

妇产科重症 与常见病诊疗学

(下)

潘耀平等◎主编

妇产科重症与常见病诊疗学

(下)

潘耀平等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科重症与常见病诊疗学 / 潘耀平等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5578-3263-6

I. ①妇… II. ①潘… III. ①妇产科病—急性病—诊疗②妇产科病—险症—诊疗③妇产科病—常见病—诊疗
IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字 (2017) 第232165号

妇产科重症与常见病诊疗学

FUCHANKE ZHONGZHENG YU CHANGJIANBING ZHENLIAO XUE

主 编 潘耀平等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 陈绘新
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 450千字
印 张 34.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年9月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3263-6
定 价 136.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

目 录

第一章 妇科超声诊断	(1)
第一节 正常内生殖器官的声像图	(1)
第二节 子宫肌瘤	(9)
第三节 子宫肌腺病	(20)
第四节 子宫肥大症	(25)
第五节 子宫内膜息肉	(27)
第六节 子宫内膜增生过长	(31)
第七节 宫腔粘连和宫腔积液	(33)
第二章 产科超声诊断	(37)
第一节 早孕的超声诊断	(37)
第二节 超声估计妊娠龄	(43)
第三节 胚胎(胎儿)生长发育的观察	(50)
第四节 11 周至 13 周 6 天胎儿染色体异常筛查	(69)
第五节 11 周至 13 周 6 天胎儿结构畸形筛查	(74)
第六节 先兆流产和难免流产	(85)
第七节 双胎妊娠及合并异常	(88)
第八节 异位妊娠	(96)
第三章 生殖系统炎症	(105)
第一节 外阴炎	(105)
第二节 阴道炎	(110)
第三节 宫颈炎	(116)
第四节 盆腔炎	(119)
第五节 生殖器结核	(126)
第六节 性传播疾病	(130)
第四章 妇科内分泌疾病	(150)
第一节 性早熟	(150)
第二节 青春期延迟	(154)
第三节 无排卵型功血	(156)
第四节 有排卵型功血	(160)
第五节 闭经	(162)
第六节 高催乳素血症	(180)
第七节 多囊卵巢综合征	(183)
第八节 经前期综合征	(186)

第九节 痛经	(188)
第五章 子宫内膜异位症及子宫腺肌病	(193)
第一节 子宫内膜异位症	(193)
第二节 子宫腺肌病	(205)
第六章 妇科肿瘤	(208)
第一节 外阴良性肿瘤	(208)
第二节 外阴上皮内瘤变	(209)
第三节 外阴恶性肿瘤	(211)
第四节 阴道上皮内瘤变	(215)
第五节 阴道恶性肿瘤	(216)
第六节 子宫良性肿瘤	(220)
第七节 子宫颈恶性肿瘤	(226)
第八节 子宫体恶性肿瘤	(235)
第九节 卵巢肿瘤	(242)
第十节 输卵管良性肿瘤	(254)
第十一节 输卵管恶性肿瘤	(255)
第七章 妊娠滋养细胞疾病	(262)
第一节 葡萄胎	(262)
第二节 妊娠滋养细胞肿瘤	(266)
第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	(269)
第八章 女性盆腔功能障碍及损伤性疾病	(271)
第一节 外生殖器损伤	(271)
第二节 子宫损伤	(272)
第三节 阴道脱垂	(275)
第四节 子宫脱垂	(277)
第五节 生殖道瘘	(279)
第六节 压力性尿失禁	(282)
第九章 生殖器官发育异常	(284)
第一节 处女膜闭锁	(284)
第二节 处女膜坚韧	(285)
第三节 阴道发育异常	(285)
第四节 子宫发育异常	(288)
第五节 输卵管发育异常	(292)
第六节 卵巢发育异常	(293)
第七节 两性畸形	(294)
第十章 正常分娩	(297)
第一节 分娩动因	(297)

