

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.13.030

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20230328.1332.026.html\(2023-03-28\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20230328.1332.026.html(2023-03-28))

## Zuska 病 1 例报道并文献复习\*

热孜亚·萨吾尔, 孙霁平<sup>△</sup>, 郭洁荣, 刘 胜

(上海中医药大学附属龙华医院中西医结合乳腺科, 上海 200032)

[关键词] Zuska 病; 鳞状上皮化生; 病例报道

[中图分类号] R655.8

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)13-2072-03

Zuska 病是一种罕见的乳房良性疾病, 1951 年由 ZUSKA 首次命名, 其病理特征为乳晕下的乳管组织原有的被覆上皮出现鳞状上皮化生, 多伴角化<sup>[1]</sup>。输乳管的急慢性炎症可蔓延输乳管周围软组织, 形成以输乳管为中心的乳晕下脓肿。由于人们对这种疾病知之甚少, 导致其常被误诊和治疗不当。笔者总结 1 例老年 Zuska 病患者诊治经过, 现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 71 岁, 因“左乳头溢液 3 年 10 个月, 伴反复红肿溢脓 7 个月”入院。3 年 10 个月前患者无明显诱因出现左乳不适, 自行轻挤左乳头出现清水样溢液, 至外院就诊。乳腺钼靶(2018-09-03)提示左乳术后改变, 双乳良性钙化; 乳房彩超提示双乳小叶增生, 右乳实性结节, 左乳头深部导管扩张, 双腋下阴性。后患者至本院就诊, 查体示双乳对称, 无橘皮征, 皮肤温度正常, 左乳头中央孔挤压后清水样溢液, 余无明显异常; 垂体泌乳素(2018-09-18)无异常; 考虑乳头内缩, 乳头较小, 乳管镜难度大, 挤压后溢液量少, 涂片困难; 彩色多普勒超声(CDFI)、钼靶检查无明显异常。故诊断为乳头溢液, 予口服中药治疗。后患者左乳头溢液好转, 停药中药。7 个月前患者出现左乳头红肿伴溢脓, 再次至外院就诊, 乳腺核磁(2021-12-27)提示左乳头区点状强化同前, 良性可能, 随访, BI-RADS 3 类; 右乳斑点状强化, 考虑良性, BI-RADS 2 类。后患者至本院门诊就诊, 查体示左乳头凹陷, 左乳晕周围皮肤红肿, 挤压乳头后有黄白相间溢液, 触痛。西医诊断为左乳慢性乳腺炎; 中医诊断为乳衄、肝郁火旺证。治疗予柴胡、丝瓜络、蒲公英、天葵子、茶树根、侧柏叶、丹参、生山楂、留行子。全方疏肝健脾、清热、活血消脂。口服中药后患者红肿渐消退, 溢液逐渐减少。期间患者左乳头出现数次红肿溢脓, 每予中药治疗后立即缓解。1 个月前患者至本院复诊, 查体示左乳未见明显红肿, 挤压左乳头中央孔清水样的溢液,

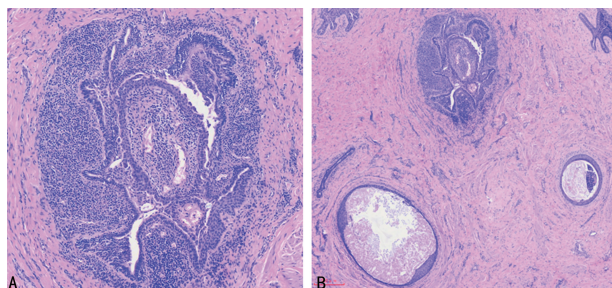
以“左乳导管内乳头状瘤、左乳慢性乳腺炎”收入院。患者先天左乳头凹陷, 2013 年于外院行左乳导管内乳头状瘤手术。既往有高血压病史 1 年, 最高血压 150/80 mmHg, 平时服用盐酸地尔硫草片、阿利沙坦酯片等药物, 血压控制尚可。否认糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等慢性病史。否认过敏史、输血史、烟酒史。

