

## 讨 论

小儿因好奇心强,辨别能力差,易将小玩具放入口中吞下。本组 7 例患儿年龄均在 5 岁以下,异物种类包括:吸水珠、粗铁丝、枣核、硬币、发夹、磁铁及头发。其中 2 例未行 X 线检查,2 例 X 线检查未见异常(1 例异物为吸水珠,1 例异物为枣核),3 例 X 线检查可见异物但未描述明确部位。X 线检查对明确异物部位方面有一定局限性,超声能弥补其不足。有学者<sup>[1-2]</sup>报道超声诊断体内异物如玻璃、牙签及其并发症有较高临床价值,且超声还能清晰显示异物与周围组织的关系,较 X 线检查更具优势。

消化道异物多停留于 3 个狭小部位:食道中段、幽门口及回盲瓣区<sup>[3]</sup>。超声能扫查食管上段和下段异物,食管中段因肺气和胸骨的遮挡显示不清。检查胃内异物时,如胃内气体较多,可适量饮水,本组 1 例患儿异物(硬币)停留在幽门口,检查时嘱其饮水 200 ml,旋转角度及变换体位后可见硬币呈圆形;检查肠内异物时,如宿便较多会影响观察,可灌肠通便,本组 1 例患儿因误食吸水珠引起肠梗阻,发现肠梗阻时需沿肠管走行观察,寻找梗阻点,询问病史发现患儿误食吸水珠后家长给予大量饮水,因吸水珠遇水后逐渐膨大,最终通过两处消化道狭窄,嵌顿于回盲部,导致肠梗阻。超声检查时询问病史很重要,但儿童年龄小,

病史多叙述不详细,这给诊断增加了一定困难。有文献<sup>[4]</sup>报道胃及肠腔内尖锐异物可刺破幽门壁或肠壁形成肉芽肿、脓肿或损伤周围脏器,本组 2 例患儿因异物(枣核和头发)引起穿孔,当异物引起穿孔导致周围组织炎症时,炎性包块可能最先被发现,需仔细辨别,发现包块内异物,并仔细观察其与周围组织的关系,以及有无并发症。

综上所述,超声能发现异物,判断其位置、大小及形态等,并能明确异物及其周围组织的改变,为制定临床治疗方案提供依据,具有较好的应用价值。

## 参考文献

- [1] 王彬,赵建勋. 体内异物的超声检查与定位诊断[J]. 中国超声医学杂志, 1997, 13(2): 50-52.
- [2] Michel R. Sonographic detection of clinically unsuspected swallowed toothpick and their gastrointestinal complications[J]. J Clin Ultrasound, 1994, 22(3): 483.
- [3] 许国铭,沈洁,李兆申,等. 小儿消化道异物及内镜处理[J]. 中华儿科杂志, 1996, 34(5): 304.
- [4] 许春娣. 小儿消化道异物[J]. 小儿急救医学, 2003, 10(6): 386-387.

(收稿日期:2017-04-30)

## · 临床报道 ·

## Ultrasonic manifestations and analysis of misdiagnosis factors in primary breast lymphoma

### 乳腺原发性淋巴瘤超声表现及误诊原因分析

谢映鲜 杨丽春

[中图分类号] R737.9; R445.1

[文献标识码] B

乳腺淋巴瘤的发生率仅占所有乳腺恶性肿瘤的万分之 4~7<sup>[1]</sup>。临床上大多数乳腺淋巴瘤可能被误诊为乳腺癌或其他乳腺肿瘤,乳腺淋巴瘤的治疗方式不同于乳腺癌<sup>[2]</sup>,故准确诊断十分重要。本组总结 10 例乳腺淋巴瘤的超声表现,并分析其误诊原因,旨在提高超声对乳腺原发性淋巴瘤的诊断准确率。

## 资料与方法

## 一、临床资料

选取 2003 年 6 月至 2016 年 6 月经我院病理证实为乳腺淋巴瘤的 10 例女性患者,年龄 21~67 岁,平均(52±13)岁。术前均

行超声检查,排除乳腺外淋巴瘤侵犯,既往均无恶性肿瘤病史,所有患者均为无意中或体检时发现,无疼痛,皮肤无红肿,乳头无溢液等症状。

## 二、仪器与方法

使用东芝 Aplio 500、GE Logiq E 9 及日立 HI VISION Preirus 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 6~12 MHz。患者取平卧位或侧卧位,双手上举,充分暴露双侧乳房和腋窝,对双乳行放射状及纵横交替扫查,观察肿块大小、形态、有无包膜、内部回声及血流分布和动力学特点,并观察双侧腋窝有无肿大淋巴结及其形态、内部回声、血流情况。

(下转封三)

(上接第 288 页)

## 结 果

10 例患者均为单乳发病,左侧 7 例,右侧 3 例。仅 1 例患者为多发病灶(右乳内 4 个病灶,同侧胸壁皮下脂肪层内多个病灶)。病灶最大直径 20~82 mm,纵横比均 $<1$ ,边界清或尚清 8 例,边界不清 2 例;形状呈椭圆形 2 例,呈不规则形 8 例;内部回声为低回声 6 例,4 例为强弱不等回声、低回声及强回声相间,1 例内部见散在点状强回声。1 例肿块后方回声稍增强,1 例肿块后方回声衰减,8 例肿块后方回声无变化。10 例患者肿块内部血流均丰富,Adler 血流分级 II~III 级(图 1),阻力指数均 $>0.70$ (图 2)。腋窝淋巴结肿大 8 例,其中 4 例肿大淋巴结内部为低回声,可探及周围型、混合型血流;余 4 例存在淋巴门,皮质环不规则增厚,可探及门型血流。

