

妊娠期卵巢肿瘤(附50例报告)

徐成康^① 李大慈

(中山医科大学附属第一医院妇产科,广州,510080)

关键词 卵巢肿瘤;B超;剖宫产

中图分类号 R714; R73.31

有关孕期卵巢肿瘤的发生率各种报道差异很大,自1/273至1/2 489,可能与漏诊率有关^[1,2]。孕期卵巢肿瘤比非孕期发生并发症的机会及恶性肿瘤扩散的机会均增加,因而减少孕期卵巢肿瘤的漏诊对孕期保健有重要意义。作者总结我院近10年孕期及分娩期卵巢肿瘤诊治情况,对产前被B超漏诊的原因作粗略的探讨,并探讨剖宫产在减少漏诊方面的意义,以引起临床医生的关注。

1 对象与方法

1.1 材料来源

收集本院1983年1月至1992年12月所有孕期卵巢肿瘤,共50例,此期分娩总数为21 980,剖宫产数5 064。由剖宫产发现的卵巢肿瘤34例,由B超发现的14例,妇检发现的仅2例。所有病例有手术治疗及病理诊断。

1.2 临床资料

年龄最小21岁,最大37岁,平均28.4岁;初产妇47例,经产妇3例;孕期出现下腹痛等不适仅6例;剖宫产46例(其中因卵巢肿瘤而剖宫产有7例),顺产4例。

1.3 方法

以B超漏诊组为研究对象与B超发现组作对照,选出影响B超检查结果的相关因素作对比,采用卡方检验及t检验分析。

2 结果

2.1 病理诊断

本组50例患者病理学诊断结果见表1。

表1 50例卵巢肿瘤的组织学类型及构成比

组织学类型	数目(%)
畸胎瘤	30(60)
浆液性囊腺瘤	2(4)
粘液性囊腺瘤	5(10)
卵泡膜瘤	1(2)
类癌	1(2)
纤维乳头状瘤	1(2)
黄素囊肿	8(16)
卵巢冠囊肿	2(4)
合计	50(100)

2.2 漏诊原因分析

将两组临床提示、初检孕周、肿瘤大小的有关资料进行分析,结果见表2。

表2 相关因素在两组中出现情况

	临床提示 (有)	初检孕周 (<28周)	肿瘤大小(cm) (平均值)
漏诊组	1/30	2/30	5.22±1.48
发现组	8/14	4/14	11.85±10.03
P值	<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

3.1 孕期卵巢肿瘤的诊断

因卵巢肿瘤深藏于盆腔,患病初期很少有症状,往往在出现各种并发症或出现明显转移后才被发现,此时常需紧急手术切除附件而致以后生育力下降^[3],恶性肿瘤也已届晚期,预后极差。因而,卵巢肿瘤的早期诊治显得十分重要。妊娠B超的广泛应用

^① 第一作者 32岁,男,医师

为我们提供了对被认为是健康的妇女作详细检查的机会,但检出率高低各作者报道不一,其原因不清^[3]。本文对几个相关因素的分析认为可能与临床提示肿瘤的有无及B超初次检查时孕周、卵巢肿瘤大小等因素有关。当然也可能与胎位、母体肠气、检查人员的经验等有关。早孕期的常规检查也许会提高发现率。值得注意的是剖宫产似乎对卵巢肿瘤的早期诊治有一定帮助,本文中有30例被B超漏诊而由剖宫产发现。近年来剖宫产率逐年上升,近五六年达20%左右^[4],我院1983年为18.8%,而1992年达31.6%,因其可能引起各种并发症而使人们担心,但剖宫产手术对卵巢肿瘤的早期诊治似乎有好处,因此也应辩证看待。

参 考 文 献

- 1 Grimes WH, Bartholomew RA, Colvin ED, et al. Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1954, 68:594
- 2 Tawak. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1964, 90:511
- 3 Koonings PP, Platt LD, Wallace RT. Incidental adnexal neoplasmas at cesarean section. *Obstet*

3.2 孕期卵巢肿瘤的处理

Grime等^[1]发现由B超动态观察的13例孕期卵巢囊肿中有7例自行消失,以后随访也未见肿瘤。因此提出孕期发现的卵巢囊肿可进行动态观察不必急于手术。若高度怀疑为肿瘤,手术应选择在中孕期以免引起流产或早产。肿瘤的手术方式可根据具体情况而定与非孕期相同。良性者行肿瘤剔除,有可疑恶变包膜完整可先剔除,但需送快速冰冻病理活检,若为恶性或低度恶性应作附件或根治手术。不应随意去留卵巢。何秀琴^[5]等发现切除一侧卵巢后对侧卵巢有较高生瘤倾向,与Casagrande等^[6]提出的卵巢上皮性肿瘤发生的“连续排卵学说”相符合。

Gynecol, 1988, 72:767

- 4 苏应宽,叶惠芳. 有关剖宫产术的几个问题. *中华妇产科学杂志*, 1983, 18:1
- 5 何秀琴,魏永和. 残留卵巢癌45例分析. *实用妇科与产科杂志*, 1987, 3:245
- 6 Casagrande JT, Louie EW, Pike MC, et al. Incessant ovulation and ovarian cancer. *Lancet*, 1979, 2(8135):170

(1993-09-20收稿 1993-11-25修回)

(上接封3)

而,我们认为可以把本地区血型分布比例作为血库备血比例的依据。为此,我们订出广东地区综合医院血库日常备血原则:备血量为月总血量(平均)的1/8,O、A、B和AB各型所占的比例约为43:25:26:1。综合成一个简单的计算公式为:

某型血备血量=月总用血量 $\times \frac{1}{8} \times$ 本地区某血型分布比例。

$$\text{即 O型备血量} = \text{月总用血量} \times \frac{1}{8} \times \frac{43}{100}$$

其余各型备血量依次类推。近年来,本院血库按上述备血原则备血,既保证了临床用血的需要,又避免了血液超期浪费现象。当然,血库用血常受制于临床手术大小及多少等多方面因素,或偶遇大型工伤、交通事故等出现“偏型用血”现象,但血库工作人员只需根据实际情况在此备血比例基础上作适当调整

即可。作者认为,本文总结出的一般情况下血库备血量原则及计算公式有一定的实用价值,值得在广东地区综合医院血库推广使用。

本文承我院高崇善教授,黄绍良副教授指导并审阅,特此致谢)

参 考 文 献

- 1 肖星甫. 输血和血库手册. 成都:四川省卫生厅出版, 1982. 53~54
- 2 李永安. 临床输血. 吉林:科学技术出版社, 1990. 611~612
- 3 赵桐茂. 人类血型遗传学. 北京:科学出版社, 1987. 50~52, 226~227

(1993-05-15收稿 1993-10-03修回)