



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
临床肿瘤学专业系列教材

临床肿瘤妇科学

主 编 张玉泉 王 华



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
临床肿瘤学专业系列教材

临床肿瘤妇科学

主 编
副主编
编著者

张玉泉 王 华
刘 蓉 苏 敏 陶 红 何爱琴 杨晓清 叶丽华

(以姓氏笔画为序)

王 华	南通大学第五附属医院(泰州市人民医院)
叶丽华	南通大学第五附属医院(泰州市人民医院)
刘沅林	南通大学附属医院
刘 蓉	南通大学附属肿瘤医院(南通市肿瘤医院)
孙建群	南通大学芜湖临床学院(芜湖市第二人民医院)
苏 敏	南通大学附属医院
杨晓清	南通大学附属医院
李 咏	南通大学附属肿瘤医院(南通市肿瘤医院)
李 莉	南通大学附属医院
何陈云	南通大学附属肿瘤医院(南通市肿瘤医院)
何爱琴	南通大学附属肿瘤医院(南通市肿瘤医院)
张玉泉	南通大学附属医院
陆红霞	南通大学附属医院
陈 晨	南通大学附属医院
倪惠华	南通大学附属医院
徐云钊	南通大学附属医院
高赛楠	南通大学附属医院
陶 红	
黄晶晶	
盛 楠	

(芜湖市第二人民医院)

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是一部基于“课程教育”和“职业教育”的临床妇科肿瘤学教材。全书共 24 章。主要包括肿瘤妇科学的发展沿革和发展方向;女性生殖道各个器官的良性、恶性肿瘤的病因、病理、临床表现、诊断、治疗、预后;各种妇科肿瘤合并妊娠的临床特点、诊断与治疗;妇科肿瘤的放射治疗、化学治疗、介入治疗及腹腔镜治疗;肿瘤标志物及其在妇科肿瘤临床中的应用;小儿及青少年妇科肿瘤;妇科肿瘤保留生育功能的治疗等。在每一章开头均配有相应的学习目标(掌握、熟悉、了解),让学生能够抓住重点。在编写的过程中,参考了执业医师考试大纲的相关要求,以适应执业医师考试需要;除了对各部分重点、难点问题加以详细介绍外,还涉及相关的研究进展和更新,让学生了解学科发展的前沿动态。

本书可作为医学院校临床医学、肿瘤学、妇产科学专业本科及研究生的教材,亦可供临床医师和其他医学类专业学生参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床肿瘤妇科学 / 张玉泉, 王华主编. —北京: 科学出版社, 2015.2

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·临床肿瘤学专业系列教材

ISBN 978-7-03-043276-6

I. 临… II. ①张… ②王… III. 妇科病-肿瘤-诊疗-医学院校-教材
IV. R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 024479 号

责任编辑: 王 超 胡治国 / 责任校对: 张凤琴

责任印制: 李 利 / 封面设计: 范璧合

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

三河市骏杰印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015 年 2 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2015 年 2 月第一次印刷 印张: 9 1/2

字数: 216 000

定价: 35.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

丛书编写委员会

主任委员 倪衡建

副主任委员 (以姓氏笔画为序)

王 华	王志伟	火旭东	朱健华	孙礼侠
沐仁旺	张一心	查文章	柏宏坚	屠文娟
葛艺东	强福林	蔡 晶		

编 委 (以姓氏笔画为序)

王纯斌	王学斌	韦永明	方五旺	兰建云
朱海文	朱颖玲	刘 蓉	孙建群	杨俐萍
何 松	张玉泉	陆玉华	陈 平	陈 莉
茅国新	季 斌	季学磊	周广军	周 勤
钟建国	袁红香	钱金强	徐小红	徐美玉
陶 红	梁晓东	薛金玲	戴 敏	

编委会秘书 奚汉清

丛书前言

随着全球人口的日益老龄化以及环境污染不断加重,癌症的发病率持续升高,已成为当前威胁人类健康最严重的疾病之一,癌症死亡已跃居人类死因第1位。我国的肿瘤发病率及病死率亦在逐年增加,这使肿瘤的防治任务十分艰巨。近年来全国各地纷纷建立肿瘤专科医院,综合医院也都设立肿瘤中心、肿瘤科,这使肿瘤专业医学人才的需求激增,加速培养肿瘤防治专业人才也成为当务之急。随着人们对癌症的发生、发展的分子机制认识的加深、人类基因组和蛋白组学研究的兴起、内镜检新技术的应用及CT、MRI、PET-CT等影像技术的不断更新,使得肿瘤的早期诊断率和治疗效果不断提高。而建立多学科专家协作团队(multidisciplinary team)并以外科为主的多学科综合治疗的理念越来越得到临床医生的认可。

