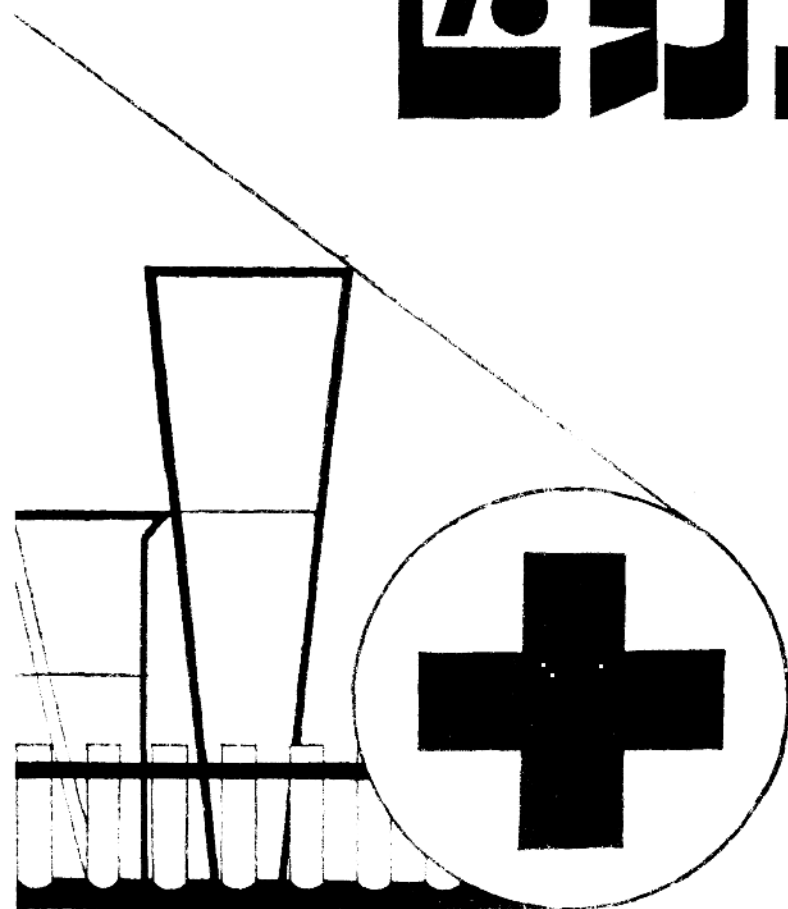


生 卫 药 医



1983

第 9 辑

书目文献出版社

出版说明

由于我国“四化”建设和祖国统一事业的发展,广大科学研究人员,文化、教育工作者以及党、政有关领导机关,需要更多地了解台湾省、港澳地区的现状和学术动态。为此,本中心编辑《台港及海外中文报刊资料专辑》,委托书目文献出版社出版。

本专辑所收的资料,系按专题选编,照原报刊版面影印。对原报刊文章的内容和词句,一般不作改动(如有改动,当予注明),仅于每期编有目次,俾读者开卷即可明了本期所收的文章,以资查阅,必要时附“编后记”,对有关问题作必要的说明。

选材以是否具有学术研究和资料情报价值为标准。对于某些出于反动政治宣传目的,蓄意捏造、歪曲或进行人身攻击性的文章,以及渲染淫秽行为的文艺作品,概不收录。但由于社会制度和意识形态不同,有些作者所持的立场、观点,见解不免与我们迥异,甚至对立,或者出现某些带有诬蔑性的词句等等,对此,我们不急于置评,相信读者会予注意,能够鉴别。至于一些文中所言一九四九年以后之“我国”、“中华民国”、“中央”之类的文字,一望可知是指台湾省、国民党中央而言,不再一一注明,敬希读者阅读时注意。

为了统一装订规格,本专辑一律采取竖排版形式装订,对横排版亦按此形式处理,即封面倒装。

本专辑的编印,旨在为研究工作提供参考,限于内部发行。请各订阅单位和个人妥善管理,慎勿丢失。

北京图书馆文献信息中心

目次

妇科肿瘤

妇瘤学的新境界	吴香达	1
妇科癌病的高危险因素	赵灌中 吴香达	4
卵巢癌	张冠军等	8
上皮性卵巢癌治疗的最近趋势	周松男	15
当代妇产科学问答集粹:肿瘤	陈择铭 陈暂尧	19
肿瘤标记与妇癌	袁九重 吴香达	26

妊娠与早产

异位妊娠	叶文荣等	37
妊娠与德国麻疹和先天性德国麻疹症候群	吴龙庆等	44
早产的探讨	卓福男 杨兆麟	49

不孕症与宫内胎儿手术

不孕症	赵湘台	58
超声波和不孕症	张升平等	65
子宫内膜异位的发生与不孕之机制	蔡廣禧等	71

(下转封三)

子宫内胎儿手术简介	叶文荣等	75
避孕与避孕器		
数种子宫内避孕器停用率之比较研究	李栋明	81
棉酚简介——男性避孕药之钥	毛剑奇等	97
性交后避孕法	邓志坚 曾启瑞	104
年轻妇女接种德国麻疹疫苗后之抗体效应	林定邦等	107
补 白		
卵巢皮样囊肿：超音波所见与病理学上之关系	邱文松等	7
性腺母细胞瘤并原发性恶性胚胎瘤：1病例报告	郑丞杰等	18
良性与恶性乳部肿瘤细胞核之DNA含量对比		
吸引细胞学上难以诊断之乳部肿瘤的应用	郭寿维等	25
Rh型Du阳性产妇之临床处理：病例报告	王原坤等	36
初期妊娠经超音波证实有正常		
胎心音后发生流产之研究	黄传益等	61
利用烤干试验对早期破水的诊断	王原坤等	70
根除性经腹子宫切除后之排尿机能失调	郭汉崇等	74
国泰综合医院于七年间妊娠合并心脏病病例之检讨	陈瑞鹏等	96
妊娠与颜面神经麻痹：四个病例报告	王厚坤等	103

医 药 卫 生 (9)

——台港及海外中文报刊资料专辑 (1986)

北京图书馆文献信息中心剪辑

书目文献出版社出版

(北京市文津街七号)

北京百善印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

787×1092毫米 1/16开本 7 印张 179 千字

1987年3月北京第1版 1987年3月北京第1次印刷

印数 1—2,000 册

统一书号：14201·2 定价：1.80元

〔内部发行〕

婦癌學的新境界

吳香達

毫無疑問地，要在很短的篇幅內，將婦癌的發展作一完整的回顧是很難的。但是，我將就個人的選擇把重要又有趣的進展向各位報告，並將重點放在子宮頸癌這一方面。

過去 50 年來，在癌症研究方面所投入的心血已經使我們對癌症的瞭解層面由器官，組織而進步到了細胞。今天，我們也已經開始癌細胞染色體的研究，同時正朝向分子生物的探討。

近來，利用免疫方法來偵測癌細胞的存在，不僅使癌症的研究向前邁進了一大步，也使早期診斷及療後追蹤變為可能。婦癌研究上的主要進步如下。

絨毛膜性腺激素 (HCG) 的精確定量在絨毛膜細胞疾病診斷、監視及追蹤上的重要性已確立不移。HCG 也可在含有絨毛膜細胞的惡性畸胎瘤中測得。胎兒阿發蛋白 (AFP) 不僅在大部分肝細胞癌中可以測得，同時也可在含有內胚層囊 (endodermal sinus) 成分的胚胎細胞癌中測得。至於癌症胚胎抗原 (CEA) 是一項很有趣但又有問題的指標，它似乎又有某些意義，測不到 CEA 並不能否定癌症的存在，而某些良性疾病也能分泌 CEA。然而在評估治療反應上，一連串的 CEA 定量却可幫助診斷疾病擴展的程度及早期癌症的復發。Kjorstad 發現 CEA 的定量可以輔助淋巴管攝影對於子宮頸癌是否有骨盆腔淋巴結轉移的診斷。CEA 大於 20ng/ml，通常表示子宮頸癌已有蔓延。但是在我們的資料中，却缺少這個呼應的佐證。

