

自 1982 年起癌症即躍居台灣地區十大死亡原因的首位。而女性癌症的發生率依次為子宮頸癌、乳癌、結直腸癌、肺癌及胃癌。子宮頸癌是台灣地區最常見的婦女癌症，已成為台灣地區威脅婦女健康最嚴重的問題。而台灣地區婦科癌症其發生率分別為子宮頸癌、卵巢癌及子宮內膜癌，以下分別敘述之：

子宮頸癌

一、前言 據行政院衛生署統計，台灣地區婦女子宮頸癌的年發生率約為 20/10 萬女性，約佔所有婦女癌症的百分之三十。死亡率則約為 7/10 萬人口，佔因癌症致死婦女的 9%。

二、年齡分布 子宮頸癌病人的年齡大約在五十歲左右，45 到 65 歲之間占了所有病例的六成。

三、臨床表徵 零期的子宮頸癌在臨床上往往沒有特殊的自覺症狀，絕大多數都是在例行的子宮頸抹片檢查意外地被發現出來。多數的早期子宮頸癌病患也都沒有太多的症狀。往往最早期的症狀就是有帶有血絲的陰道分泌物。晚期的子宮頸癌除了陰道出血外，常會有腰痛、下肢痛的症狀，這主要是腫瘤侵犯到輸尿管、骨盆壁或坐骨神經所致。

四、診斷 子宮頸抹片：子宮頸癌的早期診斷，主要有賴於子宮頸抹片的篩檢，在台灣地區大規模的子宮頸抹片的篩檢中，子宮頸異常增生的比率約為 0.56-0.66%，子宮頸抹片檢查的偽陰性結果常常是因取樣不完全與判讀上的疏忽。陰道鏡檢查與圓錐形切除術：子宮頸癌的確定診斷有賴於切片的組織病理學檢查，對於肉眼分不出的癌前期與初期癌的變化，可以併用陰道鏡的檢查。對於少部分長於子宮內頸的子宮頸癌及顯微侵犯性的子宮頸癌的診斷有時候需要以子宮頸圓錐形切除術來正確地評估病灶的最大深度和範圍。

五、子宮頸癌的臨床分期(staging)：臨床分期

A. 零期子宮頸癌：又稱為原位癌，癌細胞仍侷限於上皮內，尚未突破基底膜。

B. 第一期：癌症只侷限在子宮頸，由其侵犯程度的深淺，又分為第一期上(Ia)與第一期下(Ib)。第一期上表示癌細胞已穿透基底膜而到了間質細胞，但是還相當早期，只有表淺的浸潤，又稱為顯微性侵犯(microinvasive)。其侵犯深度應不超過 5mm，水平侵犯範圍應不超過 7mm。如超過此範圍而仍侷限在子宮頸，則算是一期下的子宮頸癌。

C. 第二期：癌症向下侵襲到了陰道，但是仍未到達陰道的下 1/3(此稱為第二期上)，或者往旁邊向兩側的子宮組織(parametrium)侵犯，但尚未到達骨盆壁(此歸之為第二期下)。

D. 第三期：癌細胞往下侵襲到了陰道的下三分之一(此稱為第三期上)或侵犯到了骨盆壁(此稱為第三期下)。

E. 第四期：癌症已超出生殖道。如侵犯到膀胱或直腸的黏膜則歸之為第四期上，如有骨盆腔外的遠端轉移，則歸之為第四期下。

六、治療

1. 原位癌的治療：原則上子宮頸原位癌是以手術治療為主。對於不欲再生育者，可以施行全子宮切除術；欲保留生育能力者，可以施行子宮頸圓錐形切除術。

2. 侵襲性子宮頸癌的治療原則：子宮頸的治療方式原則上有放射線治療與手術治療兩種。其治療方式的選擇主要要考慮病人的年齡、健康狀態及癌症的期數。早期的侵襲性子宮頸癌，包括第一期上、下及第二期上，手術治療與放射線治療的效果。至於第二期下以後的子宮頸癌，由於侵襲範圍較廣，手術治療較不易施行且手術傷害亦太大，故原則上皆施予放射線治療。當然如果病人年紀太大，健康狀態不佳，肥胖等不適合接受手術治療者，即使是早期子宮頸癌，仍以接受放射線治療為宜。