目前临床医学专业教学中有关肿瘤学的内容,大都分散于内科学、外科学、妇科学、儿科学等教科书中,不能全面体现肿瘤学的系统性、先进性、关联性、专业型、外延性。例如:肿瘤流行病学内容;快速发展的肿瘤微创治疗、内镜下肿瘤治疗、肿瘤靶向药物治疗、肿瘤生物治疗等治疗学内容;快速扩展的肿瘤标志物、核素诊断与治疗;新兴的肿瘤康复、肿瘤姑息治疗、肿瘤特殊护理等专业内容。上述相关内容有待教材中修改和补充。因此,有必要将临床肿瘤学作为专门的教科书从临床医学教材中独立出来。

为此,南通大学杏林学院在临床医学专业中开设临床肿瘤学专业方向,以培养临床肿瘤学方面专门人才为目标,并重新构建以我国《本科医学教育标准——临床医学专业》为标准,以临床医学专业主干学科和核心课程、临床肿瘤学课程为主体的临床肿瘤学专门人才培养体系。为了实现以上目标,南通大学杏林学院成立了由南通大学七所附属医院相关专业的专家教授组成的“临床肿瘤学系列教材”编委会,经过近3年的调研和探讨,编写出本套适合培养临床肿瘤学专门人才的系列教材。主要由《临床肿瘤学概论》、《临床肿瘤外科学》、《临床肿瘤内科学》、《临床肿瘤妇科学》、《临床肿瘤放射治疗学》、《临床肿瘤病理学》6本教材以及与之相匹配的临床肿瘤学专业学生所用的《内科学》、《外科学》、《妇产科学》、《儿科学》4本教材,后4本教材中省略了相关肿瘤疾病的内容。

临床肿瘤学系列教材借鉴国内、外同类教材的编写模式,遵循“新、全、此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

实用、高质”的总体思路编写而成。旨在提供一套为临床肿瘤学专业学生及有相关需求的医学工作者所用的教材。力求做到体系创新、理念创新及编写精美。内容上将现有临床医学专业相关教材进行重组和有机融合,按照肿瘤学专门人才培养的逻辑和规律,将教学内容分为普通疾病和肿瘤疾病进行编写。

由于我们的认识深度和编写水平有限,本系列教材在编写过程中可能存在不足之处,欢迎广大医学教育专家及同行们提出宝贵意见。

“临床肿瘤学专业系列教材”编写委员会

2014年12月

前 言

随着医学的发展和科学技术的进步,在对妇科学和肿瘤学不断的深入研究中,肿瘤妇科学逐渐发展成为临床医学学科的重要分支。而我国医学院校尚无专门的肿瘤妇科学教材供临床医学肿瘤学专业本科生使用,鉴于此,本书编写的主要目的是为临床肿瘤学专业的本科学生学习妇科肿瘤之用;同时,也可作为其他各专业的医学生、研究生、住院医师和基层的初中级妇科肿瘤工作者的参考书。因此本书是一部定位于全国高等院校、针对医学本科生和研究生、基于“课程教育”和“职业教育”的临床妇科肿瘤学教材。

本书以人民卫生出版社“十二五”规划教材《妇产科学》(第8版)为蓝本,参考大量妇科肿瘤学专著,沿循现代妇科肿瘤学的发展,并结合编者多年的临床实践和教学经验,将妇产科中的肿瘤相关内容进行了系统、有重点的归纳总结。本书有以下特点:①内容全面,全书共24章。绪论介绍了妇科肿瘤学的发展沿革和发展方向,指出在应用循证医学理念指导妇科肿瘤临床决策和肿瘤诊治过程中医患交流的重要性。全书既涉及各个女性生殖道肿瘤的病因、病理、诊断、治疗、预后及预防措施的详述,也对各妇科肿瘤合并妊娠的临床特点、诊断与治疗进行了深入的介绍。教材贯彻当代多学科认识和处理恶性肿瘤的理念、原则,阐述了各种治疗妇科恶性肿瘤的手段及特点,对妇科肿瘤的放射、化学、介入治疗及腹腔镜治疗进行了细致的阐述。本书另立章节分别详述了肿瘤标志物及其在妇科肿瘤临床中的应用、常见的小儿及青少年妇科肿瘤、妇科肿瘤保留生育功能的治疗等,这些内容与同类肿瘤学教材相比是其特色所在,让初学者能全面地对妇科肿瘤有所了解。本书除了对各章的重点、难点问题加以详细介绍外,还涉及相关的研究进展和更新,让学生了解学科发展前沿动态。②设计合理,详略有当。临床肿瘤专业的学生在学习妇产科时将分别使用《临床肿瘤妇科学》和《妇产科学》两本教材。本书将传统妇产科学教材中的肿瘤部分独立出来,结合肿瘤学发展的新理论和新进展,形成了一本新的专科教材——《临床肿瘤妇科学》。在教材编排上设计新颖合理,能够满足临床肿瘤专业的医学生学习妇科肿瘤理论的需要。教材的编写对照了执业医师考试大纲,以便适应执业考试的需要。因为没有专门的教学大纲,因

