

宫颈癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E5_AE_AB_E9_A2_88_E7_99_8C_c22_304089.htm 名称宫颈癌所属科室妇产科病因 (1) 与性生活、婚姻、妊娠的关系性生活过早 (指18岁前即有性生活) 的妇女, 其宫颈癌的发病率较18岁以后开始性生活的要高4倍。若妇女性生活开始早, 有患有梅毒、淋病等性传播疾病, 则其宫颈癌的发病率将较正常妇女高6倍。已证实若妇女与多个男子发生性关系, 其发生宫颈癌的机会较多。这可能是青春期前的妇女, 下生殖道尚未成熟, 对致癌因素的刺激比较敏感, 若较早开始性生活, 一旦被某些细菌或病毒感染后, 轻易引发癌症。(2) 外源因素 犹太人宫颈癌发病率低, 研究其原因可能与犹太人的风俗是男婴出生后需切除包皮有关。但也有认为在未切除包皮的犹太人群中, 妇女患宫颈癌者也少见。目前尚缺乏实验资料证实包皮切除能减少宫颈癌的发生, 虽然Nahmos曾从男子的包皮垢中分离出HSV-2型病毒。Singer (1976) 等曾提出精子头部所含的组蛋白和精蛋白是一种致癌因素, 可作用于宫颈化生细胞的DNA细丝。Coppelson及Reid等认为成年妇女非凡在妊娠期, 鳞化活跃的宫颈上皮最轻易恶变, 这可能与DNA病毒有关。当然精子本身在非凡情况下也会对宫颈起诱变作用, 这些新的假设尚待进一步证实。(3) 内分泌因素 性激素是否会促进宫颈癌的发生也是多年来研究的问题。动物实验用雌激素诱导小鼠发生鳞癌已获得成功, 但在人体用外源性雌激素诱发宫颈癌尚未获得确实证据。(4) 性传播性疾病 60年代以前认为梅毒患者的宫颈癌发生率高, 但至今尚未找到梅毒引起宫颈癌的直接证据。滴虫性***炎常与宫颈癌前病变或

宫颈癌并存。Parfen等发现宫颈不典型增生合并滴虫性***炎者，其转化为浸润癌的机会增加，并已成功地用滴虫感染动物，诱发出宫颈癌。但两者都为性传播疾病，可以并存，且宫颈不典型增生患者的***酸碱度常偏于碱化，有利于滴虫生长，故不能证实滴虫感染可诱发宫颈癌。（5）病毒感染引起女性下生殖道感染的病毒种类很多，研究病毒感染与宫颈癌发生的关系已有数十年的历史，至今认为有3种病毒可能与宫颈癌的发生有关：单纯疱疹型病毒感染（HSV-2）；人乳头状瘤病毒（human papilloma virus, HPV）；人巨细胞病毒（human cytomegalovirus, HCMV）。（6）真菌感染与其他因素临床上已观察到宫颈炎与宫颈癌的发生有密切关系。宫颈糜烂是一个重要的危险因素，因为宫颈癌最常发生于经产妇，多发生在宫颈糜烂区及撕裂部分。真菌是宫颈炎、宫颈糜烂的诱发因素之一，其除有致癌作用外，还可以产生致癌性毒素，可与二级胺、亚硝酸盐等合成致癌性亚硝酸。宫颈癌多发生在社会经济地位低下的妇女，可能是由于营养不足影响宫颈粘液的防御能力。此外，不同地区不同的生活习惯也可能影响宫颈癌的发病率。妇女免疫功能低下、不良精神因素、吸烟等都可能与宫颈癌的发生有关，吸烟者患宫颈癌的机会要比不吸烟者增加2倍。临床表现 原位癌及早期浸润癌常无任何症状，多在普查中发现。子宫颈癌的主要症状是流血、分泌物增多和疼痛等。其表现的形式和程度与子宫颈癌病变的早晚及病理类型有一定的关系。（一）分泌物增多 大多数宫颈癌患者有不同程度的分泌物增多。初期由于癌的存在刺激宫颈腺体分泌功能亢进，产生粘液样白带，随着癌瘤的发展，癌组织坏死脱落及继发感染，白带变混浊，如淘米