第二节	决定分娩的因素	(298)
第三节	枕先露的分娩机制	(305)
第四节	分娩的临床经过和处理	(307)
第十一章	异常分娩	(313)
第一节	产道异常	(313)
第二节	产力异常	(318)
第三节	胎位异常	(322)
第十二章	异常妊娠	(333)
第一节	流产	(333)
第二节	异位妊娠	(337)
第三节	妊娠剧吐	(343)
第四节	妊娠期高血压疾病	(345)
第五节	妊娠期肝内胆汁淤积症	(356)
第六节	妊娠期急性脂肪肝	(358)
第七节	母胎血型不合	(361)
第八节	胎儿窘迫	(364)
第九节	早产	(367)
第十节	过期妊娠	(370)
第十一节	死胎	(373)
第十三章	产褥期疾病	(375)
第一节	正常产褥及哺乳	(375)
第二节	产褥感染	(386)
第三节	产褥期抑郁症	(389)
第四节	产褥中暑	(390)
第十四章	妊娠合并症	(392)
第一节	妊娠合并特发性高血压	(392)
第二节	妊娠合并阑尾炎	(393)
第三节	妊娠合并急性胰腺炎	(396)
第四节	妊娠合并消化性溃疡	(400)
第五节	妊娠合并急性肾盂肾炎	(401)
第六节	妊娠合并糖尿病	(403)
第七节	妊娠合并贫血	(407)
第八节	妊娠合并哮喘	(411)
第九节	妊娠合并肺炎	(418)
第十节	妊娠合并肺结核	(420)
第十一节	妊娠合并肠梗阻	(421)
第十二节	妊娠合并急性胆囊炎	(423)

第十三节	妊娠合并病毒性肝炎	(427)
第十四节	妊娠合并心脏病	(430)
第十五章	胎儿附属器异常	(445)
第一节	前置胎盘	(445)
第二节	胎盘早剥	(449)
第三节	胎盘植入异常	(453)
第四节	胎盘形态异常	(454)
第五节	胎膜早破	(454)
第六节	脐带异常	(458)
第七节	羊水量异常	(461)
第十六章	胎儿异常与多胎妊娠	(465)
第一节	巨大儿	(465)
第二节	胎儿生长受限	(468)
第三节	胎儿畸形	(471)
第四节	多胎妊娠	(474)
第十七章	产科急症	(478)
第一节	胎膜早破	(478)
第二节	羊水栓塞	(481)
第三节	子宫破裂	(483)
第四节	晚期产后出血	(486)
第五节	产科休克	(488)
第六节	产科栓塞性疾病	(491)
第七节	子宫内翻	(496)
第十八章	妇产科护理	(499)
第一节	生殖系统炎症的护理	(499)
第二节	月经不调的护理	(505)
第三节	妇科肿瘤的护理	(513)
第四节	流产的护理	(519)
第五节	早产的护理	(523)
第六节	妊娠晚期出血的护理	(525)
第七节	异位妊娠的护理	(527)
第八节	分娩期并发症的护理	(531)
第九节	前置胎盘的护理	(534)
参考文献		(538)

第七章 妊娠滋养细胞疾病

第七章 妊娠滋养细胞疾病

妊娠滋养细胞疾病(gestational trophoblastic disease, GTD)是由于胎盘滋养细胞的异常增生、侵袭而形成的一组疾病。根据其组织学特征目前分为葡萄胎、侵蚀性葡萄胎、绒癌及胎盘部位滋养细胞肿瘤。其中侵蚀性葡萄胎、绒癌及胎盘部位滋养细胞肿瘤统称为妊娠滋养细胞肿瘤(gestational trophoblastic neoplasia, GTN)。

第一节 葡萄胎

葡萄胎又称水泡状胎块(hydatidiform mole),妊娠后因胎盘绒毛滋养细胞异常增生、间质水肿,形成大小不一的水泡,水泡之间借细蒂相连形如葡萄而得名。葡萄胎分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎两类。

一、发病相关因素

(一)完全性葡萄胎

葡萄胎的发生全球存在一定差异,可能与地域、种族、营养状况、社会经济及年龄等因素有关。

调查表明,葡萄胎多见于亚洲和拉丁美洲。我国的一次全国性调查显示平均每 1000 次妊娠葡萄胎 0.78 次,浙江省最高,山西省最低,同一种族中葡萄胎发病率也不相同,提示葡萄胎的发生可能与居住环境、气候、饮食习惯、风俗习惯等多种因素有关。

营养缺乏,如维生素 A、胡萝卜素及动物脂肪等,是发生葡萄胎的高危因素之一,有学者提出对葡萄胎高发地区的妇女可采用饮食补充胡萝卜及维生素 A 等方法来预防葡萄胎的发生;年龄也是一个高危因素,大于 35 岁及小于 20 岁发生率高;患者既往有葡萄胎病史、流产及不孕史也属高危因素。

完全性葡萄胎染色体核型 90% 为 46, XX, 系由一个细胞核缺如或失活的空卵与一个单倍体精子(23, X)受精,经自身复制为二倍体(46, XX),全部来自父方。10%核型为 46, XY, 系由一个空卵分别与两个单倍体精子(23, X 和 23, Y)受精而成。

