

早期宫颈癌的诊断与治疗

10804-149 2. 90

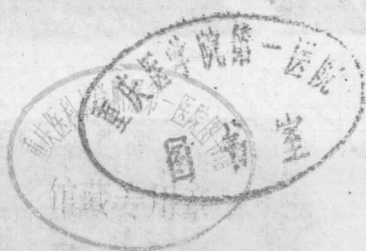


ZAOQIGONGJINGCAI
DE
ZHENDUAN
YU
ZHILIAO

天津科学技术出版社

早期宫颈癌的诊断与治疗

王 肇 敏 编著



天津科学技术出版社

早期宫颈癌的诊断与治疗

王肇敏 编著

早期宫颈癌的诊断与治疗

王肇敏 编著

*

天津科学技术出版社出版

天津市赤峰道124号

天津新华印刷一厂印刷

天津市新华书店发行

*

开本787×1092毫米 1/32 印张 1 3/4 插页 36 字数 35,000

一九八〇年三月第一版

一九八〇年三月第一次印刷

印数：1—10,000

统一书号：14212·7 定价：1.02元

编 者 的 话

女性生殖系统肿瘤以宫颈癌为最常见。近些年来，由于广泛开展了防癌普查工作，对早期宫颈癌的发现逐渐增多。但目前无论在国内或国际上对早期宫颈癌的诊断与治疗意见颇不一致，还是需要研究的课题。为此，我们从天津医学院和天津市中心妇产科医院过去23年手术治疗的宫颈癌患者中，选出材料较完整的274例（原位癌160例，I期甲癌85例，I期乙癌29例），进行复查、随访，并提出了诊断、治疗的初步意见。现根据这些资料编写成《早期宫颈癌的诊断与治疗》一书。供医务工作者参考。

本书在编写过程中，承陈有仲大夫参加资料整理工作，脱稿后又经杜梓伯主任审阅。书中插图均由天津医学院张大卫同志摄制。在此一并致以谢意。

由于水平所限，书中一定会存在不少缺点和错误，希望读者批评指正。

编著者

一九七九年一月

目 录

一、宫颈的解剖、组织学·····	(1)
二、子宫颈鳞状上皮化生、宫颈息肉和宫颈白斑·····	(5)
三、宫颈非典型增生·····	(7)
四、宫颈原位癌·····	(10)
五、I期甲宫颈癌·····	(17)
六、I期乙宫颈癌·····	(30)
七、妊娠伴发早期宫颈癌·····	(32)
八、宫颈癌的组织发生·····	(35)
九、与早期宫颈癌有关诸问题·····	(38)
[附]参考文献·····	(44)

一、宫颈的解剖、组织学

宫颈似柱形，分宫颈阴道部和子宫颈管两部分(图1)。

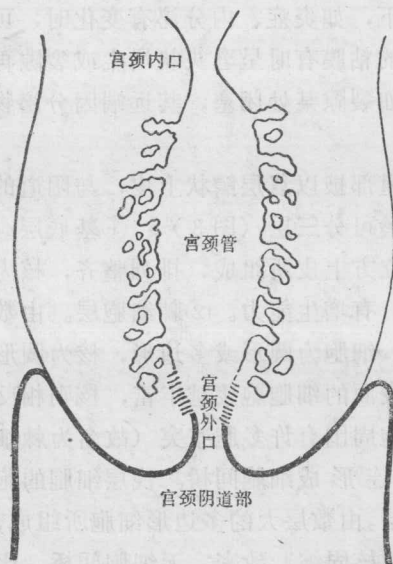


图1

与宫颈阴道部相连的阴道部分形成穹窿，子宫颈管上和子宫体相接，前与膀胱毗邻，后壁披以腹膜作为子宫直肠窝的前壁。两侧有主韧带，后有宫骶韧带将其固定。子宫颈管似梭形，长约2.5~3厘米，上端以子宫颈内口为界与子宫腔相通，下端为子宫颈外口。颈管粘膜有纵行、斜行的皱襞，皱

