后的创口,脓出不畅者纱条引流;⑤冲洗法:适用于有脓腔或瘰管脓出不畅者;⑥垫棉法:适用于溃疡空腔较大,皮肤与肉芽一时不能黏合者^[15]。

(3)本课题组依据王教授总结的病机,针对疾病不同的发展阶段给予不同的治疗方法。将笔者科室2011年1月~2012年12月收治的浆细胞性乳腺炎患者(包括门诊和住院两部分)36例进行中西医

结合治疗,收到满意疗效。对于疾病初期肿块较小者可单纯应用中药内服、外敷,在中医药治疗过程中针对疾病的具体病机及患者体质的差异,分别采用温阳、化瘀、疏肝、和营等治法,促进肿块消散。肿块较大经中药治疗效果欠佳或成脓、瘰管等具有手术指征者,积极手术治疗,术后应用垫棉、引流、冲洗等外治法,合并应用中药口服恢复正气,透脓外出,清除余毒,整体调理,改善患者状态,促进创面愈合,减少复发。对上述36例病人进行随访至今,暂有1例复发。

因此笔者认为,随着对本病研究的逐渐深入,其治疗上应采用中医、西医多种方法综合治疗。增加疾病的一期治愈率,降低复发率。既不提倡单纯西医手术治疗,也不可一味保守,加重病情,应充分发挥中医、西医各自的优势,缩短病程、减少复发。

参考文献

- 1 程亦勤,陈红枫. 149例浆细胞性乳腺炎的中医药治疗及临床病情分析[J]. 浙江中医杂志,2005,3:114-116
 - 2 程晓明,黄琴,曾峰. 浆细胞性乳腺患者25例临床分析[J]. 第三军医大学学报,2006,28(19):2011-2012
 - 3 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
 - 4 金娜. 浆细胞性乳腺炎分期诊治经验[J]. 中国实用医药,2012,7(24):126-127
 - 5 蔡燕. 浆细胞性乳腺炎的治疗难点及中医治疗对策[J]. 湖北中医杂志,2012,34(8):47-48
 - 6 李晓莉,张莹莹. 术前辅助治疗对浆细胞性乳腺炎疗效的影响[J]. 河南医学研究,2012,21(1):45-47
 - 7 周晓斌,黄韬. 地塞米松在浆细胞性乳腺炎治疗中的应用[J]. 实用医技杂志,2011,18(7):724-725
 - 8 陈红枫,唐汉钧,陆德铭. 中医药治疗浆细胞性乳腺炎四十五年回顾[J]. 上海中医药大学学报,2004,18(1):60
 - 9 刘明英,楼丽华. 楼丽华治疗炎性乳房病经验[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(4):600-601
 - 10 宋波洋. 卞卫和治疗浆细胞性乳腺炎经验[J]. 四川中医,2011,29(9):15-16
 - 11 瞿文超. 万华教授治疗浆细胞性乳腺炎经验[D]. 第十一届全国中医及中西医结合乳腺病学术会议论文集,2009:330-331
 - 12 鲁立宪. 中医药治疗浆细胞性乳腺炎的临床述要[J]. 实用中医内科杂志,2005,19(2):101-102
 - 13 孙小慧,刘胜. 清消法在粉刺性乳癖中的应用体会[J]. 中医杂志,2011,52(24):2144-2145
 - 14 张珺. 潘立群运用托法治疗浆细胞性乳腺炎的经验[J]. 山东中医药大学学报,2011,35(3):229
 - 15 万华. 浆细胞性乳腺炎的中西医结合治疗[J]. 外科理论与实践,2008,13(2):111-114
- (收稿日期:2013-10-10)
(修回日期:2013-10-24)