水样或脓样带血，具有非凡的恶臭。（二）不规则流血 早期表现为少量血性白带及接触性流血，病人常因性交或排便后有少量流血前来就诊。对绝经后出现***流血者，应注重寻找原因。宫颈癌***流血往往极不规则，一般是先少后多，时多时少。菜花型出血早，量亦多，晚期癌肿侵蚀大血管后，可引起致命的大量***流血。由于长期的反复出血，患者经常继发贫血。（三）疼痛为晚期宫颈癌的症状。产生疼痛的原因，主要是由于盆腔神经受到癌肿浸润或压迫。若闭孔神经、骶神经、大血管或骨盆壁受累时，可引起严重的疼痛，有时向下肢放射。其他致痛原因为：宫颈管内被癌瘤阻塞，宫腔内分泌物引流不畅或形成宫腔积脓时，出现下腹部疼痛；癌肿侵犯宫旁组织，输尿管受到压迫或浸润时，可引起输尿管或肾盂输尿管积水，产生胀痛或痉挛性下腹部一侧或两侧剧烈疼痛；癌肿压迫髂淋巴、髂血管使回流受阻时，可出现下肢肿胀和疼痛。（四）其他症状 晚期宫颈癌侵犯膀胱时，可引起尿频、尿痛或血尿，甚至发生膀胱***痿。如两侧输尿管受压阻塞，则可引起尿闭及尿毒症，是死亡的主要原因之一。当癌肿向后蔓延压迫或侵犯直肠时，常有里急后重、便血或排便困难，甚至形成直肠***痿。晚期癌肿由于长期消耗可出现恶病质。早期宫颈癌局部肉眼观察不能识别，多数仅有不同程度的糜烂或稍微的接触性出血，甚至有的宫颈外观光滑。对可疑的或临床已能辨认的宫颈癌患者，应进行仔细的妇科检查及必要的全身查体，以便及早做出诊断和查清癌瘤生长类型和范围。检查（一）妇科检查 1．外阴视诊 注重外阴部有无癌瘤。晚期病人偶有外阴部转移。此外，子宫颈癌和外阴癌还可同时存在。 2．窥器检查 对有***反复出血

者，最好先行指诊，初步了解病变范围后再轻柔地放入窥器检查，以免碰伤癌组织而引起大出血。窥视主要目的是了解宫颈形态，如疑为癌瘤，了解其类型、大小、累及宫颈及**的范围，必要时局部涂以3%的复方碘液辅助检查。早期子宫颈癌局部改变不明显，应行宫颈刮片细胞学检查。有人提出两种试验方法辅助检查：

组织脆性试验：以直径2mm的探针头轻轻按压宫颈可疑区域，并在宫颈表面慢慢滑动，如轻压即可插入宫颈组织，表示此处组织脆，可能为癌组织，取活检证实；

组织弹性试验：由于癌组织的弹性减退或消失，当用压舌板或长镊子的倒头轻压宫颈表面时，如为癌组织则感觉坚硬，质脆而易出血。正常组织的弹性好，压过后很快即恢复原有的外形及色泽。

3. **指诊 以食指自**口向内触摸全部**壁、宫颈表面及宫颈管部，注重质地、癌瘤范围及指套有无带血等。

4. 双合诊 除能了解子宫颈的病变外，还可了解子宫大小、质地、活动度以及两侧附件和宫旁有无肿块、增厚和压痛。

5. 三合诊 注重直肠前壁是否光滑，**后壁的弹性，宫颈管的粗细和硬度，宫颈旁主韧带及骶韧带有无增厚、变硬、弹性消失和结节感，以及盆壁有无癌肿浸润、转移肿大的淋巴结等。三合诊检查是确定宫颈癌临床分期不可缺少的步骤。

(二) 全身检查 对宫颈癌病人进行全身查体是必要的，不仅可以了解有无远处转移的病灶，而且为制定治疗方案提供依据。晚期病人查体时，应注重髂窝、腹股沟及锁骨上淋巴结有无肿大，肾脏能否触及，肾区有无叩击痛等。

