

参加第二届全国肿瘤

学术会议论文资料

中华医学会江西分会印

1964年11月

目 錄

宮頸管儲備細胞癌化过程的动态的初步研究.....	(1)
鈷 ⁶⁰ ——鐳联合治疗宮頸癌五年疗效观察.....	(28)
应用中藥103、104号方等中西綜合疗法治疗晚期絨毛膜上皮癌肺轉移的 初步疗效观察.....	(34)
中藥治疗早期宮頸癌11例初步疗效观察.....	(44)
抗癌 424 治疗恶性肿瘤临床观察.....	(52)
多发性骨髓瘤 (三例报告)	(57)
恶性骨肿瘤70例临床分析 (摘要)	(62)
胃癌及其有关疾病.....	(63)
食管癌及贛門癌的外科治疗.....	(67)
恶性骨肿瘤69例临床分析.....	(72)
髂窩部化学感受器瘤一例报告.....	(84)
鼻咽癌60例临床分析.....	(88)
嗅感觉神經上皮瘤文献复习及一例报告 (文摘)	(93)
鼻咽癌錯誤诊断問題.....	(95)
十年来眼部肿瘤的臨床分析.....	(98)
神經纖維瘤病 (附二例报告)	(106)

宮頸管儲備細胞癌化過程的動態的初步研究

江西省婦女保健院

江西醫學院婦產科教研組

楊學志 傅興生

鄭順嬌 黃學才

宮頸管柱狀上皮或腺上皮常存在一種^{⑭⑯}具有較大的類圓形核、乏于核染質，稍透明，胞漿豐富而淡染，細胞膜不明顯，不含有糖元及粘蛋白的細胞，1951年Howard^③最初將這種細胞命名為儲備細胞(Reserve cell)，並指出這種儲備細胞與宮頸癌的发生有關，已相繼被多數研究者^{③④⑤}所主張，但尚未得到肯定的結論。作者等用病理組織形態學的連續性、過渡性圖象及某些組織化學方法來觀察儲備細胞的发生、發展過程和宮頸癌的關係的動態的初步研究，從而企圖奠定宮頸癌早期發現、早期診斷並及時地、正確地進行防治的理論和實踐基礎。

一、實驗材料和方法

甲、實驗材料

實驗材料全部為江西省婦女保健院保健研究室自1956年1月至1964年6月積累的病理標本，具體來自四個方面：

1. 病理組織學上肯定為宮頸儲備細胞增殖、宮頸鱗狀上皮的非典型增殖和儲備細胞非典型增殖的錐形切除標本和全宮摘出標本38具；
2. 宮頸原位癌、宮頸原位癌顯早期間質浸潤的錐形切除標本和根治性手術標本25具；
3. 宮頸原位癌顯微細癌和早期浸潤性癌的根治手術標本20具；
4. 參考宮頸原位癌活體檢查標本35個。

乙、實驗方法

為了獲得儲備細胞增殖過程的連續性和過渡性，在方法論方面採取了活體檢查、錐形切除、根治手術標本相結合，斷續切片和連續切片的分段、分片對比法，具體做法為：

1. 宮頸活體檢查行多點切片法，並儘量分點制片；
2. 宮頸錐形切除標本一般要求取2—3公分的圓錐，分為12等分，每等分切2—4枚做H.E.染色，供初步篩選用；
3. 對全宮切除標本和廣泛根治性手術標本，同樣切為12等分，在長度上要求切到宮內口上方能看到宮體內膜為度。每等分切取2—4枚作H.E.染色，供初步篩選用。

對發現有中度非典型增殖以上的病理變化的每個等分進行如下的任一種復切：

- (1) 每隔14微米切取二枚，一枚作H.E.一枚作 Gomori 染色的断續切片；
- (2) 連續切片每五枚为一組，先取每組的第一枚作 H.E. 染色，然后根据需要將每組的第 2、3、4、5 枚分別進 P.A.S.、Brachet、Feulgen、Gomori 染色；
4. 对原位癌进行錐形切除后的根治手术标本，进行12等分切片，有需要的再复切；
5. 对活檢、錐切和手术标本的每个等分，在有需要时繪制平面或立体图，以便对比分析。

二、实验結果

1. 临床材料的来源

83 例錐形切除或根治性手术标本中，有宮頸炎症的 65 例，占 78.31%，为最多，宮頸光滑的 10 例，占 12.05%，次之，与妊娠有关的 6 例，占 7.23%，又次之，宮脫出二度以上的 2 例，占 2.41%，为最少。即本文取材大部份为宮頸炎症。（表一）

表一 临床材料的分組

	例 数	%
正常宮頸(光滑的宮頸)	10	12.05
宮脫垂(二度以上的)	2	2.41
妊娠有关的宮頸	6	7.23
宮 頸 炎 症	65	78.31
总 計	83	100.00

2. 年齡分組

本文83例錐形切除或根治性手术标本中，生育年齡的62例，占74.7%，为最多，經絕期为 18 例，占 21.69%，次之，老年期 3 例，占 3.61%为最少。（表二）

表二 年 齡 分 組

	例 数	%
生 育 年 齡	62	74.70
經 絕 期	18	21.69
老 年 期	3	3.61
总 計	83	100.00

3. 病理形态的分組及其年齡的关系

83例錐形切除或根治性手术中，儲备細胞增殖~儲备細胞非典型增殖、中等度以上的鱗状上皮非典型增殖83例，占 45.78%，为最多，平均年齡为 39.03 岁，为最小。原位癌包括累及腺体 21 例，占 25.3%，次之，平均年齡为 41.9 岁。即由病理組織形态的角度来看，由癌前期演变为原位癌（包括累及腺体），需时 2.87 年。原位癌显間質早期浸潤 14

例，占16.87%，其年齡平均40.21岁，即原位癌包括累及腺体、原位癌显早期間質浸潤的平均年齡二者之間未見明显差异，二者的平均年齡为41.23岁。原位癌显微細癌的7例，占8.44%，平均年齡为40.51岁，早期浸潤性癌3例，占3.61%，平均年齡为45岁。二者的平均年齡为41.9岁，因原位癌显微細癌及早期浸潤性癌的例数少，有待今后更多的資料加以充实。

表三 病理形态的分布及其年齡的关系

	例数	%	平均年齡
儲备細胞增殖~非典型增殖 (包括中等度以上的鱗状上皮非典型增殖)	38	45.78	39.03
原位癌(包括累及腺体)	21	25.30	41.90
原位癌(显間質早期浸潤)	14	16.87	40.21
原位癌(显微細癌)	7	8.44	40.51
早期浸潤性癌	3	3.61	40.50
总 計	83	100.00	

註：(1)原位癌累及腺体、原位癌显早期間質浸潤、原位癌显微細癌的診斷标准和分型参考 Reagan, S.W.^{⑥⑧}、Hamperl, H.^⑨、太田^⑩、Mestwerdt, G.^⑪报导的內容。

(2)早期浸潤性癌的浸潤深度为5~10mm(井槌进^⑫)。

4. 关于宮頸鱗柱联合排列形态的分組

为了观察宮頸癌的发生部位，对鱗柱联合排列形态，进行了如下分組，对宮頸原位癌及早期浸潤病例，以健康部的鱗柱联合为基准，决定病灶的鱗柱联合，从而判断病灶部的占居部位^⑬。(表四)

