

子宮頸上皮內腫瘤與子宮頸癌

婦癌中心主任何志明醫師

子宮頸癌是台灣婦科癌症的頭號殺手。根據衛生署統計報告，每年台灣約有 2000 例新增的子宮頸癌患者，約 950 人死於子宮頸癌。過去有 80% 的患者發現時已是侵犯性子宮頸癌。目前由於大力推廣子宮頸癌抹片篩檢，子宮頸癌的死亡率已有逐年下降趨勢。婦癌中心統計資料顯示子宮頸原位癌數目已是侵犯性子宮頸癌的 2 倍，且有逐年增加的趨勢。

子宮頸癌是一種很適合篩檢的疾病。因為它的癌症前期階段相當長，可以有充分時間篩檢。子宮頸癌發生原因與初次性交年齡過早、多位性伴侶、性傳染病史、抽煙的婦女或免疫系統缺陷有關（如愛滋病患者或帶原者）。台灣是子宮頸癌的好發國家，有性行為的婦女，無論有無危險因子均應每年接受抹片檢查；如有危險因子可加作人類乳突病毒檢測。當抹片異常或人類乳突病毒陽性者均需施行陰道鏡檢查，如發現異常即需進一步切片檢查。

子宮頸上皮內腫瘤與子宮頸癌最常見的症狀是陰道不正常出血，包括不規則出血、同房後出血、停經後出血、等等，其他像是異常陰道分泌物也是可能的症狀之一，正常婦女的陰道本來就有分泌物存在，但如果分泌物帶有臭味或者混雜著血

絲的現象時都應加以注意，最好找醫師詳細檢查。子宮頸抹片檢查是子宮頸上皮內腫瘤與子宮頸癌最好的篩檢工具，若有不正常的抹片結果接下來必須做陰道鏡檢查與切片檢查，而診斷的依據必須仰賴病理切片的結果，至於疾病嚴重程度的評估必須依照詳細的內診、膀胱鏡檢查、大腸直腸鏡檢查、與胸部 X 光，本院另外也提供電腦斷層攝影與核磁共振攝影，用以評估腹部與骨盆腔內器官與淋巴系統被疾病侵犯的程度。

輕度子宮頸上皮內腫瘤（CIN1）的病患有恢復正常的機會，可不進一步處理。頭一年追蹤檢查當中，有 50~60 % 會恢復正常；有 30~40 % 維持原狀，而 10~20 % 會惡化。當惡化時就需進一步治療。中度子宮頸上皮內腫瘤（CIN2）可以做局部治療，包括鐳射氣化治療、電圈部分切除治療（LEEP）和子宮頸錐狀切除（Conization）。重度子宮頸上皮內腫瘤（CIN3，包含子宮頸原位癌）一般可施行治療性的子宮頸錐形切除術。若錐形切片邊緣仍殘留病灶，可加施行子宮頸錐形切除或追蹤。如已完成生育的婦女，下列情形可考慮施行全子宮切除，包括：微侵犯性子宮頸癌（Microinvasive Stage Ia1）、錐形切片邊緣仍殘留病灶，無法長期追蹤的病人、或合併其他婦科疾病需作全子宮切除的病人。

初期子宮頸癌的適當處理應以手術或放射線治療為主。手

術應行根治性子宮切除術合併骨盆淋巴結摘除。或是直接接受放射線治療。兩者療效差不多。手術後的病理報告若發現危險因子，可同步施行放射線治療合併化學治療減低再復發機率。子宮頸癌第一期五年存活率可達 80 %。

較晚期子宮頸癌（FIGO Stage IIb 及 IIb 以上）目前標準治療是同步施行放射線治療合併化學治療，以取代過去單獨放射線治療；同步治療效果最佳，同時能延長病人存活率。婦癌中心從 1993 年 8 月至 2001 年 9 月總共收集 46 位晚期及術後預後因子差的子宮頸癌患者，同步施行每週 Cisplatin 40 ~ 50 mg/m² 的化學治療合併放射線治療。結果在平均追蹤 3 年後仍存活沒有復發者達 73 %。而且副作用輕微，是目前晚期子宮頸癌的治療主流。

2008.03 初訂

B0000000235.2008.初訂