correlation combined with high-definition flow imaging: report of 4 cases[J].J Ultrasound Med, 2019, 38(8): 2217-2224.
[12] Adriaanse BM, Uittenbogaard LB, Tromp CH, et al. Prenatal examination of the area and morphology of the atrioventricular valves using four-dimensional ultrasound in normal and abnormal hearts[J]. Prenat Diagn, 2015, 35(8): 741.
[13] 吴红梅,蔡爱露,张颖,等.B-FLOW显像联合时间-空间相关成像技术在诊断胎儿先天性心脏病中的应用[J].中国超声医学杂志, 2012, 28(9): 841-843.

(收稿日期:2021-05-12)

·病例报道·

Transthoracic echocardiographic diagnosis of right atrial appendage aneurysm with right atrial diverticulum: a case report

经胸超声心动图诊断右心耳瘤合并右房憩室1例

张　毅　杨荣泉　刘志成

[中图法分类号]R540.45　　[文献标识码]B

患者男,42岁,因劳累后心悸、胸闷2年就诊,否认高血压病、心肌梗死病史。外院胸部平片提示:心影外形增大,心胸比约0.61。今来我院进一步诊治,体格检查:体温36.4℃,血压130/70 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),心率100次/min,右肺呼吸音不清晰,心脏向左扩大。心电图提示:窦性心律,室性期前收缩呈三联律。经胸超声心动图检查:右房横径57 mm,三尖瓣反流面积14.6 cm^2。右心耳及部分右房体部瘤样扩张,失去正常形态,范围约11.2 cm×5.5 cm(图1),无明显舒张及收缩活动,与右房相交通,交通口直径约4.8 cm,未见附壁血栓(图2);CDFI于扩张瘤体内探及血流信号色彩暗淡(图3)。室壁运动欠协调,右室受压,左心系统未见异常。经胸超声心动图提示:右心耳瘤合并右房憩室。右心声学造影检查:于胸骨右缘非标准切面依次可见上腔静脉快速显影,瘤体和右房同时显影(图4),静息状态和Valsalva动作后左心系统及主动脉均未见显影。右心声学造影提示:右心耳瘤合并右房憩室。行右心耳瘤+右房憩室切除术,术后病理提示:心房腔囊性扩张,囊壁菲薄,心房肌及心肌间质广泛纤维化(图5)。

讨论:Foale等[1]于1982年首次提出左心耳瘤的超声特征为起源左房,与左房交通,瘤体内血流缓慢,左房或左室受压,部分患者瘤腔内可见血栓。本例患者超声表现较典型,表现为

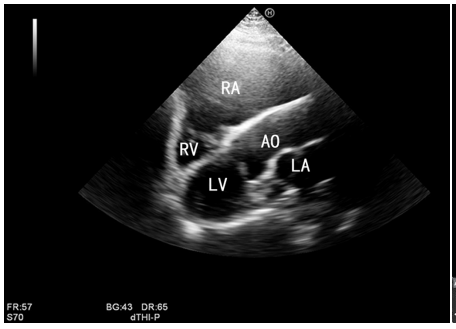


图1　超声心动图胸骨右缘五腔心切面示右房呈瘤样扩张,右室受压(LA:左房;LV:左室;RA:右房;RV:右室;AO:主动脉)

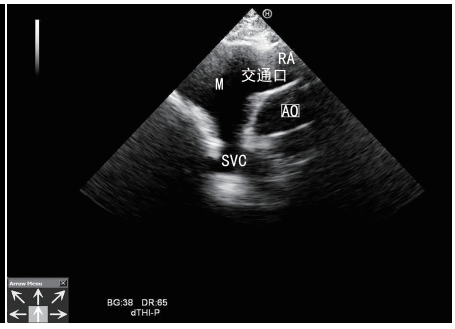


图2　超声心动图非标准切面示右心耳瘤样扩张,与右房交通(RA:右房;AO:主动脉;SVC:上腔静脉;M:瘤体)

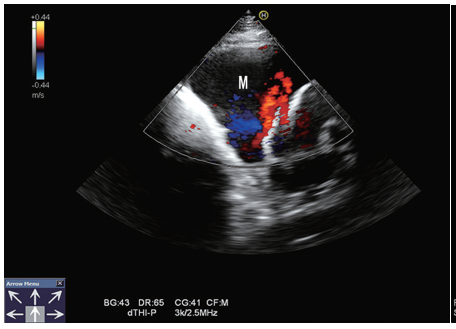


图3　CDFI探及瘤体内血流信号色彩暗淡(M:瘤体)