3.手術治療：二十年以前，由於麻醉、抗生素及輸血作業不發達，子宮頸癌根治手術的危險性與術後併發症皆相當高。後來由於麻醉、抗生素及輸血作業的進步，加上手術方法的研究改良，目前子宮頸癌根治手術在台灣地區已經是安全性高的常規手術。

4.放射線治療：歐美國家對於子宮頸癌的治療主要是以放射線治療為主。其原因一則是放射線治療效果很好，可以媲美甚或超越手術治療，再則子宮頸癌根治手術的施行需要由受過嚴格手術訓練者執行，並非所有的醫院都可以提供手術治療。

5.化學治療：PVB(Cisplatin, Vincristine, Bleomycin) 可做為子宮頸癌的先前輔助化學療法(Neoadjuvant Chemotherapy)，由於化學治療對於子宮頸癌的治療反應率不是非常理想，因此目前大多於第二線治療時才使用。

七、預後 子宮頸癌的治療成績一般是以五年存活率來表示。接受手術治療的病人其五年存活率，第一期將近 90%，第二期約 70~80%。而接受放射線治療的病人其五年存活率，第一期約 86%，第二期約 68%。至於第三、四期的治療成果目前在台灣地區尚無大規模的統計報告。

卵巢癌

一、前言 卵巢癌的發生率雖不居首位，但其死亡率卻是婦科癌症中最高的。卵巢位於骨盆腔內，發生了腫瘤，若非大到可由腹部觸摸到，並不容易發現。其常有的下腹不適，噁心、厭食又常與胃腸疾病的症狀類似，患者極少早期就到婦科檢查。大部份的卵巢癌被診斷出來時，已是晚期轉移的病灶了，因此預後大多不佳。卵巢癌的細胞活性其蔓延之廣，擴散之快，即使手術已完全將病灶切除，臨床上仍需追加輔助的化學治療或放射治療。愈晚期治療，存活機率愈不理想。

二、年齡分布 卵巢癌的好發年齡，小自 7-8 歲常見的生殖細胞癌，老到 70-80 歲常見的上皮細胞癌，尤其是停經前後的婦女最易發生。因此凡屆更年期的婦女，除了每年子宮頸抹片檢查外，附加例行的婦科檢查也是必需的，由此可達早期發現早期治療之效。

三、病因 卵巢癌確切的致病原因，迄今仍不明白。研究學者認為有家族傾向，如母、姐、姑、姨等曾罹家族性卵巢癌或乳癌者，被認為是遺傳性高危險群。環境因素也是卵巢癌致病原因之一，物理或化學物質的污染極可能與其相關，尤其是石棉和重金屬，早期婦女維護會陰清爽的滑石粉，也被認為與之有相當的關連，經過子宮切除的婦女，卵巢癌的發生率會降低，可能是陰道上端封閉，阻卻了任何污染及致癌物質侵入腹腔。

四、症狀 卵巢癌不是單一疾病，不同的組織分類，會有不同的治療方式與預後。約有三分之一的卵巢癌患者會有不正常的陰道出血，或停經後出血，這些患者可經由婦科醫師早期診斷出來。大部份的卵巢腫瘤，不論是良性或惡性，初期均無特殊明顯的徵兆，等腫瘤大到相當程度，壓迫到鄰近器官或是出現腹水，才有臨床症狀出現。卵巢癌的早期症狀包括腹脹、腹痛、胃腸不適及排尿困難等類似胃腸疾病的徵兆。卵巢癌的早期診斷率僅佔 30%，其他大部份患者被發現時，癌瘤已由骨盆腔蔓延到腹腔，而使治療效果降低。

五、診斷 過去卵巢腫瘤由醫師內診，只能做出類似腫瘤的診斷，現代超音波可見到骨盆腔內的狀況，腫瘤及血流一目了然，正確性高達 90% 以上，另外斷層掃描與核磁共振也可給醫師在手術前預測病況，作好完善的術前準備工作。另外篩檢卵巢癌的工具是腫瘤標記，這些腫瘤標記可以幫助診斷卵巢癌，也

