

癌的臨床診斷和治療

李 師 敏 譯

上海衛生出版社

癌的临床诊断和治疗

Leonard B. Goldman 原著

李师敏 译

上海卫生出版社

一九五七年

內 容 提 要

本書是原作者積二十余年治療了上萬癌腫患者的經驗與心得，簡明扼要地寫成的。它重點地說明了癌的早期診斷、治療方針、以及一些可能的預防。

這裡，又全面地敘述癌的种类、臨床診斷與鑑別的重要特征、進展的過程和所應該採取的治療方針：外科手術或放射療法，單純性手術，還是根治手術；同時還包括了藥物療法。原作者認為，將來對於藥物療法方面的應用將有着更大的發展。本書中所提供的各種對於癌的診斷和治療方法，有助於一般外科醫師和從事腫瘤治療工作者的實際應用。

Fundamentals of Clinical Cancer

Leonard B. Goldman, M. D.

J. & A. Churchill Ltd.

London 1953

癌的臨床診斷和治療

李 師 敏 譯

*

上海衛生出版社出版

(上海漢中路1670弄11號)

上海市書刊出版業營業許可証出080號

上海集成印制厂印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本 787×1092 紙 1/27 印張 8 8/9 字數 203,000

1957年3月第1版 1957年3月第1次印刷

印數 1—4,500

統一書號 14120·168

定價(道林紙) 1.60元

譯 者 的 話⁴¹⁸¹

癌腫是諸病中比較難治的，目前尙無有效的療法。而吾國對於此病的研究亦不夠深入，著作尤為少見。因此之故，並由於當前吾國正在致力於科學研究，並向世界先進經驗學習之時，譯者以此書很適合吾國醫界閱讀及參考之用，故不揣譾陋，特予以譯述。本書原著，簡明扼要，精確不漏，全面而清晰。倘若讀者們能掌握本書中所提出的早期診斷與治療的方法，而又能積極地注意到早期癌腫發見的話，那末，對於癌腫的患者有很大的幫助。不但這樣，譯者也希望本書的讀者對癌的研究，能更加深入；對各種先進的發明能多予推薦；俾將來在癌的預防方面能有特出的發見。讓我們為着保障廣大人民的生命安全，和促進人民的健康，共同努力吧！

最後，譯者對於邱少陵醫師的審校與幫助，並對於編輯同志的寶貴意見，致深切的感謝！

李師敏

1953年6月12日

預防癌的十誠

1. 誕生時即作包皮環切尤可以避免陰莖癌，和減少前列腺癌與女性子宮頸癌的發病數。

2. 將每個頑固的潰瘍病灶作活組織檢查。

3. 採取活組織標本時，不要切入一個非潰瘍性的腫瘤，除非以後要將整個腫瘤去除的。

4. 對乳部每個腫塊都應視為惡性的，直到証實其良性為止。

5. 應懷疑一顆起變化的痣。

6. 如果在痰中或尿中、或直腸中出血時，應首先想到癌腫。

7. 在治療嘶啞、咳嗽、消化不良和便秘以前，應先將惡瘤可能性除外。

8. 治療子宮頸內膜炎，以避免子宮頸癌。

9. 如果在絕經期後出現陰道流血時，應準備癌的治療。

10. 那些引起持續性疼痛的腫瘤，除了骨瘤以外，都不宜施行手術。

目 錄

譯者的話

預防癌的十誡

第一章 總論..... 1

癌的診斷——癌的治療——癌的外科手術——癌的放射療法——X
綫療法——鐳錠——放射性同位素——癌的化學療法——生殖腺素
——促腎上腺皮質素和腎上腺皮質素——氮芥和三乙烯氰胺——叶
酸對抗劑——烏拉坦(氮甲酸乙酯)