另外，也有相當數目的酵素 (enzyme) 及其酵素 (isoenzyme) 在惡性細胞變性時發生變化。在婦癌領域上，異酵素型式的研究有助於評估是否有肝臟及骨部的轉移。

在談到子宮頸癌時，首先要指出：在我們部門對 30 萬名婦女作了子宮頸抹片檢查 (pap smear)，結果發現千分之六點五有子宮頸癌。雖然，這個數字並不代表我們國家的發生率；但它却是從三組不同對象的婦女搜集分析得來的：婦科門診病患、體檢婦女以及未加選擇的婦女。子宮頸癌是過去廿年來台灣婦女死亡原因前十位之首，乳癌及卵巢癌分別佔第二及第三位。

關於子宮頸癌，我將分基礎研究及臨床進展兩方面來報告：子宮頸癌的流行病學及病因學已有很廣泛的研究，而且曾經重覆地報導過。我們也曾對一萬五千名未經挑選的婦女作子宮頸癌及陰道滴虫的篩檢。結果發現，在有子宮頸細胞異型、原位癌及侵犯癌的病患、陰道滴虫的感染並

* 陽明醫學院婦產科教授兼主任

* 兼民總醫院婦產部副主任

沒有顯著的增加。一般而言，陰道滴虫感染的發現率，在濕性抹片（wet smear）是4.7%，在子宮頸抹片是3.8%，而培養的方法則是6.9%。最有興趣的是：在109位有陰道滴虫感染的婦女，以間接螢光抗體法檢查，結果發現65位（59.6%）同時有第二型單純疱疹病毒（HSV-2）之感染。在這65位有混合感染的婦女中，只有兩位是子宮頸癌的病人。

另外一項能夠侵入子宮頸上皮細胞而又值得考慮的因素是第二型單純疱疹病毒。它是經由性交傳染而且在動物實驗上證實能夠引發癌症。在我們醫院也曾對280位婦女，以培養法測定第二型單純疱疹病毒，發現率是5.36%。我們發現在子宮頸癌及第二型單純疱疹病毒之間，並沒有很明顯的關係。

在對521位三天未曾有陰道沖洗的婦女所作的另一項有趣的實驗裡，又發現76位（14.6%）陰道分泌物有致遺傳突變的能力（mutagenic activity）。這項研究是採用沙門氏菌／原漿微粒法（salmonella/microsome test）來分析的。這項結果很明顯的表示了在某些婦女的陰道中存有突變原。這個簡單的方法可以在子宮頸癌發生率高的地區採用，同時也可用來評估子宮頸癌的流行病學。另一方面也暗示我們對於陰道衛生應賦予更多的注意。

在1979年建立而命名為CC-7T的子宮頸上皮癌細胞株，經過5年，在體外已繁殖了200代以上，顯示出癌細胞“永生”的特色。我們曾以放射免疫分析法（RIA）來測量這些細胞是否能製造某些異位蛋白（ectopic protein）：如AFP、HCG、CEA和胎盤泌乳素（HPL），結果除了CEA之外，都不能測得。在對照實驗中，由正常子宮頸培養的纖維組織母細胞（fibroblast）並不能製造CEA。因此，我們推論：在能夠分泌CEA的子宮頸癌，它的產生和癌細胞的擴展程度存有某種密切的關係。

CC-7T另外可以分泌一種異位蛋白—Isoferritin，這是用Gamma Dab¹²⁵I—ferritin放射免疫分析法來測定。隨著CC-7T的生長，ferritin度也逐漸增加，提供了一項ferritin是腫瘤細胞經由一未知機轉製造的直接證據。我們在體外癌細胞所發現的ferritin，不但可作為癌症診斷和治療的生物指標，同時也可利用為調整癌細胞基因活力的可能模式。我們的實驗室最近以Sephadex G-200膠體過濾法純化出胎盤型ferritin，而對抗此純化ferritin之免疫血清又特別能與子宮頸癌上皮細胞作用，雖然還不確定，但似乎胎盤型ferritin作為子宮頸癌的生物指標應比肝型ferritin好。

對46位子宮頸癌婦女及35位正常婦女，測定血中免疫複合體的存在與否，發現癌症患者血中程度顯著地增高，其平均度在癌症組是49.8%，在對照組是27.4%。

對CC-7T的第16、34和127代細胞作染色體分析，每一代取50個中期細胞（metaphase）加以研究，發現絕大部分的細胞是雙套染色體，染色體的數目由37到91不等，平均是42。染色體缺損和移位的情形也很常見。同時，染色體無法辨認的例子亦不少。

臨床進展方面，我們將發現對此癌症進步的原因之一，乃是子宮頸抹片。於是在子宮頸癌性病變的早期診斷有了長足的進步。一個肉眼看來正常却有不正常子宮頸抹片的子宮頸，必需再以陰道鏡來評估。陰道鏡並不是一項常規檢查，但是能幫助醫師發現不正常的地方而行組織切片。同時，作陰道鏡檢查後，必須再以很小的刮匙（curet）作子宮頸管刮拭。如果在陰道鏡下不能看清全部的子宮頸，則最好作子宮頸圓錐狀切除（conization）。如果陰道鏡切片顯示是原位癌，則許多醫師仍建議行子宮頸圓錐狀切除，一方面排除顯微侵犯癌的可能，一方面也可作為一種治療。

在診斷骨盆腔淋巴結病變及復發性病變時，細針抽吸切片是一種很有用的方法。這個方法也可用於化學藥物治療期間評估腫瘤對藥物的反應。作細針抽吸切片時，最好依腫瘤本身的性質，而以超音波或者電腦斷層作為導引。

對25位子宮頸癌患者在手術前施以電腦斷層攝影及淋巴管攝影評估時，結果發現這兩種方法診斷淋巴結轉移的準確性都是78%，因為這兩種方法雖各有其缺點，但却有輔助的功用：所以在評估淋巴結轉移時最好兩種方法都用。

以手術治療婦科癌症的歷史由來已久。有一段時間，當放射線治療快速發展時，外科療法並不普遍。但是當麻醉、抗生素及營養補助等技術日益進步而安全有效時，手術治療也就在婦癌領域上充分發展而確立了其地位。我們從1963年開始對侵犯性子宮頸癌施予外科治療，手術包括經由腹部切口，切除子宮，至少三分之一長度的陰道，所有的子宮旁及陰道旁組織及骨盆腔淋巴結，其範圍上至總腸骨血管，並包括內外腸骨血管、閉孔窩及骨盆腔側壁，所有手術病人在開刀前皆以子宮頸癌國際分類法予以分期，早期間質侵犯但小於3 mm者歸於第一期上，而不列於本研究內。至於癌細胞侵入基質等於或大於3 mm者的其他第一期病灶則認為第一期下。

從1973到1983年間，曾對908位子宮頸癌患者施予子宮根治手術及骨盆腔淋巴結摘除（radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection），其中615位是第一期下，252位是第二期上，41位是第二期下，淋巴結有轉移的比例，在第一期下是11%，第二期上33%，而第二期下是60%，有淋巴結轉移者手術後的復發率是33%，而無轉移者是11%，平均而言，復發率是15.3%。

