

## 116例妊娠合并卵巢肿物临床分析

靳 姣<sup>1</sup>, 梁佳莹<sup>2</sup>, 刘聪蕊<sup>1</sup>

(1. 西安交通大学第二附属医院全科医学科, 陕西, 西安, 710000;

2. 新城区自强路社区卫生服务中心医务科, 陕西, 西安, 710000)

DOI:10.32629/jrm.v2i10.10111

**【摘要】目的：**收集妊娠合并卵巢肿物患者的基本资料、临床特征、肿物的病理结果及妊娠结局并进行分析，为临床上治疗妊娠合并卵巢肿物的患者提供依据。**方法：**选取2020年1月至2023年5月西安交通大学第二附属医院妇产科行手术治疗和病理确诊的妊娠合并卵巢肿物患者共116例，收集相关临床资料进行回顾性分析和统计学检验。**结果：**116例经手术和病理确诊的妊娠合并卵巢肿物患者中，年龄范围为17~41岁，平均年龄 $30.9 \pm 4.1$ 岁。妊娠合并卵巢生理性囊肿56例(48.28%)，病理类型分别为：黄体囊肿34例、单纯囊肿17例、滤泡囊肿4例，妊娠黄体瘤1例；卵巢良性肿物60例(51.72%)，病理类型分别为：成熟囊性畸胎瘤27例，浆液性囊腺瘤7例，粘液性囊腺瘤5例，混合性囊腺瘤3例，纤维瘤样增生4例，卵巢子宫内膜异位囊肿12例，其他类型2例。卵巢肿物居左侧62例(53.45%)，右侧45例(38.79%)，双侧9例(7.76%)。卵巢肿物直径1~12cm，平均直径 $5.6 \pm 2.6$ cm，卵巢肿物直径 $< 5$ cm组50例(43.10%)， $5 \sim 10$ cm组59例(50.86%)， $\geq 10$ cm组7例(6.03%)。卵巢肿物蒂扭转9例(7.76%)，其中8例囊肿直径在 $5 \sim 10$ cm，构成比为88.89%。生理性卵巢肿物的肿物直径、位置与良性卵巢肿物的肿物直径、位置无统计学差异( $P > 0.05$ )。116例妊娠合并卵巢肿物患者的妊娠结局：足月分娩110例(94.83%)，早产分娩6例(5.17%)。**结论：**妊娠合并卵巢肿物病理性质中以生理性囊肿和良性肿瘤为主，生理性囊肿中黄体囊肿和单纯囊肿较多见，而良性肿瘤中成熟型囊性畸胎瘤多见。生理性卵巢肿物的肿物直径、位置与良性卵巢肿物的肿物直径、位置无差异，均以左侧较右侧多见，肿物直径一般不超过10cm，其中直径在 $5 \sim 10$ cm的卵巢肿物最易发生蒂扭转。妊娠合并卵巢肿物患者妊娠结局良好，多数能持续至足月分娩。

**【关键词】**妊娠合并卵巢肿物；病理性质；妊娠结局**【中图分类号】** R714.2**【文献标识码】** A

## Clinical Analysis of 116 Cases of Pregnancy Complicated with Ovarian Mass

JIN Jiao<sup>1</sup>, LIANG Jiaying<sup>2</sup>, LIU Congrui<sup>1</sup>

(1. Department of General Practice, The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi, 710000;

2. Medical Affairs Department, Ziqiang Road Community Health Service Center, Xincheng District, Xi'an, Shaanxi, 710000)

**【Abstract】 Objective:** To collect and analyze the basic data, clinical features, pathological results and pregnancy outcomes of patients