此,在每一章开头均配有相应的学习目标,让学生能够抓住重点。③编写规范。全书统一使用全国自然科学名词审定委员会审定的妇产科专用名词,在介绍每个肿瘤及其相关病变时均配有中英文对照的病名;按中华医学会编辑出版部编写的《法定计量单位在医学上的应用》使用法定计量单位;药物名称按《中华人民共和国药典》1995年版和人民卫生出版社《新编药理学》第15版的法定药名。

本教材由江苏省内外多所南通大学附属的教学医院参与编写,编者均为从事妇产科或妇科肿瘤临床和教学一线的医生,具有硕士或博士的学习经历。经全体编委的共同努力,教材如期完成。在编写过程中,南通大学杏林学院、南通大学附属医院、泰州市人民医院、南通大学附属肿瘤医院、芜湖市第二人民医院及科学出版社等给予了大力支持,在此一并致谢。

由于编者水平有限,本书难免有疏漏和不当之处,敬请读者批评指正。

张玉泉

2014年于南通

目 录

绪论	(1)	第三节 非卵巢上皮性肿瘤	(60)
第一节 临床肿瘤妇科学定义及发展概述	(1)	第十二章 输卵管良性肿瘤	(63)
第二节 我国妇科肿瘤学发展概况	(2)	第十三章 输卵管恶性肿瘤	(65)
第三节 妇科肿瘤学发展方向	(4)	第一节 原发性输卵管癌	(65)
第一章 外阴良性肿瘤	(6)	第二节 其他输卵管恶性肿瘤	(69)
第二章 外阴上皮内瘤变	(8)	第十四章 阔韧带肿瘤	(71)
第三章 外阴恶性肿瘤	(10)	第一节 圆韧带肿瘤	(71)
第一节 外阴鳞状细胞癌	(10)	第二节 卵巢冠囊肿	(72)
第二节 其他外阴恶性肿瘤	(12)	第三节 中肾样癌	(72)
第四章 阴道类似肿瘤及阴道良性肿瘤	(15)	第十五章 女性生殖道恶性苗勒管混合瘤	(74)
第一节 阴道囊肿	(15)	第十六章 妊娠滋养细胞疾病	(76)
第二节 阴道腺病	(15)	第一节 葡萄胎	(76)
第三节 阴道良性肿瘤	(17)	第二节 妊娠滋养细胞肿瘤	(80)
第五章 阴道上皮内瘤变	(18)	第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	(84)
第六章 阴道恶性肿瘤	(19)	第十七章 妇科肿瘤合并妊娠	(86)
第一节 原发性阴道鳞状细胞癌	(19)	第一节 子宫颈癌合并妊娠	(86)
第二节 阴道恶性黑色素瘤	(21)	第二节 卵巢肿瘤合并妊娠	(87)
第三节 其他阴道恶性肿瘤	(21)	第三节 子宫肌瘤合并妊娠	(89)
第七章 子宫良性肿瘤	(24)	第十八章 小儿及青少年妇科肿瘤	(91)
第一节 子宫肌瘤	(24)	第一节 概述	(91)
第二节 其他子宫良性肿瘤	(28)	第二节 外阴肿瘤	(92)
第八章 子宫颈上皮内瘤变	(30)	第三节 阴道肿瘤	(93)
第九章 子宫颈恶性肿瘤	(34)	第四节 子宫颈肿瘤	(94)
第一节 子宫颈癌	(34)	第五节 卵巢肿瘤	(96)
第二节 子宫颈残端癌	(41)	第六节 输卵管肿瘤	(97)
第十章 子宫体恶性肿瘤	(44)	第十九章 妇科肿瘤保留生育功能的治疗	(98)
第一节 子宫内膜癌	(44)	第一节 妇科肿瘤影响生育功能的因素	(98)
第二节 子宫肉瘤	(48)	第二节 妇科良性肿瘤保留生育功能治疗	(99)
第十一章 卵巢肿瘤	(51)	第三节 妇科恶性肿瘤保留生育功能	
第一节 卵巢肿瘤概论	(51)		
第二节 卵巢上皮性肿瘤	(56)		

