

粉刺性乳痈（浆细胞性乳腺炎）中医诊疗方案 (2018年版)

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参考《中医外科常见病诊疗指南》（中华中医药学会标准，2012年）。

浆细胞性乳腺炎是一种以导管扩张、浆细胞浸润为病变基础的慢性乳腺炎症性疾病，归属于中医粉刺性乳痈范畴。

（1）临床表现

多发生在非哺乳期或非妊娠期的女性。单侧乳房发病多见，也可双侧发病。大多伴有先天性乳头全部或部分凹陷，并有白色带臭味的粉渣样分泌物。临床表现复杂多样，常分溢液期、肿块期、化脓期、瘻管期。初起肿块位于乳晕部，常可发生红肿疼痛，约7~10天化脓。溃破后脓中夹杂粉渣样物质，久不收口。或反复红肿溃破，形成瘻管，常与输乳孔相通。若反复发作，可形成疤痕，残留僵块，乳头凹陷更明显。红肿化脓时可伴恶寒发热等全身症状，程度一般较轻。

（2）辅助检查

①实验室检查：部分病例血清催乳素水平明显增高。

②影像学检查：超声检查：B超在病灶处见不规则片状低回声，内见增强光点，如有多处低回声可互相连通。

③病理学检查：乳腺病理学检查可见多种细胞混杂，以浆细胞为多，还有其他炎性细胞。

2. 西医诊断标准

参考《非哺乳期乳腺炎诊治专家共识》（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，2016年）。

浆细胞性乳腺炎缺乏诊断的金标准，主要结合临床表现、组织病理学和辅助检查进行综合分析，在排除乳腺结核和特异性肉芽肿性病变的基础上做出诊断。

（1）临床表现：浆细胞性乳腺炎发病可以影响各年龄段的成年女性。该类疾病临床主要表现为乳腺肿块和乳头内陷、乳头溢液、乳腺疼痛，其中乳腺肿块在慢性病变基础上可继发急性感染形成脓肿，终末期脓肿破溃可形成乳腺瘻管、窦道或者溃疡，经久不愈。

（2）辅助检查

①推荐检查项目

对所有疑似诊断为浆细胞性乳腺炎的患者，乳腺超声是首选的影像学检查方

法。乳腺 X 线摄影适用于乳腺肿块、乳头溢液、乳腺皮肤异常、局部疼痛或肿胀的患者，对于 35 岁以下，超声显示典型良性特征的患者，可不行该检查。另外，对怀疑浆细胞性乳腺炎的患者应积极留取病原学标本，通过镜检或细菌培养的方法寻找病原微生物存在的证据，有条件者可行核酸测序鉴定未知病原菌。对于炎症急性期的患者还应监测血常规，尤其注意其白细胞总数和分类的变化。

②可选择的检查项目

无急性炎症表现的乳头溢液患者可选择乳管镜检查，检查中注意与导管内乳头状瘤、纤维囊性腺病和导管原位癌（ductal carcinoma in situ, DCIS）相鉴别。细胞学检查因取材量小且病理学来源不清楚，可作为浆细胞性乳腺炎初步诊断参考，但不应作为最终诊断依据。

磁共振成像（MRI）的诊断及鉴别意义不大，且检查费用高，可作为判断病灶的性质、范围以及评估治疗效果及随访。

③组织病理学检查

组织病理学检查是浆细胞性乳腺炎确诊的主要依据，取材方法推荐空芯针穿刺活检（CNB），不建议行细针穿刺细胞学检查。镜下可见乳腺导管高度扩张，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、浆细胞和中性粒细胞浸润。

（二）证候诊断

1. 肝经郁热证：乳头溢液或乳头凹陷有粉刺样物溢出，乳房部结块红肿疼痛，或伴有溃破出脓，伴有发热、头痛。舌苔黄腻，脉滑数。

2. 余毒未清证：脓肿自溃或切开后脓水淋漓，久不收口，时发时敛，局部可有僵硬肿块，舌淡或红，苔薄黄，脉弦。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1. 肝经郁热证

治法：疏肝清热，和营消肿

（1）推荐方药：柴胡清肝汤加减。柴胡、黄芩、连翘、夏枯草、蒲公英、皂角刺、当归、生地、栀子、赤芍、生甘草等。或具有同类功效的中成药。

（2）中药药膏外敷：红肿热痛者，金黄膏或青黛膏外敷。

2. 余毒未清证

治法：扶正托毒

（1）推荐方药：托里消毒散加减。生黄芪、党参、白术、白芍、茯苓、川芎、当归、银花、皂角刺、蛇舌草、生山楂、生甘草等。或具有同类功效的中成药。

(2) 中药药膏外敷：局部僵肿，无红肿热痛者，冲和膏外敷。

(二) 特色疗法

1. 切开法：适用于单纯性、复杂性瘰管。单纯性瘰管可用局部麻醉，复杂性瘰管应用持续性硬膜外麻醉或全身麻醉。常规消毒后，在球头银丝探针引导下，切开瘰管和脓腔。酌情切开通向乳头孔的瘰管

