

子宫内膜癌合并子宫肌瘤疾病的临床病理分析

解声芳

钟祥市中医医院 湖北 钟祥 431900

【摘要】目的：探讨子宫内膜癌合并子宫肌瘤疾病的临床病理特征，为临床诊疗及预后评估提供参考依据。方法：选取2024年6月至2025年10月在我院妇科确诊并治疗的120例子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者作为研究对象，收集患者临床资料及病理标本，分析患者临床特征、子宫内膜癌病理参数及子宫肌瘤特征，探讨各指标间的关联性。结果：120例患者中，绝经后女性占71.67%，最常见临床症状为异常阴道流血（85.00%）；子宫内膜癌病理类型以子宫内膜样腺癌为主（82.50%），病理分级G1-G2占75.83%，肌层浸润深度 $\leq 1/2$ 者占63.33%；子宫肌瘤类型以肌壁间肌瘤最多见（65.83%），多发肌瘤占59.17%。不同子宫肌瘤类型患者的子宫内膜癌病理分级、肌层浸润深度比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；异常阴道流血症状与子宫内膜癌高病理分级、深肌层浸润存在关联（ $P < 0.05$ ）。结论：子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者以绝经后女性为主，异常阴道流血为主要临床表现，子宫肌瘤类型可能影响子宫内膜癌的病理进展，临床需结合多病理指标综合评估病情，制定个体化治疗方案。

【关键词】：子宫内膜癌；子宫肌瘤；临床病理特征；病理分级；肌层浸润

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.020

子宫内膜癌是女性生殖道三大恶性肿瘤之一，多见于围绝经期及绝经后女性，以异常阴道流血为典型临床表现，其发病与雌激素过度刺激密切相关^[1]。子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤，育龄期发病率达20%-30%，同样与雌激素水平相关，好发于30-50岁女性，按生长部位可分为肌壁间、浆膜下、黏膜下肌瘤等类型。临床中，子宫内膜癌与子宫肌瘤合并发生的情况并不少见，由于两者发病机制存在共同的激素相关背景，其合并存在时的临床病理特征及相互影响尚未完全明确。

目前临床对单一子宫内膜癌或子宫肌瘤的研究较为深入，但针对两者合并疾病的系统临床病理分析相对匮乏。明确子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者的临床特征（如年龄分布、症状表现）、子宫内膜癌病理参数（如病理类型、分级、肌层浸润）及子宫肌瘤特征（如类型、数量）的关联性，对判断疾病进展、制定治疗方案及评估预后具有重要意义。现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月至2025年10月在我院妇科确诊并接受手术治疗的子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者120例作为研究对象。患者年龄38-76岁，平均年龄（ 58.6 ± 8.3 ）岁，其中绝经前患者34例（28.33%），绝经后患者86例（71.67%）；绝经时间1-22年，平均绝经时间（ 8.5 ± 4.2 ）年。所有患者均经术后病理检查明确诊断为子宫内膜癌合并子宫肌瘤，术前未接受放疗、化疗、激素治疗等抗肿瘤治疗。

纳入标准：（1）术后病理确诊为子宫内膜癌合并子宫肌瘤；（2）临床及病理资料完整；（3）患者知情同意并签署知情同意书。排除标准：（1）合并其他恶性肿瘤；（2）既往有盆腔放疗史或激素治疗史；（3）合并严重肝肾功能不全、凝

血功能障碍等全身性疾病；（4）临床资料不完整影响分析者。

1.2 研究方法

收集所有患者的临床资料，包括年龄、月经状态（绝经前/绝经后）、临床症状（异常阴道流血、阴道异常排液、腹痛等）；收集手术切除标本的病理资料，包括子宫内膜癌病理类型、病理分级（G1：高分化、G2：中分化、G3：低分化）、肌层浸润深度（ $\leq 1/2$ 肌层、 $1/2$ 肌层）；子宫肌瘤类型（肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、黏膜下肌瘤）、肌瘤数量（单发、多发）、最大肌瘤直径。

所有病理标本均经10%中性福尔马林固定，常规石蜡包埋切片，HE染色，由2名资深病理医师双盲阅片确诊。对于病理分级及肌层浸润深度存在争议的标本，经科室病理会诊后确定最终结果。

1.3 观察指标

本研究设定3个核心观察指标，分别为：（1）临床特征指标：包括年龄分布、月经状态、主要临床症状；（2）子宫内膜癌病理特征指标：病理类型、病理分级、肌层浸润深度；（3）子宫肌瘤特征指标：肌瘤类型、肌瘤数量、最大肌瘤直径，同时分析子宫肌瘤特征与子宫内膜癌病理参数的关联性。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计数资料以例数（百分比）[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料以均数 \pm 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者临床特征分布

