

# 现代妇科肿瘤 诊断与防治

曹燕花等◎著



# 现代妇科肿瘤诊断与防治

曹燕花等◎著

## 图书在版编目 ( C I P ) 数据

现代妇科肿瘤诊断与防治 / 曹燕花等著. — 长春 :  
吉林科学技术出版社, 2018. 3  
ISBN 978-7-5578-3673-3  
I. ①现… II. ①曹… III. ①妇科病—肿瘤—诊疗  
IV. ①R737.3  
中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第064121号

## 现代妇科肿瘤诊断与防治

---

|      |                  |
|------|------------------|
| 著    | 曹燕花等             |
| 出版人  | 李 梁              |
| 责任编辑 | 赵 兵 张 卓          |
| 封面设计 | 长春创意广告图文制作有限责任公司 |
| 制 版  | 长春创意广告图文制作有限责任公司 |
| 幅面尺寸 | 185mm×260mm      |
| 字 数  | 231千字            |
| 印 张  | 12               |
| 印 数  | 650册             |
| 版 次  | 2019年3月第2版       |
| 印 次  | 2019年3月第2版第1次印刷  |

---

|          |               |
|----------|---------------|
| 出 版      | 吉林科学技术出版社     |
| 发 行      | 吉林科学技术出版社     |
| 地 址      | 长春市人民大街4646号  |
| 邮 编      | 130021        |
| 发行部电话/传真 | 0431-85651759 |
| 储运部电话    | 0431-86059116 |
| 编辑部电话    | 0431-85677817 |
| 网 址      | www.jlstp.net |
| 印 刷      | 虎彩印艺股份有限公司    |

---

|     |                        |
|-----|------------------------|
| 书 号 | ISBN 978-7-5578-3673-3 |
| 定 价 | 50.00元                 |

如有印装质量问题 可寄出版社调换  
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。  
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

# 前言

随着近年来医学模式的转变及传统医学观念的不断更新，妇科肿瘤的许多诊疗技术和原则也发生了日新月异的变化。新技术的发展不仅是建立在原有基础上，而且是与相关交叉学科的发展相互渗透、借鉴、融合等分不开的。为了传递全新的实用性理论和技能，提高妇科肿瘤领域的诊疗水平，并规范医疗行为，更好地保障我国妇女人群的健康，我们组织编写了本书。

本书系统介绍了外阴肿瘤、宫颈肿瘤、子宫肿瘤、子宫腺肌病、子宫内膜异位症、输卵管肿瘤、卵巢肿瘤、畸胎瘤和妊娠滋养细胞肿瘤，全文内容深入浅出、条理清楚、涵盖面广，适合各级医院的妇产科医师及研究人员参考。

本书编委均是高学历、高年资、精干的妇产科专业医务工作者，对各位同道的辛勤笔耕和认真校对深表感谢！在编写过程中，虽然我们反复校对、再三审核，但由于篇幅和时间有限，书中难免存在不妥之处，望广大读者不吝指正，以便再版时修正。

编者

2018年3月

# 目 录

|                  |     |
|------------------|-----|
| 第一章 外阴肿瘤         | 1   |
| 第一节 外阴良性肿瘤       | 1   |
| 第二节 外阴恶性肿瘤       | 5   |
| 第三节 外阴上皮内瘤变      | 11  |
| 第二章 宫颈肿瘤         | 14  |
| 第二节 宫颈上皮内瘤变      | 14  |
| 第二节 宫颈癌          | 20  |
| 第三章 子宫肿瘤         | 37  |
| 第一节 子宫肌瘤         | 37  |
| 第二节 子宫内膜癌        | 58  |
| 第三节 子宫肉瘤         | 62  |
| 第四章 子宫腺肌病        | 66  |
| 第五章 子宫内膜异位症      | 68  |
| 第一节 概述           | 68  |
| 第二节 发病机制和病理生理学   | 69  |
| 第三节 子宫内膜异位症的病理学  | 77  |
| 第四节 子宫内膜异位症的临床分期 | 81  |
| 第五节 临床表现及临床诊断    | 91  |
| 第六节 子宫内膜异位症的特殊检查 | 96  |
| 第七节 子宫内膜异位症的药物治疗 | 102 |
| 第八节 子宫内膜异位症的手术治疗 | 113 |
| 第九节 药物与手术联合治疗    | 122 |
| 第六章 输卵管肿瘤        | 124 |
| 第一节 输卵管良性肿瘤      | 124 |
| 第二节 输卵管恶性肿瘤      | 126 |
| 第七章 卵巢肿瘤         | 133 |
| 第一节 卵巢良性肿瘤       | 133 |
| 第二节 卵巢上皮性肿瘤      | 135 |
| 第三节 卵巢性索间质肿瘤     | 149 |

|     |                 |     |
|-----|-----------------|-----|
| 第四节 | 卵巢生殖细胞肿瘤·····   | 151 |
| 第五节 | 卵巢转移性肿瘤·····    | 153 |
| 第六节 | 其他类型卵巢肿瘤·····   | 155 |
| 第八章 | 卵巢未成熟畸胎瘤·····   | 157 |
| 第一节 | 病理·····         | 157 |
| 第二节 | 转移及临床分期·····    | 157 |
| 第三节 | 临床表现与诊断·····    | 158 |
| 第四节 | 复发及恶性程度的逆转····· | 159 |
| 第五节 | 治疗·····         | 161 |
| 第九章 | 妊娠滋养细胞疾病·····   | 164 |
| 第一节 | 葡萄胎·····        | 164 |
| 第二节 | 妊娠滋养细胞肿瘤·····   | 167 |
| 第三节 | 胎盘部位滋养细胞肿瘤····· | 172 |
| 第十章 | 妇科肿瘤的防治·····    | 174 |