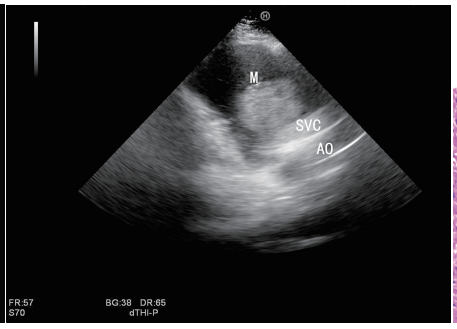


图4　右心声学造影示上腔静脉到瘤体开始显影(AO:主动脉;SVC:上腔静脉;M:瘤体)

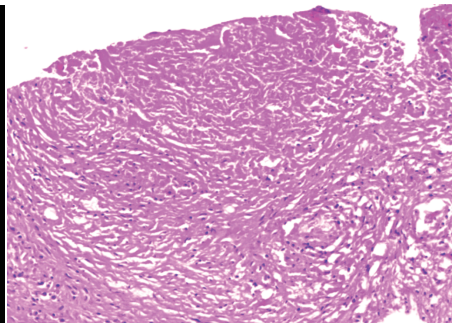


图5　病理图示瘤体壁可见广泛纤维化(HE染色,×100)

(下转第548页)

作者单位:721000　陕西省宝鸡市,联勤保障部队第987医院超声诊断科
通讯作者:刘志成,Email:309683841@qq.com

高穿刺组织标本质量。

本研究的局限性：①研究对象为淋巴瘤，通过一种方式获得确切病理诊断后即进行治疗，不会再次穿刺或手术，遂同一病例无法同时获得两种方式的病理结果；②收集的HL病例数较少，结论的准确性仍需进一步验证；③未对穿刺针芯大小、取材条数进行详细统计，后续可进一步收集穿刺针芯大小及取材条数并进行分组，探讨穿刺针芯大小及取材条数是否为USG-CNB诊断淋巴瘤的影响因素。

综上所述，USG-CNB对淋巴瘤有较高的诊断价值，且具有实时、快速、微创、价廉等优势，对于深部淋巴瘤的诊断价值更高，但其对HL的诊断价值低于SEB，因此当临床高度怀疑为HL时，建议使用SEB诊断。

参考文献

[1] 郑荣寿，孙可欣，张思维，等.2015年中国恶性肿瘤流行情况分析[J].中华肿瘤杂志，2019，41(1)：19-28.

[2] 赓吉妤，张敏，郑荣寿，等.2015年中国恶性淋巴瘤发病与死亡分析[J].中国肿瘤，2021，30(1)：35-40.

[3] 中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会，中国医师协会肿瘤医师分会，中国医疗保健国际交流促进会肿瘤内科分会.中国淋巴瘤多学科诊疗模式实施指南[J].中华肿瘤杂志，2021，43(2)：163-166.

[4] Assaf N, Samer N, Hani T, et al. Diagnosing lymphoproliferative disorders using core needle biopsy versus surgical excisional biopsy: three-year experience of a reference center in lebanon[J]. Clin Lymphoma Myeloma Leuk, 2020, 20(8): 455-460.

[5] 中国临床肿瘤学会(CSCO)中国抗淋巴瘤联盟，中国医师学会血液科医师分会.中国淋巴瘤患者全程管理模式专家共识(2021年版)[J].中华血液学杂志，2021，42(5)：364-368.

[6] Jaffe ES. Diagnosis and classification of lymphoma: impact of technical advances[J].Semin Hematol, 2019, 56(1): 30-36.

[7] Johl A, Lengfelder E, Hiddemann W, et al.Core needle biopsies and surgical excision biopsies in the diagnosis of lymphoma—experience at the Lymph Node Registry Kiel[J].Ann Hematol, 2016, 95(8): 1281-1286.

[8] Kwon M, Yim C, Baek HJ, et al.Ultrasonography-guided core needle biopsy of cervical lymph nodes for diagnosing head and neck lymphoma compared with open surgical biopsy: exploration for factors that shape diagnostic yield[J].Am J Otolaryngol, 2018, 39(6): 679-684.

