

OF GYNECOLOGY
AND OBSTETRICS

妇产科病理学

林 崧 编著

018698 - 44702

Gynecologic and
Obstetric Pathology

妇产科病理学

林 崧 编 著



018698 /R710.2LS



天津科学技术出版社

责任编辑：于素芝

妇 产 科 病 理 学

林 崧 编著

*

天津科学技术出版社出版

天津市赤峰道124号

天津新华印刷一厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 毫米 1/16 印张35.5 字数 827,000

一九八六年三月第一版

一九八六年三月第一次印刷

印数：1—5,300

书号：14212·86 定价：30.20 元

程 之 记录整理

序

半个世纪以来，医学科学事业有了很大发展，各学科愈益精细，研究课题更趋广泛。妇产科学也有很多新进展，同时出现了不少新的课题。这需要临床医学和基础医学以及其他科学技术相互切磋和促进始得解决。作为妇产科和病理科的一门专业学科，妇产科病理学随之兴起。当前我国一些医院在这方面已经开展了工作，但还不够普遍，亟待推广。对有关妇产科病理学参考资料和书籍的需要，亦甚感迫切。

本书编著者从事妇产科临床、教学及科研工作数十余年，同时又在不脱离临床情况下兼顾妇产科病理实践研究，并曾到国外进修学习本专业。多年来积累了较为丰富的经验和资料。并参考国内外有关文献编著这本《妇产科病理学》。可以企望，本书的出版对我国妇产科学的研究、临床和病理的结合，对妇产科及病理科医生的学习，将起到重要促进作用和参考价值。

林巧稚

一九八二年

前 言

妇产科病理学是现代医学发展的一门新兴的学科。该学科的出现，对促进妇产科疾病的研究、诊断和治疗颇为重要。妇产科病理学除了研究患病机体形态结构变化，为临床诊断、治疗和预防提供必要的理论基础和科学依据外，同样也研究疾病的病因、发病机理，以及机体形态结构与功能之间关系，进一步阐明疾病的本质，从而认识疾病并掌握疾病的发生规律。因此，在临床医学中，除运用临床各科诊断、治疗方法外，均需借助病理学方法（诸如活检、尸解等）和动物实验进行观察研究，以深入揭示疾病的本质。

妇产科病理学的研究内容很多，范围也很广，目前由于研究方法的不断改进，研究内容日益深入，它不仅涉及到传统的妇产科理论，同时也涉及到有关基础医学、内分泌学、肿瘤学、免疫学和遗传学，以及某些基础科学（细胞生物学、分子生物学等）。随着现代科学技术的发展，某些长期以来未被认识的疾病或病理现象，得到了进一步的认识、使临床医疗水平不断提高。为了满足广大妇产科、病理科工作者需要，现将多年来的临床经验和科研成果，进行了比较全面系统地总结，并参考了国内外有关方面的学术成就，编写了这本《妇产科病理学》。

本书在编写过程中，得到我院领导的大力支持与鼓励，妇产科病理室和病理科的同志帮助整理资料，书中病理照片由医学摄影室胡志远等同志摄制。并蒙程之同志协助记录整理，其中二十四幅线条示意图，由我提示原图，程之粗绘，后由出版社负责精制。此外，还由程之提供病理照片九张。在此书出版之际，谨向以上协助者表示谢意。

此书，自1975年动笔，1978年完成文字部分写作，由于种种原因，出版延迟了一些时间，因此，在付梓前我又作了一些修改。随着医学科学事业的发展，待再版时将进一步充实和提高。限于本人水平所限，书中还会存在不少缺点和错误，衷心希望广大读者批评指正。

林 蔚

一九八二年

于天津市第一中心医院

目 录

第一章 绪 论 1	第二节 子宫颈的解剖组织学 107
第一节 妇产科病理学的概况..... 1	第三节 内分泌对子宫颈的影响 117
第二节 妇产科病理学检查方法 和技术..... 2	第四节 先天性子宫颈异常 122
第二章 外阴疾病 6	第五节 子宫颈炎炎症疾病 122
第一节 正常外阴解剖组织学..... 6	第六节 子宫颈良性肿瘤 131
第二节 外阴先天异常..... 9	第七节 子宫颈上皮异常 139
第三节 外阴炎症疾病..... 10	第八节 宫颈恶性上皮异常 154
第四节 外阴各种性病..... 14	第九节 子宫颈浸润癌 162
第五节 前庭大腺、尿道及尿道 旁腺炎..... 17	第十节 子宫颈腺癌 174
第六节 外阴白色病及外阴上皮 营养障碍..... 19	第十一节 宫颈残端癌 188
第七节 外阴良性肿瘤..... 27	第十二节 其它疾病与宫颈癌 188
第八节 外阴癌早期病变..... 48	第十三节 宫颈肉瘤 189
第九节 外阴恶性肿瘤..... 53	第十四节 中胚叶混合瘤 190
第三章 阴道疾病 73	第十五节 宫颈转移性肿瘤 191
第一节 阴道解剖组织学..... 73	第五章 子宫内膜疾病 194
第二节 内分泌对阴道粘膜的影 响..... 76	第一节 子宫内膜的胚胎组织学 194
第三节 阴道先天异常..... 82	第二节 月经周期性改变..... 198
第四节 阴道炎症疾病..... 84	第三节 妊娠宫内膜改变..... 205
第五节 阴道各种性病..... 87	第四节 绝经后及老年性宫内膜 211
第六节 阴道囊肿..... 88	第五节 自发性宫内膜变异..... 216
第七节 阴道良性肿瘤..... 92	第六节 医源性子宫内膜异型..... 220
第八节 阴道恶性肿瘤..... 96	第七节 子宫内膜炎症疾病..... 221
第四章 子宫颈疾病 107	第八节 子宫内膜良性肿瘤..... 228
第一节 子宫颈的胚胎发育..... 107	第九节 子宫内膜增殖症..... 232
	第十节 子宫内膜癌..... 243
	第十一节 子宫内膜肉瘤..... 258
	第十二节 中胚叶混合瘤..... 262
	第十三节 子宫内膜转移性肿瘤..... 265

