

林 巧 稚 主 编

婦 科 病

人 民 卫 生 出 版 社

妇 科 肿 瘤

主 编
林 巧 稚

编 者
王元萼 孙爱达 连利娟 吴葆桢
宋鸿钊 郎景和 杨秀玉 夏宗馥
唐敏一 黄荣丽 盖铭英 韩美龄

人 民 卫 生 出 版 社

妇 科 肿 瘤

林 巧 稚 主 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里10号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷
新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米16开本 22 $\frac{1}{2}$ 印张 26插页 510千字

1982年9月第1版第1次印刷

印数：1—10,900

统一书号：14048·4162 定价：4.10元

序 言

《妇科肿瘤》是中国医学科学院首都医院妇产科主任林巧稚教授主编的一本妇科专著。林教授1929年毕业于北京协和医学院，以后一直在妇产科任教并数次赴美国及英国学习考察。早在四十年代中期，抗日战争胜利结束后，林教授即参加协和医院（首都医院前身）之复院重建工作，并主持该院妇产科。解放后，林教授出于对党、对人民、对社会主义的忠诚和热爱，满腔热情地投入新中国的医疗卫生和妇女保健事业。在林教授的领导下，该科在为病人服务以及出成果、出人才方面做了大量的工作，同时积累了极其丰富的资料及经验，《妇科肿瘤》就是该科在肿瘤方面的经验总结。

本书的资料来源于编者和著者的临床实践。许多疾病的诊断和处理原则都是林教授亲自指导处理的，而本书的全部著者都是林教授的学生，他们都在妇科肿瘤的某一方面造诣颇深。其中特别是滋养细胞肿瘤、卵巢肿瘤以及子宫内膜异位症等均有自己的独到见解和经验。初稿完成后，林教授又在病中亲自逐字逐句加以推敲和修改。这些经验汇集成书必将对从事妇科临床工作的医生们的进修学习有很大的帮助，而本书的问世亦将成为我国医学的一个重要文献。

中国医学科学院院长

黄 家 驷

1982. 4.

前 言

肿瘤业已成为人类的常见病，妇科肿瘤是妇女健康的主要威胁，每年有数以千万计的妇女因此丧生。研究妇科肿瘤的防治是妇产科医师的重要课题之一。

现代科学技术的飞跃发展，促进了医学科学的长足进步。电子学、生物化学、免疫学、遗传学和分子生物学等基础学科与临床医学结合得越来越紧密，对肿瘤的流行病学、病理形态学、诊断和治疗学发生了巨大的影响，加深了对肿瘤发生发展转归规律的认识，提供了预防和制服肿瘤的手段。

为了提高对妇科肿瘤的防治水平，首都医院妇产科总结了建国以来三十年的临床资料，复习了国内外的有关文献，特别是近十年的妇科肿瘤学进展情况。同志们在繁忙的工作中，拨冗理绪，通力协作，花费了四年多的时间，分析本院病例三千九百余份，参阅主要文献九百多篇，制图二百余幅，终成此书。

本书的宗旨不同于一般教科书的程序铺叙，而侧重于主要妇科肿瘤规律性的剖析，不仅有我院诊治处理特点的阐发，也有近年国内外最新进展的采编。因此，对于各类肿瘤的论述繁简不一，对于一种肿瘤各部分的着力轻重相异。故而，读者也许会感到本书章节比例不协调，那是在意料之中的。所以，本书对有一定妇科工作经验的医师更为适宜。

科学发展一日千里，临床遇到的问题层出不穷。正当我们把本书奉献给读者的时候，就已经感到有的观点还可以讲得更清楚一些，有些材料应该再补充进去。不足之处恐在所难免，敬希广大同志提出批评指正，以便再版时修订。

成书过程中，承蒙各级党政领导关注和各方面同志支持，在此谨致谢忱。

林 巧 稚

1980年8月于北京

目 录

前言	林巧稚	
一、外阴癌	王元萼 连利娟 盖铭英	1
二、子宫颈癌		16
子宫颈癌的流行病学及病因学	韩美龄 夏宗馥	16
子宫颈癌前病变、原位癌和早期浸润癌	韩美龄 杨秀玉	21
子宫颈浸润癌	夏宗馥	39
三、子宫肌瘤	宋鸿钊 黄荣丽	64
四、子宫内膜不典型增生	盖铭英 唐敏一 孙爱达 连利娟	77
五、子宫内膜癌	吴葆桢 唐敏一 郎景和	85
六、子宫肉癌	孙爱达 唐敏一	105
七、卵巢肿瘤分类及发病率	唐敏一 连利娟	117
八、卵巢上皮性肿瘤		127
卵巢上皮性肿瘤组织来源及发病率	连利娟	127
卵巢浆液性囊腺瘤	连利娟 唐敏一	130
卵巢粘液性囊腺瘤	连利娟 唐敏一	142
卵巢子宫内膜样瘤	连利娟 唐敏一	150
卵巢透明细胞瘤	连利娟 唐敏一	152
卵巢纤维上皮瘤(布伦纳瘤)	连利娟 唐敏一	157
卵巢上皮性癌的诊断	连利娟	159
卵巢上皮性癌的转移	连利娟	163
卵巢上皮性癌的治疗	连利娟	168
九、卵巢性腺间质瘤		185
组织来源及发病率	郎景和 唐敏一	185
卵巢颗粒细胞瘤	郎景和 唐敏一	187
卵巢泡膜细胞瘤	郎景和 唐敏一	197
卵巢纤维瘤	郎景和 唐敏一	200
卵巢硬化性间质瘤	唐敏一	203
男性母细胞瘤(支持-间质细胞瘤)	唐敏一	206
环管状性腺间质瘤	唐敏一	208
十、卵巢生殖细胞肿瘤		210
卵巢畸胎瘤	连利娟 唐敏一	210
卵巢内胚窦瘤(卵黄囊瘤)	连利娟 唐敏一	225
卵巢无性细胞瘤	连利娟 唐敏一	235
十一、卵巢性腺母细胞瘤	唐敏一	244
十二、转移性卵巢肿瘤	吴葆桢 唐敏一	248

