

腫瘤研究論文摘要

中國醫學院

1959年11月

防治子宮頸癌試驗田工作結果

初步報告摘要

中國醫學科學院北京協和醫院婦產科 整理

本文報告1958—1959年北京協和醫院婦產科和北京市婦產醫院在北京市朝陽和景山東街地區88,988居民中進行子宮頸癌普查的結果。

檢查對象重點在30—59歲的已婚婦女。檢查的組織形式是設立流動檢查站，依靠居民委員會，開羣眾大會進行防癌普查的宣傳，依靠街道積極分子按門按戶動員婦女參加檢查，為了照顧干部在星期日或晚上特設門診，並通信去約請，為了照顧家務繁忙的主婦，我們就深入家庭進行檢查，檢查的方法是採用一般婦科檢查結合細胞學篩選，細胞塗片陽性者或有疑問者立即請回復診，復診時採用阴道鏡和Schiller氏試驗輔助採取后體標本進行病理檢查，經病理證實為癌者，就動員接受治療，对一些不能肯定診斷為癌者，就進行追蹤，每三月約請復查一次，对一些宮頸有其他疾患者特在地段設立門診為他們治療。

兩年來接受第一次檢查的共10,504人，其中30—59歲婦女10,035人，占該年齡組總人數(13,240)的75.70%，初步分析結果如下：一

1. 子宮頸癌患病率在一般居民中為0.82%，35歲以后的患病率較30—34歲組婦女約高二倍。

2. 對宮頸癌發生的誘因進行一些探討，初步認為早婚對宮頸癌的發生關係不大，早生育或許有一些關係，多產的影響不大。

在宮頸有糜爛的患者中，癌瘤的發生較在宮頸無糜爛的婦女約高5—6倍，宮頸撕裂與宮頸無撕裂婦女中，宮頸癌的發生無明顯差別。

3. 細胞學塗片在普查宮頸癌起着肯定的作用，除少數臨床有明显表現以外，絕大部分是靠細胞學的發現才引起注意，在14,872例細胞塗片中，陽性率為3.34%，這些陽性的婦女經重複細胞塗片或活體病理核對，共發現109例宮頸癌。

4. 普查出來的宮頸癌大部分為早期癌占83.51%；其中原位癌5.5%，Ⅰ期78.01%，Ⅱ期7.33%，Ⅲ期2.75%，Ⅳ期0.91%。

5. 在些患者中57.7%在臨床上沒有症狀，34.2%宮頸肉眼看來完全是正常的，在這樣的病例中利用阴道鏡來選擇活體標本採取的部位還是有很大幫助。

6. 1958年普查出來的患者72.72%已接受放射及手術治療，9.09%接受中藥治療，拒絕治療者占9.09%。

7. 最後對宮頸癌的患病率，發生率，發病的年齡，發病的誘因，細胞學篩選，阴道鏡觀察及普查的組織形式做初步的討論。

子宮頸癌(223例)病因調查的分析(摘要)

中國醫學科學院實驗醫學研究所病理學系

我們在北京五個醫院(人民醫院、腫瘤醫院、北京醫學院附屬第一醫院、協和醫院和婦產科醫院)進行了有關子宮頸癌發病因素的調查訪問,作為臨床及實驗研究病因及發病機制工作的基礎。調查的主要項目:年齡、職業、民族、籍貫、月經史、絕經年齡和症狀、婚姻史、生產史(包括妊產次數、產齡、生產頻率、生產情況性生活等),哺乳及乳腺疾病,性病史,婦科疾病史,(滴蟲,宮頸糜爛,手術等),家庭情況,家庭腫瘤史以及發病的情況與診斷,在調查的前後,我們仔細核對病歷的記載,同時尽可能調閱病人過去就診於其他醫院的病歷,有的與病人家屬談話,或為解決某些問題而重行訪問病人,力求調查數據的準確。但是大多數病人缺少婦產科的過去檢查記錄,很難追溯病人發病前的情況,尤其是癌變的客觀的觀察材料。

本報告分析223例子宮頸癌調查的結果,並注意個別病例的發病因素的探討。223例宮頸癌患者中,居住城市的182人,來自農村的有41人。我們從北京市子宮頸癌普查的資料中抽出年齡相當的正常婦女223例作為對照。