# 第一章

## 外阴肿瘤

### 第一节 外阴良性肿瘤

外阴良性肿瘤较少见。根据肿块的性质将其划分为两大类：囊性或实质性。根据肿块的来源将其划分为四大类：上皮来源的肿瘤、皮肤附属器来源的肿瘤、中胚叶来源的肿瘤和神经源性肿瘤。

#### 一、上皮来源的肿瘤

##### （一）外阴乳头状瘤（vulvar papilloma）

1. 概述 外阴部鳞状上皮的乳头状瘤比较少见，病变多发生在大阴唇，也可见于阴阜、阴蒂和肛门周围。此肿瘤多见于中老年妇女，发病年龄大多在 40 ~ 70 岁。

##### 2. 诊断要点

（1）临床表现：常无明显的症状，某些患者可表现有外阴瘙痒；如肿瘤较大，由于反复摩擦，使得肿瘤表面出现溃破、出血和感染。

（2）妇科检查：外阴部单发或多发的突起，呈菜花状或乳头状，大小可由数毫米至数厘米直径，质略硬。根据临床表现，可做出初步的诊断，但确诊还需要活检后的病理学结果。

（3）病理诊断：显微镜下检查复层鳞形上皮中的棘细胞层增生肥厚，上皮向表面突出形成乳头状结构，上皮脚变粗向真皮层伸展。但上皮细胞排列整齐，细胞无异型性。

（4）鉴别诊断：在诊断时应与外阴尖锐湿疣进行鉴别。外阴尖锐湿疣系 HPV 病毒感染，在显微镜下可见典型的挖空细胞。据此，可进行鉴别。

3. 治疗原则 主要的治疗方法是病变局部切除，切除的组织必须送病理检查。

##### （二）软垂疣（acrochordon）

1. 概述 软垂疣也称为软纤维瘤、纤维上皮性息肉或皮垂，常常较小且软，多见于大阴唇。

##### 2. 诊断要点

（1）临床表现：常无症状，但当发生蒂扭转或破溃时会出现症状，主要表现为疼痛、溃破、出血和感染。有时由于肿块常受摩擦而表现出局部不适感。

(2) 妇科检查:发现外阴部有肿块,外形呈球形,直径为1~2cm,可有蒂。肿瘤表面有皱襞,肿瘤质地柔软。

(3) 病理诊断:显微镜下肿瘤由纤维结缔组织构成,表面覆盖较薄的鳞形上皮,无增生现象。

(4) 鉴别诊断:根据临床表现,基本可做出诊断。如肿瘤表面皱襞较多,需与外阴乳头状瘤进行鉴别,显微镜下比较易鉴别。

3. 治疗原则 如果肿瘤直径超过1~2cm或出现症状应该予以切除,同时切除物应送病理检查。

### (三) 痣 (naevus)

1. 概述 痣可生长在全身任何部位,生长于外阴部位的痣由于其特殊位置长期受到刺激,对于其发生和发展都有影响,甚至个别的病例有可能会发生恶变。

#### 2. 诊断要点

(1) 临床表现:常无症状

(2) 妇科检查:痣的颜色从淡褐色到黑色,有时表面可见毛发,可呈平坦或隆起,一般较小。诊断通常不困难。

(3) 病理诊断:痣细胞呈黑色,细胞膜清晰,胞质内为黑棕色细颗粒。按生长部位分为交界痣、皮内痣和复合痣。交界痣是指痣细胞团位于表皮基底层和真皮乳头层交界处;皮内痣是指痣细胞脱离上皮基底层完全进入真皮层内;复合痣是指交界痣的一部分或大部分进入真皮层内。

(4) 鉴别诊断:主要是和恶性黑色素瘤进行鉴别,这也是病理诊断十分重要的原因。临床上对于恶性黑色素瘤的临床诊断主要依据 ABCD 原则。

3. 治疗原则 对于生长于外阴尤其是易受刺激部位的痣通常需要完整切除,并且进行病理检查,尤其是快速病理检查,如果为恶性黑色素瘤,则需要扩大手术范围。

## 二、皮肤附属器来源的肿瘤

### (一) 汗腺瘤 (hydradenoma)

1. 概述 汗腺瘤是由汗腺上皮增生而形成的肿瘤,一般为良性,极少数为恶性。由于顶泌汗腺在性发育成熟后才有功能,因此这种汗腺瘤常发生于成年之后。生长部位主要在大阴唇。

#### 2. 诊断要点

(1) 临床表现:汗腺瘤病程有时可长达十余年而无变化。肿瘤小且未破时,常无症状,多数患者是偶然发现的。有些患者可伴有疼痛、瘙痒、灼热等症状。如继发感染则局部可发生疼痛、溢液、出血等症状。

