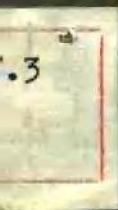




NUXING

SHENGZHIXITONG
EXINGZHONGLIU

女性生殖系统
恶性肿瘤



女性生殖系统恶性肿瘤

主 编 孙定祥

编 者 孙定祥 张志胜

徐立礼 张友明

责任编辑：张碧金

*

湖南科学技术出版社出版

(长沙市展览馆路14号)

湖南省新华书店发行 湖南省新华印刷二厂印刷

*

1981年12月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/32 印张：9 字数：204,000

印数：1—7,900

统一书号：14204·50 定价：0.76元

前 言

女性生殖系统恶性肿瘤为妇科常见重要疾病。晚近有关其病因、病理生理、诊断和治疗方法均发展迅速，而国内尚少专书论述。为此，我们根据多年的临床经验，结合国内外文献资料，着重介绍国外有关本专业知识的较新进展，以期使广大妇产科医师对近代动态有所了解，并从中汲取世界先进的医学理论和技术，为发展我国现代医学，提高诊疗水平而服务。能否达此目的，将有待于临床实践的检验，更希冀得到同道们的指教。

编 者

于湖南医学院第二附属医院

目 录

1. 外阴恶性肿瘤	(1)
1.1 原发性外阴癌.....	(1)
1.2 外阴恶性黑色素瘤.....	(17)
1.3 外阴肉瘤.....	(18)
1.4 外阴腺癌.....	(19)
1.5 继发性外阴恶性肿瘤.....	(19)
2. 阴道恶性肿瘤	(23)
2.1 原发性阴道癌.....	(23)
2.1.1 原发性阴道鳞状上皮癌... (24)	
2.1.2 原发性阴道腺癌..... (32)	
2.2 阴道肉瘤.....	(35)
2.2.1 平滑肌肉瘤与纤维肉瘤... (35)	
2.2.2 葡萄状肉瘤..... (36)	
2.3 阴道恶性黑色素瘤.....	(37)
3. 子宫颈恶性肿瘤	(40)
3.1 宫颈上皮内癌.....	(40)
3.2 宫颈早期浸润癌.....	(43)
3.3 宫颈浸润癌.....	(47)
3.4 宫颈透明细胞腺癌.....	(76)
4. 阴道镜	(92)
5. 子宫体恶性肿瘤	(111)
5.1 子宫体癌.....	(111)

5.2	其他子宫体恶性肿瘤·····	(135)
5.2.1	子宫平滑肌肉瘤·····	(135)
5.2.2	子宫内膜间质细胞瘤·····	(136)
5.2.3	子宫体恶性中胚叶混合瘤 ·····	(137)
6.	卵巢恶性肿瘤·····	(143)
6.1	组织发生及分类·····	(144)
6.2	病理及临床表现·····	(147)
6.3	诊断·····	(163)
6.4	临床分期·····	(164)
6.5	治疗·····	(164)
6.6	早期发现及预防·····	(202)
7.	原发性输卵管癌·····	(218)
8.	腹腔镜在妇科肿瘤方面的应用·····	(232)
9.	滋养叶细胞肿瘤·····	(244)
9.1	葡萄胎·····	(244)
9.2	恶性葡萄胎与绒毛膜癌·····	(252)

1. 外阴恶性肿瘤

外阴恶性肿瘤有原发性和继发性二类。前者占绝大多数，其中又以鳞状上皮细胞癌为最多见，约占90%；其余为恶性黑色素瘤、肉瘤、腺癌等。兹分述如后。

1.1 原发性外阴癌

外阴癌约占女性生殖系统原发性恶性肿瘤3~4%，居第三位。Krupp、Frankhi 及Rutledge等认为它占妇科癌瘤的3.5%，Gosling的统计为4.7%。由于是一种体表疾病，应当是容易诊断的，但因病人害羞而不愿就医，或因医生未能及时并选择适宜部位作活检，诊断往往延误，值得引起临床上的重视。