十三、原发性输卵管癌·····	吴葆桢	黄荣丽···259
十四、子宫内膜异位症·····	林巧稚	吴葆桢···270
十五、子宫肌腺病·····	孙爱达	吴葆桢···293
十六、良性葡萄胎·····	夏宗馥	林巧稚···300
十七、恶性葡萄胎·····	夏宗馥	林巧稚···319
十八、绒毛膜上皮癌·····	宋鸿钊	唐敏一···327
妊娠性绒癌·····	宋鸿钊	唐敏一···327
非妊娠性绒癌·····	宋鸿钊	唐敏一···335
十九、绒癌和恶性葡萄胎的化学药物治疗·····	宋鸿钊	···339

一、外 阴 癌

外阴癌 (Carcinoma of vulva) 系来源于外阴部皮肤、粘膜及其附属器和前庭大腺的恶性肿瘤, 以鳞状细胞癌最为常见, 约占外阴癌的 85~90% (表 1-1)。

【发病率】 一般报道, 外阴癌约占女性生殖器恶性肿瘤的 3~5%。外阴癌在我国较为少见, 各医院收治的病例不多, 因此尚无反映实际情况的发病率。天津医学院收治的 2138 例妇科恶性肿瘤病例中, 有外阴癌 67 例, 占 3.1%^[9]。我院自 1948 年至 1976 年共收治外阴癌 45 例, 占同期妇科恶性肿瘤的 2%。

【发病年龄】 外阴癌主要是老年人的疾患, 多发生于绝经后, 但发病年龄分布较广, 我院病例最小年龄为 28 岁, 最大年龄为 66 岁, 平均为 47.2 岁^[8]。国内报道的发病年龄多在 45 岁左右^[1,2], 较国外报道的平均发病年龄在 60 岁左右为低。

【病因】 外阴癌的病因, 目前尚不清楚。根据外阴癌多发生于老年患者这一事实, 曾提出外阴组织复旧改变促进了上皮细胞恶性变的学说。临床有关因素有:

一、外阴白斑 在所有可能为外阴癌病因因素中, 外阴白斑无疑是最重要的, 但两者之间的确切关系, 尚不清楚。文献报道在外阴癌病例中伴发外阴白斑者, 数字很不一致, 一般为 50% 左右^[22]。国内材料报道外阴癌发病前有白斑者约占 30%^[1,2,7]。造成这种差别的原因, 主要有列两方面: 一为诊断标准不一, 有的仅根据临床表现, 有的则根据病理组织变化; 另一为外阴白斑很难与外阴部其他疾患相鉴别, 如硬化性萎缩性苔癣、原发性或老年性外阴萎缩、上皮内癌和神经性皮炎。在外阴白斑中, 仅不典型增生性白斑与外阴癌有一定的关系。约 5~10% 有发展为癌的危险。萎缩型白斑与外阴癌的关系不大。

二、梅毒和腹股沟淋巴肉芽肿 本院 28 例外阴癌曾行血清康瓦氏反应检查, 8 例阳性 (多为解放初期病例), 占 28.5%。同期我院 50,000 例住院病人梅毒血清反应的阳性率为 5%, 因此, 外阴癌病例梅毒血清反应的阳性率较一般病人高 5~6 倍。Green (1958)^[19] 报告 238 例外阴癌, 发现 10 例有梅毒。Lunin (1949)^[22] 报告一组外阴癌病例, 60% 有淋巴肉芽肿, 说明外阴癌与性病可能有关。

三、外阴部慢性刺激 由于外阴部组织结构及其解剖部位的特点, 易受月经、大小便、阴道分泌物等刺激或污染, 形成长期慢性刺激, 可能为外阴癌的诱因之一。

四、外阴乳头状瘤或尖锐湿疣很少恶变, 因此关系不大。

【病理】 外阴癌多发生于大阴唇、小阴唇和阴蒂。发生于前庭部位者较少见, 偶亦

表 1-1 外阴恶性肿瘤的种类

肿 瘤	例 数	%
鳞状上皮细胞癌	205	93.6
原位癌	4	1.8
基底细胞癌	0	0
恶性黑色素瘤	6	2.7
腺癌	3	1.4
未分化癌	1	0.5
肉瘤	0	0
转移癌	0	0
共 计	219	100

(引自实用肿瘤学, 人民卫生出版社, 1979)