(2) 妇科检查:妇科检查时可发现外阴部肿块,且肿块一般小于1cm,结节质地软硬不一,有时肿块为囊性;有时为实质性;有时肿块破溃而成为溃疡型。

(3) 病理诊断:病理检查常是最终确诊方法,镜下可见囊性结节、囊内为乳头状结构的腺体和腺管,腺体为纤维小梁所分隔。乳头部分表面有两层细胞,近腔面为立方形或低柱状上皮,胞质淡伊红色呈顶浆分泌状,核圆形位于底部,其外为一层梭形或圆形、胞质透亮

的肌上皮细胞。

(4) 鉴别诊断：汗腺瘤易与皮脂腺囊肿、外阴癌、乳头状腺癌等混淆，有时单凭肉眼观察不易鉴别，故必须进行活检获得病理诊断。

3. 治疗原则 汗腺瘤一般都为良性，预后良好，故治疗方法多需首先进行活检，明确诊断后进行局部切除。

## (二) 皮脂腺腺瘤 (sebaceousadenoma)

1. 概述 皮脂腺腺瘤为一圆形或卵圆形的肿块，发生于外阴者较少，一般不大，单发或多发，稍隆起于皮肤。

### 2. 诊断要点

(1) 临床表现：常无症状。

(2) 妇科检查：肿块通常为黄色，约 1~3mm 直径大小，有包膜，表面光滑，质地偏硬。

(3) 病理诊断：皮脂腺腺瘤镜下见细胞集成小叶，小叶的大小轮廓不一。瘤细胞有三种：一种是成熟的皮脂腺细胞，细胞大呈多边形，胞质透亮空泡；一种是较小色深的鳞形样细胞，相当于正常皮脂腺的边缘部分细胞，即生发细胞；还有介于两者之间的为成熟中的过渡细胞。

(4) 鉴别诊断：诊断通常需要病理诊断，是确诊的方法。但是本病也不容易和其他肿瘤相混淆。

3. 治疗原则 可行手术切除。

## 三、中胚叶来源的肿瘤

### (一) 粒细胞成肌细胞瘤 (granular cell myoblastoma)

1. 概述 此类肿瘤可发生于身体的很多部位，其中 35% 发生于舌，30% 在皮肤及其邻近组织，7% 发生于外阴，其余的发生于其他部位，包括上呼吸道、消化道和骨骼肌等。

### 2. 诊断要点

(1) 临床表现：常发生于大阴唇，外阴部的肿块多为患者偶然发现，一般无特异的症状，并且生长缓慢，无压痛。

(2) 妇科检查：检查时外阴部的肿块直径一般为 0.5~3cm 大小，质地中等，常为单个，有时为多个，无压痛。

(3) 病理诊断：显微镜下瘤细胞集成粗条索状或巢状，为细纤维分隔，细胞大，胞质丰富，含有细伊红色颗粒，核或大或小，位于中央，核仁清晰。细胞质颗粒经特殊染色说明并非黏液，也不是糖原，但苏丹黑 B 为阳性，PAS 染色经酶消化后仍为阳性，说明很有可能是糖蛋白并有类脂物，这一点支持其神经源性的组织来源学说。

(4) 鉴别诊断：诊断方法依赖于病理检查，同时和纤维瘤、表皮囊肿进行鉴别。

3. 治疗原则 治疗的原则完整切除肿瘤，手术切除的范围要充分，为了避免切缘不净应该仔细检查切除标本的边缘，如切缘有病变存在，则需再扩大的手术范围。一般预后良好。

### (二) 平滑肌瘤 (leiomyoma)

1. 概述 外阴部平滑肌瘤还是很少见的。主要发生于外阴的平滑肌、毛囊的立毛肌或

血管的平滑肌组织中。与子宫平滑肌瘤相比,发生在外阴部的平滑肌瘤是相当罕见的。本病和子宫肌瘤相似好发于生育年龄的妇女,如肌瘤小,可无任何症状。

### 2. 诊断要点

(1) 临床表现:常发生于大阴唇,也可发生于阴蒂、小阴唇。患者常无不适症状,有时感到外阴不适,外阴下坠感,也有患者因自己发现外阴肿块而就诊。

(2) 妇科检查:外阴部可发现实质性肿块,呈有蒂或突出于皮肤表面,边界清楚,质硬,可推动,无压痛。

(3) 病理诊断:病理诊断是明确诊断的主要方式,镜下可见平滑肌细胞排列成束状,与胶原纤维束纵横交错或形成漩涡状结构,常伴退行性变。

(4) 鉴别诊断:外阴部肌瘤的诊断并不困难,但有时需与纤维瘤、肉瘤进行鉴别。纤维瘤质地较平滑肌瘤更硬。而肉瘤边界一般不清,有时在术前鉴别困难。

3. 治疗原则 对于有蒂肌瘤进行局部切除,对于深部的肌瘤可以局部切除或将肌瘤剔除。

## 四、神经源性肿瘤

### (一) 神经鞘瘤 (neurilemmoma)

1. 概述 发生于外阴部的神经鞘瘤常常为圆形,生长缓慢。目前一般认为它是来源于外胚层的施万细胞 (Schwann cell),以往有人认为其来源于中胚层神经鞘。

### 2. 诊断要点

(1) 临床表现:一般无症状,多为患者自己无意中发现包块而就诊。

(2) 妇科检查:常表现为圆形、中等大小的皮下结节,质地偏实。

(3) 病理诊断:是确诊的手段,一般为中等大小、实性、质硬,有完整的包膜,镜下肿瘤组织主要有神经鞘细胞组成。此种细胞呈细长的梭形或星形,胞浆嗜酸,胞核常深染,大小一致,疏松排列成束状、螺旋状或漩涡状结构。