223例子宮頸癌病人的初診年齡自20至70歲,平均為43.8歲。全部子宮頸癌患者是已婚的,有109例(48.9%)是在17歲以前結婚的,而在223例同年齡的對照組中有60例(26.9%)早婚,子宮頸癌患者有95例(47.7%)的初產年齡在19歲以前,而對照組只有46人(23.4%)。早婚早產者的子宮頸癌發病率較高,這可能與早開始性生活和生產有關。在性生活的衛生方面,多數子宮頸癌患者過去都不注意,對陰莖的清潔也多是忽視,由於妊娠所引起的子宮頸損傷和感染,因多數患者過去未作過婦科的檢查,難於確定。子宮頸癌患者的妊產次數和對照組相接近,一般為2—5次,生產6次以上與5次以下患者的平均發病年齡無明顯的差異。

在223例中,感染性病的子宮頸癌患者有89例(39.9%),其中有梅毒經確診者有29例(13%)。性病患者有長期白帶量多及宮頸糜爛史的亦較多,說明性病可能影響子宮頸癌的癌變過程。

我們的調查資料中,有少數宮頸癌患者未曾妊產過,還有愛人死亡或分離與病人初診時間距離達6—36年的,說明在性生活和妊產以外還應當考慮子宮頸癌的其他發病因素。

從月經史的調查詢問中,未能看出月經規則性和發病的關係,149例(66.8%)子宮頸癌患者發病於絕經期之前,74例(33.2%)在絕經期後發病,少數人於發病期中有乳房發脹的現象,對於激素與癌變過程的關係,需要作進一步激素測定的研究。

151例子宮頸上皮不典型增生及早期癌的 臨床病理初步分析（摘要）

中國醫學科學院實驗醫學研究所病理學系

關於宮頸早期癌變，文獻上應用的名稱很多：如“不典型增生”、“間變”、“基底細胞過度增生”、“原位癌”、“非浸潤性癌”、“表層癌”及“交界病例”等等標準不一。很難得到一個統一認識。為了對於宮頸上皮傾向於癌的改变有比較深入的了解和統一的認識，今選出本院送驗標本中宮頸上皮具有不同程度分化不全的改变共151例作為分析材料。

患者年齡分布最高峯在35—39歲，比鱗癌約早5年。11例未生產，生產1—4次例數最多。1/3患者無症狀，一般主訴為陰道出血及白帶等。婦科檢查宮頸光滑占19.6%，宮頸糜爛占70.4%，宮頸撕裂占14.2%。細胞學檢查細胞有陽性改变占70%。

根據細胞分化不全的程度及病變累及的範圍，宮頸上皮的改变可分為三大類型：（一）宮頸上皮不典型增生（無擴展，無浸潤）1、2、3三級。1級共11例，細胞分化程度稍差，病變累及上皮之基底及深棘層。3級共10例，細胞分化程度極差，細胞極相消失，細胞大小不一致或均呈梭形。病變相當於原位癌。2級共12例，病變介乎二者之間。（二）不典型增生伴有擴展：上皮向間質或/及腺體擴展屬於此型共166例次，其中1級42例次，2級39例次，3級85例次；（三）不典型增生伴有浸潤：上皮向間質或/及腺體浸潤屬於此型的共42例次，其中1級1例次，2級6例次，3級36例次。當宮頸上皮向上皮下間質下伸，上皮之基層細胞排列整齊，與上皮下間質分界清晰，稱為擴展。當進入上皮下間質的上皮基層細胞排列紊亂，生長方式不規則，則稱為浸潤，第二及三頸病變相當於早期癌變。本文企圖區分原位病變及早期浸潤病變，並強調宮頸活檢不能代表宮頸的全部病變。最後提出初步病理分類方法，希望能藉此以統一名稱及標準。這分類方法是否正確，尚須收集更多材料，進一步研究及長期追隨來証實。