治疗	(100)	的应用	(120)
第二十章 腹腔镜在妇科恶性肿瘤中的应用	(102)	第五节 化疗在子宫颈癌中的应用	(121)
第二十一章 妇科恶性肿瘤的放射治疗	(106)	第六节 化疗常见的不良反应及预防	(121)
第一节 妇科肿瘤放射治疗的基本理论	(106)	第七节 妇科肿瘤化疗的发展 ...	(122)
第二节 放射治疗在妇科恶性肿瘤中的应用	(109)	第二十三章 妇科肿瘤的介入治疗	(123)
第三节 妇科恶性肿瘤的调强放射治疗	(113)	第二十四章 肿瘤标志物及其在妇科肿瘤临床的应用	(129)
第二十二章 妇科肿瘤的化学治疗	(115)	第一节 概述	(129)
第一节 妇科肿瘤化疗原则及策略	(115)	第二节 相关肿瘤标志物在妇科肿瘤中的表达及研究进展	(133)
第二节 化疗在卵巢恶性肿瘤中的应用	(117)	第三节 妇科相关肿瘤标志物的临床应用	(138)
第三节 滋养细胞肿瘤的化疗 ...	(119)	第四节 妇科肿瘤标志物的检测及诊断技术	(139)
第四节 化疗在子宫体恶性肿瘤中		参考文献	(142)

绪 论

第一节 临床肿瘤妇科学定义及发展概述

临床肿瘤妇科学是临床肿瘤学的一个分支,即妇科肿瘤学。妇科肿瘤学是临床医学学科组成的一部分,是适应医学发展和科学技术进步的重要医学分支。妇科肿瘤的发生发展与性激素、病毒、癌基因以及细胞因子之间的相互作用有关,已取得大量的临床科研成果,使得妇科肿瘤学成为近年来发展较快的一门专门学科。妇科肿瘤学专门介绍女性生殖器肿瘤,包括外阴、阴道、子宫颈、子宫、输卵管、卵巢等良性和恶性肿瘤。

纵观妇科肿瘤学的发展史,实际上是沿着两条途径演变而来的:其一是来自传统妇产科学的肿瘤部分。随着临床各学科分工的日益明确,20世纪初妇产科学从外科学中独立出来,而肿瘤也是妇产科学中很重要的组成部分;其二是来自肿瘤学,肿瘤学包含肿瘤外科、肿瘤放射、肿瘤化疗等。正是通过妇科诊治途径中扎实的基本功,包括妇科检查、肿瘤分期的判断、妇科并发症的处理、肿瘤途径中肿瘤情况的判断及治疗方案的合理制定之间的结合,才使得妇科肿瘤患者的治疗效果和生活质量得以提高。

通常,我们把1898年奥地利医师Wertheim实施的子宫广泛切除加盆腔淋巴结切除术看作是妇科恶性肿瘤标准治疗的开始。手术包括了肿瘤原发灶、浸润灶及区域性淋巴结的切除,直到今天,也被认为合乎于恶性肿瘤的治疗原则。同样在1898年,Curie夫妇发现了镭,并很快用之于子宫颈癌的治疗,取得了良好的疗效。由于当时医学水平所限,肿瘤手术的死亡率高、并发症多、生存率低,镭疗很快被广泛接受。妇科医生将恶性肿瘤的治疗重点转向了放射治疗,并打下了多学科治疗妇科肿瘤的基础。至20世纪30年代末,在欧洲已形成斯德哥尔摩、巴黎、曼彻斯特三大腔内镭疗学派,加之体外放疗与腔内镭疗的配合,子宫颈癌的放疗日趋成熟,疗效得到进一步提高。而手术治疗则停滞了近30年,直到20世纪40年代前后,由于麻醉、输血和抗生素的临床使用,促进了外科手术的发展,改良的妇科肿瘤手术得以复兴。此时镭本身的缺点和对从事放疗人员的放射损害已被认识,20世纪后半期,镭被其他同位素取代,传统的腔内放疗被腔内后装放射源取代,而计算机的应用在治疗中解决了剂量的即时运算、治疗计划设置、治疗过程的控制问题。

20世纪50年代初,临床医师观察到应用氮芥治疗卵巢癌的效果,从而开始了化疗药物治疗妇科恶性肿瘤的历史。此后化疗新药不断出现,联合化疗及较为满意的辅助药物的临床应用,促进了妇科肿瘤化疗的发展。化疗对滋养细胞肿瘤的根治效果,以及对卵巢上皮癌和卵巢生殖细胞肿瘤的较好治疗作用,使其成为了治疗妇科恶性肿瘤不可或缺的手段。

在妇科肿瘤治疗发展的同时,其他的肿瘤治疗也在发展,包含了肿瘤外科、肿瘤放射及肿瘤化疗的肿瘤学已形成了一个医学分支。到20世纪70年代,妇科肿瘤学作为一个独立的分科而被承认,与此同时,身为妇科肿瘤医师则要具备手术、放疗、化疗和病理的相关知识。此时在国际上,妇科肿瘤学术组织也陆续出现,更促进了妇科肿瘤学的发展。1990年,我国抗癌协会在原有的子宫颈癌专业委员会(1986年组成)的基础上,成立了妇科肿瘤专业委员会,2004年,中华医学会妇科肿瘤学会成立,我国妇科肿瘤学的发展进入了新时期。