(4) 鉴别诊断:需要和外阴所有的实性肿瘤相鉴别,但只能依靠病理诊断。

3. 治疗原则 手术切除肿瘤是唯一的治疗手段。

### (二) 神经纤维瘤 (neurofibroma)

1. 概述 外阴神经纤维瘤为孤立的肿块,常位于大阴唇。它主要由神经束衣、神经内衣和神经鞘细胞组成。此肿瘤为中胚层来源。

### 2. 诊断要点

(1) 临床表现:一般无症状,多为患者无意中发现外阴包块而就诊。

(2) 妇科检查外阴肿块质地偏实,且与周围组织分界不清。

(3) 病理诊断:是确诊的方法,大体肿瘤无包膜,边界不清;镜下主要为细纤维,平行或交错排列,其中有鞘细胞和轴索的断面,还有胶原纤维。

(4) 鉴别诊断:主要和外阴的实性肿瘤相鉴别,但是最终还是需要病理诊断。

3. 治疗原则 手术切除肿瘤是唯一的治疗手段,但是因为肿瘤无包膜,需要保证切缘充分。

(白洁)

## 第二节 外阴恶性肿瘤

外阴原发性恶性肿瘤占女性生殖道恶性肿瘤的 3% ~ 5%，多发于绝经妇女，发生率随年龄增长而增加。

来自外阴皮肤的癌（鳞状细胞癌、基底细胞癌、汗腺癌、佩吉特病）。特殊腺癌（前庭大腺癌、尿道旁腺癌）、黑色素瘤、肉瘤等，其中以鳞状细胞癌最常见，占外阴恶性肿瘤 80% 以上，恶性程度以黑色素瘤、肉瘤较高，腺癌和鳞癌次之，基底细胞癌恶性程度最低。

### 一、病因

确切病因至今尚未弄清，可能与下列因素有关。

1. 性传播疾病（STD） 如尖锐湿疣，单纯疱疹病毒 II 型（HSV），淋菌，梅毒螺旋体，滴虫感染，与外阴表皮内瘤样病变并存率可达 62%。

2. 病毒感染 流行病学研究显示 HSV - II，HPV 可引起下生殖道多处感染，HPV 在外阴表皮内瘤变组织中检出率可达 60% ~ 85%，HPV16，18 型感染导致外阴癌前病变，易进展为浸润癌。

3. 外阴慢性疾病 外阴营养不良为外阴癌的癌前病变，可有 5% ~ 10% 伴有细胞不典型增生，约 2% 可发展成癌。

4. 外阴上皮内瘤样病变（VIN） 部分未经治疗的 VIN 可能进展为鳞状细胞浸润癌，由 VIN 进展到浸润癌是一个缓慢的过程，潜伏期可能为 10 ~ 20 年。

5. 免疫缺陷 机体免疫功能低下或受损状态易发病；如在肾移植，红斑狼疮，淋巴增生性疾病的妇女发病率明显上升。

6. 其他 研究显示与吸烟有一定关系。在外阴 VIN 中，吸烟者较不吸烟者发病率高（63% 与 27%），发病年龄较轻（39 ~ 51 岁）。

### 二、发病机制

见图 1-1。

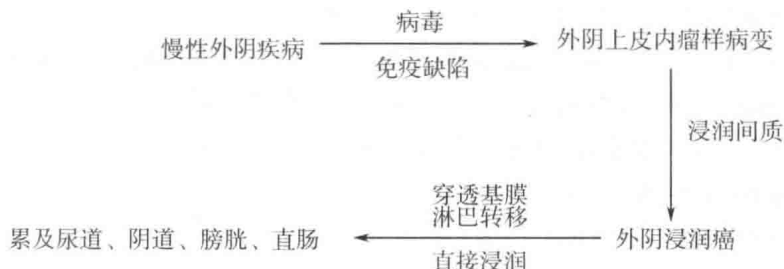


图 1-1 外阴疾病的发生机制

### 三、病理改变

1. 外阴上皮内瘤变（VIN） 是指肿瘤局限于上皮内，未向周围间质浸润，未发生

转移，包括原位癌的一类病变。自 1922 年首次报道外阴鳞状细胞原位癌以来，一直缺乏统一诊断标准，1972 年国际妇科病理学会推荐使用外阴上皮内瘤变（VIN）代替传统混淆命名——鲍文病、红斑瘤、单纯癌，严重非典型增生营养不良和鳞状细胞原位癌，近 10 年来外阴上皮内瘤变患者年轻化趋势明显，常见发病年龄为 28 ~ 35 岁。

2. 浸润癌

（1）外阴鳞状细胞癌：占外阴恶性肿瘤 85% ~ 90%。发生部位以大阴唇常见，少数发生于会阴，呈斑块状，质硬结节或浅表溃疡呈火山口样，或呈乳头状向外生长，镜下分为角化型、非角化型、基底细胞样型、疣状型和湿疣型 5 型。

