

天性发育异常,常常错过了最佳治疗时期或致病情加重^[8-9]。故超声医生应告知孕妇待孩子出生后做生殖系统的超声排查,对单肾缺如合并生殖系统异常的孩子具有重要意义。

肾缺如还常常是胎儿多种综合征的一部分,所以发现肾缺如还要特别注意对胎儿颜面、心脏、脊柱、肢体、肛门等部位进行详细扫查,以免误诊和漏诊。

参考文献

[1] 张小英,赵蕊,李银华,等. 三维彩色多普勒超声对诊断胎儿泌尿生殖系统畸形的应用价值分析[J]. 黑龙江医学, 2014,38(4):449-451.

[2] 邓学东. 产前超声诊断与鉴别诊断[M]. 北京:人民军医出版社,2013:211.

[3] 刘焦枝,李光. MRI 诊断先天性双子宫、双阴道、左侧阴道闭锁并左肾缺如 1 例[J]. 重庆医科大学学报,2012,37(1):95-96.

[4] 李胜利. 胎儿畸形产前诊断学[M]. 北京:人民军医出版

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.23.054

社,2006:258.

[5] 刘艳丽,胡景香,王长存,等. 289 例女性生殖道畸形患者发生泌尿系统畸形临床分析[J]. 中国医药指南,2010,8(6):170-171.

[6] 梁群英. 处女膜闭锁的超声波诊断及临床价值[J]. 医学信息,2014,27(7):351.

[7] 李建华,朱霞,陈欣林. 超声及 MRI 在胎儿泌尿生殖系统异常诊断中的应用[J/CD]. 中华医学超声杂志(电子版), 2010,7(12):2156-2160.

[8] 刘玉兰. 超声诊断先天性双子宫双宫颈双阴道左侧处女膜闭锁并左肾缺如 1 例[J]. 临床超声医学杂志,2012,14(11):793.

[9] 周艳清,李娟,谭琳玉,等. 双子宫合并肾缺如伴子宫内异位 2 例[J]. 广东医学,2015,36(14):2283.

(收稿日期:2016-04-22 修回日期:2016-06-16)

滤泡性淋巴瘤治疗后复发并全身皮下浸润 1 例

唐 晓,金榕兵,周 文,温建良,夏仁祥,陶 俊
(第三军医大学大坪医院野战外科研究所核医学科,重庆 400042)

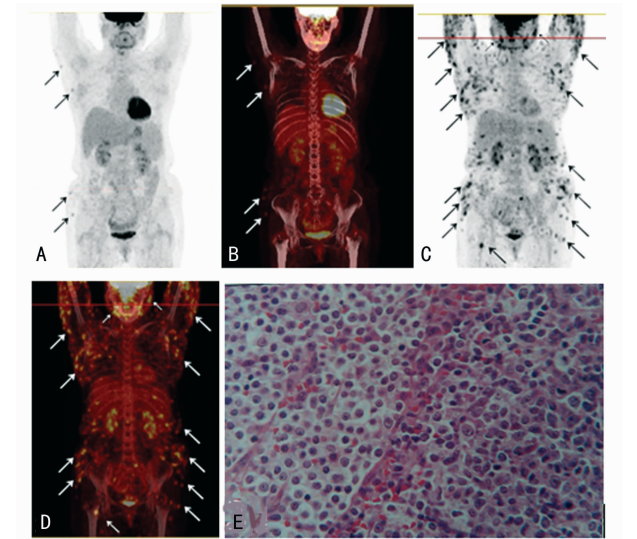
[中图分类号] R445.5 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)23-3311-02

