

妇 产 科 专 题 讲 座

湖南省妇产科学会

长 沙

一 九 九 〇 年 十 月

B超诊断胎儿唇裂——附三例报告

湖南医科大学附二院妇产科B超室

陈发性睡眠性血红蛋白尿症合并妊娠2例

湖南医科大学附二院妇产科

超声波诊断妊娠36周子宫破裂一例

湖南医科大学附二院妇产科

先兆子痫并柯兴综合征一例

湖南医科大学附二院妇产科

美西律治疗胎儿心律不齐2例报告

湖南医科大学附二院

迟发性羊水栓塞一例

湖南医科大学附二院

B超发现单脐动脉一例

湖南医科大学附二院

妊娠晚期自发性子宫破裂误诊一例

湖南医科大学附二院

重复妊高征合并急性肾功能衰竭一例

湖南医科大学附二院

先兆子痫并血小板减少、溶血性尿症综合征一例

湖南医科大学附二院妇产科

海绵肾并贫血妊高征 IUGR一例

湖南医科大学附二院

先天性风疹病毒感染的监测

湖医大附二院

张洪文 杨颖芳 王瑞荣

黄 裘 张百鸣 沈泽霜

王瑞荣

杨颖芳 郑毓秀

成应玮 王济娘

肖根秀 谈海英

张洪文 杨颖芳

刘小杜

谈海英 朱伏凡

王瑞荣 谈海英

谈海英 肖根秀

高洁生 严淑芳 黄 裘

生殖道疣与宫颈癌——用生物素标记的HPV-DNA探针作原位杂交的研究

湖南医科大学附二院妇产科

张志胜 关宜林 徐应礼

湖南医科大学病理解剖教研室

杨元华

体外受精供胚移植成功一例报道

湖南医科大学附二院

徐应礼 张志胜

湖南医科大学生殖工程研究室

卢光秀 范立青

羊水过少95例临床分析

湖南医科大学附二院

肖根秀

妊娠高血压综合征患者红细胞钠钾测定

湖南医科大学附二院妇产科

余艳红 郑毓秀 成立玮

妊高征患者硫酸镁治疗与PGI₂ TXA₂水平的关系探讨

湖南医科大学附二院

肖湘丽 郑毓秀 肖根秀

正常子宫与子宫肌瘤的B型超声图像对比分析

湖南医科大学附二院妇产科

张洪文 张志胜 徐立礼 王瑞荣

303例肥儿窘迫原因分析

湖南医科大学附二院妇产科

张百鸣 成应玮

急性、亚急性子宫内翻的防治——附五例临床分析

湖南医科大学附二院妇产科

肖根秀 李素华

卵巢瘤腹水,腹腔冲洗液细胞学的免疫细胞化学研究

湖南医科大学附二院妇产科

刘毅智 张志胜 徐立礼

急性盆腔炎45例分析

湖南医科大学附二院妇产科

张琼英 刘风英

淋病227例报告

湖南医科大学附二院妇产科

钟桂桃 张志胜

三例先天性成骨不全报告

湖南医科大学附二院妇产科

王瑞荣 张百鸣 朱 华

93例双胎妊娠围生儿死亡分析

湖南医科大学附二院妇产科

杨颖芳 郑毓秀

输卵管妊娠保留功能的显微修复手术

湖南医科大学附二院妇产科

林秋华 刘风英 刘小杜

血管造影诊断滋养叶细胞肿瘤

湖南医科大学附二院妇产科

刘风英 张志胜 杨树仁

绝育术后显微外科输卵管复通术——七年临床观察研究

湖南医科大学附二院妇产科

林秋华 刘风英 张琼英

孕妇无症状感染与婴儿关系之研究

湖医大附二院儿 科

严淑芳 高洁生等

妇产科

黄 裘 张志胜

- ✓ 卵巢癌广泛根治术36例初步报告
湖南医科大学附属一院妇产科 陈涤瑕 杨 湛 李新国
- ✓ 卵巢癌体外药敏试验的初步研究
湖南医科大学附属一院妇产科 陈鲜明 陈涤瑕 杨 湛
- 2367例阴道镜检查结果分析
湖南医科大学附属一院妇产科 黎 欣 陈涤瑕 徐碧泉
- ✓ 211例新生儿红细胞G6PD同工酶分析
湖南医科大学附属一院妇产科 刘绛仙等
- ✓ G6PD同工酶两例家系报导
