1 例左侧浆液性囊腺瘤伴发热患者的临床治疗体会

张馨文

西安国际医学中心医院　陕西西安

【摘要】卵巢粘液性囊腺瘤是最常见的上皮性肿瘤，其肿瘤的恶性程度仅为 5%，其主要特征是肿瘤的形成和发展[1]。在肿瘤的初期，患者并没有明显的症状，直到肿瘤发展到后期，才会有腹胀和腹部疼痛的症状。在临床上，最多见的是黏液性囊腺瘤和胰腺浆性囊腺瘤。好发于中、老年女性，约为 2%的胰腺癌。随着医学技术的快速发展，该病变的检出率显著提高，而对其进行影像检查与鉴别并没有显著的差别[2]。胰腺囊腺瘤有两种类型，是胰腺黏液性囊腺瘤，另为胰腺浆液性囊腺瘤，在初期没有什么特别的表现，可以表现为腹胀、腹痛、扪及包块等，在身体检查中很容易出现漏诊和误诊的现象。由于不同的肿瘤，其不同的治疗方法也不一样，因此，术前需要对其进行鉴别，从而为临床制定合适的手术方法奠定基础[3]。本文对 1 例左侧浆液性囊腺瘤伴发热患者的临床治疗进行回顾性分析，从而判断肿瘤与发热之间的关系，为今后临床治疗提供参考。

【关键词】左侧浆液性囊腺瘤；临床治疗；发热；盆腔肿瘤

【收稿日期】2025 年 4 月 18 日　　【出刊日期】2025 年 5 月 25 日　　【DOI】10.12208/j.ijcr.20250226

Clinical treatment experience of a patient with left serous cystadenoma and fever

Xinwen Zhang

Xi'an International Medical Center Hospital, Xi'an, Shaanxi

【Abstract】Mucinous cystadenoma of the ovary is the most common epithelial tumor, with a malignancy degree of only 5%. Its main characteristics are tumor formation and development. In the early stages of the tumor, patients do not have obvious symptoms until the tumor develops to a later stage, when they will experience bloating and abdominal pain. In clinical practice, the most common are mucinous cystadenoma and pancreatic serous cystadenoma. The incidence of pancreatic cancer is about 2% in middle-aged and elderly women. With the rapid development of medical technology, the detection rate of this lesion has significantly increased, but there is no significant difference in its imaging examination and differentiation [2]. There are two types of pancreatic cystadenoma: mucinous cystadenoma and serous cystadenoma. In the early stages, there are no special symptoms, but they can be manifested as abdominal distension, abdominal pain, palpable masses, etc. It is easy to miss or misdiagnose during physical examination. Due to the different treatment methods for different tumors, preoperative differentiation is necessary to lay the foundation for the development of appropriate surgical methods in clinical practice. This article retrospectively analyzes the clinical treatment of a patient with left serous cystadenoma accompanied by fever, in order to determine the relationship between tumor and fever and provide reference for future clinical treatment.

【Keywords】Left serous cystadenoma; Clinical treatment; Fever; Pelvic tumors

1 典型病案

1.1 一般资料

患者，女性，15 岁，主因“间断发热 1 年”于 2024 年 2 月 25 日入院。患者 1 年前无明显诱因出现发热，最高体温 40℃，伴有咳嗽、咳白色粘液痰、腰痛，不伴头痛、头晕、心慌、胸闷、气短等不适，先后就诊于多家医院，考虑“上呼吸道病毒感染”，服用“头孢地尼、阿奇霉素、中药（具体成分不详）”，效果均不佳，体温仍有波动，最高体温 40.6℃，为进一步诊治，来我科，门诊以“发热”待查收治入院。入院后查体：体温 38℃，呼吸 18 次/分，心率 88 次/分，血压 137 mmHg / 73 mmHg，心肺体格检查未见明显异常。腹型肥胖，腹壁柔软，无压痛、反跳痛及肌紧张，肝脾肋下未触及，双下肢无水肿。

1.2 检查

血常规、尿常规、粪常规、炎症指标：未见异常；全身 PET-CT 提示：脂肪肝、盆腔可见一巨大囊性肿物并放射性缺损，边缘光整，大小约 8.9cm×9.9cm×10.1cm，内部密度均匀，囊腺瘤可能；盆腔少量积液，请妇科会诊后，建议行手术治疗。

