

临床妇科肿瘤学

副主编 朱人烈

临床妇科肿瘤学

CLINICAL GYNECOLOGICAL ONCOLOGY

主 编 张惜阴
副主编 朱人烈

上海医科大学出版社



89780

临床妇科肿瘤学

主 编 张惜阴

副主编 朱人烈

编 者

(按姓氏笔划为序)

| | | |
|-----|-----|-----|
| 朱人烈 | 朱关珍 | 庄依亮 |
| 吴劫彝 | 张惜阴 | 梁红妹 |
| 曹斌融 | 黄敏丽 | 蔡树模 |

上海医科大学出版社

(沪)新登字 207 号

责任编辑 王晓萍
封面设计 吴 平

临床妇科肿瘤学

张惜阴 主编

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海译文印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22.5 插页 2 张 字数 547 000

1993 年 3 月第 1 版 1993 年 3 月第 1 次印刷

印数 1—5 000

ISBN 7-5627-0144-x/R·135

定价：20.00 元

前 言

本书是供临床妇科医师尤其是妇科肿瘤医师临床实用的妇科专题参考书。妇科肿瘤业已成为妇女常见病之一,其恶性肿瘤严重威胁着妇女的健康。为保障妇女健康,做好妇科肿瘤的防治工作是妇科医师义不容辞的职责。随着医疗卫生事业的蓬勃发展,妇科肿瘤临床流行病学的调查和研究日益受到重视,病理形态学分类的不断深化,诊断和治疗方法的不断改进,对妇科肿瘤的发生、发展、转归等有了新的认识,为妇科肿瘤的防治提供了基础。

为了让妇科医师掌握更多有关妇科肿瘤的知识 and 临床经验,我们组织了上海医科大学妇产科医院的同仁们总结了建国以来诊治的妇科肿瘤患者的临床资料,复习了国内外有关妇科肿瘤学进展的文献,写成此书。本书内容包括妇科各种主要的良性和恶性肿瘤,重点是恶性肿瘤,侧重介绍各种肿瘤的临床特点和诊治方法。由于我院历史悠久、是全国闻名的妇产科专科医院,就诊病例特多,总结的资料均经统计学处理,故本书有其科学性和代表性,对临床医师有参考和实用价值。

参加本书编写的同志都是我院长期参加临床工作有实际经验的教授及副教授,他们虽工作繁忙,但利用业余时间,花费了4年余的时间,终成此书。由于科学的发展迅猛,编写者的知识水平有限,因此当此书即将出版的时候,已感到尚有许多不足之处,敬请广大读者批评指正。