with pregnancy complicated with adnexal masses, and provide evidence for clinical treatment of patients with pregnancy complicated with adnexal masses. **Methods:** From January 2020 to May 2023, a total of 116 pregnant women with adnexal masses diagnosed by surgery and pathology in the Department of Obstetrics and Gynecology of the Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University were selected. Relevant clinical data were collected for retrospective analysis and statistical test. **Results:** The age of 116 patients with adnexal masses confirmed by surgery and pathology ranged from 17 to 41, with an average age of  $30.9 \pm 4.1$  years. There were 56 cases (48.28%) of pregnancy complicated with ovarian physiologic cysts, and the pathological types were: luteal cysts in 34 cases, simple cysts in 17 cases, follicular cysts in 4 cases and luteal tumor in pregnancy in 1 case. There were 60 benign ovarian masses (51.72%), and the pathological types were as follows: mature cystic 0 cases, fibromatoid hyperplasia in 4 cases, ovarian endometriosis cyst in 12 cases, and other types in 2 cases. There were 62 cases (53.45%) on the left side, 45 cases (38.79%) on the right side, and 9 cases (7.76%) on both sides. The diameter of ovarian tumor ranged from 1 to 12cm, with an average diameter of  $5.6 \pm 2.6$ cm. There were 50 cases (43.10%) in the  $< 5$ cm group, 59 cases (50.86%) in the 5-10cm group, and 7 cases (6.03%) in the  $\geq 10$ cm group. Torsion of ovarian masses was observed in 9 cases (7.76%), of which 8 cases had cysts with diameter of 5~10cm, and the composition ratio was 88.89%. There were no significant differences in the diameter and location of physiologic ovarian masses compared with benign ovarian masses ( $P > 0.05$ ). The pregnancy outcome of 116 pregnant patients with ovarian tumor was 110 (94.83%) full-term delivery and 6 (5.17%) premature delivery. **Conclusion:** The pathological characteristics of adnexal masses in pregnancy are mainly physiologic cysts and benign tumors, luteal cysts and simple cysts are more common in physiologic cysts, and mature cystic teratoma is more common in benign tumors. There was no difference in the diameter and location of physiologic ovarian masses compared with benign ovarian masses. The left side was more common than the right side, and the diameter of the masses generally did not exceed 10cm. Among them, the ovarian masses with a diameter of 5-10cm were the most prone to pedicle torsion. The pregnancy outcome of patients with ovarian tumor is good, and most of them can continue to term delivery.

**【Keywords】** Pregnant with ovarian tumor; Pathological types; Pregnancy outcome

临床上妊娠合并卵巢肿物较为常见,常在孕期超声检查时发现。据统计,妊娠合并卵巢肿瘤的发生率约为0.05%~2.4%,其中良性肿瘤约占95%~99%,交界性肿瘤约占1%~2%,恶性肿瘤约占1%~6%<sup>[1-3]</sup>。妊娠合并卵巢肿物对母儿危害较大,易导致流产、早产以及阻塞产道或肿物扭转、破裂等紧急情况,严重影响胎儿及孕妇的安全。妊娠期间附件肿物的治疗方式包括观察治疗和手术治疗,但个体化差异较大,国内外缺乏统一和具体的指南共识。本研究通过总结分析妊娠合并卵巢肿物患者

的基本资料、临床特征、肿物的病理结果等资料,为临床医生治疗妊娠合并卵巢肿物的患者提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

#### 1.1.1 来源

收集2020年1月至2023年5月于西安交通大学第二附属医院妇产科行手术治疗且有病理确诊结果的妊娠合并卵巢肿物患者临床资料,共116例。分析患者一般情况、临床特点、肿物大小、病理类型、

并发症等情况。

### 1.1.2 纳入标准

①超声检查确诊为宫内妊娠；②孕期检查或剖宫产术中  
发现卵巢肿物；③有病理确诊结果。

### 1.1.3 排除标准

①超声检查示非宫内妊娠；②非卵巢来源肿物；  
③缺乏病理结果等临床资料。

## 1.2 研究方法

### 1.2.1 诊断

所有患者均经超声确诊为正常宫内妊娠，且经手术及病理确诊为卵巢肿物。病理结果均按照世界卫生组织制定的卵巢肿瘤组织学分类（2014）<sup>[4]</sup>方法进行  
分类。