2. 乳头矫形法：一般与乳头楔形切开法相结合，适用于乳头先天凹陷，必须予以楔形切开，保留的乳头、乳晕组织应在 3/5 以上者，可直接采用 1 号丝线沿乳头乳晕切缘对位单纯缝合 3~4 针，对凹陷明显者，还可在乳头下作一“口”字形荷包缝合，但需掌握好松紧度。一般 7 天左右拆线。

3. 拖线法：适用于病灶范围较大，或病灶与乳头孔相通，但乳头凹陷不严重者。可用 4~5 股 4 号丝线或纱条（一般用红油膏纱条），每天换药时可来回拖拉，清洗后再上九一丹拖回，能使药物充分接触未切开的内腔疮面，发挥提脓祛腐的作用，又起到引流的作用。一般 10~14 天拆线，拆线后多配合垫棉绑缚法促使内部创面粘合。

4. 药捻引流：多应用于脓肿切排后或瘰管期，根据脓腔深度及瘰管长度，选择相适宜的药线，蘸上八二丹或九一丹，提脓祛腐、引流排脓。一般手术扩创以后就不再使用。

5. 纱条引流：多应用于手术扩创以后，祛腐阶段采用红油膏纱条掺九一丹，腐去新生阶段改用红油膏纱布掺生肌散。

6. 冲洗法：运用于拖线拆除后，拆线后的 1~2 天内可采用 1:5000 呋喃西林溶液清洗出腔道内的残留脓液。若脓液已尽者，采用生肌收口油剂注入，可促进愈合、缩小疤痕。同时也可配合使用垫棉绑缚法。

7. 生肌法：创面腐脱新生，改用生肌类药物。

8. 垫棉绑缚法：适用于深层瘰管、创腔较大者，见到创面脓腐已净，渗出液转纯清，脓液培养提示无细菌生长，可用垫棉垫压空腔处，再予以加压绑缚，使患者处乳房压紧，每天换药 1 次，促进腔壁粘合与愈合。

9. 穿刺抽脓法：多应用于脓肿期，在超声定位基础上，选择波动感最明显处或超声定位脓液聚集处作为穿刺点，穿刺针进行穿刺后给予负压抽吸将脓液抽吸完全，可在抽脓后配合垫棉绑缚法促进脓腔壁贴合。

10. 刺络拔罐法：多应用于肿块期、瘰管期，消毒皮肤后，用三棱针将肿块处或瘰管疮周点刺出血，然后以持针器或血管钳夹住 95% 的乙醇棉球，一手持点火工具，一手持罐，罐口朝下，点燃后将火迅速深入罐内旋转一周退出，迅速将罐扣在点刺的部位。

(三) 其他中医特色疗法

1. 中药贴敷
2. 穴位贴敷
3. 中药离子导入

（四）西医治疗

参照《非哺乳期乳腺炎诊治专家共识》（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，2016年）

1. 手术疗法：乳腺区段切除术、脓肿切开引流术等，必要时行乳头内陷矫正术。

2. 西药治疗：白细胞计数、中性粒细胞百分比、CRP 等偏高伴或不伴发热者必要时可予抗生素治疗。

（五）护理调摄要点

1. 饮食调理：忌食辛辣炙博之物。
2. 情志调理：保持心情舒畅。
3. 经常保持乳头清洁，清除分泌物；避免穿紧身上衣及佩戴过紧胸罩。
4. 若发现乳头内陷，应及时予以纠正回复。

三、疗效评价

（一）评价标准

采用中华人民共和国中医药行业标准《中医外科病证诊断疗效标准（2012年版）》中粉刺性乳痛的疗效评价标准。

1. 疾病疗效评价标准

治愈：达到临床治愈且维持半年无复发，或达到临床治愈且超声提示无病灶残留。

临床治愈：全身症状消失，原炎性病灶临床上不可触及，疮口或瘻管愈合。

未愈：原炎性病灶临床仍可触及，全身症状无明显改善或加重。

2. 中医证候疗效评价标准

临床痊愈：中医主要临床症状、体征消失或基本消失，证候疗效积分 $\geq 95\%$ 。

显效：中医主要临床症状、体征明显改善， $70\% \leq$ 证候疗效积分 $< 95\%$ 。

有效：中医主要临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$ 证候疗效积分 $< 70\%$ 。

无效：中医主要临床症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候疗效积分 $< 30\%$ 。

（二）评价方法

中医证候变化观察采用中医证候疗效积分法。将上述两种中医证候所属的全部主症、次症分别分为无、轻、中、重四个等级，主症分别记为0、2、4、6分，次症分别记为0、1、2、3分。舌质舌苔脉象只记录，不记分，进入路径和结束

路径时分别记录 1 次，作为评定中医证候疗效的依据。证候疗效积分计算公式为： $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。

参考文献：

[1]周飞,刘璐,余之刚.非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):755-758.

[2]国家中医药管理局.中医外科病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012,.

牵头分会：中华中医药学会外科分会

牵头人：张董晓（首都医科大学附属北京中医医院）

主要完成人：

张董晓（首都医科大学附属北京中医医院）

赵文洁（首都医科大学附属北京中医医院）

孙宇建（首都医科大学附属北京中医医院）

付娜（首都医科大学附属北京中医医院）

东浩（首都医科大学附属北京中医医院）