“淋巴瘤”又称恶性淋巴瘤,是原发于淋巴结或结外部位的淋巴组织的恶性肿瘤,也是我国常见的十大恶性肿瘤之一,并且发病率逐年升高。淋巴瘤的细胞形态极其复杂,按细胞成分的不同可分为霍奇金病和非霍奇金淋巴瘤两大类,2008 年 WHO 淋巴瘤新分类中,有 80 个亚型。近年由于 PET/CT 的应用,对淋巴瘤的发生、发展及分型有了更进一步的认识^[1-2]。现将本院收治的滤泡性淋巴瘤皮下浸润 1 例并文献复习,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,58 岁,因发现左颈部包块 1 个月就诊。2013 年 3 月行包块穿刺活检,临床诊断:左颈部非霍奇金淋巴瘤(Ⅰ期),行 R-CHOP 方案化疗 8 个疗程,于 2013 年 9 月 27 日结束疗程,患者病情好转后出院。2013 年 12 月 25 日来本院复诊行¹⁸F 标记的脱氧葡萄糖(¹⁸F-FDG)PET/CT 显像(德国 Siemens Biography 64 TruePoint 型 PET/CT 仪),检查提示:双侧颈部、腋窝及双侧腹股沟均未见 FDG 代谢增高灶,提示病灶活性受抑制。右侧腋下、臀部皮下多发结节样 FDG 代谢增高灶,影像诊断:未见明确淋巴瘤病灶,右侧腋下、臀部皮下结节考虑为炎性病变。临床诊断:左颈部非霍奇金淋巴瘤(Ⅰ期)化疗后,病情好转。行美罗华巩固治疗 2 个疗程,2014 年 4 月结束疗程。近 1 个月患者自觉鼻阻,全身瘙痒,2014 年 5 月再次行 PET/CT 检查提示:鼻咽部增厚且 FDG 代谢异常增高,全身皮下多发结节样 FDG 代谢增高灶,影像诊断考虑为淋巴瘤全身皮下结节性浸润。检查后取左侧腋下皮下结节活检确诊为非霍奇金淋巴瘤(滤泡性淋巴瘤,Ⅲa 级)。临床诊断:非霍奇金

淋巴瘤化疗后复发(全身皮下结节性浸润,Ⅲ~Ⅳ期),见图 1。



A:2013 年 12 月前 PET;B:2013 年 12 月前 PET/CT;C:2014 年 5 月 PET;D:2014 年 5 月 PET 及 PET/CT;E:左侧腋下皮下结节活检病理。

图 1 影像检查

2 讨论

滤泡性淋巴瘤是由滤泡中心 B 淋巴细胞组成的肿瘤。在高加索人中,滤泡性淋巴瘤占有非霍奇金淋巴瘤的 22%~40%,但亚洲和不发达国家所占比例较低(5%~10%)。滤泡性淋巴瘤主要发生于中老年人。患者通常表现为隐匿性、无痛

性多发淋巴结肿大,可能有淋巴结肿大和衰退史,常见脾大。有些患者具有全身症状,如发热和不适。

发病时疾病总是表现为Ⅲ/Ⅳ期。骨髓受累常见 30%~50%,在小细胞为主的病例中常见,但一般不影响预后。对大多数患者,病情呈惰性迁徙过程,并在多年后多次复发^[3]。尽管疾病对放疗和(或)化疗反应良好,但多会复发。也就是说,应用目前的治疗方法不能治愈滤泡性淋巴瘤,除非是Ⅰ期疾病和滤泡性大细胞淋巴瘤。该病中位生存期是 5~10 年,高达 30%发热患者会自发消退,少数患者疾病进展迅速,常常转化为侵袭性淋巴瘤并早期死亡。

滤泡性淋巴瘤有时表现为皮肤局部疾病,预后很好,但晚期可发生播散。原发性皮肤滤泡性淋巴瘤不同于普通型滤泡性淋巴瘤,其中只有少数具有 B 淋巴细胞瘤(Bcl-2)免疫反应和 Bcl-2 基因重排。滤泡性淋巴瘤有时也可发生于其他结合部位,尤其是胃肠道^[4]。少数情况下,滤泡性淋巴瘤可发生于儿童。与成人肿瘤不同,大多数患者的疾病为Ⅰ/Ⅱ期;头颈部常常受累;大多数病例是混合型和大细胞型(Ⅱ级或Ⅲ级);疾病可治愈。

¹⁸F-FDG 为示踪剂的 PET-CT 对淋巴瘤浸润病灶有较高的敏感性、特异性,有助于临床更准确的分期,从而指导治疗^[5]。Wirth 等^[6]回顾性分析了 1997~2006 年间 42 例未治疗的早期滤泡淋巴瘤,这些患者经¹⁸F-FDG PET 检查发现,经活检证实的滤泡性淋巴瘤病例中 97%的病例具有 FDG 亲和性,其中 19 例因¹⁸F-FDG PET 检查而改变分期:13 例(31%)分期上调至Ⅲ~Ⅳ期,使原计划的累及区域放射治疗调整为全身系统性治疗,6 例(14%)所累及范围扩大,包括 4 例从Ⅰ期上调至Ⅱ期。

本例患者确诊为淋巴瘤行化疗后第 1 次 PET/CT 检查把

皮下 FDG 代谢增高结节影误诊为炎性病变是因为忽视了临床上比较少见的滤泡性淋巴瘤皮下浸润的特点,希望通过这例患者的临床症状及 PET/CT 图像分析,为以后此类病患的早期诊断及临床分期提供帮助。

