

卵巢癌 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_8D_B5_E5_B7_A2_E7_99_8C_c22_304114.htm 名称卵巢癌所属科室妇产科病因 卵巢癌的病因至今仍不清楚，但环境和内分泌影响在卵巢癌的致病因素中最受重视，此外还受地区差别、种族区分和饮食习惯等的影响。这些因素主要表现在卵巢癌在世界各国的发生率悬殊的原因，最高发病率的挪威（15.3/10）比最低发病率的日本（3.2/10）高近5倍。美国白人的发病率为12.9/10万，但在美国旧金山居住的中国人发病率为8.5/10万，较白人低，但较上海的5.0/10万及香港的5.8/10万高。定居夏威夷的日本人其卵巢癌的发病率随连续居住该地的年代而进行性增加。美国黑人的发病率（10.3/10万）比白人的（13.3/10）低。上层社会妇女的卵巢癌危险性比低层社会妇女者高。卵巢癌发病年龄距是妇科肿瘤中最宽的，可以发生在妇女一生中任何时期。不同组织学类型的卵巢癌年龄分布亦十分不同。卵巢癌还有初潮年龄偏早现象，14岁前较18岁后发病危险性高4倍，而绝经年龄对卵巢癌发病并无影响，未婚与未育者较对照组发病率高，分娩次数越少，发生卵巢癌的可能性增加。还有些可能导致卵巢癌的因素如X线照射、病毒感染（腮腺炎、感冒等）、化学致癌因素及动物脂肪摄入过多等。卵巢癌病理组织学分类 生发上皮肿瘤 生发上皮肿瘤占卵巢肿瘤的2/3，大多来自卵巢表面的生发上皮。生发上皮为覆盖在卵巢表面的上皮，它有多功能分化的潜能，故可形成浆液性肿瘤、粘液性肿瘤和子宫内膜样肿瘤。性索-间质肿瘤 性索-间质肿瘤占卵巢肿瘤的6%。大多为功能性，向卵巢型细胞分化的有颗粒细胞、卵泡膜细胞；向睾丸型细胞分化

的有支持细胞、间质细胞。该类肿瘤较为复杂，各种细胞可单独组成相应的肿瘤，卵巢型或睾丸型的两种细胞可出现在同一肿瘤内，更有4种细胞类型同时在肿瘤内见到的。类固醇细胞肿瘤（脂质细胞瘤）类固醇细胞肿瘤由类似于黄体细胞、间质细胞、肾上腺皮质细胞的大圆形或大多边形细胞组成的肿瘤。以往称脂质细胞瘤或类脂细胞肿瘤。由于部分（约40%）肿瘤细胞内不含丰富的脂质，故又称类固醇细胞肿瘤。

生殖细胞肿瘤 生殖细胞肿瘤较为常见。在北美和欧洲仅次于生发上皮肿瘤，占卵巢肿瘤的20%，恶性者占卵巢癌的3%。在亚洲和非洲，较生发上皮肿瘤多见，恶性者高达15%。生殖细胞肿瘤可见于任何年龄，但年轻人较多见，儿童和青春期妇女，60%的卵巢肿瘤为生殖细胞来源，其中1/3为恶性。

生殖细胞-性索间质肿瘤 该类肿瘤有两种基本成分，即由生殖细胞和性索组成。

细胞类型不明的肿瘤 主要有卵巢小细胞癌、肝样癌和可能Wolff来源的肿瘤。

间叶组织来源的肿瘤 纤维瘤是最常见的间叶来源的肿瘤，其次是平滑肌瘤、血管瘤，较少见的是神经源性肿瘤、脂肪瘤、淋巴管瘤、软骨瘤、骨瘤。近来又有发生在卵巢门部的腺瘤样瘤的报道。

转移性肿瘤 卵巢是恶性肿瘤常见的转移部位，大约有10%的卵巢肿瘤是转移性的，最常见的是来自胃肠道、乳腺和生殖道的转移癌。

临床表现 卵巢恶性肿瘤生长迅速，易扩散，但早期患者常无症状，往往在妇科检查时偶被发现，或待肿瘤生长到一定大小，超出盆腔以外腹部可扪及时，或出现并发症时才被患者发现，待到就医时，往往已属晚期。卵巢癌的症状和体征可因肿瘤的性质、大小、发生时期、有无继发性或并发症而不同。症状常见的症状有：下腹不适