復發的定義是前一次手術切除了全部可見的腫瘤，同時手術標本邊緣無癌細胞。手術後六個月以上又有新的腫瘤出現。有時候，要診斷子宮頸癌復發是很難的，雖然如此，組織鏡檢是必需的，如果可能，可以對懷疑的部位施以直接或細針切片，必要時，可以超音波引導而以細針切片法對骨盆腔內之腫瘤取樣。有時候，剖腹切片法對骨盆腔內之腫瘤取樣。有時候，剖腹切片是另一種可行的方式。

子宮根治手術的兩項重要併發症是出血及尿管。在我們的經驗，自1972年以後輸尿管陰道瘻管發生的機會已有顯著的減少，從3.3%到1.2%；而出血的發生率也由22%降到3.4%。在1972年以前，我們所用的手術方法是先摘除骨盆腔淋巴結而後根治子宮。1972年以後，手術程序有些微改變：首先結紮兩側子宮動脈，接著根治子宮，最後才摘除淋巴結。另外，我們也認為最容易發生輸尿管陰道瘻管的部位是在遠端輸尿管，也就是輸尿管由子宮旁輸尿管隧道分離出來的位置。我們的經驗在輸尿管隧道的表面，靜脈叢非常豐富，在剝離組織時，每次不可夾得太緊。有一項基本原則即是：輸尿管旁組織必需盡可能保存，同時在切斷膀胱子宮韧带前，應該盡量減少輸尿管的張力。在62位接受骨盆腔內臟切除術（exenteration）的病人中，有4位是在手術的同時以一段腸子作了陰道整型。其中3位是用一段乙狀結腸，另一位是利用迴腸。手術後4個月，這4位病人顯示各項功能的運作都很正常。在3位以乙狀結腸作陰道整型的病患中，有一位在手術後8個月死于再發性癌症。

最後，我們將對化學藥物治療作一簡單的註腳。有許多例子，化學藥物治療能延長擴散性或復發性癌症患者的生命。33位有淋巴結轉移的患者，以化學藥物作為一種輔助性治療，其中16位病人是接受Vinblastin, Cisplatin及Bleomycin（PVB），復發率是18.8%，另外17位接受Bleomycin及Mitomycin C（BM）的，復發率是29.4%，在31位有擴散性或復發性癌症的病人，其完全及部分緩解率分別是9.7%及35.5%。

結 論

過去50年來，婦科學的進步已經使癌症的診斷和治療，在觀念和方法上有了很大的改變。今天我們期待的是在腫瘤指標方面的突破，它不但能顯示癌症的存在，也能指出原發部位。目前，幾乎所有臨床上應用的指標都不是癌症所特有的，而這也正是我們努力發展的方向。在不久的未來，子宮頸癌的相關抗原所製成的單株抗體，就像CA-125之用於卵巢癌，應將問世，而提供更高一層樓的助力。

對於未來，我們满怀希望。因為在癌症的預防上我們可能作得比現在更好；而對於癌症的治療，我們也將會有更多有效的方法。

（原載：臨床醫學月刊〔台〕1985年16卷6期403—405頁）

婦科癌病的高危險因素

·趙灌中·吳香達

婦科癌病與人類其他的許多癌病一樣，對於致癌的原因一直是未解之謎，雖然經過多年來的研究顯示出子宮頸癌可能與病毒感染有關；子宮內膜癌可能由激素不均衡所引起。但到目前為止，婦癌的病因仍未有明確的答案。因此臨床醫師又從流行病學的分析上著手，從患者的各種可能與癌病有關的因素中統計，試圖歸納出其中有致病性的危險因子，也許對疾病的預防及診斷上有所助益。此外使用危險因子一詞的取代病因，也基於一項新的觀念：癌病的原因是由於許多因子機率相互作用而導致，由單一因素而致癌的機會較低。^{1,2}

台灣的婦科癌病當中，以子宮頸癌的發生率及死亡率而言多年來都名列前茅。原因雖然未明，但已知與子宮頸的感染及性行為的習慣等因素有關，同時也與個人及環境的衛生不良等危險因子有關。³子宮內膜癌在許多工業化地區的發生率正逐漸上升之中，與子宮頸癌不相上下並猶有過之，但在本地區仍然不高。根據榮總在1980年的統計發現子宮內膜有致癌的危險因子四種均與雌性激素有間接的關係。⁴對於卵巢癌最近的研究暗示，低妊娠率是危險的因素之一，進而分析在各種不同類別的卵巢癌及子宮癌，致病的危險因子也有明顯的區別。⁵

在本篇綜論中所提出的各種高危險因子的資料，均來自榮總婦癌病人的研究以及最近一些綜論性報告，因此對於某些單獨性報告可能產生的假陰性結果可以避免。

比較其他的婦科癌病，子宮頸癌與內膜癌

是在流行病學上所做統計較多的兩種，然而在發生率及死亡率上的統計數字仍然無法完全正確的反映出實際情形，在工業化國家中是由於子宮手術的過於泛濫，例如Marret的報告，在某一年齡群中三分之一的婦女已經由於切除後沒有子宮，⁶因此影響到日後罹患癌病的機會減少；而相對的在開發中地區，則缺少正確的疾病登記及統計資料使發生率不明。這些事實都會影響致病危險因子的發現，尤其有些危險因子還可能隨著時間而變。

由於種族及血統的差異，在不同的族群間，危險的因子也不盡相同，例如本地區子宮頸癌的發生率在婦癌中遙遙領先，但乳癌及子宮內膜癌則比較之在高度工業化的歐美地區為低，⁷後兩者應與一些女性的荷爾蒙有關。在北美洲的婦癌統計上，同地區的子宮頸癌發生率黑人較白人為高，但其中子宮頸腺癌(cervical adenocarcinoma)則不然；它的發生率代表流行病學上的混合體——一些病因學與類上皮癌(epidermoid carcinoma)有關，一些又與子宮內膜腺癌有關，另有極少數與病人早在胎兒時期母體服用了diethyl stilbestrol (DES)有關，⁸因此統計上發生率在黑白均等。除子宮頸癌外，混合型中胚層癌(mixed mesodermal cancer)也較易發生於當地黑人，這可能是由於平滑肌瘤有其種族好發性，也可能與黑人有較多的子宮頸癌而曾接受過放射線治療有關。

有部份婦癌會隨著年齡升高而穩定的增加，例如白種人的發生會陰癌及黑種人的發生陰道癌及內膜癌，因此年齡的因子在某些癌病就

·榮民總醫院婦產部婦科主任

·榮民總醫院婦產部主任、陽明醫學院教授

形成致病的高危險性。以所有的那囊瘤綜論，年齡超過 55 歲時發病率緩慢升高。但那囊的生殖細胞瘤 (germ cell tumor) 則在卅歲前有最高的發生率，其後下降，但年逾 50 後又再度增加。絨毛膜癌與生育的關係密切，因此在生育年齡的廿歲至卅歲之間最高，在 45 歲之後非常少見。子宮頸癌則在我們的統計上年逾卅之後急劇上升至五十之後稍緩，與北美地區白人比較，他們在 40 至 45 之間發生率下降，可能與群族中有較高的子宮切除手術有關。子宮頸腺癌的年齡因素與子宮頸癌類似，但通常延遲十年。子宮內膜癌的最常發生年齡在 55 到 70 之間，就是停經期的前後。^{3,4}