### 1.2.2 统计学方法

研究数据统计分析使用 SPSS 22.0 软件进行，计量资料采用均数 ± 标准差表示，计数资料采用频数表示，对生理性囊肿和良性肿物的位置和直径采用行 × 列表的  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  认为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

患者年龄在 17 ~ 41 岁，平均年龄  $30.9 \pm 4.1$  岁。初产妇 54 例，经产妇 62 例；116 例妊娠合并卵巢肿物患者基本资料频数分布情况见下表 1。

### 2.2 病理类型

妊娠合并卵巢生理性囊肿 56 例（48.28%），病理类型分别为：黄体囊肿 34 例、单纯囊肿 17 例、滤泡囊肿 4 例，妊娠黄体瘤 1 例；卵巢良性肿物 60 例（51.72%），病理类型分别为：成熟囊性畸胎瘤 27 例，浆液性囊腺瘤 7 例，黏液性囊腺瘤 5 例，混

表 1 116 例妊娠合并卵巢肿物患者基本资料频数分布

肿物位置	频数	频率(%)	累计频数	累计频率(%)
左侧	62	53.45	62	53.45
右侧	45	38.79	107	92.24
双侧	9	7.76	116	100
合计	116	100	-	-

肿物性质	频数	频率(%)	累计频数	累计频率(%)
生理性囊肿	56	48.28	56	48.28
良性肿物	60	51.72	116	100
合计	116	100	-	-

妊娠结局	频数	频率(%)	累计频数	累计频率(%)
足月分娩	110	94.83	110	94.83
早产分娩	6	5.17	116	100
合计	116	100	-	-

合性囊腺瘤 3 例，纤维瘤样增生 4 例，卵巢子宫内  
膜异位囊肿 12 例，其他类型 2 例，具体分布情况见  
图 1 和图 2。

### 2.3 其他特征

对生理性囊肿和良性肿物的位置采用行 × 列表的  $\chi^2$  检验，结果显示  $\chi^2=0.09$ ， $P > 0.05$ ，认为生理性卵巢肿物的肿物位置与良性卵巢肿物的肿物位置差异无统计学意义，但均以左侧占比最多。同样地，对生理性囊肿和良性肿物的直径采用行 × 列表的  $\chi^2$  检验，结果显示  $\chi^2=1.51$ ， $P > 0.05$ ，认为生理性卵巢肿物的肿物直径与良性卵巢肿物的肿物直径差异