(1)以宮外口为中心，鱗柱联合部略呈同心圓形而无凹凸的平滑排列——平滑型。本組病例属此型者57例，占68.67%；

(2)表现为不規則的粗糙的排列——粗糙型。属此型者为25例，占30.12%；

(3)頸部肌瘤不明一例，占1.21%。

表四 宮頸鱗柱联合部排列形态分組

	例 数	%
平 滑 型	57	68.67
粗 糙 型	25	30.12
不 明(頸部肌瘤)	1	1.21
总 計	83	100.00

5. 鱗状上皮增殖过程和阶段

为了探索鱗状上皮非典型增殖和原位癌的关系，作者根据 Reagan, S.W.^{⑥⑦⑧}等診斷非典型增殖原位癌的标准，参照 Hamperl, H.^⑨、Mestwerdt, G.^⑩的原位癌分型标准，

对83例錐切或根治手术标本进行調查得表六的結果：

非典型增殖Ⅱ°、Ⅲ°的各为31例、19例、各占37.75%、22.89%；原位癌（包括累及腺体）为13例，占15.66%，原位癌显早期間質浸潤1例，占1.2%，原位癌和早期浸潤性癌各2例，占2.41%。（表六）

表六 鳞状上皮增殖过程和阶段

	例 数	%
正 常 鳞 皮	69	83.13
异 常 增 殖	25	30.12
非 典 型 增 殖 I°	37	44.58
非 典 型 增 殖 II°	31	37.35
非 典 型 增 殖 III°	19	22.89
原位癌（包括累及腺体）	13	15.66
原位癌（显早期間質浸潤）	1	1.20
原 位 癌（显微細癌）	2	2.41
早 期 浸 潤 癌	2	2.41
总 計	83	100.00

6. 儲备細胞增殖过程和阶段

为了調查宮頸儲备細胞和宮頸原位癌的关系，作者等参照 Fluhmann, C.F.^①、Hellman L. M.^④、竹内^⑤、Соколовский М.Р.^⑥等，并采取远藤^⑦等对儲备細胞增殖过程和阶段的診斷标准，分为儲备細胞初現、增生、过度增殖、鳞状上皮化生、腺性增殖和非典型增殖（輕度和重度）六种（图1—10）。本組病例83例中，有儲备細胞存在的为80例，占96.39%，比Howard等全宮頸檢查的儲备細胞出現頻度81%为高，与Carmichael等的出現頻度95%相近似。比远藤等的500例手术切除子宮的宮頸的出現頻度89%略高。但远藤只做了8—10等分切标本法，而未行連續切片，而且材料是手术切除子宮的宮頸。作者等行12等分切标本法，对可疑部分選擇性地做了連續切片，并且在取材上集中了一部分儲备細胞增殖和原位癌。所以，儲备細胞的出現頻度略高，是完全可以理解的。

80例有儲备細胞的病例中，其增殖过程和阶段如表七：

儲备細胞过度增殖59例，占73.75%，儲备細胞非典型增殖（輕度、重度）51例，占63.75%，比鳞状上皮非典型增殖Ⅰ°、Ⅱ°、Ⅲ°的发生頻度略高。但，原位癌（包括累及腺体）的发生頻度在80例中就有43例，占53.75%，为鳞状上皮原位癌（包括累及腺体）的发生頻度的3倍强，提示儲备細胞过度增殖和非典型增殖和宮頸原位癌的关系甚为密切。（图1—10）

表七 儲备細胞增殖过程和阶段

	例 数	%
未 見 儲 备 細 胞	3	3.61
儲 备 細 胞	80	96.39
初 現	43	53.75
增 生	54	67.50
过 度 增 殖	59	73.75
鳞 状 上 皮 化 生	17	21.25
腺 性 增 殖	13	16.25
非 典 型 增 殖	51	63.75
原位癌 (包括累及腺体)	43	53.75
原位癌 (显早期間质浸潤)	18	22.50
原位癌 (显微細癌)	7	8.75
早期 浸 潤 性 癌	2	2.50
总 計	80	100.00

7. 移行上皮的組織分类

宮頸鳞柱联合常变动位置，呈現复杂的組織图象，多数病例存在着与鳞状上皮、柱状上皮不同的移行上皮层，少数具有正常的鳞柱联合。为了探討宮頸癌发生与移行上皮层的关系、按远藤^{⑤②}等所提出的分类法，对83例的宮頸圓錐进行調查，如表八的結果。83例中見移行上皮的有55例，占66.27%，未見移行上皮 (包括生理的鳞柱联合) 的 28 例，占 33.73%。

在55例有移行上皮的病例中，未菲薄化 (肥厚) 非典型上皮 4 例，占 7.27%，原位癌 3 例，占 5.45%；菲薄化非典型上皮 43 例，占 78.18%，原位癌 21 例，占 38.18%，为各种未菲薄化和菲薄化移行上皮的最多見者，而这两种非典型上皮，在其增殖过程中未菲薄化非典型上皮 4 例中有 3 例发生原位癌，菲薄化非典型上皮 43 例中有 21 例发展为原位癌，即至少有半数左右的非典型移行上皮过渡到原位癌，提示宮頸原位癌的发生与非典型移行上皮具有密切的关系。(图11—19)

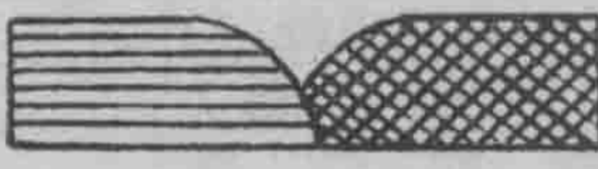

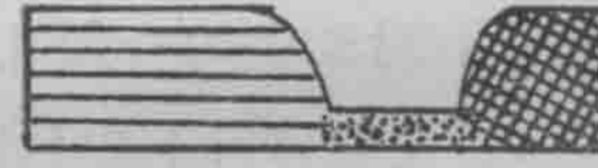

表八 移行上皮的組織分类和細胞发展过程和阶段

	例 数	%
未 見 移 行 上 皮	28	33.73
移 行 上 皮	55	66.27
未 菲 薄 化 上 皮		
类 表 皮 化 生	3	5.45
层 形 成 不 全	2	3.63
肥 厚 上 皮	1	1.81
非 典 型 上 皮	4	7.27
原位癌 (包括累及腺体)	3	5.45
菲 薄 化 上 皮		
正 常 菲 薄 上 皮	11	20.00
层 形 成 不 全	2	3.63
非 典 型 上 皮	43	78.18
原位癌 (包括累及腺体)	21	38.18

8. 癌占居部位与移行上皮的关系

为了观察癌和鳞柱结合的移行上皮的相互关系，对原位癌和早期浸润性癌45例进行调查，未见连续性，因而关系不明的16例，占35.56%，见连续性，即关系明确的29例，其中癌接移行上皮22例，占75.86%，癌接移行上皮同时有鳞状上皮癌者2例，占6.9%，即与移行上皮有关系的占81.76%，为最多见，提示癌占据部位与移行上皮有密切的关系，癌接鳞状上皮者4例，占13.99%，次之，癌接柱状上皮者一例，占3.45%，为最少见。

表九 癌占居部位与移行上皮的关系

		例数	%
癌接鳞状上皮		4	13.79
癌接柱状上皮		1	3.45
癌接移行上皮		22	75.86
鳞状上皮有癌 + 癌接移行上皮		2	6.90
未见连续性		16	35.56
总 计		45	100.00

9. 癌的细胞学来源

45例宫颈原位癌和早期浸润癌中，从鳞状上皮细胞来源者只有1例，占2.22%，为最少见，同时来源于鳞状上皮细胞和储备细胞者16例，占35.56%，来源于储备细胞者28例，占62.22%，即由来自于储备细胞者44例，占97.78%，为最多见。

表十 癌的细胞来源

	例 数	%
鳞 状 上 皮 细 胞	1	2.22
储 备 细 胞	28	62.22
鳞 状 上 皮 + 储 备 细 胞	16	35.56
总 计	45	100.00

