

# 卵巢肿瘤

Janovski, N. A. 等著

赵玉田译

青岛医学院

37.4

# 卵 巢 肿 瘤

(卵巢、输卵管、子宫韧带的肿瘤及瘤样病变)

原作者 N.A.Janovski 等

青 岛 医 学 院

---

# 内 容 简 介

本书原著是由 N. A. Janovski 及 T. L. Paramanadhan 编著，1973 年在西德、美国、英国及加拿大同时出版。该书共计十七章，分为两大部分：第一部分计十四章，全面而详尽地讨论了卵巢的全部肿瘤及瘤样病变，为本书的主体部分；第二部分计三章，对输卵管及女性生殖器官韧带的肿瘤及瘤样病变，亦作了扼要而详细的论述。作者参阅了 1,800 余篇有关重要文献，并结合他们自己的实践经验和研究结果，编写成此专著。此外并参照国际妇产科联盟 (FIGO) 和世界卫生组织 (WHO) 等有关卵巢肿瘤的分类，并结合他们自己的观点，对卵巢肿瘤提出新的、有说服力的分类法。该书内容丰富、材料新颖、文词流利。特别是对卵巢肿瘤的组织发生学，以及一些肿瘤的组织化学、酶学、及激素学等方面，作了深入浅出的论述和介绍。它对病理学及妇产科学等工作，均可作为学习和工作中的参考书。遵照伟大导师毛主席关于“洋为中用”，和英明领袖华主席关于“向科学技术现代化进军”的伟大号召，该书现经我院病理学教研组赵玉田医师将该书初步译出。由于时间仓促、水平所限，错误在所难免，尚希读者批评指正。

为使本书能够早日与读者见面，故暂将原书内插图免去，但在书后仍附有图片说明，以便阅读时参考。

## 青 岛 医 学 院

一 九 七 七 年 九 月

O V A R I A N T U M O R S

Tumors and Tumor-like Conditions

of the Ovaries, Fallopian Tubes

and Ligaments of the Uterus

By

N. A. Janovski, and T. L. Paramanadhan

1973 W. B. Saunders Company, Philadelphia·London·Toronto

R 237.9

2  
2

# 目 录

## 第一部分 卵巢肿瘤

<b>第一章 绪言及卵巢肿瘤的分类</b> .....	1
恶性的临床分期.....	4
肿瘤的组织学类型.....	5
治 疗.....	5
<b>第二章 中肾旁体腔（生发、苗勒氏）上皮起源的卵巢肿瘤</b> .....	12
一、引 言.....	12
二、良性肿瘤.....	13
（一）浆液性囊腺瘤.....	13
（二）浆液性表面乳头状瘤.....	14
（三）粘液性囊腺瘤.....	14
（四）宫内膜样囊肿.....	16
（五）两形性浆液-粘液性囊腺瘤.....	16
（六）囊性腺纤维瘤.....	16
（七）勃瑞纳氏瘤.....	17
（八）卵巢腺瘤样瘤.....	18
三、医学上（潜在恶性）的肿瘤.....	19
（一）无间质浸润的增生性浆液性囊腺瘤.....	20
（二）无间质浸润的增生性粘液性囊腺瘤.....	20
（三）无间质浸润的增生性宫内膜样囊腺瘤.....	20
（四）无间质浸润的两形性增生性浆液粘液性囊腺瘤.....	21
（五）无间质浸润的增生性囊性腺纤维瘤.....	21
（六）无间质浸润的增生性勃瑞纳氏瘤.....	21
四、恶性肿瘤.....	21
（一）浆液性囊腺癌.....	22
（二）浆液性表面乳头状癌.....	22
（三）粘液性囊腺癌.....	23
（四）宫内膜样腺癌.....	23
（五）混合性浆液-粘液性囊腺癌.....	24
（六）恶性囊性腺纤维瘤—纤维腺癌.....	25
（七）恶性勃瑞纳氏瘤.....	25
（八）中肾旁透明细胞癌.....	25

