

# 子宫内膜癌

李慎仪 主编

• 人民卫生出版社 •


7.6

# 子宫内膜癌

李慎仪 主编

编者

李慎仪 王恩育 濑田道宏

 人民卫生出版社

责任编辑 马博华

**子宫内膜癌**

李 慎 仪 主 编

人民卫生出版社出版  
(北京市崇文区天坛西里10号)

北京市卫顺排版厂印刷  
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 8 $\frac{3}{4}$ 印张 188千字  
1988年8月第1版 1988年8月第1版第1次印刷  
印数：00,001—5,000  
ISBN 7-117-00879-2/R·880 定价：2.30元

## 前 言

近20年来,子宫内膜癌的发病率有所上升,至目前已与子宫颈癌、卵巢癌一起成为妇科常见的三种恶性肿瘤。因此,本病引起了国内、外学者们的关注。

随着子宫内膜癌病因学研究的进展,临床治疗的观察分析研究的深化以及分子生物学、免疫学等实验室研究的开展,对子宫内膜癌的认识已取得了较大的进步。目前,多认为子宫内膜癌属激素依赖性疾患,机体内激素环境的改变与本病的发生、发展和转归有关。此外,通过近几十年来对本病治疗和预后的观察,发现晚期或复发病例的5年存活情况停滞而无改善。因而,过去认为子宫内膜癌是“良性癌”(Benign malignancy),单纯手术或手术与放射治疗相结合即足以治愈本病的观点是不妥的。

本书中,作者复习了近年来子宫内膜癌国内、外的文献报道,吸取了病因学研究、临床治疗和预后分析研究的新进展以及实验室研究的新技术和新成果。作者又总结了中国医学科学院肿瘤医院自1958年开诊以来治疗子宫内膜癌的临床经验,其中包括自1980年以来该院开展的子宫内膜中雌、孕激素受体的研究以及应用于激素治疗的尝试。在书中,作者系统、全面而扼要地介绍了子宫内膜癌这一恶性疾患,并对妇癌患者的心理学问题进行了探讨。

本书作者之一,日本医学博士濑田道宏先生热心参与本书的整个编写过程。从搜集素材、酝酿构思直至各个章节的编排及书中一些专题的观点的商榷等项均通力合作,协调配

合，付出了相当的代价和努力。

在国内，做为子宫内膜癌专论的书籍本书仅为开端。鉴于作者水平所限，书中可能有疏漏、不妥甚或错误之处，敬请国内同道批评指正。本书如能起到抛砖引玉的作用，则使作者感到莫大慰藉。

本书中照片及插图均系本院医学摄影室刘习昌技师协助拍照，在此致谢。

中国医学科学院 肿瘤医院

李慎仪、王思育

1987年12月1日

# 目 录

第一章 流行病学及病因学	1
第一节 流行病学	1
第二节 病因学	6
参考文献	20
第二章 病理学	26
第一节 宫内膜癌的病理表现	26
一、大体所见	26
二、镜下所见	28
三、组织学分级	34
四、肿瘤的播散	35
第二节 宫内膜癌超微结构, 染色体核型及DNA 的研究	40
一、超微结构	40
二、染色体核型及细胞核DNA 的研究	42
第三节 宫内膜癌的罕见类型	43
一、嗜银细胞癌及小细胞癌	43
二、单纯鳞癌	45
第四节 宫内膜增生与原位癌	45
一、宫内膜增生的分类	46
二、宫内膜增生的病理学	47
三、各类宫内膜增生之间的关系	50
四、宫内膜增生的病因学	51
五、宫内膜原位癌	51
六、宫内膜增生与宫内膜癌的界限	53
参考文献	54
第三章 宫内膜癌的诊断	58