10. 从形态学的連續性和过渡性来观察癌的儲备細胞来源

为了观察癌的形态学的連續性和过渡性，对作者等认为由儲备細胞来源的44例原位癌和早期浸潤性癌，进行选择性地連續或断續切片，为了便于鑑別并进行了必要的特殊染色，經過周密地、細致的分片对比法，証实在同一張組織片上确实看到儲备細胞增殖过程的不同阶段的过渡性和健康組織、癌前病变与癌組織之間的連續性者有7例，占15.91%，这部份可以确认为由儲备細胞来源者，在数張組織切片上証明有連續性和过渡性者32例，占72.72%，这部份可以诊断为由儲备細胞来源；在多数切片上，未見連續性和过渡性的証据者5例，占11.37%，这部份不能肯定诊断。（表十一）（图20—25、图26—41、图42—48）

表十一 从形态学的連續性和过渡性来观察癌的儲备細胞来源

	例 数	%
在一張切片上証实連續性和过渡性者	7	15.91
在数張切片上証明連續性和过渡性者	32	72.72
未見連續性和过渡性証据的	5	11.37
总 計	44	100.00

11. 癌占居部位分型

从癌病灶的占居部位来分型：占宮頸阴道部的为V型，主要是占居宮頸阴道部与宮頸管的一部份者为V'型；仅占頸管的为C型；主要占宮頸管与宮頸阴道部一部份的为C'型，占居宮頸阴道部与頸管部的为VC型，在我們45例宮頸原位癌及早期浸潤癌中，C型24例，占53.33%，为最多，C'型11例，占24.44%，次之，VC型7例，占15.57%，又次之，V'型2例，占4.44%，V型1例，为最少（表十二）。即单纯頸管型占1/2以上，以頸管为主的占2/3以上，而单纯阴道部型占1/50强，以阴道部为主占1/25强，提示宮頸癌的发生基地是以鳞柱联合以内的移行上皮或柱状上皮区域为多发。

表十二 癌占居部位分型

	例 数	%
V 型	1	2.22
V' 型	2	4.44
C 型	24	53.33
C' 型	11	24.44
VC 型	7	15.57
总 計	45	100.00

12. 儲备細胞癌化过程和粘液多糖的关系

用P.A.S.染色法对儲备細胞增殖过程和原位癌发展为早期浸潤性癌进行細致地观察，得如表十三的結果。即原位癌、原位癌早期間質浸潤、原位癌显微細癌和早期浸潤性癌27例均为阴性(-)；儲备細胞增殖过程25例中，非典型增殖7例中1例阳性(+); 儲备細胞过度增殖5例中1例阳性(+), 鳞状上皮化生一例(+); 儲备細胞初現、增生8例、腺性增殖2例均为(-)。

表十三

儲备細胞癌化过程和粘液多糖的关系

	例 数			
	(-)	(+)	(++)	(+++)
儲备細胞初現~增生	8			
儲备細胞过度增殖	5	1		
鳞状上皮化生		1		
腺性增殖	2			
非典型增殖	7	1		
原位癌	14			
原位癌显間質浸潤	19			
原位癌显微細癌	2			
早期浸潤癌	2			
总 計	49	3		

13. 儲备細胞癌化过程和去氧核糖核酸及核糖核酸的关系

用 Brachet 染色法对儲备細胞增殖过程和原位癌发展为早期浸潤性癌进行观察, 获得如表十四的結果:

原位癌(包括累及腺体)14例中, 核糖核酸(++), (++)6例, 而去氧核糖核酸(+), (++)为10例; 原位癌显早期間質浸潤11例中核糖核酸(++), (++)者5例, 而去氧核糖核酸(+), (++)者为9例; 原位癌显微細癌、早期浸潤性癌去氧核糖核酸3例均为(++), 而核糖核酸4例为(++), (+)。提示去氧核糖核酸稍强于核糖核酸。儲备細胞增殖过程的各阶段, 去氧核糖核酸(++), (++)的5例, 而核糖核酸为3例; 去氧核糖核酸(-)的为3例, 而核糖核酸(-)的为6例。去氧核糖核酸稍强的趋势。

表十四

儲备細胞癌化过程和去氧核糖核酸及核糖核酸的关系

	核 糖 核 酸				去 氧 核 糖 核 酸			
	(-)	(+)	(++)	(+++)	(-)	(+)	(++)	(+++)
儲 备 細 胞 初 現 增 生	2	4			3	2	1	
儲备細胞过度增殖鳞状上皮化生	3	1	2			4	1	
腺性增殖		1				1		
非典型增殖	1	4		1		3	2	1
原位癌(包括累及腺体)	1	7	5	1	3	1	7	3
原位癌(早期間浸)	1	5	4	1	1	1	6	3
原位癌(微癌)		1	1					1
早期浸潤性癌		2	1					3
总 計	8	25	13	3	7	12	17	11

三、討 論

1. 儲备細胞增殖分化过程

Hellman将儲备細胞增殖分化过程分为

⊖儲备細胞增生 (Proliferation) , 在柱状上皮下現单层或多层儲备細胞。

⊖儲备細胞过度增殖 (Hyperplasia) , 在柱状上皮下 8—10层或更多层的儲备細胞增殖。此期柱状上皮細胞多由表层剝脫。

⊖鱗状上皮化生 (Squamous Metaplasia) , 多表现为由下层向上层的层化, 以至近于完成层形成, 略备鱗状上皮的形态。可以上皮层化不全、上皮染色度的变异、上皮层基底面的凹凸不平等与成熟的鱗状上皮层相区别。

⊖腺性增殖 (Adenomatous Hyperplasia) , 儲备細胞进化为鱗状上皮而且可以进化为柱状上皮, 所以在增殖过程中, 有的形成腺腔。

⊖非典型增殖 (Atypical Hyperplasia) , 在儲备細胞增殖过程中, 細胞发生非典型性。

远藤^⑨、Соколовский, М.Р.^⑩等将柱状上皮下出現单层的儲备細胞这样一个过程突出起来, 远藤等命名为儲备細胞初期出現 Initial Appearance. 据远藤等 500 例的調查: 初期出現达頸管全长度而且多見。所以不应包括在增生之内, 而增生又与过度增殖在增殖分化程度上不同, 所以增生等必須单独存在。作者等也进行了观察, 証实初期出現常达宮頸全长度 (另行报导) , 乃采用这种分类法。

2. 移行上皮

宮頸鱗柱联合具有两种上皮移行的各阶段的上皮层。这种移行上皮层是由两上皮間不間断地变换或因炎症性刺激而引起者。

移行上皮层的組織图象。

⊖正常菲薄上皮层 由正常鱗状上皮层的 20—30 层細胞层变为 10—8—3—2 层的細胞层, 其长度一般为 0.1—0.5—7 毫米。

⊖类表皮化生 它具有各种增殖阶段, 初期在单层柱状上皮下出現单层的儲备細胞, 这种細胞增殖形成多样的組織图象, 概括起来就是鱗状上皮成熟的过程, 但尚未达鱗状上皮的形态者均为类表皮化生。

⊖层形成不全 在多层上皮层中不見鱗状上皮层样的层化, 或各层的形成不充分, 还未完全构成正常的鱗状上皮。

⊖肥厚上皮 在鱗状上皮移行部具有鱗状上皮的肥厚及下方增殖呈釘脚延长或增殖。上皮內可見眞珠形成。有时釘脚呈松叶状延长、增殖或乳头增殖以至形成上皮孤島等。

⊖非典型上皮 細胞的非典型性不及全层或通及全层, 但其程度未达原位癌的标准。

宮頸鱗柱联合的移行上皮的类表皮化生、层形成不全均为儲备細胞的发展阶段, 即儲备細胞在鱗柱联合部占相当优势。本文 45 例宮頸原位癌及早期浸潤性癌中, 从癌占居部位分型、癌占居部位与移行上皮的关系以及癌的細胞学来源等方面来观察, 癌的发生均以鱗柱联合以內的柱状上皮区为多, 而鱗状上皮极少, 这是因为完成的成熟鱗状上皮不具有儲备細胞, 所以发癌也少。

