

妇科肿瘤学

主编 谭道彩 梅卓贤

广东人民出版社

妇科肿瘤学

—— 基础与临床 ——

广东人民出版社

妇 科 肿 瘤 学

主 编 谭道彩 梅卓贤

广 东 人 民 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

妇科肿瘤学/谭道彩 梅卓贤主编—广州：广东人民出版社，2000.5
ISBN 7-218-03336-9

- I. 妇…
- II. ①谭…②梅…
- III. 女生殖器—肿瘤学
- IV. R737.3

责任编辑 冯秋辉
责任技编 孔洁贞
出版发行 广东人民出版社
经 销 广东省新华书店
印 刷 广东粤中印刷公司
开 本 889×1194 毫米 16 开本
印 张 17.5 印张
字 数 860 千字
版 次 2000 年 5 月第 1 版第 1 次印刷
印 数 3,000 册
书 号 ISBN 7-218-03336-9/R·83
定 价 45.00 元

如发现印装质量问题，影响阅读，请与承印厂联系调换。

前 言

妇科癌症防治事业在我国发展迅速，1960年前后宫颈癌是我国肿瘤工作者的主攻课题。伴随宫颈癌防治研究的开展，绒毛膜癌和卵巢癌等的诊疗工作也取得很大成绩。中国妇癌临床工作既挽救了万千妇女的生命，亦创造了不少国际一流的、推动世界各国妇癌的研究和发展。

近20年中国医药卫生事业进步巨大，妇女地位日蒸提高，为适应社会发展的需求，妇癌工作必须提高、妇癌防治力量必须壮大，并要求有无数素质优秀、技术精湛的防治骨干。本书是为适应当前及今后的形势而进行编写的。

中国是一个地大人多的国家，由于历史与地理的缘故，各地医药事业水平存在着很大的差别，大山区及边远地区医院尚缺乏放射治疗装备，更缺先进仪器，本书介绍动脉化疗加手术治疗Ⅱ_B期宫颈癌及晚期妇癌综合治疗，可适用于无放疗设备的医院，利于工作，利于病人。许多章节的内容详细具体，便于从事实际工作的妇癌科和妇产科医师阅读和实践。

本书的编辑出版得到多位医学专家在百忙中撰文帮助，更得到《广东医学》杂志主编余国濂总编校，广东省医学情报研究所于秀章所长、办公室张素文主任的大力支持，在此书出版之际表示衷心感谢！

2000年3月

目 录

第一章 总 论	(1)
第一节 妇科癌症的诊断	(1)
第二节 妇科癌症的治疗	(8)
第二章 外阴恶性肿瘤	(31)
第一节 外阴鳞状上皮癌	(31)
第二节 外阴其他恶性肿瘤	(38)
第三章 阴道肿瘤	(41)
第一节 阴道瘤样病变及良性肿瘤	(41)
第二节 原发性阴道恶性肿瘤	(46)
第三节 阴道腺癌	(51)
第四节 阴道肉瘤	(53)
第五节 外阴其他恶性肿瘤	(54)
第四章 宫颈癌	(55)
第一节 宫颈癌的形成及发展	(55)
第二节 宫颈癌的流行病学	(56)
第三节 宫颈癌的病因学	(62)
第四节 宫颈癌的诊断	(70)
第五节 宫颈癌的播散	(86)
第六节 宫颈癌的临床分期	(87)
第七节 宫颈癌的预防	(87)
第八节 宫颈癌的治疗	(88)
第九节 条件特殊宫颈癌的处理	(96)
第十节 残端宫颈癌	(97)
第十一节 宫颈复发癌	(97)
第十二节 宫颈癌的治疗与预后	(99)
第十三节 宫颈良性肿瘤	(99)
第五章 子宫体部肿瘤	(102)
第一节 子宫内膜癌的病因与诊断	(102)
第二节 子宫内膜癌的治疗	(107)
第三节 子宫肉瘤	(110)
第四节 子宫的良性肿瘤	(117)
第六章 卵巢肿瘤	(126)
第一节 卵巢癌的病因学	(126)

第二节	卵巢肿瘤组织分类及病理	(130)
第三节	卵巢恶性肿瘤分期与卵巢肿瘤诊断	(149)
第四节	卵巢恶性肿瘤的转移与扩散	(156)
第五节	卵巢上皮性交界性肿瘤	(161)
第六节	卵巢上皮性恶性肿瘤	(162)
第七节	恶性生殖细胞肿瘤(GCT)	(174)
第八节	性索间质性肿瘤	(179)
第九节	影响预后的因素	(186)
第十节	继发性卵巢恶性肿瘤	(189)
第十一节	卵巢良性肿瘤	(193)
第十二节	卵巢瘤样病变	(202)
第七章	原发性输卵管癌	(207)
第八章	妊娠滋养细胞疾病	(212)
第一节	历史回顾	(212)
第二节	流行病学	(213)
第三节	妊娠滋养细胞疾病的分类	(218)
第四节	滋养细胞疾病的病理	(218)
第五节	葡萄胎的诊断与治疗	(226)
第六节	妊娠滋养细胞肿瘤	(232)
第九章	女性生殖道恶性黑色素瘤	(247)
第一节	外阴黑色素瘤	(247)
第二节	阴道黑色素瘤	(249)
第三节	女性生殖器及其他恶性黑色素瘤	(249)
第十章	癌症及妇科癌症患者的心理问题及处理	(250)
第一节	心理、社会因素对癌症及妇科癌症的 发生、发展、预后的影响	(250)
第二节	妇科癌症患者的心理反应	(251)
第三节	癌症和妇科癌症病人心理状态评估方法	(252)
第四节	癌症及妇科癌症病人心理治疗及心理护理	(254)
第十一章	妇科癌症患者的疼痛治疗	(259)
第一节	妇癌患者疼痛的原因及分类	(259)
第二节	盆部和女性生殖器官的神经分布	(261)
第三节	痛觉的传导途径	(263)
第四节	妇癌患者的疼痛评价	(263)
第五节	癌痛的治疗	(265)

第一章

总 论

最近 10 年我国的妇科癌症有所增加。子宫颈癌在中国大陆及台湾省仍居妇科癌症的首位，卵巢癌及子宫内膜癌有了明显的增多。随着人民生活水平的提高以及卫生条件的改进，各省、市、县级医院的妇科恶性肿瘤患者日见增加。我国的妇瘤科医师及妇产科医师的数目亦逐年递增，加上世界科技的进步，要求我们尽快提高我国的妇科肿瘤诊疗和预防的质量。