入院查体: 双乳对称, 双乳皮肤无红肿, 无橘皮样改变。右乳头无凹陷, 无明显静脉曲张及皮肤破损。左乳头凹陷, 左乳晕外侧可见手术瘢痕。双乳未触及明显肿块, 轻挤压左乳头中央孔清水样的溢液; 右乳头未见溢液, 双腋下及锁骨上下未触及肿大淋巴结。B 超: 右乳 A 区 1 点钟处见 4.7 mm×3.3 mm 低回声, 无包膜, 与导管相通, 边界清晰, 形态规则、后方回声不变, 血供不丰富。右乳 A 区 4~5 点处见 6.7 mm×3.7 mm 低回声区, 无包膜, 结节与导管相通, 边界尚清晰, 形态尚规则, 长宽比值正常, 内部回声均匀, 结节不伴钙化, 后方回声不变, 血供不丰富。左乳 A 区 1 点钟处见扩张导管, 无回声区大小 5.5 mm×1.8 mm, 导管内壁见微小低回声, 边界尚清晰, 形态规则, 后方回声不变, 血供不丰富。左乳 A 区 1 点钟处见 3.9 mm×2.3 mm 低回声, 无包膜, 与导管相通, 边界清晰, 形态规则, 后方回声不变, 血供不丰富。左乳 A 区 9 点钟处见 4.2 mm×3.5 mm 无回声区, 后方回声增强。右乳结节 BI-RADS 3 类; 左乳 A 区 1 点钟处扩张导管内低回声, 考虑导管内病变, 随访, 左乳 A 区 1 点钟处结节 BI-RADS 3 类; 左乳 A 区 9 点钟处无回声区乳腺囊肿。双腋下未见异常包块, 双侧腋下、锁骨上淋巴结未见明显肿大淋巴结。临床诊断: (1) 左乳房良性肿瘤(导管内乳头状瘤); (2) 左乳慢性乳腺炎; (3) 高血压 1 级(中危)。

入院完善术前相关检查, 排除相关禁忌后静脉麻醉下行左乳切开探查术+左乳象限切除术+左乳头

\* 基金项目: 上海市科学技术委员会科技创新行动计划项目(20Z21900300)。 作者简介: 热孜亚·萨吾尔(1996-), 在读硕士, 主要从事中医药防治乳腺疾病研究。 <sup>△</sup> 通信作者, E-mail: septicm@126.com。

矫形术,具体步骤:挤压左乳头于 12 点孔找到溢液的乳头孔位,以 4# 平针头置入 12 点孔乳管并注入少量亚甲蓝。沿左乳晕内侧作一弧形手术切口,长约 3 cm,依解剖层次切开皮肤、皮下组织,显露乳腺腺体,探查见乳头后方部分导管已蓝染,于乳头下解剖分离出蓝染的一级乳管,离断残端;循此导管向远端分离,将蓝染扩张的导管连同周围少部分正常腺体组织及乳晕下结节一并完全切除。切除的标本大小约 2.5 cm×1.5 cm×1.5 cm,送病理科。术后病理(2022-07-14):乳腺组织个别导管扩张,部分导管上皮增生伴鳞化,并见多灶性角质囊肿形成,局部伴炎性细胞浸润,可符合输乳管鳞状化生,见图 1。



A:多灶性角质囊肿(×100);B:炎性细胞浸润(×40)。

图 1 病理切片(苏木素-伊红染色)

## 2 讨论

Zuska 病又称输乳管鳞状化生、乳晕下脓肿,因乳管被上皮鳞状上皮化生阻塞,导致乳晕下乳腺脓肿<sup>[1]</sup>,主要发生在非哺乳期,好发于乳头凹陷或乳头发育不良的年轻女性。临床表现为乳晕部肿块、疼痛、乳头周围红肿、化脓溃破、乳头溢液或溢脓液<sup>[2]</sup>。乳房超声表现为典型的乳晕后,主要是内侧不明确低回声病变,伴有脓肿或瘘管形成,大部分伴有导管扩张和与泌乳管连续的窦道,CDFI 偶见血管分布增加<sup>[3]</sup>。病理是乳头内输乳管上皮转化为鳞状上皮,鳞状内衬产生大量的角蛋白<sup>[4]</sup>,形成的角蛋白阻塞主导管,导致其在积累分泌物时扩张,随着进行性扩张,薄的上皮内膜破裂和角蛋白被挤压,引起对其内容物的炎症反应。乳腺组织对挤压的角蛋白作为异物发生反应,促使巨噬细胞融合并形成异物巨细胞,诱发炎症,形成瘘管的内口。镜下检查可见乳晕下的乳管组织原有的被覆上皮出现鳞状上皮化生,多伴角化。输乳管有急慢性炎症,炎症可蔓延输乳管周围软组织,形成以输乳管为中心的乳晕下脓肿。