（2）腺癌：约占外阴恶性肿瘤的 5%，主要来自前庭大腺、尿道旁腺和汗腺，腺癌多为分叶状，小叶间为纤维结缔组织、镜下见腺上皮呈复层，核异型性明显。前庭大腺癌较外阴鳞癌更容易出现腹股沟和盆腔淋巴结转移。

（3）黑色素瘤：占外阴恶性肿瘤的 2% ~ 3%，外形呈斑块状，结节状或息肉状隆起，呈蓝黑，深棕或无色素，镜下分为表浅扩散型、斑状黑色素瘤、结节型和鳞状黏膜黑色素瘤 4 型。

（4）基底细胞癌：占外阴恶性肿瘤的 2% ~ 3%，病灶多为单发，约 20% 可伴发其他癌瘤，外形上分为浅表斑型和侵蚀溃疡型。镜下为间变的基底细胞形成的多样结构，呈浸润性生长。

（5）肉瘤：较罕见，占外阴恶性肿瘤的 1.1% ~ 2%，包括平滑肌肉瘤、脂肪肉瘤、淋巴肉瘤、横纹肌肉瘤、纤维肉瘤和神经鞘瘤等。好发部位为大阴唇、阴蒂和尿道周围，大体为实性肿块。

四、临床分期

见表 1-1。

表 1-1 外阴癌 2009 FIGO 分期

|                  |                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| I                | 肿瘤局限于外阴，淋巴结未转移                                                  |
| I <sub>A</sub>   | 肿瘤局限于外阴或会阴，最大径线≤2cm，间质浸润≤1mm*                                   |
| I <sub>B</sub>   | 肿瘤最大径线>2cm 或局限于外阴或会阴，间质浸润>1mm*                                  |
| II               | 肿瘤侵犯下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门，但淋巴结未转移                                |
| III              | 肿瘤有或（无）侵犯下列任何部位：下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门，有腹股沟-股淋巴结转移                |
| III <sub>A</sub> | （1）1 个淋巴结转移（≥5mm）或（2）1~2 个淋巴结转移（<5mm）                           |
| III <sub>B</sub> | （1）≥2 个淋巴结转移（≥5mm）或（2）≥3 个淋巴结转移（<5mm）                           |
| III <sub>C</sub> | 阳性淋巴结伴囊外扩散                                                      |
| IV               | 肿瘤侵犯其他区域（上 2/3 尿道，上 2/3 阴道）或远处转移                                |
| IV <sub>A</sub>  | （1）肿瘤侵犯下列任何部位：上尿道和（或）阴道黏膜、膀胱黏膜、直肠黏膜或固定在骨盆壁，（2）腹股沟-股淋巴结出现固定或溃疡形成 |
| IV <sub>B</sub>  | 任何部位（包括盆腔淋巴结）的远处转移                                              |

注：\* 肿瘤浸润深度指肿瘤从接近表皮乳头上皮-间质连接处至最深浸润点的距离。

## 五、辅助检查

1. 细胞学检查 在癌前病变中阳性率较低,为57%,在癌中可达77%。

2. 活体组织检查 用1%甲苯胺蓝染色病灶,若为病变区则用醋酸后不退色。在阳性区活检可提高早期癌确诊率。

3. 阴道镜检查 对外阴 VIN 诊断有价值,局部涂3%~5%醋酸,VIN区可出现典型的醋酸泛白反应,在该区活检,可提高活检阳性率。

4. 影像学检查 B超、CT或MRI,对分化差的鳞癌、腺癌软肿瘤、部分黑色素瘤,易发生盆腔淋巴结转移部位进行检测,为制订合理的治疗方案提供依据。

## 六、诊断

1. 病史 有外阴营养不良史或免疫性缺陷及性传播疾病史。

2. 症状 主要表现为约60%为外阴瘙痒,外阴色素减退,但也有20%~45%无任何症状。

3. 体征 外阴部肿块或溃疡,外阴病变部位呈白色斑块,约占65%及外阴久治不愈溃疡,进展期患者可出现腹股肿块。

## 七、治疗原则

外阴恶性肿瘤的手术治疗应依据肿瘤的部位、大小、浸润深度、所累及的脏器,采取相应的手术方式。外阴原位癌、Bowen病、Paget病等早期癌可采用单纯外阴切除,局部外阴根治切除或外阴根治切除。浸润性外阴癌则以外阴根治切除和双侧腹股沟淋巴结切除为常规治疗方案。总之,不论采用哪种治疗方法均应根据个体情况区别对待,掌握切除范围以达到根治目的。需要注意的是,当外阴根治性切除时,其切缘必须距肿瘤3cm,同时做皮下潜行切除,包括皮下脂肪和淋巴组织,外侧基底达内收肌筋膜。腹股沟淋巴结切除时,其内侧皮片厚度以稍带脂肪为宜,外侧皮片厚度,皮下脂肪不厚于0.5cm。因为外阴部外切口与腹股之间为外阴皮下淋巴网回流的主要通道,如果该部皮下淋巴、脂肪组织清除不足,可导致该处的复发。