可評估卵巢癌治療的情況。六、卵巢癌分期 卵巢癌分為四期，是由手術發現與病理確認來定期的。第一期：癌細胞侷限於卵巢，又分成 I a 期，只侵犯一側卵巢，I b 期則是侵犯兩側卵巢，I c 期是侵犯了一側或兩側卵巢，卵巢表面有癌細胞或腫瘤破裂，或者是腹水中含有癌細胞。第二期：癌細胞擴散至卵巢以外的骨盆腔器官，例如 II a 期為子宮或輸卵管受到侵犯，II b 期侵襲至其他骨盆腔器官，II c 期則是 II a 或 II b 的狀況外，又合併有卵巢腫瘤破裂，卵巢表面有癌細胞或是腹水中含有癌細胞。第三期：骨盆的腹膜有顯微的癌細胞轉移為 III a 期，骨盆之外網膜、小腸的轉移，直徑兩公分以下的腫瘤為 III b，超過兩公分的腫瘤轉移，或者有後腹腔或骨盆淋巴結的轉移為 III c 期。第四期：肝臟實質的轉移，遠處器官的轉移，肺部或頸部淋巴腺中含有癌細胞等，皆屬此末期的卵巢癌。

七、治療 卵巢癌的治療包括手術、化學治療與放射治療，其中手術是最主要也是治療效果最佳的方式，通常較晚期的病灶，手術無法完全切除，會合併使用化學治療。卵巢癌的診斷與分期，必須依賴手術，因此除非病患嚴重的手術禁忌因素，一般都需先作剖腹探查，手術中除了組織病裡的診斷確認外，應儘可能地切除惡性組織，留下腫瘤的體積愈小，輔助化學治療的效果愈佳。卵巢癌的手術，包括二側卵巢、輸卵管切除、子宮切除，大網膜切除、淋巴摘除及腹腔骨盆腔內所有類似病灶的摘除。對須保留生育能力的年輕婦女，只有在分化良好的 I a 期卵巢癌可考慮切除單側卵巢，保留子宮與對側卵巢，並作嚴密的追蹤檢查。化學治療的效果，近來倍受肯定，不但治癌藥物推陳出新，一些控制副作用的治劑如止吐劑、升血球素亦不斷改進，大大提高了患者對化學治療的接受度，醫師也較能執行完整的治療計劃。對於早期的卵巢癌(I a, I b)手術治療即可，有時加上預防性的化學治療，I c 期以上的卵巢癌，為防止細胞四處擴散，必須追加完整的化學治療，至於復發的卵巢癌，除積極切除可切除的病灶外，更換化學治療用藥，可能提升療效。

八、預後 卵巢癌的預後，與卵巢癌的種類及多項臨床變數有關，其中年齡亦是重要參考，年齡愈大，預後愈差。一般說來，第一期和第二期的五年存活率可達 80-100%，III a 期可達 30-40%，而 III b 期僅達 20%，至於 III c 和第四期則只有 5%。卵巢癌如能提早在 I a 期發現，預後自然相當好，因此，如何早期發現，就成為婦女必須注意的課題，最好每年實施子宮頸抹片的同時，經醫師詳細內診，只要有所懷疑，立即進行超音波掃描，如此才能早期治療，而有良好的預後。

子宮內膜癌 一、前言 子宮癌 (Corpus cancer) 中最常見的是子宮內膜癌 (Endometrial adenocarcinoma)。在歐美國家中，這是婦女最常見的骨盆腔惡性腫瘤之一。台灣地區子宮內膜癌的發生率並不如子宮頸癌或卵巢癌那麼高，但是近年來的確有逐漸升高的趨勢。

二、年齡 子宮內膜癌可以發生在生育年齡後的任何一個年齡層，但比較好發於更年期或停經後的婦女。在統計上只有 5% 的病例發生在 40 歲以前，發生率在 45 歲以後明顯地升高，在 55 到 69 歲之間達到最高點，隨後又降低；平均年齡大約是 61 歲左右。

三、危險因子 目前認為過度的雌性激素(Estrogen)刺激是造成子宮內膜增生或子宮內膜癌最基本的因素；最近的研究發現，接受 Tamoxifen 治療乳癌的病人發生

