



睾丸肿瘤应用超声检查诊断和鉴别的临床价值探讨

吕 杰

(道县人民医院 湖南永州 425300)

摘要:目的:探讨睾丸肿瘤应用超声检查诊断和鉴别的临床价值。方法:选取我院63例睾丸肿块患者。对患者实施超声检查。结果:超声诊断诊断准确率为92.06%,声像图特征为:睾丸血肿与囊肿主要表现为:睾丸内液体暗区,血肿出可见白膜断裂,有混杂的回声,睾丸炎性结节临床表现为:睾丸内有规格、均匀的低回声。睾丸结合临床表现为睾丸缩小、回声杂乱,有钙化的强光斑;睾丸肿瘤表现为睾丸白膜内有实质性占位性病变,形态不规则,睾丸有增大情况。超声检查发现典型精原细胞瘤、畸胎瘤、表皮样囊肿、间质细胞瘤及多发性的恶性淋巴瘤声像图特征。结论:对睾丸肿瘤应用超声诊断,可将临床症状、患者年龄以及超声声像特征相结合,从而提高超声诊断以及鉴别准确率,超声诊断可成为临床中睾丸肿瘤诊断的主要方法。

关键词:超声检查诊断;睾丸肿瘤;鉴别

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-129-02

睾丸肿瘤在临床比较罕见,属于泌尿男科肿瘤疾病,发生率占男性生殖肿瘤中的4%-7%,睾丸肿瘤一般为恶性。及时发现睾丸肿瘤,从而开展针对性治疗,可提高患者生存率。超声检查可有效检测出睾丸肿瘤的性质、大小、周边组织情况,利于及时鉴别肿瘤的种类和性质。因此,本文针对睾丸肿瘤实施超声诊断,观察其临床价值,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2016-4到2017-7月共63例睾丸肿块患者。通过实验室检查以及病理检查确诊疾病,具体病情为:21例为睾丸血肿、睾丸囊肿10例,睾丸结核22例,睾丸肿瘤10例。患者年龄在3-80岁之间,平均年龄为43岁。确诊睾丸肿瘤患者中睾丸生殖细胞瘤45例,具体为非精原细胞瘤10例,精原细胞瘤35例,非甚至细胞瘤18例,具体为间质细胞瘤6例,白膜腺瘤样瘤2例,表皮样囊肿3例,平滑肌肉瘤2例,继发性肿瘤8例,包含恶性淋巴瘤5例,横纹肌肉瘤3例。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准:①确诊为睾丸肿块;②患者或者家属自愿签订知情同意书。

排除标准:①语言障碍;②精神系统疾病;③不接受超声诊断;④中途退出者;⑤其他肿瘤。

1.3 方法

利用超声诊断仪,将探头频率设定在5.6-7.6MHz,让患者保持仰卧位的姿势,把小气垫放置在阴囊下方的腿根之间,阴茎面朝腹部,将阴囊完全暴露出来,对显现睾丸进行测量,对肿瘤的大小、回声、附睾以及白膜之间的关联进行记录,同时观察同侧腹股沟以及腹膜后淋巴是否有肿大情况。

2 结果

2.1 睾丸肿块的超声诊断结果以及图像特征

超声诊断诊断准确率为92.06%,声像图特征为:睾丸血肿与囊肿主要表现为:睾丸内液体暗区,血肿出可见白膜断裂,有混杂的回声,睾丸炎性结节临床表现为:睾丸内有规格、均匀的低回声。睾丸结核临床表现为睾丸缩小、回声杂乱,有钙化的强光斑;睾丸肿瘤表现为睾丸白膜内有实质性占位性病变,形态不规则,睾丸有增大情况。具体见表1

表1 超声检测临床表现以及超声评分 (n, %)

肿瘤	睾丸血肿	睾丸囊肿	睾丸结核	睾丸炎性结节	诊断准确率
例数	19	9	15	20	

比例	30.19	14.29	23.81	31.75	92.06
----	-------	-------	-------	-------	-------

2.2 睾丸肿瘤病理分类与年龄分布情况以及具体声像图特征

精原细胞瘤声像图特征为睾丸体积偏大,轮廓整齐,形态不规则,单个或者多个不均匀圆形肿块,外周有声晕,边界清晰,内部回声不均匀,较大的肿瘤有出血、钙化以及坏死液化的情况。