經濟狀況與生活水準一度是被認為與有些婦癌有關，例如子宮頸癌好發於經濟水準較差的婦女群，相反的子宮內膜癌則好發於經濟水準較高者。以目前我們所有的資料顯示出，子宮頸癌患者確實好發於收入偏低的家庭婦女，可能與經濟的狀況而忽略了個人衛生及定期檢查有關。其他類婦癌在本地區尚未發現有明顯的社會經濟狀況的差異，沒有正確的資料及病人數目少有關。

婚姻與生產無礙的可能是一些潛在的危險因素，目前已經確定知道的是未婚婦女得到子宮頸癌的機會較低，而已婚及多性對象的婦女屬於高危險群，也有些研究推測生產對於子宮頸造成的創傷有促進癌化的作用。此外未婚可能是那囊癌的危險因子；不孕則是子宮內膜癌危險群中的因子。⁴

對於各種不同的婦科癌病，以下提出危險因素的討論：

1. 會陰癌：

百分之八十以上的會陰癌是頸上皮細胞癌，肥胖、未曾生產過及糖尿病在這種疾病是危險因子，尤其在高齡的婦女為然，在部份生活水準較差的地區，最新的資料顯示病毒導致的乳突狀疣是高危險的致會陰癌因素，曾有統計報告其致癌機率高達十分之一。因此對於肥胖及有糖尿病的中年以上婦女，一旦發現有不正常的會陰病灶，例如乳突狀疣，黑色素瘤以及

表皮潰瘍，應該非常小心的診查。⁵

2. 陰道癌：

陰道上皮即子宮頸上皮同為鱗狀上皮，但發生上皮癌的機會少的很多可能是由於保護作用的存在。子宮頸癌的發生均源於鱗狀與柱狀上皮相接之處，由鱗狀上皮變為柱狀上皮應是最容易發生癌變的位置。正常而成熟的鱗狀上皮是一層絕佳的天然屏障，可以阻止體腔內致癌物直接作用於分裂旺盛的上皮基底細胞，防止上皮癌的發生及演變，因此完整而正常的上皮存在於陰道、口腔及食道，使這些部位癌病的發生率較低，例如陰道癌與子宮頸癌的發生率約為一比卅，這個數字近年來在有些地區因子宮頸癌數目逐漸降低而改變，同時我們也注意到本地區的子宮頸癌治療後病人有好發陰道癌的傾向。

就陰道上皮癌而言，致病的高危險因素包括個人衛生較差、年紀較大及罹患子宮頸癌治療後等。此外陰道黏膜有黑色素病灶是陰道黑色素瘤的高危險因子；陰道腺癌及透明細胞癌的高危險因子則是妊娠期間服用了 DES。⁶

3. 子宮頸癌：

雖然大部份工業化地區婦女罹患子宮頸癌的機率及死亡率在逐年下降之中，但台灣地區子宮頸癌的發生率仍遙遙領先其他婦癌並占全部婦癌一半以上而高居第一位。因此尋找子宮頸癌的致病危險因子進而預防之，是我們一個很重要的目標。

基本上子宮頸癌的危險致病性在人口中是個人因素為主，幾乎所有地區的流行病學報告都指出較早年齡就開始有性活動和多重性關係是子宮頸癌的致癌高危險因子，同時較早的初孕也有相當的重要性。由於許多研究直指子宮頸癌與性行為的密切關係，有些學者認為子宮頸癌在狹意上屬於一種性病，這種致病的生癌物質 (carcinogenic agent) 可以由一個性對象傳給另一個人。這種致癌物很可能就是一些濾過性病毒，例如第二型疱疹或乳突狀病毒 (herpes virus type II; papilloma virus) 等。^{10,11}

也有些人認為精子是可能的致癌原因，由於這個新的DNA訊息攜帶者的刺激，導致子宮頸上皮細胞的突變。除了精液可能是致病病因的載體外，包皮垢也曾被懷疑是一種化學致癌物，因為許多盛行割禮的種族中子宮頸癌的發生率較低。至於口服避孕藥及婦女吸煙則目前仍無證據可循。

在這許多的眾說紛紜中，我們的觀點是子宮頸癌非單一致癌物引起，與性行為及衛生情況有關，因此子宮頸癌的危險因子為：早年性交、多重性對象、個人衛生不良等。在本地區婦女在有性行為開始每年例行的子宮頸防癌抹片檢查是必須的，對於上述有危險因子存在的高危險群婦女，每半年抹片一次更是值得強調的，此外在結婚後分居或離婚的婦女也要特別小心，最近的研究推測她們也是高危險群。在停經後仍然推介每年定期抹片的意義，則由於本地區有子宮頸癌高發病率，與其他地區不同；同時由於抹片也可使年長婦女有定期接受骨盆檢查的機會，而可以早期發現其他的腫瘤疾病。³

4. 子宮內膜癌：

近年來子宮內膜癌的發生率在許多地區持續上升，幾乎有超過子宮頸癌的趨勢，因此危險因子一直是在研究中，兩年前我們也提出台灣地區的第一個子宮內膜癌高危險因素的報告。⁴初步的結論為：肥胖、高血壓、糖尿病、不排卵及服用雌激素等可能是致癌因子，這個觀察與其他各地區類似。仔細分析可知肥胖是危險因子，因為由腎上腺分泌的雄烯二酮（androstenedione）可在脂肪內，芳香酸化（aromatization）轉變成雌素酮（estrone）；高血壓及糖尿病則時常與肥胖並存；不規則月經、不孕及不排卵是危險因子可能由於卵巢長期持久性的雌激素分泌；而最重要的是長期服用高量雌激素或稱求偶素而缺乏黃體素的對抗時，子宮內膜的組織切片檢查都必然有相當程度的異常增生，而這些異常增生（hyperplasia）極可能一步步的走向內膜癌。¹²

除了流行病學的統計顯示雌激素必然與某

些內膜腺癌有關外，間接的由腫瘤細胞的荷爾蒙受體分析及臨床上使用荷爾蒙治療成效等研究，也提供足夠的證據表示異常的荷爾蒙量是子宮內膜癌的最高危險因子，任何這一類的婦女應仔細診察及追蹤。除內膜腺癌外，其他子宮癌則因病例數目不多目前難以下結論。¹³

5. 卵巢癌及輸卵管癌：

卵巢癌的組織學分類上異常繁多，就發生數而言上皮類癌占其中90%以上。在20歲以下女性罹患卵巢癌以生殖細胞癌居多，這種癌的平均年紀為卅以下。上皮癌則與性索細胞癌的年齡分佈相似，上皮癌由低度癌變到最後確定為癌其間約需十年。¹⁴

卵巢癌的危險因子目前仍不肯定，但最近的研究顯示家族病史及未曾生育可能是兩項危險因素。家族性的影響對卵巢癌與乳癌非常相似，這種家族性傾向與一些卵巢癌細胞帶有一些標識性染色體都是目前在進行研究的目標。除了家族遺傳因素外，卵巢癌與發育異常較有關的目前已知是兒童期性腺發育不良與子宮內膜異位症；實際上卵巢癌數目和子宮內膜癌數目相似，而許多卵巢的類內膜腺癌（endometrioid adenocarcinoma）事實上就是起源於異位在卵巢上的子宮內膜組織。因此有一項統計指出，子宮內膜異位與19%的子宮內膜透明細胞癌（clear cell carcinoma）有關，也與9%的卵巢類內膜癌有關。^{15,16}