防治妇科恶性肿瘤的有利因素很多。外阴疾病包括肿瘤在比较早期可以由妇女本人作自我会阴部照镜或触摸而发现。最早期的宫颈癌和它的癌前病变，可以通过细胞学涂片而显示。全数恶性葡萄胎是从良性葡萄胎恶变形成的，约一半的绒毛膜癌是由葡萄胎演变而来的。认真追踪观察经治疗的葡萄胎妇女，可以及早发现恶性葡萄胎及绒毛膜癌，亦有可能在发展成癌之前得到制止。大多数子宫内膜腺癌形成之前若干年均存在癌前期的病变，此时期患者会出现月经过多或延长日期，或者虽绝经后又有子宫出血的表现。刮取子宫内膜作病理检查或自宫腔镜取活检，可以诊出子宫内膜的癌前病变。及时治愈外阴及子宫内膜等的癌前病，可以明显降低妇科癌症的发生率，达到预防癌症的效果。绝大多数恶性的卵巢及输卵管肿瘤，均出现肿块，位于子宫的侧旁或邻近处，经妇科医师细致地作盆腔检查即可发现，超声或 CT 等影像检查，能够确定子宫周围的肿块，有时亦可发现一些癌症。

经过无数妇瘤科医师和妇产科医师等科技人员的共同努力，早期宫颈癌及滋养细胞恶性肿瘤的治疗效果在近 30 年间有了明显的进步，卵巢癌的 5 年生存率有了进步，Ⅲ期宫颈癌和有脑转移的绒毛膜癌等晚期妇科癌症的综合治疗亦取得了一些可喜

的成绩。

第一节 妇科癌症的诊断

和许多癌症一样，妇科癌的诊断须赖认真掌握病史，细致的体格检查，医学影像资料及有关的实验室检测而获得。原发性阴道癌及子宫颈癌包括它们的癌前病，可以通过脱落细胞涂片的分析被发现。超声影像或 CT 等影像检查可以检出卵巢肿瘤和子宫内膜肿块。

一、病史

医师诊断任何疾病均从病史调查开始。接诊医师要详尽而准确了解患者的病史，发病的原因和疾病发展过程，结合体格检查及特殊检验项目，通过综合分析取得符合实际的诊断。许多妇科癌症和病史的关系十分密切。已婚妇女若干年前患有葡萄胎，若出现肺的 χ 线阴影加上人绒毛膜向性腺激素阳性，可以诊断为绒毛膜癌。

1. 阴道出血。常常是子宫癌症及阴道癌瘤病者的主诉或第一项症状；卵巢癌症侵达子宫内膜或阴道壁亦可出现这症。外阴癌瘤之出血多先发生于会阴部的癌灶。患子宫内膜癌的老年妇女之第一症状多是绝经后少量阴道出血。

2. 阴道液增量或变色。癌瘤病灶在宫颈、子宫内膜或阴道壁形成后，瘤灶及其周围组织的生物学代谢旺盛，脱落细胞及有关成分增多，血液供给增强，均可促使阴道液量加多，或加上气味的变臭。这些癌瘤如并发炎症或出现出血坏死，阴道液即白带可以变成黄色、棕色或红色液体，白带内可混有

小颗粒状组织物。最早的白带颜色改变或微量的阴道出血,是由妇女的内裤显示。因此,内裤也是一面“镜子”。建议妇女不要常穿用黑色及深色的内裤,颜色深暗的内裤就不能发挥“保健镜子”的功能了。

3. 肿块。妇科癌症形成的肿块多数出现在下腹部及会阴区。各种原因引起的子宫增大或者卵巢肿瘤,当肿块的体积长至一定程度,细心的妇女可以触摸到下腹有肿块,尤其在平卧位当膀胱尿液充满时较易摸得。女孩及少女的盆腔肿瘤,大多是睡眠时由家长发现的。女儿熟睡时,腹壁松弛,下腹肿块可以明显地隆起易见,亦易于触得。或者,在1~2月间少女裙围或裤头要求加宽,而体重无明显增加,家人注意及进而联想到有问题,因而进入医院诊查。

外阴部或阴道口的明显肿块,多数妇女可以自行看到,细小的肿块,则要通过会阴部照镜才能及早发现。笔者最先提出“会阴照镜”是简易的自我保健方法。这办法能够细致观察到阴道口及其四周、尿道口及尿道前庭区和肛门及其周围的细小异常改变。

4. 痛。妇科的癌症在早期阶段患者一般不会出现疼痛,但并发感染则会发生痛。子宫癌症侵及宫旁组织的植物神经时,会有下腹侧痛或触痛,若癌转移至盆壁淋巴结,且压迫腹膜后区的神经,便可引起剧痛,以闭孔神经受压为多见。绒毛膜癌等形成的子宫穿孔或恶性卵巢肿瘤发生的肿瘤穿破,血液或瘤内液滚入腹腔,刺激腹膜常有突发性剧烈腹痛,或伴发休克。绒癌脑转移可出现头痛,且有视功能障碍或肢体力量下降、伸舌偏歪等颅神经症状。有些卵巢肿瘤发生瘤蒂扭转,也会引致急剧的腹痛,亦可能伴发休克。

5. 癌影响盆腔其他器官出现的症状。子宫的癌症压迫或者侵犯邻近的脏器,可以引起一些症状。癌瘤累及膀胱三角区或侵近膀胱的后壁,患者会发生尿频或排尿难尽等感觉,一如后尿道炎的症状。如癌侵达膀胱的粘膜层,便可能有血尿。肿瘤压迫直肠,患者会感到排大便困难、便块干和便秘等症。

妇科癌侵入盆壁淋巴结,使淋巴结增大并变硬,与周围的组织结构粘连,可以压迫髂外静脉,导致同侧下肢出现静脉性水肿;癌造成宫旁或髂血

管周围多数淋巴管阻塞,能够引起会阴部或下腹部的淋巴性水肿。少数盆腔的原发或继发癌灶,可能压迫单或双侧输尿管,引起少尿、无尿及尿毒症。

6. 溃疡。外阴及阴道下1/3段的癌瘤,可以由患者本人首先发现溃疡作为就诊的原因。宫颈的癌灶形成溃疡的亦不少见,但只能由医生诊查才能看见。癌瘤发生了溃疡,多有出血或并发感染,分泌物逐步增多并具臭味等情况。

7. 腹胀。恶性卵巢肿瘤及一些子宫内膜癌,可以并发腹水,卵巢癌瘤在盆腹腔慢慢增大或向腹腔各处播散,患者会有腹胀感,随着癌的发展,腹胀感逐步加重。妇科癌造成的不完全性或完全性肠梗阻,病人亦有腹胀,并加上腹痛等症。

8. 全身性症状。妇科癌症发展至一定程度,病者可能发生易倦、持续体重下降、发热及贫血等。少数宫颈癌病人可以伴有皮肤色素沉紫、虚弱乏力、水肿、低钾性碱中毒及精神异常等所谓皮质醇增多症状群。有些妇科癌亦会并有低血糖症。

二、体格检查

良性和恶性肿瘤的诊断与治疗,都离不开体格检查,因此它十分重要,负责医师必须全面细致进行体检,不容许有疏漏。

1. 全身体检。它的任务是初步判断患者是否患上肿瘤,良性瘤抑或癌症,早期癌还是有转移的癌。另一任务是确定病人的重要内脏功能良好与否,患者是否适宜接受手术治疗、放疗、化疗或者综合治疗。