(九) 未分化(间变性)癌	26
(十) 未分类癌	27
<b>第三章 性未分化间胚叶(非特殊卵巢间质)起源的卵巢肿瘤</b>	<b>28</b>
一、引言	28
二、良性肿瘤	28
(一) 纤维瘤	28
(二) 粘液瘤	29
(三) 平滑肌瘤	29
(四) 神经纤维瘤	29
(五) 神经鞘瘤	29
(六) 神经节瘤	30
(七) 血管瘤	30
(八) 淋巴管瘤	30
(九) 骨瘤	30
(十) 脂肪瘤	30
(十一) 良性混合性中胚叶肿瘤	30
三、恶性肿瘤	31
(一) 纤维肉瘤	31
(二) 粘液纤维肉瘤	31
(三) 平滑肌肉瘤	31
(四) 神经纤维肉瘤	32
(五) 血管内皮肉瘤	32
(六) 淋巴管肉瘤	32
(七) 血管外被细胞瘤	32
(八) 横纹肌肉瘤	32
(九) 多形性(未分化)肉瘤	32
(十) 癌肉瘤	33
(十一) 恶性混合性中胚叶肿瘤	33
(十二) 原发性恶性淋巴瘤	33
<b>第四章 性已分化(性索)间胚叶(潜在产生类固醇)起源的卵巢肿瘤</b>	<b>35</b>
一、引言	35
二、良性肿瘤	35
(一) 妊娠黄体瘤	35
(二) 间质性黄体瘤	37
三、医学上(潜在恶性)的肿瘤	38
(一) 颗粒细胞瘤	38
(二) 卵泡膜细胞瘤(卵泡膜瘤)	40
(三) 颗粒细胞-卵泡膜细胞瘤	41
(四) 男性母细胞瘤(含睾丸母细胞瘤, 支持-间质细胞瘤)	41

(五) 伴有环状小管的性索肿瘤.....	45
(六) 门细胞瘤.....	45
(七) 两性母细胞瘤.....	47
(八) 不能分类的性已分化间胚叶肿瘤.....	47
<b>第五章 生殖细胞起源的卵巢肿瘤.....</b>	<b>48</b>
一、引言.....	48
二、良性肿瘤.....	48
(一) 良性囊性畸胎瘤.....	48
(二) 良性实性成年性畸胎瘤.....	49
(三) 胚胎形畸胎瘤.....	49
(四) 卵巢甲状腺肿.....	50
三、生殖细胞起源的良性肿瘤中的继发性肿瘤.....	50
(一) 起源于畸胎瘤的继发性肿瘤.....	50
(二) 良性囊性畸胎瘤内的继发性肿瘤.....	50
(三) 起源于卵巢甲状腺肿的继发性肿瘤.....	51
(四) 卵巢类癌瘤.....	51
四、恶性肿瘤.....	52
(一) 无性细胞瘤.....	52
(二) Teilmann 氏瘤.....	53
(三) 多发小泡性卵黄囊瘤.....	54
(四) 多胚瘤.....	54
(五) 卵巢绒毛膜癌.....	55
(六) 恶性畸胎瘤(畸胎癌).....	55
(七) 性腺母细胞瘤.....	56
<b>第六章 中肾残余起源的卵巢肿瘤.....</b>	<b>58</b>
一、引言.....	58
二、良性肿瘤.....	58
(一) 中肾腺瘤.....	58
(二) 中肾性囊性腺纤维瘤.....	58
三、恶性肿瘤.....	59
(一) 中肾癌.....	59
<b>第七章 卵巢内异位(附属)组织起源的卵巢肿瘤.....</b>	<b>61</b>
一、良性肿瘤.....	61
(一) 肾上腺细胞残余肿瘤.....	61
(二) 起源于原已存在的输卵管内膜异位症的良性肿瘤.....	61
(三) 嗜铬细胞瘤.....	62
二、恶性肿瘤.....	62
(一) 卵巢恶性肾上腺细胞残余肿瘤(异位的肾上腺细胞残余癌)	62
.....	62