(二)部分性葡萄胎

部分性葡萄胎发病的高危因素尚不明确,可能与不规则月经、口服避孕药等相关因素有关,与饮食因素及母亲年龄无关。发生率低于完全性葡萄胎,但近年来比例上升。染色体核型 90% 以上为三倍体,最常见的核型是 69, XXY, 其余为 69, XXX, 或 69, XYY, 多余的一套染色体来自父方。

二、病理特征

(一)完全性葡萄胎

1. 巨检 宫腔内充满大小不等的水泡状组织,无胚胎或胎儿、胎膜等附属物。水泡间有纤细的纤维素相连成串。

2. 镜下特点 绒毛间质高度水肿;滋养细胞的增生呈弥漫性;间质内无胎源性血管;种植部位的滋养细胞呈弥漫和显著异型性(图 7-1A,图 7-1B)。

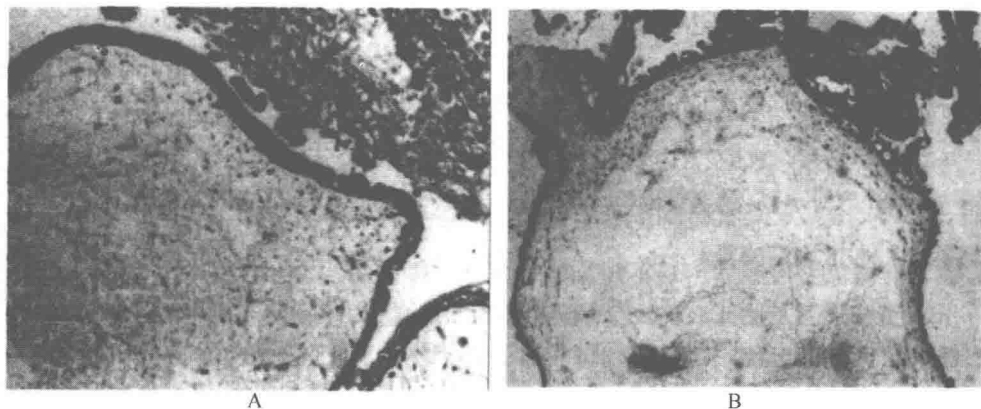


图 7-1 完全性葡萄胎的镜下特点

(二)部分性葡萄胎

1. 巨检 宫腔内葡萄胎组织部分绒毛呈水泡状,部分绒毛正常,可合并有胚胎或胎儿组织。

2. 镜下特点 部分绒毛水肿,间质内可见胎源性血管;绒毛呈显著的扇贝样轮廓,滋养细胞轻度增生;种植部位滋养细胞呈局限和轻度异型性;可见胚胎或胎儿组织结构。

三、临床表现

(一)完全性葡萄胎

1. 症状

(1)停经后不规则阴道流血:是最常见的症状。停经 8~12 周开始出现不规则阴道流血,出血量时少时多,时出时止。若处理不及时,可能发生大出血,导致患者休克。在排出物或血液中,有时可见夹杂有透明的葡萄样组织,可以明确诊断。

(2)妊娠呕吐:患者出现妊娠呕吐常比正常妊娠早而且明显,多发生于子宫异常增大和 HCG 水平异常升高者。

(3)子痫前期征象:子宫异常增大和 HCG 水平异常升高的患者在孕早期可出现蛋白尿、水肿、高血压等妊娠期高血压疾病体征,发生子痫少见。在妊娠 20 周前出现的妊娠期高血压疾病,在排除原发性高血压后应怀疑葡萄胎。

(4)腹痛:下腹隐痛不适,是由于宫腔内葡萄胎组织迅速增长导致宫腔过度扩张所致,当葡萄胎组织即将排出时,可因子宫收缩使腹痛加重,常伴有出血增多的现象;若合并黄素化囊肿发生扭转、破裂时可出现急性腹痛。

(5)贫血及感染症状:因不规则出血,患者常出现不同程度的贫血;若流血时间过长,则伴有子宫内轻度感染。

(6)甲状腺功能异常:7%患者出现心动过速、皮肤潮湿或震颤等轻度甲状腺功能亢进的表现。

2. 体征

(1)子宫体异常增大、变软,无胎体且测不到胎心。宫腔内葡萄胎组织迅速增长,宫腔积

血,导致子宫体大小大于停经月份,伴有血 HCG 升高,少数与停经月份相符。

(2)卵巢黄素化囊肿:常为双侧,是由于大量 HCG 刺激卵巢卵泡内膜细胞发生黄素化而形成,直径大小不等,最大可达 20cm 以上。一般无症状,偶可发生扭转、破裂。

