

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2008, 258(7): 317-318.

[2] Perälä J, Kuoppasalmi K, Pirkola S, et al. Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population[J]. *B J Psych*, 2010, 197(3): 200-206.

[3] 苏中华, 王永剑, 郝伟. 973 例次酒精所致精神障碍住院患者(2000 年-2007 年)的资料分析[J]. *中国药物依赖性杂志*, 2010, 19(2): 105-109.

[4] Rehm J, Taylor B, Roerecke M, et al. Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland[J]. *Int J Public Health*, 2007, 52(6): 383-392.

[5] 韦德会. 酒精致精神障碍患者对躯体症状临床疗效观察[J]. *吉林医学*, 2010, 31(5): 587-588.

[6] 李续亮, 邢喜龙. 非酒精性脂肪肝与酒精性脂肪肝患者不同生化指标分析[J]. *山西医药杂志*, 2011, 40(2): 184-185.

[7] 戴鹏程. 长期饮酒对血脂与肝血清酶的影响[J]. *中华医护杂志*, 2006, 3(2): 132-133.

[8] Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study[J]. *Lancet*, 2004, 363(9417): 1277-1281.

[9] 谢屹, 王雪. 长期饮酒与血压、血脂和血糖的关系[J]. *华西医学*, 2008, 23(6): 1513-1514.

[10] 程薇莉, 丁茗敏, 何婧, 等. 精性脂肪肝患者血清酶、血脂检测及其意义[J]. *解放军预防医学杂志*, 2002, 20(6): 415-417.

[11] 闰晓华. 酒精性脂肪肝及健康人生化指标的比较[J]. *山东医学高等专科学校学报*, 2010, 32(3): 175-178.

[12] Peppes V, Rammos G, Manios E, et al. Correlation between myocardial enzyme serum levels and markers of inflammation with severity of coronary artery disease and Gensini score: a hospital-based, prospective study in Greek patients[J]. *Clin Interv Aging*, 2008, 3(4): 699-710.

(收稿日期: 2011-12-06)

• 经验交流 •

164 例腋窝肿块细针吸取细胞学诊断分析

朱玉秋, 朱立强[△], 江涛, 方先勇

(徐州医学院附属医院检验科, 江苏徐州 221002)

摘要:目的 探讨细针吸取细胞学(FNAC)在腋窝肿块诊断及鉴别诊断中的应用价值。方法 结合术后组织病理学结果, 回顾性分析 164 例腋窝肿块的诊断及细胞学特点。结果 病例诊断符合率 95.7%(157/164), 误诊率 4.3%(7/164)。结论 FNAC 诊断腋窝肿块具有快速实用、准确可靠的特点, 有利于提高术前诊断符合率, 具有较强的实用性和参考价值。

关键词: 细针吸取细胞学; 腋窝肿块; 诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2012.12.062

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2012)12-1519-02

腋窝肿块是临床常见病, 是多种疾病的共同表现。引起腋窝肿块的病因很多, 主要分为原发性及继发性两种, 在临床上需要详细鉴别。细针吸取细胞学(FNAC)以其快捷、损伤少、经济及准确率高的优点, 深受临床医生及患者的欢迎, 其应用非常广泛, 几乎涉及全身所有的器官^[1-3]。笔者就本院近年来腋窝肿块 FNAC 检查的特征结合文献进行归纳总结, 旨在提高腋窝肿块的术前诊断符合率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 标本选自 2010 年 1 月至 2011 年 9 月来本院细胞室就腋窝肿块做 FNAC 检查的门诊或住院患者 164 例, 年龄 4 个月至 78 岁, 平均年龄 48 岁, 多数病例无明显临床症状, 在无意间触及后就诊, 部分病例可表现为发热或肿块局部胀痛、压痛而就诊。肿块多为单发, 少数呈全身多发。

1.2 方法

1.2.1 检查方法 在肿块处常规消毒, 采用一次性 10 mL 注射器, 针头外径为 0.7 mm, 将针头刺入肿块, 抽空部分注射器, 以造成管内负压, 并维持此负压状态。针头以不同的角度来回快速移动数次, 放弃负压, 迅速拔出针头, 将抽取物均匀涂片 3 张, 其中 1 张瑞氏染色, 2 张固定于 95% 乙醇中, 行 HE 染色, 光镜观察。