	(二) 起源自原已存在的卵巢子宫内膜异位症的癌	63
	(三) 卵巢间质增生症	64
<b>第八章</b>	<b>起源自多余的、附属的、和多囊性卵巢的肿瘤和“系统性癌”的概念</b>	65
	一、起源自多余和附属卵巢的肿瘤	65
	二、多囊性卵巢综合征 (Stein - Leventhal) 合并卵巢肿瘤	66
	三、“系统性癌”(同时存在或连续的原发性肿瘤)	67
<b>第九章</b>	<b>卵巢肿瘤内酶性活跃的间质细胞 (EASC)</b>	68
<b>第十章</b>	<b>恶性卵巢肿瘤的扩散</b>	74
	一、扩散方法	74
	二、静止癌	76
	三、影响转移的因素	76
<b>第十一章</b>	<b>卵巢的转移性肿瘤</b>	78
	1. 来自乳腺的转移	80
	2. 来自生殖道其它部位的转移	80
	3. 来自胃的转移—Krukenberg 氏瘤	80
	4. 从大肠来的转移	81
	5. 卵巢的转移性类癌	81
	6. 来自支气管、胰腺及其它部位的转移性癌	82
	7. 来自肾的转移性癌	82
	8. 伴有卵巢间质黄素化的转移性癌	82
	9. 转移性恶性黑色素瘤	82
	10. 卵巢的白血病浸润	82
	11. 转移性恶性淋巴瘤	82
	12. 非洲淋巴瘤综合征 (Burkitt 氏淋巴瘤)	83
	13. 转移性肉瘤	83
	14. 来自原发部位不明的转移	83
	15. 在原已存在的卵巢肿瘤中的转移 (肿瘤到肿瘤的转移)	83
<b>第十二章</b>	<b>非激素性卵巢肿瘤的激素及代谢表现</b>	84
	1. 异位性 ACTH 综合征	86
	2. 多血症	86
	3. 低血糖	86
	4. 血钙过多症	86
	5. 甲状腺机能亢进	86
	6. 类癌综合征	86
	7. 异位性促性腺激素的产生	87
	8. 异位性催乳激素的产生	87
<b>第十三章</b>	<b>合并症</b>	88
	1. 扭转	88
	2. 破裂和穿孔	89

3. 感染和化脓	89
4. 腹水	90
5. Meig氏或 Demons - Meig 综合征	90
6. 水肿	90
7. 局部作用	90
8. 溶血性贫血	90
9. 恶性黑色棘皮病	90
10. 皮炎	90
11. “癌性肠梗阻”	91
12. 子宫内膜的变化	91
13. 纤维蛋白退化产物及卵巢肿瘤	91
14. 卵巢肿瘤合并妊娠	91
15. 卵巢肿瘤及其与血浆的血清内酶的水平、胎儿葡萄糖蛋白、和纤维蛋白退化产物的关系	92
<b>第十四章 卵巢的瘤样病变</b>	<b>94</b>
1. 囊性卵泡	94
2. 卵泡囊肿	94
3. 囊性黄体	95
4. 黄体囊肿	95
5. 囊性白体	95
6. 白体囊肿	95
7. 卵泡膜-黄素囊肿	95
8. 输卵管内膜异位症或皮质包含囊肿	96
9. 巧克力囊肿或子宫内膜异位症	97
10. 卵巢多囊性退变	97
11. Stein - Leventhal氏综合征时的多囊性卵巢	97
12. 皮质间质性增生(卵泡膜增生症)	97
13. 卵巢的体腔中肾旁(苗勒氏)上皮乳头瘤状增生	99
14. 脾-性腺联合	99
15. 损伤性卵巢综合征	99

## 第 二 部 分

### 输卵管及女性生殖器韧带的肿瘤

<b>第十五章 输卵管肿瘤</b>	<b>101</b>
一、良性肿瘤	101
1. 输卵管腺瘤	101
2. 输卵管乳头状瘤	101



3. 输卵管纤维瘤	101
4. 输卵管脂肪瘤	102
5. 输卵管平滑肌瘤(肌纤维瘤)	102
6. 输卵管神经鞘瘤	102
7. 输卵管软骨瘤	102
8. 输卵管“骨瘤”	103
9. 输卵管血管瘤	103
10. 输卵管淋巴管瘤	103
11. 输卵管腺瘤样瘤	103
12. 输卵管良性囊性畸胎瘤	103
13. 输卵管甲状腺肿	104
14. 输卵管女性化男性母细胞瘤(支持细胞瘤)	104
15. 输卵管门细胞瘤	104
16. 水泡状胎块	104
二、输卵管原发性恶性肿瘤	104
1. 输卵管癌	104
2. 输卵管癌肉瘤	107
3. 输卵管恶性混合性中胚叶肿瘤	107
4. 输卵管肉瘤	107
5. 输卵管间皮瘤	107
6. 输卵管原发性绒毛膜癌	108
7. 原发性恶性淋巴瘤	108
三、输卵管继发性恶性肿瘤	108
1. 输卵管转移性癌	108
2. 输卵管转移性肉瘤	108
3. 继发性恶性淋巴瘤和白血病	108
4. 输卵管转移性绒毛膜癌	109
<b>第十六章 女性生殖器官韧带的肿瘤</b>	<b>110</b>
一、引言	110
二、韧带的良性肿瘤	110
(一) 阔韧带	110
1. 平滑肌瘤	110
2. 血管瘤	111
3. 良性混合性中胚叶肿瘤	111
4. 脂肪瘤	111
5. 神经鞘瘤(雪旺氏瘤)	111
6. 神经节瘤	111
7. 乳头状囊腺瘤	111
(二) 卵巢韧带	111

