

国际学术交流资料

现代妇科肿瘤 临床讲座

中国医学科学院医学情报研究所
中国癌症研究基金会

编

国际妇产科联盟编

现代妇科肿瘤 临床讲座

中国妇产科肿瘤医学教育研究会 编
中国癌症防治基金会 编



现代妇科肿瘤临床讲座

报告人 F. Rutledge

中国医学科学院医学情报研究所
中国癌症研究基金会 编

1986. 北京

前 言

受卫生部的委托，中国医学科学院协和医院主办了全国妇科肿瘤讲习班。美国休斯顿M.D.安德逊肿瘤医院罗特里奇教授应邀讲课。

M.D.安德逊医院是全美最大的肿瘤中心之一，素以病例丰富、手术精湛、治疗积极在国际上享有盛名。罗德里奇教授任该院妇产科主任二十多年，系世界知名的妇癌科专家，对女性生殖系统各类恶性肿瘤均有很深的造诣，在根治性手术方面尤具独到之处。

本书以到M.D.安德逊医院进修的妇癌科医生的教材为主本（内容涉及到妇科主要恶性肿瘤的各个方面）。其中荟萃了教授数十年积累的临床经验及个人的心得体会。内容新颖、丰富、深入浅出，既不同于一般教科书，也有别于多数恶性肿瘤专著，适于一般肿瘤专业人员或卫生人员参考，对专门从事妇癌科工作的专家则回答了许多长期以来悬而未决的实际问题。为使全国的妇产科工作者受益，促进我国妇科肿瘤学的进一步发展，我们应与会者的一致要求编辑出版此书。

全书由16名参加会议的国内有名妇癌科专家整理，由康映葵、刘炽明教授分别审校。全书共约9万字。

因水平所限，疏漏之处在所难免，敬请读者指正。

医学情报研究所国际学术交流组

一九八六年七月

现代妇科肿瘤临床讲座

目 录

一、 卵巢肿瘤	[1]
卵巢肿瘤简介.....	[1]
生理性囊肿.....	[3]
赘生性卵巢囊肿.....	[5]
恶性卵巢肿瘤.....	[10]
恶性上皮性肿瘤.....	[14]
生殖细胞肿瘤.....	[17]
间质肿瘤.....	[24]
卵巢癌的手术治疗.....	[27]
晚期卵巢癌的肿瘤细胞缩减术.....	[35]
小结.....	[42]
卵巢癌的辅助治疗.....	[45]
体外放射治疗.....	[45]
腹腔内放射性同位素治疗.....	[49]
卵巢癌的化学治疗.....	[51]
小结.....	[57]
二、 宫颈癌治疗中的辅助手术	[58]
放射前的剖腹探查术.....	[58]
妊娠并发宫颈癌的处理.....	[59]
治疗前剖腹探查分期.....	[61]
放射治疗和根治性子宫切除术.....	[67]

放射后的子宫切除术·····	[69]
放射后淋巴结切除术·····	[73]
小结·····	[77]
盆腔扩清术·····	[78]
子宫颈癌合并妊娠·····	[87]
三、子宫内膜癌 ·····	[90]
四、外阴癌 ·····	[98]
外阴上皮内癌·····	[98]
外阴浸润癌·····	[109]
女阴癌的放射治疗·····	[113]
五、滋养细胞肿瘤 ·····	[118]
良性葡萄胎·····	[119]
侵蚀性葡萄胎·····	[121]
绒毛膜癌·····	[121]

卵 巢 肿 瘤

卵巢肿瘤简介

妇科临床常见的肿瘤中，大部分是附件肿瘤。其症状之一为持续性或间歇性疼痛。当肿瘤受到外界压力时，患者有疼痛感，（如膀胱或直肠膨胀情况下的体查、盆腔检查及性交等。）有时囊肿内压力增高，如月经期也可引起疼痛；有时由于韧带扭转、肿瘤血运受阻，可以引起突然发作的急性疼痛；有时虽韧带没有扭转，但部分肿瘤出现坏死、肿瘤内出血而发生疼痛。坏死本身也可导致疼痛和破裂。根据以上种种可能性，附件疼痛似乎应该有具体症状，然而却常常没有。