### 1. 外阴癌侵犯尿道

(1) 外阴癌邻近或侵及尿道的病例,应在做外阴根治切除术的同时切除尿道1~2cm。此术不影响术后排尿功能,肿瘤浸润尿道1cm以内者,应同时切除尿道2cm。为避免术后溢尿或排尿不畅,应同时行尿道悬吊术。这亦不影响患者术后排尿功能。

(2) 外阴癌已经浸润尿道3cm以内者,宜做尿道切除术及膀胱瓣尿道成形术,但应保存膀胱内括约肌,这类手术既能保存患者原来的排尿方式,又能控制排尿功能;一般手术成功的病例,膀胱容量>200ml,残余尿40ml左右。

(3) 外阴癌已浸润尿道3cm以上,但膀胱三角区尚未受浸润者,宜做全尿道切除和(或)部分膀胱切除术,膀胱肌瓣腹壁代尿道术。这类病例,因为腹壁代尿道仅有迫尿作用,无控制排尿的功能,需患者自行腹壁加压后排尿,而且必须术后定期扩张腹壁代尿道,避免术后腹壁创口瘢痕形成,致代尿道狭窄而失败。

(4) 外阴癌已浸润膀胱三角区者,应做全膀胱切除术,回肠代膀胱术。大多数情况下,

这类病例需同时做全子宫和阴道前壁全切除术。

2. 外阴癌侵犯肛门、直肠或阴道直肠隔 外阴癌浸润肛门、直肠或阴道直肠隔者,宜扩大手术范围,做外阴根治切除联合 Luck - hart - Mummery 手术。术前剖腹探查以排除腹腔远处转移,并做盆腔淋巴结清除术和乙状结肠造瘘术。此后再做此联合手术和腹股沟淋巴结清除术。

### 八、术前准备

外阴癌根治术系妇科手术中较大而复杂的手术之一。因为某些晚期外阴癌根治术涉及泌尿系、肠道手术,因此决定做某类外阴癌根治手术后,必须认真做好手术前各项准备工作。

1. 入院后体检 包括局部癌灶的检查极为重要。入院后详细检查局部病灶,如外阴肿瘤的位置、范围、基底活动与周围组织关系等,以考虑手术切除深部组织和周围器官的范围,如检查肿瘤浸润尿道的深度,以考虑切除尿道的范围;检查肿瘤与外阴后联合、肛门、阴道直肠隔之间的关系,以考虑是否切除直肠等问题;检查肿瘤所处外阴的位置、肿瘤大小与腹股沟淋巴结的关系,以考虑清除腹股沟和(或)盆腔淋巴结的问题。

#### 2. 饮食与肠道准备

(1) 外阴癌根治术术前必须告诫患者,多进高蛋白、低脂、低渣的食物,在手术前1周内不应进食多纤维素的饮食。因为外阴癌术后,希望1周内不解大便,以尽量减少接近肛门的外阴创面污染,手术前2天进食流质,以减少肠道积粪。

(2) 如果晚期外阴癌需做 Luckhart - Mummery 联合手术或全膀胱切除,回肠代膀胱的病例,除做以上肠道准备外,术前2天,口服诺氟沙星、甲硝唑,做肠道灭菌准备。

### 九、手术方式

外阴癌手术治疗倡导个体化,没有标准的术式,强调以最保守的手术来治愈癌瘤,在选择治疗方案时,要充分考虑原发病变的范围和腹股沟淋巴结的状态。外阴上皮内瘤变(VIN)可采用非手术治疗,如激光、冷冻、微波、聚焦超声(HIFU)等治疗,也可采用单纯外阴切除。对外阴原发性恶性肿瘤的处理,应该在腹股沟淋巴结切除后,假如手术切除原发肿瘤可达到切缘清晰,不损伤横纹肌不造成大小便失禁,手术值得进行,如果手术需要以人工肛门或尿流改道为代价,最好先做放疗,待肿瘤缩小后再手术,根据腹股沟淋巴状态决定是否需腹股沟和盆腔淋巴同时放疗。

1. 单纯外阴切除 包括部分阴阜、双侧大小阴唇至会阴后联合,切缘为达大阴唇皱襞外缘。

2. 外阴根治切除 上界自阴阜,下界至会阴后联合,两侧大阴唇皱襞,内切口包括切除1cm的阴道壁。两侧达内收肌筋膜,基底达耻骨筋膜、皮下脂肪厚度应超过0.8cm,切缘距肿瘤3cm。

3. 局部外阴根治切除 切除范围包括癌灶周边3cm宽正常皮肤和皮下脂肪组织,内周边至少切除1cm以上宽度的正常组织,原则上不伤及尿道和肛门。癌瘤紧邻尿道或肛门则应选择更大范围的手术。部分外阴根治切除可以是单侧外阴切除,前半部外阴切除或后半部外阴切除,以局部外阴根治切除代替全外阴根治切除,必须保证局部癌灶彻底切除,不能因为缩小手术范围而残留癌灶,影响治疗效果。