平滑肌瘤	111
(三) 子宫骶韧带	112
平滑肌瘤	112
(四) 阔韧带	112
1. 平滑肌瘤	112
2. 纤维瘤	112
3. 神经鞘瘤	112
4. 神经节瘤	113
5. 脂肪瘤	113
6. 血管瘤	113
7. 淋巴管瘤	113
8. 乳头状浆液性囊腺瘤	113
9. 乳头状浆液性囊性腺纤维瘤	113
10. 中肾性腺瘤	113
11. 卵巢外勃瑞纳氏瘤	113
12. 卵巢外卵泡膜瘤	114
13. 良性囊性畸胎瘤	114
14. 异位的肾上腺细胞残余和腺瘤	114
15. 腺瘤样瘤	114
16. 颗粒细胞瘤	114
17. 颗粒细胞-卵泡膜细胞瘤	114
三、韧带的恶性肿瘤	114
(一) 阔韧带	114
肉瘤	114
(二) 阔韧带	115
1. 肉瘤	115
2. 血管内皮肉瘤	115
3. 血管外被细胞瘤	115
4. 原发性网织细胞肉瘤	115
5. 原发性腺癌	115
6. 原发性中肾癌	115
7. 肾上腺皮质细胞残余癌	116
8. 卵巢外的恶性门细胞瘤	116
9. 粘液性癌	116
四、韧带的继发性或转移性肿瘤	116
第十七章 输卵管及女性生殖器官的瘤样病变	117
1. 卵巢旁囊肿	117
2. 苗勒氏囊肿	118
3. 午非氏或子宫囊肿	118

4. 卵巢冠泡状附件.....	118
5. Kobelt 氏囊肿.....	119
6. 卵巢旁囊肿.....	119
7. 卵巢网囊肿.....	119
8. 腹膜后囊肿.....	119
9. 腹膜的包含囊肿.....	119
10. Nuck 氏管囊肿.....	119
11. 输卵管积水.....	120
12. 输卵管卵巢囊肿.....	120
13. 淋巴囊肿.....	120
14. Walthard 氏细胞残余.....	121
15. 异位(附属)的肾上腺皮质残余.....	122
16. 输卵管内膜异位症.....	122
17. 子宫内膜异位症.....	122
18. 结节性筋膜炎.....	123
19. 苗勒氏瘤.....	123
20. 输卵管的门细胞增生.....	123
21. 阔韧带肥大.....	123
22. 盆腔包囊虫病.....	123
插图说明.....	124

# 第一章

## 绪言及卵巢肿瘤的分类

在妇科病理学范围内最困难和最有争议的一章，就是卵巢肿瘤的分类和了解它们的组织发生学。韦理斯说：“关于许多肿瘤的起源问题，卵巢仍然是最麻烦的一个领域。部分原因是由于在这个器官内所见到的肿瘤种类繁多，其中仅有极少数几种肿瘤含有象在卵巢中所见正常成分那样的组织；部分则由于它们在卵巢中与正常组织间，在组织发生学上的关系尚未确定。现今表明，间质性和上皮性成分大概可以互相转化。畸胎瘤则属于组织发生学尚未确定的另一种肿瘤”。

在卵巢中，我们遇到肿瘤和宿主无类似性这样一种情况，这样一来其本身就成了问题。因为通常预期某一肿瘤在组织学上类似它的母体组织，但可由于间变、胚胎性反转、供血不足和机械性因素而发生改变。在判断每一种肿瘤时，组织病理学家必须鉴定其类型，并试图判断瘤组织究竟是从卵巢间胚叶的哪种特殊衍生物发生的。

在卵巢，这个问题被肿瘤的内分泌活性进一步弄的复杂化了。在卵巢肿瘤内，任何一种特殊类型细胞并不总是产生同一种激素物质，而是能够分泌数种激素；而不同类型的细胞却能分泌同一种激素，在含有丰富的脂质细胞的肿瘤中尤其如此。这种特征虽然可能确实很混乱，但却容易解释，因为细胞合成雄激素及雌激素均从孕激素开始。必须记住孕激素亦为类皮质酮的前身，因此这些细胞也是类固醇激素的可能产生者，是由它们的酶复合体决定向何种方向合成占优势，从而在激素活性方面产生了差别。