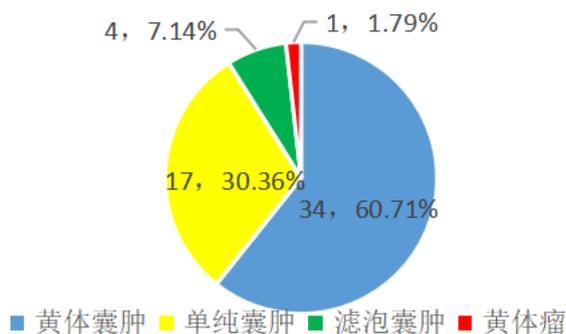


图1 生理性囊肿中各种病理类型例数及百分比

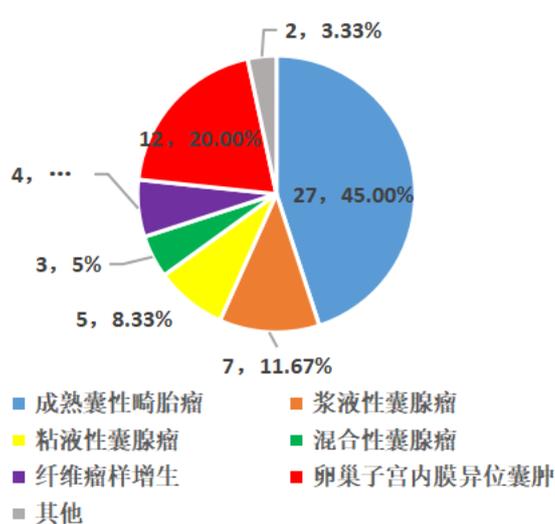


图2 良性肿物中各种病理类型例数及百分比

表2 116例妊娠合并卵巢肿物情况

肿物性质	肿物位置			合计	肿物直径			合计
	左侧	右侧	双侧		< 5cm	5 ~ 10cm	≥ 10cm	
生理性	28	23	5	56	24	30	2	56
良性	34	22	4	60	26	29	5	60
合计	62	45	9	116	50	59	7	116

无统计学意义，但均以5~10cm居多，<5cm次之。卵巢肿物蒂扭转9例（7.76%），其中8例囊肿直径在5~10cm，构成比为88.89%。

### 3 讨论

近年来，随着产前超声检查的普及和超声技术的提高、剖宫产率的增加、辅助生殖技术的进步，妊娠合并卵巢肿物的病例数较前增多，超声检查不仅可以筛查肿物是否为卵巢来源，还可以筛查肿物的良恶性，经阴道的超声检查更是提高了诊断的准确性<sup>[5-6]</sup>。由于肿物对妊娠的影响主要表现为剖宫产率、子宫切除率等的升高，同时麻醉药物或化疗药物的使用、手术操作的刺激等有导致流产、早产和胎儿窘迫等的风险，而观察随访过程中则可能发生卵巢肿物蒂扭转、肿物破裂出血、恶性肿瘤发现延迟等并发症，影响母胎预后及妊娠结局，如何在其他检查手段有限和不足的情况下对该类患者快速做出临床判断具有重要价值。妊娠合并卵巢肿物按照病理类型分为生理性囊肿和良性肿瘤、恶性肿瘤，生理性囊肿包括黄体囊肿、黄素化囊肿和滤泡囊肿，通常在妊娠早期发现，因妊娠中期肿物常被增大的子宫遮挡易漏诊，且大部分生理性囊肿在妊娠16周或终止妊娠后可自行消退，极少数会持续至产褥期。生理性囊肿的发生可能与妊娠时激素的变化有关，例如黄体囊肿的发生与人绒毛膜促性腺激素（hCG）的刺激或卵巢对hCG敏感性增高有关<sup>[7]</sup>。妊娠合并卵巢良性肿瘤较常见的病理类型为成熟型畸胎瘤、浆液性囊腺瘤、黏液性囊腺瘤和子宫内膜异位囊肿等。

本研究中妊娠合并卵巢生理性囊肿患者56例（48.28%），妊娠合并卵巢良性肿瘤患者60例

（51.72%），其中成熟囊性畸胎瘤27例（45.00%）。余贵媛等研究的425例妊娠合并卵巢肿瘤患者中，成熟性畸胎瘤患者为206例（48.47%），其次为浆液性囊腺瘤、浆液性囊腺瘤等<sup>[7]</sup>，本研究结果与其大致相符。妊娠合并卵巢恶性肿瘤较罕见，约占卵巢肿瘤的1~6%<sup>[1-2]</sup>，常见的病理类型为上皮性肿瘤、生殖细胞肿瘤，其他病理类型如肉瘤、转移性肿瘤等。妊娠合并卵巢恶性肿瘤患者本研究未发现，可能与病例数偏少有关。然而本研究中的病例经历手术及病理确诊的选择，实际中仍有一些妊娠期合并卵巢肿物的患者未经手术治疗，且本研究中病例全部来源于我院妇产科住院患者，实际中妊娠合并卵巢肿瘤患者的比例可能更高。