第一节 临床表现	58
一、发病年龄	58
二、症状	58
三、盆腔检查	59
第二节 诊断	60
一、宫内膜检查	60
二、细胞学检查	61
三、宫腔镜检查	63
四、CT 检查	69
五、磁共振成像检查	73
六、B 型超声检查	76
七、盆腔淋巴管造影	76
第三节 鉴别诊断	78
一、宫内膜癌应与下列疾病相鉴别	79
二、合并其他肿瘤或妊娠	79
三、宫内膜癌的罕见病例	84
第四节 临床分期	86
参考文献	88
第四章 宫内膜癌的治疗	94
第一节 历史回顾	94
第二节 手术治疗	100
一、应用范围及其估价	100
二、主要术式简介	103
三、有关手术的几点讨论	118
第三节 放射治疗	122
一、应用范围及价值	122
二、腔内治疗	123
三、体外放射	132
第四节 激素治疗	136

一、孕激素类药物·····	136
二、抗雌激素类药物·····	142
三、孕激素类药物与抗雌激素类药物合并使用的研究·····	145
四、内膜癌患者经手术,放射治疗后的雌激素使用问题·····	147
第五节 化学治疗·····	147
一、单一用药的单一化疗·····	147
二、联合用药的联合化疗·····	149
第六节 宫内膜癌各期的治疗·····	151
一、I 期·····	151
二、II 期·····	152
三、III-IV 期·····	152
四、复发·····	153
参考文献·····	155
第五章 宫内膜癌的预后·····	169
第一节 一般治疗效果·····	169
第二节 复发·····	169
一、复发率·····	170
二、复发时间·····	170
三、复发部位·····	170
四、复发的再治疗和预后·····	171
第三节 影响预后的因素·····	171
一、年龄·····	172
二、临床分期·····	173
三、淋巴转移·····	174
四、肌层侵犯·····	178
五、宫颈受累·····	180
六、子宫大小(宫腔深度)·····	182
七、组织学分级·····	183
八、组织学类型·····	186
九、肿瘤大小·····	187



十、肿瘤与子宫内口的距离·····	188
十一、癌周围内膜的病理学·····	188
十二、腹水或腹腔冲洗液细胞学检查·····	189
十三、雌激素受体 (ER) 及孕激素受体 (PR) 和预后的 关系·····	190
十四、治疗方式与预后的关系·····	191
参考文献·····	193
<b>第六章 实验室研究</b> ·····	199
<b>第一节 宫内膜癌类固醇激素受体</b> ·····	199
一、性激素受体的发现·····	200
二、激素受体的定义和特性·····	201
三、类固醇激素受体的作用机制·····	202
四、受体测定的方法学·····	206
五、正常组织中类固醇激素受体的生理学·····	220
六、宫内膜癌的雌激素受体及孕激素受体·····	222
七、卵巢癌及宫颈癌的雌激素受体及孕激素受体·····	223
<b>第二节 肿瘤免疫研究——单克隆抗体的研究</b> ·····	228
一、基本概念·····	228
二、单克隆抗体的制备·····	230
三、单克隆抗体的应用·····	232
参考文献·····	238
<b>第七章 妇癌患者的医学心理学问题</b> ·····	249
<b>第一节 妇癌患者的心理学问题</b> ·····	249
一、心理应激的概念·····	249
二、不同医疗阶段的心理应激·····	250
三、妇癌患者一般的心理反应·····	251
<b>第二节 妇癌患者的整体医护</b> ·····	256
一、心理医护·····	256
二、躯体医护·····	260

三、社会性医护.....	261
第三节 “安乐死”的讨论.....	262
一、“安乐死”的概念.....	262
二、“安乐死”的讨论.....	263
参考文献.....	266

# 第一章 流行病学及病因学

## 第一节 流行病学

子宫内膜癌又称子宫体癌，系发生于子宫内膜的癌瘤。目前，子宫内膜癌已成为常见的妇科肿瘤（以下简称内膜癌）。据国内、外有关资料报道，近20年来就世界范围内本病的发病率明显增高，从而与子宫颈癌、卵巢癌一起并列为最常见的三种妇科肿瘤。