第二章 皮膚的腫瘤.....15

基底細胞和鱗狀細胞癌——角化症——較少見的皮膚惡化症——惡
性黑色素瘤——痣

第三章 頭和頸部的腫瘤.....30

唇癌——口腔癌——頷骨的腫瘤——口咽部和咽下部癌——鼻咽癌
——副鼻竇癌——喉癌——唾液腺腫瘤——甲狀腺癌

第四章 胸腔的腫瘤.....65

肺癌——特殊形態的肺癌——縱隔腫瘤——肉瘤樣病——胸腔內的
動脈瘤

第五章 胃腸道的腫瘤.....76

食管癌——胃癌——胃肉瘤——小腸的腫瘤——結腸癌——肛門癌
——肝癌——胆囊癌——肝外胆管癌——胰腺癌——胰島細胞腫瘤

第六章 泌尿生殖系的腫瘤.....95

腎上腺腫瘤——腎臟癌——輸尿管癌——膀胱癌——前列腺癌——
男性尿道癌——辜丸癌——陰莖癌——陰囊癌

第七章 乳部的腫瘤..... 113

乳癌——特殊類型的乳癌——乳部的叶形囊肉瘤——乳部的良性
腫瘤

第八章 妇科系統的腫瘤..... 123

女陰癌——女性尿道癌——陰道癌——子宮頸癌——子宮頸癌和妊娠——子宮底癌——子宮肉瘤——絨毛膜上皮癌——輸卵管癌——卵巢腫瘤

第九章 淋巴母細胞瘤和白血病..... 142

何杰金氏病和淋巴肉瘤——少見的淋巴母細胞瘤——白血病

第十章 兒童期的惡性腫瘤..... 160

韋姆氏瘤——神經母細胞瘤——白血病——淋巴肉瘤——歐汶氏肉瘤Ewing's sarcoma——成骨肉瘤——纖維肉瘤——視網膜母細胞瘤

第十一章 軟組織肉瘤和骨瘤..... 168

軟組織肉瘤——纖維肉瘤——脂肪肉瘤——橫紋肌肉瘤——惡性滑膜瘤——惡性骨瘤——成骨肉瘤——軟骨肉瘤——多發性骨髓瘤——良性骨瘤——骨軟骨瘤——內生軟骨瘤——骨樣骨瘤——巨細胞瘤——骨的纖維結構不良——骨的柏哲志氏病

第一章 总 論

癌 的 診 断

癌是一羣細胞的惡性生長，若不加以根除，迟早会侵襲到組織而損害身体的功能，又往往擴散而成繼發性生長。由于發生腫瘤的地位不同，而有各种不同的促成因素。

初期的癌往往并不引起症狀，因此，淺部的早期癌腫，常在進行体格檢查時被發現，而深部的就只能在診斷或手術過程中偶然發現。當症狀出現時，多半是受累器官的最普通症狀：口腔——有一個潰瘍；喉——嘶啞；肺——咳嗽；胃——消化不良；子宮頸——陰道分泌異常和流血。除了晚期的癌腫外，一般沒有疼痛和體重減輕等症狀。

發生在表面暴露部位上的癌，彼此都很相像。早期病灶，往往是一個小而不規則的和呈紅色的潰瘍面。有向外生長的外翻型，或向內生長的浸潤型。外翻型病灶是突起的，表層潰瘍，根部結實；浸潤型則是中央內陷而堅硬的潰瘍。發生在深部器官的癌，往往是結實的、呈節結狀、而無壓痛的。

確定癌的診斷以前，應先行活組織檢查，這樣才可以在開始治療前，得到一個明確的組織學上的證明。在內部器官有明顯的惡性變化時，則系例外；例如卵巢、消化道（除其上下兩端外）、和腎臟等。采集活體標本的方法，可依腫瘤的類型和部位而定。

采取活組織標本的方法

1. 切片法 標本應由腫瘤的最典型部分以及其毗鄰處來採取。採取時務須切到它的基底，並非淺表地薙下一層。如為皮膚、嘴唇、口腔前部、陰莖、女陰、和肛門等潰爛部位則可用銳利的小剪刀〔如圖 1 (1)〕或解剖刀來採取活組織標本。如為口腔後部、咽、喉、子宮頸等則可用咬組織鉗〔圖 1 (2)〕。此外，更可運用各種內窺鏡來採取氣管、食管、胃上部、膀胱、直腸以及乙狀結腸等部位的標本。切除時如有出血，可用紗布、棉球壓迫止血，或電烙尤亦可。