一、子宮頸癌的研究

- 35 1. 防治子宮頸癌試驗田工作結果初步報告
- 40 2. 子宮頸癌223例病因調查的分析
- 33 3. 151例子宮頸上皮不典型增生及早期癌的臨床病理初步分析
- 189 4. 阴道細胞学对子宮頸癌診斷問題的研究
- 190 5. 1895例宮頸癌的臨床病理形态学的研究
- 191 6. 应用Neofetrazolium chloride方法檢查宮頸癌細胞的初步观察
- 192 7. 应用阴道涂片方法測定宮頸癌患者及正常妇女的性激素水平的初步報告
- 193 8. 子宮頸癌的實驗誘发与动情素的影响
- 194 9. 子宮頸癌的放射治疗—排管式鑄容器应用方法的介紹以及体外照射的配合
- 195 10. 中医治疗子宮頸癌的臨床观察摘要

二、食管癌的研究

- 38 11. 食管癌和贛門癌841例外科治疗經驗总结及远期結果
- 196 12. 鈷⁶⁰治疗食道癌疗效之近期观察
- 37 13. 食管癌病理形态的研究

三、其他癌的研究

- 31 14. 158例葡萄胎和絨毛膜上皮癌的臨床研討
- 28 15. 有关白血病的報告
- 30 16. 252例肺癌臨床分析与誤診病例的討論
- 197 17. 縱隔肿瘤及囊腫外科治疗90例臨床報告
- 36 18. 用放射性磷³²应用在肿瘤診斷的初步观察
- 198 19. Bolen氏試驗对診斷恶性肿瘤臨床价值的探討

四、实验研究

- 29 20. 艾氏腹水癌的自动免疫及被动免疫的进一步观察
- 27 21. 肿瘤生长与消退过程中谷氨酰胺酶活性与巯基的变化
- 32 22. 激素与肿瘤发生发展的实验研究
- 199 23. 葡萄糖醛酸酶的研究：1 阴道液中葡萄糖醛酸酶的初步临床研究
2. 小鼠子宮頸癌組織中的葡萄糖醛酸酶
- 39 24. 小白鼠皮膚引癌过程中病理形态、生物化学及組織化学初步观察
- 34 25. 組織培养內四个人的恶性肿瘤細胞株的建立
- 200 26. 小白鼠可移植的網織細胞肉瘤瘤株的建立及其生长
- 201 27. 人体恶性肿瘤異种移植的初步研究报告
- 202 28. N—甲酰溶肉瘤素苯丙氨酸乙酯的抗肿瘤作用
- 203 29. 四种尋找抗癌中藥的初篩方法性能的比较观察

阴道细胞学对子宫癌瘤诊断问题的研究摘要

中国医学科学院肿瘤医院细胞学教研室 楊大望 万利珍

近年来阴道细胞学已被广泛利用为防癌的工具。我室为检查工作质量,研究误差原因,测定阴道细胞学对子宫癌瘤的诊断价值,以期推广,改进今后的工作,特将细胞学在中国协和医学院建立检验室,至搬至中国医学科学院肿瘤医院6年半以来,所作阴道细胞检查4849例,以及作者杨兼职北京医院一段时期在该院所作776例,总共5625例的资料重新核查,分三个时期进行分析,以资比较。这些资料都是来自妇产科及妇产科会诊病人,基本性质相同。

表1 三个阶段的资料分析

	1	2	3	总 共
送检总数	2816	956	1853	5625
检查癌数	1246 (44.2%)	696 (72.9%)	1453 (78.5%)	3395
病历核对	1074 (86.1%)	625 (89.8%)	1448 (98.9%)	3147
病理对照	386 (36%)	350 (56%)	794 (54.8%)	1530

病历核对数字是逐渐增加的。除外院及外地送检病例,无法核对者外,绝大多数是因为号码写错,姓名不清楚,还有病历遗失。如第3阶段最后5份无法核对的病历,有两份属于这一种。

经病历核对之后,以临床确诊与病理诊断为标准,求得阴道细胞学诊断误差如下表:

表 2 阴道细胞学诊断误差

病 种	患 癌 人 数			阳 性 报 告			假			阳			可 疑 报 告			誤			疑			假			阴		
	阶段	1	2	3	总数	1	2	3	总数	1	2	3	总数	1	2	3	总数	1	2	3	总数	1	2	3			
宫 頸 癌	305	100	64	141	269	102	52	115	28	16	4	8	37	16	11	10	23	13	5	5	50	11	10	29			
內 膜 腺 癌	27	15	8	4	18	11	6	1	4	3	1	0	10	7	0	3	4	4	0	0	7	4	3	0			
宮 頸 腺 癌	8	3	0	5	4	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	2				
阴 道 癌	5	3	1	1	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0				
外 阴 癌	15	5	7	3	12	4	7	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	2				
尿 道 口 癌	4	0	0	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2				
总 共	364	126	80	158	309	120	66	123	33	19	6	8	47	23	11	13	27	17	5	5	68	19	14	35			

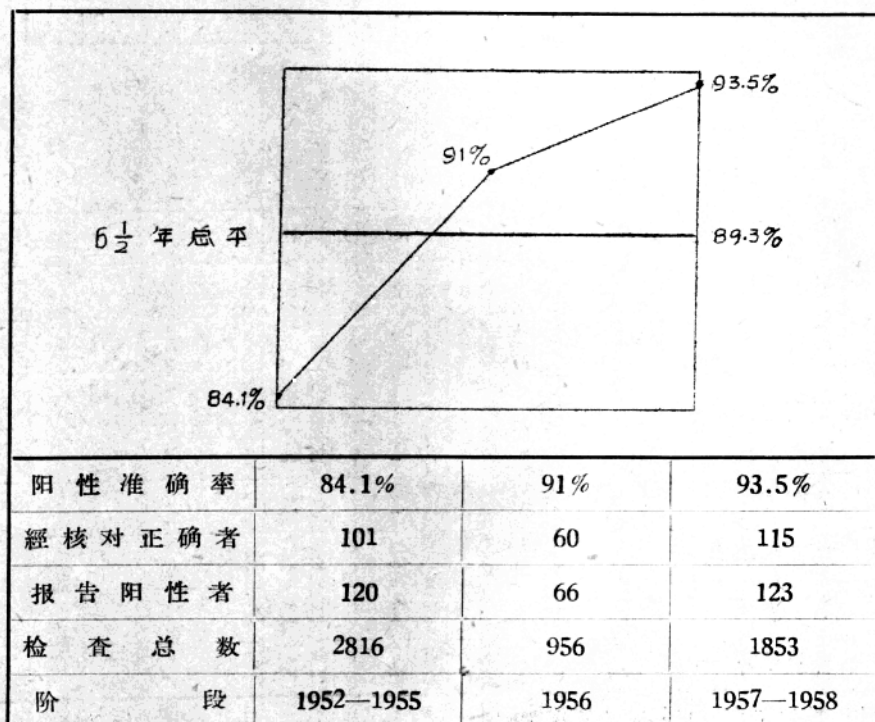
註：另有卵巢癌33例，絨毛膜上皮癌15例，未包括在內。

表3 宮頸鱗癌与內膜腺癌的診斷誤差和准确率

病 种	百分 率 阶 段	阳 性 准 确 率 %			假 阳 誤 疑 率 %			假 阴 率 %			六 年 半 平 均 准 确 率
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	
宮 頸 鱗 癌		84.3	92	93.4	24.5	14.2	10.4	11.9	15.6	20.5	89.8%
內 膜 腺 癌		72.7	83.3	(100)	38.8	16.6	(0)	26.6	37.6	(0)	77.7%

註：其他癌瘤因例数太少未包括在內。

表4 阳性准确率水平



經過 5 年，阳性准确率由 84.1%，升到 91%。再經過一年半达到 93.5%。6 年半总平为 89.3%。准确率提高，主要因認識細胞的經驗增加，假阳性与錯怀疑逐漸減少。

表 5 60例假阳性及誤疑的分析

	假 阳	誤 疑	总 共
炎性核異質	18	20	38
萎縮性核異質与变形	3	—	3
噬細胞	1	—	1
假纖維狀細胞	—	2	2
分泌期內膜細胞	—	2	2
仍为可疑者	11	3	14
总 共	33	27	60