0320248/87.2.17/30.2012.

第六章 子宫体疾病..... 267

- 第一节 子宫体解剖组织学..... 267
- 第二节 子宫先天异常..... 269
- 第三节 子宫炎症疾病..... 269
- 第四节 子宫良性肿瘤..... 271
- 第五节 子宫壁恶性肿瘤..... 293

第七章 胎盘疾病..... 301

- 第一节 受精、种植及胎盘形成..... 301
- 第二节 正常胎盘解剖组织学..... 306
- 第三节 胎盘病理生理性组织改变..... 317
- 第四节 胎盘异常..... 326
- 第五节 胎盘疾病..... 333
- 第六节 流产病理..... 341
- 第七节 胎盘肿瘤..... 343
- 第八节 胎盘转移性肿瘤..... 367

第八章 卵巢疾病..... 369

- 第一节 卵巢的胚胎发育..... 369
- 第二节 正常卵巢解剖组织学..... 370
- 第三节 卵巢病理生理组织改变..... 388
- 第四节 卵巢先天性畸形..... 393
- 第五节 卵巢炎症疾病..... 395
- 第六节 卵巢肿瘤..... 399
- 第七节 卵巢肿瘤分类..... 403
- 第八节 卵巢非赘生性囊肿..... 407

- 第九节 来源于生发上皮的卵巢肿瘤..... 419

- 第十节 来源于卵巢间质的肿瘤..... 460

- 第十一节 来源于性细胞的肿瘤..... 489

- 第十二节 转移性卵巢肿瘤..... 510

第九章 输卵管疾病..... 517

- 第一节 输卵管解剖组织学..... 517
- 第二节 输卵管先天异常..... 521
- 第三节 输卵管的病理生理改变..... 522
- 第四节 输卵管炎症疾病..... 534
- 第五节 输卵管妊娠..... 534
- 第六节 输卵管肿瘤..... 537

第十章 盆器韧带和生殖器外盆腔疾病..... 547

- 第一节 盆器韧带解剖组织学..... 547
- 第二节 盆器及腹液细胞学..... 549
- 第三节 盆腔韧带的其它胚胎残留..... 550
- 第四节 腹腔妊娠..... 551
- 第五节 盆器韧带和生殖器外盆腔炎症疾病..... 552
- 第六节 盆器韧带肿瘤..... 552
- 第七节 非生殖器盆腔肿瘤..... 554
- 第八节 盆器多发性原发恶性肿瘤..... 556

第一章 绪 论

第一节 妇产科病理学的概况

现代医学科学的发展,已趋向于一个学科或某一病种的单独分科,如妇产科的围产期疾病、遗传疾病;内分泌学科的糖尿病、甲状腺疾病等,并在此独立分科的基础上,进一步结合相应的基础性学科,尤其是病理胚胎、免疫等内容,集中力量分析研究解决一些关键性问题,从而取得某项理论或实践上的突破。这种协作性研究是确有成效的,已为医学科学的发展开拓了广阔的途径。

妇产科病理学是近些年来新发展起来的一门专业性的学科。它不仅涉及到传统的妇产科理论,而且还融汇了组织胚胎学、解剖学、生理学、生物化学、内分泌学和肿瘤学等主要内容。这些除着重研究疾病的形态学外,同时与病理生理学互相配合。在检查方法和诊断技术上,不仅使用简单的显微镜,且已扩大到电子显微镜超微结构的分子病理学、分子生物学和组织化学的研究。其研究的内容可概括为以下几方面。

(一) 了解和研究妇产科范围内各种疾病的病因、发病机理以及形态结构的改变,为临床诊断、防治疾病提供必需的理论基础和可靠的诊断依据。

(二) 女性生殖器疾病的病理形态结构,其中包括正常组织形态及功能性生理性改变。

(三) 探讨病理改变与内分泌之间的相互影响,从而正确地认识某些疾病的性质和发生发展的规律。很多妇产科疾病与女性内分泌功能性改变有密切关系。例如滋养叶细胞疾患病程中出现的单侧(或双侧)卵巢囊

肿,在病理形态上表现为黄素化卵泡膜增生性囊肿,但在内分泌方面则为过量绒毛膜促性腺激素所促发,这一例证说明滋养叶疾患的病因与卵巢内分泌变化的关系。卵巢的另一种多囊性病变,所谓斯太因-莱文塔氏综合征(Stein-Leventhal Syndrome)也必须在内分泌观点上研究其病理改变,才能完整地理解其病变发生过程。