附件肿瘤引起疼痛的机理一般是可以理解的。但它与子宫内膜异位症的附件肿瘤不同，其肿瘤大小与症状的轻重不是平行相关的。例如，卵巢中的子宫内膜种植，虽然病灶往往小到不能经盆腔检查发现，却非常疼痛。除疼痛以外，与卵巢肿瘤有关的其它症状有：由于肿瘤而引起的一种腹腔内紊乱，形成一种非特异性的不适和肠道功能失调的综合症，其机理尚不清楚。即使不存在腹水或肠道阻塞性压力，患者主诉的症状给医生们的首先印象是肠道病变。待进行肠道X-线检查时，看到盆腔肿块才发现卵巢肿瘤，这种情况并不少见。附件肿物常在以下四种情况下被发现：①患者为了止痛而就诊；②因其它症状而进行的诊断措施中；③定期健康检查时的意外体征；④破腹探查时。

发现附件肿物以后，首先要考虑其为恶性的可能性。由

于一般对卵巢恶性肿瘤的严重性都有认识，一旦怀疑肿瘤为恶性，则很少有人会错误地延误治疗，要立即作出是否切除的决定。是否立即进行探查，则要考虑以下因素：肿瘤大小、质地、双侧或单侧、活动度、位置、既往盆腔检查记录以及患者的年龄等。延误治疗的情况也有，那就是当肿瘤看起来是良性而实际是恶性时。例如，较常见的诊断错误就是把卵巢恶性肿瘤当做带蒂的浆膜下肌瘤。

附件肿瘤的处理以手术为主，其理由如下：切除肿瘤可消除疼痛并避免自动破裂；破腹探查可明确诊断，如果是恶性，可规定分期和治疗方案。如果附件肿物为良性，妇科学家们在手术后仍然有解除疼痛症状的任务。

一般地说，作出破腹探查的决定要经过一个从体格检查、超声学检查、CT、静脉肾盂造影以及肝、肠X-线诊断等各方面资料系统分析的过程。有些情况不能等待这些检查结果，而必须很快地作出决定。如当疼痛剧烈或发现急腹症征象，必须采取紧急的决定性处理。虽然这种情况属少见，但早期发现和正确处理，这对消除征象、挽救生命是非常重要的。

卵巢肿瘤蒂扭转伴有突然发作的剧痛。反复发作的病史说明肿瘤有部分扭转和自然缓解的可能。如果扭转不能自然解除，静脉循环首先受阻，继而肿瘤的动脉供血中断，肿瘤呈紫色，随后变成近似黑色，血栓形成，结果坏死。少量渗出液由肿瘤外溢，邻近组织炎性充血，肿瘤与邻近组织之间很快形成细微的纤维粘连。腹膜受到刺激而引起腹壁痉挛，常出现恶心、呕吐、体温中度上升、脉搏加快、白血球计数增高。这些症状如进一步加剧，应立即手术。

卵巢囊肿破裂是一少见的并发症。（潴留囊肿、子宫内

膜囊肿比较容易破裂。)良性的或恶性的浆液性或粘液性囊肿有时也可以破裂。这些囊肿破裂后的溢出物刺激腹膜(粘液性者重于浆液性者),形成无菌性、化学性腹膜炎,随之而出现疼痛、恶心、呕吐、腹胀、肌紧张等。这些症状要求立即破腹探查。后穹窿穿刺可以帮助确诊,并可采取标本作细胞学检查。

考虑卵巢肿瘤的治疗时,必须讨论卵巢的病理和恶性程度。一个训练有素的妇科学家与训练不全的手术家的区别,即在于前者能掌握各种肿瘤的大体特征和它们各自的临床特点。

生理性囊肿

在绝经前期,最常见的卵巢增大的原因是生理性的而不是病理性的。卵巢在促性腺激素的刺激下,每月可以增长到相当大这一事实可以解释经常发生的卵巢肿物是生理性的而非赘生性的。