表 6 14例核查仍为可疑者的分析

临 床 情 况	例数	細胞学原来意見
※ 放射治疗已癒	2	非典型怀疑复发
※※ 宮頸炎(有上皮增生,生化,基底活 跃等)	5	可疑1, 非典型3, 癌1
結核	1	非典型癌
妊娠	1	可疑
流产	1	可疑
功能性出血	2	非典型癌
老年萎縮	1	非典型
外阴枯萎	1	非典型

※註: 放射治疗后1½年与5½年繼續追查至6½与8½年, 并无复发, 給激情素之后, 細胞消失。

※※註: 非典型者之一最近已經証实为癌。报告为癌者已追查一年半尙未証实。

表 7 68例假阴性的分析

仍未见癌者(25例全是血)	38
有高度退化恶性细胞者	25
※有核异质细胞者	3
※※有小纤维状恶性细胞者	2
总 共	68

※註：2例为早期宫颈鳞癌，细胞诊断为癌前病变；另外1例为外阴乳头瘤恶性变。

※※註：1例为宫颈鳞癌老年萎缩，另1例为宫颈鳞癌放射后萎缩，疑有复发。

表 8 63例标本不好的各种因素

癌瘤部位与性质	例阴总数	不好例数及所占假阴百分率	采 取 方 法
子宫内腺癌	7	7 100%	均未作宫腔片
宫 颈 腺 癌	4	3 75%	均未作颈管片
阴 道 癌	1	1 100%	阴道吸片
尿 道 口 癌	2	2 100%	直接涂片
外 阴 癌	4	4* 100%	直接涂片
宫 颈 鳞 癌	50	46** 92%	穹窿片和(或) 宫颈刮片

※註：有2例由尿道长出。

※※註：有1例癌瘤生在宫颈管内，而且未作颈管片，另有7例仅作穹窿片，未作宫颈制片。还有5例系放射治疗未愈，7例系放射后复发。

表 9 宫颈鳞癌发展程度与标本不好的关系

临床分期	总数	标本不好及所占百分率
Ⅳ 期	5	2 40%
Ⅲ 期	47	10 21.2%
Ⅱ 期	134	7 5.2%
Ⅰ 期		7*

※註：这7例中有3例系病理所发现。临床记载为宫颈糜烂。因许多早期癌是常规检验确定的。临床Ⅰ期总数不易明确。

表10 61例早期宮頸鱗癌的分析

細胞學所見	病 人 年 齡										監 床 情 况				病 况				理			細胞學診斷先后					
	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	局 部 无 病	藥 爛	肥 大	息 肉	炎 症	流 血	白 帶	疑 癌	炎 症	增 生	早 惡 變	原 癌	I 級				II 級	III 級	先
未見癌全是血		1	1	1					3										3								
未見癌有核異質		1				1			2										1		1						
可 疑 癌	1		1		1	2			1	1	1			1		1			2		1	2		4		1	
非 典 型 癌		2	1	2	2				2	1			1		2	1			2	3	2			2	3	2	
典 型 癌	9	11	9	5	2	4	3	1	10	14	1	1	2	10	5	1	* ⑧	②	8	10	13	10	3	5	22	14	3**
合 計	10	15	12	8	5	7	3	1	13	21	2	1	3	11	7	3			16	13	17	12	3	11	25	17	3
标本不好率0.041%	平均年齡 39.6 岁										准确率91.8%																