20 世纪 90 年代后,医学发展迅速,特别是影像学和分子生物学的发展,要求妇科肿瘤医师具备影像学和分子生物学的相关知识。CT、MRI、正电子发射体层显像(PET)等影像表现是妇科肿瘤诊治中的重要参考依据。肿瘤分子生物学发展迅速,已不仅仅局限于肿瘤标志物的检查,而且发展到肿瘤生物治疗及靶向治疗,并以其高效低毒的优点,逐渐成为了肿瘤治疗的发展方向 and 趋势。计算机已进入了临床医学的各个领域,现代妇科肿瘤学伴随着相关学科和科技的发展,也进入了新的阶段。

第二节 我国妇科肿瘤学发展概况

一、病因研究

妇科肿瘤的促癌、抑癌病因是复杂、多因素的。破解肿瘤病因,落实去除病因的一级预防尤为重要。20 世纪 80 年代前,妇科肿瘤的病因研究多局限于对有关宫颈癌发病因素的调查,如婚产、初次性交年龄、性伴侣数、包皮垢、性病史及子宫颈局部病变等。在江西、北京,科研人员做过疱疹病毒-2(HSV-2)及人巨细胞病毒(HCMV)和宫颈癌发病相关性的研究。80 年代后,随着 Zur Hausen 提出的人乳头瘤病毒(human papilloma virus,HPV)为子宫颈癌病因的深入研究,我国也将研究重点转向了 HPV,HPV 与子宫颈癌的发生及与子宫颈癌前病变的关系和疫苗的制备研究被列入了国家“八五”“九五”“十五”重点课题。已经明确了 HPV16、HPV18 为我国主要的致子宫颈癌及其癌前病变的高危类型。目前,HPV 的四价及二价疫苗已在多个地区试用。

20 世纪 80 年代后,分子生物学技术用于检测我国妇科肿瘤癌基因和抑癌基因的表达,探讨它们与肿瘤发病、进展、预后的关系,并寻找出一些与治疗有关的新靶点,解释临床存在的问题,并为新药研究提供了依据。将基因芯片、蛋白质组研究用于检测众多基因的表达,能够比较出不同状态基因表达的变化,将癌变过程的研究更深入了一步。

二、临床诊断

1. 细胞病理学 20 世纪 50 年代初,杨大望引进了巴氏细胞学,主要用于临床发现早期宫颈癌和宫颈癌普查。1978 年,她制定了以巴氏分级(The Bethesda System)为基础的宫颈细胞学分级,对我国宫颈癌普查、早期宫颈癌的发现起了较大的作用。20 世纪 80 年代末,TBS 分类系统的出现较好地结合了细胞学、组织学与临床处理方案,刘淑范等对其术语解释及薄层液基细胞学(thinprep cytologic test,TCT)在我国的运用和推广做了大量工作。目前,我国多数医院用液基细胞学取代了巴氏细胞学。妇科肿瘤细胞学检查也从宫颈细胞涂片检查发展到穿刺取腹水、吸取子宫内膜细胞学等检查。

2. 肿瘤标志物 肿瘤标志物一直被肿瘤临床所关注,其作为诊断、监测、随访肿瘤的依据。妇科肿瘤学目前采用的有价值的标志物包括 HCG、CA125、AFP、CEA、SCCA 等。近年,也有研究用多种标志物、多基因联合检测来提高检查的特异性及敏感度,但临床上尚需进一步研究。

3. 影像学诊断 超声诊断能迅速、准确地显示盆腔病变的部位、性质,一直以来在妇科肿瘤诊断中被广泛地应用。近年来,彩色多普勒、介入性超声、三维立体超声在临床诊断学上显示出了广阔的应用前景。随着免疫学、分子生物学及肿瘤核医学的飞速发展,肿瘤放

射免疫显像技术开始应用于临床,为卵巢癌的影像学诊断开辟了一条新的途径。相比 CT、MRI 等成像技术,正电子发射体层显像/计算机体层成像(PET/CT)的应用,可为临床提供解剖结构基础上的代谢、受体和酶等信息,对肿瘤的鉴别和定位诊断有更加明显的优势。

三、临床治疗

1. 手术

(1) 子宫颈癌手术:新中国成立以后,才开始进行子宫颈癌的根治性手术。有资料见证的是上海市第一人民医院林元英于 1951 年开始作子宫广泛切除术及淋巴切除术,而首先发表论文的是江西的杨学志(1956 年)。1958 年,金显宅、刘炽明在中国医学科学院肿瘤医院行脏器切除术(exenteration),张志毅则发表了“晚期妇科恶性肿瘤盆腔脏器清除术 18 例分析”。关于阴式宫颈癌手术切除,张其本在他所著的《子宫颈癌手术学》中提到:1955 年始做此手术,但首次发表论文的是上海第二医学院附属仁济医院妇产科(1960 年)。此后,有关子宫颈癌手术的著作陆续问世。这些专著的出版,促进了子宫颈癌手术的发展和提高。