可发生于会阴。

病变大体表现视肿瘤生长部位及病变早晚而不同。开始时病变常不明显，致使患者延迟就医。病变可为一高出于周围皮肤或粘膜之结节，呈圆形、卵圆形或肾形，质地实性且硬，表面呈红色或红黄色，覆盖于瘤结节上之皮肤可光滑或糜烂或有溃疡形成。根据肿瘤的不同生长方式，大体上有两种类型。

一、外生型（乳头瘤样或菜花型） 肿瘤有明显向体表生长趋势，形成乳头状或菜花样肿瘤，深层组织浸润较少。瘤组织质脆，易于出血，且常伴有继发感染、坏死，形成边缘硬、深而不规则的溃疡。

二、内生型（结节-溃疡型） 肿瘤向深层或邻近器官浸润，形成浸润性肿块，表面破溃，成为火山口样溃疡（图 1-1）。

有的病例，外阴部可出现多个病变，处于不同阶段，目前认为这种癌灶可能是多中心性发病或淋巴扩散的结果。

显微镜下检查，外阴癌最常见的类型是鳞状细胞癌。根据瘤细胞的分化程度，按 Broders 分级标准，和宫颈癌一样也分为四级。大多数病例，瘤细胞高度分化，细胞大，呈多边形，有形成上皮珠的明显趋势，瘤细胞巢或细胞索向深层间质浸润。表面上皮由于溃疡而脱落，结缔组织内有广泛的慢性炎细胞浸润和异物巨细胞反应（图 1-2）。

高度未分化癌镜下类似于基底细胞癌，亦可见有基底-鳞状细胞癌混合型。

由阴蒂部位发生的肿瘤，镜下可呈肉瘤样结构，瘤细胞未分化，呈胚胎型，核深染有明显的核分裂。

由前庭大腺发生的肿瘤多为腺癌。

【扩散】 外阴癌的扩散以淋巴转移为主，其次为直接向周围蔓延，经血行转移少见。

一、淋巴转移

（一）外阴淋巴引流 外阴淋巴管丰富，两侧自由交通，引流到腹股沟区。Parry-Jones (1960)^[22] 注射 patent-blue V 于外阴，发现淋巴经外阴到达腹股沟和股深淋巴结，而不通过阴唇-大腿皱襞（Labio-crural fold）。由于所有淋巴管均通过阴阜，parry-Jones 建议手术切除阴阜而不必超出阴唇-大腿皱襞。小阴唇淋巴引流到前庭，故小阴唇之肿瘤应切除前庭和尿道末端（图 1-3）。

（二）外阴癌淋巴转移顺序 外阴癌淋巴转移有一定顺序，即浅组淋巴结首先受累，经中间组达深组淋巴结。一般患侧淋巴结先受累，然后对侧，但亦有例外。



图 1-1 外阴癌（溃疡型）

1. 浅组淋巴结：(1)浅股淋巴结——位于大隐静脉通过卵圆孔进入股静脉处，根据其与大隐静脉之位置又分内外两组。(2)浅腹股沟淋巴结——沿腹股沟韧带为外组，位于外环者为内组，是最常有转移的一组淋巴结（图 1-4）。

2. 中间组淋巴结——深股淋巴结：位于股管之内，常只有一个大的淋巴结位于股管上端，伸入盆腔，称为 Cloquet 结，此淋巴结极为重要，因其接受浅组淋巴并直接接受外阴上半部包括阴蒂之淋巴引流。因此，几乎所有外阴之淋巴引流均经过 Cloquet 结。

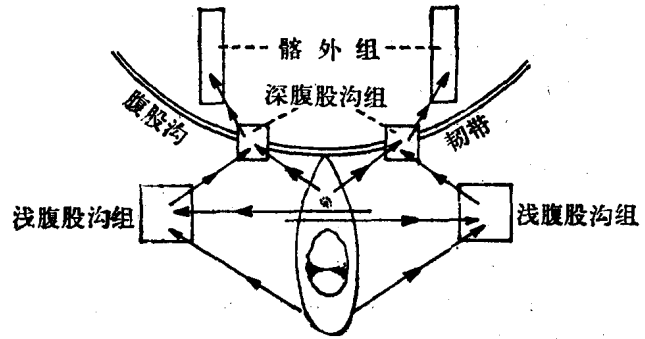


图 1-3 外阴淋巴引流图解

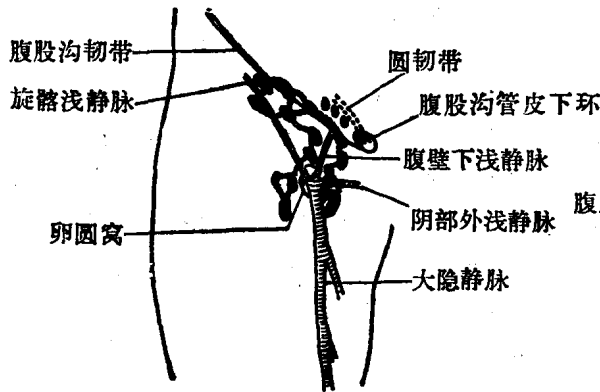


图 1-4 浅腹股沟和股淋巴结

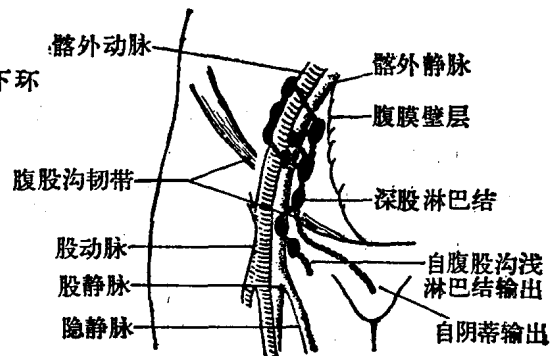


图 1-5 深腹股沟和髂外淋巴结

3. 深组淋巴结：(1)深腹股沟淋巴结，位于腹股沟韧带下方的一组几个小淋巴结。(2)髂外淋巴结，根据其于髂外动脉和静脉的位置关系，可分为内组、外组和前组三组淋巴结（图 1-5）。