滤泡囊肿 每当正常的垂体-卵巢内分泌关系发生变化时,滤泡或黄体不能达到退化,因而形成生理性囊肿。因其为生理性,一般在月经期后就消退。除非是引起了剧烈的疼痛,不需对此进行手术。

除罕见的情况以外,滤泡囊肿一般不超过6cm直径大小,可为多囊性或单囊性,壁薄、表面光滑、蓝白色。因其为潴留囊肿,囊肿越大壁越薄,囊液为草色,可轻度血染。多囊时可以使卵巢增至相当大,然而这样的卵巢,一般不引

起症状，也不宜手术切除。即使是在子宫切除手术中发现滤泡囊肿，后者本身也不是切除卵巢的适应症，对年青的妇女尤其如此。有些妇科学家以针穿刺。这种措施虽无妨，但亦无用。一种例外的情况是，患者慢性疼痛的原因与之有关，尤其是曾经输卵管切除术，卵巢的血运可能已相当受阻者，这样的卵巢应予切除。滤泡囊肿可以引起疼痛，中等大小的囊肿比较大的囊肿更为明显。部分的囊壁常是很薄，容易破裂。疼痛的性质因破裂而改变，下腹呈现腹膜刺激症状。溢入腹腔的血液不多，一般可在数日内吸收。可能有轻度发热，白血球有些增多，症状常可与急性阑尾炎或输卵管妊娠相混。鉴别诊断很重要，因为滤泡破裂后的溢出液或轻微出血，勿须手术处理。有时如果不进行剖腹探查，就不能区别较大的滤泡囊肿与囊性肿瘤。开腹探查时，如果见到的是较大的滤泡囊肿，并有破裂的危险，可以剔除。保留其余的卵巢。

黄体囊肿 未能退化的黄体囊肿逐渐胀大，壁也变薄，伴随有关的症状。与滤泡囊肿不同，黄体囊肿的包囊呈黄色，镜下可见黄体细胞。但在陈旧的黄体囊肿中，黄体细胞已完全消失。这里需要区别具有正常功能的黄体与由于退化不全而形成的黄体囊肿。具有正常功能的黄体直径很少超过3cm，而黄体囊肿常达5—6cm以上。正常功能的黄体可有少许草色积液，而黄体囊肿的积液量大、色淡。

如果正常功能的黄体出现大量出血，手术干预还是很重要的。出血或破裂会造成类似阑尾炎或输卵管妊娠的临床表现。排卵后随时都可以发生这种情况，常与紧张活动或性交有关。有时也可见于月经期，甚至是早妊期，用穹窿镜可以鉴别诊断。偶而，为控制腹腔内出血，也不得不进行剖腹探

查。在多数情况下，手术时可以剔出黄体囊肿，保留卵巢。有时，单次结扎就足以止血。

黄体囊肿常关系到月经紊乱或经期迟缓，不过变化并不一致。当经期延缓伴有下腹不适症状时，须与输卵管妊娠鉴别。有必要严密观察一段时间，等待囊肿自然消退。如果囊肿和下腹的不适持续存在，对附件作腹腔镜检查，一般可以明确诊断。

黄体囊肿不应与葡萄胎及滋养叶细胞癌的卵巢多发性黄体囊肿相混。

刘炽明 译

赘生性卵巢囊肿

世界卫生组织（WHO）按细胞来源的不同将卵巢囊肿进行了分类。其中最常见的为生发上皮肿瘤，其次为生殖细胞瘤，性腺间质瘤以及杂类肿瘤。由于生发上皮肿瘤最常见，又将其进一步分为浆液性、粘液性、内膜样、颗粒细胞或中肾管瘤、勃勒纳氏瘤以及未分化上皮瘤，每种上皮瘤又分为良性、低度恶性和恶性。

良性上皮瘤 浆液性囊腺瘤最常见，继之为粘液性囊腺瘤。浆液性囊腺瘤在卵巢良性肿瘤中占20~40%，以其巨大而著称，因含有浆液而命名。浆液通常是草黄色，若有出血则液体可呈巧克力或咖啡色。囊肿可为单房性、多房性，也可表现为聚集成堆的球形囊肿。与粘液性肿瘤相比，多房性倾向较少，双侧者较多。常见乳突状赘生物一般呈散在片