湖南医科大学附属一院妇产科 刘绛仙等
- 女性生殖道尖锐湿疣206例临床分析
湖南医科大学附属一院妇产科 邹静莲
- 女性淋病的诊断治疗动态(附145例临床分析)
湖南医科大学附属一院妇产科 邹静莲
- 79515例低体重儿临床分析
湖南医科大学附属一院妇产科 余浣珍等
- 经皮脐静脉穿刺临床应用
湖南医科大学附属一院妇产科 雷慧中等
- 胎儿侧脑室及大脑半球比例与脑积水的早期诊断
湖南医科大学附属一院妇产科 雷慧中等
- B超诊断罕见先天性胼胝体发育不全
湖南医科大学附属一院妇产科 雷慧中等
- 胎儿颈部淋巴囊肿三例报告
湖南医科大学附属一院妇产科 雷慧中等
- 子宫颈癌细胞DNA含量研究
湖南医科大学附属一院妇产科 左绪磊
- 奋乃静试验鉴别功能性与垂体肿瘤性的高催乳素血症
湖南医科大学附属一院妇产科 张志华等
- LHRH兴奋试验鉴别各种类型闭经
湖南医科大学附属一院妇产科 张志华等

妇产科急症6761例病种分析

林宜珍 刘小杜 张百鸣

吻合血管的卵巢移植

林秋华

妇科急腹症误诊34例分析

张百鸣 林宜珍 刘小杜

生殖道疣与宫颈癌——组织学与HPV免疫组化研究

吴宜林 张志胜 徐立礼

杨元华

人类促性腺激素促排卵后的体外受精和胚胎移植

徐立礼 张志胜 刘凤英

卢光秀 范立青 李波

体外受精胚胎移植中超声对卵泡的监测

徐立礼 张志胜 鲁树坤

卢光秀

人类生殖医学与伦理和法律

徐立礼 张志胜

Successful pregnancy and birth after Transfer of donated embryo
fertilized in Vitro

Xu Li-Li Zhang Zhi-sheng

Sun Ding-Xiang

成功抢救产前子痫昏迷37小时患者一例

杨颖芳 郑毓秀

先天性风疹病毒感染的监测

潮医大附二院儿 科

高洁生 严淑芳

妇产科

黄 裘

论 文 目 录

序号	题 目	单 位	作 者
1	产钳术胎吸术的临床应用	江永县人民医院	刘玉环
2	排气汤治疗剖宫产术后腹胀疗效观察	湘潭市妇幼保健院中医科	冯丽霞
3	吸宫刮宫术后子宫粘连60例分析	隆回县人民医院	罗书连
4	胆郁合剂治疗妊娠肝内胆汁郁积症	湖南中医学院附一医院	刘淑余
5	邵阳市1985—1988年268例孕产妇死亡原因分析	邵阳市妇幼保健所	谈珍瑜
6	100例尖锐湿疣中药治疗分析	株洲市妇幼保健院	杨晓梅
7	中西医结合治愈剖宫产术后晚期产后流血2例报告	平江县妇幼保健院	赵小玲
8	失笑散对月经过多的治疗观察	株洲市妇幼保健院	苏绍龙
9	失笑散对痛经31例的治疗观察	株洲市妇幼保健院	黄续兰
10	中西医结合治疗盆腔炎72例体会	株洲市妇幼保健院	李 龙
11	中药坐浴治疗外阴皮炎验治	株洲市妇幼保健院	苏绍龙
12	幼稚子宫并闭经、不孕的中西医结合治疗初探	株洲市妇幼保健院中医科	蒋湘岚
13	过期妊娠对胎儿、新生儿及儿童发育的影响	株洲市妇幼保健院	石永红
14	234例臀位产分娩方式的临床分析	株洲市妇幼保健院	肖友谋
15	江华县两个乡三年内围产儿死因前瞻性调查结果分析	江华县妇幼保健站	杨春柳
16	江华县一九八〇年—一九八九年同孕产妇死亡病例分析	江华瑶族自治县妇幼保健站	肖友谋
17	云南白药治疗宫颈糜烂351例临床观察	桃源县人民医院	蒋展秀
18	中央性前置胎盘并部分性胎盘植入一例	湘氮职工医院	肖广玉
19	铜烙术治疗宫颈糜烂23例疗效观察	汝城县妇幼保健站	何青云
			陈爱连、朱旭芳