(三) 其他辅助检查 为进一步了解癌瘤扩散、转移的部位和范围，应根据具体情况进行某些必要的辅助检查，如胸部透视或摄片、膀胱镜、直肠镜、静脉肾盂造影

、淋巴造影及同位素肾图检查等。活体组织病理检查是诊断子宫颈癌的最可靠的依据，无论癌瘤早晚都必须通过活检确定诊断。因为有些宫颈病变酷似阿米巴宫颈炎，若非活检难以确诊。再者组织切片检查还可得癌变类别及其分化程度。诊断大多数病人的肿瘤均为自己发现。具体询问病史及临床检查后，大多数的肿块可以得出正确的诊断。X线诊断：乳腺照相是乳腺癌诊断的常用方法，分为干板照相及低剂量调线照相。年轻妇女的乳腺组织轻易受放射线的损伤，同时其乳腺组织较致密，一般不易作出诊断及鉴别，因而对35岁以下的妇女常不主张作乳腺照相检查。超声显象检查：超声显象检查无损伤性，可以反复应用。超声显象对明确肿块大小常较正确，因而可以用来比较非手术治疗方法（如化疗、放疗，内分泌治疗等）的疗效。其他影象学诊断方法有热图象检查、近红外线扫描、CT检查、磁共振检查等。实验室检查：细胞学及组织学诊断；脱落细胞学检查；细针穿刺抽吸细胞学检查（FNAB）正日益被广泛采用，其操作安全，诊断迅速。乳腺癌的最终诊断应该来自活组织检查。治疗宫颈浸润癌患者一旦确诊明确，就应拟订最恰当的治疗方案。治疗方案的拟订与患者的年龄、一般情况、病灶的范围、有无并发症存在等有关。因此，在治疗前必须对患者进行全身检查，并结合各种脏器及系统功能检查结果考虑和制定治疗方案。宫颈浸润癌的治疗方法主要是手术及放射治疗。过去认为对宫颈癌无效，目前也已成为常见的辅助治疗方法，尤其对晚期患者，在手术或放疗前先用化疗，待病灶萎缩或部分萎缩后再进一步治疗，或者手术或放疗后再加用化疗，可提高疗效。总之，手术及放疗都是宫颈癌的有效治疗措施，化疗是有

效的辅助治疗方法，可根据病情早晚，患者全身情况以及本人的意愿，选择恰当而满足的治疗方法。手术治疗 Ⅰ级 筋膜外全子宫切除术。切开耻骨宫颈韧带，向外侧推开输尿管，切除全子宫。适用于CIN（宫颈上皮内瘤样病变）及早期间质浸润癌，即 a1期宫颈癌。 Ⅱ级 切除主韧带、宫底韧带内侧的一半及***壁上1/3。适用于宫颈微灶型浸润癌，即 a2期宫颈癌。 Ⅲ级 切除全部主韧带、宫底韧带及***壁上1/3。适用于宫颈癌 b期及 a期。 Ⅳ级 切除输尿管旁组织、膀胱上动脉及***壁上3/4。适用于膀胱尚能保存的中心性复发癌。 Ⅴ级 切除部分膀胱及输尿管远端。适用于复发癌已侵入膀胱及输尿管远端者。

放射治疗 宫颈癌的放射治疗可分为：腔内放射治疗和体外放射治疗。腔内放疗是以封闭的放射源进行近距离的放疗的一种方法，特点是治疗距离短，在放射源四周剂量下降的梯度很大，因此可给予肿瘤局部高剂量，减少四周组织的受量。用⁶⁰Co或加速器进行盆腔外照射，主要针对盆腔淋巴区，与腔内放疗密切配合，互相补充。宫颈癌放疗的有利因素有： ① 无论鳞癌或腺癌均有一定敏感性； ② 宫颈癌的发展在相当长的时间内，病变局限于盆腔内； ③ 达到宫颈癌根治剂量时，直肠膀胱受量基本在耐受量以内； ④ 有自然腔道（***和宫腔），便于腔内放疗。宫颈癌放疗的优点是： ① 适应症广，可用于临床各期病例； ② 疗效高，早期宫颈癌放疗与手术的疗效相仿，晚期宫颈癌的5年生存率也可达到30%~50%，即使不能根治，放疗也有良好的姑息作用，能减轻症状，延长生命； ③ 操作简便，易于推广。缺点是： ① 需要价格高昂的放疗设备和专业练习的技术人员； ② 约有2%~5%的宫颈癌对放疗不敏感； ③ 有5%~10%的病人可能