* 註：病理確診前之診斷。

註：共1合併外陰癌，初疑由外陰沾染；共2為人工流产，病理發現癌；共3為宮頸鱗癌，初次涂片未見癌。

从以上数表看来，共有假阳性与錯怀疑60例，假阴性68例。造成假阳与誤疑的主要原因为上皮炎症增生与化生，形成核異質細胞，占66%。造成假阴性的主要原因为标本不好，占92.6%，而标本不好，40%系細胞退化；60%因血多，沒有癌細胞。这因癌本身的性質与生长的部位，以及发展的程度与診斷率关系密切。腺癌比鳞状上皮癌的診斷准确率低。前者6年半平均77.7%，后者89.8%。癌瘤生在宮頸管内，子宮腔内和尿道口均不易用常法获得細胞。宮頸鳞癌在晚期标本多不好，而61例早期鳞癌平均准确率为91.8，晚期癌不靠細胞診斷，重要性在早期发现癌瘤。这样阴道細胞学的价值是肯定的。早期診斷有两个困难：一为癌前与早期癌在細胞形态上的分別不大，其次为宮頸糜烂容易出血，冲走細胞。假阳性結論不可太早，追隨一年还是不够。上皮萎縮服雌性內分泌可以消除假阳性；而癌前病人服用則可能增加假阳性，但只是暫时的。又上皮萎縮的癌細胞可能很小，必須注意。放射后，阴性可能是暫时的；而放射后远期效果又能产生假纖維核異質細胞。診斷放射复发，应以未分化的癌細胞为准。

1895例宮頸癌的臨床病理形態學 的研究(摘要)

中國醫學科學院



我院病理系40年間病理外科活體組織檢查全部27,149例腫瘤中,僅宮頸癌即有4438例,占全數的16.3%在各種腫瘤中是第一位,或占女性腫瘤54.4%。本文將病歷及病理材料較完整的1895例分為甲乙二組,進行臨床病理形態學的分析。

一、病因及臨床分析

對1895例子宮頸癌進行了全面的分析,同時並選出1194例我國年齡相當的正常婦女作為對照。現將分析統計結果分述於后:

1、在本文的材料中子宮頸癌發病年齡分布從21歲至70歲以上,其中以35歲至50歲較高,高峰在41—45歲。

2、子宮頸癌患者結婚年齡在18歲以下者高達51%,而正常婦女在18歲以下結婚者僅占38.69%。18歲以下初產者患子宮頸癌的占16.4%,正常婦女在18歲以下初產的只有3.06%。說明結婚年齡及初產年齡較早,子宮頸癌發病率高。

至於早年結婚、生產之所以發病率高,是否由於過早的改變機體內分泌及生理狀況?或是由於過早結婚、生產對未發育完全的子宮頸癌組織有一定的影響?尚待今後工作中闡明其機制。

二、子宮頸癌病理形態與臨床關係的分析

一、方法:

1、所有材料按Broders氏分級法決定其級別,由於Broders氏分級法各級之間還有許多過渡型,很難以嚴格的界限劃分,故我們將Broders分級法增添了一些過渡級,這樣就分成原位癌,Ⅰ級、Ⅰ—Ⅱ級、Ⅱ級、Ⅱ—Ⅲ級、Ⅲ級、Ⅲ—Ⅳ級、Ⅳ級八個級別。

2、甲組材料除按上述分級外,重點按腫瘤組織的生長方法區分為下列五種類型:

(1)原位癌;(2)外生性乳頭狀生長型;(3)結節狀浸潤型;(4)索狀浸潤型;(5)網狀或弥漫性浸潤型。

3、在分析過程中同時注意癌細胞核分裂相的多少,間質炎細胞浸潤性質以及淋巴管或血管內有無瘤栓。

二、結果:

1、按Broders氏分級結果,發現Ⅰ—Ⅱ至Ⅱ—Ⅲ級的病例共占77%,而Ⅰ級以下Ⅲ級以上的病例僅占23%,臨床分期與Broders氏分級比較發現無論是臨床屬那一期的病例,形態上均以Ⅱ級最多,甲組中737例有追隨結果的病例,其形態分級與追隨結果找不出任何平行的關係,在追隨五年的病例中,Ⅰ級的死亡率反而比Ⅱ級為高。

2 按肿瘤生长方式分析的结果发现肿瘤生长方式与追踪结果存在着一定的关系，即形态上属于乳头状生长的预后一般较好，属于网状或弥漫性生长的预后较恶。同时肿瘤生长方式与临床的分期也有一定平行的关系。临床 1 期的病人形态上以结节性浸润型较多，而其他各期则以索状浸润型为多。而且随着临床分期越高越高，形态上属于原位癌及乳头状生长方式亦越小，这与形态上所看出的肿瘤浸润形式的发展还是相符合的。