(二)部分性葡萄胎

部分性葡萄胎的临床表现没有完全性葡萄胎的典型,和早期流产相似。常见阴道流血,妊娠呕吐症状较轻,多无子痫前期、卵巢黄素化囊肿,子宫大小与停经月份相符或略小。

四、诊断

1. 症状与体征 停经后出现不规则阴道流血,较早出现严重的妊娠呕吐;子宫明显大于停经月份、变软,未触及胎儿肢体,无胎心,均应考虑葡萄胎诊断;若在阴道排出物中见到葡萄样水泡样组织,可确定诊断。

2. 辅助检查

(1)血 HCG 测定:是诊断葡萄胎的辅助检查方法之一。

受孕后 6 天滋养细胞开始分泌 HCG,正常妊娠时,随着孕周增加,血清中 HCG 的滴度逐渐上升,在孕 8~10 周时达到最高峰,维持 1~2 周后逐渐下降。而在葡萄胎时,由于滋养细胞的增生,血清中 HCG 的滴度大大高于相应的正常孕周水平,随着孕周达 8~10 周后仍持续上升,多在 100kU/L 以上。

(2)超声检查:是诊断葡萄胎可靠及敏感的重要检查方法之一,准确率高,一般采用经阴道彩色多普勒超声检查。完全性葡萄胎的典型超声影像学表现有:①子宫明显增大,大于停经孕周,子宫壁薄,回声连续。②宫腔内无妊娠囊或胎体、胎盘、胎心搏动。③宫腔内充满弥漫分布的闪亮光点,呈“落雪状”或“蜂窝状”(图 7-2A,7-2B)。④部分患者可有一侧或双侧卵巢黄素化囊肿,大小不等。

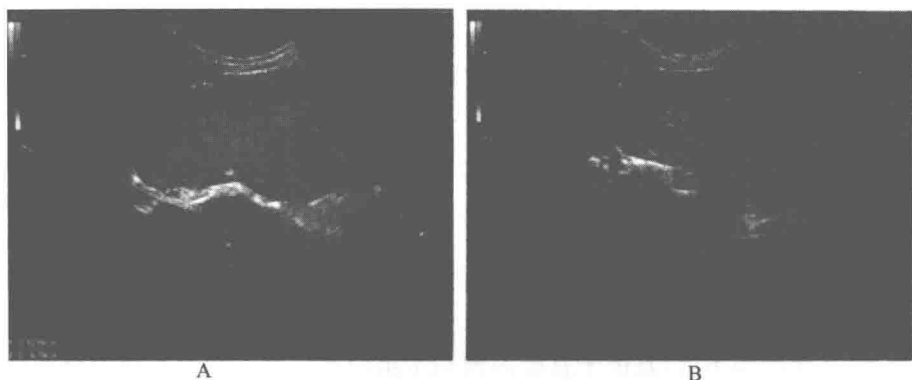


图 7-2 葡萄胎超声检查图像

五、鉴别诊断

需与流产、双胎妊娠、羊水过多等相鉴别。

1. 流产 两者临床表现相似,容易混淆。完全性葡萄胎与先兆流产可以通过 B 型超声影像鉴别;部分性葡萄胎与不全流产、过期流产不易区别,通过宫内容物的病理检查或 DNA 倍体分析等方法可鉴别诊断。

2. 双胎妊娠 完全性葡萄胎停经早期子宫迅速增大,两者临床表现相似,双胎妊娠无不

规则阴道流血,通过 B 型超声检查可以鉴别。

3. 羊水过多 羊水过多常常无阴道流血,一般发生在孕晚期,若孕中期子宫明显增大,通过 B 型超声检查可以明确诊断。

六、自然转归

正常情况下,葡萄胎排空后 HCG 水平首次降至正常水平的平均时间约为 9 周,最长不超过 14 周,若 HCG 水平持续异常应考虑妊娠滋养细胞肿瘤。完全性葡萄胎具有子宫局部侵犯和(或)远处转移的潜在危险,概率分别约 15%、4%。有下列高危因素之一时视为高危葡萄胎:①HCG>100kU/L。②子宫明显大于停经孕周水平。③卵巢黄素囊化囊肿直径>6cm。④年龄>40 岁者,其发生子宫局部侵犯和(或)远处转移的危险性达 37%,>50 岁者危险性增加到 56%。另外,重复葡萄胎也是高危因素。