块状，若布满整个囊肿内壁，则可能为恶性。也可以有外突的赘生物。

浆液性囊腺瘤起源于卵巢表面的上皮，其胚胎来源是苗勒氏管。虽然上皮细胞常混有纤毛柱状细胞以及分泌细胞，但多是单层的。细胞排列成复杂的尖端向内形，无有丝分裂。囊壁内可见砂粒体。

粘液性囊腺瘤可以长成巨大囊肿，其平均体积较浆液性者大得多。因含有粘稠的泡状粘液而命名。虽然以往曾因其主要成分是糖蛋白而称之为假粘液性囊腺瘤，但1954年Fisher氏进行的组织化学研究指出，这类肿瘤的粘液类似于肠粘膜分泌的粘液，称为酸性粘多糖。和所有的囊肿一样，粘液性囊腺瘤内有时发生出血，因而使无色的液体变成深棕色。肿瘤显著为多房的，囊壁具有不同的厚度。依囊壁厚度的不同，囊肿表面的颜色亦不同。由于囊内含物吸收光，囊壁较薄的部分颜色较暗。较厚的部分可包含无数的小房，小房不断的生长，肿瘤也不停的增大。同样，由于细胞的分泌，囊内容物增多，囊肿亦不断膨胀。囊肿表面及囊内的乳突状赘生物是恶性变的特征。此类肿瘤10~15%为双侧性的，因此凡一侧有肿瘤者，应仔细检查对侧卵巢，以确定该侧有无小囊肿。一小部分粘液性囊肿可以继发为恶性肿瘤。年青妇女患粘液性囊腺瘤时，应切除单侧附件，因其易于发生双侧性的，40岁以后宜做双侧卵巢切除。这些卵巢良性囊肿可能来源于苗勒氏管，但其确切来源尚不肯定。有时粘液性肿瘤同时含有混合的浆液性及内膜性成分。这些成分象肠上皮一样，被有单层高柱状细胞，且常常有各种不同的细胞类似宫颈管上皮。

虽然大部分浆液性及粘液性肿瘤可由其外观而正确诊

断，肿瘤内层被膜的检查也很必要，囊肿应予完整切除。由于从腹部切口娩出肿瘤可能有困难，有些术者试图用套管插入囊内引流其内容物。然而应该做的是扩大腹部切口，以便肿瘤可完整切除，否则有恶性癌细胞腹膜种植的危险。

腹膜假粘液瘤可以是由于粘液性囊肿破裂，肿瘤分泌细胞种植在腹膜上所致。有时没有囊肿破裂的征象，而在开腹时亦可发现有腹膜假粘液瘤。虽然其发生率仅为2~5%，一旦发生，则可能是治疗的难题。手术宜尽量切除腹膜。现行的腹腔内滴入5%葡萄糖水溶液1,000ml的方法已被证明是相当有效。一小时后用腹腔穿刺可放出粘多糖渗出液。这种治疗可以避免再次开腹。

勃勒纳氏瘤 勃勒纳氏瘤是一种少见的（1~2%）实体瘤，大部分（99%）为良性。勃勒纳氏瘤和纤维瘤及卵泡膜细胞瘤一样，从临床表现上不易鉴别良恶性。其诊断需经剖腹探查，因此应予以重视。此外，约有1/3的病人兼有其它生殖器癌，在显微镜下易于诊断。其特点为上皮细胞巢分散于致密的纤维间质中。其上皮成分是移行性的，可以转化为鳞状上皮或粘液上皮。勃勒纳氏瘤的上皮细胞巢分散于增生的卵巢间质中，不同于一般的纤维瘤。

人们对此种上皮细胞的来源并非早已了解。例如：1907年Fritz Brenner开始时错误地描写了这种肿瘤的组织学，他认为勃勒纳氏瘤来源于颗粒细胞。勃勒纳氏瘤细胞和Walthard's细胞相似，都具有跨越细胞核的对角线沟。这使人们推测二者有共同的来源。近年来才确认勃勒纳氏瘤是由卵巢表面的生发上皮而来。这种肿瘤和其他生发上皮细胞瘤一样，都来自胚胎的胚胎组织。