襞之间形成裂隙，即腺体（图2）。裂隙是单一的或分支，其壁是光滑的。我们测量了245例宫颈腺体的深度，除1例外均在3毫米以内。细川⁽¹⁾提出宫颈腺体的深度为0.7~4.3毫米，平均为2.1毫米。远藤⁽²⁾测量100例良性疾患的宫颈，厚度为8~21毫米，平均14.7毫米。腺体的深度为0.6~6.5毫米，平均2.4毫米，可供诊断早期宫颈癌时参考。在病理情况下，如炎症、内分泌有变化时，可使裂隙向深处延伸，其壁的粘膜有时呈乳头状增生或裂隙再分支，形成复杂的裂隙。如裂隙某处闭塞，其远端因分泌物潴留而形成潴留囊肿。

宫颈阴道部被以复层鳞状上皮，与阴道的鳞状上皮相连。生育年龄可分三层（图3）：①基底层（生发层）。由1或2层小立方上皮所组成，排列整齐，核为卵圆形，含丰富的染色质，有增生能力。②棘细胞层。由数层或十数层棘细胞所组成。细胞为圆形或多边形，核为圆形，位于细胞中央。越接近表面的细胞胞浆越丰富，核则相反，逐渐变小。此层每个细胞周围有许多胞浆突（故名为棘细胞），藉以与邻近细胞相连形成细胞间桥。浅层细胞的胞浆含糖元。③不全角化层。由数层大的多边形细胞所组成，胞浆更丰富，核更小，有的核固缩，致密，无细胞间桥，比较松散易脱落。颈管表面及其裂隙（腺体）被以高柱状上皮，核位于基底，胞浆分泌粘液（图4）。鳞状上皮、柱上皮与其下的结缔组织之间均隔以基底膜。鳞状上皮与柱状上皮交界处为宫颈外口或称鳞柱交界处。肉眼所见的解剖学外口与组织学外口，常不一致。如老年人的鳞柱交界处常移进颈管内，而有些生育年龄妇女，此交界处向外移至子宫颈阴道部。

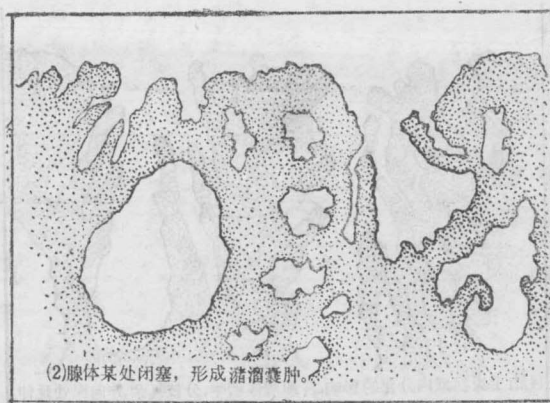
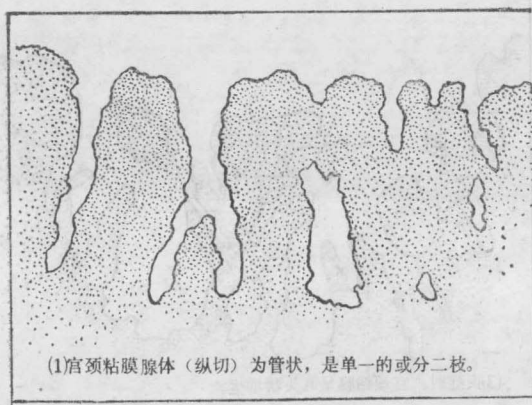