卵巢癌與婚育的關係在大多數研究中發現未婚者占有高比率，而服用避孕藥者有否相當的保護作用則仍意見分歧。比較起來不孕及低妊娠率的婦女較具危險性，可能是卵巢病變的結果，也有持相反意見的人認為不孕的由於排卵功能不良可能是發展成卵巢癌的刺激因素。除了占90%以上的卵巢上皮癌以外，生育細胞癌等其它的卵巢癌的發生率則沒有婚姻狀況的差異。¹⁵

目前有一些尚未證實但值得注意的問題是卵巢癌和小兒病毒感染，特別是一些對性腺有親和力的病毒例如腮腺炎病毒等。一些研究顯示卵巢癌患者較少得過腮腺炎、麻疹及德國麻疹。

疹，其後的研究推測這些病人可能只有亞臨床性感染，沒有明顯症狀同時產生的抗體量低，以至於可能在日後病毒致癌時缺乏保障。

結 論

致癌危險因素的觀念是具有多方面價值的，當我們能瞭解主要危險因素的作用，便可能知道有關癌病的起因了，同時除去這些因素應可降低危險性。但必須要注意的是這些因素並非永遠一成不變的，也不是對所有的癌病患者都絕對正確，也就是說有些沒有任何危險因素的人仍然有致癌的可能性。仍然有許多的因素目前尚未知，這將有賴於我們繼續的努力。

參考資料

1. Berg JW, Lampe JA: High-risk factors in gynecologic cancer. *Cancer* 1981; 48:429-441.
2. Silverberg E: Statistical and epidemiological information on gynecologic cancer. New York: American Cancer Society, 1980.
3. 吳香遠：臨床婦科學，第二版，台北茂昌出版社，1985。
4. Chao KC, Chang CY, Ng, HT: The high risk factors for

- endometrial cancer. *J Obstet & Gynecol ROC*. 1983; 22:7-14.
5. McGowan L, Parent L, Lednar W, et al: The woman at risk for developing ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1979; 7:325-344.
6. Marret LD: Estimates of the true population at risk of uterine disease and an application to incidence data for cancer of the uterine corpus in Connecticut. *Am J Epidemiol* 1980; 111:373-379.
7. Herbst AL, Cole MJ, Norusis MJ, et al: Epidemiologic aspects and factors related to survival in 384 registry cases of clear cell adenocarcinoma of the vagina and cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135:876-886.
8. Franklin EW, III, Rutledge FD: Epidemiology of epidermoid carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol*. 1972; 39:165-172.
9. Woodruff JD, Parmely TH: Epidermoid carcinoma of the vagina. In: Hafez ESE, eds. *The human vagina*. Amsterdam: North Holland, 1978; 383-394.
10. Kessler II: Venereal factors in human cervical cancer. *Cancer* 1977; 39:1912-1919.
11. Josey WE, Nahmias AJ, Naib ZM: Viruses and cancer of the lower genital tract. *Cancer* 1976; 38:528-533.
12. Sherman AI, Brown S: The precursors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135:947-954.
13. Siiteri PK: Steroid hormones and endometrial cancer. *Cancer Res*. 1978; 38:4360-4366.
14. Annegers JF, Strom H, Decker OG, et al: Ovarian cancer: Incidence and case control study. *Cancer* 1979; 43:723-729.
15. Lingeman CH: Etiology of cancer of the human ovary: A review. *J Natl Cancer Inst* 1974; 53:1603-1618.

(原載：臨床醫學月刊〔台〕1986年17卷1期75—78頁)



卵巢皮樣囊腫：超音波所見與病理學上之關係

彰化基督教醫院婦產科

邱文松 蘇主恩 蕭弘智 吳震春

從民國67年3月到72年12月，在彰化基督教醫院，我們分析81個卵巢皮樣囊腫的超音波圖形和其內容物的關係。卵巢皮樣囊腫的典型超音波圖形是囊腫內有產生回聲的團塊。其後有聲影，這一類的例子有35個，佔43.2%，聲影的產生主要是由於毛髮團塊。有21(25.9%)例超音波影像是囊腫部份呈囊狀，部份呈實質狀。8(9.9%)例則整個囊腫呈囊狀。12(14.8

%)例則囊腫內有複合樣回聲。5(6.2%)例則超音波圖形似腸胃回聲而未能診斷出。當混合在皮脂樣物質的毛髮量過少，或分佈密度太稀就不會產生聲影而至多祇顯示出實質狀或複合樣回聲超音波影像。由於皮樣囊腫內含多種成分，因此而有各種超音波圖形，能熟悉各類超音波圖形，也許可提高診斷的正確率。

(原載：中華民國婦產科醫學會會刊〔台〕1985年24卷4期225頁)

卵 巢 癌

·張冠軍·簡婉儀·吳香達

卵巢癌對婦產科醫師而言是一項極富挑戰性的問題，因為它具有幾樣特色：

(1)目前，它已佔台灣婦女癌症發生率的第三位，僅次於子宮頸癌及乳癌，據估計大約每70個新生女嬰中，有一個在其一生中會發生卵巢癌。依台北榮民總醫院婦產部統計：約10.67%的女性生殖器官癌症是來自卵巢。

(2)卵巢癌的早期症狀不太明顯，導致早期診斷非常不容易，70%的患者，在診斷時已有了骨盆腔以上的蔓延。

(3)截至目前為止，並沒有一項準確性高的篩檢可以早期測知卵巢癌，包括血清細胞學診斷在內。

(4)它的年齡分佈也有其特殊型式，以佔80%的上皮細胞癌而言，絕大部分發生在50歲以後，而以50到59歲之間最多。因此，在這一年齡，尤其是屬於高危險群的婦女，如果能夠定期接受骨盆腔檢查，應該可以避免很多悲劇的發生。另外，約佔10%的生殖細胞癌，多發生在青春期到30歲之間，而且發生扭轉的併發症又高。因此，年青女性的急性腹痛，不應等閒視之。

(5)卵巢除了本身易有原發性癌症外，也易有轉移性癌，其比例大約是10—15%。這些轉移癌大部分是來自乳部、消化道及子宮內膜。

(6)雖然外科手術、化學藥物及放射線治療

在近十年來有長足的進步，但是卵巢癌的預後並不樂觀。5年存活率在第一期雖然有60%，但在侵犯性癌却只有15—25%。

病因及流行病學

到目前為止，卵巢癌的真正原因還不清楚，但是就現有資料分析起來，有些現象值得我們注意：

(1)家族性遺傳：雖然沒有確切的統計學上證據可以支持這項論點，但我們仍可發現在某些家族中，漿液腺癌有偏高的現象。

(2)年齡因素：為什麼80%的上皮細胞癌發生在50歲以上的婦女，而60%的生殖細胞癌發生在20歲以下的女性呢？顯然，年齡與其發生有密切的關係。

(3)未生育的婦女較易有卵巢癌：是不是因為卵巢長期工作而缺乏短暫的休息呢？在動物實驗，以藥物過度刺激卵巢，則卵巢癌的比例增加，在人類雖然尚無定論，但長期服用排卵藥物以治療不孕症的婦女，停經後的追蹤是一個值得研究的材料。

(4)在卵巢腫瘤中，10—15%是惡性癌，停經後的婦女這個比例更高，達50%以上。一般卵巢腫瘤雖然大部分是良性，但是常見的漿液腺瘤，粘液腺瘤及皮樣囊腫，却分別有15%，5%以及1%的惡性轉變，這是一個事實，至於如何轉變，則不得而知。