3. 儲备細胞与原位癌、浸潤癌的关系

Pund, E. R., et al (1946, 1948)^⑳、Knight (1943)、Wespi (1946)、Glatthare (1950)、Howard et al、(1951)^㉑倡導宮頸原位癌是從儲備細胞發生的。歸納其論據如下：

⊖組織形態學相類似；

⊖原位癌具有越靠頸管下方（宮口外），分化越好的傾向，而鱗狀上皮化生也具有同樣的趨勢。即鱗狀上皮化生在頸管內方或腺腔內分化不良；

⊖和正常鱗狀上皮的交界明顯；

⊕發生於頸管內，可見癌連續儲備細胞增殖圖象；

⊕不管宮頸阴道部有無糜爛，以侵犯頸管上皮存在部份為多見；

⊕宮頸癌的发生部位以柱狀上皮區域為多見，而儲備細胞增殖也以頸管下1/3為多見，二者是吻合的；

⊕如果承認由柱狀上皮區域發生宮頸癌，則幼稚的儲備細胞，當不可逃其責；

⊕宮頸癌的組織結構是多種多樣的，這一點可用儲備細胞的多趨向性（Multipotency）來解釋；

⊕有宮頸癌與儲備細胞共存病例。

以上九種論據中，除癌連續儲備細胞增殖圖象一種帶有實質性質外，其餘八種論據都是抽象的概念，均不能肯定宮頸癌是由儲備細胞發生的。

遠藤等(1961、1962)^{㉒㉓}認為儲備細胞各種增殖圖象密集於宮頸鱗柱聯合的柱狀上皮區域約10mm以內的範圍，而這區域正是原位癌的好發部位，提示在儲備細胞增殖過程中，是把癌與儲備細胞結合在一起的有力資料。Nieburgs, H. F.^㉔(1963)提示儲備細胞增殖可能經非典型增殖發展為原位癌；Соколовский, M. P.^㉕(1964)認為儲備細胞非典型增殖過程是原位癌的最多變化，而由儲備細胞非典型增殖而來的原发性分化不良癌是浸潤癌的最多形態。事實上，這些形態的原位癌及浸潤癌是很少的。後二作者均未提供自己的肯定資料。

Rubin (1910)^㉖報告柱狀上皮在腺腔內存在，儲備細胞部分癌化，一部可見浸潤的病例，相當有力地提示這一病例是由儲備細胞來源（圖49）。Pund, E. R., 等^㉗（1948）認為宮頸鱗狀上皮癌常發生於頸管內的鱗柱聯合，其來源可能為宮頸內膜的儲備細胞。因早期癌與儲備細胞的位置是一致的。（圖50、圖51）