组织学上的女性化间胚叶肿瘤偶尔表现男性化作用，明显的特点是多数这样的病例合并有妊娠。男性化的表现主要与孕激素代谢有关。在最近文献中多数孕激素原的男性化倾向与子宫内胚胎有关，这一事实已受到特别的注意。有些权威认为，孕激素可在某些条件下在成年妇女中起着一种类似的影响。雄激素活性被证明最常发生在妊娠时，而雌激素活性则发生在绝经后妇女。必须记住这是激素活性的一些类型，它容易在一生中的这些时期内被发现，例如在妊娠时难以发觉有女性化特征的肿瘤。文献中曾记载一例患者在妊娠时显有男性化体征，分娩后男性化症状无进展，两月后切除一勃瑞纳氏瘤。

这些激素的作用特别重要，因为在文献中有越来越多的合并子宫内膜癌的女性化卵巢肿瘤的报告，特别是卵泡膜瘤及颗粒细胞瘤。1922年，Schröder首先报告一例合并子宫内膜癌的颗粒细胞瘤。很多权威认为，当这些有雌激素功能的肿瘤将发生在绝经前、后之时，发生子宫内膜癌的危险性增加了。据Hertig及Gore (1961) 引证，女性化间胚叶肿瘤合并子宫内膜癌的发病率介于3—27%。Fathalla (1967) 甚至倡议，对所

有子宫内膜癌的病例要仔细检查卵巢中是否存在有不曾怀疑过的小的功能性肿瘤。

加之最近的组织化学研究表明，无论是原发性的还是转移性的很多的一般卵巢肿瘤，在正常情况下并无激素活性，然而由于某些原因却有内分泌活性，使情况进一步混乱。有些作者认为这些肿瘤的本身产生类固醇，但必须记住上皮性肿瘤是间胚叶起源的。一般认为所有间胚叶组织在适宜条件下可产生类固醇生成激素，然而有这样记载的病例，即尽管在其它部位也存在有转移灶，但在切除卵巢后并不继续产生类固醇。

有些肿瘤能产生促性腺激素物质，例如支气管癌已被证明能产生具有类似垂体激素作用的物质。在这些病例当去掉肿瘤后，Cushing氏综合征即行消退，但只转移到卵巢并显有激素作用的病例并不如此。

增生瘤组织的机械性刺激，可能是使间胚叶活化并产生类固醇激素的一个因素，在很多这样的病例，证明这些肿瘤周围的间质有卵泡膜或黄素细胞反应。脂质染色表明，在靠近肿瘤周围的细胞中有明显的脂质沉积。

最常变的料想不到的具有激素活性的肿瘤，常常是一种多发性的，位于卵巢间质中的上皮细胞小岛。可能由于表面面积的增加，因此导致对卵巢间质的刺激，如象勃瑞纳氏瘤。Wagner (1950) 认为，男性化的病例是由于卵巢间胚叶组织的破坏或受挤压后，肾上腺发生不可逆转作用所致。门细胞的增生也被认为是类固醇合成的一个来源。

这个问题在得到解决以前必须作进一步的工作。有人建议，对所有卵巢肿瘤在手术以前要收集24小时尿的标本加以储存，如果肿瘤的组织学表明肿瘤可能产生激素时，则必须对尿液进行激素的研究。此外，可对在手术时从卵巢静脉抽取的血液标本进行激素研究，并与同时取自周围静脉血液的激素研究进行对照。

这种情况被文献中继续出现的一些部分的、或完全的同义的名称弄的更为复杂了。在组织学上判断一个肿瘤时，由于它较大的体积而使得取到充分的标本成为一种使人厌烦的过程，从而亦可遇到相当困难。对许多肿瘤的判断，取决于仔细研究从多处得到的切片；在某些病例，切片的数目越多，组织学的图象就越复杂。

不同的作者在不同的年代提出不同的分类法，其中有些分类法列举于此。有人建议将卵巢肿瘤分成为良性及恶性种类；其它人则根据致密度（囊性及实性）将其分类；有些权威在其分类中考虑到卵巢肿瘤的胚胎学和组织发生学上的特征；而其它一些人则试图根据某些生物化学及临床特征，如象女性化或男性化而进行分类。一种以组织化学为基础的卵巢肿瘤分类法亦已被提出。

尽管有很多这样的努力，但一种广被接受的卵巢肿瘤分类法尚有待于被提出。很多已知肿瘤的肿瘤发生学仍然是一个谜。为了建立一个正式的可供使用的卵巢肿瘤分类法，一定的辅助性研究是需要的。随着在组织化学、酶的研究、电子显微镜、细胞发生学、细胞培养等方面采用了更先进的技术，希望在今后十年内能建立起对卵巢肿瘤的组织发生学、胚胎发生学和疾病发生学方面更深刻的了解。