图 2

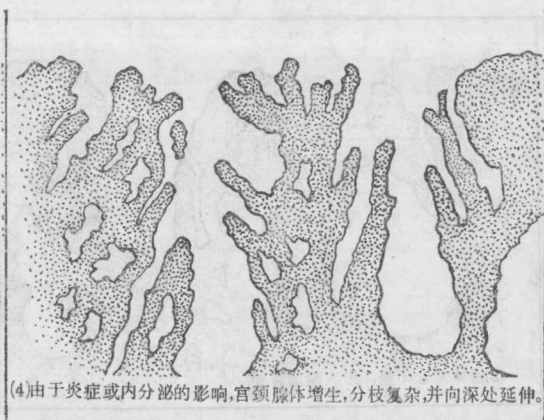


图 2

二、子宫颈鳞状上皮化生、 宫颈息肉和宫颈白斑

从胎儿至老年的子宫颈都可看到有鳞状上皮化生，即子宫颈的柱上皮被鳞状上皮所代替。多认为与炎症或内分泌的变化有关或属于生理范围的变化。子宫颈鳞状上皮化生可分三期。Ⅰ期（图5、6）：在柱上皮下出现单层的小立方上皮名为储备细胞或副基底细胞。其核较大，染色质丰富，胞浆少，边界不清。继之储备细胞增生为数层。Ⅱ期（图7、9）：增生为数层的储备细胞开始向鳞状上皮方向分化；其中也能有少数细胞向柱上皮方向分化，即在向鳞状上皮方向分化的细胞中混有分泌粘液的柱上皮，胞浆可有空泡，名为鳞柱化生（图8）。或向鳞状上皮分化的细胞开始分层，表浅的象棘细胞层，称为不完全化生，其表面的柱上皮可能脱落。Ⅲ期（图10）：化生的鳞状上皮进一步分化，可分底、中、表三层与正常鳞状上皮相似，称为完全化生。鳞状上皮化生多发生于子宫颈管的下1/3，尤以宫颈外口鳞柱交界处多见。细川⁽³⁾、中村⁽⁴⁾等观察育龄妇女宫颈的鳞柱交界处有四种形式：①直接相连型，即鳞状上皮与柱状上皮直接相连，其余均在子宫颈鳞柱交界处形成移行带。②化生型，即鳞状上皮—鳞状上皮化生—柱上皮。③上皮缺损型，即鳞状上皮—上皮有缺损—柱上皮。④化生缺损型，即鳞状上皮—鳞状上皮化生—上皮缺损—柱上皮。子宫颈腺体鳞状上皮化生，开始只

是部分腺上皮被化生的鳞状上皮所代替，继之可完全充满腺腔。比较复杂的腺体化生呈复杂的巢状或舌状应与宫颈鳞状上皮癌相鉴别。

宫颈息肉，多由子宫颈粘膜局限性增生而形成，常有蒂。息肉表面披以柱上皮，常有鳞状上皮化生，在结缔组织间质中有增生的腺体，偶见癌变或被癌所浸及。

宫颈白斑，肉眼观察可见宫颈阴道部有白色或灰白色斑块，常与子宫脱垂伴发。在镜下可见鳞状上皮表层完全角化，无核，有时可见颗粒层。勃郎 Brown⁽⁵⁾ 报告80例 子宫颈白斑，其中70%伴有轻度非典型增生，10%为重度非典型增生或原位癌。因之，宫颈白斑应看作是一个体征而不是一种疾病，所以不能作为一种疾病来诊断。

三、宫颈非典型增生

无论从对病人的随访结果或动物试验的材料, 均可看出宫颈鳞状上皮癌的发生、发展过程, 是由量变到质变的。这个过程可分为几个阶段, 最先出现的是宫颈非典型增生。主要发生于颈管表面柱上皮或腺上皮, 呈不同阶段化生的鳞状上皮, 也发生于宫颈阴道部的鳞状上皮。其发生部位以颈管内为最多见, 其次为鳞柱交界处, 宫颈阴道部则最少见(表一)。

表一

宫颈非典型增生的发生部位

作 者	年	例	类 型	在 鳞 状 上 皮 区		跨 鳞 柱 交 界 区		在 柱 上 皮 区	
				例数	%	例数	%	例数	%
栗 原 ⁽⁶⁾	1972	26	重 度	0		4	15.1	22	84.6
筒 井 ⁽⁷⁾	1974	384							85.7
野 田 ⁽⁸⁾	1975	71	重 度	6	8.5	12	16.9	53	74.6