1.3 诊断

诊断：（1）发热（2）脂肪肝（3）盆腔囊腺瘤？

1.4 治疗

行左侧输卵管病变切除，病理报告提示：左侧浆液性囊腺瘤（输卵管系膜病变切除标本）。

1.5 治疗结果、随访及转归

左侧输卵管病变切除术后第二天体温恢复正常，未再出现发热。

2 讨论

2.1 病例特点分析

（1）长期发热的特殊性

该患者已有 1 年多时间的持续性发热，最高体温可达到 40.6℃，而常规炎性指标（如血常规和 C 反应蛋白等）均为正常，因此推测其为无感染性发热。发烧在手术后即刻消失，说明发烧与盆腔肿瘤有直接关系。目前临床上发现，输卵管浆液性囊腺瘤（SC）一般没有临床表现，但由于其直径约 10 cm，容易对周边器官造成压力或诱发无菌性炎症，从而引起发热。

（2）影像学与病理特征

PET-CT 发现骨盆内有放射缺陷的囊性肿块，与正常的低代谢，边缘光滑，与卵巢囊肿和畸胎瘤相鉴别。经病理学证实，此病例为一单侧系膜浆状囊腺瘤（19~34 岁，以壶腹部/伞端多发）。

（3）并发症与治疗反应

患者同时伴有腹部肥胖及脂肪肝，提示有代谢综合征的发生，应重视手术后的代谢控制。但经外科手术后，患者的身体温度又迅速回升，证实了两者之间的因果联系。

2.2 针对性治疗方案

由于子宫内膜癌良性，故在手术中采用单侧的输卵管病灶切除（保存了卵巢），以最大程度地保存生殖能力。手术中应尽量将病灶全部摘除，防止因囊内液体溢出而引起的种植和扩散。

2.3 术后管理

发热监测：手术结束后 24 h 之内体温恢复正常，表明没有其他的可能的感染，一般不需要做任何的治疗。该病例的发烧与肿瘤细胞释放炎性介质（IL-6 等）或囊肿压增高相关，值得深入研究。

在相似的情况下，即便炎性指数无异常，仍需考虑到骨盆肿瘤的可能性，特别是在长时间未知的年轻女性中。

3 分析

浆液性囊腺瘤呈蜂窝状、多孔状，内部有分隔的结缔组织，通常是多个小囊泡构成，囊体内为一层扁平或立方状结构，肿瘤细胞无核分裂。黏液性囊腺瘤是体积很大的囊肿，里面充满了大量的液体，内壁非常的光滑，囊内少数可见乳头状突起，很容易发生恶性转化。CT 能从任何角度进行成像，分辨率高，分层薄，快速，提高影像质量，能清楚地显示肿瘤的大小、性质、位置，并能清楚地看到肿瘤的微小形状改变，提高诊断的准确性，能清晰地、多个角度、直观地观察到胰腺囊腺瘤，减少漏诊和漏诊，对临床治疗、诊断和预后有重大意义。囊腺瘤的超声特征主要为单侧，体积大，多呈多室型，有明显的间隔，其囊壁和分隔带平滑、整齐，在其内部有大量的密集或稀少的斑点（主要是因为其内部有大量的黏稠或稀薄的液体、胶状或藕粉样黏液，是糖蛋白）。临床上常见的是肿瘤细胞会在腹腔内种植并不断地分泌出大量的液体，这就是所谓的“腹腔粘液瘤病”，通常局限于腹膜的表层，但是也有一些肿瘤的出现在肠道、腹壁和肝脏中，超声特征是不规则的，没有被膜的回声，边界不够平滑，但是肿瘤的内部结构与正常情况相一致[4]。良性粘液性囊腺瘤体积虽大，但组织相对单一，而恶性的粘液性囊瘤，由于其多室多隔，其病变更加复杂，其特点是：①石菜花样：囊内多隔，仅有一根干，并向外延伸出很多分支。②苇状型：囊腔中有很多隔片，呈簇生的芦秆样，具有较复杂的构造。③孤立性乳突：囊内有一大的乳突突起，其内有大量的横膈膜重叠。④多隔：多隔，隔间增厚，隔间有较大的实质性结节，也可从囊壁上长出实质性的乳突或结节。⑤常伴有腹腔积液。超声因其具有仪器简便、费用低、无创等优点，能连续动态地观察和跟踪病灶变化，已逐渐成为临床上卵巢癌的第一项检测手段。超声可显示附近区域的肿块，可判定其为实性、囊实性或囊实性，并可在一定程度上判定肿块的良恶性，为临床诊断和治疗奠定基础。充分发挥超声波的便利作用，并配合 CA125 等生物化学检查，对高风险人群进行筛查，实现对卵巢肿瘤的及早诊断，并对其治疗后的状况进行追踪。该案例的患者痊愈良好，在接下来的数年内，都没有再出现过复发[5]。