20	916例阴道细胞涂片结果分析	汝城县妇幼保健站	陈爱连
21	注引产针致腹壁血肿一例	桃源县人民医院	胡舒平
22	诊刮术中的粗浅体会	桃源县人民医院	胡舒平
23	81—88年14份死亡病历分析	汨罗市人民医院	任 坚
24	子宫切除术后阴道顶端出血的临床分析	桃源县人民医院	周启凤
25	误输对抗血型鲜血950毫升无严重反应一例	衡阳市五医院	汪承宗
26	自我监护发现胎儿频繁房性早搏一例	衡阳市五医院	汪承宗
27	按完成工作任务质量核定乡级妇幼保健经费补助的探讨	淑浦县妇幼保健所	武嫦娥
28	Nd—YAG激光治疗宫颈管赘生物15例报告	株洲市一医院	周春惠
29	产科DIC的子宫切除	株洲市一医院	郭益逊
30	中期妊娠(利凡诺)引产的并发症与失误	株洲市一医院	郭益逊
31	剖宫产术后大出血因素的探讨	衡南县人民医院	王一平
32	颗粒细胞瘤破裂误诊一例报告	株洲财贸职工医院	孙语其
33	产后子宫内翻一例报告	株洲财贸职工医院	孙语其
34	抢救新生儿窒息的体会	株洲财贸职工医院	孙语其
35	部分女职工妇科病普查情况分析	邵东县妇幼保健站	彭美莲
36	单胎臀位分娩220例临床分析	益阳地区人民医院	潘珍珠
37	腹部加压包扎治疗产后出血的体会	桃源县人民医院	张汉珍
38	中期妊娠引产自后穹窿娩出一例报告	桃源县人民医院	张汉珍
39	胎儿胸先露分娩一例	浏阳县人民医院	陈红军
40	肝素过量抢救成功一例	浏阳县人民医院	陈红军
41	臀位分娩后出胎头的处理	津市市妇幼保健所	于清林
42	残角子宫妊娠诊治体会	株洲市一医院	郭益逊
43	慢性产后子宫内翻病例报告	湘潭医院	黄淑彬
44	105例子宫内膜异位症的临床分析	常德市第一人民医院	梁丽凌
45	6例剖宫产术后子宫切口裂开	常德市第一人民医院	李宪华
			路志英

46	子痫与围产期保健关系初探 (附32例子痫病人分析)	常德市第一人民医院	周文君
47	103例异位妊娠的临床分析	常德市第一人民医院	刘 俊
48	围产儿死亡108例临床分析	常德市第一人民医院	贺冬元 李宪华
49	喷雾法冷冻治疗外阴尖锐湿疣89例 疗效观察	常德市妇幼保健院	代秀本
50	外阴阴道炎在农村妇女中的发病调查 分析	常德市妇幼保健院	龚桂初
51	农村323例孕产妇死因调查分析	常德市妇幼保健院	梅福弟 王 沛
52	74例产科出血死因分析	桃源县妇幼保健所	田双凤
53	急性子宫不完全性内翻一例	常德市第三人民医院	曾春元
54	联体双胎一例报告	常德市第三人民医院	罗元芝
55	青春期非孕大型子宫肌瘤一例	新化县人民医院	陆日华
56	从病理组织学检查探讨产后胎盘残 留的诊断和处理(附30例分析)	株洲市妇幼保健院	王学裕
57	羊水栓塞症二例报道	衡阳冶金职工医院	王可琴
58	臀位121例分娩道路的回顾与讨论	株洲南方公司职工医院	彭翠林
59	使用一次性脐带夹的效果观察	涂浦县妇幼保健所	彭翠华 杨曼兮
60	女性结扎手术并发症的分析和预防	双牌县人民医院	杜运秀
61	显微镜下输卵管吻合术46例报告	娄底地区人民医院	谢露芬 王月容
62	雷佛奴尔羊膜腔中妊引产加服生化汤 ——600例效果观察	娄底地区人民医院	王月容 谢露芬
63	产后出血的抢救及其方法的探讨	南县妇幼保健所	张友秀
64	畸形子宫人工流产失误九例	株洲市妇幼保健院	王学裕
65	新型的产院制度——母婴同室	湖南省妇幼保健院	许玉芳
66	孕妇用药与胎儿畸形	湖南省妇幼保健院	廖湘玲