因本病大部分患者临床表现及影像学特征无特异性,临床上需要结合组织病理学检查才能明确诊断<sup>[5]</sup>,由于发病率低,复发率高,极易与浆细胞性乳腺炎、肉芽肿性小叶性乳腺炎、导管内乳头状瘤等疾病混淆,需要鉴别诊断。

Zuska 病国内外尚无统一的治疗方案,目前治疗

方式包括药物治疗和手术治疗。药物治疗主要为抗生素或激素治疗,但疗效并不理想<sup>[6]</sup>。手术是治疗该病的关键,手术时机与手术方式的选择尤为重要。但本病往往因治疗不彻底,导致复发和乳头回缩。因此,有学者认为应行手术切除瘘管<sup>[7]</sup>,切除整个乳晕后病变纤维腺组织、脓肿腔隙和乳头内的导管组织,包括阻塞的导管尤为关键。此外,中医药治疗常被用作循证治疗疾病的补充<sup>[8]</sup>,且中医药治疗对于炎症性疾病疗效明显<sup>[9]</sup>。

Zuska 病中医古代文献中无明确的记载,根据其临床表现及发病特点,20 世纪 80 年代,海派顾氏外科顾伯华、陆德铭、唐汉钧等教授将本病命名为“粉刺性乳痈”,收录入《实用中医外科学》中。笔者认为本病“先有乳头凹陷畸形,复因情志不畅,肝郁气滞,营气不从,气滞血瘀,凝结成块,久郁化热,蒸酿肉腐而成脓肿,溃后成瘘。亦有因肝郁化火,迫血妄行,而现乳衄”。陈实功《外科正宗·乳痈论第二十六》:“夫乳病者,乳房阳明经所司,乳头厥阴肝经所属”,故本病与肝胃二经关系密切,木郁土壅,肝郁胃热而发此病。因此,治疗本病早期以疏肝泻火、清热解毒、活血消脂为总则。该例患者早期(急性期)予中药疏肝泻火、清热解毒、活血消脂,待炎症区域红肿疼痛消退后,予手术将其瘘管、病变导管及其组织全部切除,以防复发。现患者术后 1 个月余,术前症状完全缓解,乳头形态完全恢复正常,密切随访后未见任何复发迹象。

综上所述,Zuska 病早期(急性期)可予中医药干预,待炎症消退后再行手术可治愈,临床值得推荐。

## 参考文献

- [1] 丁华野. 乳腺疾病[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:819.
- [2] TAFURELLI M, PELLEGRINI A, SANTINI D, et al. Recurrent periductal mastitis: surgical treatment [J]. *Surgery*, 2016, 160(6):1689-1692.
- [3] LO G, DESSAUVAGIE B, STERRETT G, et al. Squamous metaplasia of lactiferous ducts (SMOLD) [J]. *Clin Radiol*, 2012, 67(11):e42-46.
- [4] KASALES C J, HAN B, SMITH J S, et al. Nonpuerperal mastitis and subareolar abscess of the breast [J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2014, 202(2):W133-139.
- [5] KAZAMA T, Tabei I, SEKINE C, et al. Subareolar breast abscess in male patients: a report of two patients with a literature review [J]. *Surg Case Rep*, 2017, 3(1):128.

- [6] 李敏. 乳腺导管内乳头状瘤的超声表现及病理对照研究[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(4): 615-616.
- [7] MÓRICOVÁ P, ŽÚBOR P, KAPUSTOVÁ I, et al. Recurrent subareolar non puerperal abscess of breast with fistules of lactiferous ducts (Zuska disease) [J]. Rozhl Chir, 2013, 92(9): 509-511.
- [8] ZHANG C, LEI S, KONG C, et al. Clinical study

on surgical treatment of granulomatous lobular mastitis[J]. Gland Surg, 2019, 8(6): 712-722.