(四) 阴道脱落细胞学在妇产科的应用。对此,目前主要集中于女性生殖器癌瘤的诊断,尤其是未浸润或早期癌病损,包括阴道涂片对宫颈原位癌及宫内膜、卵巢、输卵管早期癌的诊断研究;腹腔及后穹窿试验穿刺标本作为卵巢及输卵管癌的早期细胞学检查也已采用。在产科方面,对于妊娠的有关问题,亦可借助阴道细胞学或羊膜穿刺以观察羊水细胞成分,了解对胎儿在子宫内发育情况、成熟程度,以及对临产分娩期的开始进行估计。

(五) 细胞遗传学(Cyto-Genetics)的研究,在妇产科病理工作中也有一定重要性。根据羊水或肿瘤组织细胞的性染色体观察,如对胎儿的性别、发育异常、肿瘤性质及其形成机理进行研究。

(六) 胚胎学与新生儿疾病的病理,在胚胎发育过程中,目前仍有不少尚未解决的问题,例如性腺(卵巢)形成过程中有些性素发展阶段,卵细胞的确切来源及胚胎学残留组织的形成等。这些问题若能从病理学、胚胎学方面得到启发或论证分析,则对卵巢肿瘤组织的发生会有较清楚的认识。此外,

某些新生儿疾病,如先天性畸形及有核红细胞增多症的发生,也均需从病理学观点上加以阐明。

在临床实践中,时常存在着病理诊断与临床印象不一致的情况,对此,临床医师在处理时极感困难或无所适从。如何较妥善地解决这一问题,使两者取得统一,使病理学作为临床治疗措施的正确指导。我们的愿望是,作为妇产科医生应有计划地培养要求通晓本科业务理论,全面掌握各病种的临床诊

断技术,以及有关的手术指征和手术操作外,还必须在病理诊断上打好基础,做到熟知妇产科各病种的病理变化,阅读和领会病理检查报告内容无困难,并能与该疾病的诊断治疗结合起来,有时间还要经常参加病理讨论会,不断充实和提高病理学的理论水平。另外,还期望从事病理学专业的同志,尽可能地深入临床实践,探索与临床互相配合的有效工作方法,为不断提高医疗技术,促进我国的医学科学现代化作出应有的贡献。

第二节 妇产科病理学检查方法和技术

正确的病理诊断,除取决于病理学学术水平和技术熟练程度外,还与实验室操作方法,如标本处理、管理制度等有着密切关系。现就妇产科病理工作中所应注意事项扼要地介绍如下:

一、申请单的填写

为了能够全面了解患者的情况,对申请单所有内容,要求送检者必须认真负责填写,包括患者年龄、月经史,尤其末次月经情况必须注明。有关病史、检查、发病时间,用过何种治疗方法,手术所见及化验检查等,填写不能过于简单,应力求具体,避免笼统空泛。对采取组织部位应写清楚具体,送检目的和要求须明确。既往已做过病理检查的患者,要说明情况并附列检号,以利查找对照。

二、标本的收集整理和检查

(一) 标本的收集整理 小的活检标本采集后,应立即置于适当容器内,加入足量溶液固定48小时后备检。刮出的子宫内膜标本应全部送检,必要时可分离其中血块分别送检,为了防止血液凝固,有时术前可在阴道内灌注抗凝剂(枸橼酸钠)。为避免细胞组织变形和人为的改变,采取较小标本时应注意不要挤压和结扎。标本过小时可敷贴于纸片上,放入固定液内送检。对于手术时所

切取的大标本和肿物,切勿损坏或作不必要的乱加剖切,需要切开时应尽速送病理科共同检查。待查的标本一般用生理盐水纱布清除表面污迹(勿用水冲洗),切开后放入固定液,为了保持标本原形,可用大头钉固定于木板上,再放入固定液内,外面以生理盐水棉花或纱布覆盖,以防标本干缩。

固定标本的溶液,可因检查目的不同而选择。通常使用(即苏木伊红染色制片时)10%福尔马林(Formalin)。如无此溶液时,也可用75%酒精代替(但不如福尔马林为佳)。有时也用保因(Bouin)氏液、琴克(Zenker)氏液等。若检查子宫内膜分泌情况与作糖元特殊染色法制片,以无水酒精或90%酒精固定较好。需做大体原色标本保存时,可采用凯塞林(Kaiserling)溶液固定,其颜色可维持数日,自近代应用彩色摄影术后,原色保存标本制作除个别用于教学外,现较少采用。

(二) 大体标本检查 为了给临床提供准确的病理诊断,并为日后教学需要和科研资料的积累,对所有标本均应详细检查,其中包括标本来源?重量大小、形状颜色、性质,所属周围器官关系及各径线的测量;对切面肉眼所见改变性状,肿瘤侵犯的范围等,均须加以详细描述填入记录单内。有条

件者应将标本摄影保存好。检查标本一般沿病变或器官纵轴切开，管状物则以横切为宜，其原则要求应是切口少，剖面大，暴露充分，易于取材，但又不应过于损坏标本外观及病变与器官间的相互联系。子宫体的检查，常规应沿子宫前壁由宫颈正中向上作“Y”形切开，上端分别达两侧宫角，注意勿损伤子宫后壁。遇特殊情况不能由宫前壁切开而行后壁剖切时，应在检查单上注明，其切法与前壁相同。