圖49. Rubin (1910) 報告病例的圖象

柱狀上皮在腺腔內存在，儲備細胞的一部分轉化為癌，並見浸潤。

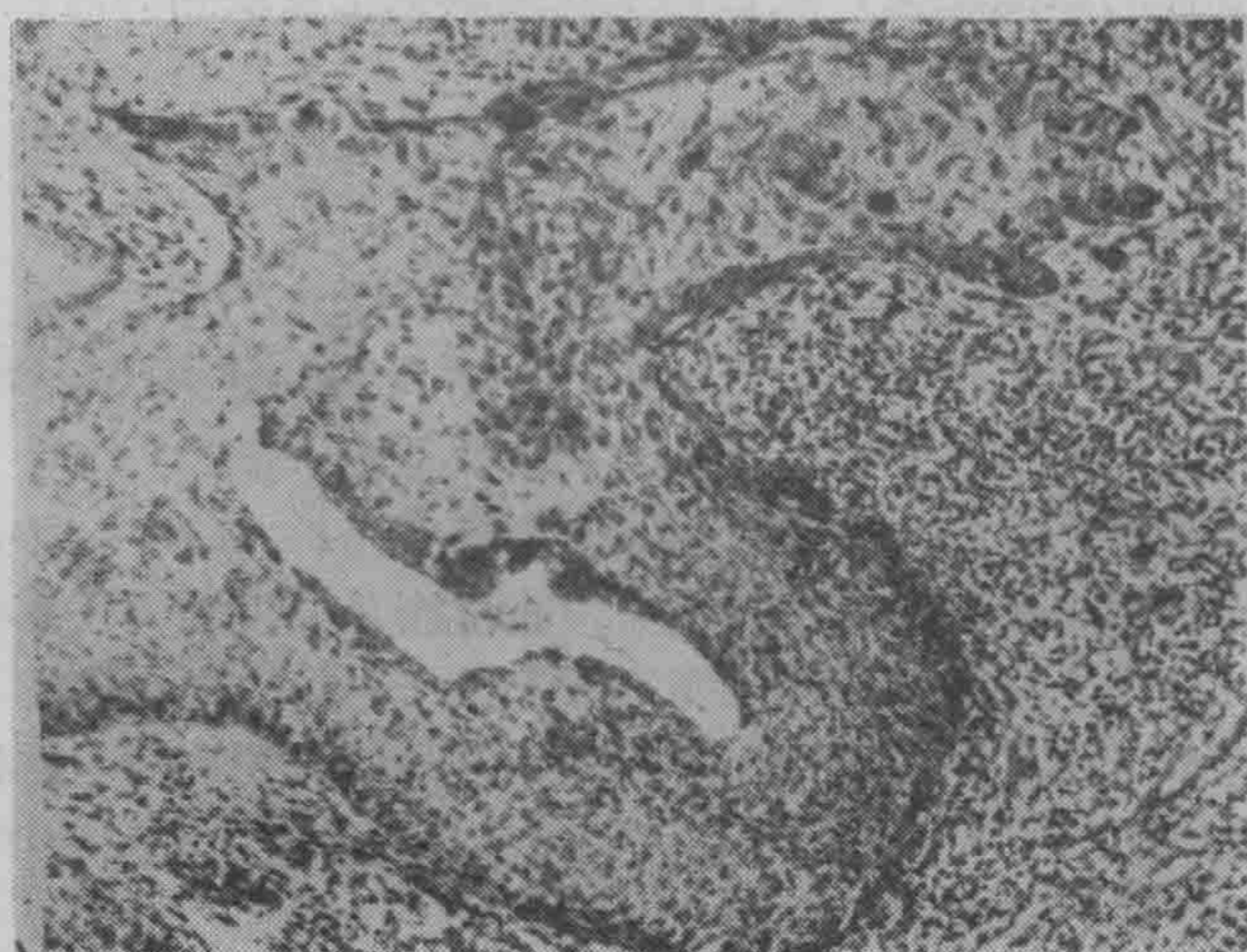


图50. Pund 等 (1948) 报告病例的图象
原位癌的宮頸活檢，提示癌上皮如何沿內膜表面进展到腺体入口。

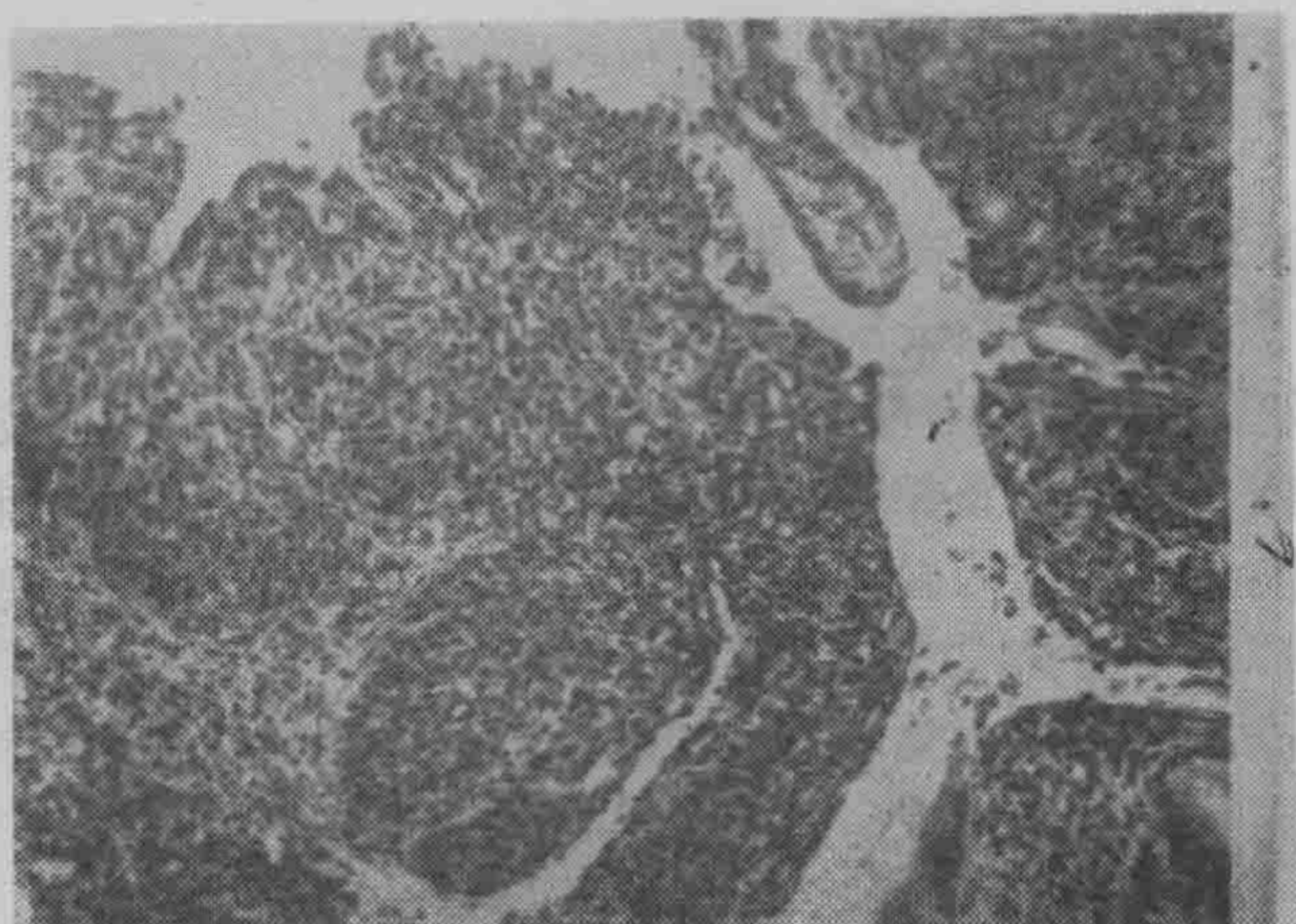
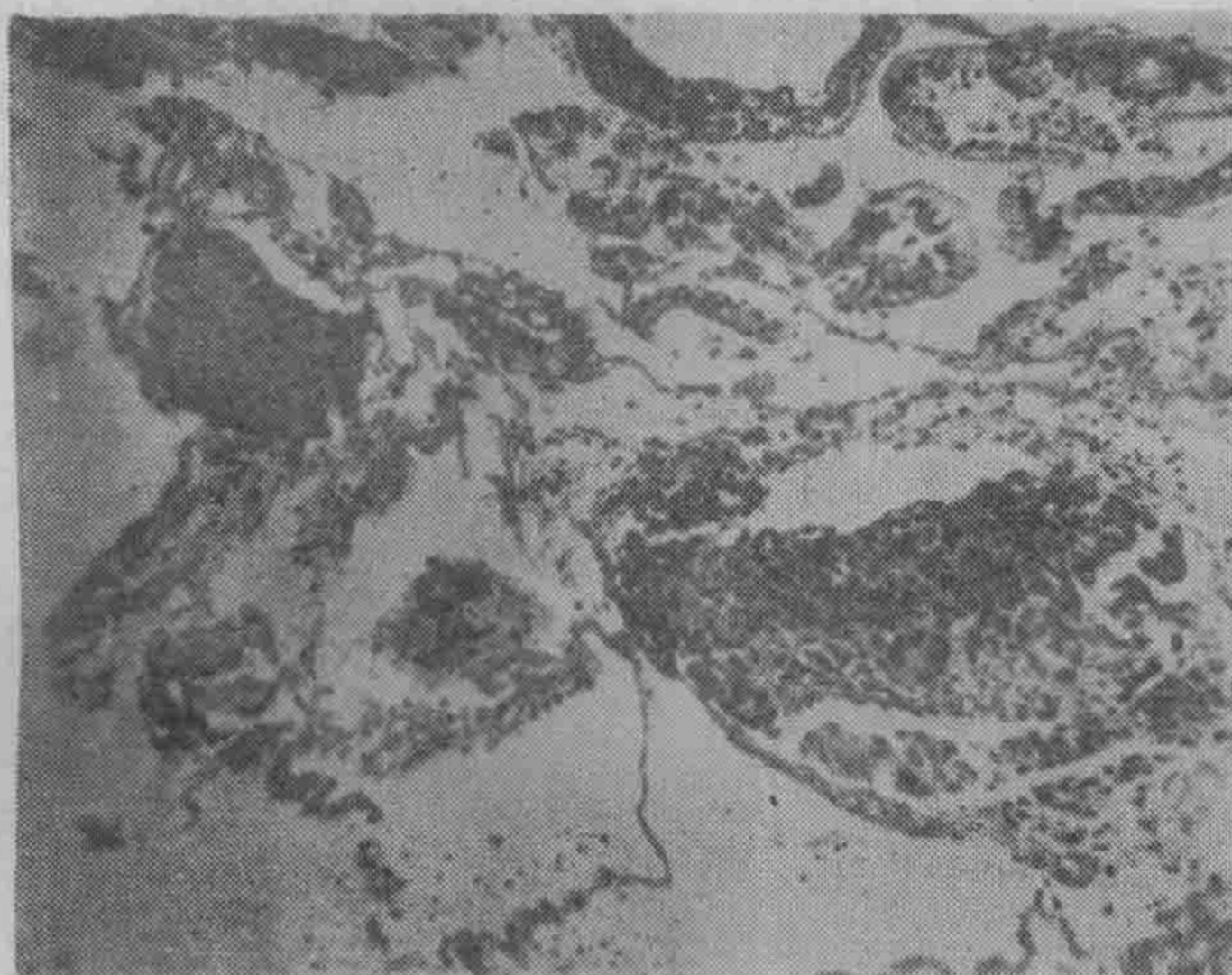


图51. 与图50同一病例的宮頸管內膜刮术活檢，
提示癌上皮和离断的化生上皮断片相对照。



作者等用形态学的連續性和过渡性在 44 例 认为是由儲备細胞来源的宮頸原位癌和早期浸潤癌中，在同一張切片上，确实証明癌由儲备細胞来源者 7 例，在数張切片上証明癌由儲备細胞来源者 32 例。