病 因

与其他癌瘤一样，外阴癌的原因尚不明。但与一些皮肤病和全身性疾病有关，例如糖尿病可能对外阴疾病起作用，通过尿路、消化道和皮肤排泄的药物可能与慢性外阴炎有重要关系，这些都间接与外阴癌的发生有关。有些外阴癌的前身为粘膜白斑病或良性乳头状瘤。局部清洁卫生未予重视也可能为重要因素。最近疱疹性外阴炎增加，有人认为与外阴肿瘤之增加也有关，但尚无确切的证据。例如，Friedrick曾于1972年报告一例认为与疱疹性病毒感染有关，1973年Shinner也遇相类似的一例病人，但他否定了Friedrick以前的看法。国外临床统计说明，约1/3的外阴癌发生在性病病

变中，15%的病例出现在苔癣硬化区。有人提到外阴癌与天疱疮之间有关系，但也未能肯定。

病 理

外阴任何部位的粘膜和皮肤均可发生恶性肿瘤。据国外报道大多数为浸润型的鳞状上皮癌。除外阴外，习惯上还将发生在尿道口、前庭大腺及会阴皮肤直至第3骶椎侧面达生殖股皱褶等处的肿瘤，统称为外阴癌。Krupp报道190例各种类型的外阴癌，加上以往其他一些作者的报道，总计如下表：

表1—1 1563例外阴恶性肿瘤的病理分类

病 理 分 类	人 数	%
鳞状上皮癌	1350	86.3
腺 癌	8	0.5
基细胞癌	24	1.5
汗腺腺癌	1	0.1
前庭大腺癌	18	1.2
恶性黑色素瘤	72	4.6
E.M.Paget's(佩吉特氏)病	3	0.2
肉 瘤	30	1.9
尿道(腺癌)	3	0.2
未 识 别	54	3.5
共 计	1563	100.0

一般说，原发性外阴癌主要为下列二种：

1. 外阴原位癌 又称上皮内癌。多由外阴白斑病发展而来，常是多病灶性的。肉眼可仅见白斑病变，或在女阴皮肤或粘膜上看到小的糜烂。近年来，这种癌逐渐增多，可能与临床医生的警惕性和诊断水平的提高有关。它可能在某些方面与子宫颈原位癌相似，但远为少见。子宫颈上皮内癌的定义指外表排列

的上皮细胞全层被未分化的异常细胞所替换，常为基础细胞。与此相似，上皮内外阴癌也显示异常的外表排列的上皮细胞，甚为紊乱，细胞核大而染色深，密集而使表皮增厚，且伴有不正常的有丝分裂活动，而个别细胞可有角化，基底膜完整，未被侵犯。但外阴癌的特点是柱型细胞，尽管为上皮内的退行发育，还可见其细胞有某种程度的分化。Novak认为，纯种细胞类型的原位外阴癌和原位子宫颈癌一样，都是极少见的。

外阴原位癌的表皮表现全层异型性，而II级白斑病的异型细胞主要见于表皮的基底部，因此可以鉴别。

外阴佩吉特 (Paget) 氏病为一特种类型的原位癌，最常见于经绝后妇女之大阴唇，其特征为肉眼标本可见土红色病变，隆起而边缘清楚，表面湿润或结痂，且有散在的白色上皮岛。显微镜下可见体积大而圆，胞浆呈苍白色的Paget氏细胞，其核为圆形，染色深。它们存在于表皮基底层之间或近基底层之上部。细胞常排列成腺体状，或沿毛囊伸展，彼此之间没有间桥。在乳房中也可见同样病变，且常伴有位于表皮下面的癌瘤，而外阴Paget氏病多为上皮内癌。

外阴原位癌的另一特种类型为博温 (Bowen) 氏病。肉眼可见外阴皮肤上有一个或多个暗红色丘疹或外形不整齐而界线清楚的斑块，表面初则成痂，脱落后变成颗粒状渗血创面。此病在上皮中也出现大的有空泡的表皮细胞(即Bowen氏细胞)，但与Paget氏病不同，因它的细胞间有细胞桥存在，且与周围异型性上皮密切相关，有个别角化现象，且病变局限于上皮之内。

2. 浸润型鳞状上皮癌 这主要是绝经后妇女的疾病，患者年龄较表皮内癌病人为大。国外报道以60~70岁左右为最多见，国内报道发病年龄平均为45岁。Kelly及Green报道1/3继发于白斑病；但McAdams及Kistner经过仔细调查后报道仅10%继发于