#### 4. 前哨淋巴结活组织检查术 (sentinel lymph node biopsy, SLNB)

(1) 1977 年, 由 Cabanas 提出前哨淋巴链上最先接受来自病灶淋巴回流的淋巴结, 绝大多数肿瘤细胞是从原发灶经淋巴管汇入前哨淋巴结, 因而前哨淋巴结是转移的第一个站点, 通常代表整个淋巴链。随后, Morton 开创了前哨淋巴结活检技术, 他利用蓝色染料与淋巴结亲和的特点, 在黑色素瘤周围注射蓝色染料, 为淋巴定位, 再通过对前哨淋巴结的活检, 判定淋巴结的转移情况。腹股沟淋巴是外阴癌转移的主要途径, 其受累与否对肿瘤的手术方式与预后具有重要意义。如果对所有患者千篇一律地采用腹股沟淋巴结清扫术, 只能增加手术并发症发生率。

(2) 通过对前哨淋巴结的活检, 不仅可以了解疾病的分期, 而且可以对患者选择性进行淋巴结切除, 甚至对前哨淋巴结阴性的早期患者, 可以不行腹股沟淋巴结清扫术, 从而减少相应的术后并发症, 在达到根治效果的同时提高患者生存质量。

(3) 临床上采用的检出前哨淋巴结的方法有染料法、放射性核素法和混合法: ①染料法利用染料如 isosulfan 等和淋巴结亲和的特征在肿瘤周围或皮下注射染料, 再将染色的前哨淋巴结进行活检。这种方法费用低, 操作简便, 但由于活检前不能确定前哨淋巴结的具体位置与数目, 所以很可能出现盲目解剖和漏检。②放射性核素法是肿瘤周围或皮下注入放射性核素 ( $^{99m}\text{Tc}$  标记的胶体蛋白), 再进行放射性核素摄影或者放射性核素探测仪来确定前哨淋巴结的位置与数量。这种方法能确定前哨淋巴结的位置与数量, 减少盲目解剖, 但费用较高, 而且要应用放射性物质。③混合法即染料法与放射性核素法相结合。前哨淋巴结活检技术是一种相对敏感、易行的方法。Sliutz 等用放射性核素法对 26 例行 SLNB, 26 患者都检测出前哨淋巴结, 无一例假阴性。

(4) Puig - Tintore 对 26 例外阴癌研究中, 阴性预测率为 100% (即临床无可疑淋巴结大、病理检测前哨淋巴结为阴性的患者, 其余淋巴结均为阴性)。

5. 腹股沟淋巴结清除术 至少行同侧腹股沟、股淋巴结切除。自髂前上棘内 3cm, 经腹股沟韧带中点, 股动脉搏动点, 至股三角顶部作弧形切口, 皮下脂肪厚度不超过 0.5cm。外侧界为髂前上棘, 内侧界为耻骨结节。解剖分离股动、静脉。传统腹股沟淋巴结清扫术中, 常规切断大隐静脉, 剥离阔筋膜。现有学者提出, 可保留大隐静脉、阔筋膜。Zhang 等分析了 83 例行腹股沟淋巴结清扫术的外阴癌患者, 术中分别切断大隐静脉与保留大隐静脉, 结果表明两者复发率无差异, RoLlzir 等对 194 例进行回顾分析后, 也同样认为腹股沟淋巴结清扫术中保留大隐静脉、阔筋膜, 可以降低术后并发症而无明显不良后果。

6. 部分尿道切除 外阴广泛切除术从耻骨联合, 耻骨弓向下脱开, 处理阴蒂脚, 尿道脱开耻骨弓的解剖位置, 即是尿道被游离 2cm。测定尿道长度后, 金属导尿管支撑该部位切除尿道。

7. 全尿道切除、膀胱肌瓣尿道成形术 参考相关术式。

8. 全尿道切除腹壁代尿道术 适用于腹股沟淋巴结清扫术中膀胱内括约肌不能保留者。

9. 前盆腔脏器切除 外阴癌累及膀胱三角区者, 需行全膀胱切除、回肠代膀胱术, 同时行盆腔淋巴结清除术。

10. Luckhart - Mummery 联合外阴根治术 I 期行盆腹腔探查、乙结肠造瘘、盆腔淋巴结清除术; II 期为会阴直肠联合外阴根治术。

上述 10 种术式难度较大, 不作为规范介绍, 可根据各单位条件及技术水平选择进行或

采取手术前后放疗的综合措施,以缩小手术切除范围并保留相邻器官的功能。

### 十、术后处理

#### 1. 一般处理

(1) 外阴癌根治术的范围广,创面大,术后需补充血浆和电解质。两侧腹股沟创面持续负压吸引,减少局部渗液和使股部皮片能紧贴肌层,增加皮片的存活和减少皮片的坏死,一般术后4~6天内保持负压吸引,减少大便污染创面。

(2) 外阴和两侧腹股沟创面术后处理:每日至少更换外阴敷料2次,以保持外阴和会阴创面敷料干燥,预防局部感染,皮片坏死。一般术后72小时坏死皮片的界限开始明显,应及时修剪坏死皮片。抗炎敷料或刺激肉芽组织生长的敷料交替使用。如果应用得当,创面将较快愈合。个别病例创面过大者,需辅以植皮术。植皮创面要求肉芽组织比较坚实、新鲜,创面与皮肤基本齐平,且无感染。所用植皮一般采用大腿内侧或臀上内侧皮肤。