其环行扩展范围多在宫颈的半周以内, 病变比较局限。肉眼观察无特征, 多以糜烂形式出现。McKey⁽⁹⁾ 的宫颈非典型增生病例的肉眼所见85%为糜烂, 偶见为宫颈白斑。宫颈非典型增生组织学的诊断原则是细胞有间变, 即在不同阶段化生的鳞状上皮或鳞状上皮中可见单个或成群的上皮细胞有间变。主要是核的异型, 核大、深染、核大小不一, 有核分裂; 上皮仍有一定程度的分化, 尚可分层。有时因增生比较活跃,

细胞拥挤,开始失去极向。我们根据细胞的间变程度,上皮分化的情况和累及范围的大小将宫颈非典型增生分为轻重二型。①轻度非典型增生(图11),细胞有轻度间变,尚有些分化,仍分层,累及上皮全层的2/3以下;②重度非典型增生(图12~16),细胞间变明显,有的与癌细胞不好区分,核分裂多,近表层亦有,上皮常不再分层,累及上皮全层2/3以上。目前对宫颈非典型增生尚无一致的诊断标准。有的将其分为轻重二型,还有的分为轻、中、重或轻、重、疑癌三型。

宫颈非典型增生的发展结果有三种情况:①病变变轻或消失;②病变持续存在;③病变发展或癌变。兹将诸家随访结果介绍如下(表二)。

表二 宫颈非典型增生的发展结果

作 者	年代	例数	类 型	减轻或消失%	持 续存在%	发展或癌变%	随 访
Sedlis ⁽¹⁰⁾	1970	168		42.0	35.0	24.0	6周至5年
筒 井	1974	232	轻	61.6	29.7	8.6	1年以上
			重	56.6	24.5	18.9	
			疑 癌	32.6	28.2	39.1	
Creasmann ⁽¹¹⁾	1975	750		49.6	37.2	11.9	平均9年
野 田	1975	691	轻	87.0		2.3	
		846	重	63.3		13.7	1至11年

Richart⁽¹²⁾的557例用涂片及阴道显微镜随访3年,从宫颈非典型增生发展为原位癌,轻度的需58个月,重度的需38个月,平均44个月。滝一郎⁽¹³⁾提出轻度非典型增生应每3

~ 4 个月复查一次，重度的要每月复查一次。

关于诊断宫颈非典型增生，一般常规应作涂片，妊娠或小产后的病人尤应如此。如涂片有问题，可在碘试验或阴道镜指示下作宫颈活检或颈管刮诊。但要注意宫颈非典型增生常与原位癌或浸润癌伴发，切勿将癌漏诊以免贻误治疗。难诊断的病例应作宫颈锥形切除确诊。

对非典型增生要采取积极态度给以治疗，因为随访观察可造成病人及家属不必要的负担。局部电灼、冷冻、上药，如用中药或敷 5 氟脲嘧啶等均可获良好效果。如做宫颈锥形切除或宫颈切除则更为彻底。有人主张年龄较大的病人可做全子宫切除，我们认为似无必要。最近也有用二氧化碳激光束⁽¹⁴⁾治疗的，效果较为理想。治疗后仍需定期随访，重度非典型增生的个别病例仍有复发的可能。



四、宫颈原位癌

癌只累及宫颈表面上皮或腺体，基底膜完整，未浸润间质叫作宫颈原位癌。如果我们能定期进行防癌普查，将宫颈癌消灭在原位癌阶段，这是目前我们努力争取的目标。

参考1975年国际肿瘤组织学分类以及栗原等人的意见和对我们自己病例的观察，初步制定了宫颈原位癌的组织学诊断标准：①宫颈上皮失去正常分化能力，层次缺如，极性消失；②上皮全层或大部分上皮细胞间变具有恶性特征。核分裂增多，有病理核分裂(图24、25)胞浆有空泡变性或角化异常；③有时可见侧方浸润；④基底膜完整。根据上述标准，我们从1947至1970年间手术治疗的宫颈癌中选出较完整的160例进行观察和随访，其结果如下。