67	B超诊断羊水减少102例临床分析	湖南省妇幼保健院	方超英
68	胎心率延长减速32例分析	湖南省妇幼保健院	崔超美
69	绝育术后异位妊娠30例临床分析	湖南省妇幼保健院	孙运容
			李惠义
70	输卵管双氯水造影150例分析	湖南省妇幼保健院	陈桂先
71	臀位与脐带脱垂	湖南省妇幼保健院	金明华
72	灭滴灵在妇产科手术后的预防性应用	湖南省妇幼保健院	许学岚
73	1144例高危妊娠临床分析	湖南省妇幼保健院	许学岚
74	绝育术后显微外科		高运联
	输卵管吻合术 130例临床分析	湖南省妇幼保健院	刘玉陵 吴利玲
75	产妇产后炎症治疗200例综合报道	株洲市妇幼保健院	苏绍龙
76	产妇产后脑出血抢救成功二例报道	浏阳县人民医院	陈红军 焦佩玉
77	ONO-302阴道栓合并丙酸睾酮、 三烯高诺酮抗早孕临床效果观察	湖南省计划生育研究所 长沙市第二医院	吴苏湘 朱秀兰 唐求庄 刘惠宁
78	农村482例围产期高危因素分析	南县妇幼保健所	金罗坤

子宫内膜癌综述

湖南医科大学附属一医院妇产科 陈涤瑕

子宫内膜癌是女性生殖道常见恶性肿瘤，与子宫颈癌、卵巢癌一起并列为最常见的三种妇科恶性肿瘤，好发于老年妇女，过去视之为良性癌(good cancer)已被否定，其5年生存率长期停滞不前，其发病率，在某些西方国家如美国已跃居生殖道癌首位，我国亦有上升趋势，故子宫内膜癌已引起国内外普遍重视。

I. 病因及流行病学

引起内膜癌的真正原因尚未清楚，通过流行病学调查与下列诸因素有关。

一、地区差别：内膜癌的发病率，北美洲最高，如美国为45.8/10万，欧洲国家次之，如联邦德国为33.8/10万，亚洲最低，如日本印度分别为1.8%，1.7/10万，我国上海普查结果，其发病率为0.85/10万。

二、种族差别：同居美国的白种人和黑人，内膜癌的发病率分别为45.8/10万和19.3/10万，有明显差异。

三、年龄分布：内膜癌的发病年龄有推迟趋势，比宫颈癌迟3年。75—80%的内膜癌发生于绝经后妇女，平均年龄为60岁，高峰年龄为55—60岁，40岁以下发病者不到5%。国内四个医院600例统计，50—60岁占71%，高峰年龄为55—59岁。*绝经早低于绝经迟。*

四、社会经济因素：Elwood报告收入富有者，内膜癌的发病率比贫穷者高2倍，可能与富有者摄入过多脂肪有关。美国妇女脂肪日摄入量为100克以上，内膜癌发病率高，日本虽富有，但脂肪日摄入量少于50克，故内膜癌发病率低。