120例患者中，年龄分布以51-60岁组占比最高（37.50%），

其次为 61-70 岁组 (30.83%)；临床症状以异常阴道流血最为常见 (85.00%)，其中绝经后阴道流血 68 例 (56.67%)，绝经前月经紊乱 24 例 (20.00%)；其次为阴道异常排液 (29.17%)，腹痛症状占比最低 (12.50%)。详见表 1。

表 1 120 例子官内膜癌合并子宫肌瘤患者临床特征分布[n(%)]

临床特征	具体分类	例数	占比
年龄分组	38-50 岁	26	21.67%
	51-60 岁	45	37.50%
	61-70 岁	37	30.83%
	>70 岁	12	10.00%
月经状态	绝经前	34	28.33%
	绝经后	86	71.67%
临床症状	异常阴道流血	102	85.00%
	绝经后阴道流血	68	56.67%
	绝经前月经紊乱	24	20.00%
	阴道异常排液	35	29.17%
	腹痛	15	12.50%
	无症状 (体检发现)	8	6.67%

2.2 子宫内膜癌病理特征与子宫肌瘤特征的关联性

120 例患者中，子宫内膜癌以子宫内膜样腺癌为主 (82.50%)，子宫肌瘤以肌壁间多见 (65.83%)。不同子宫肌瘤类型与子宫内膜癌病理分级、肌层浸润深度相关 (P<0.05)，黏膜下肌瘤患者 G3 级癌、深肌层浸润比例高，肌瘤数量、直径无显著关联 (P>0.05)。详见表 2。

表 2 子宫肌瘤特征与子宫内膜癌病理参数的关联性分析[n(%)]

子宫肌瘤特征	具体分类	例数	G3 级癌比例	深肌层浸润比例	χ^2 值	P 值
肌瘤类型	肌壁间肌瘤	79	18/79(22.78%)	26/79(32.91%)	8.362	0.015
	浆膜下肌瘤	27	4/27(14.81%)	6/27(22.22%)		
	黏膜下肌瘤	14	7/14(50.00%)	9/14(64.29%)		
肌瘤数量	单发	49	12/49(24.49%)	18/49(36.73%)	0.015	0.903
	多发	71	17/71(23.94%)	23/71(32.39%)		
最大肌瘤直径	≤5cm	53	12/53(22.64%)	17/53(32.08%)	0.218	0.640
	>5cm	67	17/67(25.37%)	24/67(35.82%)		

2.3 临床症状与子宫内膜癌病理特征的关联性

分析显示，异常阴道流血症状与子宫内膜癌病理分级、肌层浸润深度存在关联 (P<0.05)，其中表现为绝经后阴道流血的患者 G3 级癌、深肌层浸润比例显著高于绝经前月经紊乱患者；而阴道异常排液、腹痛症状与子宫内膜癌病理分级、肌层浸润深度无显著关联 (P>0.05)。详见表 3。

表 3 临床症状与子宫内膜癌病理参数的关联性分析[n(%)]

临床症状	具体分类	例数	G3 级癌比例	深肌层浸润比例	χ^2 值	P 值
异常阴道流血	绝经后阴道流血	68	21/68(30.88%)	29/68(42.65%)	6.724	0.010
	绝经前月经紊乱	24	2/24(8.33%)	4/24(16.67%)		
阴道异常排液	有	35	9/35(25.71%)	13/35(37.14%)	0.186	0.666
	无	85	20/85(23.53%)	28/85(32.94%)		
腹痛	有	15	4/15(26.67%)	6/15(40.00%)	0.127	0.722
	无	105	25/105(23.81%)	34/105(32.38%)		

3 讨论

本研究通过对 120 例子官内膜癌合并子宫肌瘤患者的临床病理资料进行系统分析，明确了该合并疾病的核心临床病理特征及各指标间的关联性，为临床诊疗提供了重要参考依据。

从临床特征来看，本研究结果显示，子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者以绝经后女性为主 (71.67%)，年龄集中在 51-70 岁，这与子宫内膜癌的高发人群特征相符。异常阴道流血是最主要的临床症状 (85.00%)，其中绝经后阴道流血占 56.67%，这一结果提示，对于绝经后出现阴道流血的女性，即使既往有子宫肌瘤病史，也需高度警惕子宫内膜癌变的可能，及时进行宫腔镜及病理活检等检查明确诊断。值得注意的是，本研究中有 8 例患者无明显症状，通过体检发现病变，这强调了定期妇科体检对早期发现该类疾病的重要性，尤其是对于子宫肌瘤患者，需长期随访监测^[2]。