髂外淋巴结引流入髂总淋巴结至主动脉旁淋巴结和胸导管。

由于两侧外阴淋巴管通过中线互相沟通，因此中线部位的肿瘤可有均等机会向两侧引流，单侧肿瘤亦可转移至对侧，阴道下 $\frac{1}{2}$ 的淋巴直接引流至髂外淋巴结。

(三) 淋巴结转移的发生率 我院 25 例淋巴结切除患者中，病理证实有转移者 8 例 (32%)。国内报告有淋巴结病理检查的 66 例中，22 例有转移 (33.3%)。Green 等报告 238 例，140 例有淋巴结转移 (59%)。Dean (1974)^[12] 报告 43 例，20 例有转移 (46%)。Way (1977)^[27] 总结 247 例外阴癌淋巴转移发生情况，其中 128 例有转移 (52%)，见表 1-2；作者进一步分析了各组淋巴结转移的发生率，其中仅浅组淋巴结有转移者 83 例 (34%)，浅组及深组淋巴结均有转移者 45 例 (18%)。Way (1951)^[29] 曾分析了 67 例外阴癌中 30 例有淋巴结转移的分布情况，其中同侧转移 15 例，两侧转移 13 例，仅对侧有转移者 2 例。因此，约 50% 有淋巴结转移的病人，其转移可发生于对侧。

中间组及深组淋巴结转移约占 10%。

(四) 影响淋巴转移的因素 影响淋巴

转移的因素很多,如原发瘤的大小、瘤细胞分化程度及浸润深浅等。

1. 原发瘤大小: 我院 25 例切除淋巴结之外阴癌病例中,原发瘤直径在 3 厘米以下者 12 例,仅 1 例发生转移 (8.3%); 肿瘤直径大于 3 厘米者 13 例, 7 例发生转移 (53.9%)。Krupp (1975) ^[20] 报告 81 例,

原发瘤小于 1 厘米者 5 例,无一例淋巴转移; 1~2 厘米者 21 例,1 例有淋巴转移 (5%); 2~3 厘米者 15 例, 3 例有淋巴转移 (20%); 3~4 厘米者 14 例,4 例有淋巴转移 (29%); 4 厘米以上者 26 例, 13 例有淋巴转移 (50%)。作者进一步以原发瘤直径 3 厘米为分界线,发现直径在 3 厘米以下者 41 例,有淋巴转移者仅 4 例 (9.7%); 直径在 3 厘米以上者 40 例, 17 例有淋巴转移 (42.5%)。Green^[19]曾提出原发瘤越大,淋巴转移发生率越高,但约有 1/3 的病例,原发瘤直径虽在 1 厘米以下,亦可有淋巴转移发生。

2. 瘤细胞分化程度: 瘤细胞分化差,则淋巴转移之可能性大。我院 25 例淋巴结切除病例中,小细胞型淋巴转移之发生率为大细胞型及角化型之 1.7 倍。Way (1977) ^[27] 分析了癌细胞分化程度与淋巴转移的关系,在 124 例分化癌中,有淋巴转移者 42 例 (34%),其中仅浅组淋巴结转移者 33 例 (27%),浅组及深组淋巴结均有转移者 9 例 (7%); 在 123 例未分化癌中,淋巴结有转移者 86 例 (70%),其中仅浅组淋巴结有转移者 50 例 (41%),浅及深组淋巴结均有转移者 36 例 (29%)。

3. 瘤细胞浸润深度: 我院外阴癌病例有淋巴结转移者,其原发瘤浸润深度均超过 5 毫米。Wharton (1974) ^[30] 报告 45 例原发瘤直径在 2 厘米以下的浸润性外阴癌,其中 25 例瘤细胞浸润深度不超过 5 毫米,无一例发生淋巴结转移。

4. 临床可触及腹股沟淋巴结与淋巴转移之关系: 临床可触及腹股沟淋巴结与淋巴转移之关系,比较复杂,因为由于炎症而引起的淋巴结增大,很难与转移鉴别。据北京、天津^[9]三所医院的资料,腹股沟淋巴结临床检查阴性的病例,病理检查也为阴性的诊断符合率为 96.4% (27/28); 临床可疑或临床阳性,病理也为阳性的诊断符合率为 52.2% (12/23)。Way (1977) ^[27] 报道,临床检查阳性而病理亦为阳性者为 74.7% (56/75); 临床检查为阴性而病理亦为阴性者为 76% (93/123)。一般认为集聚成团而且固定的淋巴结始有诊断价值。总之,临床检查对有无淋巴结转移虽不完全可靠,但有一定的参考价值。