常规取材选择。宫颈标本应全面制片检查，如组织较大，可分别切块。半摘子宫，可自宫壁全层，内膜（带部分肌层）及左、右侧宫角分别切取。带有附件的半摘子宫，除宫体外，两侧输卵管最少应各选切一块，最好带有阔韧带；双侧卵巢，每侧应能做纵横取材二块。对全摘子宫标本，应在宫颈的前、后、左、右唇分别取材，并作标记，以利诊断检查。卵巢囊肿必须从多处取材。标本的常规检查和合理的选择组织，不仅有助于判明各部情况以利准确诊断，且可避免遗漏，并能发现某些其他类型潜在性较小疾病，以反应其真正的发病率。例如在输卵管的阔韧带内，常存有寇贝氏管、肾上腺的残留、瓦尔沙特细胞巢等及其改变；卵巢实质内的勃勒纳氏瘤，只有在卵巢常规检查取材中发现。此外，如粘液性卵巢囊肿的某些恶性变和囊肿壁内勃勒纳氏瘤的发现等，都可说明坚持标本常规检查取材的重要性。

至于组织块的大小，应以实验室的技术条件、切片机的性能和需要而定。普通组织

切块不宜过小，但也不能超过玻璃盖片的大小（约18~40毫米范围以内），厚度约3毫米，但因宫壁组织较硬，故不能过厚，以避免影响浸蜡和切片。

（三）显微镜检查与诊断 镜检操作与一般外科病理检查相同。值得提出的是，有许多对镜检不熟练的妇科医生往往喜欢使用高倍镜观察，而忽略低倍镜头的应用价值。诚然利用高倍镜观察更为清晰，但不易对组织结构和病变分布获得整体概念（尤其是刮取的宫内膜标本），而首先使用低倍镜（80~120倍）不仅可能观察到几乎高倍镜所能显示的组织细胞形态，同时也能较完整地看到切片内组织全貌及其结构的相互关系。因此高倍镜头和油镜的使用只宜在低倍镜检查后，于必要深入观察时使用。此外，为了避免镜检时可能的遗漏，在观察每张切片前，要求应先以肉眼或放大镜（亦可用接目镜）全面浏览切片标本。镜检时应按固定方向沿视野顺序（如自左至右，或由上向下）观察，以养成良好的工作程序和习惯。

镜检完毕，参考患者临床表现对器官病理变化作出全面综合分析，找出其中主要与次要病变或原发与继发改变，依次写出诊断。若为多个器官，则应分析各器官和病变间的相互联系，找出并确定本例主要疾病；其次将由此病所引起的一系列病变按先后排列；最后将与本病无关的其它改变，一并列入。使临床对患者获得确切的诊断和较完整的认识。

〔附〕 常用术语

棘细胞层肥厚（Acanthosis）：棘细胞层厚度增加。

间变（Anaplasia）：细胞或组织结构上的异常分化。尤指恶性肿瘤时细胞经常出现的非典型的原始性分化。

萎缩（Atrophy）：组织细胞或器官体积的变小，常伴随有细胞数目的减少。

异型或不典型（Atypia）：组织结构和细胞形态不正常。或称结构不良，与Dysplasia同义。

分化 (Differentiation)：细胞及组织从幼稚时期向成熟时期发展的过程。当细胞和组织与正常相似时称为分化成熟，反之则称为幼稚或分化不成熟 (Dedifferentiation)。

变性 (Degeneration)：由于组织营养代谢障碍后在细胞内或细胞外出现异常的病理过程。根据出现物质的性质不同，可分为多种。

营养障碍 (Dystrophy)：组织细胞的营养代谢障碍。与变性同义。

角化不良 (Dyskeratosis)：为皮肤表层内个别表皮细胞发生的异常角化。常见于良性和某些恶性疾病中，如达利尔氏 (Darier's) 氏病，鲍温氏 (Bowen's) 氏病，增生性红斑以及鳞状上皮癌等。