宫颈鳞状上皮细胞癌组织学分级法，文献上有报告的已不下十余种，其中以 Broders 氏及 Martzloff 氏分级法应用最广，这些分级法共同的依据是细胞分化越不好，越不成熟则生长速度越快，恶性程度亦越大，由此企图从组织学分级法能给临床预后提供意见，但是从临床经验，文献报告材料及我们的材料都能证实 Broders 氏分级法不能为临床提供预后及治疗的意见，因此这样的分级法在实际应用中是没有价值的。而从我们这次初步观察及分析的结果发现根据肿瘤组织生长方式的分型（即分成乳头状型、结节型、索状型、网状型），对放射治疗的预后却有一定的关系，乳头状型预后较佳，网状型预后最恶。因此根据肿瘤组织生长方式的分型是比 Broders 氏的分级法有较多的优越性。

結 論

- 1、在 1895 例子宫颈癌中发病最多的年龄是 41—45 岁。
- 2、宫颈患者结婚及初产年龄较正常妇女为早，但癌的发生率和初潮年龄或生产的次数无明显的关系。
- 3、子宫颈癌患者大多数有阴道出血，白带及疼痛等证候。
- 4、Broders 氏分级法不能对放射治疗的预后提供有价值的意见，而临床分期对预后则有很大的意义，期越晚预后愈恶。
- 5、根据肿瘤生长方式的分型（乳头状形、结节型、索状型、弥漫型）与预后亦有一定的关系。乳头状型预后最佳，弥漫型预后最恶，因此根据肿瘤生长方式的分型是比 Broder 氏的分级有较多的优越性。

应用Neotetrazolium chloride方法檢查

宮頸癌細胞的初步观察

中国医学科学院实验医学研究所 苏蘊誠(指导者——胡正詳教授)

过去及目前对于早期診斷宮頸癌一般应用Papanicolaou的方法,其准确性虽相当高,但检查者需要有多年的經驗及相当高的細胞学知識,因而不能滿足目前大量普查上的要求,为了建立一个能应用到宮頸癌查上去的灵敏可靠且易于被掌握的方法,我們应用了藉Netetrazolium chloride(NT)的还原作用以检查宮頸刮取物中癌細胞的方法进行了初步的探索。

文献上应用Tetrazolium chloride作組織化学方面的研究相当广泛,一般認為癌細胞比正常熟細胞反应强。

材料和方法:

材料:宮頸癌及非宮頸癌患者的宮頸刮取物,

方法:反应液:

- 甲液: 1, 1% NT 水溶液…………… 1 毫升
2, 含有0.2M琥珀酸鈉的磷酸盐緩冲液(PH7.4)…… 3 毫升
3, 0.06M磷酸盐緩冲液(NH7.4)…… 1 毫升
乙液: 1, 純淨甘油…………… 2 份
2, 0.06M磷酸盐緩冲液(PH7.4)…… 1 份

制作方法:将乙液一滴放載片上与刮取物混合,再加甲液一滴混匀后加盖片置37°C溫箱中2小时,同时作PaPanicoloau涂片一张作为对照。

NT反应阳性标准:如于胞漿中出现紫紅—紫黑色顆粒,相当胞核部分因顆粒形成少而留有顆粒較少的空白区。

結果:我們第一部分检查了321例宮頸癌患者的材料假阴性为6.9%,533例非癌患者的材料假阳性为5.06%。

我們在探討方法过程中,認為此法操作簡便,反应极易識別,易于掌握及推广,同时也发现一些問題,如NT难溶于水,假阴性例中大部因NT反应片中不含細胞或細菌及白血球太多,而NT阳性反应片中常出现反应不均以及成块癌組織影响观察等等,說明取材方面需加改进,此外阳性标本从反应上不能观察細胞的詳細結構,我們嘗試作对比染色以从形态上解决可疑标本。

第二部分我們应用改进方法,如NT溶剂改用N.N.—dimethylformamide,应用一端作成磨砂玻璃状的玻璃棍及玻璃平底板作为取材工具,采取标本前将宮頸先擦淨,甲乙液作成等量混合液,共检查了癌患者100例及非癌患者100例,我們認為此法操作簡便,反应迅速,且易于掌握,虽方法中存在一定数量的假阴性及假阳性,但仍适合于作大量普查时之初篩方法。