本病的发病情况随世界不同地区而有所不同，并因种族不同而异。根据1982年国际癌症研究协会（IARC）的治疗资料，可发现北美、北欧内膜癌的发病率最高，中美、亚洲地区的发病率较低（图1-1、IARC）。美国癌症协会调查结果表明：1979年大约有37000名妇女患内膜癌，其发病率已为卵巢癌或宫颈癌的两倍（Cancer Statistics, 1979）。Masubichi等搜集1961~1972年日本33所大学附属医院及癌症中心的材料，仅获得内膜癌患者1958例，但与此同时共有子宫颈癌38080例。内膜癌与子宫颈癌发病率之比为1:19.5。Dunn 1973年报道了1969~1970年间在美国内膜癌与子宫颈癌发病率之比为1:2。因而，就世界范围内发病情况比较，北美，北欧最高，亚洲地区较低，如日本（Masubichi, 1975）。

内膜癌发病率似与种族有关。犹太妇女中发病率高，占犹太妇女妇科肿瘤的第二位（Jones 1975）。南非国家中白人内膜癌与子宫颈癌发病率之比为2.5:1，而该国中黑人

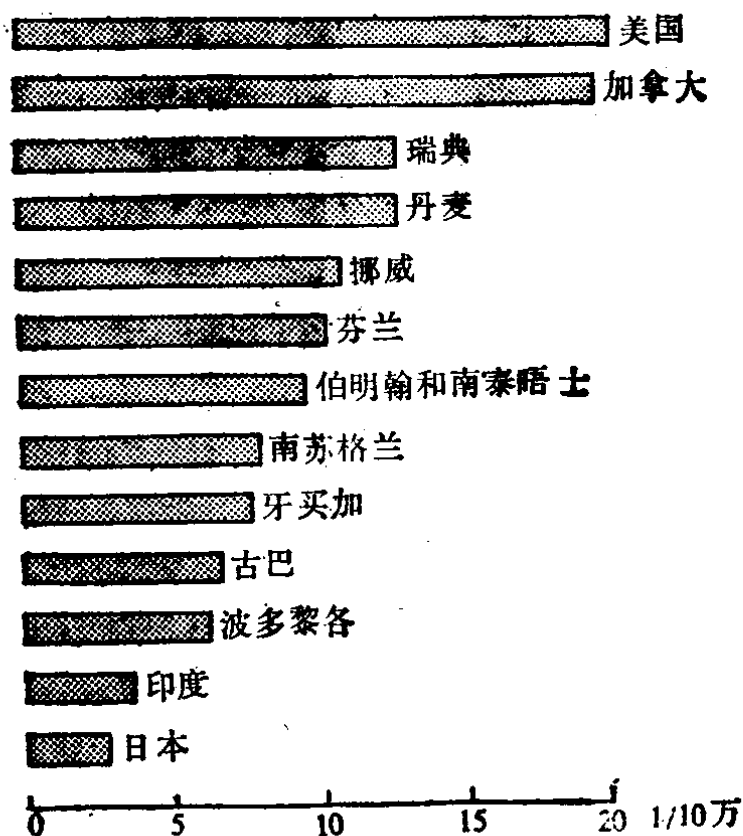


图1-1 某些国家子宫内膜癌年龄调整后发病率 (IARC, 1982)

种及棕色人种二者之比为 1 : 8.5。根据五大洲癌症发病率的统计, 1968~1972年北美内膜癌发病率以旧金山的高加索人为最高, 达 30/10 万人。同一地区人种不同, 发病率有所不同。如旧金山海湾地区白人与黑人之间, 新墨西哥州的欧洲籍的非西班牙人、西班牙人和印第安人之间发病率不同; 夏威夷州的当地人、高加索人、华人、日本人和菲律宾人之间也有明显不同 (图 1-2, Waterhouse 1976)。