增生与增殖 (Proliferation, Hyperplasia)：为细胞新生和细胞数目的增多。常与肥大同时存在。

过度角化 (Hyperkeratosis)：为角化组织的角质层显著增厚。

肥大 (Hypertrophy)：正常组织细胞或器官体积增大的现象。

异位增殖 (Heteroplasia)：幼稚的细胞或已分化成熟的细胞出现于不应有它的器官或组织内。

异种性 (Heterologous)：某种组织

出现在正常不该存在的部位或器官内。

同种性 (Homologous)：某种组织出现于正常不存在的但可能出现的部位或器官内。

细胞间桥 (Intercellular Bridge)：细胞间相互连接的纤维丝状突起。

核碎裂 (karyorrhexis)：浓缩之胞核因水分消失变脆，核膜消失，胞核破碎。

核溶解 (karyolysis)：胞核染色质完全溶解消失或仅留残影。

不全角化 (Parakeratosis)：角化不全时在表皮角化层内有细长的胞核残留，颗粒层常消失。

异性发育或异常分化 (Proso plasia)：组织细胞或器官在生长过程中脱离正常结构或范围。与结构不良 (Dysplasia) 同义。

假复层化 (Pseudo-stratification)：当上皮增生或损伤修复后，造成不规则的多层排列上皮。

核固缩 (Pyknosis)：细胞核紧缩变小，染色加深，结构消失。固核蛋白水解后，核酸游离所致。

再生或复生 (Regeneration)：为机体局部组织和细胞死亡后，周围组织细胞增生补充的现象。

复层化 (stratification)：当上皮增生或损伤修复后形成多层排列整齐的上皮。

参 考 文 献

1. Blaustein, A.: Obstetric & Gynecologic Pathology. New York. Springer. 1976
2. Dougherty, C. M.: Surgical Pathology of Gynecologic disease. New York. Hoeber Med. Divison. 1968
3. Faulkner, R. L., and Douglass, M.: Essentials of Obstetrical and Gynecological Pathology. 2nd ed. st. Louis. The C. V. Mosby Co. 1949
4. Fox, H. & Langley, F. A.: Postgraduate Obstetrical and Gynecological Pathology, Oxford Pergamon Press. 1973
5. Frank, R. T., Gynecologic & Obstetrical Pathology. New York. Appleton. 1931
6. Gompel, G & Silverberg, S. G.:

- Pathology in Obstetrics and Gynecology 2nd ed. Philadelphia Lippincott. 1977
7. Haines, M., & Taylor, C. W.: Gynecological Pathology. 2nd ed London. J & A Churchill. 1976
 8. Hall, J. E.: Applied Gynecologic Pathology. New York. Appleton-Century-Crofts. 1963
 9. Herbut, P. A.: Gynecological and Obstetrical Pathology. London. Henry Kimpton. 1953
 10. Hertig, A. T. & Gore, H.: Atlas of Tumor Pathology. Section IV, Fasc 33 Tumors of the Female sex Organs, Parts 1-3. Washington. Armed Forces Inst Pathology. 1961
 11. Janovski, N.A. & Dubrau(z)ky.: Atlas of Gynecologic and Obstetric Diagnostic Pathology. New York. Mc Graw Hill. 1967
 12. Janovski, N, A.: Color Atlas of Gross gynecological and Obstetrical Pathology. New York. Mc Graw Hill. 1969
 13. Laszlo, J, & Ga'al, M.: Gynecologic Pathology Budapest. Akademia Kiado. 1969
 14. Lax, H.: Histologischer Atlas Gynäkologischer Erkrankungen. Leipzig. Veb. Georg Thieme. 1956
 15. Marcuse, P. M.: Diagnostic Pathology in Gynecology & Obstetrics. New York. Hoeber & Row. 1966
 16. Novak, E. R & Woodruff, J. D.: Novak's Gynecologic And Obstetric Pathology. 6 th Ed. Philadelphia. W. B. Saunders Co. 1974
 17. Rewell, R. E.: Obstetric And Gynecologic Pathology. London. Lirington 1960
 18. Teacher, J. H.: A Manual of Obstetric & Gynecologic Pathology Oxford. University Press. 1935

第二章 外阴疾病

第一节 正常外阴解剖组织学

一、外阴 (Vulva)

包括阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂、阴道前庭、阴道外口、处女膜、外阴阴道腺(巴氏腺)及尿道旁腺(施氏腺)等。

二、阴阜 (Mons Veneris)

位于耻骨联合之前,为两侧大阴唇前联合形成,有丰富的脂肪组织和少数纤维组织,富有弹性。人自青春期就有多数卷曲的阴毛开始丛生。

三、大阴唇 (Labia majora)

位于阴唇两外侧,为二纵形皮肤皱襞。



图2-1 大阴唇,有毛囊、汗腺及皮脂腺 ×63

各唇在阴阜前彼此相连,形成唇前联合,向下在后形成唇后联合。由唇后至肛门部称为会阴。大阴唇皮下富含脂肪组织与纤维组织。阴唇外侧与正常皮肤结构相同,尤其上外侧遍布阴毛,内侧面阴毛少,上皮角化较轻。皮内见有与皮肤相同的附件,包括毛囊、汗腺、皮脂腺等。其中汗腺有两种,即分布较广泛的普通小汗腺,所谓排泄型腺(Eccrine)和另种在较深层散在的大汗腺顶浆分泌型Apocrine腺)。在苏木—伊红染色中,排泄型汗腺胞浆少而淡染,大汗腺被覆上皮呈单层低柱状或高柱状,胞浆呈嗜伊红性,内有颗粒及脂肪色素小粒(图2-1、2)。

四、小阴唇 (Labia minora)

系两小皮皱襞,位于左右大阴唇之间或阴道前庭两侧。在处女期,两唇后端彼此相连形成阴唇系带。上部在阴蒂前分成二部分,其中一部经阴蒂上方与对侧结合形成阴蒂系带。小阴唇被以复层扁平上皮,相当于阴茎皮肤,表面有微细皱纹。外侧可有疏稀阴毛,内侧几乎与阴道粘膜相同。上皮下富有大量血管、神经、游离的皮脂腺及纤维结缔组织等,其中少脂肪组织,上皮尤其在外面有微弱的角化现象(图2-3)。

阴阜和大阴唇随人的年龄增长,逐渐增生发育,达青春期发育较充分,肥大显著,皮肤色素沉着,但此时小阴唇变化不甚明显。

五、阴道前庭 (Vestibule)