- [9] 楚爱景, 樊英怡, 王春晖, 等. 肉芽肿性乳腺炎的中西医治疗现状及分析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 5971-5974.

(收稿日期: 2022-10-19 修回日期: 2023-02-03)

(编辑: 袁皓伟)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.13.031

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20230317.1636.004.html> (2023-03-20)

## 暴发性心肌炎合并细小动脉导管未闭紧急介入封堵 1 例

李 丽, 李小庆, 于世勇<sup>△</sup>

(陆军军医大学新桥医院心内科, 重庆 400037)

[关键词] 心肌炎; 细小动脉导管; 动脉导管未闭; 介入封堵

[中图分类号] R542

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)13-2074-04

动脉导管未闭(patent ductus arteriosus, PDA)是常见的先天性心脏病。细小 PDA 通常情况下不产生血流动力学影响, 对于是否需要手术治疗目前尚有争议, 但在某些特殊情况下, 可能导致严重后果。本研究报道 1 例暴发性心肌炎合并细小 PDA 患者, 经过紧急 PDA 介入封堵后获得成功救治。

### 1 临床资料

患者, 男, 23 岁, 因“心悸乏力伴呕吐 4 d”入院。入院 4 d 前患者受凉后出现心悸、全身乏力, 伴恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物, 无畏寒、发热, 无头昏头痛, 无意识障碍, 无腹痛腹泻, 无咳嗽咳痰。到当地医院就诊, 考虑为“感冒”, 给予对症处理无效, 患者症状进行性加重。入院 2 d 前至当地中心医院就诊, 经心电图、抽血化验等检查诊断考虑为“病毒性心肌炎”。住院期间出现头昏, 心电图提示室性心动过速, 立即予以电复律, 复律后转为完全性房室传导阻滞、室性逸搏心律, 急诊局部麻醉下经右股静脉植入临时起搏器, 术后予激素、营养心肌等治疗, 患者症状无改善, 遂转至本院。发病以来, 患者精神食欲睡眠差, 大便正常, 小便量少, 体重无明显改变。既往身体健康, 否认高血压、糖尿病、冠心病等病史, 否认吸烟、饮酒史。

体格检查: 体温 36.8℃, 脉搏 120 次/min, 呼吸 30 次/min, 血压 84/58 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 神志清楚, 言语无力, 对答切题, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿啰音, 心律 120 次/min, 心律规则, 各瓣膜

听诊区未闻及杂音, 无心包摩擦音, 全腹平软, 无压痛及反跳痛, 双下肢无水肿, 神经系统查体无异常。

入院后紧急检查血常规及血液生化指标: 白细胞计数  $23.55 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞百分率 91.0%, 中性粒细胞计数  $21.44 \times 10^9/L$ , 红细胞计数  $3.50 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 113 g/L, 血小板计数  $112 \times 10^9/L$ , 肌酸激酶 3 026.0 IU/L, 肌酸激酶同工酶(CK-MB) 141 IU/L, 肌钙蛋白(Tn) 0.54 ng/mL, 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 5 351.0 IU/L, 天门冬氨酸氨基转移酶(AST) 5 330.0 IU/L, 总胆红素 60.6  $\mu\text{mol/L}$ , 直接胆红素 34.9  $\mu\text{mol/L}$ , 肌酐 740.8  $\mu\text{mol/L}$ , 钾 4.11 mmol/L, 钠 129.9 mmol/L, 氯 87.6 mmol/L, 脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP) 609 pg/mL, 无创呼吸机辅助通气情况下动脉血气分析 pH 7.38, 氧分压 86 mmHg, 氧饱和度 96%。心电图提示间歇性完全性房室传导阻滞、起搏心律, 心脏彩色多普勒超声提示左心室增大[舒张末期内径(LVDD) 53 mm], 心肌回声增强, 室壁动度明显降低, 射血分数 27%。诊断为暴发性心肌炎、心源性休克、多器官衰竭、动脉导管未闭。持续去甲肾上腺素泵入维持血压, 并予以抗炎、营养心肌、抗感染、纠正心力衰竭等治疗, 经左侧股静脉床旁进行连续性肾脏替代治疗。患者血压难以维持, 入院第 2 天经左侧股动静脉行体外膜肺氧合置管转流术(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO), 应用静脉-动脉模式, 并经右侧颈内静脉穿刺