出现不同程度的直肠膀胱反应。化学治疗 化疗是全身性治疗方法，适用于治疗晚期病例。以往都认为化学疗法对宫颈癌的疗效不够理想，缓解率低，缓解期短。对于晚期病人，也只能起到减轻痛苦、延长生命的姑息作用。近年来随着新抗癌药物的不断问世，给药途径的改进，多种药物的联合应用等，在治疗宫颈癌中，化疗已成为有效的辅助疗法，既可用于晚期病例或与手术、放疗联合应用，也可以用于治疗复发癌。化学药物能直接作用于肿瘤，有些药物还能增强放射治疗的生物效应。

单药治疗：以前宫颈癌的化疗多用单药治疗，常用药物如氮芥、博来霉素、丝裂霉素、5-FU等。近年来发现应用顺铂治疗宫颈癌的疗效较其他药物为好。

联合治疗：联合治疗一般是根据药物的作用机理、作用点和药物的毒性反应来选择2种以上药物进行治疗。宫颈癌联合化疗的方案很多，其中以顺铂和博来霉素为主的化疗方案疗效较好。常用的方案如顺铂 博来霉素 长春新碱，顺铂 博来霉素 阿霉素。以阿霉素为主的联合方案有阿霉素 甲氨喋呤。

化疗与放疗的综合治疗：采用化疗合并放疗可能提高晚期宫颈癌的治疗效果。其应用方法可以是放疗前先化疗、化疗与放疗同时应用、放疗后加用化疗等。

化疗与手术的综合治疗：应用的方法有术前化疗和术后化疗。

动脉插管区域性化疗：一般宫颈癌化疗的给药途径是全身静脉用药，动脉插管区域性化疗是近年来发展的一种化疗方法，经腹壁下动脉向髂内动脉插至髂总动脉水平，灌注化疗药物。常用的药物有5-FU、氮芥、博来霉素、顺铂、阿霉素等。一般以氮芥为首选。

预防及预后 通常宫颈癌的发展较慢，如能早期发现、早期诊断、早期治疗、手术和放疗治疗的效果比较肯定，其

预后较其他系统癌症为好。公认影响宫颈癌预后的重要因素包括肿瘤分级、盆腔淋巴结转移、浸润深度和淋巴血管间隙的侵犯。一般来说，越是晚期患者预后越差，累积资料表明，Ⅰ期患者5年存活率为75%~90%，Ⅱ期为50%~70%，Ⅲ期为30%~35%，Ⅳ期为10%~15%。经过数十年的研究，虽然我国在宫颈癌的防治方面取得了显著的成绩，但回顾过去，展望未来，还有许多工作要做。探索最佳普查方案 普查是国际上公认的可以降低宫颈癌发病率的措施之一，但我国人口众多，搞一次普查将花费巨大的人力、物力和财力，为此研究适合我国国情的最佳普查方案是迫切需要解决的问题。

病因学研究 宫颈癌的病因尚不清楚，虽然近年来各国都致力于研究3种病毒即HSV-2型、HPV及HCMV与宫颈癌发生的关系，并已取得了一定的成果，但尚未得出最后的结论，尚不能证实哪一种病毒是宫颈癌的病因。除病毒以外，还有其他因素如吸烟、性传播疾病等与宫颈癌发生的关系，都是需要进一步研究的。探索新的辅助诊断及肿瘤标记 常用的宫颈癌辅助诊断方法有多种，效果较肯定。但在极早期病例尚无明显症状及体征者应用这些诊断方法有时仍可发生漏诊或误诊。为了进一步提高早期诊断率，有必要研究新的更简单有效的辅助诊断及宫颈癌特异且敏感的肿瘤标志。此外，应恰当使用手术和放射治疗，适当加用化疗，以进一步提高治疗效果和降低并发症。同时应做好预防工作，普及防癌知识，提高妇女的自我保健意识，定期开展妇女病普查，从而降低宫颈癌的发病率。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com