近年来,不少作者采用淋巴造影以诊断淋巴转移,结果尚不一致。

二、直接蔓延 肿瘤逐渐增大,晚期可破坏外阴的大部分并蔓延至阴道及尿道周围。

三、血行转移 血行转移或远处转移少见,且发生于晚期病例,可转移至肺、肾、乳腺或骨等器官。

文献上曾提到接触转移,即与肿瘤接触的对侧阴唇部位也发生肿瘤,称之为接触癌 (Kissing cancer),目前认为这种癌可能是多中心性发病或淋巴扩散的结果。

【临床分期】 外阴癌的临床期别与预后有密切关系,期别越晚,预后越差。

表 1-2 淋巴结转移发生率

作 者	例 数	发生率%
本 院	25	32
Green (1958)	238	59
Dean (1974)	43	46
Way (1977)	247	52

关于外阴癌的临床分期，文献曾有不同的报道，但未被普遍接受。Taussig 根据肿瘤的大小，临床对淋巴结转移的估计以及邻近器官的侵犯，将外阴癌分为五期；McKelvey 认为临床对淋巴结转移的估计是完全不可靠的，因而仅根据肿瘤的大小，邻近器官的侵犯和有否远处转移，将外阴癌分为四期。根据国际抗癌协会所提出的标准，外阴癌临床分期如下：

T——原发肿瘤

T_{1s} 浸润前癌（原位癌）。

T₁ 单个肿瘤，其最大直径不超过 2 厘米。

T₂ 单个肿瘤，其最大直径超过 2 厘米，但不超过 5 厘米。

T₃ 单个肿瘤，最大直径超过 5 厘米；或不论肿瘤大小，其侵犯阴道的长度不超过 2 厘米者；或侵犯肛管但未累及粘膜层者；或已侵犯尿道者。

T_{3(m)} 多个肿瘤，其累及范围的直径不超过 10 厘米。

T₄ 单个肿瘤，不论其大小，但侵犯阴道的长度超过 2 厘米；或侵犯肛管已到粘膜层；或侵犯直肠阴道隔；或侵犯其他邻近组织。

T_{4(m)} 多个肿瘤，其累及范围的直径超过 10 厘米。

N——区域淋巴结

临床医生可记录所触到的淋巴结是否有肿瘤侵犯。

N₀ 未触到淋巴结。

N₁ 同侧有可活动的淋巴结。

N_{1a} 不考虑淋巴结有转移。

N_{1b} 考虑淋巴结有转移。

N₂ 对侧或双侧有可活动的淋巴结。

N_{2a} 不考虑淋巴结有转移。

N_{2b} 考虑淋巴结有转移。

N₃ 淋巴结已固定。

M——远处转移

M₀ 无远处转移。

M₁ 有远处转移。

1976 年国际妇产科联盟（FIGO）根据 TNM 分类法将外阴癌分为以下四期：

一期 T₁N₀M₀

T₁N₁M₀

二期 T₂N₀M₀

T₂N₁M₀

三期 T₃N₀M₀

T₃N₁M₀

T₃N₂M₀

T₁N₂M₀

T₂N₂M₀

四期 T₁N₃M₀

$T_2N_3M_0$

$T_3N_3M_0$

$T_4N_3M_0$

$T_4N_0M_0$

$T_4N_1M_0$

$T_4N_2M_0$

所有 M_1 患者。

注：在 FIGO 分期中， N_1 为临床不考虑有淋巴结转移。

TNM 临床分期方法虽较详尽而全面，但临床应用时，常感到过于繁琐，且如此细分，实际应用价值不大，对借以进行分期之诸因素，亦值得商榷。

1. 肿瘤大小：关于肿瘤大小与预后的关系，大多数作者发现直径大于 2 厘米与小于 2 厘米的肿瘤，其淋巴结转移机会及预后均有差别；而很少提到 5 厘米及 5 厘米以上肿瘤之间的区别。故在 FIGO 临床分期中，以原发瘤直径 2 厘米作为 I 期与 II 期的分界线。

2. 尿道肛门是否受累：外阴癌的手术范围，常强调应包括距离肿瘤边缘 3 厘米的范围，如肿瘤涉及尿道及肛门，手术切除常不易做到广泛而彻底，预后亦较差，故应将此点列于分期时须要考虑的因素。

3. 淋巴结转移：有关淋巴结的情况，既然临床触诊所得不能明确说明是否有转移，则仍应以病检所得结果作为影响预后的因素，可将每一临床分期，再按病检是否有淋巴结转移分为两组，进行分析。

4. 远处转移：外阴癌到极晚期才有远处转移，故不必在临床 I、II、III 期均注明远处转移的情况。临床分期不仅寓有预后的含意，且应可作为选择治疗方案的依据。故建议以下分期方法：

- 0 期 原位癌，癌灶局限在表皮内
- I₀ 期 微浸润癌或早期浸润癌，浸润深度不超过基底膜下 5 毫米
- I_{0a} 无淋巴结转移
- I_{0b} 有淋巴结转移
- I 期 病灶 ≤ 2 厘米直径
- I_a 无淋巴结转移
- I_b 有淋巴结转移
- II 期 病灶 > 2 厘米直径
- II_a 无淋巴结转移
- II_b 有淋巴结转移
- III 期 病灶累及尿道或肛门
- III_a 无淋巴结转移
- III_b 有淋巴结转移
- IV 期 已有远处转移