很多在这一范围内的工作者，试图以前已提到过的一种或数种原则为基础作出较新的分类法。最近的一些分类法按发表年代顺序为：Schiller(1940)，Taylor(1940)，Geist(1942)，Barzilai(1943)，Selye(1946)，Novak(1952)，Teilum(1952)，Willis(1953)，Bassis(1960)，Hertig及Mansell(1961)，Santesson(1961)，Godefroy-Vandeville(1965)，Dubrauszky(1966)，Abell

(1966), De Brux及Ancsa (1967), Scully (1968) 和Motlik (1970)。国际妇产科联盟专家委员会于1961年在斯德哥尔摩举行的一次会议上, 试图强调中肾旁体腔(苗勒氏)上皮起源的肿瘤, 对卵巢肿瘤进行分类。世界卫生组织专家小组于1967年在列宁格勒一次会议上, 讨论卵巢肿瘤分类法, 并提出一些有趣的意见和建议。尽管有这样多的分类法, 但尚未提出一种既被妇科学家、又被病理学家所接受的令人感到满意的分类法。

卵巢肿瘤可见于所有年龄的女性——最小者为一30周的胚胎, 患有双侧未分类卵巢肿瘤; 最大者为一92岁老年妇女。虽然在儿童期及青春期生殖系肿瘤并不常见, 但卵巢肿瘤在这一年龄组却是所有生殖系肿瘤中最常见者。直到产生特殊问题以前, 它们常常是被忽略的。

在儿童时期, 卵巢肿瘤占有所有肿瘤的1%, 并且自从上一世纪才有记载。Giraldes (1867) 被认为是在一名儿童身上做第一次卵巢肿瘤切除的人。在儿童, 畸胎瘤和卵泡囊肿是卵巢肿瘤中最常见的类型, 但在成年人中所见到的几乎每一种类型的卵巢肿瘤, 均曾在16岁以下的女孩中见到过。

发生在10岁以前的所有卵巢肿瘤, 大约有20%的病例是恶性的。Abell等(1965)认为, 生殖细胞起源的肿瘤在20岁以前更为常见, 而在成年妇女中非生殖细胞起源的肿瘤则更为常见。转移至卵巢的肿瘤在儿童中亦有记载, 如淋巴瘤; 甚至亦曾见过原发部位在胃和结肠、并能产生粘液的转移性腺癌。

卵巢良性肿瘤最高发病年龄组是在20—44岁之间, 然而在恶性卵巢瘤, 最高发病年龄组则在45—64岁, 平均年龄为53岁。Buka和McFarlane (1964) 发现他们30%原发性卵巢癌的病例发生在未产妇, 有78%的病人生育不超过两个小孩, 其中有16例具有癌的家庭史。Humphries等(1966)指出, 在一组180个病例中, 所有患Peutz-Jegher氏综合征的5%的妇女均患有卵巢乳头状囊腺瘤, 并指出这涉及同种突变遗传因子的可能性。Scully (1970) 亦曾描述过一种伴有Peutz-Jegher综合征的性索肿瘤发病率的增高。在最近文献中, 曾见一系列发生在姐妹和连续数代的卵巢肿瘤的病例报告, 然而这并不表明卵巢肿瘤有任何结论性的遗传倾向的证据。

最近统计表明, 在美国死于卵巢癌的妇女人数正在增加, 在过去30年中增加了一倍。据Segi及Kurihara (1966) 报告, 每10万名妇女的年发病率在美国是13.2人, 在瑞典是13.4人, 智利发病率最低为2.5, 日本紧居倒数第二位为2.6。Segi和Kurihara的统计数字表明, 在殴洲和北美地区的白人妇女与在亚洲和非洲地区的妇女相比较, 其发病率要大三倍。这些发现被来自以色列的Schenker等(1968)的报告所证实。

除无性细胞瘤和勃瑞纳氏瘤似乎多见于右侧外, 两侧卵巢在发病率上并未发现有何差异。

在所有卵巢肿瘤中约有75%为良性瘤, 仅有25%为恶性。卵巢恶性瘤占妇科所有恶性瘤的15%, 但由于通常到晚期才被发现, 因此从整体看来预后不良, 据估计, 仅在美国每年即约有一万名妇女死于卵巢恶性肿瘤(表1)。