超声诊断 9 例乳腺癌可能,1 例因患侧乳腺内 4 个病灶,同侧胸壁皮下脂肪层内多个病灶,故诊断为淋巴瘤可能。病理结果显示 10 例均为非霍奇金淋巴瘤,其中弥漫性大 B 细胞淋巴瘤 8 例,T 细胞系和小 B 细胞系淋巴瘤各 1 例。

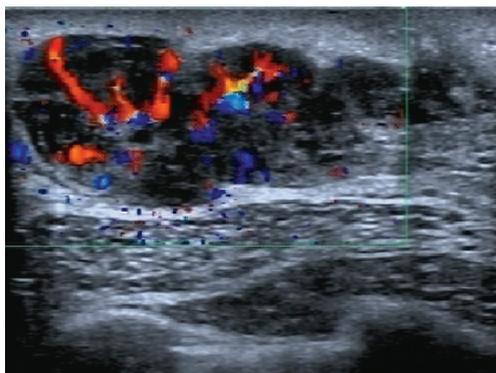


图 1 乳腺原发性淋巴瘤 CDFI 图,肿块内部血流丰富

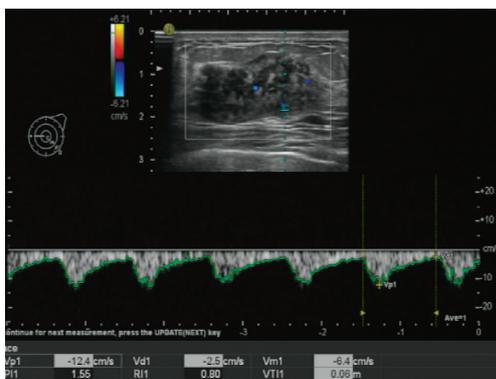


图 2 乳腺原发性淋巴瘤血流频谱图,肿块阻力指数 $>0.70$

## 讨 论

原发性乳腺淋巴瘤是一种少见的结外淋巴瘤,绝大多数为非霍奇金淋巴瘤,最常见的病理类型是弥漫性大 B 细胞淋巴瘤,本组病例中 10 例均为非霍奇金淋巴瘤,弥漫性大 B 细胞淋巴瘤 8 例,与文献<sup>[3]</sup>报道基本一致。

乳腺原发性淋巴瘤术前一般较难诊断,易被误诊为乳腺癌或其他肿瘤,本组有 9 例均误诊为乳腺癌。虽然两者难以鉴别,但是治疗方式却完全不同<sup>[2]</sup>,故提高术前乳腺淋巴瘤的诊断准确率对临床制定治疗方案有极大帮助。结合病理结果,回顾本组病例的超声及临床表现后总结了乳腺淋巴瘤的以下特征:①与皮肤无粘连,无皮肤红肿、橘皮样改变、酒窝征及乳头溢液等症状,这对鉴别乳腺癌和炎性病变更有一定帮助;②肿块较大,纵横比 $<1$ ,本组病灶最大直径 20~82 mm;③内部回声为低回声或低回声与强回声相间,呈细网状或蜂窝样改变,这一点与乳腺腺病难以鉴别,需结合同侧腋窝淋巴结及其他几项特征;④边界清或尚清;⑤后方回声无变化或增强;⑥肿块内部血流丰富,Adler 血流分级 II~III 级,阻力指数 $>0.70$ 。其中第③⑤⑥与金鑫焱和时开元<sup>[4]</sup>的报道一致。侯唯姝和余永强<sup>[5]</sup>报道 30%~50%的乳腺淋巴瘤患者可出现腋窝淋巴结肿大,本组 10 例患者有 8 例(80%)出现同侧腋窝淋巴结肿大。

综上所述,乳腺原发性淋巴瘤在超声表现上有一定特征,但缺乏特异性,确诊仍依赖于病理结果。实际工作中当拟诊断乳腺恶性肿瘤时,需结合超声图像特征考虑到乳腺淋巴瘤的可能;另一方面,除常规超声检查外,结合超声造影或术前进行超声引导下针吸细胞学或粗针活检,也能在一定程度上提高诊断准确率。

## 参 考 文 献

- [1] Shim E, Song SE, Seo BK, et al. Lymphoma affecting the breast: a pictorial review of multimodal imaging findings[J]. J Breast Cancer, 2013, 16(3): 254-265.
- [2] Adrada BE, Miranda RN, Rauch GM, et al. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: sensitivity, specificity, and findings of imaging studies in 44 patients[J]. Breast Cancer Res Treat, 2014, 147(1): 1-14.
- [3] 敖启林, 王国平. 原发性乳腺淋巴瘤的临床病理特征[J]. 临床与实验病理学杂志, 2012, 28(9): 952-955.
- [4] 金鑫焱, 时开元. 超声对诊断乳腺恶性淋巴瘤的价值[J]. 医学影像学杂志, 2013, 23(2): 204-206.
- [5] 侯唯姝, 余永强. 原发性乳腺恶性淋巴瘤的影像学研究进展[J]. 国际医学放射学杂志, 2011, 34(3): 246-249.

(收稿日期: 2017-04-29)