在编写本书过程中,曾得到全院医师以及陈剑萍、沈波、李光灵、童坤模、余婉冰、周和萍等同志的协助,帮助整理病史、绘图、统计、编写索引、抄写等,在此一并致谢。

上海医科大学妇产科医院

张 惜 阴

1992年9月

目 录

| | |
|----------------|-----|
| 第一章 外阴部良性肿瘤 | 1 |
| 第一节 外阴各部的组织学特征 | 1 |
| 第二节 外阴部的良性肿瘤 | 5 |
| 第二章 外阴部恶性肿瘤 | 18 |
| 第一节 概论及流行病学 | 18 |
| 第二节 外阴营养障碍 | 19 |
| 第三节 外阴上皮内瘤样病变 | 21 |
| 第四节 外阴鳞形细胞浸润癌 | 24 |
| 第五节 外阴湿疹样癌 | 34 |
| 第六节 外阴部其他恶性肿瘤 | 35 |
| 第三章 阴道良性肿瘤 | 41 |
| 第一节 阴道部的组织学特点 | 41 |
| 第二节 阴道良性肿瘤 | 42 |
| 第三节 阴道腺病 | 43 |
| 第四章 阴道恶性肿瘤 | 48 |
| 第一节 阴道上皮内瘤样病变 | 48 |
| 第二节 原发性阴道鳞形细胞癌 | 49 |
| 第三节 阴道肉瘤 | 52 |
| 第四节 阴道恶性黑色素瘤 | 55 |
| 第五节 阴道透明细胞腺癌 | 57 |
| 第五章 子宫各部良性肿瘤 | 61 |
| 第一节 子宫各部组织学特点 | 61 |
| 第二节 子宫颈良性肿瘤 | 63 |
| 第三节 子宫肌瘤 | 65 |
| 第四节 宫颈肌瘤 | 76 |
| 第五节 子宫其他良性肿瘤 | 77 |
| 第六章 宫颈癌 | 83 |
| 第一节 流行病学 | 83 |
| 第二节 宫颈上皮内瘤样病变 | 89 |
| 第三节 宫颈鳞形细胞癌 | 95 |
| 第四节 宫颈腺癌 | 112 |
| 第五节 宫颈复发癌 | 118 |
| 第六节 宫颈残端癌 | 122 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 第七章 宫体恶性肿瘤 | 126 |
| 第一节 子宫内膜癌..... | 126 |
| 第二节 子宫肉瘤..... | 142 |
| 第八章 卵巢肿瘤 | 150 |
| 第一节 卵巢各部组织学特点..... | 150 |
| 第二节 卵巢肿瘤总论..... | 152 |
| 第三节 卵巢上皮性肿瘤..... | 182 |
| 第四节 卵巢生殖细胞肿瘤..... | 193 |
| 第五节 卵巢性索间质肿瘤..... | 209 |
| 第六节 卵巢脂质细胞瘤..... | 219 |
| 第七节 卵巢非特异性间质肿瘤..... | 220 |
| 第八节 卵巢转移性恶性肿瘤..... | 226 |
| 第九章 输卵管各部的良性肿瘤 | 230 |
| 第一节 输卵管各部的组织学特点..... | 230 |
| 第二节 输卵管良性肿瘤..... | 230 |
| 第十章 输卵管恶性肿瘤 | 233 |
| 第一节 原发性输卵管癌..... | 233 |
| 第二节 输卵管其他恶性肿瘤..... | 240 |
| 第十一章 阔韧带内肿瘤 | 244 |
| 第一节 阔韧带肿瘤..... | 244 |
| 第二节 卵巢冠囊肿..... | 245 |
| 第三节 阔韧带其他囊肿..... | 248 |
| 第四节 中肾样癌..... | 249 |
| 第十二章 女性生殖道恶性苗勒氏管混合瘤 | 251 |
| 第十三章 滋养细胞疾病 | 257 |
| 第一节 滋养细胞及绒毛..... | 257 |
| 第二节 滋养细胞疾病的类别及范围..... | 260 |
| 第三节 葡萄胎..... | 261 |
| 第四节 葡萄胎与胎儿共存..... | 275 |
| 第五节 恶性滋养细胞肿瘤..... | 275 |
| 第六节 非妊娠性绒毛膜癌..... | 291 |
| 第七节 宫内妊娠并有绒毛膜癌..... | 293 |
| 第十四章 内窥镜在妇科肿瘤的应用 | 295 |
| 第一节 腹腔镜..... | 295 |
| 第二节 宫腔镜..... | 299 |
| 第三节 阴道镜..... | 303 |
| 第十五章 淋巴造影术在妇科肿瘤的应用 | 309 |
| 第十六章 盆腔血管造影术在妇科肿瘤的应用 | 313 |
| 第十七章 妇科恶性肿瘤的放射治疗 | 318 |

| | |
|-------------------------------|-----|
| 第十八章 妇科恶性肿瘤的化学治疗..... | 325 |
| 第一节 化学治疗..... | 325 |
| 第二节 抗雌激素药 tamoxifen 的应用 | 336 |
| 第十九章 妇科恶性肿瘤的激光治疗..... | 339 |
| 第二十章 随访制度..... | 347 |

第一章 外阴部良性肿瘤

女性外阴部位于两股之内侧,前面是阴阜,后面为肛门,在此范围内,有大阴唇、小阴唇、阴蒂、前庭、尿道口、阴道口、处女膜、前庭大腺及尿道旁腺。其组织结构并不完全相似,胚胎学的来源也不一致,为了更清楚地了解肿瘤的组织发生、结构成分,有必要将外阴几个主要部分的组织学特征,作一简单介绍。

第一节 外阴各部的组织学特征

【大阴唇的组织学特点】

大阴唇为一对隆起的皮肤皱襞,起自阴蒂,止于会阴。大阴唇的皮肤结构,与一般皮肤相同,由表皮层、真皮层、皮下组织及附属器组成。表皮层可分五层,由外向内依次是角质层、透明层、颗粒层、棘层和基底层,棘层和基底层又合称为表皮生发层(malpighi)。表皮层包括各种大小不同、多层的鳞形上皮细胞,都由其底部的一层基底细胞发育而成。基底细胞浆少而核深染,呈矮圆柱形,垂直而规则地排列于基底膜上。基底层是表皮中分裂增生能力最强的一层细胞,故又称为生发层,在基底层上是棘细胞层,由多层鳞形细胞组成。细胞向表层发展,形态可有所改变,逐渐成为多边形,细胞也趋于扁平,核相对缩小。再向表面是颗粒层,是由2~4层扁平的长方形细胞构成,其胞浆中有透明的角质颗粒(keratohyaline granules)。颗粒层是过渡带,是活的表皮细胞与死亡的角化细胞之间过渡的一层,表皮细胞经过此层完全角化后,便失去细胞核,成为角质层。