以上分期方法，我们认为比较简化而适合临床应用，但仅是初步建议，还有待积累更多病例，根据长期随诊情况，进行修改补充，以进一步完善。

【临床表现】

一、发病年龄 外阴癌多发生于老年妇女，但发病年龄范围较广，我院37例外阴鳞状细胞癌平均发病年龄为47.2岁^[8]。由于外阴癌患者发病至就诊常有一段时间，因此实际发病年龄较上述平均年龄要低。

国外报道的发病年龄较晚，Dean (1974) 报道 $\frac{3}{4}$ 的病例年龄在50~60岁^[12]，Wharton (1974) 报道65%的病例年龄大于60岁^[30]。

发病和产次一般没有关系。

二、病变部位 外阴癌常见的发病部位为大阴唇，其次为小阴唇。肿瘤位于外阴前半部比后半部多见。我院37例外阴鳞癌病变位于大阴唇和/或小阴唇者共29例(78.3%)；肿瘤位于外阴前半部者18例(48.6%)，位于后半部者8例(21.6%)其他病例，位于正中部位及记录不明者各8例。Way (1951) ^[29]报道195例外阴癌，病变位于前半部者115例(59%)，位于后半部者37例(18.9%)，前后部位均有病变者47例(24%)。皮肤受侵远较前庭粘膜多见。

三、症状 外阴搔痒是外阴癌常见的症状，但并不具有特征性，多数患者在出现肿块前，有多年的慢性外阴搔痒。病人就诊时主要症状为外阴部肿块或结节。疼痛亦为外阴癌比较早期的常见症状。由于肿瘤破溃和继发感染，分泌物增多，可为脓性或血性分泌物，出血不常见。肿瘤侵犯尿道可出现小便困难。

四、体征 检查发现外阴部有结节状肿物，质地较硬，且向深层浸润。肿块亦可呈菜花状，质脆，触之易出血，常有继发感染，形成很硬的深而不规则的溃疡。一侧或双侧腹股沟淋巴结可增大，质硬且固定。

五、并发身体其他部位癌 本院19例外阴癌曾做宫颈刮片，5例阳性(26.3%)，此5例以后均由临床或病理证实为癌。北京医学院和天津医学院资料，外阴癌并发宫颈癌的病例分别为15%及6.3%^[9]。文献报道外阴癌除并发宫颈癌外，尚可并发子宫体癌、乳腺癌、食管癌或肺癌。Green (1958) 报道238例外阴癌，其中32例并发身体其他部位癌(13%)^[19]。外阴癌并发身体其他部位癌的原因尚不清楚。曾提出外阴复旧改变可能为外阴癌的发病原因，是否其他器官的复旧改变亦可促进该器官上皮细胞的恶性转变，是值得进一步研究的。

六、并发身体其他疾患 Green (1958) 亦曾注意到外阴癌患者合并糖尿病及肥胖者比正常人多两倍，其间关系尚不清楚。

【诊断】 外阴癌发生于体表，便于检查发现，但外阴癌的诊断往往不够及时。我院37例外阴鳞癌就诊时检查均发现肿块，肿块存在至就诊时间在半年以内者仅11例(30%)。北京医学院及天津医学院的资料分析，有50%以上的外阴癌病例，其症状出现至就诊时间长达一年以上^[9]。造成延误诊断的原因，一方面外阴癌患者多为老年妇女，她们一般都不愿意做妇科检查；另一方面则是早期外阴癌的症状和体征与外阴部的良性疾患不好区分，因而延误了诊断，失去了早期治疗的机会。近年来，我国广大城乡开展了妇科病的普查普治，为预防及早期发现外阴癌提供了有利条件。

外阴癌常用的诊断方法有：

一、临床诊断 外阴部结节或溃疡病变，经一般治疗无效者，或外阴病变伴有深层或邻近组织浸润者，或伴有一侧或双侧腹股沟淋巴结肿大，质硬且固定者，均应考虑外

阴癌的可能。

二、病理诊断 外阴癌的诊断主要依靠活体组织病理切片检查。对一切临床表现可疑为外阴癌的病例，或外阴增生型白斑治疗效果不明显者，均应取活体组织检查，肯定有无癌变。取材应避免取坏死组织，以免失诊，一次活检阴性而病变仍可疑者，应重复活检并多处取材。

三、细胞学涂片检查 吸取外阴癌患者的阴道液作细胞学涂片检查，约有50%的阳性率。直接从病变部位刮取材料检查，阳性率可能更高。常规阴道涂片检查，主要应用价值在于发现有无并发的宫颈癌或宫体癌。

四、甲苯胺蓝检查法 用1%甲苯胺蓝涂于外阴，然后以1%醋酸脱色，如有非典型增生、原位癌或浸润癌病变，则病变部位不脱色，用以指导活体组织检查，可辅助发现早期癌或多发中心性癌灶。

五、淋巴结转移的诊断 如前所述，临床检查淋巴结不易确定有否转移，扪到淋巴结不一定有转移，反之，扪不到淋巴结亦不能除外转移。近年来不少作者采用淋巴造影协助诊断有无淋巴转移，对此种检查方法在诊断上之价值，意见不一，尚须作进一步研究。