在以往的研究中，对于年轻女性患者，多采用保留

两个附件，而保留的两个输卵管则有可能导致卵巢肿瘤的风险。输卵管预防性切除术（prophylactic bilateral salpingectomy，PBS）又称为机会性输卵管切除术，是以非输卵管性疾病（主要是子宫切除术）行盆腔手术时，可同时切除输卵管，以此作为卵巢癌、输卵管癌或腹膜上皮性癌的一级预防，为了保持女性的正常生理机能，必须有充足的卵巢供血。卵巢的血液供应是由子宫动脉的卵巢分支和卵巢动脉共同提供的。子宫与卵巢、输卵管构成动脉吻合网络，为卵巢和输卵管提供血液供应。全子宫手术后，原发于子宫动脉的卵巢分支失去了血液供应，必然会对其功能产生一定的影响[6]。通过检测窦卵泡数量、卵巢动脉收缩期血流速度、抗尿促卵泡激素、FSH 水平及卵巢动脉收缩期血流速度，观察两组患者卵巢功能变化，发现两组患者手术前后各项生化参数无显著性差别。 PBS 可加速卵巢机能减退，对于绝经前女性，在进行手术的同时应该尽量保持两侧的输卵管。

对于妇产科医生来说，简单的子宫切除术和输卵管切除术，都是比较常见的术式，从分类上来说，开放被归类到了 2 级，而腹腔镜则被归到了 3 级。由于单一的子宫切除对患者的卵巢有何作用，目前尚未有确切的结果，所以，在术中尽量保持卵巢的血流是外科医生必须考虑的问题。需要注意的问题有：（1）在做良性子宫疾病的子宫全切和双侧输卵管切除之前，要认真地对盆腔和腹部进行探查，如果发现有粘连的地方要小心地将其分开，如果需要的话，可以用生理盐水清洗盆腔和腹腔，同时要做好手术后的灌洗液做病理切片[7]。（2）在手术过程中，为了保证卵巢的血液供应，应采用保存子宫动脉上升分支的方法。（3） 若采用腹腔镜，采用单极或双极电凝镊等能量仪器，应避免长时间高强度使用，以免引起卵巢功能受损。（4）切断时要尽量贴近输卵管，使其对卵巢的供血能力降低；当能量仪器贴着管道应用的时候，一定要注意正确地应用能源仪器，避免产生热辐射，从而对病理检测造成不良的后果。（5） 在卵巢肿瘤发生过程中，以伞状腺体为最多见。若与卵巢发生了粘连，应谨慎地将其从伞侧至子宫角区尽量分开，彻底切断输卵管。（6）手术后输卵管组织的管理：前期研究表明，因为输卵管末端有较高程度的浆液性腺癌（92%发生在伞端，8%发生在壶腹），所以需要对其进行完整而细致的手术治疗，尤其是输卵管伞端的诊断。将输卵管伞部纵切成两段，横切2—3mm，石蜡包埋，病理切片。