卵黄囊瘤:内部回声强弱不均匀,肿块内有多个液性暗区,肿块和整洁睾丸组织边界模糊。

胚胎细胞瘤:睾丸轮廓失常,瘤体偏大,边界不清楚,边缘不规则,部分伴有囊肿,内部分布不均匀,有混合回声。

畸胎瘤:睾丸偏大同时伴有坏死液化的囊性区,骨骼以及钙化导致声影强回声。

混合生殖细胞瘤:肿瘤偏大,内部回声不均匀,中等回声,内部有液性暗区,边界不清晰,不规则。

间质细胞瘤:界限清晰,局部病灶实性低回声肿块。

睾丸白膜腺瘤样瘤:睾丸白膜边缘白膜出可看见境界欠清晰低回声结节,与附睾分解模糊。

表皮样囊肿:睾丸偏大,肿瘤边界清晰,多为圆形或者椭圆形,有包膜。

平滑肌肉瘤:肿块偏大,有混杂回声,和睾丸界限清晰,回声略低,肿块不规则。

恶性淋巴瘤:外形光滑,整齐,肿瘤边界模糊。

横纹肌肉瘤:睾丸偏大,实性低回声,内部有多个液性暗区。

见表2

表2 睾丸肿瘤病理分类与年龄分布情况以及具体声像图特征 ($\bar{x} \pm s$)

睾丸肿瘤病理分类	年龄 (岁)			
	低于6	7-20	20-45	超过45
精原细胞瘤	0	0	2	0
卵黄囊瘤	0	0	1	0
胚胎细胞瘤	0	0	1	0
畸胎瘤	0	0	1	0
混合生殖细胞瘤	0	0	0	0
间质细胞瘤	0	0	0	0
睾丸白膜腺瘤样瘤	0	0	1	0
表皮样囊肿	0	0	1	0
滑肌肉瘤	0	0	1	0
恶性淋巴瘤	0	0	0	0
横纹肌肉瘤	0	0	1	0

(下转第131页)



所影响[3]。切口的大小和深度也会影响伤口感染情况,伤口越大越深,暴露的组织也就越明显,实施清创相对较难,极易引发出血的情况,还会遗留异物或者死腔的情况,继而诱发感染[4]。普外科部分患者会存在一些基础病,例如糖尿病、白血病、再生性障碍贫血以及免疫力疾病,均会导致机体免疫能力下降,此类患者发生感染的机率高于其他人。

针对可能诱发伤口感染的因素进行总结后实施相对应解决措施,具体为:医护人员要确保手术室处于干净、无菌的状态,从而降低手术出现伤口感染的情况,可购买净化设备,对手术室进行空气净化。手术结束后,医护人员应用消毒液对地面、墙面各个角落进行擦拭,将手术室细菌杀死。此外,医院应高度重视消毒培训工作,并对换药车配置快速的消毒剂,要求医护人员在术前、术后认真洗手,根据相关要求对消毒。在手术过程中,一定按照无菌流程操作,在更换药物时,一定要多加注意,穿戴无菌手套,更换药物后将感染物立刻放置到指定地点进行处理,以免伤口出现感染。本次研究中,290例普外科患者为此次研究对象,术后出现伤口感染的有25例,发生率为8.62%,这与其他研究者所得相关相似[5]。

综上所述:普外科患者出现伤口感染的情况多与手术类型、医疗器械未消毒、患者存在基础病以及免疫能力低下等因素有所关联,因此,手术过程中,一定要注意无菌操作,认真对切口进行清洗,对手术室和患者病房实施消毒,提高患者自我保洁意识,从而可有效降低伤口感染,提高患者康复速度。

参考文献

- [1] 胡孔足,卜海富.闭合复位经电螺钉内固定治疗跟骨移位的关节内骨折[J].临床骨科杂志,2014,5(03):89.
- [2] 王全贵,钱君红,伍罕,等.骨科无菌切口感染的预防与实验研究[J].中华医院感染学杂志,2014,19(6):54-56.
- [3] 郑元,刘延锦,毕慧萍,陶晓坤.充气加温法对颅脑肿瘤开颅手术患者低体温及手术部位感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2015,2(24):98.
- [4] 夏祥碧,刘为克,张倩,刘亮,汪勇.恶性肿瘤医院感染影响因素的病例对照分析[J].中华医院感染学杂志,2015,3(04):152.
- [5] 张卫东,袁媛,范秋萍,胡东生.手术切口医院感染危险因素暴露率长期趋势分析[J].中华医院感染学杂志,2014,5(10):89.