白斑病；此外它也可继发于原位癌、Bowen氏病及Paget氏病。有些则没有任何先驱病变。这种癌可在外阴任何处开始，但多为大、小阴唇及外阴皮肤，也可见于前庭粘膜、阴蒂、前庭大腺及尿道口周围。可为多病灶性的或两侧大阴唇对称性的。肉眼所见分内生型与外生型两种。内生型开始为细颗粒状，以后组织坏死而成溃疡，其边缘隆起而与皮下组织相连，周围组织则因炎症而变硬。此种癌可继发于白斑病也可与之并存。外生型多由乳头状瘤或尖锐湿疣癌变而来，早期病变组织脆弱，但多无出血。晚期则变成菜花样，易坏死出血，或成溃疡。显微镜下，可见许多非典型表皮细胞伸向真皮，后者显示一些炎症反应和增多的毛细血管。表皮细胞具有不同类型的异常，有些是退行发育的，有些是大细胞且分化较好的。前者肿瘤有显示梭形细胞之倾向，细胞核染色深，核分裂很多，而嗜曙红细胞较少。后者是最常见的棘细胞型，在某些分化区可见角化细胞角珠，单独的角化细胞可居表皮腔隙中，认真寻找增生细胞群的来源是很重要的，因它来自表皮而可与无色素的恶性黑瘤相区别。在所有部位中，外阴癌是属于鳞状细胞或表皮样类型的。唯有前庭大腺例外，它的细胞性质为腺癌（多孔的，筛状的），但也有少数为鳞癌。检查时可在前庭大腺的部位触到硬如石子的肿块。基础细胞癌则是极少见的。表现为表浅溃疡伴卷摺边缘。

在常见外阴癌类型中，原始病变逐渐增大，硬度增加，然后溃烂伴周围水肿。若被忽视，大部分外阴可能被破坏。癌细胞迅速经淋巴转移至浅层和深层腹股沟及股的淋巴结，且由于淋巴交通支丰富，对侧淋巴结侵入较早，最后则转移至髂淋巴结和主动脉淋巴结。

临床分期

为了便于统计。国际妇产科协会建议将TNM分类法用于外阴癌的临床分期。

【TNM分类法】

原发性肿瘤(T)

- T1** 肿瘤局限于外阴，最大直径为2厘米或<2厘米
- T2** 肿瘤局限于外阴，最大直径>2厘米。
- T3** 各种大小肿瘤扩展至附近的尿道和/或阴道和/或会阴和/或肛门。
- T4** 各种大小肿瘤浸润膀胱粘膜和/或直肠粘膜，或二者兼而有之，包括尿道粘膜之上段和/或固定于骨骼。

局部淋巴结(N)

- N0** 无可触到的淋巴结。
- N1** 任何一侧腹股沟可触到淋巴结，未肿大，可以活动（临床上不怀疑肿瘤者）。
- N2** 在一侧或双侧腹股沟可触到淋巴结，已肿大，坚硬但可活动（临床上怀疑为肿瘤者）。
- N3** 固定不能活动或已溃烂的淋巴结。

远处转移(M)

- M0** 临床上无远处转移。
- M1_a** 盆腔深淋巴结可触到。
- M1_b** 其他远处转移。

【临床分期】

I期	T1	N0	M0	T2	N1	M0
II期	T2	N0	M0	T2	N1	M0
III期	T3	N0	M0	T3	N1	M0
	T3	N2	M0	T1	N2	M0
	T2	N2	M0			
IV期	T1	N3	M0	T2	N3	M0
	T3	N3	M0	T4	N3	M0

T4 N0 M0 T4 N1 M0

T4 N2 M0

M1_a } 有远处转移或可触得深部盆腔转移者
M1_b }

临床表现

外阴癌患者之年龄差别很大，但一般说多出现于经绝期妇女中。可以认为有慢性外阴炎的经绝期妇女是外阴癌的“高危”病人。又患者可能先有白斑病或肉芽肿病，然后转变为癌；或在萎缩或营养不良皮肤上出现裂缝，不可忽视。