诊查要求十分认真。如患者有盆腔肿块,或者盆块加上锁骨上窝有增大的淋巴结,诊断可能差异很大。后一种情况的患者可能就是盆腔癌瘤伴有锁骨上区的癌转移。

2. 盆腔检查。或称妇科检查。包括下腹部及会阴部视诊和触诊,阴道窥器检查,阴道及宫颈指诊,阴道腹壁双合诊,阴道直肠腹壁三合诊。

(1) 外阴部检查。在良好照明条件下,细心的医师可以看清妇女会阴区的微小异常,包括细小色素斑、小结节及小溃疡等。再而触摸病变或可疑癌灶的体积、硬度及它与周围的结构和组织的关系。笔者曾遇到两例外阴肿块的患者,经过有经验的医师诊断为纤维瘤,肿块多为结节状,硬度低于纤维瘤而呈韧实感,二患者均有葡萄胎的历史,故笔者

对 2 例的第一诊断是绒毛膜癌。随着, 二患者的绒毛向性腺激素试验为阳性, 病理组织学确定为绒毛膜癌。

(2) 阴道窥器检查。此项检查法是要通过窥器用肉眼观察阴道及宫颈的有关情况, 并可在窥器显示下用棉枝或其他工具触擦病灶, 检查是否易于引起接触性出血。若要从阴道壁或宫颈的表面采集脱落细胞, 则要先于阴道指诊前收取细胞标本。有阴道出血的患者, 在窥器暴露下可确定出血点是在阴道、宫颈或子宫外口以上。

(3) 阴道腹壁双合诊。有些阴道或宫颈的病灶在窥器检查并不明显, 但自阴道触诊则十分清楚。此检查法不仅可以检出阴道及宫颈的肿块和溃疡, 尚可检出子宫体、附件及宫旁组织的增生性病变。一部分在盆腔另一部分在腹腔的瘤块, 检查时注意以摸腹壁的手掌检查肿块的上段, 用放在阴道的手指了解伸入盆腔肿瘤的情况, 这种定位对诊病十分重要。

(4) 直肠阴道腹壁三合诊。这项检查法可以了解盆底区的肿块或病变情况。出现在主韧带的癌浸润灶及结节, 此法比双合诊查得较准确, 因为阴道检查手指无法伸到主韧带的背侧, 放入直肠的手指则能达到。三合诊还可能到骨盆侧壁低处包括闭孔巴淋巴结的下组。

有些阴道直肠隔的肿块和阴道侧旁的肿瘤, 需经阴道直肠两手双合诊方可弄清。检查医师要双手戴手套, 一手的两指放进阴道腔, 另一手伸一指入肛管, 作联手检查, 使肿块夹于三指之间, 问题较易查清。此法是作者最先发现并应用, 已向多批学生介绍及示教, 许多外阴癌、阴道癌及女性直肠癌需作此项检查。

三、医学影像诊断法

患有妇科恶性肿瘤的病者, 或疑患妇癌的妇女, 几乎均须接受有关的影像检查。

1. 应为每一个妇癌患者作 χ 线胸部照片, 以确定肺及心是否正常, 肺及肺门区有否转移癌的病灶, 若疑骨骼有瘤或继发癌, 可作有关部位的骨照片。腹膜后区空气道影, 可以判断盆部腹膜后区肿块的位置并与周围结构之关系包括输尿管与它的距离; 静脉肾盂造影亦可了解输尿管与盆部肿块的关系。绒癌、恶葡病人治愈后每次随诊复查, 都应接

受胸部 χ 线照片, 以断定是否有肺转移癌灶, 不宜单作胸透, 后者不能留下影像资料与之后的照片比较。

2. 超声影像对盆腔肿瘤患者或疑有盆部肿块者, 均有诊断的价值。腹主动脉周围及盆腔侧壁的增大淋巴结, 这影像法亦可显示。子宫内膜的厚度超过 1cm 或内膜有几个乳头状瘤灶凸起者, 大多数是子宫内膜癌。超声检查可以判定葡萄胎组织有否侵入子宫的肌层, 能判定葡萄胎属良性抑或恶性。经阴道的超声检查对子宫旁区及盆腔低位的瘤变, 诊断价值较高。

3. CT (计算机 χ 线体层影像法) 对人体病灶可获得高质量的横断面影像, 且可示出病变区之比重, 它对病状的分辨率比 B 超检查要高得多。妇科癌患者发生脑转移, 在没有出现脑瘤灶症状时 CT 可以反映脑转移癌的影像。绒癌 III_B 期患者及早作脑 CT 扫描, 有可能早发现 IV 期的绒毛膜癌。

CT 还可以做介入性放射诊断检查, 引导穿刺盆部及其他部位的病灶, 收取活体组织作病理学检查, 避免穿刺针误扎入直肠、膀胱或重要血管等结构内。

4. MRI (核磁共振成像术) 80 年代用于临床诊病。它具有高参数和高灵活性效能, 经充分调整 T_1 及 T_2 弛豫时间及改变 MR 信号的强度, 能够更换影像的 T_1 或 T_2 权重程度。展现在 T_1 权重像具备短 T_1 弛豫时间的组织, 显示出高信号强度的亮白影, 如出血及脂肪组织; T_2 权重像则相反, 属长弛豫时间之肿瘤组织为高信号的影像。若要增加与肿瘤组织的对比度, 尚可施行压抑周围脂肪组织的技术。

比之 CT 及 χ 线检查等, MRI 没有放射线损害问题是它最优越之处。这影像检查可从横断面、矢状面及冠状面摄取图像, 从三个不同角度的切面显示一处的病灶, 诊断准确度必然十分高。MRI 影像检查的分辨率高, 它可以分出脑组织中水和酯质含量的极少差别, 显示大脑内的灰、白质分界清晰, 它对软组织的分辨率略高于 CT。MRI 对脑部、脊髓及脊椎的诊断效果最为优异, 用于盆腔病灶的诊断效果良好, 对子宫病变的判断好于 CT, MRI 对腹及胸部肿块具有独特之点。MRI 对发生在肝的占位性病灶的诊断价值优于其他影像检查法, 妇科癌瘤是否有肝转移, 应考虑作 MRI。脑转移癌的患

者,如有可能,亦应行MRI。

四、内窥镜检查

1. 阴道镜。1925年用于临床诊断,首台是一放大镜,其后发展为放大镜加显微镜,可以放大6~240倍,最常用的是8~20倍放大镜。此镜加上绿光滤波器可以较清楚观察宫颈表面小血管的情况。正常的子宫颈在阴道镜下可见到鳞状上皮、腺上皮及鳞腺上皮的转换区,有些妇女尤其是年老的,可能要加用宫颈管窥器方可观察到转换带之全貌。如在此镜检下见到斑状改变、变白的上皮、镶嵌,异常转换区、异型血管或真性腐烂,则该点可能有癌灶存在。实际上,阴道镜检查宫颈最重要的作用乃是在此镜引导下采取活体组织作病理切片检查。早期的宫颈癌,经宫颈脱落细胞学涂片检查、阴道镜检及在镜检指引取活检病理组织学检查,三者联合应用的阳性准确率,可高达97%。但应指出个别分化良好的宫颈腺癌,在阴道镜检下宫颈可以没有异常的征象,医师应特别小心。