与此同时, 有趣的是同一种族在不同地区其发病率也有所不同。根据国际癌症研究协会 (IARC) 的统计资料, 中国人、日本人、印度人移居夏威夷、洛杉矶或新加坡后发病率有所升高 (图 1-3)。

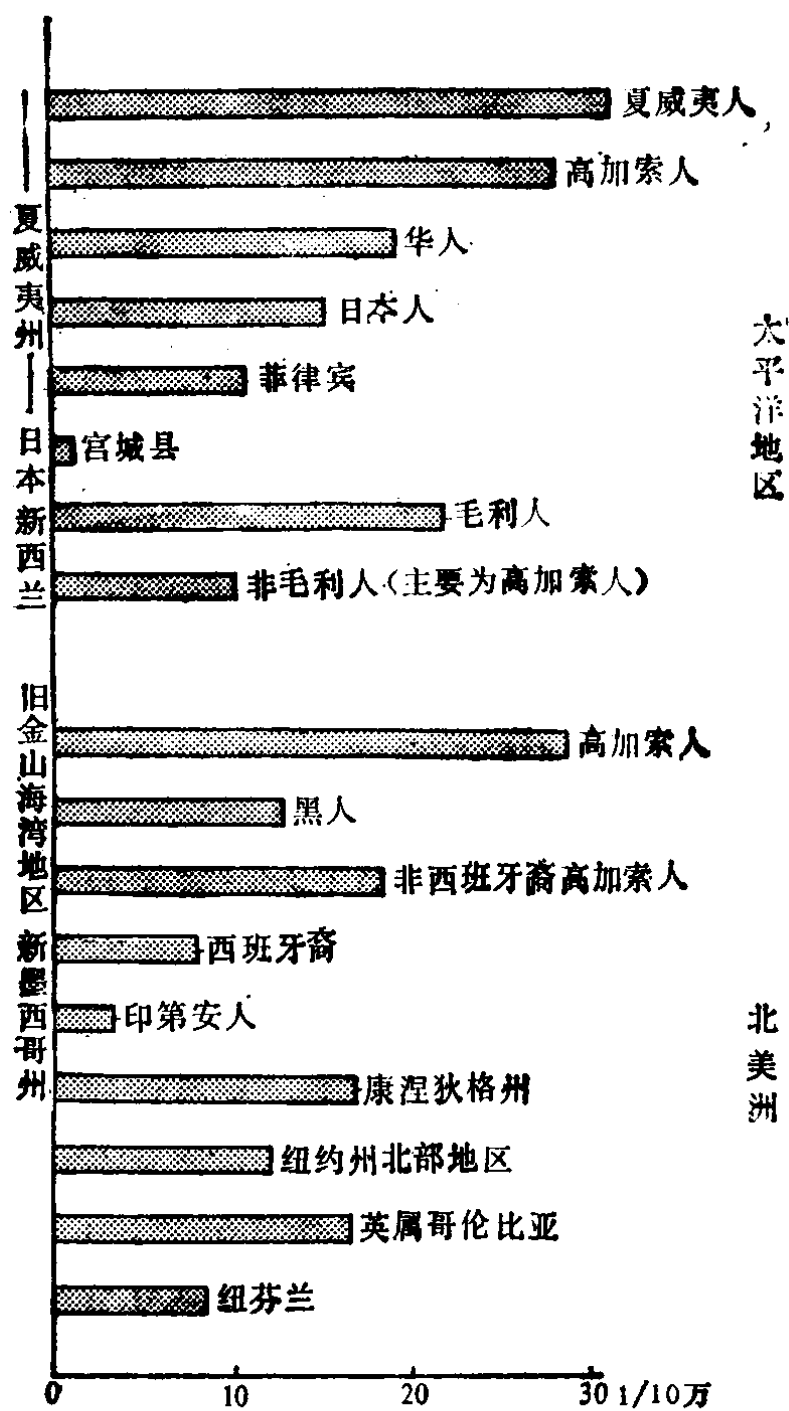


图1-2 在太平洋地区及北美某些人群中子宫内膜癌标准化发病率(Waterhouse等, 1976)