【鉴别诊断】 外阴癌的症状和体征均缺乏特异性，应与外阴部其他疾患相鉴别，如外阴白斑、外阴溃疡、外阴乳头状瘤或尖锐湿疣、外阴结核等。

一、外阴白斑 多发生于更年期妇女，是一种粘膜表皮增生性病变，发生部位在大阴唇内侧、小阴唇及阴蒂等处。局部病变为粘膜上小片白色或灰白色粗糙增厚并高出于表面，有时几小片融成一片，有皲裂、溃疡，活体组织检查即可鉴别。

二、外阴溃疡 发病急，溃疡多发，浅表，一般局部有炎症体征。对久治不愈的慢性溃疡应行活检。

三、外阴乳头状瘤 外阴乳头状瘤可分为单纯性乳头状瘤及尖锐湿疣两种。单纯性乳头状瘤较少见，多发生于大阴唇，初起为扁平结节，增大后可呈菜花状，有时底部有蒂，肿瘤一般不大。尖锐湿疣为乳头状赘生物，由病毒引起，可散布于外阴部，肛门周围尤为多见，外形为疣状肿物，有时肿物聚集成菜花样肿块，确诊需靠病检。

四、外阴结核 女性生殖器结核，病变主要累及内生殖器，结核病变位于外阴者少见。外阴结核性溃疡与外阴癌在大体上很难鉴别。外阴结核可表现有身体其他部位的结核症状或体征，最后诊断须在溃疡部位进行活体组织检查。

【治疗】

一、手术治疗 手术治疗是外阴癌的主要治疗方法。

(一)手术范围的选择 1940年以前，外阴癌手术存活率不高，仅15~25%。通过经验总结，各作者认为存活率不高的原因是由于(1)外阴组织切除不够广泛彻底；(2)区域性淋巴结未予切除。故从1943年开始，Taussig及Way开展了外阴广泛根治术及区域性淋巴结切除术，存活率明显提高，五年存活率高达60~83%^[28]。故多年来外阴癌的传统治疗方法是外阴广泛根治术及双侧区域性淋巴结切除术。但近年来，早期发现的病例较多，对于大多数早期病例，很少淋巴结转移，且广泛根治术可能带来一定的并发症，如手术切口感染，住院日延长，下肢浮肿及性生活受影响等。因而不乏作者对手术范围又进行了研究，并认为早期外阴癌的手术范围，应根据病灶大小、浸润深度等条

件, 区别对待, 以便做到在某些较早期的病例, 在不影响存活率的条件下, 适当缩小手术范围。故手术治疗应按不同临床分期, 采用不同的手术方法。

1. 0期(外阴原位癌): 病灶局限在表皮内, 故手术切除部分不必太深。但由于病灶常为多灶性, 外阴各部皮肤均有可能出现癌灶, 故手术切除应较广泛, 因而选择简单外阴切除术。

2. 临床I₀期及I期: I₀期微浸润癌与I期浸润癌均为小型病灶, 直径 ≤ 2 厘米。其主要区别是浸润深度不同, 前者 ≤ 5 毫米, 后者大于5毫米, 而癌灶的浸润深度, 须在手术后对病灶作全面的病理切片检查方能确定。因此多数作者在考虑手术范围的选择时, 将此两组患者合并在一起讨论。根据各作者所总结的治疗经验, 对于I₀及I期浸润癌, 未做淋巴结切除, 绝大多数病例长期存活, 无复发现象, 或者虽然做了淋巴结切除, 发现绝大多数淋巴结并无转移。因此提出手术范围可以仅包括外阴部分, 或做简单外阴切除^[12], 或做广泛外阴根治术^[30]。此后, Parker^[25]及 Disaia^[13]又提出对于早期浸润癌, 也不能千篇一律的缩小手术范围, 少数病例, 仍可能有淋巴结转移。Parker^[25]组60例中, 有3例淋巴结转移, 但此3例具有一些与其他病例不同的特点, 或有血管内瘤栓, 或是细胞分化不好。故作者提出手术时可先做外阴根治术, 根据外阴病灶检查结果, 如浸润深度超过基底膜下5毫米, 或血管内瘤栓, 或细胞分化不好, 则做区域性淋巴结切除。否则, 外阴根治切除已够, 不必再做淋巴结切除。Disaia^[13]组20例早期浸润癌中, 有两例浅腹股沟淋巴结转移, 此两例做了外阴根治术及区域性淋巴结切除, 其余18例均仅做浅腹股沟淋巴结切除, 未做深腹股沟淋巴结及盆腔淋巴结切除, 病灶部分则仅做局部大块切除, 切除范围包括距病灶边缘3厘米的范围, 并按外阴根治术要求的深度进行切除。以此方案进行治疗的效果均很好, 20例随诊1~17年均健存, 无复发。因而 Disaia 提出以浅腹股沟淋巴结作为淋巴结的前哨岗。根据前哨岗有无转移, 再决定切除外阴及淋巴结的范围。浅腹股沟淋巴结无转移者, 不再做其他淋巴结切除, 仅做病灶局部大块切除。如浅腹股沟淋巴结有转移, 则做外阴广泛根治及深腹股沟以及病侧盆腔内淋巴结切除。对此, Dipaia^[14]又有不同的看法, 他本人11例早期浸润癌中, 有3例腹股沟淋巴结转移, 故仍坚持对于早期浸润癌必须做根治性手术。我们认为早期浸润癌与浸润癌确有不同之处, 应根据患者的年龄及健康情况, 局部病灶的大小, 浸润深度, 细胞分化, 血管内瘤栓以及有无浅腹股沟淋巴结转移等具体情况, 区别对待, 不应千篇一律地行根治术, 也不应机械的完全不做根治术。在这方面, 还须要积累更多的病例, 进行细致观察及分析研究。