外阴癌的症状是不同大小的肿瘤或溃疡，或外阴炎、出血、分泌物增多及疼痛。Magrina分析的106例中，79人（75%）有外阴瘙痒。病变可见于外阴任何处的皮肤或粘膜。Janovski及Douglas1972年报道，病变见于大阴唇者为40%，小阴唇者为15%，阴蒂者为17%。早期症状很轻，仅有轻微疼痛及瘙痒，但后者并非经常存在。很多病例在癌瘤出现以前，有长期外阴炎病史，以后溃疡出现，其边缘隆起，底部有腐肉组织；再后浸润出现；当溃疡及浸润延伸时，由于女阴部神经末梢丰富，疼痛增加；迄至晚期则疼痛持续且难忍受，须用麻醉剂控制。晚期尚可有排尿困难，甚至引起泌尿道感染，最后可破坏大部分阴唇、会阴周围组织、阴道壁及直肠或骨骼。关于转移问题，一般说肉眼所见范围大的转移机会较多；病理检查分化较好的转移较晚。外阴原位癌发展缓慢，可经数年始成侵入性癌；鳞状上皮癌则多有前驱症状如外阴瘙痒等。且这些癌瘤多在表面，理应易于诊断。不幸的是，常有一些病例自症状出现至明确诊断，已拖延 $1\frac{1}{2}$ ~2年之久。Walker说患者第一次就诊时30~

50%已有淋巴结转移，若已至晚期淋巴结还可能破溃。多数的

延误是因患者不愿就医,但Howson及Montgomery注意到 $\frac{1}{3}$ 的

病例应归究于临床医生的过失,因在早期时病人多无不适,临床医生若不知其潜在危险,多容易忽略。因此所有报告都强调专科医师检查的重要性。

Nichols和Bonny1973年报道一例年55岁的外阴鳞状细胞癌患者,偶尔发现血清钙升高至16.8毫克%,在摘除肿瘤后血清钙缓慢下降。过去也有过3个同样的病例报告。在多种其他肿瘤特别是鳞状上皮癌(包括阴道的)中,都有过血清钙升高的报告。Bennett等1974年还报道过一例男性巨大性病湿疣,亦有此现象。其机理仍未明确,大概是这些肿瘤产生一种似甲状旁腺物质,使钙自骨骼转至血循环,引起血钙增高。

诊 断

妇女有外阴炎、溃疡、肿瘤、分泌物和疼痛或性病病变或苔癣硬化者,临床医生必须警惕外阴癌之可能,尤以经绝期妇女有长期病史者为然。

诊断的步骤是,首先向患者询问完全病史,且作全身体检。切忌只看局部病变,尤应注意皮肤和身体各系统疾病,并作相应的化验检查。活检是最可靠的诊断方法,有指征或有怀疑时必须进行。经绝期妇女有慢性外阴炎者还应较经常地做活检和阴道镜检查。活检时要选择最适宜的部位,但有时不易决定。如为溃疡,应在它的边缘作活检;如为小肿瘤则应摘除后作病理切片检查。从分泌物中,有时也可找到癌细胞。在慢性外阴炎患者中,则可用甲苯氨蓝染色及阴道镜以寻找最适宜于作活检的部位。先用1%的甲苯氨蓝溶液涂于外阴上,待干燥后,用1%醋酸脱色。因甲苯氨蓝为一细胞核的染色液,它在核增生处较为明显,且在脱色后仍存在。在此处作活检,较为适宜。

放大镜特别是阴道镜检查对于选择活检处也有帮助。有些

区域如失去皮肤界限、有色素改变、上皮脱去或异常血管应予特别重视，这些异常或任何可疑病变应作活检。

总的说，业已明显形成的病变易于诊断，唯一的鉴别是他种形式的瘤，如有时尿道癌可能被认为起源于外阴。要查明重新发生或发生于瘢痕或退化区域的早期病变，不论有无白斑病存在，确诊可能很困难，只能用仔细观察和重重复活检的方法，才能获得成功。非典型病例还应与疱疹、乳头状瘤、扁平湿疣、淋巴肉芽肿、性病肉芽肿、结核及梅毒相鉴别，这种情况下活检是很重要的。有萎缩性外阴病变者必须定期追踪，俾能早期发现恶变。