在妊娠合并卵巢肿物的发现及性质判断上，超声检查作为一种筛查手段具有重要作用，但妊娠20周以后随子宫体积增大，超声检查难以发现肿块甚至判断良恶性，比如囊腺瘤与其他病变均可表现为单房或多房囊性肿物，导致超声在某些良恶性病变鉴别上缺乏典型的影像学特征<sup>[9]</sup>。磁共振（MRI）作为卵巢良恶性肿瘤鉴别诊断中的重要补充，有助于评估肿瘤侵袭范围、腹膜和淋巴结转移程度等，同时因对孕妇和胎儿没有辐射作为经常补充检查。由于计算机断层扫描（CT）检查可产生电离辐射，以及已明确造影剂可穿过胎盘屏障对胎儿的神经或心脏系统产生影响，增加儿童以后患癌症的可能性，对于有生育意愿的孕妇选择CT检查应慎重<sup>[10-11]</sup>。血液中的肿瘤标志物，如甲胎蛋白（AFP）、糖类抗原125（CA125）、乳酸脱氢酶（LDH）和hCG等，因妊娠期间胎儿发育、分化和成熟相关的生物过程以及其他异常情况均可出现增高可能，因此在妊娠合并卵巢肿物中的诊断价值有限，通过监测其波动

水平可用于评估治疗反应和疾病复发的风险。

多项研究表明妊娠合并卵巢肿物的病理性质以生理性和良性肿物为主，这对临床诊治该类患者具有重要价值，从而指导临床选择合适的治疗方式，避免不必要的手术和治疗以及其他风险。本研究发现妊娠合并卵巢肿物以单侧居多，这与既往研究相符，但左侧较右侧为多，既往对于位置研究较少，仍需扩大样本量进一步研究有无特征性差异。有研究表明，高达71%的良性卵巢肿物在无任何干预的情况下会变小或消失，即使是那些表现出更复杂特征的肿块<sup>[11]</sup>。

除了卵巢肿物的性质影响治疗方式和妊娠结局外，肿物的大小和有无急性并发症对于临床医师采取何种治疗方式具有重要参考价值。妊娠合并卵巢肿物的患者通常无临床症状，当患者出现卵巢肿物扭转、破裂和出血导致急性腹痛，以及随着妊娠后期子宫增大导致卵巢肿物向上移位，阻止胎儿下降导致分娩困难时会影响患者妊娠结局，其中卵巢肿物蒂扭转是最常见和最严重的并发症<sup>[12]</sup>。另一方面，肿物增大通过压迫邻近器官影响妊娠结局，压迫消化道可引起消化道梗阻，压迫泌尿道可引起输尿管积水，症状严重保守治疗效果不佳时仍可能影响分娩方式。周晓美等回顾性分析176例妊娠合并卵巢肿瘤的直径与并发症发生率的关系，发现肿瘤直径在<5cm、5~10cm、>10cm三组出现并发症的概率为0%、13.4%、16.7%，两两比较差异具有统计学意义<sup>[13]</sup>。对于直径>5cm或形态可疑的卵巢肿块，孕16周后必须重新行超声检查评估。在手术方式的选择上，临床医师的手术方式不一。Ye等人的研究发现，与开放手术相比，妊娠期腹腔镜手术可使早产风险降低近51%，且住院时间更短，术后疼痛较少，

失血量更少<sup>[14]</sup>。多项研究表明，腹腔镜检查在疼痛、住院时间、早期行走、减少失血和降低感染率方面的益处可能超过传统的开放式剖腹探查术<sup>[15]</sup>。尽管择期手术干预可以避免急性并发症，当需要手术时，最好的选择是在妊娠中期进行干预，此时流产的风险较低<sup>[12]</sup>。

综上所述，因妊娠特殊的时期，临床医师对于卵巢肿物的处理需更加谨慎，应根据患者意愿、临床表现、肿物性质、有无并发症等综合因素制定个体化的治疗方案，确保母婴安全。影像学检查提示恶性肿瘤倾向以及有急性并发症的妊娠患者，应权衡利弊后选择合适的手术时机及方式进行治疗。而生理性囊肿以及良性肿瘤的妊娠患者，尤其是直径较小时，因大多数肿物会自发消退，患者无症状不建议积极手术治疗，鼓励患者选择观察随访，避免过度医疗对孕妇和胎儿带来其他影响，这样也能减轻患者对疾病的担心焦虑，有利于孕妇和胎儿身心健康。观察随访的患者应警惕卵巢肿物蒂扭转、恶性肿瘤发现延迟的潜在风险，需定期行超声检查<sup>[16-17]</sup>。