4. 鏡下癌的早期确診

肉眼不能辨認的宮頸原位癌、早期浸潤性癌的早期发现、早期确診問題，是目前宮頸癌防治工作的重要关键。根据本文的資料：从癌占居部位分型、癌占居部位与移行上皮的关系，尤其在宮頸原位癌、早期浸潤性癌的儲备細胞来源說，得以确立的理論基础上，作者等认为单靠宮頸刮片、宮頸阴道部切片法，用来早期診斷鏡下癌是不够妥善的。作者等提倡用特制小棉籤采取頸管細胞涂片法、頸管內刮术、頸管內切片法及錐形切除术来确診鏡

下癌。在未經足夠地正確地頸管內取材并且否定鏡下癌存在之前，不宜輕易地行電烙術，以免早期浸潤性癌的擴散和轉移。

四、結 論

本文對 83 例錐形切除和根治性手術標本，進行斷續或連續切片，常規進行 H.E. 染色，選擇性地進行 P.A.S.、Brachet、Feulgen 和 Gomori 染色法，用分段、分片對比法，調查了 83 例宮頸的儲備細胞增殖分化過程、鱗柱聯合的移行上皮的組織形態和 45 例宮頸原位癌、早期浸潤癌的儲備細胞增殖過程的病理組織學的連續性和過渡性。其結果：

1. 83 例宮頸中，儲備細胞的發現率為 96.39%，其中儲備細胞非典型增殖占 63.75%；原位癌（包括累及腺體）占 53.75%；

2. 宮頸鱗柱聯合的移行上皮發現率為 66.27%；其組織形態中，未菲薄化非典型移行上皮占 7.27%，原位癌占 5.45%；菲薄化非典型移行上皮占 78.18%；原位癌占 38.18%；

3. 45 例宮頸原位癌和早期浸潤癌中，僅有一例真正由鱗狀上皮發生者，占 2.22%；其餘 44 例均與儲備細胞有關；

4. 在 44 例與儲備細胞有關的病例中，作者等用大量的連續或斷續切片材料，用分段、分片對比法，嚴格地、嚴密地觀察組織形態學的連續性和過渡性。在同一張切片上，確實地看到健康組織和癌前病變、癌組織之間的連續性和癌前病變、癌組織自身癌化過程的過渡性者 7 例，占 15.91%。作者等確認：在 44 例與儲備細胞有關的病例中，至少有 7 例，在發生學上是由來於儲備細胞的；

5. 癌占居部位的分類中，純粹占居頸管部的占 53.33%，以頸管部為主的占 77.77%；癌占居部位和移行上皮有關係的占 83.76%。

這是兩個有關宮頸原位癌發生學的重要事實，是宮頸原位癌發生、發展過程中的二種重要現象，而本質的東西，則是宮頸癌的儲備細胞來源。

因此，在宮頸癌預防工作中，在宮頸癌的早期發現、早期診斷工作中，必須進行頸管內取材，以提高原位癌的早期確診率。

主 要 參 考 文 獻

- ①Fluhmann, C.F.: The histogenesis of squamous cell metaplasia of The cervix and endometrium. Surg. Gyn & Obst 97: 45, 1953.
- ②Fluhmann, C.F.: The squamocolumnal transitional zone of the cervix uteri. Obst & Gynec 14: 133, 1959.
- ③Howard, C., et al: A study of incidence and histogenesis of endocervical metaplasia and intracervical carcinoma, Cancer 4: 1210, 1951
- ④Hellman, J.N., et al: Some factors influencing the proliferation of the reserve cells in the human cervix Am. J. Obst & Gynec 67: 899, 1954.
- ⑤Nieburgs, H.F.: The significance of tissue cell changes preceding uterine cervix carcinoma, Cancer 16: 2, 141—159, 1963.

- ⑥ Reagan, S.W., et al: The cellular pathology in carcinoma in situ: cytohistopathological correlation, *Cancer*, 9 : 385—402, 1956.
- ⑦ Reagan, S.W., et al: Atypical hyperplasia of uterine cervix, *Cancer*, 8 : 42—52, 1955.
- ⑧ Reagan, S.W., et al: Cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of uterine cervix, *Cancer*, 6 : 224—235, 1953.
- ⑨ Thorton et al: The relationship of the squamocolumnar Junction and endocervical glands to the site of origin of carcinoma of the cervix, *Am. J. Obst. & Gynec.*, 78 : 1060, 1956.
- ⑩ Mestwerdt, G.: Stellung der Histologie, Wege and Ziele in der Früherkennung des Gebaer-MutterHalskrebses, Veb Gustav Fisdler Verlag JENA, 1956.
- ⑪ Соколовский, М.Р.: К вопросу о “резервных” клетках в псевдоэрозиях шейки матки, *Вопросы Онкологии Том10, №5, 1964.*
- ⑫ Hamperl, H.: 上皮内癌について, *癌の臨床* 7 : 11, 1961.
- ⑬ 井植进等: 所謂子宮頸初期癌の臨床癌の臨床, 7 : 2-3, 114, 1961.
- ⑭ 远藤幸三等: 子宮頸管の Reserve cellの动势, *臨床産科婦人科*, 16 : 9, 667, 1962.
- ⑮ 远藤幸三等: 子宮頸部の扁平圓柱上皮境界における組織图象について *産婦人科の世界*, 13 : 6, 1165, 1956.
- ⑯ 大貫勇二郎: 新生儿より老人期に亙る子宮癌管の病理組織学的研究, *日本病理学会杂志*, 48 : 1, 170, 1959.
- ⑰ 太田邦夫: 宮頸上皮内癌について, *癌の臨床*, 7 : 23, 128, 1961.
- ⑱ 小林隆等: 宮頸癌の发生部位に関する研究 扁平圓柱上皮境界の新しい定义の提唱, *日本産科婦人科学会杂志* 14 : 8, 610-611, 1962.
- ⑲ 竹内正七等: Reserve cell について, *産科と婦人科*, 28 : 12, 89-92, 1961.
- ⑳ Pund, E.R., et al: Preinvasive and invasive carcinoma of cervix uteri, *Am. J. Obst. & Gynec.*, 55 : 831, 1948.

(本文有关組織化学制片技术方面承蒙江西医学院組織胚胎教研組 鄒超講師指导, 謹此致謝)

儲备細胞发展的各个阶段 (1-10)