因为缺乏明显的高危因素,部分性葡萄胎发生子宫局部侵犯的概率约为 4%,一般不发生远处转移。

七、治疗

1. 清宫 葡萄胎一经明确诊断,应及时清宫。术前应对患者的全身情况及病情进行综合评估,如临床症状、有无合并症等,若病情危重,需立即对症处理,待病情平稳后清宫。因葡萄胎子宫腔大而软,子宫壁薄,清宫时容易大出血、子宫穿孔,一般采取吸刮术,要求:①有经验的手术医师操作。②在有抢救设施的手术室进行。③在备血、输液条件下,充分扩张宫口,选用大号吸管吸引,待葡萄胎组织大部分吸出、子宫明显缩小后,改用刮匙轻柔刮宫。④尽量一次刮净宫腔内容物,选择近宫壁种植部位且新鲜无坏死的组织送病理检查。⑤若孕周大于 12 周,术中无法一次性刮净时,可于 1 周后行第 2 次刮宫。

2. 黄素化囊肿的处理 黄素化囊肿在葡萄胎清宫后可自行消退,一般不作处理,若发生扭转、坏死,出现急腹痛时,应行手术切除。

3. 预防性化疗 因不能改善低危患者的预后,不主张常规应用。目前只对有高危因素和随访困难的患者使用,根据患者的 HCG 水平、子宫大小、有无黄素囊肿、年龄等高危因素决定是否给予预防性化疗。预防性化疗应在葡萄胎排空前或排空时实施,一般采用甲氨蝶呤、氟尿嘧啶或放线菌素-D 等单一化疗,一般采用多疗程化疗至 HCG 正常。部分性葡萄胎不作预防性化疗。

4. 子宫切除 滋养细胞肿瘤主要通过血行播散,单纯子宫切除不能预防葡萄胎子宫外转移,不作为常规处理。资料显示,年龄大于 40 岁时,发生子宫局部侵犯和(或)远处转移的风险增加,故对于近绝经且无生育要求的 40 岁以上患者应行全子宫切除术,可保留双侧附件。

八、随访

葡萄胎患者属高危人群,定期随访可以及早发现滋养细胞肿瘤,并给予积极及时处理,应高度重视。随访内容包括:①HCG 测定,葡萄胎组织清宫后,每周测定 1 次血清 HCG,直至降到正常水平,连续 3 次阴性后每月 1 次,持续测定半年,然后每 2 个月 1 次,共半年,至少 1 年。②注意观察月经是否规则、有无阴道流血、咳嗽、咯血等症状。③妇科检查,有无转移病灶,必要时 B 超、胸片或 CT 检查。④葡萄胎排空后应可靠避孕 1 年,首选避孕套,也可口服

避孕药,为免子宫穿孔及出现不规则阴道流血,一般不选用宫内节育环。⑤血 HCG 下降缓慢者,延长避孕时间;血 HCG 成对数下降者阴性 6 个月后可妊娠,妊娠后,早期行 B 超检查和 HCG 测定,以明确是否为宫内正常妊娠。

(张清华)

第二节 妊娠滋养细胞肿瘤

因侵蚀性葡萄胎和绒癌在临床表现、诊断、处理原则等方面基本相同,组织学证据常难获取,故本节讨论的妊娠滋养细胞肿瘤为侵蚀性葡萄胎和绒癌,而胎盘部位滋养细胞肿瘤在临床表现、发病过程及处理上与侵蚀性葡萄胎和绒癌明显不同,故另列一类。

妊娠滋养细胞肿瘤的 60% 继发于葡萄胎,30% 继发于流产,10% 继发于足月妊娠或异位妊娠。继发于葡萄胎清除后半年内的妊娠滋养细胞肿瘤,组织学诊断多数为侵蚀性葡萄胎,一年以上者多为绒癌,半年至一年间两者都有可能。一般来讲,间隔时间越长,绒癌可能性越大。继发于足月妊娠、流产、异位妊娠的妊娠滋养细胞肿瘤的组织学诊断应为绒癌。

一、病理

1. 侵蚀性葡萄胎的大体标本检查 在子宫肌壁内可见大小不等的水泡状组织,病灶接近浆膜层时,子宫表面可见紫蓝色结节,可穿透浆膜层或侵入阔韧带内,宫腔内有或无原发病灶。镜下病理特点:①病灶组织侵入肌层,有绒毛结构,或仅见绒毛阴影。②滋养细胞增生,有异型性。