(5)國家愈工業化，卵巢癌的發生率愈高，同時高所得婦女比低所得婦女較易罹卵巢癌。

(6)卵巢癌的發生率，東方婦女較西方婦女

* 榮民總醫院婦產部住院醫師

* 榮民總醫院婦產部專科醫師

* 榮民總醫院婦產部主任

表1. 卵巢癌的組織分類
(1970-1984)

類 別	病人數	百分比
一、生殖上皮 (germinal epithelial origin)	167	61.0
漿液腺癌 (serous cystadenoma ca)	103	
粘液腺癌 (mucinous cystadenoma ca)	36	
低度惡性瘤 (borderline malignant)	14	
漿液腺瘤 (serous cystadenoma)	9	
粘液腺瘤 (mucinous cystadenoma)	5	
類子宮內膜腺癌 (endometrioid adeno ca)	9	
透明細胞癌 (clear cell ca)	5	
二、生殖細胞瘤 (germ cell tumor)	28	10.2
惡性畸胎瘤 (malignant teratoma)	19	
胚胎癌 (embryonic ca)	4	
惡性胚芽瘤 (Dysgerminoma)	5	
三、性腺間質腫瘤 (gonadal stroma tumor)	23	8.4
粒性細胞瘤 (granulosa cell tumor)	21	
Sertoli-Leydig 細胞瘤 (sertoli-leydig cell tumor)	2	
四、甲狀腺腫狀卵巢瘤 (struma ovarii)	3	1.1
五、布達約氏瘤 (Brenner tumor)	2	0.7
六、黃色纖維肉瘤 (xanthofibrosarcoma)	1	0.4
七、未分化癌 (undifferentiated ca)	16	5.8
八、轉移性癌 (secondary malignancy)	19	6.9
九、無病理證明 (unknown pathology)	15	5.5
總數	274	

表2. 原發性卵巢癌的臨床分期 (FIGO)

第一期：局限於卵巢本身
第一期A：單側卵巢癌，沒有腹水
i：外表無腫瘤，包囊完整
ii：外表有腫瘤，或包囊破裂
第一期B：兩側卵巢癌，沒有腹水
i：外表無腫瘤，包囊完整
ii：外表有腫瘤，或包囊破裂
第一期C：單側或兩側卵巢癌，有腹水，或者腹腔沖洗液有癌細胞
第二期：單側或兩側卵巢癌，並且有了骨盆腔擴散
第二期A：骨盆腔擴散只限於子宮和輸卵管
第二期B：骨盆腔內其他組織也有了轉移
第二期C：第二期A或B，但有腹水或腹腔沖洗液有癌細胞存在
第三期：單側或兩側卵巢癌，腹腔內並已有廣泛的轉移病灶包括腹膜、小腸或大網膜以及後腹腔淋巴
第四期：單側或兩側卵巢癌，並且有了骨盆腔外的遠端轉移、肝轉移或胸腔積水有癌細胞皆為本期

*沒有經過剖視探查的卵巢癌必須歸於另外一個特別的分類裡面

低。15 歲到 19 歲之間，東方婦女有較高之雌激素三醇，其差異隨年齡的增加而減少，到 40 歲時幾乎無差別，而卵巢癌多發生於此後，似乎雌激素三醇可保護不成熟細胞。

(7)肥胖、不孕、單身以及有月經障礙之女性較易有卵巢癌。

(8)某些化學性腹膜刺激品，如陰道沖洗液中的滑石成分，進入腹腔後，引起卵巢發炎。繼之上皮細胞凹陷成包涵囊，久而久之，便有成惡性的可能。

(9)老鼠經過長期放射線治療後，會發生卵巢腫瘤，但在人類似乎不會。

卵巢癌的分類、分期

如前所述，卵巢除了本身原發性的癌症之外，因其位於腹腔內，所以轉移性的惡性腫瘤也非少見。因此在懷疑有卵巢癌而給予治療前，必需詳細檢查乳房、消化器官及子宮內膜等處，否則，治標不治本，徒然浪費時間。

至於原發性癌中，最常見的是漿液腺癌，其次是粘液腺癌，各種癌所佔的比例，依報告的來源不同而有差異。但是上皮細胞癌佔 60% 左右則幾乎是一致的。表 1. 是台北榮民總醫院婦產部，從 1970 年到 1984 年，15 年之間對 274 個卵巢癌病例所作的分析，可見一斑。

除了組織學的分類外，卵巢癌在處理上，特別重要的一點是臨床分期。它必需以手術檢查為依歸。換句話說，手術前的分期可因手術時的發現而改變，這是與子宮頸癌的分期大不相同的。表 2. 是 1976 年國際婦產科癌症學會所提出的臨床分期法，它跟處理及預後有非常密切的關係(表 3.)。Pever 醫師的統計，大約只有五分之一的病患在第一次手術時能有準確的分期。因此，完整的腹腔內檢查(表 4.)，乃是臨床婦癌醫師必需熟練的技巧。

臨床症狀

卵巢癌患者所表現出來的臨床症狀多半是腹部脹痛、不適、消化不良、胃口不好及子宮不正常出血等。因為卵巢深藏於骨盆腔內，往

表 3. 卵巢癌的預後

臨床分期	五年存活率(%)
第一期	61
A	65
B	52
C	52
第二期	40
A	60
B	38
第三期	5
第四期	3

表 4. 卵巢癌臨床外科分期步驟

- 一、適度的垂直切口，使手術視野能到達上腹
- 二、骨盆腔及兩側結腸旁空間沖洗，以獲取細胞學檢查標本，或直接採集腹水
- 三、肉眼檢視所有腹膜表面，包括橫膈膜，腸系膜及肝臟表面
- 四、觸診腹膜後及腸系膜淋巴結，懷疑者並行切片檢查
- 六、對卵巢腫瘤的良惡性，有懷疑時即作冰凍切片檢查
- 七、對年青仍想生育的女性，在保留對側卵巢前必需先作楔狀切片

往往瘤子長到某一程度後，才有症狀出現，以致延誤了早期診斷的時間。但在屬於高危險群之婦女又有下列情況時，宜提高警覺而作徹底、定期的檢查：年紀在 40 歲以上，有持續的腸胃不適而無確切的診斷，或者曾有很長時間的卵巢功能不良。

卵巢癌的轉移，通常不是經由細胞的種植，就是沿著腹膜表面產生直接的擴散，再不然即經由淋巴管或血液蔓延。有了癌轉移的腹腔，表面凹凸不平，由於刺激的結果便產生了腹水。一般而言，有了腹水的卵巢癌多半就是惡性的了。

通常卵巢癌都不會有月經失調的現象，除非是兩側卵巢都被破壞殆盡。少數的病例，因為能夠產生女性荷爾蒙的顆粒性細胞瘤，引起早發性月經或者停經後不正常之子宮出血。另外，少數含有辜丸細胞能分泌男性荷爾蒙的腺

瘤，能使患者發生男性化的現象：聲音低沉、體毛增多、陰蒂肥大、子宮萎縮、月經量減少甚至停止。

診斷

卵巢癌的早期診斷多半是偶然發現。到目前為止，還沒有一種相當可靠的方法，一如子宮頸抹片可作為子宮頸癌的一種篩檢工具。懷有高度的警覺心，尤其對屬於高危險群的婦女，作定期骨盆腔檢查是值得推薦的作法，遇有肥胖者可用超音波掃描協助。骨盆腔檢查時，有些現象暗示卵巢癌的可能：(1)子宮附件部位有可摸到的瘤子，這些瘤子表面不平滑，有些部分軟，有些部分硬，而且是兩側性。(2)在直腸子宮凹陷的地方有顆粒性的病灶，子宮因這些病灶的牽扯而缺少活動性。陰道細胞抹片的價值有限；由直腸子宮凹陷穿刺、吸取腹腔液作細胞學檢查，也因診斷率太低而不予採用；超音波或者是電腦斷層掃描在早期診斷上的助益並不大；但是在確切有卵巢癌的病例，超音波影像有助於開刀前鑑別診斷良性或惡性；腹腔鏡檢查有助於臨床分期，但是在早期診斷上，仍並非是有效的工具。

