前列腺液检查在附睾炎病因诊断和治疗中的价值

李飞平 王天济 吴松江 张文刚 丁崇标

(温州医学院附属台州医院 浙江台州 317000)

关键词: 急性附睾炎; 前列腺液检查; 诊断; 抗生素; 地塞米松

中图分类号: R711.22

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0071-01

急性附睾炎起病急, 没有明显的泌尿系感染症状, 但治疗后绝大部分留下附睾肿块, 需手术切除, 在附睾肿块病例分析中以感染性肉芽肿和精子肉芽肿为主^[1]。为了进一步探讨附睾炎的发病因素和治疗的预测, 我院于 2000 年 3 月~2006 年 8 月对 185 例附睾炎患者进行前列腺液检查, 部分作前列腺液细菌培养, 为进一步治疗提供依据。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 185 例, 年龄 15~74 岁, 平均 36.6 岁, 病程 1d~3 年。首次发病大部分以阴囊肿痛就诊, 占 80% (148/185), 以阴囊肿块就诊者占 20% (37/185); 单侧者 180 例, 其中左侧 103 例, 右侧 77 例, 双侧仅 5 例。急性发作时附睾大部分肿大、触及痛明显, 附睾肿块大小不等, 以尾部多见, 能触及输精管增粗偏硬者 23 例, 睾丸质地、大小无明显异常。实验室检查: 血常规、血沉大部分正常, 尿常规可见白细胞或脓细胞者共 53 例。B 超检查均提示附睾肿大, 回声不均匀, 血流丰富, 睾丸回声均匀, 大小正常。

1.2 方法 肛门指检: 前列腺肿大, 质软, 大部分病例有压痛。对 132 例尿常规检查无白细胞者作前列腺液常规检查: WBC(+~+++)者 92 例, 脓细胞(+~+++)者 21 例(其中有 9 例前列腺液肉眼呈脓黄色), 正常者 19 例, 阳性率为 85.6% (113/132)。前列腺液培养: 阳性者占 81.1% (107/132), 包括葡萄球菌、棒状杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、支原体及衣原体; 阴性者占 18.9% (25/132)。

1.3 结果 急性发作者选用二联抗生素加地塞米松静脉输液, 一般症状均能缓解, 但大部分残留附睾硬结。对附睾硬结者, 如已生育而本人要求手术者可作附睾切除, 本组共 38 例, 术后病理报告为感染性肉芽肿 31 例, 精子肉芽肿 7 例; 未手术者则根据前列腺液培养结果选用敏感抗生素治疗, 每周作前列腺液按摩。经随访有 29 例半个月后肿块消退, 38 例

1 个月后肿块消退, 32 例 3 个月后消退, 25 例 6 个月后肿块消退。本组有 1 例 15 岁患者两侧附睾炎反复发作, 并出现一侧阴囊瘻道形成, 经 5 次住院治疗(包括抗炎与手术瘻道切除), 每次都以症状好转出院。第 6 次住院时附睾炎症状难以控制, 作前列腺按摩时发现尿道口有脓黄色液体流出, 经直肠 B 超与 CT 检查才发现前列腺区脓肿, 经会阴脓肿穿刺、抗生素冲洗及敏感抗生素治疗后症状好转, 但直肠 B 超复查囊腔仍存在, 最后诊断为苗勒氏管囊肿伴感染。在外院再次经直肠 B 超作囊肿穿刺而治愈, 随访 1 年未见复发。

2 讨论

附睾炎是临床上比较常见的疾病, 大部分以逆行感染为主, 本组占 89.7%, 往往没有明显的泌尿系感染症状, 虽然急性期的症状容易控制, 但大部分留下附睾硬结而难以消退, 给治疗带来一定的困难。我院在临床上发现大部分附睾炎患者都有前列腺感染, 从前列腺液检查得到证实。本组前列腺液发现白细胞与脓细胞的阳性率为 85.6%, 有 9 例前列腺液肉眼呈脓黄色, 前列腺液培养阳性率为 81.1%。如果前列腺感染得不到控制, 则附睾炎仍可能反复发作。对感染性前列腺炎抗生素仍是主要的治疗方法, 定期前列腺按摩可以保持腺管通畅, 促使细菌排出。本组资料显示, 治疗附睾炎时应同时治疗前列腺炎, 根据前列腺液培养结果选择敏感抗生素治疗。如果不及时治疗, 留下附睾硬结则很难消退, 最终导致附睾切除。本组有 1 例患者两侧附睾炎反复发作, 经多数抗生素治疗效果不佳, 作前列腺按摩时发现为脓黄色的前列腺液, B 超检查提示前列腺区脓肿, 两次会阴作脓肿穿刺及敏感抗生素治疗后症状才得以控制。因此, 前列腺液检查既可以明确附睾炎的病因, 又为附睾炎的抗生素治疗提供依据。