据国外文献报道, 近年来内膜癌的发病率有升高趋势。美国癌症协会报道: 与70年代相比, 内膜癌的发病率增加

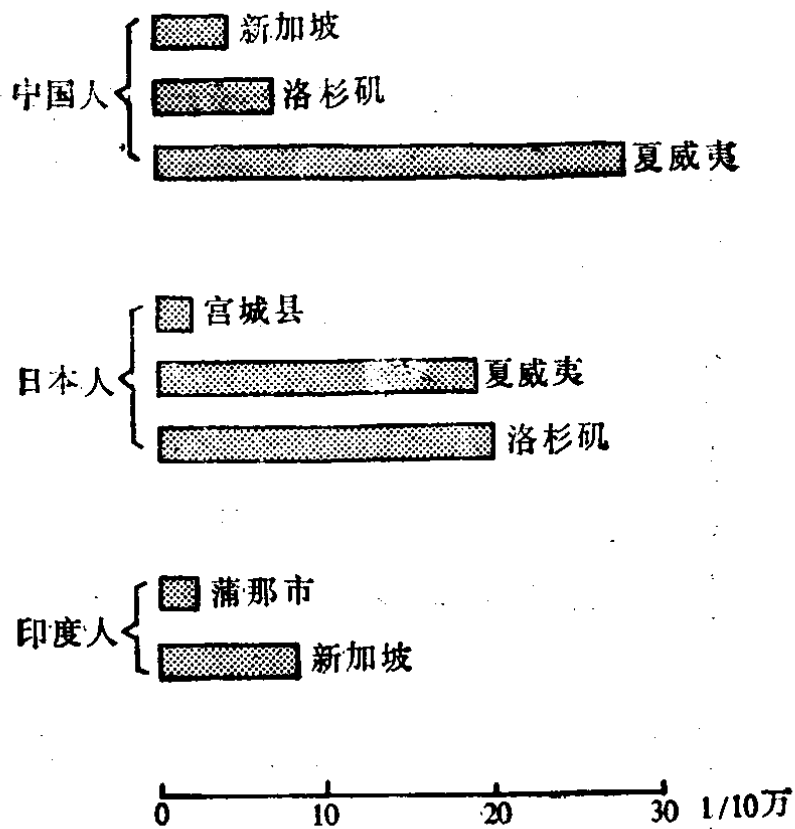


图1-3 同一种族不同地区年龄调整后发病率  
(IARC, 1982)

1.5倍。此外，来自旧金山海湾地区可靠的报道证实，该地区50~74岁年龄组的发病率在15年内增加了3倍 (Austin 1979)。另外，1965年 De Waard及 Oettle 报道南非的约翰内斯堡附近的 Baragwanath 医院，内膜癌的病例数有增加的趋势 (见表 1-1)。

文献也曾报道宫颈癌和内膜癌发病率和国际间统计学比较确实存在地区间、种族间的明显差异。如美国的阿拉美达、塞甫拉斯湾沿岸的白人区、康涅狄格、马尔他以及某些伊斯兰教国家，内膜癌的发病率明显高于宫颈癌；而在哥伦比亚、印度、古巴、日本等地区，内膜癌发病率则较低，乃至出现相反的比率 (表 1-2)。

国内有关材料报道甚少。仅就华西医科大学和中国医学

表1-1 约翰内斯堡附近索韦托黑种人群  
的内膜癌发病情况

时 间	病 例 数
1951~1956 (6年)	0
1957~1962 (6年)	12
1968~1973 (6年)	41
1974~1978 (5年)	76

摘自“癌的流行病学和预防丛书，第15分册妇女癌”101页

表1-2 宫颈癌和宫体癌发病率的国际间  
比较(世界人口的1/10万)