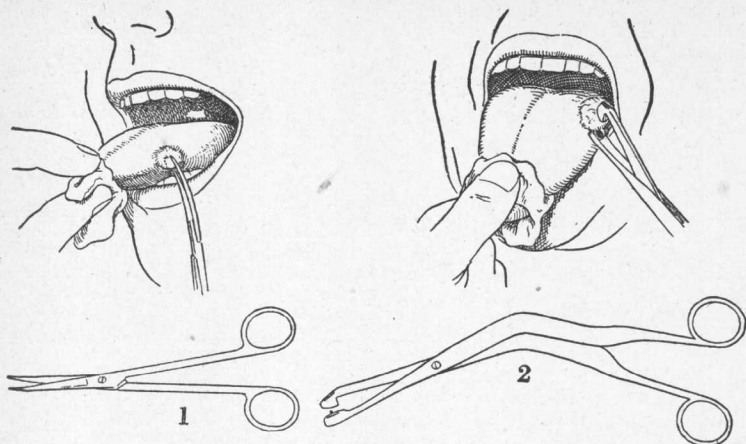


圖 1. 切片法採取活組織檢查標本

(1) 用剪刀；(2) 用咬組織鉗。

採取活組織標本時，很少應用外科透熱法，因為焦傷的標本，不能很滿意地得到組織學上的判斷。

2. 抽吸鑽孔法 戈得門氏改良的雪佛門鑽孔針 (Silverman biopsy punch needle)，可用來採取非潰瘍性腫瘤的標本，尤其適用於軟組織肉瘤、骨瘤、粘連的迁移性淋巴結和不宜手術的乳癌等 (圖 2)。這方法的優點是：不破壞腫瘤的包膜，所以不至影響以後的手術，又沒有疤痕形成，因而假使應用放射療法時，其放射的分量不會受到限制，同時也不會引起感染。在腫瘤表面的皮膚上先作一極小的裂口，則鑽孔時不會把一部分皮膚帶入。

3. 擦拭法 用明膠或海綿纖維，在潰爛的腫瘤上採取活組織標本。此法適用於難以使用切片法的地方。用鉗子夾住一塊 1 平方厘米的海綿纖維，壓在潰瘍最典型的部分約 20 秒鐘 [圖 3 (1)]，然後擦拭整個潰瘍表面 [圖 3 (2)]。那海綿纖維便吸取了組織的微粒，組織液和細胞。擦拭法很簡單，它可能收集潰瘍各處不同部位的瘤細胞。但此法沒有切片法來得精確。

4. 細胞檢驗法 用分泌物、排泄物、或從潰瘍上沖洗下來的液體作塗片，從那些脫落的細胞中，就可以辨認出癌腫來。細胞檢驗法只能輔助而不能代替切片法。此法的主要價值，是在痰液中發