或盆腔下坠，可伴胃纳差、恶心、胃部不适等胃肠道症状。

腹部膨胀感，卵巢癌即使临床早期也可以出现腹水，或肿瘤生长超出盆腔在腹部可以摸到肿块。 压迫症：肿块伴腹水者，除有腹胀外还可引起压迫症状，如横膈抬高可引起呼吸困难，不能平卧，心悸；由于腹内压增加，影响下肢静脉回流，可引起腹壁及下肢水肿；肿瘤压迫膀胱、直肠，可有排尿困难、***坠胀及大便改变等。 疼痛：卵巢恶性肿瘤极少引起疼痛，如发生肿瘤破裂、出血和/或感染，或由于浸润，压迫邻近脏器，可引起腹痛、腰痛等。 由于肿瘤的迅速生长，患者营养不良及体力的消耗，患者会呈贫血、消瘦及形成恶液质的体征，此常是卵巢恶性肿瘤的晚期症状。 月经紊乱及内分泌症状：肿瘤间质成分产生激素或肿瘤破坏双侧卵巢，可导致月经紊乱或***流血；功能性卵巢恶性肿瘤如颗粒细胞瘤，可产生过多的雌激素，而引起性早熟；睾丸母细胞瘤可产生过多的雄激素而引起男性化的表现，临床上会出现不规则***流血或绝经后***流血，***流血除与卵巢恶性肿瘤本身有关外，还常伴有子宫内膜病变如子宫内膜增生过长或子宫内膜癌。 因转移所产生的相应症状：如肺转移而产生干咳、咳血、胸水及呼吸困难；骨转移可产生转移灶局部的剧烈疼痛，局部有明显压痛点；肠道转移者可有便秘、便血，严重者因发生不可逆的肠梗阻而死亡。 体征 早期卵巢癌患者只有在肿块体积超出盆腔后才能偶然发现，尤其在膀胱充盈时在耻骨联合上方可扪及肿块，或在妇科检查时发现盆腔肿块。若在直肠***陷凹部位检查到不规则结节，提示为恶性肿瘤种植病灶。并发腹水者腹部可叩到移动浊音，应与卵巢良性肿瘤的胸腹水相鉴别，恶性肿瘤腹水多为血性

；有时在锁骨上，腹股沟部位可扪及肿大的淋巴结，绝经后妇女即使扪到一个与绝经前妇女相同的正常大小卵巢时，也应高度怀疑肿瘤生长，需作进一步检查。诊断卵巢癌的细胞学诊断包括脱落细胞检查诊断及细针穿刺吸取细胞学检查诊断两个部分。脱落细胞学检查用于妇科临床已数十年。细针穿刺吸取细胞学检查，近20年来在各种肿瘤的诊断中也被广泛采用，此法对卵巢肿瘤诊断有一定价值，对于晚期复发肿瘤以及淋巴结转移灶的诊断，不仅可明确诊断，还可避免一些不必要的剖腹探查。

(一) 细胞学诊断

(1) 脱落细胞学检查：可从三方面获取脱落细胞标本，包括：***、颈管及宫腔；腹水或腹腔灌洗液；子宫直肠陷凹穿刺吸取。

(2) 细针穿刺吸取法检查：临床拟诊为卵巢癌、盆腔炎性肿块或盆腔子宫内膜异位症，而在鉴别诊断上有困难者，可经***、直肠、腹部进行穿刺吸取细胞检查，并可从浅表淋巴结如锁骨上和/或腹股沟淋巴结获取细胞检查。检查腹膜后淋巴结，则可借荧光透视、B超或CT扫描来指导穿刺部位，以提高穿刺吸取检查的准确性。

(二) 影像学诊断：包括B超、CT及MRI检查。近年来影像学诊断不断发展，且对卵巢癌的治疗具有指导意义，这些检查方法，可以帮助确定卵巢癌的分期，并可借以随访，帮助了解有无复发及估计预后。

(1) B超检查：至今，B型超声扫描检查仍为盆腔肿瘤首选的筛选诊断技术，它可以显示盆腔肿块的部位、大小和质地，是囊性还是实质性。若有明显乳头突起及邻近器官受累，可提示恶性肿瘤。也可以区分腹水和巨大卵巢囊肿。此外还可帮助确定卵巢癌的扩散部位如肝结节、主动脉旁淋巴结肿大、大网膜转移灶等，有助于临床分期。