为二小阴唇之间裂。由小阴唇联合包绕形成。其中包括有阴蒂、尿道外口、阴道

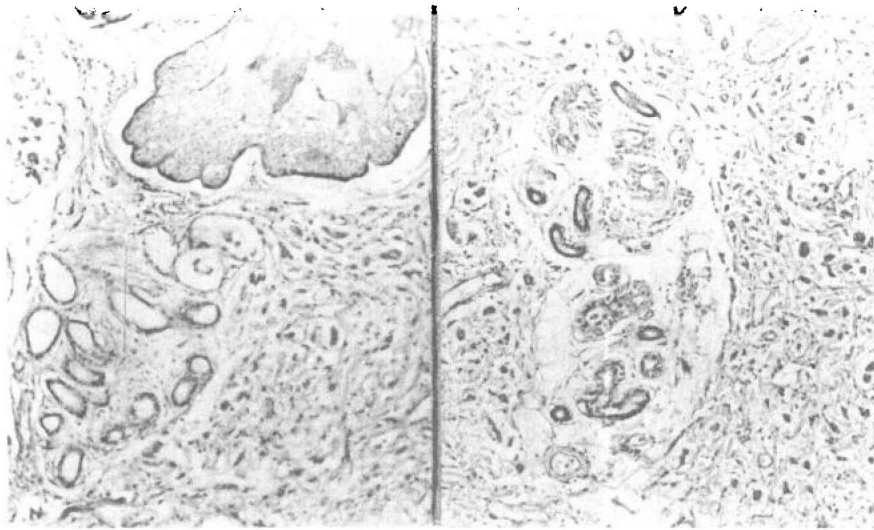


图2-2 大阴唇的皮脂腺、大汗腺(左)及小汗腺(右) ×63

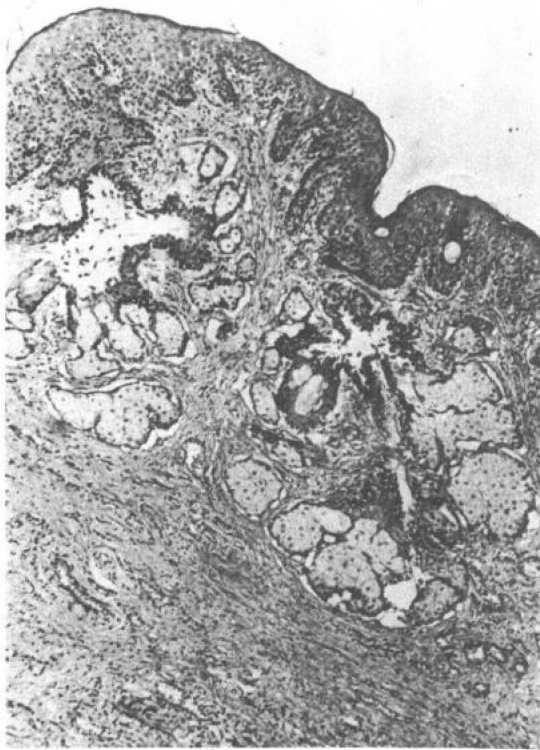


图2-3 小阴唇, 皮脂腺丰富,
无毛囊 ×63

口、前庭大腺与尿道旁腺的开口。在阴道外口与阴唇粘膜之间有一凹陷, 称舟状窝。阴道前庭被覆上皮及组织结构与阴道粘膜类似。

六、阴蒂 (Clitoris)

系一勃起性组织体。位于唇前联合下方, 介于小阴唇顶端上下二部之间。体部有小阴唇系膜包裹, 前方为阴蒂头。阴蒂由二个小海绵体构成, 与男性阴茎类似, 前端为帽状阴蒂头, 有丰富的血管窦、各种神经末梢组织和上皮下神经网络 (图2-4)。阴蒂头的下方为尿道口和阴道外口。

七、处女膜 (Hymen)

为阴道外口附着的一薄层皱膜, 其形式各有不同, 通常为一带状。膜的两侧与小阴唇相连接, 上部连阴道前庭。膜的内外侧均有上皮覆盖。表面与小阴唇上皮类同, 内侧与阴道粘膜相似。粘膜下为少量纤维组织和毛细血管构成 (图2-5)。处女膜口的大小、形状各异, 差别较大。在已婚和分娩后妇女, 处女膜破裂, 其遗迹常形成多个小阜, 称为处女膜痕。

八、外阴阴道腺 (Vulvo-Vaginal gland)