关于有无淋巴转移的问题，用临床检查方法不能确定。Morris及Avertte用淋巴造影方法获得某些成功，但未普遍采用。

治 疗

临床医生根据癌瘤扩散的规律和淋巴结受累的情况，已经摸索出一些治疗方案。现时对于外阴原位癌则采用外阴切除术。由于这种肿瘤是多病灶的或已散布的，故常须切除整个外阴，必要时植皮。对于浸润型外阴癌，有人认为惟一合理的治疗方法是根治性外阴切除手术及摘除双侧手术时可以触到的浅层和深层腹股沟淋巴结。但近来 Magrina 等报告106例 I 期外阴鳞状上皮癌病人，发现病变侵入基质超过5毫米，有8.4%的腹股沟淋巴结转移，而病变侵入基质3毫米或小于3毫米者，淋巴结转移的发生率仅3%；因此他们认为对于病变侵入基质深度为3毫米或小于3毫米的患者，是否初次手术时即作淋巴结摘除术，可以根据患者的年龄和一般情况而分别考虑。

最近DiSaia报道20例用改良的方法治疗早期浸润型外阴癌的结果，他先作腹股沟浅层淋巴结切除，将取下的淋巴结立即作冰冻切片检查。如发现有阳性淋巴结，乃行全部腹股沟淋巴

结切除，包括深部股淋巴结，甚至患侧的盆腔淋巴结。如未发现阳性淋巴结，则缝合腹股沟切口，继行外阴切除术，切口的范围超过癌瘤边缘3厘米，皮下组织尽量切除，尤其是原发癌病灶的下方。如伤口对合困难，则行植皮手术。

手术方法是在腹股沟韧带下方2横指和耻骨结节旁2横指处，作一8厘米长切口与腹股沟平行（图1—1、2）。这种切口利于暴露及取出浅层和深层腹股沟淋巴结。

20人中有18人浅层淋巴结为阴性，故只将原发病灶作局部切除。这些病人术后已观察7~74个月（平均32个月）未见复发。另2例浅层腹股沟淋巴结阳性者作了根治性外阴切除术及双侧腹股沟淋巴结和患侧盆腔淋巴结切除术；此2例术后分别观察37和19个月，未见复发。