1.2.2 诊断报告 一般采用直接报告法, 根据涂片所见细胞成分, 直接提出疾病的诊断。

1.2.3 比对研究 将原始资料进行整理和统计, 邀请有丰富

经验的细胞学主任医师参照细胞学文献重新阅片, 分析腋窝肿块细胞学特点, 结合术后组织学结果进行归纳总结。

2 结果

本组 164 例 FNAC 诊断结果与组织学结果比较, 诊断符合率为 95.7%(157/164); 误诊率为 4.3%(7/164)。其中 2 例淋巴结反应性增生误诊为可疑淋巴瘤, 2 例淋巴瘤误诊为淋巴结反应性增生, 2 例转移性鳞癌误诊为可疑淋巴结核, 1 例转移性未分化癌误诊为淋巴瘤。各种疾病细胞学与组织学诊断对照见表 1。

表 1 164 例 FNAC 与组织学诊断结果对比

项目	组织学结果(n)	FNAC 结果(n)		符合率 (%)
		符合	不符合	
原发性肿块				
副乳	48	48	0	100.0
脂肪瘤	28	28	0	100.0
急性毛囊炎	6	6	0	100.0
神经纤维瘤	2	2	0	100.0
继发性肿块				
淋巴结反应性增生	32	30	2	93.8
淋巴结核	9	9	0	100.0
淋巴瘤	8	6	2	75.0
转移癌	30	27	3	90.0
白血病淋巴结浸润	1	1	0	100.0

[△] 通讯作者, E-mail: julien20088888@yahoo.com.

3 讨 论

腋下出现肿块,尤其年龄较大的患者,应引起足够的重视。对腋窝肿瘤的性质及其来源作出快速而准确的诊断对治疗方案的确立以及预后具有重要的意义。FNAC 检查是接近于病理切片检查的一种方法,可以直观检查细胞的病理及生理性改变,因而具有很高的诊断准确率。国内外文献报道其诊断的敏感性在 72%~99%,且假阴性率很低,本文诊断的阳性率 95.7%,与国内外报道相近^[4-5]。

腋窝原发性肿块主要有副乳、脂肪瘤、急性毛囊炎及神经纤维瘤等,副乳是女性腋窝最常见的肿块。其细胞学特点与正常乳腺组织一致:腺泡细胞在涂片上成群分布,核圆或椭圆,大小基本一致;核染色质细颗粒状,有时可见小核仁;细胞质嗜碱,界线欠清。副乳发生纤维腺瘤常可见到,偶尔可见泌乳期女性的副乳分泌乳汁现象,而癌变则很少。而脂肪瘤、急性毛囊炎及神经纤维瘤诊断较为简单,细胞学特点较为明显,不再累述。

在腋窝继发性肿块中,淋巴结反应性增生较为常见。涂片上通常呈现多种形态的淋巴细胞群,包括小淋巴细胞、滤泡中心细胞、免疫母细胞及易染体巨噬细胞等成分。同时,存在明显的淋巴细胞聚集和淋巴小结的背景。但增生旺盛的淋巴结常出现较多的免疫母细胞,要避免过度诊断为淋巴瘤^[6]。这也是本室将 2 例淋巴结反应性增生过度诊断为淋巴瘤的主要原因。而在淋巴瘤的诊断中, FNAC 无法观察病变淋巴结的结构特点,也无法利用免疫组织化学染色进行合理的分型,因而在诊断分型上较病理组织学劣势较为明显。但在区分典型的淋巴瘤上仍具有重要的价值。霍奇金淋巴瘤是常见的淋巴瘤之一,细胞学上也具有显著的特点。其中最主要的诊断线索是涂片上淋巴细胞反应性增生的背景下可见典型的 R-S(Reed-Sternberg)细胞^[7],具有三大特点:(1)大核仁,大小如小淋巴细胞,周边整齐;(2)细胞核巨大,可以单核、双核或多核;(3)细胞体积巨大,可达小淋巴细胞的 5~10 倍,细胞质丰富,嗜双色性或轻度嗜碱性。R-S 细胞与 E-B 病毒感染也有一定的关系,当 R-S 细胞不多或不典型时,其诊断应谨慎。非霍奇金淋巴瘤主要有两个重要特点:(1)瘤细胞丰富,大量形状较为一致的肿瘤性淋巴细胞处于优势地位;(2)细胞的异型性,这种异型性主要表现在细胞核上,即正常淋巴结滤泡细胞核膜皱褶的核沟浅或不明显,而在淋巴瘤细胞中,可见深陷之核沟,甚至为“臀股状”^[8]。将以上的细胞学特点与患者的临床症状相结合,基本可以做出准确的诊断,但有时同一淋巴结中常存在不同的构型,如果细针穿刺部位反应性成分占优势,而淋巴瘤细胞稀少,则可能造成假阴性的结果。本室误将 2 例淋巴瘤诊断为淋巴结反应性增生。除 FNAC 固有的取材局限性之外,恶性程度低的淋巴瘤和增生旺盛的反应性淋巴结之间在细胞学上很难区分,这也是困扰细胞学诊断医师的主要问题之一。