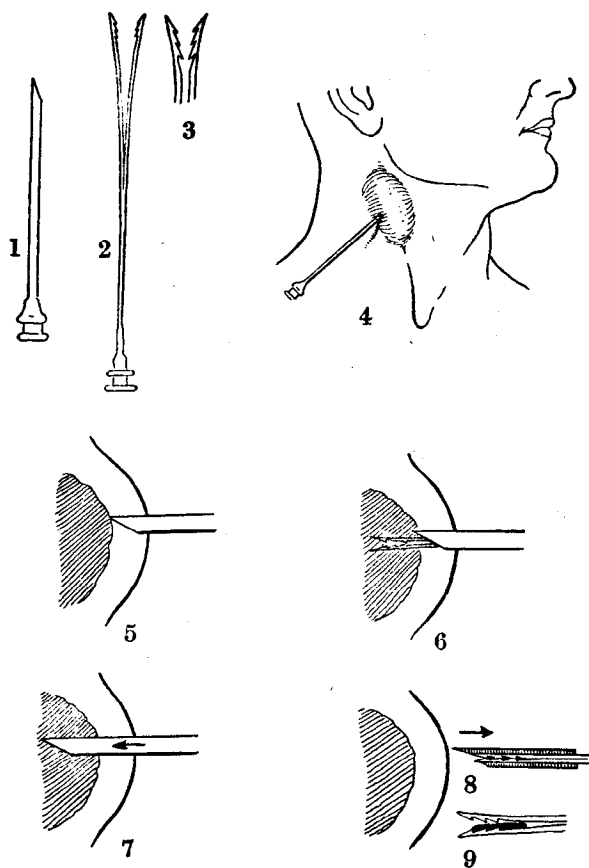


圖 2. 抽吸法採取活組織檢查標本——戈得門改良的雪佛門活組織抽吸針

(1) 套針；(2) 分裂針心，較套針長二厘米；(3) 放大的分裂針心末端，以顯示其齧狀端；(4) 注射奴佛卡因後用刀鋒在皮膚上作一小的割口，將套針插入；(5) 套針向腫瘤刺入；(6) 針心插入套針內；(7) 套針較針心更深入二厘米；(8) 兩針一起拔出；(9) 針心內已獲得組織。

現癌細胞，而作出支氣管癌的診斷，特別是當癌生長在支氣管鏡所看不到的地方（細胞檢驗法，對於檢查外表沒有症狀的子宮頸、或子宮內膜癌，也有相當的價值）。但是，如果已經看到了潰瘍，就應該咬取活組織為檢驗的標本。

5. 体液檢驗法 從人體內吸取的液體，尤其是從胸膜腔和腹

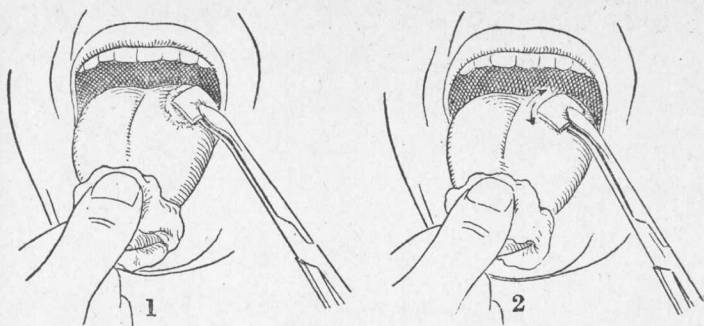


圖 3. 擦拭法採取活組織檢查標本

(1) 握着海綿纖維壓住潰瘍處約二十秒鐘；(2) 將海綿纖維擦拭整個病變部分。

膜腔內吸取的液體，應在顯微鏡下檢查腫瘤的碎片。液體經過离心机分離後，將沉澱物埋入石蠟中，將那蠟塊，在不同平面與不同的位置切下許多薄片。單靠一個細胞內部的變化來診斷癌腫可能有錯誤，研究成羣的細胞比較更正確。

不論用切片法、鑽孔法和擦拭法所採取的標本都應該立刻把它們放在10%的福爾馬林(甲醛)溶液中，以防其失水和自溶。如果要特別染色時，應將標本立刻放入岑克氏醋酸(Zenker's acetic)或佛茂耳溶液(Formol solution)中。

要是原發性癌已被控制，而在一個區域的淋巴組織中有一個非炎性的淋巴結腫大時，便應認為這個淋巴結里已含有癌腫，應該與其他淋巴結一起作大塊切除。如果淋巴結已有粘連，而我們想採取標本時，那就應該用抽吸法。倘認為一個腫大的淋巴結是淋巴母細胞瘤時，應尽可能把這個淋巴結或是一羣淋巴結完整地摘除，不把它弄破，那樣才不至損壞它結構上的形態。採取淋巴母細胞瘤的活體標本時，很少用抽吸法，因為作組織學診斷時：須用一個完整的淋巴結來檢驗，否則是不夠滿意的。

在施行手術時，若在腫瘤的大體病理上不能作出診斷，就應該採取一個活組織標本來作冰冻切片。如果發現癌細胞，就可作根治手術。但是，如果冰冻切片還不能肯定診斷時，手術就應該等到石蠟切片診斷後才進行。

組織學上的診斷，不應視為最後診斷；有時很不幸：標本也許因切面不正而影響腫瘤的狀態，也許腫瘤組織並沒有在切片中，或是偶然錯認癌細胞為別的細胞，甚至也有把標本互相換錯了的。