输卵管伞状结构是大部分高分化卵巢上皮细胞的起始部位，是治疗女性生殖道恶性肿瘤的重要手段。对卵巢癌的防治似乎变得前所未有的重要，这是由于大量的筛选测试显示，即使达到分期转移也不能提高死亡率。在不列颠哥伦比亚省，于 2010 年开展了一次普及第一次防治活动，鼓励那些有普通患有卵巢癌症危险的妇女，因为她们有良好的指征而进行了子宫摘除手术。这一预防性活动的接受程度、安全性以及成本有效性都得到了确认。我们目前的研究结果显示，在普通人口中，经手术治疗可成为一种较好的治疗方法。在接受手术的女性中，无一人出现卵巢浆细胞癌，远远低于预计的 5 个病例。由于有共同的危险因素以及保护性因素的存在，她们患上了更高的患上了卵巢癌的危险（如低产次、怀孕次数减少、老年），这意味着本研究的结论不能被混淆。研究结果同时也为高分化型浆细胞肿瘤的来源提供了新的认识[8]。早在 20 年以前，一份颇具争议的评论就曾提出，也许卵巢表层的表皮并非一种肿瘤的来源。随后，通过对 BRCA 基因变异患者的输卵管及卵巢的细致检查，我们找到了一种名为“浆状输卵管上皮内癌”的异常病灶，但无卵巢组织学改变。自那以后，很多关于输卵管和卵巢的系统性研究显示，在 BRCA 变异的患者中，在零星的高等级的浆液性癌中很常见，但是在普通的群体中并不常见。基因组学分析发现，鳞状上皮类肿瘤与恶性程度较高的浆状肿瘤密切相关，且其转基因小鼠表现为高度恶性浆状肿瘤。但目前已有研究表明部分高分化的浆细胞肿瘤起源于卵巢。提示部分高分化的浆细胞肿瘤可能起源于子宫的表上皮或子宫内膜。但是，虽然有很多研究做了详尽的分析，但是还没有找到确切的起源于高等级的卵巢浆细胞癌[9]。

总之，从“二元论”理论出发，通过对卵巢癌发病机制的研究，提出了可减少患者发病危险的新方法——输卵管阻断术，以减少其发病的危险性，并逐渐被广大妇产科医生认可。加拿大不列颠哥比亚地区的卵巢癌组（OVCARE）率先将其应用于卵巢癌的主要预防措施，此后加拿大妇科医生学会（SOGC）又在 2018 年对其进行了重新推荐。PBS 的手术方法具有一定的安全性和实用性，但在使用 PBS 时要特别注重对卵巢功血的保存。但其对女性卵巢的作用尚需长期、大样本量的研究。

4 总结

本病例显示虽然是良性肿瘤，但是较大的肿瘤会因受压或发炎而引起发烧。外科手术是目前最好的方法，但应注意代谢的控制和远期的追踪。在发热患者中，

特别是青年女性，应用抗菌药物治疗效果不佳时，要排查盆腔占位性病变。

参考文献

[1] 冯楠,张永庆,梁维孝,等.1 例子宫浆液性囊腺瘤诊治体会及文献复习[J].现代诊断与治疗,2024,35(23):3615-3616.

[2] 刘思敏,李红丽,郭希,等.妊娠晚期合并卵巢浆液性囊腺瘤蒂扭转一例[J].国际妇产科学杂志,2024,51(06):632-635.

[3] 陈浩然,顾振鹏,崔金秀,等.子宫表面巨大浆液性乳头状囊腺瘤 1 例报道并文献复习[J].妇儿健康导刊,2024,3(22):30-33.

[4] 石冬青,郝荣,安晓玲,等.血清肿瘤标志物联合阴道超声血流参数鉴别卵巢浆液性囊性腺瘤与囊腺癌的诊断价值[J].医学影像学杂志,2024,34(10):112-115+124.

[5] 朱志华,刘志强,吴河水.胰腺囊性肿瘤的诊治策略[J].临床外科杂志,2024,32(07):680-682.

[6] 许贝贝.MRI 增强扫描联合弥散加权成像鉴别诊断良恶性卵巢浆液性囊腺瘤的价值[J].医疗装备,2024,37(09):24-26+30.

[7] 杨珊珊,沈松柏,李晓舒.64 排螺旋 CT 在胰腺囊性病变诊断中的应用价值[J].临床放射学杂志,2024,43(05):763-768.

[8] 王朋,李云,王晓艳,等.胰腺浆液性囊腺瘤误诊病例的 MSCT 影像特征与病理分析[J].临床误诊误治,2024,37(05): 14-18.

[9] 朱中飞,毛宽政,张佳琛,等.胰腺浆液性囊腺瘤 104 例临床诊治分析[J].中国普通外科杂志,2024,33(03):357-365.

版权声明：©2025 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

OPEN ACCESS