(2) CT检查：CT检查的作

用是：能够准确显示盆腔正常和异常解剖结构；盆腔肿块的定位与定性；确定肿瘤分期；指导制订治疗方案及估计预后；术后随访复查，有助于了解有无复发；有助于临床观察化疗和放疗后的疗效，及两次或再次剖腹探查前残留肿瘤的变化；进行CT介入性检查，如CT导向下细针吸取活检。但CT检查尚难发现亚临床病灶，即微小病灶，因此CT诊断阴性不能代替剖腹探查。（3）MRI检查：MRI用于临床以来，已显示出其明显的优点：不使用离子放射，对人体没有因放射引起的损害；可以任意选择扫描平面和方向；软组织对比优于CT；可对病变准确定位；有助于临床分期。但由于设备及检查费用高，故最好先用超声检查筛选后再确定是否需要再进一步应用MRI检查。（三）肿瘤标志物的测定：免疫学检查是诊断肿瘤的新途径，是目前用来检测肿瘤标志物的较理想方法。但就目前而言，卵巢恶性肿瘤标志物的敏感性和特异性均不能满足早期诊断的需要，多用来检测治疗中和/或治疗后的病情变化，为评定疗效和及时发现肿瘤复发提供依据，从而不失时机地采取有效治疗措施，依此来提高生存率。（1）癌抗原125（CA125）（2）癌胚抗原（CEA）：目前检测CEA的方法有两种，一种是采用放射免疫诊断法测定血CEA，一种是采用免疫组化法检测癌组织CEA，这两种检测的临床结果，均与肿瘤的组织类型、临床分期与分级、疗效及治疗后有否转移及复发有关系。（3）甲胎蛋白（AFP）：AFP是否升高，取决于肿瘤组织是否有内胚窦瘤成分，对卵巢内胚窦瘤（卵巢囊瘤）有特异性价值，或对未成熟畸胎瘤、混合性无性细胞瘤中混有卵黄囊成分者，均有意义。肿瘤复发或转移时，即使存在微小瘤灶

，AFP亦会再次升高，较其他检查方法敏感。（4）人绒毛膜促性腺激素（HCG）：测定患者血清 β -HCG，可帮助诊断卵巢绒毛膜癌和伴有绒毛膜癌成分的生殖细胞肿瘤，如卵巢纯无性细胞瘤。亦可精确反映癌细胞的数量，故也可作为观察病情变化及抗癌治疗效果的指标。（5）乳酸脱氢酶（LDH）：LDH同工酶谱对恶性肿瘤的诊断具有一定的意义。（6）唾液酸（SA）：SA的动态观察有助于及时更改治疗方案。（四）放射免疫显象技术：目前，放射性核素标记单克隆抗体（mabs）的研究，已引起专家们很大的爱好，它是一种以放射性核素标记的抗肿瘤及其相关抗原的抗体，用作生物导弹，为肿瘤阳性显象剂，称为肿瘤免疫显象诊断技术。是近年来对卵巢癌进行定位诊断的新技术。（五）流式细胞术：肿瘤DNA定量分析常有染色体分析、静态细胞术及流式细胞术（flow cytometry，FCM）三种方法，探讨肿瘤含量变化对临床的辅助价值，最好选用FCM方法，该方法是通过分析DNA直方图了解肿瘤DNA含量。卵巢交界性肿瘤DNA含量及组织形态、临床分期及复发相关，卵巢癌DNA定量分析对治疗方案的选择、疗效的判定及估计预后有较大的辅助价值。（六）腹膜后淋巴结造影检查：用以估计淋巴结有无转移。（七）腹腔镜检查腹腔镜检查是可以直接窥视腹腔的一种检查方法，可看到盆腔肿块，并用肉眼予以鉴别；若不能鉴别，还可进行活组织检查。并可直接观察到横膈、肝、网膜及腹膜表面是否有转移灶，依此可以提出亚临床播散的情况。同时也可吸取腹水，若无腹水时，可经腹腔镜灌生理盐水，然后取腹腔冲洗液进行细胞学检查。因此腹腔镜在卵巢癌的诊断、鉴别诊断、分期中均有重要的价值。腹腔镜已用