原位癌的生长方式可分三型：①单纯代替型47例(图17、22)，即宫颈的表面上皮或腺体，由增生的癌细胞所代替，其厚度与正常上皮相似，基底膜较平直，腺体仍保持原形；②膨胀性生长型88例(图18、19、23)，单纯代替型原位癌进一步发展呈膨胀性生长，表面上皮增厚或腺体增大，基底膜常呈波浪状，但仍完整；③开始浸润型20例(图26、27)，原位癌某处在生长，该处基底膜模糊不清或消失。多数病例沿上述顺序向前发展。开始浸润型的预后及治疗与前二型相似，故仍归在原位癌内。自宫颈上皮的表面以垂直方向测量至原位癌占据最深处，有154例均在3毫米之内，只1例为

3.2 毫米,其余 5 例宫颈活检为原位癌,但手术切除标本未找到癌。原位癌 135 例 (87.1%) 位于颈管内,16 例跨鳞柱交界区,只 4 例累及子宫颈阴道部。此可间接说明宫颈鳞状上皮癌多源于储备细胞。有 3 例原位癌向下延及穹窿,这点应提醒注意。按宫颈的周径计数,原位癌多累及宫颈的半周以下的为 116 例 (74.9%),累及半周以上的为 39 例。

原位癌旁有少量或中等量淋巴细胞浸润,水肿或增生的毛细血管 (图 20) 为 86 例,无反应的 69 例。表示原位癌发展比较缓慢。有 78 例取出盆腔淋巴结,每例取出 2~24 个。重新查看 75 例淋巴结的切片,有轻度或中等度窦组织细胞增生的共 61 例,可见淋巴滤泡增生的共 61 例。Black⁽¹⁵⁾认为窦组织细胞增生的程度可代表身体的抗瘤反应。全部切除的淋巴结均无癌转移。

本组病例年龄为 29~63 岁,平均为 41.5 岁。多无症状,部分病例是由防癌普查发现的。5 例因其他妇科疾病切除子宫,在检查标本时发现宫颈原位癌。50 例有阴道出血或性交后出血的症状。6 例白带多。其余 104 例无特殊症状。肉眼观察多以糜烂形式出现的共 121 例,1 例为宫颈白斑,24 例宫颈光滑,其余记录不详。如宫颈刮片或颈管吸片可疑或阳性,则在碘试验或阴道镜指示下作多处活检或颈管刮诊进行诊断,若一次不能确诊则应重复涂片、活检。有 25 例用上述方法检查仍不能解决问题,遂作宫颈锥形切除确诊。锥切标本作连续切块 (约切 8~12 块),全部制片进行诊断。115 例术前活检诊断结果见表三。

69 例作全子宫及单或双侧附件切除,其中 2 例术后加放疗。12 例作小广泛 (Wertheim 术式) 及双附件切除。76 例

表三

术前宫颈活检的诊断

类 别	例 数
非 典 型 增 生	8
原 位 癌	100
可 疑 早 浸	4
早 期 浸 润	1
浸 润 癌	2
总 计	115

作广泛子宫切除并摘除盆腔淋巴结，其中1例术后加放疗。
3例只做宫颈椎形切除，其中1例术后加放疗。对全部病人均随访，结果见表四。

表四

原位癌病例随访结果

随访年数	治疗例数	随访例数	存活例数	死亡例数	相对存 活 率	绝对存 活 率
5	160	160	156	4 [△]	97.5%	100%
10	160	148	142	6*	96.0%	100%

注：表中△1例于术后3年因触电而死；1例于术后5年因食道癌死亡；
2例分别于术后2、5年死于尿毒症。

表中*1例于术后10年死于尿毒症；1例于术后10年死于淋巴肉瘤。

〔讨论〕

1. 诊断 宫颈原位癌多以糜烂形式出现。所以，应当区分
良性与恶性糜烂，除常规作涂片外，也可参考三谷靖⁽¹⁶⁾提
出的鉴别之法（表五）。