

• 病例报告 •

睾丸鞘膜结核导致鞘膜广泛钙化一例

徐绍岭 吴士刚 陆学桂

睾丸鞘膜结核并发鞘膜积液在临床上比较常见,睾丸鞘膜结核导致广泛钙化者实属少见,笔者在临床工作中发现 1 例睾丸鞘膜结核导致广泛钙化患者,现报告如下。

临床资料

患者,男,76 岁。阵发性咳嗽、咯痰 3 个月,右侧睾丸胀痛 2 年,于 2010 年 3 月 25 日来本院就诊。无发热、盗汗、咯血、心慌、胸闷、呼吸困难等症状与体征,患者 10 年前(2003 年)9 月曾患肺结核及睾丸鞘膜积液,并在本院给予 $2H_3R_3Z_3S_3/4H_3R_3$ 方案治疗,于 2004 年 3 月疗程结束后,患者症状消失,临床治愈停药。体格检查:体温 37.0°C 、脉搏 80 次/min、呼吸频率 22 次/min、血压 145/80 mm Hg ($1\text{ mm Hg}=0.133\text{ kPa}$),神志清晰,慢性病容、消瘦,颈部柔软,气管左移,甲状腺无肿大;胸廓对称,双肺呼吸音粗,左侧可闻及少许哮鸣音。心率 80 次/min,心律齐;腹部柔软,肝脾未触及肿大;右侧睾丸肿大、触摸疼痛、质地坚硬,右侧阴囊透光试验阴性。实验室检查:白细胞 $6.0\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.72、淋巴细胞 0.28、红细胞沉降率 30 mm/1 h,结核抗体阳性,BCG-PPD 试验 $15\text{ mm}\times 15\text{ mm}$,痰涂片抗酸杆菌阴性。鞘膜积液常规检查:淡黄色、浑浊,密度 1.019,黏蛋白试验阳性,白细胞计数 $0.6\times 10^9/\text{L}$,以淋巴细胞为主。X 线胸部摄影检查:双肺上、中野显示广泛索条状、斑点状密度增高影,密度不均匀、境界欠清晰,左肺上野有一个大小约 $2\text{ cm}\times 3\text{ cm}$ 的厚壁空洞,内无液平。气管及上纵隔向左侧轻度牵拉。B 超检查显示:右侧阴囊大小约 $8.5\text{ cm}\times 6.4\text{ cm}\times 5.3\text{ cm}$,鞘膜内探及大小不等的无回声区,以及大小不一的斑点状高、强回声,部分回声后方伴有声影。阴囊 X 线平片检查:右侧阴囊明显肿大,约 $9.6\text{ cm}\times 7.5\text{ cm}$,形如“鸭蛋”,见有广泛的斑点状、斑片状钙化,密度不均匀、境界清晰,其内混杂一些大小不等的囊状透亮区,外缘似蛋壳样改变。左侧沿精索走行处可见不连续的长条状钙化影(图 1,2)。诊断为:(1)肺结核;(2)睾丸鞘膜结核合并鞘膜积液。诊断依据为:(1)阵发性咳嗽、咯痰 3 个月,右侧睾丸胀痛 2 年。(2)体格检查:气管左移,左肺听诊可闻及少许哮鸣音。右侧睾丸肿大、触摸疼痛、质地坚硬,右侧阴囊透光试验阴性。(3)辅助检查:红细胞沉降率 30 mm/1 h,结核抗体阳性,

BCG-PPD 试验硬结平均直径 15 mm,痰涂片抗酸杆菌阴性。X 线胸部摄影检查:双肺上、中野显示广泛索条状、斑点状密度增高影,左肺上野有一个大小约 $2\text{ cm}\times 3\text{ cm}$ 的厚壁空洞。B 超检查显示:右侧阴囊大小约 $8.5\text{ cm}\times 6.4\text{ cm}\times 5.3\text{ cm}$,鞘膜内探及大小不等的无回声区,以及大小不一的斑点状高、强回声。给予 2HRZES/6HRE 方案治疗,睾丸鞘膜积液给予穿刺抽取液体,直至抽不出为止。每月来院进行血常规、肝功能、肾功能及睾丸 B 超检查,治疗 2 个月末时检查发现肺部病变较前吸收好转,睾丸鞘膜积液完全吸收。坚持按方案治疗至疗程结束,胸片复查发现肺部空洞愈合,病变纤维化;睾丸 B 超检查未见有积液影;阴囊 X 线平片检查见鞘膜广泛钙化,左侧精索见不连续的长条状钙化影。