在检测卵巢疗效的二次探查术中，虽不能代替剖腹的二次探查术，但有助于判决化疗后存在的肿块是可以切除或无法切除，还是病灶已广泛播散。其适应症为：用于选择二次剖腹探查的病例，以避免已广泛播散不能手术的病例而行剖腹手术。在化疗期间可了解患者对药物的反应；偶可发现二次剖腹探查结果阴性的早期复发病灶。（八）剖腹探查：剖腹探查是卵巢癌确定诊断和手术分期最可靠的方法。并发症 卵巢癌常见并发症有肿瘤破裂、出血，继发感染，贫血，肿瘤侵犯***所致癌性肠梗塞绞痛等。治疗 卵巢癌的治疗原则，是以手术为基础的多种方法，包括化疗、放疗等的综合应用。手术不仅是最有效的治疗方法，而且是确定诊断明确分期及了解病变播散范围的主要方法。卵巢癌的手术既要强调首次手术的彻底性，又要避免不必要的过分扩大手术。卵巢癌常规的手术范围应为全子宫及双附件切除术再加大网膜切除术。但对晚期患者手术的基本原则，是在不威胁患者生命的情况下，除尽可能进行常规范围的手术，尚须尽可能切除原发病灶及所有的转移灶；如不能全部切除，最好使残余病灶的直径在2cm以下，因为术后残留的小病灶，非凡是直径<2cm的结节，可用化疗控制其发展，甚致将其消灭，而取得长期缓解，甚至有治愈的希望。这就是所谓的肿瘤减积术或大块切除术（cytoreductive or debulking surgery），这是一处治疗卵巢癌独有的手术方法。卵巢恶性肿瘤可选用手术、化学药物及放射治疗。但由于其病理类型复杂，定性、定位诊断及分期未经腹腔镜或剖腹探查，难以明确。故除不能手术的病例或大致已了解肿瘤类型而患者全身情况不能胜任手术者，可先试用化疗或放疗以后再视情况考虑手术者外，一般

均首选手术治疗。手术探查可进一步明确肿瘤类型及其累及范围，明确分期，不仅可为术后、化疗及放疗提供依据，而且术中尽可能切除肿瘤，亦可为术后化疗或放疗创造条件，提高疗效。

（一）手术治疗 手术是治疗卵巢恶性肿瘤最重要的手段，除非临床估计肿瘤不能切除和有手术禁忌症，均应首先进行手术。

- 1、全面、确定分期的剖腹手术：适用于术前诊断为I期的卵巢癌患者。包括全子宫和双附件切除、大网膜切除、盆腔和腹主动脉旁淋巴结清除术、腹腔细胞学检查（腹水或盆腔、腹腔冲洗液）。
- 2、肿瘤细胞减灭术：适用II期以上病例。
- 3、二次探查术：行成功的肿瘤细胞减灭术后1年内，又施行了至少6个疗程的化疗，临床检查及辅助检查（包括CA125等肿瘤标记物）均无异常，再行剖腹探查术。

（二）放射治疗 大部分的恶性肿瘤，对各种放射疗法的效果均不佳。因此，在恶性卵巢瘤的治疗中并不首先考虑放射治疗。经过剖腹探查证实为恶性卵巢瘤未能全部切除者，可行X射线体外照射。但腹水量多者不宜行放射治疗。

（三）化学治疗 卵巢癌大多对化疗有较好的反应。近年来肿瘤的化学治疗进展较快，在卵巢癌的治疗中居有重要地位，对提高卵巢恶性肿瘤的治疗效果起到积极作用，可作为手术辅助治疗，常用于术前、术中及术后，但常需要较长时期的间断用药，且对于人体的毒性反应有时也较大。多数情况下，手术难以将卵巢癌原发灶及转移灶切除干净，非凡是细小的颗粒结节种植；也有部分病人不宜愿意手术治疗，这时应考虑化学治疗为主的综合治疗。

预防及预后 虽然卵巢癌近20年来经过不断的探索与研究，近期疗效已显著提高，但晚期卵巢癌的存活率随着时间的延长仍在下降。现在多数的看法是认为影响

卵巢癌预后的因素主要是分期、残留灶大小及肿瘤分化的程度。正确的分期可指导初次治疗达到彻底而完全，为以后的治疗打下良好的基础。若 c 误诊为 a、 b，或浸润癌误诊或漏诊为交界瘤，由于两者的预后完全不同，终究会造成不良的结果，所以错误的诊断必会影响预后。残留灶在小与预后关系密切，且分化好的5年存活率为60%，差的为7%。首次减积术的彻底性及所残留肿瘤体积的大小，亦是影响预后的重要因素。年老比年轻的预后差，因为老年多好发于分化差的肿瘤。其他还有病理组织学分类等亦与预后有关。 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