五、孕产次：内膜癌发生于未产及不孕症者较多。其发病率未产妇比经产妇高3倍。波斯頓学者研究，未产妇内膜癌的发病率高于初产妇2倍，高于5产以上者3倍。

六、绝经和初潮年龄：初潮早，绝经迟是内膜癌发生的又一体质因素。Kaplan报道52岁以后绝经妇女的发生率是49岁以前绝经妇女的2.4倍。有人统计12岁以前初潮者，内膜癌的发生率比12岁后初潮者高60%。

七、宫内膜癌综合征或三联征：即内膜癌常伴有肥胖、高血压和糖尿病。

(一) 肥胖：肥胖者体内脂肪细胞能使雄烯二酮芳香化而转变为雌酮，后者为致癌因子。1980年Mestwerdt报道，妇女超过标准体重20—25磅者，内膜癌的发病率高3倍，超过50磅者高9倍。

(二) 高血压：有报告内膜癌伴高血压者，占35%，而同年龄对照组，仅占25%。Shaph

统计, 子宫内膜癌患者收缩压高于160mmHg者占60%, 比对照组高1.7倍。

(三) 糖尿病: Kaplan统计有糖尿病史妇女内膜癌的发病率比无糖尿病者高2.8倍。另有报告内膜癌伴糖尿病者占3—17%。

八、雌激素影响

多年来, 临床和动物实验结果, 雌激素可引起子宫内膜增生, 大量雌激素可致动物子宫内膜癌, 故提出雌激素假说。

(一) 内源性雌激素: 凡妇女自身存在持续雌激素刺激情况如多囊卵巢综合征, 卵巢粒层细胞瘤, 子宫内膜增生过长, 宫内膜癌的发病率均增高。1957年Jackson报道43例多囊卵巢综合征中有16例并发内膜癌, Gusberg报道106例卵巢粒层细胞瘤患者并发内膜癌24例, 原位癌5例, 腺瘤样增生过长45例, 囊样增生过长16例。一般认为内膜癌并发率为10%。

(二) 外源性雌激素: 临床上, 对闭经、子宫发育不良及更年期综合征患者和老年妇女常用雌激素替代治疗。这些妇女发生内膜癌的相对危险率为0.9—1.2%。比对照组高4.5—7.6倍, 与使用时间长短有关。有人统计50岁以下妇女应用雌激素5年以上者, 内膜癌的发生率为1%, 10年以上者为36%, 而对照组则分别为0.3—0.8%。最近有人报道, 每月加用孕激素10天以上, 可防止或减少内膜癌发生。此外, 口服避孕药中含有雌激素, 尤其是序贯避孕药, 内膜癌发生的危险高7倍, 但目前通用的弱雌激素作用的复合型避孕药可降低内膜癌的危险性比正常妇女降低50%。

II 病理变化

一、子宫内膜增殖症: 是妇科常见良性疾病, 病理学上常分为三型即单纯性、囊腺样和腺瘤样增殖, 其中腺瘤样增殖易发展为不典型增生及子宫内膜癌, 应高度重视, 严密观察, 部分学者认为此型应属癌前病变, 但Kuman等专家认为当未合并不典型增生时, 不应视为癌前病变。

二、子宫内膜不典型增生, 是内膜癌的癌前病变, 癌变率约为12—14%, 癌变时间一般较长, 病变程度可分为三度。

轻度: 不典型增生腺体呈小灶性分布

中度: 腺体增生明显, 弥漫成片

重度: 腺体高度增生弥漫成片

恶变率与分度有关, Campbell报告分别为15%、24%、及45%。

(ELW)

三、腺上皮内新生物(Glandular Intraepithelial Neoplasia 简称GIN): 其内宫

各家报道不一，多数认为应包括子宫内膜增殖症、子宫内膜不典型增生及原位癌，Gara-nagh将GIN分为三级如下：

GIN I：包括囊性增殖、腺瘤样增殖，但不伴有间变。

GIN II：包括中度腺瘤样增生及不典型增生。

GIN III：包括高度腺瘤样增生，重度非典型增生及原位癌。

Wentg追踪115例GIN，2—8年，发展为浸润癌者，I级为27%，II级82%，III级为100%。
Sherman追踪204例2—10年，发展为浸润癌者I级20%，II—III级为57%。