也称阴道前庭大腺或巴氏腺, 与男性尿道球腺同类。腺体呈两个黄色小球, 居阴道外口两侧, 邻接尿道旁腺的后部。腺体结构属于排泄型复合泡状腺, 被覆有典型的单层

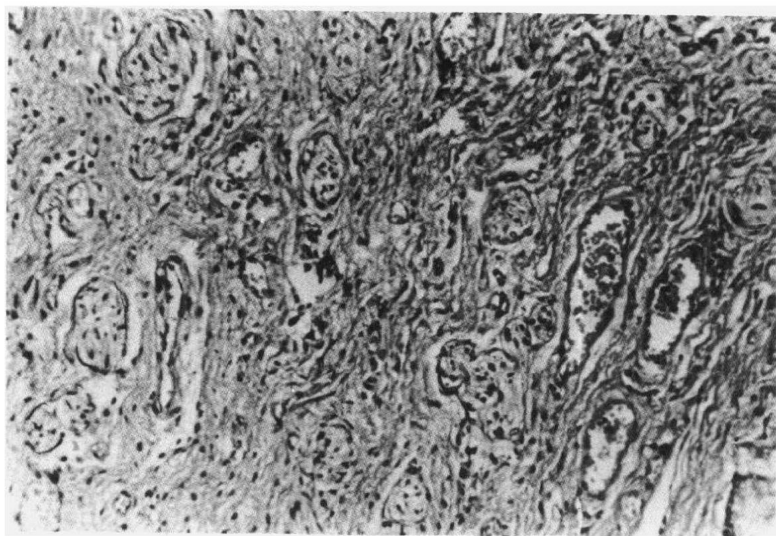


图2-4 阴蒂。由勃起组织构成，有丰富血窦及神经 ×160

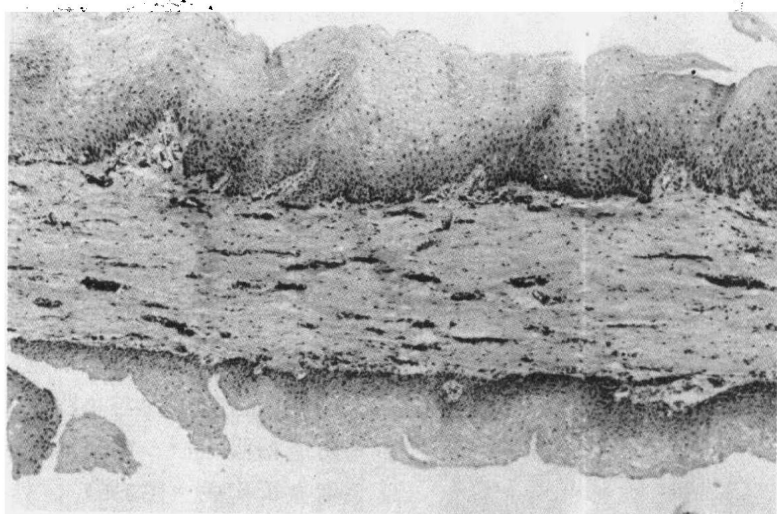


图2-5 处女膜两侧面被覆鳞状上皮，外侧面稍厚（上方） ×63

立方上皮（图2-6）。导管约长2厘米，开口在小阴唇与处女膜间凹，通于前庭。尿道旁腺。又称前庭球，与男性海绵体或尿道球相同。由勃起组织构成，位置在尿道外口周围。腺体数目约10~20个不等，其汇合总管有两个（称施氏腺管），分别开口在尿道外口两旁，与后方前庭大腺相邻（图2-7）。

前庭大腺和尿道旁腺均为粘液性腺体，分泌的粘液性物质对外阴皮肤粘膜具有滑润和重要保护作用。但由于腺体管口位置表浅，往往易受外界细菌及异物侵袭而引起炎性疾病。另外，常在急性炎症后因炎性渗出物存积，也使病变延续不愈或成为再发的基础。