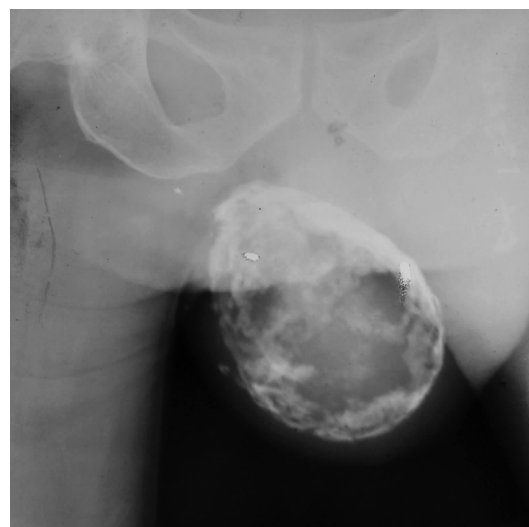


图 1 患者治疗前睾丸鞘膜结核导致鞘膜广泛钙化

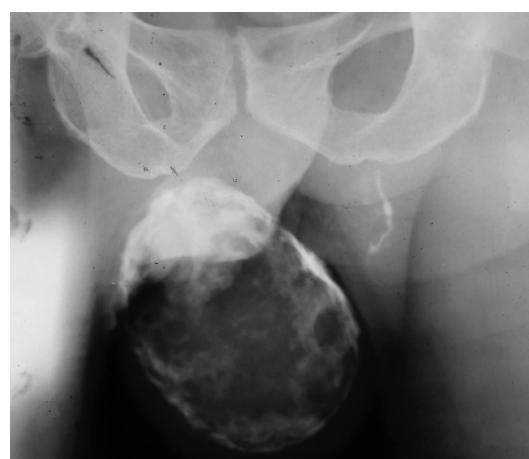


图 2 患者治疗前睾丸鞘膜结核导致鞘膜及精索钙化

doi:10.3969/j.issn.1000-6621.2014.10.014

作者单位:276100 山东省郯城县结核病防治所放射科(徐绍岭),肺科(吴士刚、陆学桂)

通信作者:吴士刚,Email:shgangwu@163.com

讨 论

睾丸鞘膜结核及鞘膜积液在临床上并不少见,而引起鞘膜广泛钙化者实属罕见,此种影像学表现应与睾丸肿瘤相鉴别。睾丸鞘膜结核是由结核分枝杆菌感染所致,可以发生于任何年龄,临床表现以单侧多见,呈慢性无痛性逐渐增大或有下坠、胀痛感,临床诊断一般较难,往往在并发鞘膜积液时才被确诊。睾丸鞘膜积液是睾丸鞘膜结核的主要临床并发症,也是其主要临床表现之一。睾丸鞘膜积液主要由炎症或肿瘤所致,其主要临床表现为阴囊内有囊性肿块,少量鞘膜积液时无不适感,积液较多时,于直立位时牵引精索引起钝痛和牵扯感。大量睾丸鞘膜积液时,阴茎缩入包皮内,影响排尿、行走和劳动。体检时睾丸鞘膜积液呈卵圆形,质地柔软,无压痛感,表面光滑,有弹性和囊样感,触摸不到睾丸和附睾,透光试验阳性。结核性睾丸鞘膜积液治愈后少数可引起睾丸鞘膜的钙化。此病应与腹股沟斜疝和睾丸肿瘤鉴别。腹股沟斜疝进入阴囊时可见肠型或听到肠鸣音,阴囊内容物卧位时可回纳,咳嗽时有冲击感,透光试验阴性。睾丸肿瘤多发生于中青年男性,睾丸肿瘤形成坚硬的肿块,可起自隐睾,大多数为恶性生殖细胞瘤,尤以精原细胞瘤最常见;其次