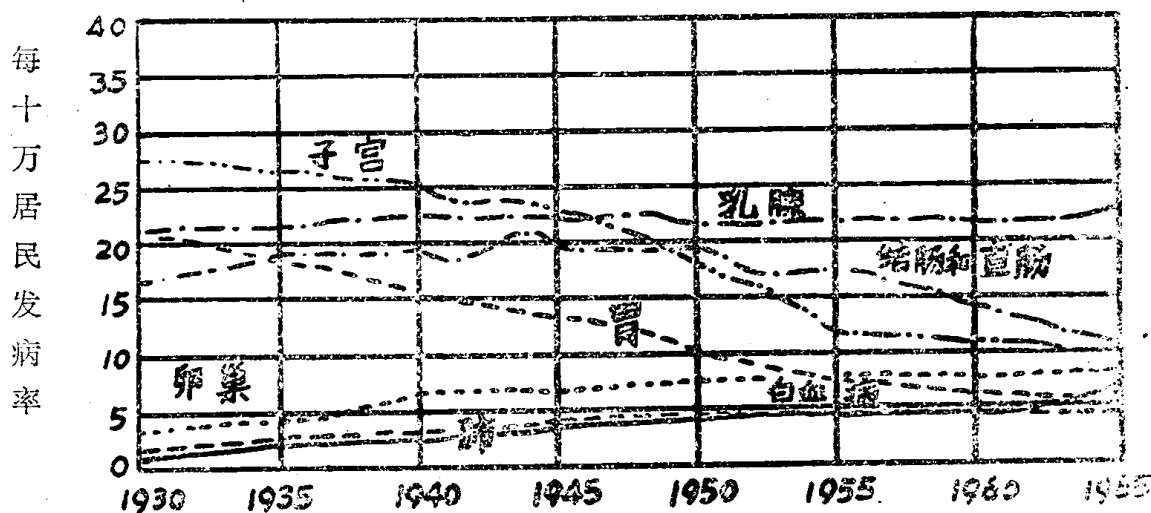
表1 美国妇女死于癌的调查(1970)

部 位	例 数
乳 腺	30,100
子宫颈	9,400
子宫体	3,500
卵 巢	9,900
其它及未定位生殖区域	850
全部生殖器官(除外乳腺)	23,650
所有部位(仅女性)	150,000

尽管在癌的治疗方面在外科、放射治疗和使用化疗领域中有了很大进展,但卵巢恶性肿瘤的死亡率在过去30年中并无重大改变(表2)。Maus等(1968)在安大略报告一组1,722例的五年存活率为25%。所有卵巢癌的65%的病例是在肿瘤已不能作手术时第一次被诊断出来的,仅有11%是在肿瘤仍局限在一侧卵巢时被诊断出来并完全被切除掉。影响预后的三种因素有(1)临床的恶性分期;(2)肿瘤的组织学类型;(3)治疗的种类。

按部位女性癌的死亡率

美 国 1930—1956



恶性的临床分期

一种在国际间同意的对所有卵巢癌病例统一的分期是非常重要的。虽然它仅仅包括对肿瘤的解剖学范围上的估计,但它有利于对明显的浸润的范围给以一种准确而且简单扼要的描述,特别是对那些不能进行手术的病例;或在手术时由于技术上的困难而被残留下来的肿瘤部分尤其如此。在过去曾提出过很多种临床分期法并被不同的小组所采用,我们希望由国际妇产科联盟在1965年提出的下列分期法将被广泛采用,因此可以尽可能减少混乱。

**I 期 肿瘤局限在卵巢**

**I 期 a.** 肿瘤局限在一侧卵巢——无腹水。

**I 期 b.** 肿瘤局限在两侧卵巢——无腹水。

**I 期 c.** 肿瘤局限在一侧或两侧卵巢——有腹水、液体内发现恶性瘤细胞。

**II 期 肿瘤累及一侧或两侧卵巢，伴有盆腔扩展。**

**II 期 a.** 仅扩展或转移至子宫或输卵管。

**II 期 b.** 扩展至其它盆腔组织。

**III 期 肿瘤累及一侧或两侧卵巢，伴有腹腔内广泛转移至腹部（网膜、小肠及系膜）。**

**IV 期 肿瘤累及一侧或两侧卵巢，伴有腹腔外广泛远处转移。**

**特殊分类：**临床诊断为卵巢癌，但未经剖腹的病例（手术、治疗、或剖腹探查均未做）。

**注释：**腹水的存在并不影响第二、三、四期的分期。

## 肿瘤的组织学类型

一般说来，任何一个肿瘤越是间变其预后就越坏，此外某些组织学类型的肿瘤具有较好的预后。各种不同类型肿瘤的预后将于专门讨论某一肿瘤时谈到。然而必须强调，我们常常遇见一个在组织学上是高度恶性，然而病人存活时间却比另一个在组织学上似乎不那么恶性的肿瘤病人，存活更长的多的时间，但是在生物学上的进展却非常之快。