图1 病檢号

64-916 22×

儲备細胞初期出現 (右上方), 在柱状上皮下排列着一行类圓形或橢圓形的幼稚細胞。



图2 同图1

86×

上方柱状上皮的下面有一行排列整齐的类圓形或橢圓形的幼稚細胞。

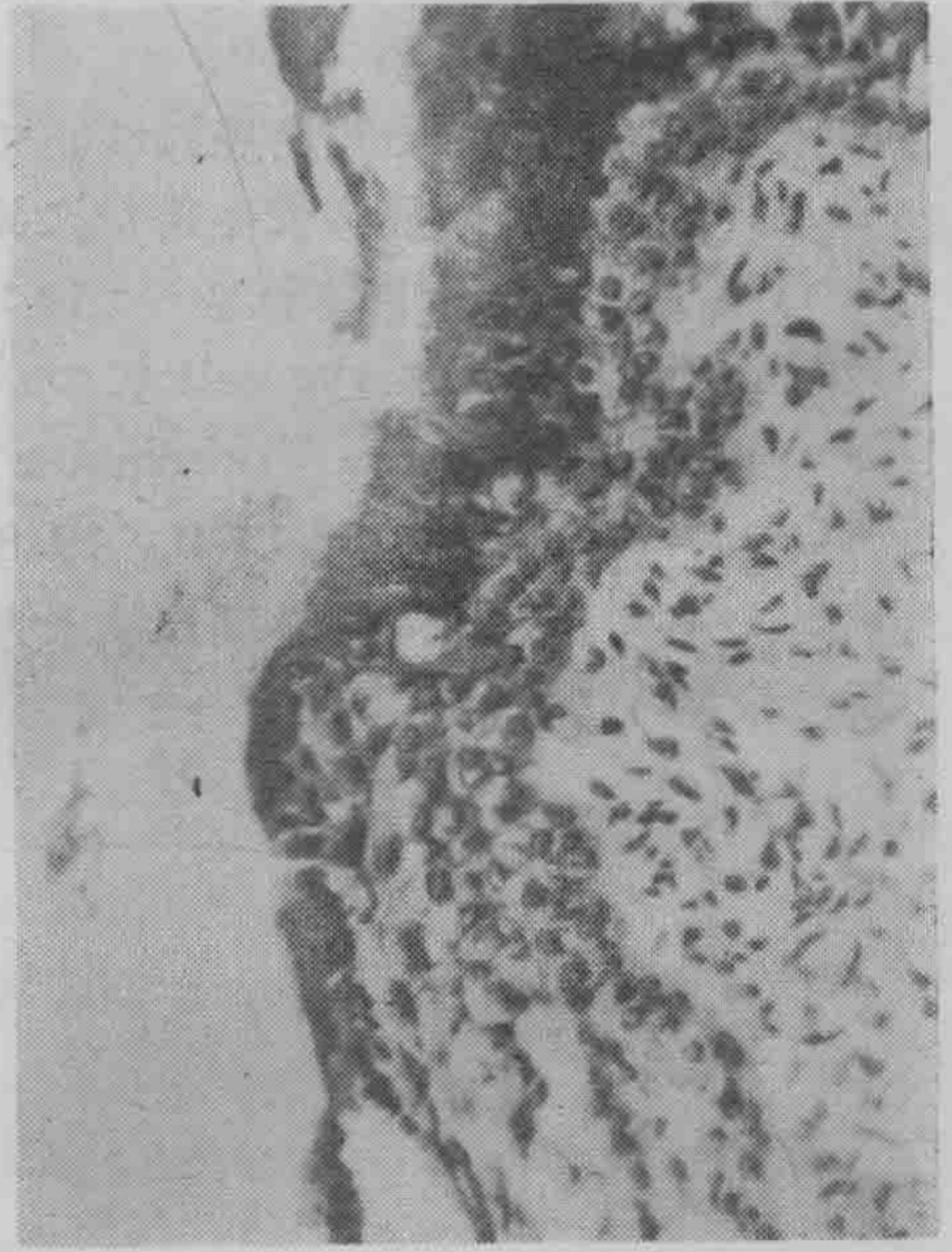


图3 病檢号

11436 86×

儲备細胞增生, 在柱状上皮的下面可見数层圓形或橢圓形的幼稚細胞。



图4 病檢号

3490 86×

儲备細胞增殖鳞状上皮化生呈层化不全(左方), 儲备細胞增殖鳞状上皮呈非典型型細胞(右方), 于鳞状上皮化生的上方仍可見柱状上皮細胞。

图5 病检号

2532 86×

儲备細胞呈增殖，于其中可見小的腺腔，于儲备細胞的上层仍可見殘存的柱状上皮細胞。