参考文献

[1]李飞平. 附睾肿块 150 例临床分析[J]. 中国男科学杂志, 1995, 12(4): 233-234

(收稿日期: 2007-06-14)

彩色多普勒超声在乳腺肿块诊断中的应用

刘铭东 张铁磊

(山东省平度市人民医院 平度 266700)

关键词: 乳腺肿块; 彩色多普勒超声; 诊断

中图分类号: R 445.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0071-02

乳腺肿块是女性的常见病、多发病, 有时男性亦可见乳腺肿块, 乳腺癌的发生率在我国占妇女恶性肿瘤的第 2 位。该病的早期正确诊断对指导临床治疗有重要意义, 可降低其死亡率。随着彩色多普勒超声(CDFI)的应用, 乳腺肿块良、恶性鉴别正确率明显提高。

1 资料与方法

我院自 2003 年 3 月~2006 年 9 月检查乳腺肿块 60 例, 其中女性 59 例, 男性 1 例; 年龄 20~70 岁, 平均 48 岁。均进行手术切除, 并有病理结果确诊。使用美国 ATL HDI-5 000 型 CDFI, 探头频率 7.5MHz, 检查时患者取仰卧位或半卧位,

小儿特重烧伤休克期液体复苏治疗的体会

吴抽浪 章伏生 潘君泰 叶礼岳 王史辉

(浙江省台州医院 台州 317000)

关键词: 烧伤; 休克期; 小儿; 液体复苏

中图分类号: R644

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0072-02

2003 年 7 月~2007 年 3 月, 我科共收治烧伤面积 ≥ 25%TBSA 患儿 45 例, 经积极的液体复苏治疗, 休克期较平稳, 效果较满意。现将体会总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 45 例, 男 26 例, 女 19 例, 年龄 3 个月~9 岁。烧伤面积 25%~65%, 平均 36.2%, 其中 III 度烧伤面积 2%~25%TBSA。致伤原因: 热液烫伤 37 例, 火焰烧伤 8 例。入院时合并休克 10 例, 合并高热抽搐 5 例。入院时间为伤后 15min~5.5h, 其中入院时间为伤后 4h 以上者均于伤后 2h 内在当地静脉输液(量不等)。

1.2 治疗方法

1.2.1 入院时急救 立即建立静脉通道, 快速补液, 吸氧, 保持环境温度于 30℃ 左右, 注意保暖。高热抽搐者予以退热、止惊等治疗。

1.2.2 液体复苏治疗 参照国内常用补液公式^[1] 计算补液量: 第 1 个 24h 补充晶胶体 2 mL/(kg·1%TBSA), 水分(生理需要量) 100mL/kg, 晶胶比为 1:1; 第 2 个 24h 补充晶胶体量为第 1 个 24h 的一半, 水分不变。晶体为乳酸-林格氏液, 胶充分暴露乳房, 扫查采用直接接触法, 对乳腺肿块进行连续多切面、多方向探查, 注意肿块大小、形态、边界、内部回声, 肿块内部及周边血流, 有无淋巴结转移。

2 结果

60 例乳腺肿块中恶性肿瘤 34 例, 良性肿瘤 26 例, 其病理类型、CDFI 检查结果及超声诊断符合率见表 1。34 例恶性肿瘤(检出血流者 24 例) 和 26 例良性肿瘤(检出血流者 8 例), 病灶内血管阻力指数(RI)、搏动指数(PI)和流速峰值(PSV)的结果比较见表 2。多普勒取样标准为每个病灶内选取 RI、PI、PSV 值进行比较。