2. 绒癌的大体标本检查 绝大多数肿瘤位于子宫肌层内,也可突向宫腔或穿破浆膜层,单个或多个病灶,质地软而脆,与周围组织分界清楚,常伴有出血、坏死。镜下病理特点:①无绒毛结构,肿瘤组织侵入肌层,引起广泛出血、坏死。②滋养细胞高度增生,明显异型。③肿瘤不含间质和自身血管。

二、临床表现

滋养细胞肿瘤的临床表现分无转移妊娠滋养细胞肿瘤和转移性滋养细胞肿瘤两类。

1. 无转移妊娠滋养细胞肿瘤 多为继发于葡萄胎妊娠后的侵蚀性葡萄胎和绒癌,少数为继发于足月妊娠或流产后的绒癌。

(1)阴道流血:葡萄胎排空后、流产、足月分娩或异位妊娠后出现持续的不规则阴道流血,量多少不定,长期出血可继发贫血。

(2)子宫不均质增大或子宫复旧不全:葡萄胎排出后 4~6 周子宫仍未恢复正常大小、质软;受肌层内病灶位置和大小影响,子宫可呈不均质增大。

(3)卵巢黄素化囊肿:大量 HCG,使葡萄胎排空、流产、足月分娩或异位妊娠后,一侧或双侧卵巢黄素化囊肿持续存在。

(4)腹痛:病灶侵入穿破子宫浆膜层可出现急性腹痛和腹腔内出血;病灶坏死继发感染也会出现腹痛;黄素化囊肿蒂扭转、破裂可出现急性腹痛。

(5)假孕表现:由于肿瘤分泌的 HCG、雌激素及孕激素影响,可出现乳房增大、乳头和乳晕着色甚至有初乳样分泌,生殖道变软、着色。

2. 转移性滋养细胞肿瘤 大多为绒癌, 主要经血行播散, 转移发生早而广泛。可同时出现原发灶和继发灶症状, 也可仅表现为转移部位的症状, 共同特点为局部出血。最常见的转移部位是肺(80%), 其次是阴道(30%)、肝(10%)及脑(10%)等。

(1) 肺转移: 是最常见的转移部位, 可无明显临床症状。有症状时, 常表现为咳嗽、咯血、胸痛及呼吸困难, 若肺动脉滋养细胞瘤栓形成, 可导致急性肺梗死。

(2) 阴道转移: 妇科检查时, 在阴道前壁和穹隆部可见到紫蓝色结节, 破溃后可导致大出血。

(3) 肝转移: 表现为肝区疼痛, 病灶穿破肝包膜时, 可出现腹腔内出血。

(4) 脑转移: 预后凶险, 是主要的致死原因。可伴有颅内高压、脑疝的形成。

(5) 其他转移: 有脾、肾、膀胱、消化道、骨等部位。

三、诊断

根据葡萄胎排空后或流产、足月分娩、异位妊娠后出现持续的不规则阴道流血、有或无转移病灶及其相对应的临床表现, 结合血清 HCG 测定及其他辅助检查, 可做出妊娠滋养细胞肿瘤的临床诊断。组织学诊断对于滋养细胞肿瘤的诊断并不是必须的, 当有组织学诊断证据时, 以组织学诊断为准。

(一) 血清 HCG 连续测定

血清 HCG 水平是诊断妊娠滋养细胞肿瘤的主要依据, 影像学证据不是必需的。

(1) 葡萄胎后滋养细胞肿瘤的诊断标准: 符合下列标准中任何一项且排除妊娠物残留或妊娠, 诊断即可成立: ① HCG 测 4 次呈平台状态($\pm 10\%$), 持续 3 周或更长时间。② HCG 测定 3 次上升($> 10\%$), 至少持续 2 周或更长时间。③ HCG 水平持续异常达 6 个月或更长。

(2) 非葡萄胎后滋养细胞肿瘤的诊断: 尚无明确的 HCG 诊断标准, 根据: ① 足月产、流产和异位妊娠后超过 4 周血 HCG 仍持续高水平。② 一度下降后又升高, 在排除妊娠物残留或再次妊娠后可诊断妊娠滋养细胞肿瘤。