2. 宫腔镜。第一台宫腔镜制成比阴道镜面世要早50多年,但大量生产至广泛使用此镜则在1970年之后,原因是介质材料的问题。宫腔镜用于临床诊断主要是:

(1) 检查不正常的子宫出血原因。

(2) 了解子宫内壁及宫壁的肿块,并可取活检,作为绒癌、恶葡及宫内膜癌放疗后随诊检查,子宫肌瘤或宫内膜、息肉剔除术后复诊。

(3) 不孕症与宫内膜的关系。

(4) 月经稀少或闭经是否与子宫内腔手术疤痕、内分泌失调或卵巢功能衰竭有关,如有疤可同时清除疤痕。

(5) 有否异物或避孕器遗留在宫内,如有亦可取出。

(6) 早孕作人流失败,宫腔镜检可决定是否异位妊娠。

(7) 判断是否子宫畸型引起习惯性流产或早产。

生育年龄的妇女,最好在月经干净后2~5日作镜检,此时期子宫内薄,子宫腔比较宽阔。要注意有急性盆腔炎或有宫颈癌者,忌作这项镜检。

3. 腹腔镜。妇科医师最早使用的腹腔镜,是通过切开阴道后穹窿一小口把内窥镜放入,故又名

盆腔镜。1912年有人经腹壁造成气腹后,继经腹壁插入腹腔镜,观察妇女的内生殖器官。

现代制成的腹腔镜,可以检查腹腔的各个部位。1988年成功地经腹腔镜完成了子宫切除手术。

4. 其他内窥镜。膀胱镜检查对有些宫颈癌,可以判断癌是否浸润达膀胱的粘膜层,并可取活检。可以经膀胱镜行输尿管道行插管或加上造影术,决定输尿管受宫旁区癌灶浸润压迫的程度及部位。有些妇科癌瘤可能侵犯或压迫直肠、乙状结肠或降结肠等处,一些肠镜包括纤维结肠镜检,可以协助诊清癌侵犯或影响肠管的情况。

五、细胞学

利用脱落细胞涂片镜检发现并诊断宫颈癌,早于许多常见的癌症。细胞病理学和组织病理学同属形态学诊断方法,组织病理学应是细胞病理学的基础,细胞学医师随着对组织病理学形态之认识的提高与深化,对细胞学诊断技术必然得以提高。

细胞学是病理学的一个部分。细胞学诊断要有组织病理学及解剖学作依据,妇女的胆囊癌脱落癌细胞可以出现在阴道液内,经阴道后穹窿涂片可以发现从胆囊癌掉落的癌细胞。脱落细胞制成的涂片,细胞分布情况不似组织病理学切片所显示细胞层次及排列,但细胞涂片中各种细胞的分布情况及背景,亦有不同的诊断意义,勿可忽视。如不管是宫颈癌还是宫内膜癌的细胞涂片,它的背景绝不会非常干净。

妇科癌症的细胞涂片多数标本取自宫颈、阴道穹窿、宫颈等、子宫腔或腹腔液体,少数得自胸水或尿液,其中以宫颈的早期癌及癌前病变的标本最多。制作细胞涂片的技巧及方法,均十分重要,可能明显影响涂片的诊断质量,妇瘤科及妇产科医师必须注意。欲诊查宫内膜癌,最好从子宫腔或宫颈管处取标本作涂片,比之由宫颈表面及阴道穹窿收集标本涂片的阳性率高。

运用细胞学尚可作一些特殊化验项目:

1. 免疫组织化学分析。可依据细胞内特殊的物质或抗原之表达,进一步了解癌细胞的组织发生学或其分化趋向,从区分低分化癌瘤的类型进而判断是否转移癌症。

2. 癌基因检测。可按照癌基因的表达情况决定肿瘤属良性或恶性,判断癌的发病机理,以及癌

的预后。

3. 增殖细胞核抗原测定。对判定宫颈上皮内瘤变细胞有作用。

4. 流式细胞计数。用以诊断宫颈癌及膀胱癌有意义。

5. 癌细胞性激素受体检测。主要是测定雌、孕激素受体, 对子宫内膜癌及乳腺癌可帮助选择内分泌治疗, 并可判定预后。有学者认为孕激素受体对子宫内膜癌预后关系, 其重要性仅次于临床分期。

6. 其他。当可作染色体计数, 相差显微镜分析及电镜观察等。

六、病理学诊断

除了恶性滋养细胞肿瘤, 所有妇科癌症的最后诊断均有赖于组织病理学诊断, 故此十分重要。外阴癌、阴道癌和宫颈癌患者, 在抗癌疗法开始前却要在病灶中取出一小块活组织, 经过病理切片确定为癌, 方能正式治疗。可疑的癌灶, 亦应如是处理。可疑为子宫内膜癌的患者, 须及时行分段性诊断性刮宫术, 从子宫腔各个不同部位, 刮取宫内膜并分别送病理切片镜检, 判定是否是癌症。有些盆腔肿瘤及外阴癌伴有腹股沟淋巴结肿大者, 可切除一个最可疑为癌转移的结节作病理检查。妇科癌症治愈后一段时间, 若在盆腔、阴道或宫颈又长出新的肿块或病灶, 不能肯定为良性病者, 要及早行病理活检, 确定是否癌症复发。小范围复发的妇科癌, 经过积极的合理治疗, 仍可以治愈。出现在子宫周围的肿块, 可行穿刺活检取组织或细胞涂片。采取活体组织的方法:

1. 咬取活检。是在病灶表面或肿块的游离缘用活检钳咬取组织块作活检, 多用于宫颈、阴道及外阴的肿块或溃疡灶, 从宫颈口上方长出, 凸入阴道腔的肿块, 亦可咬取组织块作切片检查。

2. 切取活检。腹股沟区的大结节或固定于耻联处不易整块切除者, 会阴部及阴道口肿块的质地韧实用活检钳不易咬取组织者, 可作切取活检法。

3. 切除活检。疑为恶性黑色素瘤, 或者发生在会阴或阴道的小肿块或小溃疡, 应整个病灶切出并包括其周围少许正常组织一起切除, 送作病理检查。

4. 刮取活检。宫颈管、子宫腔及癌管表层的组织, 易于被刮匙刮出, 可用此法获得病检所需

的组织, 刮取的组织亦可以作细胞学检查之用。

5. 穿刺活检。包括细针抽吸法及组织穿刺针法二种。多用于体表淋巴结、阴道旁及肛门周围未凸至皮肤的肿块, 较为深在并且穿刺有危险的肿块, 应在超声或 CT 引导下施行穿刺, 收取活组织。这种操作法可以促使癌播散或接种, 即使是抽取癌性腹水, 亦可造成腹壁穿刺点的癌种植, 应予以注意。穿刺取得的组织物亦可以用作细胞学检查。

组织化学诊断法 本法是在常用病理切片形态学基础上进一步分析细胞内及周围的特有化学物质, 如糖原、核酸、脂肪、蛋白、粘液、胶原纤维、网织纤维、弹力纤维, 色素、酶、无机物、抗原及抗体等。本项技术又分类特殊染色法、酶组织化学及免疫组织化学。