可能勃勒纳氏瘤也象卵巢腺纤维瘤一样，是由表面上皮

向卵巢间质凹入发展而成。勃勒纳氏瘤只是在肿瘤体积和重量大时才有症状。因其血运充足，不发生坏死。甚至在触诊时也无疼痛以反映其存在。其活动性及坚硬的质地与带蒂的子宫肌瘤相似。由于大部分病人为绝经后的，因此更容易和卵巢纤维瘤及卵泡膜细胞瘤混淆。这三类肿瘤有共同的生长特征：表面光滑、分叶状、坚硬、灰黄色，偶尔表面有异常丰富的血管。在X线片上，三种肿瘤的任何一种均可显示有钙化灶。

勃勒纳氏瘤是良性的，切除卵巢即可。但是约有10~15%病人有子宫内膜增生。这常是老年病人阴道出血的原因，因此一般仍考虑全宫切除。组织化学法染色业已证明在上皮细胞巢周围的增生的间质细胞中有甾体激素存在。

当上皮细胞出现变异时，可发生典型的粘液上皮，继之发展为囊性，因此勃勒纳氏瘤常伴有粘液囊肿。虽然此肿瘤易由组织学诊断，用简单切除即可治疗，但它是一种具有向多种组织类型发展潜势的较为复杂的肿瘤。

良性生殖细胞瘤 成熟畸胎瘤是良性的囊性肿瘤，过去称之为皮样囊肿，因其成分类似于具有鳞状上皮及皮肤附件的皮肤囊肿。这些组织的产物为囊的内容物。典型者其内容物包含油脂物，在体温下是液态的。所以皮样囊肿在体内时触诊是软的，冷却时变硬，不再有囊性感。

成熟畸胎瘤占原发性卵巢肿瘤的27%，占良性肿瘤的38%。它在初潮前不发生，但可发生于月经初潮后的任何年龄。常于青少年后期在盆腔检查时发现。在镜下可见到很大肿瘤，但一般不超过10cm。被发现以前，肿瘤可以长得很大并且长期无症状，切除后一般恢复很好。虽然传统的方法是尽快切除肿瘤，但若确实证明其为良性，则没有理由仓促手

术。虽然肿瘤发生梗死或破裂的危险和恶变的机会很小(1~2%)，但仍有必要最终切除肿瘤。

成熟畸胎瘤在带血管的蒂扭转时可引起疼痛，一般血管蒂较长，因而肿瘤得以寻觅一个适合的空间，一般是在子宫后方。由于肿瘤本身之重量，常沉在盆腔最低部位。然而肿瘤也常位于同侧宽韧带的前方，在这样的位置就容易被触到，甚至易被病人察觉。这些明确的特征对临床是有用的，常在手术前即可诊断为良性成熟畸胎瘤。

用腹部X线摄影可进行诊断。在X线平片上显示骨骼或发育不全的牙齿游离在囊内或长在囊壁上。囊肿的放射线阴影常可沿肿瘤表面形成“光轮”效应。这个阴影不是由囊内的毛发而是由皮脂腺组织产生的。肿瘤的主要成分是外胚叶，但也有中胚叶和内胚叶成分。上皮多为皮肤、消化道、呼吸系统、唾液腺以及神经上皮组织。偶而，只有单一外胚叶成分，且多为高度分化的，例如卵巢甲状腺瘤、类癌或其他类组织。

约有10%的成熟畸胎瘤为双侧性的。有时对侧卵巢的皮样囊肿很小，以致临床不能发现。在开腹时，对外观正常的对侧卵巢则不再例行切开。因为根据我们的经验，这种操作可以引起囊肿形成以及在卵巢周围形成粘连，以致由此而引起疼痛或不育。