这种改良方法的最大优点是保存了患者的性功能，而又不妨碍患者的存活率。

Kelly 1972年报道根治术后可有正常妊娠，有时甚至正常分娩。在年老及虚弱妇女中，除非是临床检查可以触得的，则不

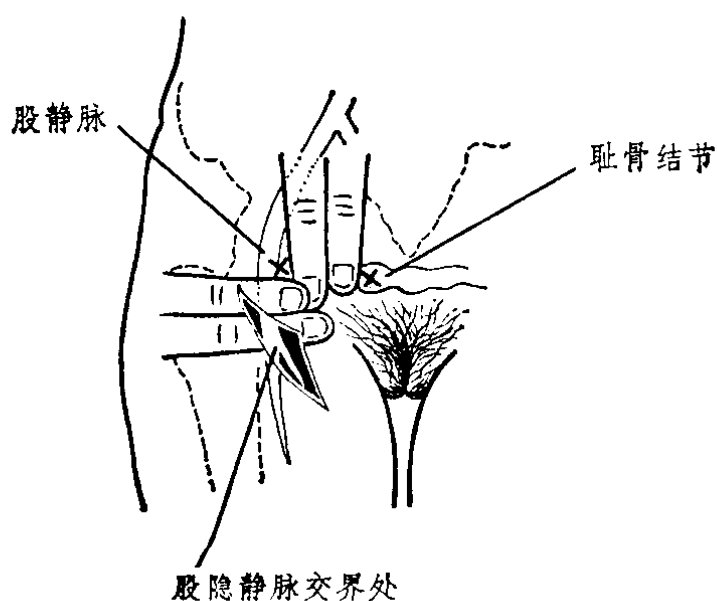


图1—1 手术切口的部位

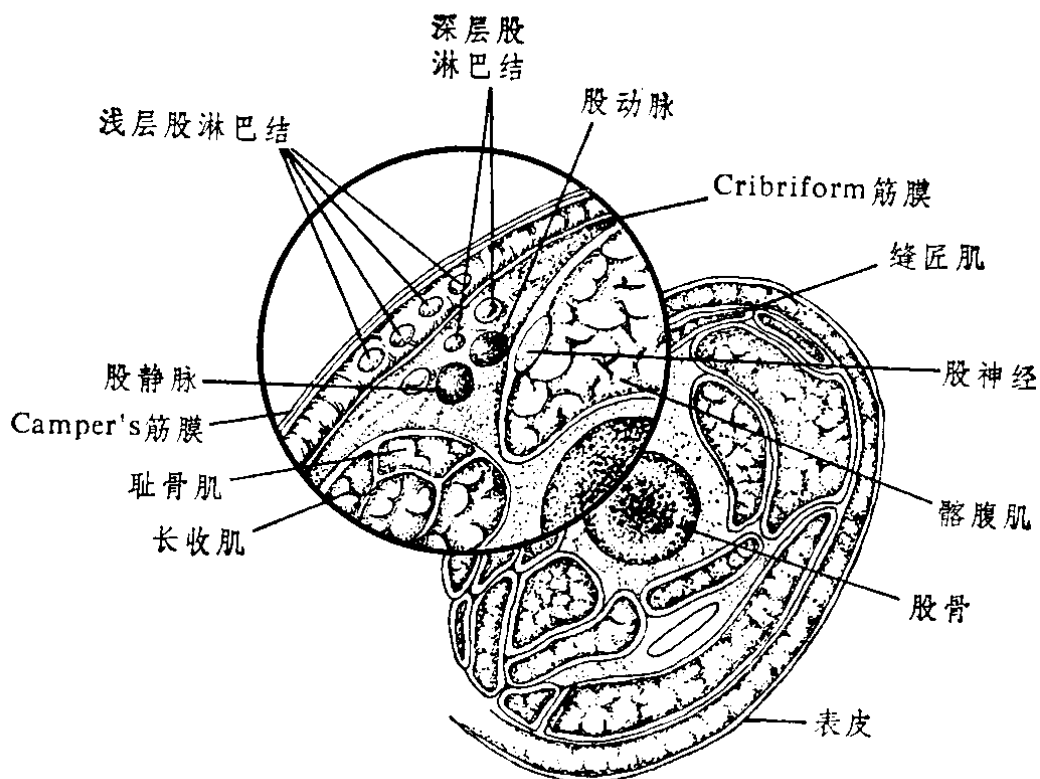


图1—2 横切面示浅层和深层股淋巴结部位

一定摘除淋巴结。但由于外阴部淋巴很丰富，双侧多同时受累，在年轻妇女中应摘除双侧淋巴结，而只摘除患侧淋巴结是不合理的。手术一般应做得彻底，但如病变连累或很接近尿道下段，尿失禁虽很难避免，仍应尽力避免之。另有些晚期病例可能需要做更广泛的手术；但年老体弱不适宜做广泛手术者，采用单纯外阴切除术常能摘除一些使病人痛苦的肿瘤。不论采用何种手术治疗，术后均必须密切追踪，对早期局部复发或顽固病变，常可用小块切除法，进行治疗。

如病变已超出外阴范围，则除外阴切除及腹股沟和盆腔淋巴结摘除外，还须加作内脏切除术，即为IV期病变所作的超根治手术，如Krupp超根治术。这类病人术前应作详细检查，以测定恶性病变之范围。X线照片、骨骼和肝脏的扫描、膀胱镜检、直肠镜检、钡灌肠、静脉尿路造影等，均应列为常规；有指征时

还应作其他 特种检查，血容量也应测定，必要时术前予以纠正。

Krupp 手术方法是：手术时先作连接两侧髂前上棘之弧形切口，进入腹膜腔，探查肝、脾和上腹部及主动脉周围淋巴结，必要时作组织冰冻切片检查。如病变已超出盆腔范围或已延伸至骨骼，则不应作超根治手术。如有适应症，再从髂前上棘经生殖股沟到外阴之后侧界，作第二个皮肤切口。切除双侧腹股沟至卵圆窝之皮下组织，包括表浅及深部腹股沟淋巴结。第三步是在会阴部作横切口，连接第二切口两侧之下端，分离外阴和皮下组织，然后上下配合，将外阴、腹股沟淋巴结、膀胱、直肠、阴道、子宫、输卵管及卵巢，一并整块切除。再从腹膜腔内摘除髂总、髂外、髂内和闭孔淋巴结。最后利用回肠或乙状结肠作尿流改道，并用乙状结肠作人造肛门，缝合皮肤切口（图1—3至1—5）。年轻妇女还应利用回肠或乙状结肠或全层皮肤作新的阴道，因第二次手术将遇到许多粘连，造成困难，故这一附加手术应争取在第一次手术时完成。