1. 特殊染色技术。PAS 法 (过碘酸雪夫氏染色) 可染基底膜、中性粘液、糖原及霉菌等, 卵等无性细胞内糖原丰富, 染色后胞浆内可见红色颗粒, 粘液性腺癌如含有中性粘液, PAS 染色亦显红色。

(1) 脂质染色法。可以区分卵巢的纤维瘤及卵泡膜瘤, 但对脂肪肉瘤无诊断作用。

(2) 粘液染色法。粘液有酸性 (包括唾液酸和硫酸粘液) 及中性。pH2.5 的阿辛蓝染色使唾液酸粘液显出淡蓝色。胶体铁或粘液长红等亦可使酸性粘液显色。粘液染色能显示分泌粘液的腺癌及转移性腺癌。间皮瘤主要含透明质酸, 亦属于酸性粘液, 但须经过透明质酸酶消除粘液, 方可助间皮瘤的诊断。

(3) 网织纤维染色。癌组织的网织纤维极少, 癌巢内癌细胞之间不存在网织纤维, 只有癌巢的边缘有少许网织纤维包绕; 肉瘤内网织纤维十分丰富, 个别肉瘤细胞亦见有网织纤维包围着。血管内皮肉瘤及血管外皮瘤的网织纤维分布亦不同, 血管内皮肉瘤的网织纤维把血管基底膜清楚地显示, 肉瘤细胞位于血管基底膜以内。血管外皮瘤的瘤细胞则在血管基底膜外面, 瘤细胞排列成网格状, 网织纤维把 2~3 个瘤细胞或胞单个细胞隔开。平滑肌肉瘤、恶性纤维组织肉瘤和滑膜肉瘤内的网织纤维也十分丰富。此染色法可把它们与血管外皮瘤区别。另外, 此法有助于淋巴结转移癌的诊断。

(4) 黑色素及铁染色法。Masson-Fontana 法可以染黑色素及嗜银颗粒, 对于恶性黑色素瘤尤其是

光镜检的无黑色素黑色素瘤切片，用此染色法可以诊出。但要注意：此染色法对吞噬黑色素细胞亦是阳性结果。

Perls 普鲁士蓝法可显示铁离子，含三价铁离子在蛋白中经稀盐酸释出，与亚铁氰化钾反应形成普鲁士蓝呈蓝色。同时使用此法加 Masson - Fontana 技术染三价铁离子，如黑色素阳性，而铁离子为阴性，表明光镜所示的色素颗粒为黑色素，而不是含铁血黄素，若结果相反，则是铁血黄素，是由出血引起，可以除外恶性黑色素瘤。

2. 酶组织化学。利用细胞及组织内的酶，对其底物氧化、水解或脱氢等催化作用，继而以它的产物与辅助试剂发生反应，形成不溶于水并显示颜色的最终物质，这便是酶活性及定位性现象，称曰酶组织化学。颜色深表示酶的活性高，反之是弱活性。

酶组织化学有三个特点：

(1) 酶易受多种因素干扰而失活性，在组织块固定或包埋过程中，能够破坏多种酶，故应行冰冻切片。

(2) 本项技术的操作要求十分严格，pH 及温度等，要达到满意的程度。

(3) 酶属蛋白质，具有抗原性，因此对不同癌症的诊断缺乏特异性。近代免疫组织化学技术的发展，已达到比之酶组织化学检测法更为简便，更有特异性，几乎又以完全取代酶组织化学技术。

七、免疫组织化学诊断

用免疫学原理分析细胞及组织中的特殊物质，就是以经过标记的特异性抗体测试组织或细胞中的未知抗原，并以酶作用于底物出现的颜色反应来表示其活性、定位及分布等情况，这就是免疫组织化学方法。这种诊断技术的优点较多：

(1) 本检测法以抗原抗体反应，可以检出组织和细胞内少量的特异成分，属于高度敏感及高度特异性的诊断法。

(2) 测试的结果和常用形态学密切相关，属低分化的癌症在光镜不易确诊的条件下，本检测能够协助诊断。

(3) 石蜡切片可用作本法检测，回顾性分析能够实施。

妇科癌症免疫组化诊断中多用的抗体为：

(1) 细胞角质蛋白 (CK)。是上皮细胞尤其是鳞状上皮细胞的标记，柱状上皮细胞亦有 CK，是含低分子量的 CK。CK 可用以诊断鳞状细胞癌，可协助诊断低分化鳞癌及低分化的肉瘤。抗低分子量的抗体，可诊断子宫内膜腺癌和宫颈腺癌。但 CK 不是上皮癌的独有标记，因为少数平滑肌肉瘤及恶性纤维组织细胞瘤亦有 CK，应作深入分析方可区别。

(2) 波形蛋白 Vim。这种蛋白是一多肽，以 Vim 的抗体能够鉴别癌和肉瘤。但注意，少数子宫内膜腺癌、宫颈癌和恶性黑色素瘤，Vim 也会显示阳性勿轻易下定论。

(3) 结合蛋白 Des。是肌源性肿瘤的特异标记。Des 抗体可以诊断横纹肌及平滑肌肿瘤，诊断横纹肌肉瘤比较敏感。

八、电镜诊断

用电镜作癌症诊断工作，只有 20 多年的历史，而电镜制成应用已有 50 多年了。电镜检查可以判断癌的组织发生，肿瘤分化及分化趋向。电镜可以诊断手术切除的标本，活检的组织诊断，针吸活体组织分析及细胞学诊断。我国各地用电镜诊断妇科癌瘤十分少，多作为科研工作应用。

九、肿瘤标志

肿瘤的影像诊断、细胞及组织形态诊断和化学检测诊断（癌反应、血清学及免疫试验）组成肿瘤诊断学的三个鼎足。化学检测法近代发展神速。1848 年多发性骨髓瘤患者被检出尿中一种特殊蛋白——本周蛋白，这是第一项肿瘤标志检测法。不到 100 年，即 1930 年，hCG（人类绒毛膜白性腺激素）在绒毛膜肿瘤妇女的尿中测出。1964 年 AFP（甲胎蛋白）从肝细胞肝癌病人的血清中查到，继而发现胚胎性肿瘤，患者的血清都含有 AFP，包括卵巢的内胚窦瘤等。单克隆抗体 (McAb) 面世以来，一系列肿瘤标志测试法应需而出，CA₁₂₅、CA₁₅₋₃、CA₁₉₋₉等是用识别该抗原的 McAb 之编号来命名的。妇科癌症较常用肿瘤标志法有下述几种。

1. hCG。是一糖蛋白。试管婴儿在胚胎植入的第 8 日，即可在血清中测出 hCG。正常妊娠在 8 ~ 9 周 hCG 到达最高峰，继而下降。hCG 对绒毛膜肿瘤包括葡萄胎、恶性葡萄胎及绒毛膜癌都是高特