所以癌的診斷應該從臨床方面、化驗、放射學、以及組織學等各方面的論據來解釋決定之。

癌 的 治 療

癌的去處，應該用外科手術呢，還是用放射治療？應該尽可能使用手術治療，特別適用於分化的上皮細胞癌，和那些發生於體壁中胚層腫瘤，或是侵入肌肉、軟骨和骨質的腫瘤。放射療法則一般適用於未分化的上皮細胞組織腫瘤，和那些全身性和易遷移的腫瘤。

治 療 的 方 法

類 型	發生腫瘤的組織	組織學上的鑑別	腫 瘤 床
手術療法	起源於體壁中胚層的： 軟組織肉瘤，骨性肉瘤。	分化的上皮細胞瘤：腺性、粘液發生性、膠性和色素性等癌腫。硬性癌，以及第一和第二級的鱗狀細胞癌。	腫瘤侵入肌肉、軟骨和骨。
放射療法	起源於骨髓母細胞或淋巴母細胞的：白血病，淋巴瘤母細胞瘤。	未分化的上皮細胞瘤：基底細胞和間變性癌。第三和第四級的鱗狀細胞癌。	淋巴組織基墊：鼻咽部和舌根部腫瘤。

癌 的 外 科 手 術

在癌的外科手術中，腫塊應與其邊緣的大塊正常組織一起除去，以免切入癌的內部。早期的癌，可用單純手術切除；侵襲性癌，則應用根治手術除去，包括整個區域的淋巴結。包膜性的腫瘤，如腮腺、甲狀腺、以及乳部的腺瘤等，不應該把它剝出，而應將它與邊緣的正常組織一起截除，因為包膜可能是不完整的，或者這包膜瘤

也可能是惡性腫瘤。

不宜施行手術的最普通指征是：持續性疼痛，塊質粘連，表面靜脈的擴張和淋巴水腫。但是，間或一個腫瘤引起痛苦的排液，或引起身體對毒素的吸收，即使它已有轉移征象，亦應以手術截除之。

癌的放射療法

治療癌腫時，什麼時候該用 X 綫治療，或局部應用鐳錠，或用同位素治療呢？

一般喜用 X 綫療法，因為它的劑量準確而又可以平均分布，易于管理，且有較大的深度劑量。局部使用鐳錠，最適宜於治療可觸及的深部器官上的腫瘤，如使用足量的外部照射時，必然會毀壞其附近組織：例如子宮頸、子宮體和膀胱等。對於非潰瘍性腫瘤，尤其是不宜行手術治療的遷徙性淋巴結，則 X 綫和鐳錠療法兩者均可應用。往往先用外部放射法，如腫瘤頑固不變，可用針狀鐳錠或鐳管（鐳錠種子形管）插入它的深處。同位素療法應用於那些有選擇性的，能局限某一放射性物質的腫瘤。目前，外部放射法和鐳錠的局部使用法，仍然是兩種常用的療法。因為如果必需中斷治療時，立刻可以停止放射；而同位素應用以後，就必需等它排出這種物質，或者等這一物質的放射能耗盡為止。

X 綫療法

X 綫是從裝有兩個電極的真空管中產生的，其中一個是陽極——靶子；和一個陰極——燈絲。

開啓了 X 綫的開關，靶子上就負有陽電荷，而燈絲負有陰電荷。燈絲燃熱而放出電子，那些電子被吸引向靶子（速度則因電壓的高低而定），又突然被靶子擋住，因而產生各種不同波長的 X 綫。電壓愈高波長愈短，它的能量與穿透力亦愈大。

最初，X 綫的劑量測定是用它所產生的紅斑來計算的，但是紅斑會因很多的變異而不同——例如個別病人的年齡，皮膚的敏感度，放射能的強度和放射的時間等，所以這個計算單位是不切實用

的。現在應用一種物理單位，就是“倫琴”或“r”。一個紅斑劑量，用超電壓(1000 千伏)時大約是 1000 r (在空氣中)；用高電壓(200 千伏)約是 600 r (在空氣中)；而用低電壓(100 千伏)時，約是 400 r (在空氣中)。毀滅一個癌，約需用十個紅斑劑量。在治療深部的腫瘤時，目的是要獲得至少 5000 r 的高劑量，就是用可利用的最高電壓，厚的濾過器，和一個較長的靶子與皮膚間的距離。一般說來，普通所用的電壓是 200 千伏，濾過器是用 2 毫米的銅和 2 毫米的鋁，靶子與皮膚間的距離是 80 厘米。治療的範圍(口徑)應較腫瘤的面積略大。