(二) 辅助检查

1. 超声检查 是诊断子宫内病灶最常用的检查方法。表现为子宫呈不同程度地增大, 肌层内见无包膜但边界清楚的强回声团块; 或肌层内有回声不均区域或团块, 边界不清且无包膜; 或整个子宫弥漫性回声增强。彩色多普勒超声检查显示: 丰富的低阻力型血流信号。

2. 胸部 X 线摄片 是诊断肺转移的重要方法, 为常规检查。肺转移的 X 线征象最初为肺纹理增粗, 典型表现为棉团状或团块状阴影, 多见于右侧肺及双侧肺中下部。

3. CT 和 MRI 对于肺部较小的转移病灶和疑有脑、肝转移者, 胸部 CT 检查有较高的诊断价值。MRI 主要用于脑、盆腔转移灶的诊断。

(三) 组织学诊断

子宫肌层内或转移灶组织中或任一张切片中见有绒毛结构或退化的绒毛阴影, 则诊断为侵蚀性葡萄胎; 未见绒毛结构则诊断为绒癌。

四、临床分期

妊娠滋养细胞肿瘤的临床分期标准依据 FIGO 妇科肿瘤委员会于 2000 年颁布的临床分期, 它包括了解剖学分期(表 7-1)和预后评分系统(表 7-2)两个部分, 能更好地反映肿瘤进

展和指导治疗,解剖学分期分为Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期。预后评分在原 who 评分的基础上进行了修改:低危≤6 分,高危≥7 分。

表 7-1 滋养细胞肿瘤解剖学分期(FIGO,2000 年)

分期	癌肿累及范围
Ⅰ期	病变局限于子宫
Ⅱ期	病变扩散,但仍局限于生殖器官(附件、阴道、阔韧带)
Ⅲ期	病变转移至肺,有或无生殖系统病变
Ⅳ期	所有其他转移

表 7-2 改良 FIGO 预后评分系统(FIGO,2000 年)

项目	评分			
	0	1	2	4
年龄(岁)	<40	≥40	—	—
前次妊娠	葡萄胎	流产	足月产	—
距前次妊娠时间(月)	<4	4~7	7~12	>12
治疗前血 HCG(U/L)	≤10 ³	>10 ³ ~10 ⁴	>10 ⁴ ~10 ⁵	>10 ⁵
最大肿瘤大小(包括子宫)	—	3~5cm	≥5cm	—
转移部位	肺	脾、肾	胃肠道	脑、肝
转移病灶数目	—	1~4	5~8	>8
先前失败化疗	—	—	单药	两种或两种以上药物

五、治疗

治疗原则:化疗为主,手术和放疗为辅的综合治疗。根据患者的临床分期、预后评分(高危或低危),结合患者全身情况进行综合评估,制定合适的治疗方案,实施个体化分层治疗。

(一)化疗

常用的化疗一线药物包括:甲氨蝶呤(MTX)、放线菌素 D(Act-D)或放线菌素 D(KSM)、氟尿嘧啶(5-FU)、环磷酰胺(CTX)、长春新碱(VCR)、依托泊苷(VP-16)等。

1. 化疗方案

(1)单一化疗:主要用于病灶局限于子宫、低危 GTN 的治疗。或无子宫外转移,行全子宫切除,同时行单一药物辅助化疗。

(2)联合化疗:对出现多处转移病灶及高危 GTN 的治疗。首选方案有 EMA-CO,或以 5-FU 为主的联合化疗(5-FU+KSM)。

2. 疗效评估每一个化疗疗程结束后,每周测定 1 次血清 HCG,结合妇科检查、胸片及影像学检查。在每疗程结束后 18d 内,血清 HCG 下降至少一个对数为有效。

3. 停药指征

(1)低危 GTN 者:测定血清 HCG 连续 3 次阴性后至少巩固一个疗程的化疗,在化疗过程中 HCG 下降缓慢和病灶广泛者再给予 2~3 个疗程的化疗加以巩固。

(2)高危 GTN 者:症状、体征消失,原发灶及转移灶消失,测定血清 HCG 连续 3 次阴性后继续给予 3 个疗程的化疗,其中第 1 个疗程必须为联合化疗。

(3)毒副反应:主要为骨髓抑制、消化道反应、肝肾功能损害、脱发等,所以在化疗前及化疗期间,应严密检查各项指标,可给予止吐剂、维生素、护肝药物等辅助治疗加以防治。

(4)耐药标准:无公认的标准,一般在 GTN 化疗过程中连续出现 2 个疗程血清 HCG 未呈对数下降或呈平台期、甚至上升,或影像学检查提示病灶未缩小或增大或出现新的病灶。