异性的标记。1973年 β -hCG放射免疫检测法研究成功后，hCG的可信度提高到1-10mIU/ml。如孕妇在妊娠9周后血的 β -hCG持续升高，结合子宫B超影像，可以诊出绒毛膜肿瘤。这类肿瘤患妇的脑脊液中hCG浓度高于血清 β -hCG 1/60者，很可能发生了脑转移癌，这种现象先于脑影像的出现。不论何种原因切除子宫后几个月或更长时间，若 β -hCG出现阳性结果，都是肿瘤问题。

2. C_{A125} 。是从卵巢上皮癌的McAb OC-125分离出来的抗体。卵巢上皮癌患者 C_{A125} 的阳性率约为75%~85%，健康妇女仅1%出现阳性。然而宫内膜癌者约30% C_{A125} 呈阳性，宫颈癌则只7%为阳性。卵巢癌的直径小于1cm者， C_{A125} 可以是阴性，这种阴性报告不能排除卵巢癌的存在。另外，在子宫内异位症及成熟型卵巢畸胎瘤中，hCG可有40%为阳性，子宫肌瘤则是10%呈阳性。妇女月经期 C_{A125} 会升高，患炎症及肝硬化者亦可以hCG阳性。如子宫的侧旁区有肿块， C_{A125} 明显高，B超影像报告块物为囊实性者，卵巢上皮癌的可能性十分高，应进一步确诊。

3. SCC（鳞癌相关抗原）。是宫颈鳞状细胞癌抗原 T_{A-4} 再纯化提出的，它也是一糖蛋白，分子量约48000。正常的宫颈、肝脏及肾均没有此种抗原。文献报告SCC对宫颈鳞癌的阳性率为75%~90%，远高于CEA（癌胚抗原）及TPA（组织多肽抗原）。宫颈腺癌患者有些会出现CEA阳性。Ⅲ~Ⅳ期的晚期宫颈鳞癌，SCC几乎均呈阳性结果，复发的宫颈鳞癌SCC亦呈阳性。

4. AFP。乃 α -球蛋白，由胎儿的肝脏、卵黄囊及胃肠道产生的，在胎儿的发育过程中AFP逐渐降低。健康成人的AFP血浓度为2~15ng/ml。内胚瘤患者的血清，AFP100%出现阳性，卵巢及睾丸的生殖细胞肿瘤可以找到AFP，卵巢的胚胎瘤阳性率为70%，未成熟畸胎瘤患者也会显示阳性结果。但要注意：急性肝炎者有30%~52%AFP呈阳性，慢性肝炎有15%~58%现阳性，但是大多数不超过1000mg/L。

AFP是一特异性相当高的肿瘤标记物。如生殖细胞肿瘤患者的AFP比较高，应细查有无内胚瘤的成分。内胚瘤治疗过程中，若AFP消失太慢，可能有残留的肿瘤组织，因AFP的半衰期为3~5日。未成熟畸胎瘤，AFP值较高的表示恶性程

度较高，难治愈，反之AFP较低的通常疗效较好。AFP阳性预示卵巢肿瘤复发现象，比之其他诊断方法（如影像法等）可能要早几个月。有学者发现AFP免疫检测对卵巢的生殖细胞肿瘤可以达到定位的效果。

5. CEA。是一高分子的糖蛋白，多用以诊断及监测大肠癌，它对宫颈浸润癌有60%~90%的患者出现阳性。CEA作组织切片染色可以鉴别宫颈腺癌及宫内膜癌，前一种80%CEA呈阳性，后者则是阴性。卵巢的粘液腺癌比浆液性腺癌的阳性率要高，特别是肠型的粘液腺癌。内膜样癌及Brener瘤亦会较高，外阴癌的CEA也升高。

6. CA_{15-3} 。用 DF_3 及115D₈二种AeAb测定出来的，前者的免疫抗原来自乳癌转移灶的癌细胞，后者得自人奶的脂肪球膜。乳癌和卵巢癌病人的 CA_{15-3} 会升高。卵巢癌的诊断敏感度为62%，特异性达85%。 CA_{15-3} 及 C_{A125} 并用于卵巢癌的上皮癌，阳性率可达90%，50岁以上病人的阳性率较高。 CA_{15-3} 尚有一个优点是宫内膜异位症病人检测结果是阴性。卵巢良性肿瘤的阳性率是20%。

7. CA_{19-9} 。一种糖类抗原标志，也是一血型因素抗原。肠及胰腺的癌 CA_{19-9} 会显阳性，卵巢癌患者的血清有30%~48% CA_{19-9} 可以升高，以粘液性腺癌较多于浆液性腺癌，少数宫内膜癌也出现阳性。

8. TAG-72（肿瘤相关糖蛋白）。其相对McAb是B72.3，由乳癌转移灶的癌细胞膜免疫鼠而制成，它的第二代抗体是CC49。TAG-72及CC49在绝大多数上皮癌组织中呈现阳性，大多数卵巢癌可测出TAG72，而正常组织则只有少数如分泌期宫内膜显示阳性反应。故此，可用TAG-72鉴别上皮癌。TAG-72和 C_{A125} 并用以诊断卵巢癌的阳性准确率很高，可达95%，应予以重视。

9. TPA（组织多肽抗原）。这是在胎盘大量存在的一种单链物质，属于细胞膜结构的成分，1957年被发现。TPA在乳癌及卵巢癌患者的血清中可呈阳性，早期癌的阳性率为50%，有转移的癌则达80%。宫颈癌的TPA阳性率为30%~35%，但特异性较高，可并用SCC及TPA检测宫颈癌。

10. CPAP（胎盘癌酯酶）。在宫内膜癌、宫颈癌、卵巢癌、肺癌和大肠癌患者的血清可测出阳性结果。阳性率：宫内膜癌是43%，卵巢癌为40%。

卵巢癌组织中 CPAP 75% 呈阳性。CPAP 有一同功酶, 名曰 Nagao 同功酶, 卵巢癌的腹水 80% 可检出这同功酶, 其他癌症的腹水则只有 35% 含此种同功酶。宫颈癌的 CPAP 阳性率为 25%。

11. FER (铁蛋白)。为带铁离子的蛋白, 分子量高, 在肝、脾、心、肠、胎盘、骨髓等器官的正常组织中均有 FER。在癌组织和癌患者血清中, FER 会升高, 宫颈癌的临床分期与 FER 升高成正比例。FER 可作成卵巢的生殖细胞肿瘤的标记; 卵巢上皮癌越到晚期 FER 越是高, 患者的血清 FER 超越 300ng/ml 者, 65% 癌人可检出肝转移癌, FER < 300ng/ml 的患者, 肝转移的不超过 10%。

妇科癌瘤常见的肿瘤标志 (附表)

附表 妇科癌瘤常用的肿瘤标志

疾 病	标 志
外阴及阴道癌	SCC
宫 鳞癌	SCC CEA TPA FER
颈 腺癌	CEA CA125
子宫内膜腺癌	CA19-9 CA15-3 CPAP CA125
子宫恶性肿瘤	CA125 CPAP CA19-9
绒毛膜肿瘤	hCG
卵 上皮癌	CA125 CA15-3 TPA CEA CA19-9
果 生殖细胞瘤	TAG-72 FER CPAP AFP hCG CA125 CPAP FER
输卵管癌	CA125 CA19-9