[9] Chatani S, Hasegawa T, Kato S, et al. Image-guided core needle biopsy in the diagnosis of malignant lymphoma: comparison with surgical excision biopsy[J].Eur J Radiol, 2020, 127: 108990. doi: 10.1016/j.ejrad.2020.108990.

[10] Elahamdoust E, Motamedfar A, Gharibvand MM, et al. Investigation of the value of ultrasound-guided core needle biopsy from pathologic lymph nodes to the diagnosis of lymphoma[J].J Family Med Prim Care, 2020, 9(6): 2801-2805.

[11] Warshavsky A, Rosen R, Perry C, et al. Core needle biopsy for diagnosing lymphoma in cervical lymphadenopathy: Meta-analysis[J].Head Neck, 2020, 42(10): 3051-3060.

[12] Drylewicz MR, Watkins MP, Shetty AS, et al.Formulating a treatment plan in suspected lymphoma: ultrasound-guided core needle biopsy versus core needle biopsy and fine-needle aspiration of peripheral lymph nodes[J].J Ultrasound Med, 2019, 38(3): 581-586.

[13] Pugliese N, Perna MD, Cozzolino I, et al.Randomized comparison of power Doppler ultrasonography-guided core-needle biopsy with open surgical biopsy for the characterization of lymphadenopathies in patients with suspected lymphoma[J].Ann Hematol, 2017, 96(4): 627-637.

[14] Cuenca-Jimenez T, Chia Z, Desai A, et al. The diagnostic performance of ultrasound-guided core biopsy in the diagnosis of head and neck lymphoma: results in 226 patients[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2021, 50(4): 431-436.

(收稿日期：2021-12-23)

(上接第544页)

右房右前部房体及右心耳增大并向外凸出，并经右心声学造影证实瘤体起源于右房，与右房相通，血流缓慢，右室受压，未见血栓，故诊断为右心耳瘤并右房憩室。

根据是否存在致病因素，右心耳瘤可分为先天性与继发性；根据心包是否完整，心耳瘤可分为心包内型和心包外型[2]，本例为心包内型。先天性右心耳瘤可能与心房组织发育不全，心内压持续作用下进行性扩张有关；继发性右心耳瘤可能与外伤、手术操作及瓣膜疾病等有关[3]。本例超声心动图显示右房扩大，三尖瓣大量反流，可能为瓣膜性疾病导致继发性右心耳扩张，也可能为先天性右心耳瘤致右房压力与容量调节功能受损所致，病因有待进一步探究。本病初期常无临床症状，多在体检时发现，若瘤体扩张致冠状动脉受压，则会产生心肌缺血的相关表现，且随瘤体增大而加重[4]；心耳瘤多合并药物不能控制的反复快速心律失常，瘤腔内血流缓慢，易形成附壁血栓。一旦诊断明确，应尽快手术切除。

本病需与以下疾病鉴别：①先天性三尖瓣关闭不全导致的右房瘤样扩张，通常为右房整体扩大，且具有舒缩活动，鲜见合并紊乱性房性心律失常；②包裹性心包积液、心包囊肿，与右房无交通且无回声区内无血流信号；③心室室壁瘤、纵膈肿瘤，根据发病部位、与右房的位置关系及临床病史可以鉴别；④扩张的冠状静脉窦，与右房相通，但位于左侧房室沟。经食管超声心动图在显示右房与右心耳的交通口及血栓方面具有独特优势，但其具侵入性，有致瘤体破裂和血栓形成的风险。本例患者应用经胸超声心动图联合右心声学造影充分显示了瘤体，故未再行经食管超声心动图检查。

参考文献

[1] Foale RA, Gibson TC, Guyer DE, et al.Congenital aneurysms of the left atrium: recognition by cross-sectional echocardiography[J]. Circulation, 1982, 66(5): 1065-1069.

[2] 费正东，谢卫锋，曹磊，等.超声心动图诊断先天性左心耳瘤1例[J].中国医学影像技术，2014，30(6)：964.

[3] 张仪，李小梅，江河，等.儿童右心耳瘤合并房性快速心律失常三例分析[J].中华儿科杂志，2019，57(2)：98-102.

[4] 贾晓宇，王志斌，王吴刚.超声心动图诊断先天性左心耳瘤1例[J].临床超声医学杂志，2020，22(6)：477.

(收稿日期：2021-11-19)