一般治療的方法，是每天照射腫瘤，繼續二十到三十天，這比細胞自然的生活周期要長，因此在理論上就可假定所有瘤細胞，都已在它們的最敏感時期，即絲狀核分裂初期時，受到了放射。

鐳 錠

鐳錠是一種有放射能的元素，從它的母質鐳中分離出來。在它的分解中，形成一種氣體或是射氣叫做鐳放射物；鐳放射物繼續分解，便放出了甲和乙種微粒子及丙射綫。

甲微粒子沒有穿透能力，因而在癌的治療上幾乎沒有作用，乙微粒子的穿透力亦有限，但在同位素治療中它具有活躍的職能。丙射綫有深度的穿透力，相等於從一架一百萬伏特的治療機上發出來的 X 綫。

治療癌的時候，可以使用鐳鹽(元素)，也可以用鐳放射物。應用鐳元素時，腫瘤每天可以接受一個固定的劑量，但是使用鐳放射物時(它的半衰期是 3.85 天)，在第一天，腫瘤受到一個很大的劑量，以後，每天逐漸遞減。有時候採用鐳放射物，就因為它只有短促的三十天壽命；在手朮過程中，可將它的種子形管永久地插入組織中(如膀胱瘤，遷徙性淋巴結等)。

對於鐳錠劑量的計算方法，是以所用鐳錠的數量與使用的時間相乘而得：一個 10 毫克的管子使用十二小時，它的結果就是 120 毫克小時的放射量。計算鐳放射物的用量，是以分解出來的鐳放射物的總量，乘以因子 133，得到的總值以毫居里小時來表示。“居

里”是鐳放射物的計算單位，它如果完全用去，就有一個相當於133毫居里小時的破壞值。在劑量的比較上，毫克小時相當於毫居里小時。這種用毫克小時或毫居里小時來表示鐳錠或鐳放射物的方法，是說明發源物的劑量，而不是腫瘤所得到的劑量。柏得生和派克兩氏曾制定測量法和計算表，以及圖解等，以丙(γ)射綫來表示腫瘤所受到的劑量。

鈷⁶⁰，是一種鐳錠的代替物，由於其原子堆因中子的衝擊而變為有放射能的。鈷⁶⁰有幾個勝於鐳錠的優點：它的丙射綫有較高的能，它的乙射綫有較低的能，只有放射總能量的4%，同時又不放出甲微粒子；它是較便宜，而又能在它具有放射作用以前作成任何形態。它唯一的缺點，就是它的半衰期較短——5.3年，所以在劑量上的計算，就得每年變換。

放射性同位素

任何元素的放射性同位素，是由這個元素不穩定的原子所組成，具有不同的原子量，但其化學性質卻相似。放射性同位素，是從原子能堆里，或是從迴旋加速器中，由一個穩定元素的原子受其更小的原子微粒如中子和氦核的衝擊而產生的。在衝擊中，原子核起了變化，收容一個中子，就變成不穩定而同時開始分裂。這種分裂，有一個不變律存在於所有的放射性物質中。每一個放射物質，有它一定的“半衰期”，就是這種物質的特徵。任何時候，只有一半的原子在一定的期間內進行分裂，余下的另一半則在下一個相似的期間內分裂。那個“半衰期”，有從幾分之一秒到幾百萬年而永遠不變的。鐳放射物的“半衰期”是3.85天，碘¹³¹是8天，磷³²是14.3天，鈷⁶⁰是5.3年，鐳錠則是1590年。

從一個放射性物質中所射出的乙微粒子或丙射綫，或是乙丙射綫同時發出，是經常不變的。而甲微粒子很少被射出。

放射性同位素的治療原理，是供給癌腫一種放射性物質，來代替它所需要的穩定的同位素，就這樣來破壞癌腫。乙微粒子的射程是很短的，所以我們即使應用足量的放射性物質，使它集中在癌里而將癌毀壞時，其鄰近的正常組織仍然是能復原的。