翁梅英 谭道彩

第二节 妇科癌症的治疗

一、手术治疗

用一种疗法——放疗、手术或化学治疗, 可以治愈一些癌症。治癌的三大手段中, 以手术治疗最为古老, 但近年每年用于治癌的方法, 可能是放疗最多。第一例内脏肿瘤的手术切除始于 1809 年, 是一例重达 10.2kg 的卵巢肿瘤, 经手术后患妇生存了 39 年。1890 年首例乳癌根治术由 Halsted 完成, 1906 年 Wertheime 报告以子宫切除加盆腔淋巴结剔除术治疗宫颈癌。

1. 手术治疗癌瘤的作用。

(1) 预防癌症。许多妇科癌都有其癌前病变的阶段, 如外阴、阴道、宫颈及子宫内膜大多有癌前疾病, 在这段时期如经行病灶局部广泛切除, 即把病灶加上它周围一部分正常组织一起切除, 就可以预防上述部位的癌发生, 达到防癌的效果。由于子宫的良性肿瘤施行全子宫切除后, 既可以预防子宫内膜癌的发生, 又可以防止子宫肉瘤的形成。但应注意: 手术前要作内膜活检, 子宫的手术标本作多处切片, 确定子宫上没有癌瘤病灶。如检出有癌, 则是另一问题, 谈不到防癌了。

仅作局限性的手术, 便达到预防癌发生的目的, 实在是手术治疗肿瘤方面的最大效益。

(2) 根治癌瘤。对会阴、阴道、宫颈及子宫内膜的原位癌, 经过合理的手术切除, 能够达到 100% 根治, 远期的疗效十分佳, 宫颈癌 I_A 期 (即镜下浸润癌) 经全子宫切除术, 几乎亦可以 100% 获得远期生存。许多妇科癌瘤经真正的根治手术处理, 均可得良好的疗效, 如 I 期宫颈癌手术治疗后的 10 年无癌生存率可高达 95.9%, (是中山医科大学肿瘤医院的治疗结果)。外阴、阴道及子宫内膜的第一期癌经过根治性手术切除的生存率都相当高。I 期的卵巢癌要通过开腹手术方可确定, 这类患者接受合理的手术, 加上足够的术后化学治疗, 疗效亦十分好。

(3) 救急的作用。有些妇癌病者可能会癌灶出血、穿破或瘤蒂扭转而发生紧急症状, 甚至致命的问题——休克等。比较多见的是宫颈、外阴或子宫内膜癌的癌灶大出血, 绒毛膜癌造成子宫穿孔、腹腔内出血或加上休克。卵巢癌的瘤蒂扭转 (以未成熟型畸胎瘤多见), 卵巢的囊性癌可能发生囊壁破裂, 囊内液流入腹腔, 导致急性化学性腹膜炎, 且可并发休克。以上的种种紧急情况, 手术都可以很快解决问题, 达到急救的目的。手术期间若患者没发生重大的意外问题, 经过正确的手术处理, 患者可以转危为安。如果条件许可有可能继着施行根治性的手术便一举双得, 既是急救又可以治愈癌症。

大多数宫颈癌及阴道癌的癌灶局部大出血, 可从阴道填塞纱布或碘仿纱布于出血区, 压迫或加上凝血酶等止血药而解决止血。如阴道填塞法不能止血者, 则作开腹结扎双侧髂内动脉上段, 结扎点应在髂内动脉起点下 1~1.5cm 处, 或者是子宫动脉起点的上方。结扎动脉前先认清输尿管的位置, 避

免误扎输尿管，导致新问题。动脉扎好后尚要检查清楚。

子宫内膜癌的紧急宫腔出血，也能作开腹结扎双侧髂内动脉止血，但是遇到癌为比较早期而患者的情况容许作根治性手术的，则先用无损伤血管钳分别夹住二侧髂内动脉的上段，接着施行子宫切除，若发现癌侵及子宫的深肌层，再加上盆腔淋巴结切除。

卵巢癌出现肿瘤蒂扭转的患者，大多不是晚期癌，而大多要切除扭转的肿瘤作急症手术。手术中假若发现患者的情况许可，应尽可能清除腹腔内全部肿瘤病灶加大网膜切除、达到合理的肿瘤细胞减灭术的要求，如无法做到肿瘤细胞减灭术，则努力最大限度去掉能够切除的癌瘤，以利于手术后化疗等疗法的进行，这是对待此癌的重要方法。

绒毛膜癌侵犯子宫壁形成子宫的穿孔，经手术修补并止血后，若有可能接着在双侧髂内动脉的上段注射化疗药，药物可用 5-氟脲嘧啶 (5Fu)，一侧给 5Fu 250mg + 生理盐水 20 ~ 50ml，或用氨甲喋呤，一侧注 10mg + 生理盐水 20 ~ 30ml。

暂时不宜开腹结扎动脉的阴道癌、宫颈癌或子宫内膜癌，可先经股动脉插管，把导管送至髂内动脉，在出血动脉的上方行栓塞动脉作止血的介入疗法，效果甚佳。继着应行有效的抗癌治疗，从根本上处理癌灶的出血，这些介入处理法近年应用日益增多。

(4) 作为综合治疗的一个部分。有些癌瘤发展到某一个阶段，手术不能作为治癌的唯一治疗手段，亦可能不可先行的疗法，而须与另一两种治法综合应用，手术只是医癌综合疗法的一个环节，对有些癌患者手术甚至可能被摆到配角之地位。遇到这样的患者，要认真按照病人的全身条件及肿瘤情况，研究并制定患者的治疗方案及计划，继而按序施行治疗。

癌症的诊断与治疗尚在发展中，临床上当代应用的诊断技术仍未达到十分精良地步，即使用了多种诊断方法，有些妇科癌在手术前的判断包括癌的扩散范围，未能做到非常准确。例如一位闭经妇女，58 岁时患上子宫内膜腺癌，子宫体积增大，活动性良好，盆腔检查未能及子宫周围的肿块，亦未发现明显浸润性病变。患者的全身条件良好，可以照常从事轻的劳动，主要内脏功能的常规检验结果亦佳。此患者的总体情况及盆腔所见，均适于手术

施行根治。开腹手术中见子宫及宫旁情况同术前盆腔检查的所见，盆腔右侧淋巴结无明显增大，但左侧髂血管区有三个肿大结节粘连形成一肿块，并紧贴于髂外静脉的管壁，肿块周围的小血管丰富，易致出血及渗血，止血较难，乃切取肿块边缘小块组织作冰冻切片，病理报告为癌组织。面对以上的情况，最佳的手术处理是广泛全子宫切除，它的外界是髂内动脉的前方及内侧，加上右侧的盆淋巴结清扫，接着经二侧子宫动脉插入导管，导管的前端分别送至二侧髂内动脉的上段，远端经腹膜外引出腹壁，手术结束时固定好动脉导管。术后继续术前开始服用的孕酮。手术标本报告是宫内膜腺癌中等分化，癌侵犯深肌层，但右侧 10 个送检淋巴结未见癌。患者在术后接受经动脉导管化疗及全身化疗二疗程后，作左侧盆腔体行 ^{60}Co 放疗，放疗结束后又继续三疗程左侧导管法入化疗加全化，并继续服食孕酮。如果这例癌症对化疗及放射比较敏感，患者可能得到根治的效果。