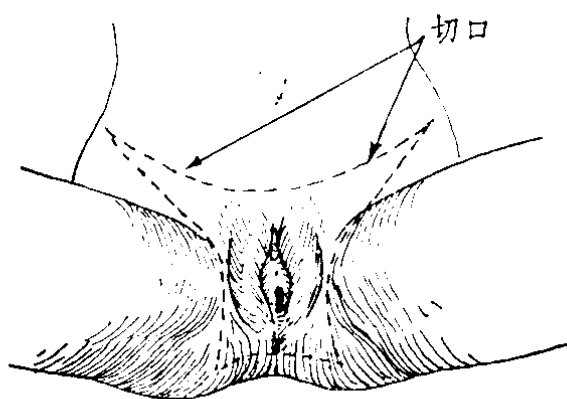


图1—3 手术切口的部位

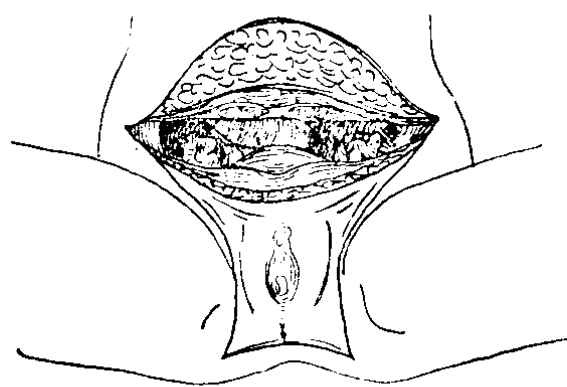


图1—4 从弧形切口进入腹膜腔

手术后的常见并发症为创口内形成腐肉，可用冲洗法去除无活力的组织，腐肉区内涂蜂蜜和用尿素结晶可减少细菌生长，加速创口愈合。二期缝合也是有帮助的，但很少需要植皮。

Webb于1977年总结198例之经验,认为放射治疗后再进行外阴、

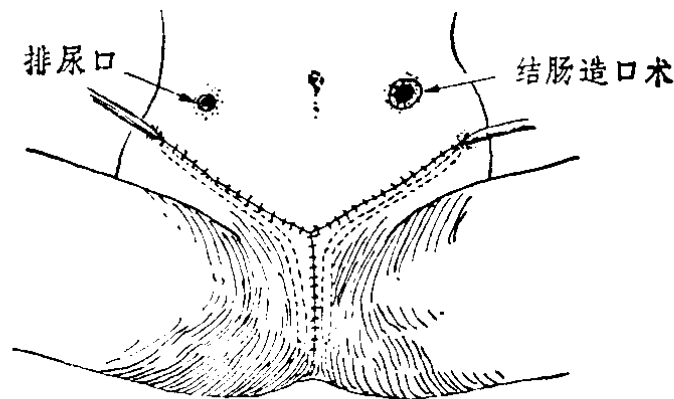


图1—5 缝合切口及腹部造口的部位

内脏及淋巴结切除术,有11.6%病人术后并发肠梗阻,12.6%并发肠痿,这些并发症治疗较为困难。预防的方法是术时用腹膜覆盖粗糙面,必要时可将带蒂大网膜缝于盆腔底部。此外,利用抽吸式引流,广谱抗生素及细心操作等,也很重要。放射疗法则宜避免,而应直接采用超根治手术。

由于妇科医师经验的集累,加以现代技术和麻醉之进步,抗生素之合理应用以及必要时立即进行植皮,使近期疗效大有进步,因而手术范围业已扩展,接受手术的病人亦已增多。

最近Adams报告为5例晚期外阴癌累及肛管及直肠下段的病人,作了从会阴路切除外阴、肛门及远端直肠的手术。术后追踪5人中有3人存活,时间为41、13和10个月。手术方法是病人取仰卧位,在耻骨联合上方作横切口。先切除双侧腹股沟淋巴结,必要时行腹膜后淋巴结切除,继行外阴切除及远端直肠切除术。手术步骤如图1—6至1—9。

最后缝合腹股沟和腹部切口,作横结肠造口术,将两端牵出皮肤外,中间相隔至少7厘米,以免粪便由近端转输至远端。

作者认为肛门有浸润的患者,直肠切除术比去脏术的优点