碘¹³¹

碘¹³¹在癌的治疗中,是一个有价值的放射性同位素,它射出乙微粒子和丙射线。应用这个同位素,完全是基于甲状腺的功能,甲状腺能从血液中收集碘质或放射性碘,而储藏在它的细胞中。患甲状腺癌时,主要是迁徙性病灶,尤其是那些与正常甲状腺组织相似的,会把碘局限起来。要增加局限在肿瘤里的碘时,可以用手术把甲状腺摘除,或是用碘¹³¹来毁坏它。治疗时,一般以极微小的剂量开始;在甲状腺截除后,立刻给以几个微居里的碘,因为那时的吸收率最高。同时,把一个计数器放在肿瘤的前面,如果它上面的计数指示出有碘的集中现象时,即可给予很多个毫居里的较大剂量。有时候,用计数器还能发现迁徙性的肿瘤。

磷³²

磷³²是一个放射性同位素,它射出乙微粒子,因为它局限在网状内皮系中生长迅速的细胞里,尤其是在白血病的未成熟白血球中,所以能破坏癌细胞。但是,由于正常细胞也能吸收磷质,因此所给予的剂量就必须受到限制。这个同位素可以口服,也可以作静脉注射,与X线照射不同,它并不会引起放射性疾患。在治疗皮肤浅部上皮癌时,也可以将磷³²作表面敷用。

胶体金¹⁹⁸

胶体金¹⁹⁸,是一个有2.7天“半衰期”的同位素,有助于癌的毁坏,特别是对于弥漫性、浆膜表面小的转移肿瘤。这个同位素射出能量适中的乙微粒子与柔和的丙射线,大约有90%的游子化作用是发生在暴露组织第一个毫米范围内。金¹⁹⁸可以由体腔内、间质内、或自静脉内给予。

癌的化学療法

癌的化学療法,已逐渐广泛地被采用,因为它对瘤细胞的生长,有普遍的抑制作用。新型的化学療法正在滋长。同时,治療量与中毒量之间的安全阈也渐渐增大。应用这种療法,对于症状的改善可以预期,甚至可以使癌消退。

一般是以肿瘤的类型来决定应用化学療法的方针。对于没有

指示用何種特殊藥物的癌，應該首先使用毒性反應最少的藥物。在應用有毒性影響的任何藥物時，要估計到藥物得失的可能性。

至於阿片制劑，應該在所有的化學療法試行以後，才能借助於它。有些患者經過化學療法的作用以後，獲得了意外的減輕，而另一些患者，則不過因為給他們進行了治療，在心理上覺得好些罷了。

以下是最普通的化學療法治療劑：

1. 生殖腺素。
2. 促腎上腺皮質素和腎上腺皮質素。
3. 氮芥和三乙脲氰胺(Triethylene Melamine)。
4. 叶酸對抗劑。
5. 烏拉坦(氨甲酸乙酯)。

生殖腺素

當乳癌或前列腺癌用手朮或放射治療無效時，採用異性生殖腺素，或行睪丸或卵巢截除朮治療，有時可以減輕症狀，或抑制其生長。在絕經期後的婦女，可給以她的生殖器官已經停止分泌的生殖腺素，有時亦可使症狀減輕。

如果對腫瘤起了好的反應，患者在數天或數星期內就可能感覺舒適及疼痛減輕。以後，體重可能增加，腫瘤也可能退化。症狀的緩解可以持續幾個月到幾年。但是除了試用外，無法知道那些腫瘤對生殖腺素療法會起反應。在內分泌療法有效時，至少應該持續三個月。症狀重現時，可給予第二個療程，或不斷地應用這種內分泌直到失效為止。第二個療程往往沒有第一個療程有效，因為人體對這種內分泌已產生了抵抗作用。要是使用內分泌素不見症狀減輕，有時在停止治療後，卻偶然可以見到好轉。

如果睪丸或卵巢截除後不能減輕症狀，或症狀重現時，再用生殖腺素也很難奏效。要是先用生殖腺素治療，以後再用睪丸或卵巢截除朮也很少能得到緩解的。

乳 癌

婦女在絕經期之前，如發生遷徙性疾患時，應當常規地作卵巢