實驗室方面，到目前為止也未能提供令人可喜的診斷方法。許多致力於腫瘤標記的研究，發現諸如CEA、ADH、雷根異酵素(Regan isoenzyme)、HCG等並不能幫助早期診斷。但是在上升的病例，這些物質却可作為治療和追蹤的指標。在已知卵巢癌瘤的病例，AFP升高表示可能是內胚竇瘤(endodermal sinus tumor)。另外在粘性腺癌中存有一常見的抗原：CA 125，利用此種抗原所製造出的單株抗體：OC 125，特異性雖不頂高，但已為卵巢癌的早期診斷帶來一線曙光。

自然，最直接準確的方法是打開肚皮來看，並對任何可疑之處，行切片檢查。因為，涉及麻醉和較大的傷口，所以，只有在某些情況下才這樣作：

- (1)停經後，任何可以摸到的卵巢腫瘤。
- (2)任何年齡之女性有大於5公分的卵巢腫

瘤，尤其正在使用口服避孕藥或經過一、兩個月經週期而腫瘤仍不變小。

- (3)直徑大於10公分的卵巢腫瘤。
- (4)所有的硬性卵巢瘤子。
- (5)有腹水，而且子宮直腸凹陷有顆粒性腫瘤。
- (6)卵巢腫瘤同時有急性腹痛。

治療

目前的治療方式，大概分為：手術治療、放射線治療、化學療法、免疫療法、荷爾蒙治療及混合治療。必需再次提醒的是：準確的臨床分期乃是有效治療的先決條件。

治療方式則依卵巢癌的性質：上皮癌及非上皮癌而略有差異。

一、低危險性上皮癌(borderline epithelial cancer)

此類癌的組織及生物特徵介於良性與惡性腫瘤之間，約佔卵巢上皮癌的15%，五年存活率可達92%。但有些病人在治療後，症狀會再發而導致死亡。因為這些腫瘤細胞也會有種植、轉移和產生腹水的特性。

表 5. 卵巢表皮的保守性治療的必要條件

1. 第一期A
2. 分化很好
3. 仍欲生育的年青婦女
4. 骨盆腔檢查大致正常
5. 包囊良好無粘連
6. 沒有侵犯到包囊表面，淋巴結或大網膜
7. 腹腔沖洗液無癌細胞存在
8. 對側卵巢和網膜切片正常
9. 可以密切追蹤檢查者
10. 生育結束後，仍需把剩餘卵巢切除

表 6. 第二次剖腹探查之步驟

1. 垂直切口
2. 由腹腔和骨盆腔各處取沖洗液送細胞學檢查
3. 仔細探視各骨盆腔器官，腹膜、網膜及腸系膜如有可疑，即作切片檢查
4. 任何粘連處皆應切除，作病理檢查
5. 檢查腹膜後骨盆腔淋巴結及主動脈旁淋巴結

治療主要在把腫瘤完全切除。如果是35歲以下之年輕女性還想生育、腫瘤只限於一個卵巢，同時腹腔細胞學及對側卵巢切片檢查皆是陰性，則可作一個卵巢輸卵管切除；否則應作全子宮、兩側卵巢、輸卵管、闊尾及網膜切除。

二、上皮癌：

對此類癌預後影響最大的是臨床分期，而存活率則視臨床分期、癌細胞的組織分類、分化程度、手術後殘餘腫瘤的大小及手術後的治療方式而定。有幾個事實是值得我們注意的：

(1)手術時，如果能切除全部肉眼可見的

腫瘤，則可提高存活率。

(2)對大部分的病例，手術後必需給予輔助療法，而這些治療只有在腫瘤體積減至最小程度時，才能發揮最大的效果。

(3)不同的臨床分期有不同的治療方式，過與不及對病人而言，都是一種傷害。

(4)對已擴散的病例，化學療法的效果還不錯，而這也是目前唯一能給予的治療方式。

再就各分期癌症的處理，簡述如下：

第一期A₁：

全子宮、兩側卵巢輸卵管雙闊尾切除，同時作網膜切片。在特殊的情況（表5），可以

表 7. 卵巢上皮癌化學藥物療法

第一期及第二期A：

Mephalan：7mg/M²，第1天到第5天，每4個星期重複1次

第二期B以上：

Cyclophosphamide：600mg/M²第1天

Cisplatin：50mg/M²第1天

Adriamycin：25mg/M²第1天

Hexamethylmelamine：150mg/M²第8-21天

} 每3個星期重複1次

卵巢非上皮類癌化學藥物治療

內胚質瘤，惡性畸胎瘤—VAC

Vincristine：2mg/M²；靜脈注射，每週第1天給予，重複12週

Actinomycin D：300μg/M²；靜脈注射，第1—5天

Cyclophosphamide：150μg/M²；靜脈注射，第1—5天 } 每4週重複1次

↓ 無反應

Bleomycin：15mg，肌肉注射，每週1次，重複10週

Vinblastine：4mg/M²；靜脈注射，第1—5天

Cisplatin：60mg/M²；靜脈注射，第1天 } 每3週重複1次

↑ 無反應

絨毛膜癌：

Methotrexate：0.2mg/kg；靜脈注射，第1—5天

Actinomycin D：10μg/kg；靜脈注射，第1—5天

Chlorambucil：0.2mg/kg；口服，第1—5天 } 每週重複1次

顆粒細胞瘤：

Cyclophosphamide：5-7mg/kg；靜脈注射，第1—5天

5-FU：6-8mg/kg；靜脈注射，第1—5天

Actinomycin D：10μg/kg；靜脈注射，第1—5天

↓ 無反應

Bleomycin：15mg；肌肉注射，第1—5天

Adriamycin：20mg/M²；靜脈注射，第1—3天

} 每4週重複1次

↑ 無反應

Sertoli Leydig細胞瘤：VAC

只作保守性的單側卵巢輸卵管切除。

如果是分化很差的癌症，可給予mephalan (alkeran)，每天每公斤體重0.2毫克，連服5天。每隔4週重複一次，一共12次。治療之後，再行剖腹檢查 (second-look operation)，但在給予前，應先衡量化學治療的好處和危險性。

第一期A₁、B及C：

全子宮、兩側卵巢輸卵管及蘭尾切除，同時作網膜切片。

手術時瘤子應盡可能不弄破。如果已經破裂，除了以食鹽水沖洗腹腔外，應考慮給予腹腔內滴注放射性金 (AU¹⁹⁸) 和磷 (P³²)。手術後給予 alkeran，劑量及投與方式如上述。如果是分化極差的癌，則考慮給予多種類之化學針劑10—12個療程，一年後再剖腹探查。

第二期：

切除子宮、兩側卵巢輸卵管、蘭尾、網膜及所有肉眼可以看到的瘤子。同時對腫瘤周圍的粘連予以切片檢查。如果殘留有不能切除的腫瘤，則應腹腔內滴注放射性元素，並輔以骨盆腔放射線治療或化學療法，如果腫瘤已完全清除，則可依癌分化的程度而給予不同方式的化學治療，期滿後仍應剖腹探查。