## 治 疗

对卵巢恶性瘤推荐的治疗方法，是经腹部做全子宫及两侧输卵管卵巢切除术。当技术上有可能并且不危及病人安全时，应同时尽量去掉更多的瘤组织。手术后应继续从外部行腹部 - 盆腔放射治疗及持续化疗。在处理卵巢良性及恶性肿瘤时，无论是对儿童还是对成年妇女，可应用的重要原则如下：

1. 腹部切口必须足够大，以便于去掉肿瘤而不要穿刺吸液或将其弄破。

2. 所有卵巢肿瘤在关腹之前，在手术室内必须由病理学家将其打开或做切片。

如果是恶性度很低的浆液性恶性瘤、是无性细胞瘤或颗粒细胞瘤，如果病变局限在囊肿以内或仅仅在卵巢以内；或由于病人年青最好将卵巢保存，对前面提到的根治术则可考虑加以修正。然而对这些病例必须将对侧卵巢切为两半，努力寻找有无组织学上类似的双侧肿瘤，然后将卵巢或将所保留下来的什么重新连接好，要保证在卵巢深部不致产生血肿。然而必须记住，保存对侧卵巢常伴有在对侧卵巢中增加发生另外它种肿瘤的危险性。一种显著的特点是，在剖腹探查时被认为不能手术的病例，在手术后第一个月内有13%的死亡率。

在作出恶性卵巢肿瘤的临床诊断之后，有些妇科学家建议在手术之前进行1—2日外部放射治疗，希望那些在手术过程中任何可能发生扩散的瘤细胞不能存活，以便减少医疗性转移的机会。



术后放射治疗建议用于切除不净的癌。Maus等人(1968)认为,手术后放射治疗并不比单纯采用手术治疗能更好地改善一期癌的存活率。卵巢肿瘤对放射治疗的敏感性取决于肿瘤的大小,大的肿瘤需用大的放射剂量。通常,肿瘤越大越难使肿瘤停止生长。组织学类型影响卵巢肿瘤对放射治疗的疗效。虽然越是间变的肿瘤对放射治疗越是敏感,但由于肿瘤快速的生长速度和更快的周转时间,以致在单位体积内含有更多的存活细胞,故难以达到治愈。

多数权威(临床学家和病理学家)倡议,对因其它良性病变而做子宫切除的病例保留双侧卵巢。这些保留下来的卵巢在没有子宫的情况下继续起作用,但以后可成为发生良性或恶性肿瘤的部位。Grogan(1967)在一组122例被保留下来的卵巢中,在以后切除时发现17例良性瘤(14%)和10例恶性瘤(8.2%)。妇科学家必须记住这一重要事实。

然而在儿童,当肿瘤是良性但却是双侧发生时,必须尽一切努力,在试图去掉肿瘤的同时保存尽可能多的卵巢组织,因为在双侧卵巢切除后,可能随之发生严重的生长障碍。当女孩在青春期时,甚至一小块被保留的卵巢即成为非常珍贵的组织,因为一小块卵巢组织即可产生足够的卵巢激素,使她具有女性习性,引起正常生长和导致月经初潮。类似情况在儿童亦是如此,虽然将卵巢切除掉,但对所有良性病变必须将输卵管加以保留。因为以后如果对侧输卵管发生什么问题时,病人就可能需要它。

表3 卵巢癌的治疗

分期	手术范围	术后放疗	术后化疗
I期a	子宫切除及双侧输卵管卵巢切除	否	否
I期b	子宫切除及双侧输卵管卵巢切除	否	否
I期c	子宫切除、双侧输卵管卵巢及大部网膜切除	是	是
N.B.I期a 及I期b	年青妇女单侧卵巢受累,患侧输卵管卵巢切除并检查对侧卵巢,需要时作冰冻切片。	否	否
II期a	子宫切除,双侧输卵管卵巢切除,及大部网膜切除,尽可能多切除瘤组织。	是	是
II期b	广泛手术切除受累器官和组织,保留保存器官的自然功能。	是	是,减小后考虑再剖腹去掉残余瘤组织。
III期	以手术上最大的努力,尽可能作完全的广泛根治术。在不危及病人生命情况下,切除尽可能多的原发瘤及转移瘤。	是	同上
IV期	如果可能,作广泛根治术。	仅在完成一化疗疗程后	同上
V期	以前无处理,腹腔镜检查或	仅在无转移时使用	是
特殊类型	剖腹探查		