四、内膜癌病理

(一) 病理类型：子宫内膜起源于苗勒氏管上皮，有较高的分化潜能，故内膜癌病理类型较多，杜心谷教授提出九个类型如下：(1) 内膜样腺癌；(2) 角化腺癌；(3) 鳞腺癌；(4) 粘液腺癌；(5) 透明细胞癌；(6) 纤毛细胞型腺癌；(7) 浆液性乳头状腺癌；(8) 内膜嗜银细胞癌；(9) 纯鳞癌。兹就比较罕见而预后很差的三种类型分述如后。

(一) 鳞腺癌Adenosquamous carcinoma：两种癌细胞混合存在，侵入肌层及发生转移者多为鳞癌成分。预后差，五年生存率仅30%。

(二) 纯鳞癌(Pure squamous cell carcinoma)：诊断标准如下：(1) 无内膜腺癌同时存在；(2) 宫颈无原发性鳞癌；(3) 不与子宫颈鳞状上皮相连，此癌十分罕见，迄今世界上约报道20例，预后极差，五年生存率为0。

(三) 浆液性乳头状腺癌(Papillary serous AdenoCarcinoma)：类似卵巢浆液性乳头状囊腺癌，乳头细长，有次级及3级小乳头形成，约30%可见砂粒体，恶性度高，常早期肌层浸润及淋巴管转移，治疗后极易复发。

(四) 组织学分级：内膜癌的组织学分级对治疗和预后均有重要意义，1970年WHO提出三级分类法如下：

I级G₁：高分化腺癌，腺体较规则，多由单层细胞组成

II级G₂：中分化腺癌，有腺样和实性两部分

III级G₃：低分化或未分化癌，腺体结构很少，癌巢多为实性。

III 诊断方法

一、临床诊断：(1) 年龄50岁以下；(2) 有内膜癌三联征；(3) 有多囊卵巢综合征，子宫内膜增殖症及长期服用雌激素史；(4) 更年期或绝经后不规则阴道流血和排液；(5) 妇查子宫增大或穹窿有浸润团块。

二、分段诊刮：是确诊和分期的主要手段。技术上应先刮颈管，再搔刮宫腔，并依

序进行,刮出物分两个标本瓶保存送检。诊断准确率可达94—97%,但颈管的假阳性率较高,华西医大报告为33.9%(19/56),我院资料为46%(14/29),亦有假阴性,我院资料为5.9%(2/34)。颈管误诊或漏诊,可造成过治与治疗不足,二者均对病人不利。假阳性原因如下:(1) 操作不正规;(2) 内膜癌悬挂或突向颈管;(3) 内膜脱落游离于颈管内;(4) 癌灶接近内口。减少或避免假阳性的主要措施是:严格操作技术,宫腔镜指引下行颈管诊刮或严格判断标准,如颈管组织切片中必须见到间质浸润或见到相邻的颈管腺体,才能视为颈管受累,仅见游离癌细胞不能报告颈管浸润。

三、内膜细胞学检查:细胞学诊断内膜癌已有40余年历史,近20余年,由于采样技术的改进,使细胞学诊断内膜癌的准确率高达90%以上。曾被采用或正被广泛应用的有各具特色的内膜细胞采样器如下:(1) Cary (1943)金属管;(2) Gladstone(1948)海绵拭;(3) Ayre(1955)细胞刷;(4) Gravlee(1969)子宫喷洗器;(5) Isaacs(1974)带鞘多孔吸管及(6)Simpson (1981)螺旋器。目前公认较优越的内膜细胞取样器为Gravlee子宫喷洗器,Isaacs带鞘多孔吸管及Sampson螺旋器。在标本制备方面,国外对抽吸的标本,一般均采用离心沉淀后,直接涂片,微孔膜过滤涂片及细胞块石蜡包埋切片以提高阳性率。