参考文献

[1] 陈光祥,蔡亮,张伟,等.¹⁸F-FDG PET/CT 在淋巴瘤结外侵犯中的诊断价值[J]. 放射学实践,2013,28(1):95-98.
[2] 何延辉,徐慧琴,汪会,等.¹⁸F-FDG PET/CT 显像在评价不同病理亚型淋巴瘤疗效方面的价值[J]. 安徽医科大学学报,2015,50(2):194-197.
[3] Raizer JJ, Rademaker A, Evens AM, et al. Pemetrexed in the treatment of relapsed/refractory primary central nervous system lymphoma[J]. Cancer, 2012, 118(15): 3743-3748.
[4] 纪小龙,申明识. 我国淋巴结外淋巴瘤的临床特点[J]. 癌症,1999,18(5):570-572.
[5] Pakos EE, Fotopoulos AD, Ioannidis JP. ¹⁸F-FDG PET for evaluation of bone marrow infiltration in staging of lymphoma: a meta-analysis[J]. J Nucl Med, 2005, 46(6): 958-963.
[6] Wirth A, Foo M, Seymour JF, et al. Impact of ¹⁸F fluoro-deoxyglucose positron emission tomography on staging and management of early-stage follicular non-hodgkin lymphoma[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2008, 71(1): 213-219.

(收稿日期:2016-04-15 修回日期:2016-06-22)

(上接第 3307 页)

短住院时间,可以避免频繁换瓶,明显减少了护理人员工作量;最重要的在换药时儿童产生的恐惧、不配合等不良事件发生率降低。此外,本研究采用的一次性高负压引流瓶为带有刻度的刚性塑料且透明,既防碎,又便于观察和记录引流液的量及性状,操作省时简便,无需每日倾倒引流液和频繁更换引流装置;引流液量记录方法简便易学,使用持续负压引流后伤口无需加压包扎。以上优势也在 VSD 引流技术中充分体现^[9-10]。

总之,一次性高负压引流瓶能明显减轻脓肿患儿的换药疼痛不适,缩短治疗时间、拆线时间和出院时间,防止交叉感染,减少院内感染概率。患儿使用更安全放心,护士操作省时简便,既降低了劳动强度,又提高了工作效率。

在使用一次性高负压引流瓶进行脓肿负压吸引引流时,应注意:引流期间防止引流管堵塞,可定时挤压引流管;拔管时间为术后 5~7 d,具体根据创面的大小、引流量、性质决定,过早拔除易导致治疗失败;拔除前可行超声检查,确定引流通畅及伤口下无积液;拔管时要消除负压,以免吸附血管、神经等引起损伤。

参考文献

[1] 赵燕,刘立宏,高明月. 95 例儿童蜂窝组织炎的护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(7):59-60.
[2] 王芊芊,崔极哲. 13 例儿童眶蜂窝织炎并眶区脓肿的临床

分析[J]. 中国实验诊断学,2016,20(1):132-133.
[3] 王丽嫦. 普通敷料与湿性敷料在脓肿切开引流术后伤口护理中的临床效果比较[J]. 中国当代医药,2013,20(6):142-143.
[4] 袁颖. 骨科切口 MRSA 感染病人的护理对策及防控干预[J]. 全科护理,2012,10(20):1843-1844.
[5] 陈雨青,金丹群,卢松建. 儿童耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染致严重脓毒症 12 例分析[J]. 临床儿科杂志,2015,33(1):28-31.
[6] 贾可. 改良式体位引流治疗肺脓肿的临床观察与护理[J]. 护士进修杂志,2010,25(17):1576-1577.
[7] 黄敏. 高真空负压引流装置在甲状腺术后的应用与护理[J]. 现代医药卫生,2014,30(7):1051-1052.
[8] 郭红心. 负压封闭引流技术治疗软组织感染和慢性皮肤溃疡[J]. 中国保健营养,2013,33(18):82-82.
[9] 许喜林,陈岳奇,陈诗强,等. VSD 负压封闭引流技术在骨科开放伤及感染创面中应用研究[J]. 中国医药科学,2012,2(12):231-231.
[10] 李小红,樊海英,陈代丽. 16 例负压封闭引流(VSD)治疗感染创面的护理要点[J]. 四川医学,2012,33(1):190-191.

(收稿日期:2016-04-18 修回日期:2016-06-25)