子宮內膜癌的危險性也會增加。MacMahon 提出三項重要的危險因子：肥胖，初產婦以及過遲停經。除此之外，糖尿病也被認為是危險因子之一。高血壓和骨盆腔曾受到放射線暴露原來也被認為是危險因子，但最近的研究報告並不支持這個看法。有一些研究飲食和子宮內膜癌關係的報告則指出，日常食物中含有高蛋白質及脂肪，尤其是動物性蛋白質及脂肪，比較容易得子宮內膜癌；素食者得到子宮內膜癌的機會較小。

四、症狀 絕大部份的子宮內膜癌患者會有不正常陰道出血的症狀，尤其是停經後的出血以及更年期不正常出血的病人要特別留意這個問題。

五、診斷 子宮內膜癌的診斷主要靠子宮內膜刮除術。另外超音波檢查對子宮內膜癌的診斷有幫助，尤其加上都卜勒血流檢查可以發現子宮腔內的病灶，但確立診斷還是要靠子宮內膜刮除術的病理報告。

六、子宮內膜癌分期 第一期：癌細胞侷限於子宮體，又分成 I a 期，癌細胞侷限於子宮內膜層成，I b 期則是侵犯至子宮肌層小於 1/2，I c 期是侵犯至子宮肌層大於 1/2 第二期：癌細胞擴散至子宮頸，II a 期為子宮頸內口上皮腺體受到侵犯，II b 期為子宮頸內口上皮下間質受到侵犯。第三期：超過子宮外侵犯，III a 期為癌細胞侵及子宮外漿膜或子宮旁組織或腹水有癌細胞，III b 期為癌細胞侵犯陰道，III c 期為癌細胞侵犯骨盆腔或主動脈旁淋巴結。第四期：其他器官的轉移，IVa 期為癌細胞侵犯膀胱或大腸黏膜，IVb 期為腹腔內器官或遠處轉移及鼠蹊部淋巴結轉移。

七、治療 對於 Stage I 的病人手術和放射線治療都是可行的辦法。如果病人的身體狀況許可，手術治療應該是比較適當的方法，統計上手術治療的五年存活率大約在 87% 左右。至於是否需要術後的放射線治療，則由癌細胞在子宮的擴散情況、侵入子宮肌層的深度、是否有腹膜後淋巴結、卵巢及輸卵管、或腹腔內的子宮外擴散來評估。Stage II 子宮內膜癌則採用根除性子宮切除加上摘除骨盆腔淋巴結可以達到 65~75% 左右的五年存活率。如果淋巴結有癌細胞轉移，則術後一定要加上放射線治療。Stage III 的子宮內膜癌，大約只佔 7% 左右，對這一類的病人的治療原則仍是儘可能地切除癌細胞，包括全子宮及兩側卵巢輸卵管切除以及變大的淋巴結摘除，術後再 加上放射線治療，五年存活率大約可以達到 16~27% 左右。如果只是卵巢、輸卵管的轉移(Stage IIIa)五年存活率甚至可以達到 60% 左右。Stage IV 的病人大約只佔 3% 左右，且大部份都超出骨盆腔以外，最常見的是肺部的轉移。在治療上，如果可能的話，子宮切除可以達到局部控制的目的；再加上放射線治療或荷爾蒙治療，但是效果都不太好。子宮內膜癌復發大多數發生在診斷後的三年內，有 90% 發生在五年內。對於局部復發可以用放射線治療，對於擴散型的復發則要靠荷爾蒙或化學治療。合成的黃體素類製劑常被用在治療 advanced 及復發的子宮內膜癌。目前常用的製劑包括 17 α -hydroxyprogesterone、medroxyprogesterone 和 megesterol acetate。化學治療對於子宮內膜癌的效果並不好，目前常使用的是包含 cisplatin, doxorubin, cyclophosphamide 或 5-fluorouracil 的 protocol。也有人再加上 hormone therapy，其效果仍有待評估。

八、預後 子宮內膜癌的預後和癌細胞的形態、分化程度、以及子宮肌層是否侵入，侵入多深、腹膜細胞學檢查、是否侵入卵巢及

輸卵管、是否有淋巴結或其它器官的轉移等等 有關。癌細胞的分化越差，則病人的預後越差。子宮肌層的侵犯程度可以作為癌細胞惡性度的指標，復發的機會也直接和子宮肌層的侵犯程度有關。對於子宮內膜癌 的治療依其侵犯程度，預後情況，復發可能性以及病人身體狀況，對不同的病人有不同的治療原則。