20 世纪 90 年代后,子宫广泛切除及盆腔淋巴结切除很快普及。进入 21 世纪,腹腔镜下子宫广泛切除及淋巴切除(包括腹腔镜下淋巴切除加阴式子宫广泛切除)亦很快发展。对年轻、要求保留生育功能的妇女也开展了子宫颈广泛切除术。亦有医师将淋巴清扫范围扩大到腹主动脉旁淋巴结。

(2) 子宫内膜癌手术:以往多是以全子宫双附件切除为基本手术方式,20 世纪后期,手术范围扩大,特别是 1988 年 FIGO 手术分期出现以后,手术范围包括了 I 期高危类型行全子宫双附件切除加盆腔淋巴结切除及腹主动脉旁淋巴结取样术。

(3) 卵巢癌:首选治疗方法为手术。20 世纪 70 年代以前多系全子宫及双附件切除,之后全子宫、双附件、大网膜、阑尾切除成为了常规手术方法。90 年代以后,又重视腹膜后淋巴结切除。肿瘤减灭术联合术后化疗成为了晚期卵巢癌的主要治疗方式。90 年代亦开展了卵巢癌再探术,取得了一定的临床效果。

2. 放射治疗

(1) 子宫颈癌:1960 年以前,我国子宫颈癌放疗基本上是沿袭欧洲三大学派的方法。1958 年,中国医学科学院肿瘤医院成立,其致力于北京型镭容器的研究及临床使用,制定了我国治疗子宫颈癌的原则和方法,使治疗水平有了大幅提高。20 世纪 70 年代以后,开始了腔内后装治疗子宫颈癌,并逐渐取代了传统腔内放疗。进入 90 年代,又经历了后装机换代、后装机国产化。90 年代以后,腔内后装放疗 WD-18(Ir-192)S 系列及 Cf-252 SL(n) 系列的标准程序,简化了后装治疗过程,得到了广泛的运用。

(2) 子宫内膜癌:20 世纪 80 年代中后期,中国医学科学院肿瘤医院开始关注子宫内膜癌的放疗问题,并报道了单纯放疗 5 年生存率为 48.9%,治疗效果不够理想。在开始后装治疗后,对其放疗进行了改进。以 A、F 两个参照点来评估内膜癌腔内治疗剂量的合理性,改善了内膜癌 I、II 期单纯放疗的治疗效果,5 年生存率由 50% 提高到了 65.4%。21 世纪以后,放疗新技术如 X 刀、γ 刀、三维适形照射(3-dimensional conformal radiation, 3-DCRT)、调强放疗(intensity modulated radiation therapy, IMRT)的应用,开阔了妇科放疗的新视野。

3. 化疗 在以往很长的时期,化疗被当作姑息治疗方法。我国在绒癌的根治性化疗方面做了大量出色的工作,走在世界的前列。1958 年,宋鸿钊开始研究绒癌的化疗,研究和完

善了从单药化疗到多药、多途径联合用药的方案,使绒癌的死亡率由 1949 ~ 1958 年的 90.2% 降至 21.4%,其中 I、II 期均无死亡。此项研究改变了绒癌传统的以手术为主的治疗方法,使其成为了化疗能够治愈的肿瘤。

4. 综合治疗 综合治疗是当今肿瘤治疗发展的方向。妇科肿瘤综合治疗开展的较早,也是妇科肿瘤治疗的特点,近年来又获得了长足的发展。

(1) 卵巢癌:手术与化疗的综合治疗已成为卵巢癌的基本治疗方法。20 世纪 80 年代以后,以铂类为主的联合化疗与手术的综合治疗在我国普遍开展。联合化疗取代单药化疗,全身及腹腔用药、介入化疗、新辅助化疗(手术前化疗,使局部肿瘤缩小后再手术)等均应用于临床,不同程度地提高了疗效。卵巢生殖细胞癌手术与化疗的综合治疗取得了明显进步,采用 VAC、PVB、BEP 化疗方案治疗恶性生殖细胞肿瘤明显改善了患者的预后。

(2) 子宫内膜癌:其治疗为放化疗与手术的综合治疗。近年来,术后放化疗是 I 期高危和 II 期内膜癌最主要的术后辅助治疗,可降低局部复发率,改善无瘤生存期。对 III 期和 IV 期内膜癌,通过放疗和手术及化疗联合应用,可提高疗效。

(3) 外阴癌:20 世纪 60 年代后期,逐渐开展了外阴癌的手术、放疗综合治疗。外阴癌放疗主要为术前、术后照射,用于缩小肿瘤,保留尿道、肛门,以及术后对切缘的放疗,淋巴区的治疗包括腹股沟及盆腔淋巴结。