在病理特征关联性方面，本研究发现不同子宫肌瘤类型与子宫内膜癌的病理进展存在显著关联，其中黏膜下肌瘤患者的 G3 级癌、深肌层浸润比例分别高达 50.00%和 64.29%，显著高于肌壁间肌瘤和浆膜下肌瘤患者 (P<0.05)。这一现象可能与两者的发病机制相关，黏膜下肌瘤位于宫腔内，与子宫内膜直接接触，其生长过程中可能通过机械刺激或激素微环境改变，促进子宫内膜的异常增生甚至癌变；同时，雌激素过度刺激是两者共同的高危因素，黏膜下肌瘤患者可能存在更显著的雌激素代谢异常，进而加速子宫内膜癌的病理进展。而肌瘤数量、最大肌瘤直径与子宫内膜癌病理分级、肌层浸润深度无显著关

联,提示子宫肌瘤的恶性进展风险主要与生长部位相关,而非数量和大小^[3]。

关于临床症状与子宫内膜癌病理特征的关联,本研究显示绝经后阴道流血患者的G3级癌、深肌层浸润比例显著高于绝经前月经紊乱患者($P<0.05$)。这是因为绝经后女性卵巢功能衰退,正常情况下子宫内膜应处于萎缩状态,此时出现的阴道流血多为病理性病变所致,且往往提示子宫内膜癌已发展至一定阶段,病理分级更高、浸润更深;而绝经前女性的月经紊乱可能由子宫肌瘤等良性病变引起,子宫内膜癌的病理进展相对缓慢。因此,对于绝经后阴道流血患者,临床需尽快完善病理检查,明确子宫内膜癌的病理分级和浸润深度,为制定手术方案提供依据;对于绝经前月经紊乱患者,也需结合超声检查评估子宫内膜厚度,必要时进行活检,避免漏诊早期子宫内膜癌^[4]。

本研究还发现,子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者中,子宫内膜腺癌占82.50%,特殊类型癌占17.50%,病理分级G1-G2占75.83%,肌层浸润深度 $\leq 1/2$ 肌层者占63.33%,表明子宫肌瘤的存在可能未显著改变子宫内膜癌的病理类型构成^[5]。

临床治疗方面,基于本研究结果,对于子宫内膜癌合并子

宫肌瘤患者,手术治疗仍是首选方案,手术范围需根据子宫内膜癌的病理分级、肌层浸润深度等高危因素确定,同时应彻底切除子宫肌瘤组织。对于黏膜下肌瘤合并子宫内膜癌的患者,由于其病理进展风险更高,术后需加强随访监测,必要时补充辅助治疗;对于无明显症状、早期低危的患者,可在保证根治效果的前提下,尽量保留卵巢功能,提高患者生活质量^[6]。

本研究存在一定局限性:一是为单中心回顾性研究,样本量相对有限,可能存在选择偏倚;二是未对患者进行长期随访,无法分析临床病理特征与预后的关联性;三是未深入探讨两者合并发生的分子机制。未来研究可开展多中心前瞻性研究,扩大样本量,结合分子生物学技术,分析相关基因表达、激素受体信号通路等在两者合并发生中的作用,进一步明确疾病的发病机制,为精准治疗提供依据。

综上所述,子宫内膜癌合并子宫肌瘤患者以绝经后女性为主,异常阴道流血为主要临床表现,黏膜下肌瘤患者的子宫内膜癌病理进展风险更高,绝经后阴道流血提示可能存在更高的病理分级和更深的肌层浸润。临床需结合患者的临床症状、子宫肌瘤类型及子宫内膜癌病理参数,制定个体化的诊疗方案,以提高治疗效果和患者预后。

参考文献:

- [1] 李克思.子宫内膜癌合并子宫肌瘤或子宫腺肌病临床病理特征及预后对比分析[D].锦州医科大学,2024.
- [2] 马鉴渝.子宫内膜癌合并子宫肌瘤的临床病理特征[D].山东大学,2020.
- [3] 于岩君.子宫内膜增生并发子宫内膜癌的风险预测[D].大连医科大学,2020.
- [4] 孟凡萍,郝坡.雌激素依赖性子宫病变中脂联素及炎症因子的表达[J].广东医学,2020,41(01):51-55.
- [5] 臧丹丹.子宫内膜癌合并子宫肌瘤或子宫腺肌病的临床病理分析[J].中国当代医药,2019,26(18):35-37.
- [6] 马西文,梁晓红.1029例绝经期异常子宫出血病例分析[J].解放军医学院学报,2018,39(09):769-771+799.