3. 临床II~III期: 对于临床II期以上的浸润癌的手术范围, 比较一致的意见是必须做外阴根治术及区域性淋巴结切除。但有关淋巴结切除的范围, 则意见不一。有的作者认为外阴癌既然有18~19%盆腔内淋巴结转移^[28], 而从腹膜外进行盆腔淋巴结切除的手术操作并不困难, 对患者的负担不大, 故赞成常规进行盆腔淋巴结切除。有的作者则不同意这种作法。Dean^[12]的一组材料内, 曾对37例患者做盆腔淋巴结切除, 其中仅有一例由于选择这种较广泛的淋巴结切除手术, 而患者免于死亡。张志毅^[4]报告的材料中, 曾做盆腔淋巴结切除者28例, 其中仅发现两例盆腔淋巴结有转移。Bozzetti^[15]总结152例的经验, 认为如若腹股沟淋巴结无转移, 或淋巴造影阴性者, 不会有盆腔内淋巴结转移。因此, 他提出是否做盆腔淋巴结切除, 应根据淋巴造影结果及腹股沟淋巴结

是否有转移而确定。我们认为,除了 Bozzetti 所提出的条件以外,尚须考虑病灶的部位,如病灶在阴蒂部,即或腹股沟淋巴结无转移,亦应常规进行盆腔淋巴结切除,因阴蒂部的淋巴引流,可以不通过深浅腹股沟淋巴结而直入盆腔内淋巴结。张志毅组的病例内,即有两例盆腔内淋巴结有转移而腹股沟淋巴结无转移者,其原发病灶均在阴蒂部或前庭部位。

对于已浸及尿道或肛管的Ⅲ期浸润癌,手术范围亦必须强调彻底,若切除尿道的长度在两厘米以内,并不影响控制排尿的功能,如若做全尿道切除,尚可做腹壁人工代尿道术,如癌已侵及肛管,可做 Lock-Hart Mommery 手术。张志毅组的病例中,1959 年以前有 7 例病灶累及尿道及肛门者,因手术范围欠广泛而均于手术后复发。1959 年以后,有 7 例类似病例,均做了部分尿道切除或 Lock-Hart Mommery 手术,术后存活迄今已 6~15 年。

(二) 皮肤切口的种类

1. 弧形切口:由一侧髂前上棘稍下方向另一侧髂前上棘通过耻骨联合上方作弧形切口。此切口不影响暴露,伤口血液循环受影响较少。

2. 腹部双侧纵斜切口:于腹股沟韧带上方作通过该韧带之纵斜切口,此切口利于淋巴结清除。

3. 蝴蝶形切口:由双侧髂前上棘向阴蒂上 2.5~5 厘米处行直切口,保留一部分阴阜。此切口缝合后张力较小,伤口愈合较佳,预后亦不受影响。

(三) 根治手术时,组织大块缺损的处理:

1. 腹股沟部分:双腹股沟深浅淋巴结连同大块脂肪组织切除后,常使股管前三角区动静脉完全暴露,表面皮肤缝合后,皮肤与股血管之间,常留有死腔。此处皮肤由于血运差,张力大,并有死腔,故不易愈合,也易于感染。伤口裂开后,股血管又复暴露,伤口愈合很缓慢。为弥补上述存在的问题,可将缝匠肌及筋膜与其下组织稍作游离,向血管区牵拉后缝合。如张力太大,则可将缝匠肌筋膜之一端断离后,向血管区牵拉缝合。这样既能保护血管神经,又减少股三角区的死腔,还有利于皮肤的生长及减轻术后疤痕对静脉的压迫。

2. 外阴部分:如病灶太大,切除的外阴组织过于广泛,则组织大块缺损后,不但伤口易裂开,延期愈合,且愈合后形成的疤痕,使外阴极度变形,增加患者生活及心理上的负担,故近年来,对于外阴广泛根治术的手术操作,进行了不少改进。

(1) 外阴皮瓣移植术:为减少伤口缝合后的张力,可根据不同的病灶部位,按整形的原则,选择以下几种皮瓣移植术^[26]。①岛形皮瓣:在组织缺损部位的附近,作另一 V 形切口,如图 1-6 所示,切口直入深筋膜,但基底尽可能少作游离,再将切开部分的组织,向原伤口牵拉缝合,新切口作 Y 形缝合。如估计此法所作的切口缝合时张力太大,则不宜选择此法,此法宜于 3~4 厘米的组织缺陷的伤口。②股皮瓣:沿大腿纵轴作一带蒂皮瓣切开(图 1-7),此切开部分可保持内阴动脉的外阴分支的血运供给。所作的皮瓣上缘应与外阴切口侧缘交叉,否则,如位置太向后,或皮瓣基底与长度的比例不合适,则皮瓣顶端皮肤易坏死。此法最宜于作外阴广泛根治术而不作腹股沟淋巴结切除的病例,因为如果同时作腹股沟淋巴结切除术,缝合皮瓣伤口时,可能增加腹股沟伤口的张力而不利其愈合。③臀皮瓣:臀部组织松,有一定的活动性,故皮瓣基底组织可牵