(5)复发标准:GTN 治疗后测定血 HCG 连续 3 次阴性,影像学检查提示病灶消失 3 个月后又出现血 HCG 升高(除外妊娠),或影像学检查发现新的病灶。

(二)手术治疗

为 GTN 治疗的辅助方法。在化疗的基础上行手术治疗,可减少肿瘤负荷和缩短化疗疗程。

1. 子宫切除 对无转移的、无生育要求的患者,在初次治疗时首先行全子宫切除术,术中同时化疗;为控制大病灶及病灶出血、切除耐药病灶可考虑在化疗的基础上行全子宫切除术,生育年龄妇女保留卵巢;有生育要求者,对耐药、孤立的子宫病灶,血清 HCG 水平不高,可作病灶剝出术。

2. 肺叶切除等 如多次化疗未能吸收的肺部孤立的耐药病灶,血 HCG 水平不高可行肺叶切除。此外有部分肠切除、部分肝叶切除、肾切除等。

(三)放疗

主要用于肝脑转移和肺部耐药病灶的治疗。

六、预后与随访

侵蚀性葡萄胎恶性程度一般不高,多为局部侵犯,仅 4% 的患者发生远处转移,预后较好,治愈率高。绒癌恶性度极高,容易发生转移,且发生早而广泛,预后差。

随访内容同葡萄胎,包括血清 HCG 的测定、询问病史、妇科检查及超声影像学检查等。妊娠滋养细胞肿瘤临床治愈后随访时间为:第 1 年内每个月 1 次,第 2 年内每 3 个月 1 次,持续 3 年,后每年 1 次至 5 年。随访期间严格避孕,一般在化疗停止 1 年以上方可妊娠。

(张清华)

第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤

胎盘部位滋养细胞肿瘤(placental site trophoblastic tumor, PSTT)是起源于胎盘种植部位的一种特殊类型的滋养细胞肿瘤。临床发病罕见,一般不发生转移,预后良好,若发生转移,预后不良。

一、病理特性

大体检查肿瘤为实质性,病灶多数局限于子宫内,可突向宫腔内似息肉状,也可侵入肌层或向子宫外生长,切面呈黄色或黄褐色。镜下见肿瘤多由中间型滋养细胞组成,无绒毛结构。

二、临床表现

胎盘部位滋养细胞肿瘤发病罕见,约占滋养细胞肿瘤的 1%~2%,绝大多数发生在生育年龄期的患者,平均年龄为 31~35 岁,可继发于足月产、流产,继发于葡萄胎者少见。

临床症状主要表现为停经后出现不规则阴道出血,或月经过多。妇科检查可发现子宫呈均匀性或不规则性增大。少数病灶在子宫外。

三、诊断

胎盘部位滋养细胞肿瘤因症状、体征不典型,容易误诊。确诊需靠组织学检查,部分突向宫腔的病灶可通过刮宫标本来诊断,但大多数可靠切除的子宫标本做出诊断。辅助检查方法有:

1. 血清测定 多数患者体内 HCG 水平为阴性或轻度升高;血人胎盘生乳素(CHPL)一般轻度升高。
2. 影像学检查 B超、CT 或 MRI,缺乏特异性,B型超声类似子宫肌瘤或其他滋养细胞肿瘤的声像图。
3. 诊断性刮宫 对少数突向宫腔的病灶进行刮宫可做出组织学诊断。

四、临床分期

临床分期参照 FIGO 分期中的解剖学分期,预后评分系统不适用于 PSTT。

五、治疗

1. 手术 首选治疗方法为手术切除全部病灶,手术范围为全子宫及双侧附件;年轻患者、病灶局限于子宫者、卵巢外观正常者,可保留卵巢,术前应告知患者病情及评估结果;不推荐保留生育功能的手术治疗。
2. 化疗 作为有高危因素患者手术治疗后的辅助治疗,选择联合化疗,首选方案为 EMA-CO,疗程数同高危 GTN。

六、高危因素

影响 PSTT 预后的高危因素有:①肿瘤有丝分裂指数 >5 个/10HP。②距先前妊娠 >2 年时间。③出现子宫外转移。

七、随访

随访内容与妊娠滋养细胞肿瘤相同,因为缺乏典型症状、体征和检查方法,且无特异性肿瘤标志物,所以随访时应重视临床表现,血 HCG 水平往往不高,所以影像学检查结果价值更大。

(张清华)