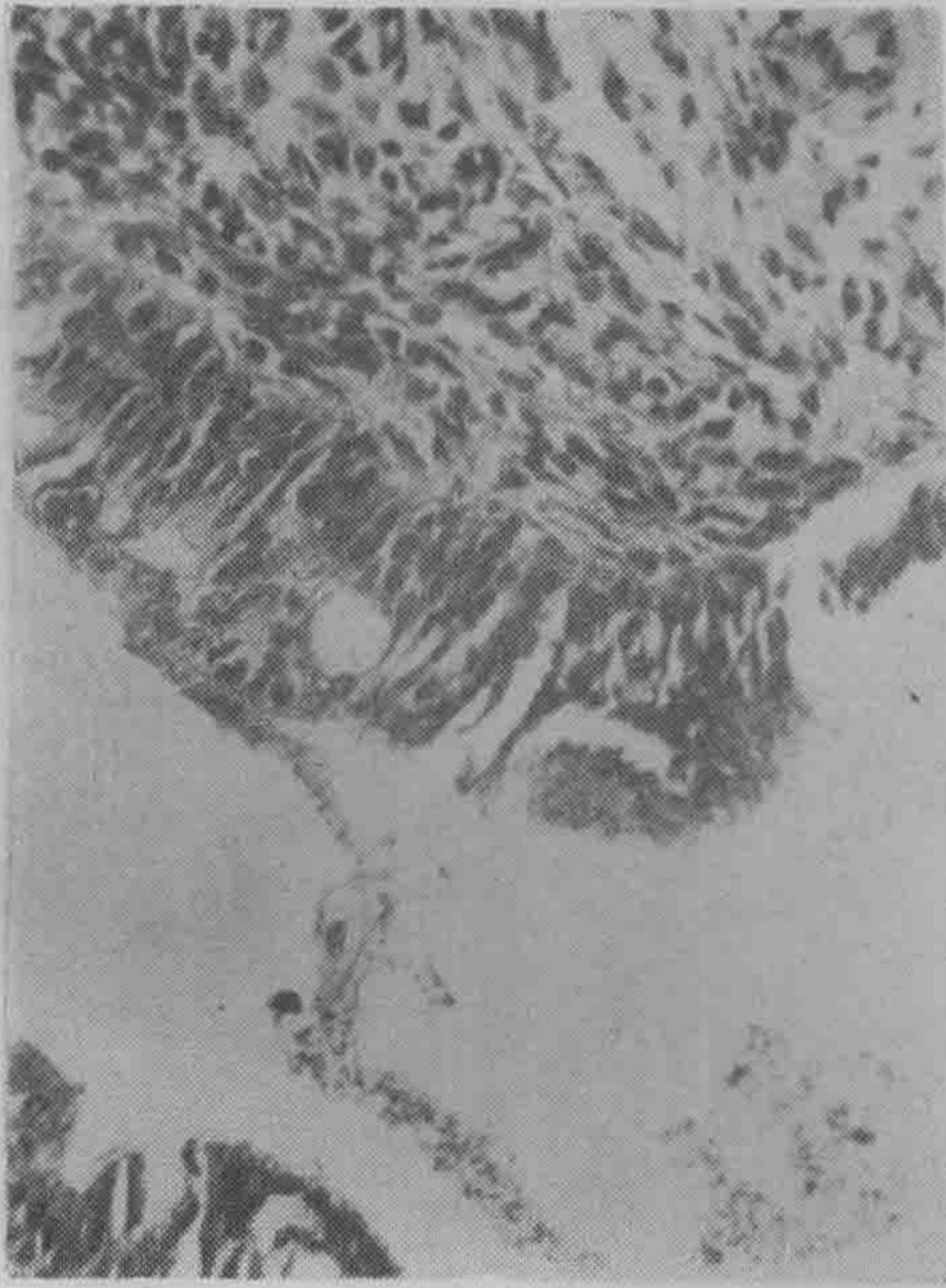


图6 病检号

64-533 83×

儲备細胞呈重度非典型增殖，已达原位癌的程度，細胞排列紛乱、大小不等，但基底膜完整，于这一团細胞的上方仍可見腺体的柱状上皮痕跡。

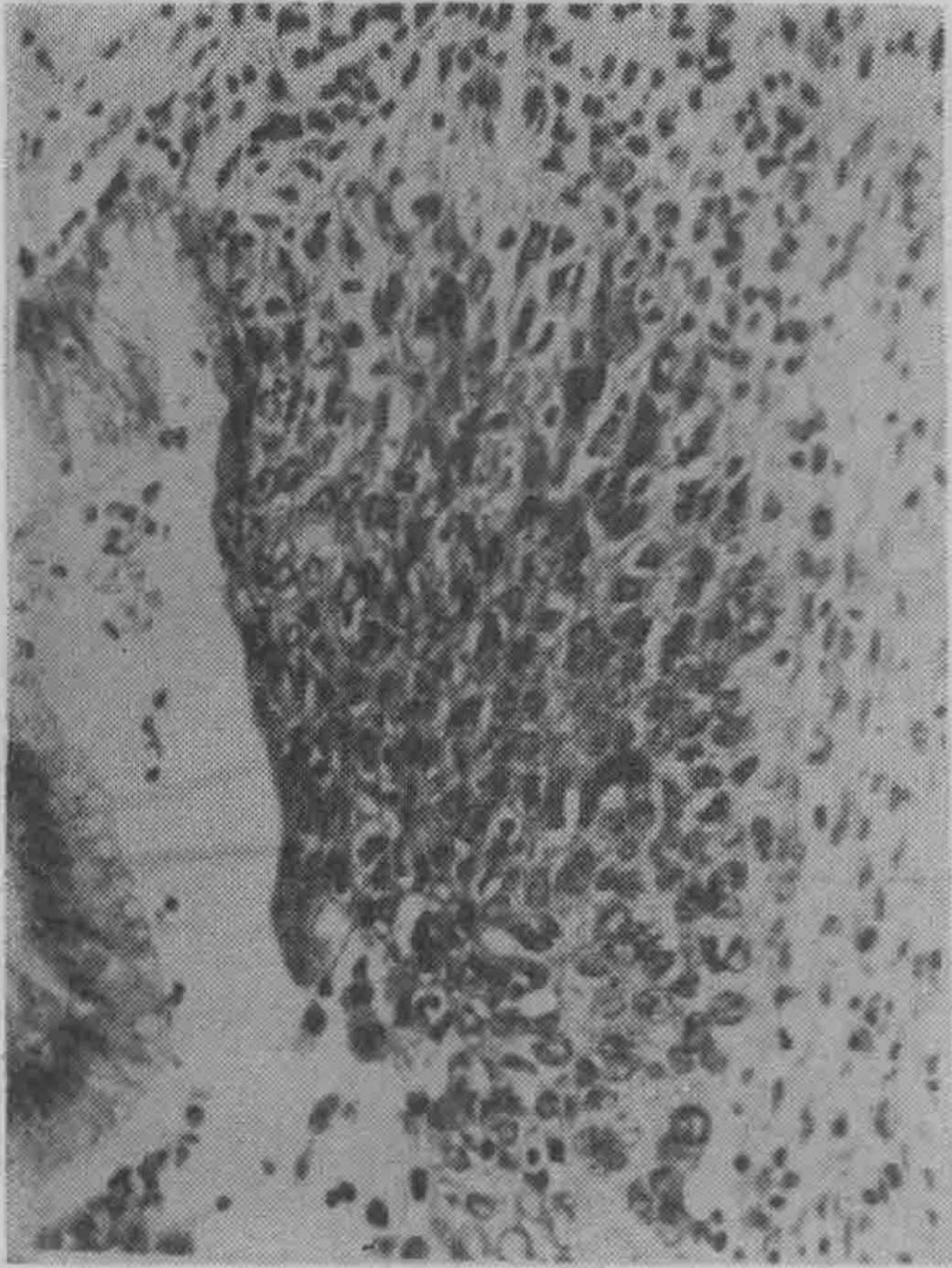


图7 病检号

13055 22×

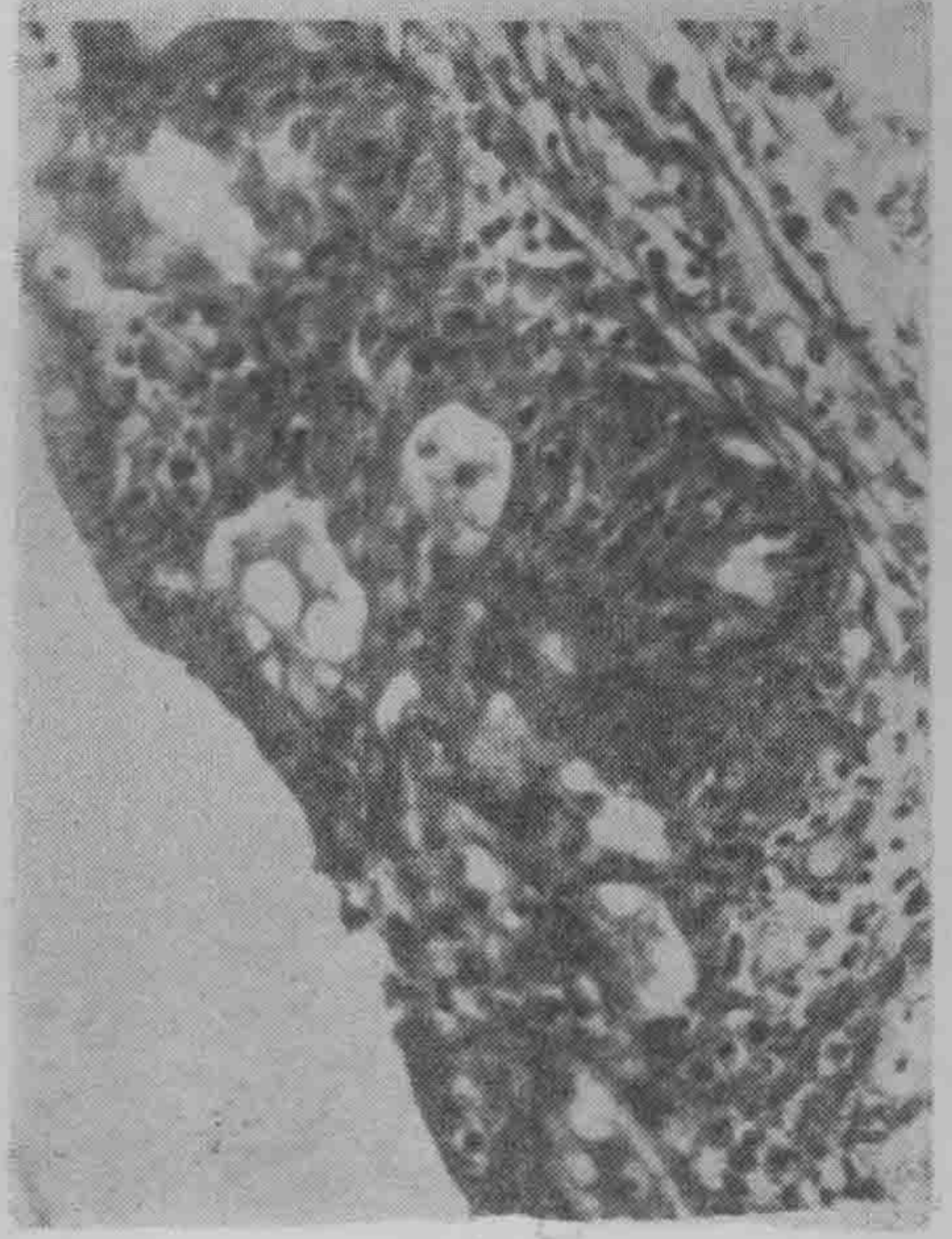
儲备細胞腺性增殖（下方），儲备細胞增殖达重度非典型增殖及原位癌的程度（上方）。



图8 同图7

86×

儲备細胞腺性增殖，于增殖的儲备細胞的中央可見数个腺腔，腺腔内有分泌物。



（11-10）