手术治疗可能对一些妇科癌是作为补充根治的手段，而在治疗始初并无施行手术的安排。绝大多数的早期绒癌可用化学药物治愈，个别患者则可以在化疗的周期足够多的条件下，依然有不正常的子宫出血，子宫仍属增大， β -hCG 尚高于正常值范围，或者 CT 扫描显示宫壁还存在病灶。有这些情况，施行子宫切除可能使患者很快达到治愈的标准。而这个手术不是早在计划中，乃是根据实情而个别安排的，但有实际意义的。

(5) 手术诊断。在上面诊断一节中谈及几项诊断方法实际都属手术技术，如切取活检、咬取活检、切除活检、穿刺活检、细针抽吸活检等。每一例癌患者要接受一次以上诊断性手术，方可开始合理的抗癌治疗。个别子宫内膜癌在分段性诊断性利宫时未能找出癌组织块送检，可能是以内膜增殖症或癌前病变接受全子宫切除术，这种患者经开腹切出子宫后，应即剖视子宫的内腔，观察宫内膜的表现，有必要者请病理科医师取部分宫内膜及其下组织作冰冻切片，若镜检为癌，则据实情扩大切除的范围，以至清除盆腔的淋巴结。第 I 及 II 期的卵巢癌，如肿瘤标志属阴性的，许多是剖腹之后方可确定为恶性肿瘤，有些可能经腹水或腹盆腔冲洗液经离心取沉淀作细胞涂片检查，或者送冰冻切片始诊断为癌。

实际上，妇科癌症需要开腹手术者，腹腔被打

开的第一步骤，就是施行全腹腔认真的检查，且要求检查清，确定是否适于手术治疗及可能接受某种术式，方可以开始手术切除的程序。

任何经盆腔手术及会阴部手术切出的肿块，均须作病理学检查，即使是囊壁菲薄的所谓“卵巢囊肿”，个别亦可能存有癌灶，不可疏忽遗漏。阴道或会阴的肿块，手术前咬取活检的报告谓无癌，手术根本经详细检查可能会是癌。阴道或宫颈的结节，活检病理为鳞状上皮癌，经手术后，最后手术标本报告是宫内膜腺癌出现阴道及宫颈的转移癌灶。这种现象临床上并非少见。

有些急救手术，也许同样发挥诊断性手术的作用。个别妇女突然发生颅内出血急诊，需紧急开颅止血，并要清除病变组织物，取出的组织作病理切片，结果证实是绒癌的转移性病灶。这时才确定脑出血的原因，以及此妇女的重要疾患。

(6) 姑息手术。这类手术目的不在根治癌症而是减轻或消除患者的严重症状。有些癌患者在手术前或术中可确定无法施行根治性切除术，但手术对患者仍属重要的，有些是可以暂时解决致命的难题，如肠段切除及肠吻合，以解除肠梗阻，这类手术名堂十分多，统称作姑息性手术。许多妇科癌到了晚期易于发生子宫或阴道出血，除了上面谈及急症止血者外，对有些患者，可能作姑息性止血手术。外阴癌伴有腹股沟转移癌，转移癌灶巨大且固定于盆骨处，但会阴的原发癌灶常会出血。对这样的病人估计不能为她作外阴癌的根治性手术，但是可能作外阴部包括癌灶的全部切除，获得中止原发癌灶出血的姑息性效果。晚期卵巢癌，尤其是腹块及盆腔肿块巨大的晚期卵巢癌，手术前很难判断是否可能达到根治性切除的要求，往往在开腹后才清楚腹腔内癌症的确实范围及癌侵犯的程度，如果部分肿瘤固定于盆底，或粘附于大血管旁，不能全部清除，就只好切除易于手术的瘤块，留下部分癌灶，术后进行化疗或加上其他治疗。

不论在何种情况接受过姑息性手术处理的癌患者，以后如有可能进一步治疗的，应积极设法医治，努力争取达到根治的标准，或获得最大的疗效。要知道：姑息治疗仅是暂时的，从长远看也许可以争取到彻底的治愈，获得长期无癌生存。上文提及有些绒毛膜癌患者是发生脑出血；经抢救从颅内清除组织块切片方诊知为绒癌的，在脑部急诊手术经过多疗程认真的治疗，不少仍能无癌健在 10

年以上。关键在于积极而合理的治疗。反之，根治性疗法亦仅是一般性而论的，第Ⅰ期的子宫内膜癌施行了广泛性子宫切除术，可以算是根治性手术了，但 5 年生存率只有 90%，即尚有 10% 为治疗失败，对这 10% 的病人就不能当作根治疗法了。少数妇癌要经历二次手术才得长期治愈的，或者要经过 2~3 阶段治疗方治愈。

许多癌症患者是老年妇女，手术前的各项检验均属正常，患者术前的活动情况及体能都不错，但手术期间，由于麻醉、手术操作干扰或输液、输血等因素，不能完成原计划的根治性切除术，仅能接受部分手术，即姑息性切除。对这种姑息手术机会亦不应轻易放弃。

(7) 探查性手术。妇科癌瘤以探查为目的施行这类手术有二种：

① 诊断未明确，不能排除肿瘤且不能除外手术治疗的可能性，须作盆腔及腹腔探查始可判断是否肿瘤，是否癌症，癌在盆腔或腹腔扩散的范围，能否手术切除等。例如原因不明的腹水，手术开腹前难确诊的盆腔肿块，妇科癌临床治愈后再发生的盆腔。这类探查术居多数。

② 为判断治愈后的确实效果。如卵巢癌及输卵管癌，经过根治性手术及多疗程化疗等疗法达到临床治愈后施行的二探手术。二次开腹探查，除了经手术医生的肉眼及在腹、盆腔各处详细触检，切除腹腔及盆部残存的肿瘤或肿块病灶，尚可以吸取腹水或作腹腔冲洗或常规检查部位的组织送病理学切片。认真的二探手术的结果，比之医学影像检查及肿瘤标志检测法的可靠度为高，然而假阳性依然存在。

(8) 整形术。外阴癌或阴道癌的肿瘤体积较大或腹沟区经广泛切除者，多需手术结束时作整形术，主要是为了保存原有的功能，或接近正常的功能。外阴癌经过外阴广泛切除术如不作整形，以后会出现手术疤痕收缩，导致步行困难及蹲下障碍。作者设计以伤口周围的会阴部、下腹及大腿内侧全层皮肤作带蒂皮瓣，修补外阴的巨型切口，效果良好，不会影响手术的疗效，手术后下肢的活动功能可保持正常。阴道肿瘤切除后形成的阴道壁缺损，若位在中下 1/3 部，也可用阴道口旁边的会阴皮肤带蒂皮瓣进行修补，效果亦好。如用股薄肌修补，创伤比较大。有人用乙状结肠段作修补材料，手术的程序就更多。腹股沟肿瘤（多是转移癌或复发