(4) 子宫颈癌:20 世纪 90 年代以后,我国已开始关注子宫颈癌放化疗的综合治疗,以期能够提高子宫颈癌患者的生存率。子宫颈癌新辅助化疗及高危患者术前放疗、术后同步放、化疗在临床中的应用颇广。

(5) 绒癌:化疗虽然已是根治绒癌的有效方法,但团块状转移灶、耐药等仍是绒癌治疗的难点。因此,化疗与手术、放疗的综合治疗也受到了关注。

5. 生物治疗与导向治疗 以增加机体免疫力和预防及逆转细胞癌化的生物反应调节剂已经在临床应用了多年,如干扰素、白介素、造血生长因子、肿瘤疫苗等,在肿瘤辅助性治疗中的作用不容忽视。以基因研究为基础的导向治疗,从较早的 *p53* 基因治疗到目前抗血管内皮生长因子抗体,用于晚期、耐药的卵巢癌病例,多与化疗联合用药。目前不仅要关注其疗效,也要注意其并发症。

第三节 妇科肿瘤学发展方向

1. 重视妇科肿瘤的普查和预防 妇科恶性肿瘤是影响女性生命的主要危险因素之一,因此妇科肿瘤的普查和预防尤其重要。目前,需健全妇女防癌保健网,确定普查人群,施行合理的筛查计划,完善普查方法,及时发现和规范处理癌前病变。我国宫颈癌筛查指南已确定有 3 年以上性行为或 21 岁以上有性行为的妇女为筛查对象,每年查 1 次 TCT、HPV,无高危因素的妇女 65 岁以上可停止筛查。近年来,HPV 疫苗接种已成为新的预防宫颈癌的方法。

2. 用循证医学指导临床决策 循证医学是指审慎、明确及批判地应用现有的最佳证据为每个患者制定诊疗决策。在肿瘤治疗学的研究中,不断有对过度治疗的修正,以及对理论和经验上提示有效方法的否定。而这些研究的结论及其依据的指标,应当是和患者根本利益最相关的生命质量指标,包括治疗死亡率、并发症、不良事件发生率和生命质量等。妇科肿瘤的临床决策已开始从经验医学转向循证医学。我们应用信息搜寻技术来获取妇科

肿瘤在临床中最有价值的证据来制订诊治方案,应用信息评估技术来评价新的诊治方案的效果,并应用医疗决策技术来规范妇科肿瘤的治疗。

3. 妇科肿瘤治疗的规范化和人性化 1996年,美国国家综合癌症网(NCCN)组织了美国17所著名癌症中心的有关专家制定了一系列恶性肿瘤的诊治指南,得到了广泛的认可。1998年,中国妇科肿瘤学组(CGOG)制定的《妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范(草案)》(简称《规范》),对我国妇科恶性肿瘤的诊治起着指导性的作用。

以往妇科肿瘤治疗的指导思想是:手术范围越大,治疗越彻底,效果越好。但是妇科肿瘤的治疗是把双刃剑,在治疗肿瘤的同时,治疗方法本身也会带来许多不良反应,从而影响到患者的器官功能和生活质量。妇科肿瘤的治疗应该以人为本,在制订治疗方案时首先要明确治疗的目的,其次要衡量治疗方法的利弊。在治疗妇科肿瘤的同时要充分考虑到患者的生活质量,及时处理各种并发症,尽可能保留组织器官的功能。年轻妇科恶性肿瘤患者保留其生育功能的治疗已成为了可能。保留患者生育功能的手术备受关注,根治性子宫颈切除术治疗早期宫颈癌为年轻的宫颈癌患者保留其生育功能带来了生机。近年来,保留自主神经的广泛全子宫切除术的开展使患者术后膀胱功能障碍的发生率有所下降。此外,还要注意妇科肿瘤给患者及其家属在心理上带来的影响,应给予及时的解释和疏导。

4. 高新技术不断用于妇科肿瘤的诊断和治疗 手术、化疗和放疗三大基本手段仍是治疗妇科肿瘤的基本方法。随着高新技术的不断发展,一些新的治疗手段将会应用于妇科肿瘤临床。微创和机械化将是妇科肿瘤手术的发展方向。腹腔镜手术以其特有的临床效果和微创优势,在妇科肿瘤中的应用日益受到重视,正在改变着妇科肿瘤医生的传统理念,显示出广泛的应用前景。近来,针对传统腹腔镜器械的局限性,机器人辅助的微创手术凭借器械的灵活性、操作的直观性、3D视频、人类工程学和自主性而逐步发展起来,但在妇科肿瘤中的应用尚处于初级阶段。超声雾化技术、激光手术技术和各种吻合器的应用将会明显地提高妇科肿瘤手术的彻底性,降低手术并发症。微点阵、蛋白质组表达等新技术的应用,基因转移技术的改进,将为妇科肿瘤的生物治疗提供强有力的技术支持,生物治疗成为妇科肿瘤常规治疗模式的目标将会实现。