为胚胎瘤、畸胎瘤等,透光试验阴性。B 超是睾丸肿瘤的主要检查方法,表现为睾丸增大,多无正常睾丸回声。各种肿瘤都具有一定的特征性:精原细胞瘤表现为回声强弱不均,光点粗大,彩色多普勒血流显像显示血流丰富,呈动脉血流图谱;胚胎瘤表现为混杂的回声肿块;畸胎瘤内有不规则的强光团,后方伴有声影,代表钙化、牙齿和骨质^[1]。肿瘤内部的彩色血流信号增多有助于肿瘤的诊断^[2]。密切结合临床症状、体征,以及 B 超、X 线、BCG-PPD、鞘膜积液常规检查等辅助检查手段,能做出本病的鉴别与诊断。睾丸鞘膜结核导致鞘膜广泛钙化在临床相对少见,本例患者作为个案报道可以让广大读者及临床医生提高对本病的认识,丰富睾丸鞘膜结核的临床知识。

参 考 文 献

- [1] 吴恩惠. 医学影像学. 北京:人民卫生出版社,2001:321.
- [2] 周进祝. 超声诊断学. 北京:人民卫生出版社,2009:135.

(收稿日期:2014-05-26)

(本文编辑:郭萌)

肺结核合并肝豆状核变性误诊药物性肝损伤一例

彭亦平 谭彩萍 胡群芳

药物性肝损伤是抗结核治疗中常见的不良反应,容易引起结核科医师的重视。Wilson 病即肝豆状核变性,是一种以肝损伤为主要表现的肝脏遗传性疾病,在抗结核药物性肝损伤的鉴别诊断时需要考虑的少见病。现将笔者遇到的 1 例肺结核合并 Wilson 病患者诊治过程报告如下,以期提高结核科医师对本病的认识,减少误诊、漏诊。

患者资料

患者,女,36 岁。家庭主妇,既往身体健康。因“咳嗽 2 个月,腹胀、纳差、乏力 15 d”,于 2012 年 7 月就诊于我院。患者 2012 年 5 月 13 日因“咳嗽、胸闷”在当地县医院进行胸部 CT 及结核相关检查,诊断为“左上肺结核合并左侧结核性胸膜炎”,检查肝功能正常,给予胸腔抽液及 HRZE 抗结核治疗 1 个月,出现腹胀、纳差、乏力。2012 年 6 月 18 日在当地县医院复查肝功能:总胆红素 29.7 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 16.9 $\mu\text{mol/L}$,丙氨酸转氨酶 305 U/L,天冬氨酸转氨酶 240 U/L,谷氨酰转氨酶 179 U/L,白蛋白/球蛋白 0.87;血常

规检查:白细胞 $2.27 \times 10^9/\text{L}$,红细胞 $4.63 \times 10^{12}/\text{L}$,血小板 $77 \times 10^9/\text{L}$;考虑药物性肝损伤,给予异甘草酸镁护肝治疗但症状无改善。当地县医院于 2012 年 6 月 22 日进行彩色超声检查,显示肝硬化、脾脏肿大、腹腔积液;上腹部 CT 检查,显示肝实质散在大小不等高密度结节,考虑:(1)肝硬化、脾脏肿大、腹腔积液;(2)肝内占位性病待排除;(3)胆囊炎。于同日转我某三甲医院消化科,检查凝血功能:凝血酶原时间(Quick 一步法)16 s、活化部分凝血活酶时间 39.7 s、纤维蛋白原(Clauss 法)1.1 g/L,血浆凝血酶时间 21.1 s;肿瘤标志物甲胎蛋白 138.5 $\mu\text{g/L}$;肝炎全套(乙型肝炎六项及甲型、丙型、戊型肝炎抗体)阴性;乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸、丙型肝炎病毒核糖核酸正常;风湿免疫相关检查均阴性[包括抗链球菌溶血素 O(anti-streptolysin O, ASO)、类风湿因子、抗环瓜氨酸肽抗体、抗核抗体、抗骨骼肌抗体、抗平滑肌抗体、抗线粒体抗体、抗肝肾微粒体抗体、抗心肌抗体、抗肝细胞膜抗体、抗肝溶质抗原、抗可溶性肝抗原];甲状腺功能正常;肥达反应阴性;弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒阴性;腹腔积液生化检查提示出现漏出液;诊断“隐源性肝硬化、肝源性腹腔积液、肺结核、左侧结核性胸膜炎”,给予护肝治疗有所好转。2012 年 7 月 1 日转我院继续抗结核治疗。入院身体检查显示:皮肤黏膜无黄染、皮疹、出血点,浅