(3) 预防术后下肢急性淋巴管炎:为预防其发生,患者出院后日常生活或工作中注意勿损伤脚趾皮肤。

#### 2. 做尿道、膀胱手术者的处理

(1) 尿道部分切除术后:尿道部分切除术后,每日需做外阴前庭区清洁擦洗,注意保留导尿管保持在尿道残端中央部位,如果偏向一侧,应及时纠正。因为偏向一侧时间延长,导致导尿管压迫尿道残端而引起局部坏死。

(2) 全尿道切除、膀胱肌瓣尿道成形术后:尿道全切肌瓣尿道成形术后,局部清洁均同尿道部分切除术,但术后代尿道狭窄为常见并发症之一。预防尿道狭窄需正确掌握拔管时间,一般为术后9~10天时拔管。拔管前8天将膀胱造瘘管钳夹停止尿液引流,使尿液从新尿道流出。应定期扩张尿道。代尿道末端一般都有少许坏死,如拔管后不扩张,1~2个月后将出现尿道外口粘连狭窄,数月后甚至出现膜状闭锁,因此拔管后1~2周,0.5~1个月和3~4个月各扩张尿道1次。一般术后1个月左右小便日趋正常。

(3) 全尿道切除、腹壁代尿道术后:腹壁代尿道术后,每日腹壁人工尿道换药1~2次。人工尿道残端的坏死组织应及时剪除,以防感染扩展至尿道,创面敷以凡士林纱布,保护尿道黏膜。术后1周除去围在人工尿道管,一般患者都有迫尿功能,但不能自己控制小便。腹壁代尿道术,因人工尿道穿透腹壁全层,极易因腹壁瘢痕挛缩而发生尿道狭窄。预防狭窄须定期扩张尿道,一般拔管后1个月、2个月、4个月、6个月各扩张尿道1次。

3. Luckhart-Mummery联合外阴根治术后处理 须经常更换会阴部敷料,保持会阴部敷料干燥。术后48小时取出阴道纱布球,随后每日清洁换药1或2次。术后2~3天,除去外阴、会阴两侧皮片引流。会阴部创面一般需4~6周愈合。下腹人工肛门,除常规处理外,亦需嘱咐患者出院后定期扩肛,以防人工肛门狭窄。

### 十一、放射治疗

外阴鳞癌是放射敏感性肿瘤,只是因其所在特殊解剖部位限制了放疗的应用。临床资料显示放射与手术联合治疗可改善外阴癌患者的生存率及生活质量,尤其对晚期外阴癌不仅能达到姑息治疗效果,部分病例可达到治愈。

### 1. 适应证

(1) 原发肿瘤巨大, 浸润较深接近或累及尿道、阴道及肛门等器官, 手术切除困难者, 通过术前放疗可使瘤体体积缩小以提高手术切除率, 并保留邻近器官功能。

(2) 手术切缘不净或切缘距肿瘤太近疑有肿瘤残存。

(3) 老年患者或其他原因不宜手术者。

(4) 年轻患者阴蒂部小的原发癌灶。

(5) 晚期外阴癌采用放疗加手术综合治疗以代替创伤较大, 患者不易接受的盆腔脏器切除术。

(6) 复发性外阴癌。

(7) 肉眼腹股沟淋巴结阳性或病理报告一个以上淋巴结阳性患者, 盆腔和腹股沟区放疗优于盆腔淋巴结切除术。

### 2. 治疗方法

(1) 放疗以体外照射为主, 单纯放疗者可配合组织间治疗。放射野应包括原发肿瘤及周围 2~3cm 皮肤, 盆腔、腹股沟淋巴结部位放射剂量取决于治疗目的。外阴局部术前放疗  $\geq 40\text{Gy}$  为宜, 总剂量至少 50Gy, 术后辅助放疗若无肉眼可见残存癌一般剂量为 45~50Gy。单纯放疗局部根治剂量为 65Gy, 必要时可加组织间治疗。腹股沟区照射范围应包括腹股沟及股淋巴区。为减轻放疗反应及给予临床足够剂量可先给予高能 X 线 40Gy, 肿瘤缩小后改用  $\beta$  射线 20Gy。

(2) 照射期间应注意外阴清洁、干燥、防止感染, 以减轻放射反应, 治疗期间反应较重时可暂停放疗。

## 十二、化学药物治疗

20 世纪 90 年代化疗开始应用于浸润性外阴癌, 效果尚不明确, 主要用于: ①不能手术的晚期和复发病例。②肿瘤较大, 分化差, 估计有亚临床播散的病例。③淋巴结包膜外浸润。目前常用的化疗药有 MMC、5-FU、DDP, 后两种药物对放疗有增敏作用。

(曹燕花)

## 第三节 外阴上皮内瘤变

外阴上皮内瘤变 (vulvar intraepithelial neoplasia, VIN) 包括外阴鳞状上皮内瘤变和外阴非鳞状上皮内瘤变 (Paget 病及非浸润性黑色素瘤), 45 岁左右妇女多见。外阴上皮内瘤变很少发展为浸润癌, 但 60 岁以上或伴有免疫机制抑制的年轻患者有发展为浸润癌的可能。

### 一、病因

经分子生物学技术检测发现, 80% 外阴上皮内瘤变伴有人乳头瘤病毒 (human papilloma virus, HPV) 16 型感染。细胞病理学变化多发生在病变的表层细胞。其他高危因素有外阴性传播疾病、肛门-生殖道瘤变、免疫抑制及吸烟。