5. 注重医患交流的学习和研究 世界医学教育《福冈宣言》指出,所有医生必须学会交流和处理人际关系。医患交流贯穿于医疗活动的全过程。肿瘤诊断的最初程序是采集病史,专业的临床肿瘤医生应该努力提高与患者交流的技巧,提高病史采集的可靠程度和诊断水平。在肿瘤治疗时,应把治疗的目的、方法及其优缺点,以及治疗对患者的要求等信息充分地输送给患者或其家属,取得患者的充分配合,从而达到治疗的目的。因此,有必要不断地加强医生与患者的沟通,将医患交流作为妇科肿瘤医学生的必修课是医学发展的必然趋势。

(杨晓清 苏 敏 王 华 张玉泉)

第一章 外阴良性肿瘤

学习目标

了解外阴良性肿瘤的分类及治疗原则。

外阴的良性肿瘤比较少见,根据肿块的来源可划分为五大类:上皮来源的肿瘤、上皮附件来源的肿瘤、中胚叶来源的肿瘤、神经源性肿瘤、瘤样病变。其中较为常见的有上皮来源的乳头瘤,上皮附件来源的汗腺瘤,中胚叶来源的纤维瘤、平滑肌瘤。其他肿瘤则少见。

一、外阴乳头瘤

外阴乳头瘤(vulvar papillomatosis):多见于围绝经期和绝经后妇女,是由局部炎症慢性刺激外阴皮肤或黏膜,逐渐形成的表面向外生长的乳头状突起,是以上皮增生为主的病变。主诉多为发现外阴肿块和瘙痒。多见于大阴唇,也可见于阴阜、阴蒂和肛门周围。检查见表面多个小乳头状突起,覆有油脂性物质,呈指状,突出于皮肤表面,可单发或多发,实性,质硬,其大小有数毫米至数厘米。表面常因反复摩擦可破溃、出血、感染。镜下见复层扁平上皮,上皮的钉脚变粗并向真皮纤维结缔组织内伸展。2%~3%的外阴乳头瘤有恶变倾向,故应手术切除,术中行冰冻切片,若证实有恶变,应作较广泛的外阴切除。该病应与疣状乳头状瘤、外阴湿疣、软纤维瘤和外阴癌鉴别。

二、外阴汗腺瘤

外阴汗腺瘤(hidradenoma):多见于青春期后,比较少见。多为良性,极少恶变。由汗腺上皮增生而成。多位于大阴唇上部的实性小结节,生长缓慢,边界清晰,突出于皮肤表面,包膜完整,与表皮不粘连,直径为1~2cm。镜下见高柱状或立方形的腺上皮交织形成绒毛状突起。病理特征为分泌型柱状细胞下衬有一层肌上皮细胞。临床上患者多无明显症状,有时因囊内的乳头状生长可破溃于壁外,伴少量出血,感染时可有瘙痒和疼痛。治疗原则为先做活组织检查,确诊后再行局部切除。

三、外阴纤维瘤

外阴纤维瘤(fibroma):最常见的外阴良性肿瘤,恶变少见。来源于外阴结缔组织,由成纤维细胞增生而成。多见于大阴唇或阴阜,常单发,质软,生长较缓慢。初起为硬的皮下结节,继而可增大,形成有蒂的硬的实性块物,大小不一,表面可有溃疡和坏死。其切面为致密、灰白色的纤维结构。临床上多无明显症状,偶尔因摩擦致表面溃疡,出现下坠及疼痛症状。病理表现为成纤维细胞增生,无异型性。治疗原则为沿肿瘤根部切除。

四、外阴平滑肌瘤

外阴平滑肌瘤(leiomyoma):来源于外阴平滑肌、毛囊立毛肌或血管平滑肌。多发生于生育年龄的妇女,主要发生在大阴唇、阴蒂及小阴唇。质地略硬,表面光滑,边界清楚,活动度好,突出于皮肤表面。体积小一般无症状。病理表现为平滑肌细胞排列成束状,与胶原纤维束纵横交错或形成漩涡状结构,常伴退行性变。治疗原则为肌瘤切除术。

五、其他外阴良性肿瘤

外阴的其他良性肿瘤还包括上皮来源的软垂疣、痣;上皮附件来源的皮脂腺腺瘤;中胚叶来源的脂肪瘤、粒细胞成肌细胞瘤;神经源性的神经鞘瘤、神经纤维瘤;瘤样病变包括疣、巴氏腺囊肿、血管瘤、中肾管囊肿。

(高赛楠 刘 蓉 王 华 张玉泉)