表 1 60 例乳腺肿块病理类型、多普勒检查、超声符合率 例

病理	病理数	多普勒血流信号符合	超声符合
恶性肿瘤	34	24	28
导管癌	14	10	11
腺癌	3	3	2
髓样癌	3	2	3
单纯癌	10	6	9
乳头状癌	4	3	3
良性肿瘤	26	8	23
纤维腺瘤	9	4	7
乳腺增生	10	3	10
炎性肿块	4	1	3
脂肪瘤	3	0	3

表 2 乳腺良、恶性肿瘤血流动力学比较 (X±S)

	RI	PI	PSV/cm·s ⁻¹
恶性肿瘤	0.70± 0.1592	1.72± 0.6231	18.98± 11.0230
良性肿瘤	0.55± 0.0821	1.00± 0.2522	14.50± 9.8623
P 值	<0.01	<0.01	>0.05

3 讨论

乳腺为表浅器官, 扪诊仅限于表浅或大的肿块, 小的肿块患者往往无主诉, 假阳性及假阴性文献资料均为 30%左

右。体为血浆, 水分为 5%葡萄糖, 根据尿量及生命体征等调整补液速度及补液量, 尽量维持尿量在 1mL/(kg·h) 以上, 补液时晶体、胶体、水分交替输入, 避免长时间输入单一液体。深度烧伤者适量使用碳酸氢钠碱化尿液。无明显休克或胃肠道症状者, 入院后即开始少量进食牛奶或母乳, 口服量从总补液量中扣除。使用 654-2 改善微循环, 必要时适当使用小剂量甘露醇或速利尿尿。

1.2.3 监测 观察精神、神志、体温、呼吸、皮肤色泽及温度等情况的变化。留置导尿, 观察尿色, 计每小时尿量及 24h 出入量。心电监护, 监测心率及脉搏、血氧饱和度。定时检查血常规、生化、血气分析等, 注意水电酸碱平衡。

1.2.4 其他治疗 初次清创时, 如患儿有休克症状, 则积极抗休克治疗, 待病情稳定后处理创面。清创及更换敷料时, 予以镇静、镇痛等治疗, 避免疼痛刺激。常规给予西咪替丁抗酸, 注射破伤风抗毒素。心率 >160 次/min 者给予西地兰强心, 高热或面颈创面肿胀明显时酌用激素(地塞米松或甲强龙)。

2 结果

本组病例经液体复苏及对症治疗, 合并休克或高热抽搐者。彩色多普勒超声的应用, 大大提高了乳腺肿块诊断的准确率。由于恶性乳腺肿块的肿瘤血管生长因子刺激肿瘤组织产生的毛细血管, 从肿块周围嵌入内部, 并随肿块生长不断更新血管分布, 增加血管数量, 为多普勒超声诊断恶性肿瘤肿块提供了病理生理学基础^[1]。表 1 可见 60 例乳腺肿块中有 32 例可测到血流信号, 血流信号检出率为 53.3%, 而恶性肿瘤为 70.6%, 良性肿瘤为 30.8%, 二者有明显差异。恶性肿块表现为肿块内部及周边血流丰富, 而良性肿块表现为无血流或少血流, 所以如果在肿块内部或周边检出丰富的彩色血流, 则表现为恶性肿瘤可能性大。表 2 可见乳腺恶性肿瘤的 RI 和 PI 值均明显高于良性肿瘤, 有报道以 RI ≥ 0.70、PI ≥ 1.30 作为乳腺癌的诊断标准, 其诊断的敏感性和特异性达 80%以上^[2]。而 PSV 值在乳腺良、恶性肿瘤间无明显差异, 这与李建初的结果相似。

但笔者认为肿块内部血流信号的检出结果又受多方面因素的影响, 如操作者的技术、设备、探头频率和设备所设置的条件密切相关, 所以许多文献报道都不一致, 但总的观点都认为恶性肿瘤与良性肿瘤血流检出率有明显的差异, 我们的分析也说明这一点。综上所述, 随着彩色多普勒超声的普及应用, 将在乳腺疾病领域中起到重要作用。

参考文献

[1] 陈曼, 陈伟国, 龚新环. 彩色多普勒在乳腺疾病的应用及相关因素[J]. 中国超声医学杂志, 1999, 15(7): 540-543
 [2] 李建初. 血管和浅表器官彩色多普勒超声诊断学[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999. 345

(收稿日期: 2007-09-11)