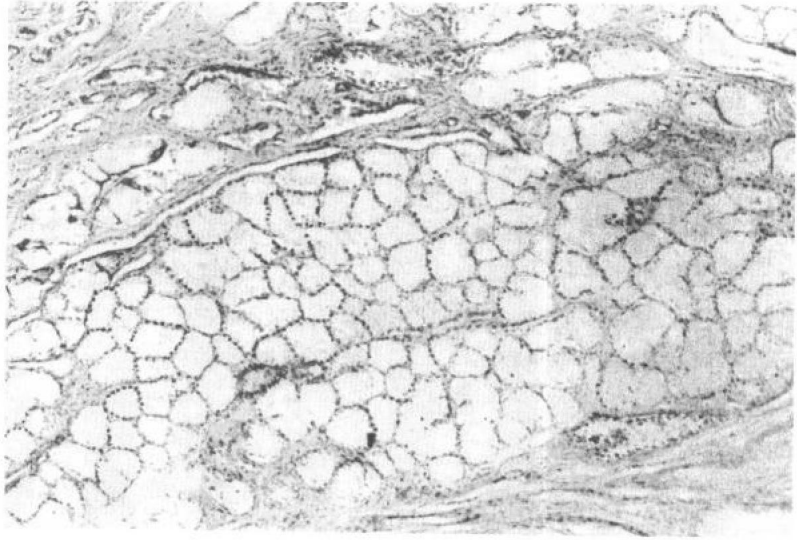


图2-6 巴氏腺。其中见初级及较大的导管 ×63

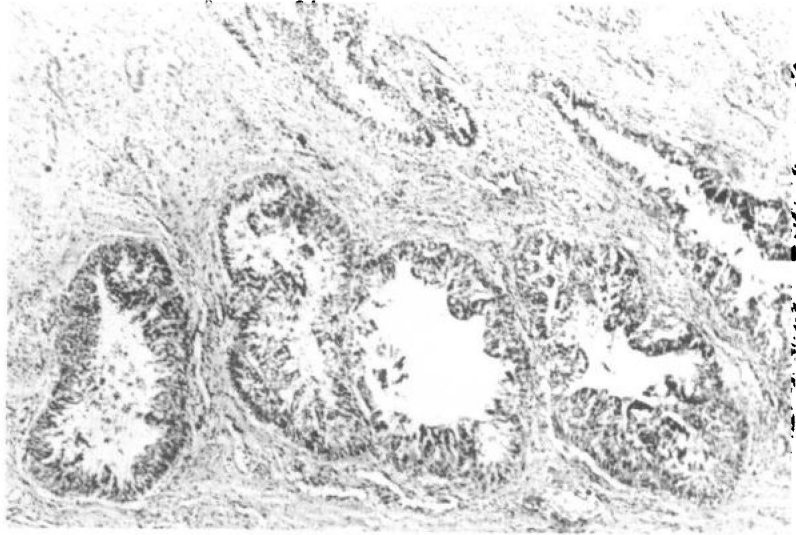


图2-7 尿道旁腺。被覆移行上皮 ×63

第二节 外阴先天异常

外阴先天异常较为罕见，但在临床亦可遇到某些改变，依据原因和发展情况不同，大致可分以下几种。

一、外阴发育不全

主要为阴阜及阴蒂缺如或发育不良。此种异常，大多数患者属于先天性生殖器发育障碍的局部表现之一。

二、外阴过度发育

常见为阴唇、阴蒂增生肥大。临床上多数见于假两性畸形或性早熟的先天疾病中。

三、发育缺陷

可有以下五种：

(一) 阴道与尿道间隔缺损 尿道异位于阴道前壁，其开口与处女膜口相交通。

(二) 肛门闭锁 其开口在阴道口后壁的舟状窝内。

(三) 复合外阴 包括复合性小阴唇和大阴唇。此种异常在临床极少见。

(四) 外阴并合 表现为大小阴唇之间界限不清,或大小阴唇完全并合。当两侧小阴唇完全并合时,阴道口可完全消失,中央呈现为一厚薄不均的纵形皱襞。这种先天性畸形,应与后天某些其它疾病所致的粘连,如婴儿外阴感染后愈合,外阴放射治疗后引起的粘连等加以区别。

(五) 处女膜闭锁 为临床常见畸形之一。多因胚胎发育过程中苗勒氏结节(Müller's tubercle),不产生扁平化及中央组织细胞亦无退变空泡化的结果。因闭锁程度的不同,中间开口大小亦有差别。不完全闭锁时,开口很小,或见如帽针头样大,严重者则完全缺如,不留任何痕迹。

临床主要症状是当处女膜闭锁后,阴道分泌物不能向外排出,因滞留形成阴道积

液,行经时下腹疼痛,日久则可引起阴道、子宫甚至输卵管积血和腹腔积血等。

四、先天组织器官残留和异位

常见者有以下两种:

(一) 外阴午非氏管残留 在正常胚胎发育时,午非氏管沿子宫旁及子宫颈两侧向下移行,当到达阴道上三分之一时,即行萎缩消失。但在个别患者,则午非氏管可随胚胎发育继续伸延到达外阴。

(二) 外阴额外乳腺(Supra-numerary Mammary Gland) 为多乳畸形的一种,女性尤多。乳腺来源于胚胎发育中外胚叶上皮形成的始基。后者可位于腋窝、胸壁至腹股沟、股外侧以及外阴等处。在正常情况下,仅有胸壁两侧始基发育,其它大部退化。但是少数患者可因它部始基继续发育形成畸形。此种乳腺在妊娠期可具有乳腺相同的分泌功能。在极少情况下则可发生外阴乳腺腺瘤和腺癌。在部分畸形发育中,只有乳头而无乳腺产生时,称为外阴额外乳头。

第三节 外阴炎症疾病

外阴主要部分为皮肤组织,故凡皮肤炎症性的疾病均可在该部发生。另外,由于外阴与阴道相连的部位关系,经常遭受阴道分泌物和经期排出物刺激的影响,又容易发生某些炎性疾病。在这些疾病中,有的原因已较明确,有的目前仍不清楚。兹将妇科常见的炎性疾病简述如下。

一、毛囊炎和疖 (Folliculitis, Furuncles)

此病均由化脓性葡萄球菌沿毛根侵及毛囊感染引起。多因皮肤不清洁,衣物摩擦及皮肤受损后发生;另外,由于阴毛丰富经常与衣物摩擦,亦为引起感染的因素。患部常出现丘疹或小脓疱,有时为弥漫性红斑。当病变发展向深部毛囊周围扩大时,形成明显的局部化脓和组织坏死,称为疖。两者的组

织改变无明显区别,其病变范围与损害程度稍有所不同。患毛囊炎时,周围炎症过程较疖为缓慢,组织中以炎性细胞浸润为主。皮脂腺遭受破坏,但毛囊很少改变,真皮浅层有弥漫性炎症浸润,及异物巨细胞反应。疖的主要改变为毛囊周围组织蜂窝组织炎,有明显的脓肿形成及坏死。

皮肤脓肿时,如脓肿穿破,可形成较大溃疡,有时向周围继续扩展蔓延,引起组织广泛坏死,或坏疽性炎症,形成所谓外阴走马疳(Noma)。

二、疱疹性外阴炎

由病毒引起,比较常见。常为复发性。尤其在妊娠期容易发生。局部为丘疹和水泡,多密集呈团状出现,少数可形成大泡。组织改变为表皮隆起,棘层松解,细胞退变。常