四、子宫镜检:主要用于局限型早期宫内膜癌患者。目前国内外使用的子宫镜有三种,即全景式子宫镜,接触式子宫镜及显微子宫镜,常用者为全景式子宫镜。Baggish发现早期宫内膜癌,子宫镜下有五种图象:(1) 白色上皮;(2) 灰白色毛状物;(3) 闪光;(4) 脑髓样遇曲血管;(5) 不正常血管。明显宫内膜癌亦有五种图象:(1) 息肉型,表面浅灰;(2) 结节型,表面有盘曲血管;(3) 乳头型:表面呈树枝状,葡萄状或绒团状;(4) 溃疡型,呈凹陷,被复浓苔;(5) 弥漫型,全宫腔面高低不平,淡红色,伴溃疡坏死。子宫镜检除诊断价值外,尚有助于提高颈管诊刮的准确率。

五、影象诊断

(一) B超检查:子宫内膜癌早期,B超检查可显示宫腔线增粗和积液的低回声区,晚期可见子宫增大,形态不规则,肌壁回声不匀。最近西德Becker报告采用子宫超声检查(Hystersonography)能清楚辨认浆膜、肌层、内膜及宫腔改变,可指出肿瘤浸润肌层深度以协助诊断和分期,与手术标本对照有较高的相等性。

(二) CT检查:内膜癌的CT表现如下:(1) 肿瘤侵犯肌层1/3以上,快速灌注造影剂,正常肌壁密度升高,而癌组织呈低密度区;(2) 癌广泛侵犯子宫,可见子宫增大,密度不均;(3) 如有淋巴转移可见盆腔或主动脉淋巴结肿大。

(三) MRI检查:内膜癌MRI检查可见如下表现:(1) 内膜层增厚与肌层分界清楚;(2) 癌组织含水量高,故呈低信号强度;(3) 侵犯肌层者可显示受累肌层变薄;(4) 有淋巴结转移者可清楚显示淋巴结。MRI能进行横扫和纵扫,观察子宫比CT只能横扫更为优越。

(四) 子宫碘油造影:近10年来采用透视下小剂量(3-5ml)水溶性造影剂,低压(100 mmHg)注入,连续拍片,可了解宫腔大小,病变范围及肌层浸润深度。

(五) 腹膜后淋巴结造影:内膜癌淋巴结转移率较高,I、II期分别为10.6%及36.5%。淋巴造影可清楚显示受累淋巴结有蚕蚀状充填缺损。

IV 治疗方法

一、子宫内膜不典型增生的治疗

(一) 手术治疗:包括下列三种:(1) 诊刮术,兼有诊断和治疗作用;(2) 卵巢楔形切除术,适应于伴有多囊卵巢综合征者;(3) 全子宫切除术,适应于年龄40岁以上无生育要求者,或年轻患者药物治疗无效,不典型增生持续存在或有加重疑有癌变者。

(二) 药物治疗:适应于年龄40岁以下,要求保留生育功能者。

1、孕激素类药物

机制:(1) 对抗雌激素(加速男性素和 E_2 代谢)使增生内膜萎缩;(2) 增加17- β 羟甾体水解酶而减少内膜细胞胞浆中雌激素受体;(3) 直接作用于增生内膜使之发生核固缩、核溶解及空泡形成等退行性变化。

用法:

(1) 周期用药

黄体酮 20mg IM Q·D×7/月

安宫黄体酮 4mg Bid×22/月

(二) 持续用药

妇宁片(甲地孕酮) 40mg Q·D×3月

18-甲基炔诺酮 40mg Q·D×3月

2、促排卵药

机制:克罗米酚(CC)有抗雌激素作用,解除其负反馈,刺激垂体分泌FSH。人绒毛膜促性腺激素(HCG)使卵泡成熟,形成LH高峰而促进排卵。

用法:

CC 50-100mg Q·D×5 周期第5-9天

HCG 5000-10000IU IM 周期第14天 Q·D×10

二、子宫内膜癌治疗:包括0—IV期治疗

(一) 手术治疗:适应于0、I、II期

1、筋膜外全子宫及附件切除术,阴道切除1—2cm,适应于0期, I期。

1、广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结切除术适应于II期。

(二) 放射治疗

1、单纯放疗:适应于内膜癌III期、IV期及0、I、II期不宜手术治疗者。包括腔内照射及体外照射,腔内照射可选用¹³⁷铯、¹⁹²铱、或⁶⁰钴,采用后装治疗方法,体外照射可选用⁶⁰钴或加速器。腔内治疗时,如用高剂量率后装治疗,总剂量为A点或F点30Gy,分3次进行每周一次。外照射治疗,可采用全盆或四野垂直照射,A点总量为30—40Gy。