### 【参考文献】

- [1] Hakoun AM, AbouAl-Shaar I, Zaza KJ, et al. Adnexal masses in pregnancy: an updated review[J]. Avicenna J Med, 2017, 7(4): 153-157.
- [2] Leiserowitz GS, Lin JF, Tergas AI, et al. Factors predicting use of neoadjuvant chemotherapy compared with primary debulking surgery in advanced stage ovarian cancer—a National Cancer Database study[J]. Int J Gynecol Cancer, 2017, 27(4): 675-683.
- [3] 中华医学会儿科学分会，中国优生优育协会生育健康与出生缺陷

- 防控专业委员会, 江西省妇幼保健院, 等. 早中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠的中国专家共识 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(06): 654-659.
- [4] 马亚琪, 王昀, 刘爱军, 等. WHO(2014) 卵巢肿瘤组织学分类 [J]. 诊断病理学杂志, 2014, 21(8): 530-531.
- [5] Valentina D' Ambrosio, Roberto Brunelli, Lucia Musacchio, et al. Adnexal masses in pregnancy: an updated review on diagnosis and treatment[J]. Tumori Journal, 2021, 107(1): 12-16.
- [6] 汪志辉, 生秀杰. 妊娠期附件包块的诊断策略 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(12): 1145-1148.
- [7] Lynn KN, Steinkeler JA, Wilkins-Haug LE, et al. Hyperreactio luteinalis (enlarged ovaries) during the second and third trimesters of pregnancy: Common clinical associations[J]. J Ultras Med, 2013, 32(7): 1285-1289.
- [8] 余贵媛, 李秋霞, 张蕾, 等. 425例妊娠合并卵巢肿瘤患者的诊治分析 [J]. 国际妇产科学杂志, 2018, 45(2): 231-235.
- [9] 冯敏芝, 伍诗媚, 李建聪. 超声在妊娠合并卵巢肿瘤患者的诊断价值 [J]. 分子影像学杂志, 2019, 42(4): 439-443.
- [10] 孔宪超, 宋铁芳. 影像学检查在妊娠合并妇科肿瘤诊断中的应用 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(10): 1098-1102.
- [11] Pamela I. Causa Andrieu, Shaun A. Wahab, Stephanie Nougaret, et al. Ovarian cancer during pregnancy[J]. Abdominal Radiology, 2023, 48(5): 1694-1708.
- [12] 中国优生科学协会肿瘤生殖学分会, 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤专委会. 妊娠期卵巢肿瘤诊治专家共识 (2020) [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(5): 432-440.
- [13] 周晓美, 苏亦平. 妊娠合并卵巢肿物的临床分析 [J]. 医学研究生学报, 2018, 31(2): 178-180.
- [14] Kristen Cagino, Li Xuan, Thomas Charlene, et al. Surgical Management of Adnexal Masses in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2021, 28(6): 1171-1182.
- [15] Kaja Michalczyk, Cymbaluk-Płoska Aneta. Approaches to the Diagnosis and Management of Ovarian Cancer in Pregnancy[J]. 2021, 11(13): 2329-2339.
- [16] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南 (2021年版) [J]. 中国癌症杂志, 2021, 31(6): 490-500.
- [17] 辛玉琦, 王晓慧. 妊娠合并卵巢肿瘤的诊疗进展 [J]. 国际生殖健康 / 计划生育, 2021, 40(2): 167-171.
- 【作者简介】** 靳姣, 女, 西安交通大学第二附属医院全科医学科, 主管护师。
- 【通讯作者】** 刘聪蕊, 女, 西安交通大学第二附属医院全科医学科, 主治医师。