腋窝淋巴结转移癌以乳腺癌常见,肺癌、胃癌、卵巢癌等也可转移至腋窝。涂片上细胞学特点通常表现为成团或散在分布的癌细胞,细胞体积大小不一,核畸形明显,核膜不光滑,染色质粗,核仁易见。转移癌的细胞形态学常类似于原发灶的癌细胞,因而部分病例根据其细胞特点可以判断肿瘤来源,且大多数癌在出现腋窝转移时,原发灶已有症状体征,诊断不难。但也有少数患者原发灶症状体征不明显,如乳腺未触及肿块而以腋窝淋巴结转移为首发症状的隐性乳腺癌,此时腋窝淋巴结

FNAC 的特点成为诊断及寻找原发灶的重要依据。值得注意的是,腋窝转移癌有时坏死明显,细针吸取涂片上肿瘤细胞较少且退化明显,而坏死物较多,常引起漏诊或误诊。本室 2 例因穿刺时仅取到了转移性鳞癌的坏死成分,而被误诊为可疑淋巴结。淋巴结转移性未分化癌与恶性淋巴瘤也难以区分^[9-11],其中小细胞未分化癌与恶性淋巴瘤相似,细胞成团排列,体积小,核大,胞浆少或裸核,相互重叠,呈镶嵌结构,而恶性淋巴瘤细胞常散在分布,不重叠,此点有助于鉴别。本室 1 例因对细胞的认识不足,而将转移性未分化癌误诊为淋巴瘤。

淋巴结是由结核杆菌引起的淋巴结肿大。细针吸取涂片上可在坏死背景中见到较多的类上皮样细胞及郎罕氏巨细胞。其中郎罕氏巨细胞最有诊断意义,该细胞体积大,呈圆形或卵圆形;核多为椭圆形或肾形,数量多,常在几个甚至几十个左右;细胞质丰富,分界不清,细胞质中常有灰红色颗粒样物质。对细胞学特点不典型的病例,穿刺吸取物行抗酸染色或荧光定量 PCR 很有必要,其阳性检出率可达 70.3%^[12]。

总之,虽然 FNAC 诊断尚不能代替组织学诊断,但 FNAC 具有简单、准确、快捷、经济、安全的特点,这些优点是组织学诊断所不能及的。在腋窝肿块的诊断中,检验人员要不断地将细胞学特点与临床资料相结合,与组织学结果对比分析、观察并总结经验,不仅可以判断出肿块的良恶性,提高诊断率,还可提供转移癌的来源,为临床医生提供更多、更有意义的信息。

参考文献

- [1] 王念黎. 细针吸取细胞学的进展[J]. 中华病理学杂志, 2006, 35(5):306-308.
- [2] Bibbo M. Fine needle aspiration of salivary glands[J]. Acta Cytol, 2009, 53(4):367-368.
- [3] 周春泉, 梅银娥. 细针吸取细胞学在口腔颌颈部包块诊断中的应用[J]. 临床口腔医学杂志, 2008, 24(5):293-294.
- [4] 沈镇宙, 邵志敏. 现代乳腺肿瘤学进展[M]. 上海:上海科学技术文献出版社, 2002:38-45.
- [5] Dutta SK, Chattopadhyaya A, Roy S. Evaluation of fine needle aspiration and imprint cytology in the early diagnosis of breast lesions with histopathological correlation[J]. Indian Med Assoc, 2001, 99(8):421-423.
- [6] 曹跃华, 杨敏, 陈隆文, 等. 细胞病理学诊断图谱及实验技术[M]. 北京:北京科学技术出版社, 2009:264.
- [7] 何诚. 341 例颈部淋巴结细针穿刺细胞病理学分析[J]. 福建医药杂志, 2010, 32(2):85-87.
- [8] 马正中, 阚秀, 刘树范. 诊断细胞病理学[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 2000:553.
- [9] 周俭勇, 梁素侠, 陈雅平. 原发性颈淋巴结结核的临床特征[J]. 江西医学院学报, 2003, 43(4):55-57.
- [10] 王永才. 当代针吸脱落细胞学多媒体图谱[M]. 天津:天津科学技术出版社, 2004:713-714.
- [11] 姚少波, 刘成侠, 王鲁光. 针吸细胞学诊断淋巴结转移癌 880 例分析[J]. 潍坊医学院学报, 2005, 27(1):68-69.
- [12] 李加平. 荧光定量聚合酶链反应在淋巴结结核鉴别诊断中的应用[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(1):67-68.