

· 个案报告 ·

# 超声诊断及穿刺治疗巨大精液囊肿一例报告

## Ultrasonic diagnosis and puncture treatment of giant spermatocele: a case report

邓淑敏<sup>2</sup>, 章建全<sup>1\*</sup>

(1. 第二军医大学长征医院超声科, 上海 200003; 2. 河南省信阳解放军第154医院特检科, 信阳 464000)

[关键词] 超声检查; 穿刺; 精液囊肿

[中图分类号] R 697.21 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2005)01-封三-01

**1 临床资料** 患者, 68岁, 发现阴囊内肿物数年, 近5年渐感增大, 伴坠胀感。1周前因阴囊区突然疼痛而就诊。外科检查见双侧阴囊肿大明显, 触诊有质地中等的肿块, 性质不明。阴囊高频超声检查示: 双侧阴囊内均可见多个囊性结构, 壁光滑, 囊液透声良好, 多数位于睾丸外, 尤其是睾丸上极的头侧和外侧, 其中右侧囊性结构大小达90 mm×41 mm, 内有分隔(图1A)。双侧附睾均失去正常形态, 表现为多个迂曲的、截面宽窄不等的管道状结构, 与之相连的双侧

睾丸网均明显扩张(图1B)。双侧睾丸大小尚正常, 实质内亦可见囊性结构, 最大的约8 mm×7 mm, 透声好(图1C)。  
**超声诊断:** (1) 双侧附睾弥漫性、多发性精液囊肿, 合并睾丸网扩张; (2) 双侧睾丸多发性囊肿。因部分囊肿尤其是右侧囊肿体积巨大, 为尽快缓解患者的疼痛和坠胀感, 在超声引导下对囊肿进行穿刺硬化治疗, 右侧较大的囊肿内抽出清亮液体约360 ml, 以95%无水乙醇反复冲洗囊腔、硬化囊壁, 2个月后复查未见再发。



图1 双侧多发性巨大精液囊肿高频声像图

A: 阴囊囊性结构内有分隔; B: 双侧附睾网明显扩张; C: 睾丸实质内可见囊性结构

**2 讨论** 精液囊肿发生于附睾, 多位于附睾头部, 好发年龄一般在20~40岁, 发病原因可能为输精管阻塞而导致精液的积聚, 直径可从数毫米至数厘米不等, 以1~2 cm为多见, 未见有合并出血、感染的报道。但是体积巨大的囊肿可致严重的阴囊坠胀感, 甚或疼痛。触诊检查在囊肿较多、体积较大时常常不能定性和定位。高频超声检查具有确诊性意义, 声像图上多数表现为附睾头部的圆形或椭圆形液体暗区, 具备一般囊肿的声学特征, 数目在1~2枚最为多见。但是由于精液囊肿内多有精子成分, 偶尔在囊腔内可见细小光点, 此是否系精子团, 无确切定论。像本例囊肿数目繁多、体积巨大、囊肿张力较高而使附睾管乃至睾丸网相继扩张, 附睾和睾丸纵隔失去正常形态的情形在超声检查中实属少见, 这也是临床诊断困难的主要原因。

阴囊内囊性病灶根据发生的部位不同, 有以下几种常见疾病, 需要进行声像鉴别: (1) 精索鞘膜积液, 位置较高, 在精索部位显示一椭圆形液性暗区, 液性暗区与睾丸鞘膜腔不相通, 但儿童患者常可见到积液与腹腔相通(交通型积液)。当积液严重时, 暗区可深达附睾头部, 也可致阴囊肿大, 此时与精液囊肿的主要鉴别点是仍可见到附睾头部, 压迫运动时囊

肿与附睾头可分离, 由于精路未受阻塞, 附睾管和睾丸网不会扩张。睾丸网是由曲细精管汇合成直精小管在睾丸纵隔内相互吻合成网而致, 在炎症或外伤导致精管受阻流出不畅时会扩张, 睾丸网扩张可作为诊断精液囊肿尤其是巨大精液囊肿的一个佐证, 声像图表现为睾丸纵隔强回声区出现网状液性暗区或伴有小囊肿样液性暗区。(2) 睾丸鞘膜腔积液, 阴囊增大, 睾丸被液性暗区三面包绕, 暗区内漂移的细小光点, 最为常见, 鉴别容易。(3) 睾丸囊肿, 相比之下比较少见, 是睾丸实质内的滞留性囊肿, 系睾丸内精管系统阻塞而致。

本例的经验表明, 超声引导下穿刺囊肿并进行无水乙醇硬化治疗的方法对于精液囊肿同样具有可靠的疗效, 未见并发症, 为超声介入治疗在阴囊内囊性病变的应用作了有益的探索。

[收稿日期] 2004-05-28

[修回日期] 2004-09-03

[本文编辑] 邓晓群

[作者简介] 邓淑敏(1976-), 女(汉族), 住院医师。

\* Corresponding author. E-mail: ultramez@msn.com