2、术前照射:

(1) 适应症:① 子宫增大明显 $>10\text{cm}$; ② 细胞分化 G_3 ; ③ 宫颈受累; ④ 组织类型为鳞脉癌、浆液乳头状腺癌。

(2) 优缺点:优点是① 降低复发率; ② 缩小原发灶,有利于手术治疗; ③ 减少术时血管内播散; 缺点是① 延缓有效治疗时间; ② 术后评价肌层和颈管受累困难; ③ 增加手术操作困难。

(3) 方法剂量:多采用半量腔内照射,高剂量原装治疗,F点剂量15Gy,每周一次,二次完成。放疗结束1—2周手术。

3、术后照射:

(1) 适应症:① 手术不彻底有残余; ② 淋巴结阳性; ③ 阴道断端有浸润。

(2) 优缺点:优点是① 降低阴道复发; ② 减少尿道下复发率; ③ 消灭盆腔或淋巴结残余癌。缺点是① 易产生阴道硬化; ② 易致放射性直肠炎及膀胱炎。

(3) 方法剂量:常用外照射,A点剂量60—70Gy,亦用阴道腔内照射、高剂量后装治疗,A点,30Gy,均于术后一周后进行。

3、孕激素治疗:

(1) 适应症:① 年轻患者要求保留生育功能,腺癌分化好; ② 手术有残余癌、复发或转移癌; ③ ER、PR含量高者。

(2) 机制:直接作用于癌细胞使其向分化好的方面转化,抑制癌细胞DNA、RNA合成,减少分裂,从而抑制癌细胞增殖。

(3) 用法:

安宫黄体酮(甲孕酮) 100mg Q·D $\times$ 10 200mg Q·O·D $\times$ 10,

以后改为100—200mg每周一次维持

妇宁片(甲地孕酮) 40—80mg Q·D

(4) 副反应: 浮肿、高血压、痤疮、乳腺痛

4、三苯氧胺治疗 *多发性内分泌腺瘤*

(1) 适应症: ① 晚期病例、手术后复发或转移病例; ② 孕激素治疗无效病例;

③ ER高者

(2) 机制: 与E₂竞争ER, 占据受体而起抗雌激素作用。

(3) 用法 20—30mg Q·D

(4) 副反应: 恶心呕吐, 皮疹、潮热、骨髓抑制、阴道流血、高血钙

5、抗癌化疗

(1) 适应症: 晚期—复发或转移病例

(2) 常用药物: DDP、ADM、5FU、HMM、CTX VCR等

(3) 用法: 单用或联合应用, 常用联合治疗方案如下:

常用化疗方案	AP方案	ADM	50mg/m ²	iv	q4wks	
		DDP	50mg/m ²	iv	q4wks	/
ACFV方案		ADM	40mg/m ²	第1天	iv	} Q3wks
		5FU	500mg/m ²	第2、3天	iv	
		CTX	500mg/m ²	第1天	iv	
		VCR	1.5mg	第1天	iv	
PAC方案		DDP	60mg/m ²	} ivQ 3wks		
		ADM	50mg/m ²			
		CTX	500mg/m ²			

V 疗效与预后因素

子宫内膜癌的五年生存率 I 期为75—95%, II 期为50%, III 期为30%, IV 期不超过5%。

1985年FIGO年报道1358例总5年生存率为67.7%。总的预后较其他生殖器恶性肿瘤为好,

影响其预后的因素如下:

一、临床期别: 北京协和医院108例分析五年生存率, I 期91.1%, II—III 期50%, IV 期5例无一生存。

二、组织类型: 腺癌、角化腺癌预后较好, 五年生存率分别为75%、87%。鳞腺癌5年生存率仅30%, 乳头状腺癌为51%, 纯鳞癌5年生存率为0。