地 区	宫颈癌	宫体癌
USA Alameda(美国的阿拉美达)	12.3	33.3
Bayarea(白人区)	12.1	29.3
Connecticut(康涅狄格)	9.8	17.8
Israel(以色列)	4.5	10.8
Malta(马尔他)	7.1	13.1
Brazil Sao Paulo(巴西的圣保罗)	27.5	8.5
Colombia Cali(哥伦比亚的卡利)	62.8	5.1
Cuba(古巴)	19.5	10.9
India(印度)	23.2	1.3
Nigeria Ibadan(尼日利亚的伊巴丹)	21.6	1.6
日本的米泽	13.8	1.3
大阪	16.2	0.9
Norway(挪威)	18.1	9.7
Poland Warsaw(波兰的华沙)	21.5	9.5
UK Birmingham(英国的伯明翰)	12.6	8.5

转引自产妇人科治疗40:698, 1980

科学院肿瘤医院的统计资料分析，可见内膜癌的发病率有升高趋势（见表1-3）。

表1-3 国内某些单位报道的内膜癌的发病情况

时 间	内膜癌:宫颈癌(例数)
1955~1966(12年)	1:18.1
华西医科大学	
1967~1978(12年)	1:6
中国医学科学院1958~1969(12年)	1:44
肿瘤医院 1970~1981(12年)	1:18.5

上述国内、外有关统计资料或显示内膜癌发病率升高，或报道医院就医病例数增加，或者通过内膜癌与宫颈癌例数的比率改变指示内膜癌发病的升高。当然，不可否认这其中包含了另外一些影响因素，诸如随着生产、生活水平的提高，社会物质文明的进步，患者就医数目增加、诊断水平的提高，宫颈癌防治工作的大力开展所造成的发病率的下降等等，但尽管如此，这些资料无论如何也可反映出近年来内膜癌发病率升高的趋势。在国内，由于社会主义保健事业日益发展，平均寿命不断延长，内膜癌这一老年妇女的癌瘤可能相应增多；而大规模普查、普治和计划生育的结果，一些慢性宫颈疾患得到有效防治，宫颈癌的发病必将下降。因此，随着时间的推移，内膜癌在妇科癌瘤中，将占有更重要的地位。

## 第二节 病 因 学

近几十年来通过临床及流行病学的观察研究，对内膜癌的病因进行了深入的探讨，但仍未得到肯定的结论。然而，



却发现了许多因素与内膜癌发生有关。如年龄、肥胖、不育、绝经晚、高血压、糖尿病、卵巢颗粒细胞瘤、胞膜细胞瘤、卵巢发育不良、多囊卵巢综合征、口服避孕药及外源性雌激素等。这些因素大多数与雌激素过剩，对宫内膜产生长期刺激有关。

## 一、年 龄

一般来说内膜癌属于绝经后妇女的肿瘤，但发病可自20几岁至90岁，好发年龄在55岁至59岁。绝经前发病者仅占20~25%，发病在40岁以下者仅占2~5%，70岁以上者发病率明显下降（Mattingly 1977）。

中国医学科学院肿瘤医院自1958年至1981年23年间收治449例，其年龄范围29~76岁，高峰年龄组在50~59岁共202例，占45%；绝经前者156例占34.7%，40岁以下者45例，占10.2%。

## 二、肥 胖

内膜癌患者中肥胖的比例较高。Damon 于1960年证实内膜癌患者的体重较同等身高的对照组高13%。Wynder、Escher Mantel 证实如体重较正常妇女重21~50磅，则发病率增加3倍，如超过50磅则增加10倍。于Boston进行一项研究证实：体重位居体重分布的上1/3区间时，癌危险性增加1.8倍，如体重居分布区间的上15%时，则增加2.4倍（MacMahon, 1974）。

我国标准体重的计算为：

$$\text{体重 (kg)} = \text{身高 (cm)} - 100$$

超过标准体重的10%为过重，超过标准体重的20%为肥胖。