第三期：

手術治療如同第二期，手術後必需給予化學針劑：如 cisplatin, adriamycin, 及 cyclophosphamide (PAC) 或 actinomycin-D, 5-fluorouracil 及 cytoxan (AcFuCy)。同時可考慮在手術時放一留置性腹膜透性導管於腹腔內，而將化學藥物如 cisplatin 直接打入腹腔內，它的好處在於低劑量即可達到治療濃度而減少不必要的併發症。

第四期：

治療原則同第三期，另視實際情況輔以放射線治療及免疫、荷爾蒙療法。

手術在卵巢癌治療中佔了極重要的地位，有幾項重要的觀念值得在此一提：

- (1)在第一次手術時要準確地作好臨床分期。
- (2)在安全的前提下，儘可能地切除所有肉

眼可以看到的瘤子；子宮、卵巢輸卵管及蘭尾，一般而言全部切除；網膜如外觀正常則切片即可，如已有轉移則必需全部切除。

(3)第二次剖腹探查 (second look) 在卵巢癌的治療追蹤上扮演了極重要的角色，通常在第一次手術後的輔助性治療如化學針劑或放射線治療告一段落後實施，其步驟如表6。其目的有二：(A)檢視還有沒有殘留的癌症存在，以評估治療效果。(B)決定是否應該停止化學治療，因為化學治療畢竟有併發症，而且病人往往也不能忍受。

(4)輔助性治療後，臨床檢查如仍有腫瘤則也應作第二次剖腹 (second laparotomy)，並在可能範圍內切除所有腫瘤。

(5)某些特殊情況，必需手術以解決併發症如腸阻塞，瘻管。

化學治療與手術是卵巢癌治療上的兩大支柱。因此，再將化學治療這一方面作一簡單說明：化學治療的最終目的就是選擇性地抑制或殺死體內的癌細胞，而對正常細胞產生最小的毒性。由於新藥的發明，目前在卵巢癌已有70—90%的效應 (response rate)。一般而言，多種藥物治療此單一藥物治療可得較長的緩解期 (remission)，癌細胞的抗藥性也會較慢出現。另外在給藥前，應該注意到病人的一般狀況及藥物使用的禁忌情形：例如白血球至少應在3,000/mm³以上，血小板應優於100,000/mm³才給藥。血小板低於50,000/mm³，白血球小於2,000/mm³，應考慮停藥。如果血液檢查結果在上述二者之間，給藥時間又不宜延遲，則劑量應減半，另外，在6個月內曾接受放射線治療者，劑量應降低25%；使用 adriamycin 時應小心肝臟功能；使用 cytoxan 時要注意出血性膀胱炎等。

以烷基化藥物 (alkylating agent) 來治療上皮癌，仍為大多數人所採用，約有40—50%的反應率。治療後沒有反應者的平均存活時間只有8個月，而有反應者的平均存活時間則有22個月。近年來新藥的發展神速，目前用於卵巢上皮癌的有效新藥有 cisplati-

num, adriamycin, hexamethylmelamine, 以烷化藥物合併以上一種或一種以上的有效新藥，會有 70—90 % 的反應率。

原則上，第一期和第二期 A 的卵巢上皮癌以單一藥物治療，第二期 B 以上應採用綜合藥物治療，如表 7。

S 非上皮類癌

此類癌，尤其是生殖細胞癌，大部份發生於青春前期，也是青春前期女性最常見的生殖器官癌。在處理這些病患時應該特別注意是否仍想生育，如果能符合表五之條件，則保守性手術治療是可行的。惡性胚芽瘤對放射線治療很敏感，這種癌如果只以手術治療，則 25 % 在 1 年內會再發，此時如給予放射線治療，三分之二會得到完全緩解。因為 10—15 % 的惡性胚芽瘤同時會有其他的生殖細胞成分，所以病理檢查必需詳細，而一旦發現則必需施予化學治療。

其他的生殖細胞癌，如惡性畸胎瘤、絨毛膜癌、內胚瘤則於手術後必需加上綜合化學療法，其種類、劑量、投與方式如表 8。

在基質細胞瘤方面，較常見的是顆粒性細胞瘤，手術方式一如上皮類癌，在已有侵犯時，其輔助性治療除了化學針劑外，放射線療法也很有效。值得一提的是：這種癌常有晚期復發，10 年以上很常見，甚至有 33 年後才復發的病例報告，絕大部分的復發侷限於骨盆腔及腹腔，處理方式是剖腹，儘可能地切除瘤子而後再給與化學或放射性治療。

對於復發性癌，應該作剖腹檢查再決定治療方針，原則上盡量拿走瘤子，再根據癌細胞的種類決定採用何種輔助性療法。

對於轉移性卵巢癌的處理，主要得看原發癌的部位及是否可以用手術切除。比如原發癌在乙狀結腸，那麼切除部分結腸後作吻合術，以及切除子宮、卵巢輸卵管和網膜是很理想的方法？手術後再投與輔助治療。如果無法手術，則應從放射線或化學治療中選擇一種方法，不要兩種都用。

對於惡性積水的例子，一般採用全身性化學治療，大約可控制住 90 %，因為效果很好，所以不太用放射線治療或抽水。除非腹水極多，腹壓極高，引起嚴重呼吸困難或劇痛才行腹部穿刺放水。在某些例子，以 5-Fu 或 Bleomycin 打入腹腔或胸腔，有時會得到意想不到的效果。

懷孕期間發生卵巢腫瘤的比例約 2.5—5 %，但是其中有 5 % 是惡性的，懷孕對腫瘤無影響，中止妊娠對卵巢癌的發展亦無好處，換句話說：治療方法與預後和非懷孕時同。必需注意的是：任何實質、固定、表面不平滑的卵巢腫瘤，絕不能因懷孕而不作剖腹檢查，同時，12 週以後任何大於 5 公分的囊狀腫瘤也應作剖腹檢查。

結 論

一般而言，卵巢癌的預後都較差，它的原因還是發現太晚。近年來由於警覺性提高，診斷進步再加上積極和廣泛的手術以及手術後的輔助性療法，預後已稍有改善，但還是不能令人滿意。在這一方面，最重要的還是要尋找一種有效的篩檢方法來提高早期診斷率。此外，45 歲以上婦女接受骨盆腔手術時，預防性的切除卵巢，以及 50 歲以上女性定期接受骨盆腔檢查等，都是在目前可以作到而應該作的。

婦癌學的領域猶如一片浩海，目前我們的處理方式，在十年、廿年後回顧起來也許會覺得很幼稚，但這些畢竟是經驗和血汗的累積，我們深信：努力是不會白費的，未來的成就也只有在目前不斷的嘗試和鑽研下才能大放異彩。

參考資料

1. Morrow CP: Malignant and borderline epithelial tumors of ovary. Maloolm Coppleston: Gynecologic Oncology. 1st ed. New York: Churchill Livingstone Inc. 1981:671-679.
2. William E. Lucas: Neoplasms of the ovary. Nathan G. Kass etc: Principles and Practice of Clinical Gynecology. 1st ed. New York: Wiley Co. 1983:885-905.
3. 吳香蓮：臨床婦科學。台北：茂昌圖書有限公司，1985：363-380.
4. Hugh R. K. Barber: Ovarian cancer: Diagnosis and management Am J Obstet Gynecol 1984; 150:910-915.
5. 蘇祐達、謝長堯：卵巢癌。當代醫學 1984；11：987-994.

(原載：臨床醫學月刊〔台〕1985 年 10 卷 6 期 451—457 頁)