(上接第129页)

3 讨论

胆囊疾病应用超声检查,可有效诊断出睾丸肿瘤的临床特征性,了解病史以及实验室检查排除其他睾丸炎症以及外伤水肿,通过声像特征表现为睾丸白膜内实质性占位性病变,从而可对睾丸肿瘤进行诊断[2]。睾丸肿瘤临床表现初期为炎性肿痛,声像特征为睾丸增大,回声混杂,通过实施一系列的抗炎治疗后,睾丸会有缩小情况,但是回声仍比较混杂,可能为睾丸肿瘤。再检测患者的AFP以及 β -hGG指标,如果指标升高,在通过病理证实,观察是否为胚胎癌。所以,针对睾丸炎性病变过程中,复诊是非常重要的,利于诊断睾丸恶性与良性病变。

回声均匀情况、是否浸润型生长,腹股沟以及腹膜后是否存在肿大淋巴结情况,可根据患者的临床表现以及超声结合评估肿瘤为良恶性。针对无法确诊良、恶性,可实施冰冻切片检查[3]。

一般情况下,睾丸肿瘤为恶性,相关报道称:高频超声可提升诊断睾丸肿瘤的敏感性,从而降低假阳性情况。对睾丸肿瘤的敏感性为100%,特异性为22.9%[4],阴囊高频超声分辨率为1mm,所以,超声对睾丸内部组织细微变化均非常敏感。睾丸肿瘤的病理组织学变化对超声图像进行分析,利于提高诊断准确率。精原细胞瘤是睾丸肿瘤常见类型,可分为典型精原细胞瘤、精母细胞性精原细胞瘤以及间变型精原细胞瘤。而典型精原细胞瘤发生率最高,癌细胞属于分散排列或者巢状。肿瘤有淋巴细胞浸润以及肉芽肿性反应,边界比较清晰、外周有声晕,内部回声为不均匀,治疗后效果比较理想。

睾丸肿瘤发生率发病率最高的为青壮年,本次研究中得知:20-45岁是发病率最高的人群,表明睾丸肿瘤的病理类型分布和年龄段有着密切的关联,所以,在日后超声诊断中,可以把年龄参数作为一项诊断标准,从而提高准确性。超声诊断过程中,还可检查患者腹股沟以及腹膜后的淋巴结是否存在肿大的情况,对肿瘤分期有着重要作用。生殖系统对放射性比较敏感,不建议应用CT诊断,而且核磁共振价格贵,无法普及[5]。

综上所述:睾丸肿瘤应用超声诊断,可将临床症状、患者年龄以及超声声像特征相结合,从而提高超声诊断以及鉴别准确率,超声诊断可成为临床中睾丸肿瘤诊断的主要方法。

参考文献

- [1] 黄维清,纪萍,魏红军.20例睾丸和附睾腺瘤样瘤的临床病理、特染及免疫组化观察[J].河北医药,2001,7(5):388-390.
- [2] Wakhlu A, Chaudhary A, 阿明.婴幼儿巨大睾丸平滑肌肉瘤1例[J].世界核心医学期刊文摘儿科学分册,2005,(2):42.
- [3] 叶烈夫,何延瑜,张元芳.超声检查对睾丸肿瘤的诊断价值(附61例分析)[J].福建医药杂志,2002,24(5):8-10.
- [4] Strauss S, Belenky A, Cohen M, et al. Focal testicular lesion after sperm extraction or aspiration: sonographic appearance simulating testicular tumor[J]. AJR, 2001, 176(9):113-115.
- [5] 郑连文,李付彪,刘睿智,等.睾丸肿瘤87例临床分析[J].中华男科学杂志,2005,11(6):445-447.