成熟畸胎瘤的手术治疗可以是保守性的，只需切除肿瘤。肿瘤界限清楚可沿无血管面进行钝性游离。虽然卵巢可因肿瘤而变形，但其功能保持正常。成熟畸胎瘤发生在重要的生育年龄时，应尽量剥离肿瘤并保留卵巢。

在卵巢畸胎瘤中常可见小量的甲状腺。1895年 Von Kahliden, 1899年Gottschalk首先认识到这类肿瘤的真正特

点。一般来说甲状腺的成分超过其他成分者罕见，这类肿瘤则应被称为卵巢甲状腺瘤。多年来卵巢甲状腺瘤导致甲状腺机能亢进的潜势曾吸引着一些临床学家，但实际很少发生。在文献报道的400多例卵巢甲状腺瘤中，只有约40例(10%)被发现有代谢活性并引起了甲亢。当卵巢甲状腺瘤有症状时，用¹³¹碘治疗可能破坏正常甲状腺功能，因此对病人是有害的。虽然已证明卵巢内甲状腺组织可摄入放射性碘，但卵巢内甲状腺瘤常无功能亢进。文献报道，卵巢甲状腺瘤转移到肝、骨骼、脑、纵膈以及卵巢以外其他部位者不到20例。

吴爱如译 刘炽明校

恶性卵巢肿瘤

较长时间以来卵巢癌的治疗进展不大，至今还没有好的早期诊断方法。约70%以上的卵巢癌患者在初次诊断时已超出了盆腔范围（Ⅲ期和Ⅳ期）。近几年，卵巢癌在妇科恶性肿瘤死亡原因中占第一位，而在妇女所有的恶性肿瘤死亡原因中占第三位，仅次于乳腺癌和肠癌。有史以来第一次卵巢癌死亡的数目超过了子宫颈癌。由于治疗技术的发展，改变了卵巢肿瘤的临床过程，减少了病人的痛苦，也延长了生存时间。但治愈率却提高得不多。近几年总的5年存活率仍然保持在前几年的水平，即15~35%之间。

唯一能预防卵巢癌的方法是切除卵巢。这种预防性切除，可在因良性病变而行子宫切除的同时进行，特别是更年期和更年期后的妇女行盆腔手术时，应行预防性卵巢切除。

早期卵巢癌较小,没有症状,不易被发现。约10%卵巢癌病人没有症状,仅在盆腔检查时被发现。15%以上的病人术前未能诊断出,而是因其他原因开腹手术时才被发现。卵巢增大的鉴别诊断是妇科诊断中最困难的问题。

诊断卵巢肿瘤有以下几项准则:

- (1) 正确评价盆腔肿物在任何年龄都有潜在恶性的可能;
- (2) 长期追踪并重视可能有潜伏癌发生的患者,直到最后明确了诊断;
- (3) 由于卵巢癌生长快,故应紧急处理;
- (4) 不要惊慌,因这样容易促使做不必要的手术;
- (5) 应进行全身和有秩序的检查;
- (6) 如果不完全切除不影响预后,可以考虑保存生育能力。

进行妇科盆腔检查确定肿物的形态,是最重要的一环。若能很明确地感到肿物是良性者,可以观察。例如:年轻妇女的生理性卵巢囊肿,可以自行消退。如未经过临床观察,对这种囊肿立即手术切除,是不必要的和禁忌的。相反,厚壁、半实性的囊肿常常是新生物,倘若其表面不规则,肿物不能被推移动,则特别应提高警惕是否为恶性。实性和质地坚硬的肿物很似癌的征象,但却可能属于良性肿瘤,例如纤维瘤和勃勒纳瘤,直肠子宫陷窝或子宫骶骨韧带的结节可能是转移,均需与盆腔子宫内膜异位症鉴别。

估计盆腔肿物时,病人的年龄是一重要参考因素,因为年轻病人常为良性病变。在生育期,卵巢生理性囊肿多见,而恶性肿瘤则较少见。年龄大的病人常有乙状结肠憩室炎,应与真性肿瘤鉴别。憩室病当触诊时常有压痛,并有下腹疼痛。更年期及更年期后的妇女,如有卵巢增大,则应立即手