此外,在表皮层的基底细胞之间,有一种能产生黑色素的细胞,称为黑素细胞(melanocytes),其在外阴皮肤中较多,故是外阴皮肤色素较深的原因。

在表皮层下面为真皮层,由胶原纤维、弹力纤维和网状纤维组成的结缔组织,在此层内,含有很多汗腺、顶浆分泌腺、皮脂腺、毛发、血管、淋巴管及神经组织。

真皮层与表皮层相接的部分,称为乳头,与表皮层的钉脚部分互为凹凸,紧密相连。这种扩大真皮与表皮接触的面积,目的是有利于表皮的代谢与营养。

真皮层的下面为皮下组织,此两层之间无明显的界线,结缔组织纤维彼此过渡,但皮下组织较真皮层更为疏松。大阴唇皮下组织的特点是在疏松的纤维结构之中,充满着大量的脂肪组织。此在幼女时不明显,直到青春期后第二性征表现时,该部皮下就有脂肪沉积。

【外阴皮肤的附属器及其特征】

外阴部皮肤的附属器,基本上与一般皮肤相同,主要有三种,即汗腺、皮脂腺与毛发(见图1-1-1)。唯阴蒂与小阴唇一般认为没有毛发及汗腺,但近年来发现小阴唇亦有少数汗腺,不过其形态与一般汗腺稍有不同。

一、汗腺

有小汗腺(eccrine sweat glands)及大汗腺(apocrine glands)之分,其结构、分泌方式

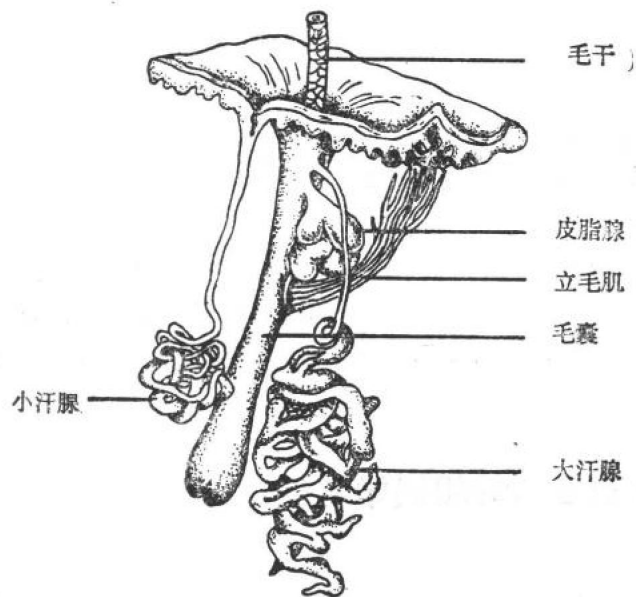


图 1-1-1 外阴皮肤的附属器

及分泌液成分各不相同。

(一) 小汗腺 是指一般汗腺(见图 1-1-2), 仅能分泌汗液, 存在于真皮的深部及皮下组织内。小汗腺是一种管状结构, 可分为三个部分, 即分泌部、排泄部及汗孔部。分泌部(即汗腺体), 其腺体卷曲成球状, 由一层立方细胞组成, 各细胞之间有分泌小管, 当其分泌时, 腺体体积大小和形态改变很少。在腺管的外围, 是少量结缔组织的基膜, 在腺细胞与基膜之间, 有一层体积较小而呈纺锤形的肌上皮细胞, 当其收缩时, 就迫使汗液排出。

排泄部是一个导管, 由两层立方上皮组成, 其周围为结缔组织, 没有肌上皮细胞, 故此部作为通道, 无分泌功能, 仅将汗液从腺体导至皮肤表面。

汗孔部即导管进入表皮后至角质层成为向外开口的一个漏斗状部分, 其管壁为一层立方上皮, 亦有人认为, 此部无管壁, 而以棘细胞环状排列形成的通道。

(二) 大汗腺 属顶浆分泌腺, 主要存在于腋窝、乳晕、大阴唇和肛门周围, 在女性较发达, 但到青春期后, 大汗腺才有其分泌功能。大汗腺的形态基本上与小汗腺相似, 但其腺腔较小汗腺大数倍至数十倍。大汗腺起源于毛囊的上皮细胞, 且不直接开口于皮肤表面而是导入皮脂毛囊内。大汗腺分导管部及分泌部, 分泌部在皮下脂肪组织中, 由单层细胞组成, 外被肌上皮细胞。其分泌细胞随着分泌周期的不同而形态有所改变, 开始为低立方细胞, 以后逐渐增加高度, 向腺腔凸出, 游离面伸出许多小的胞质呈指状凸起, 其中充满分泌颗粒及脂色素颗粒, 最后凸起部与细胞分离, 分泌物遂被排出, 细胞恢复到低立方, 这种分泌方式,

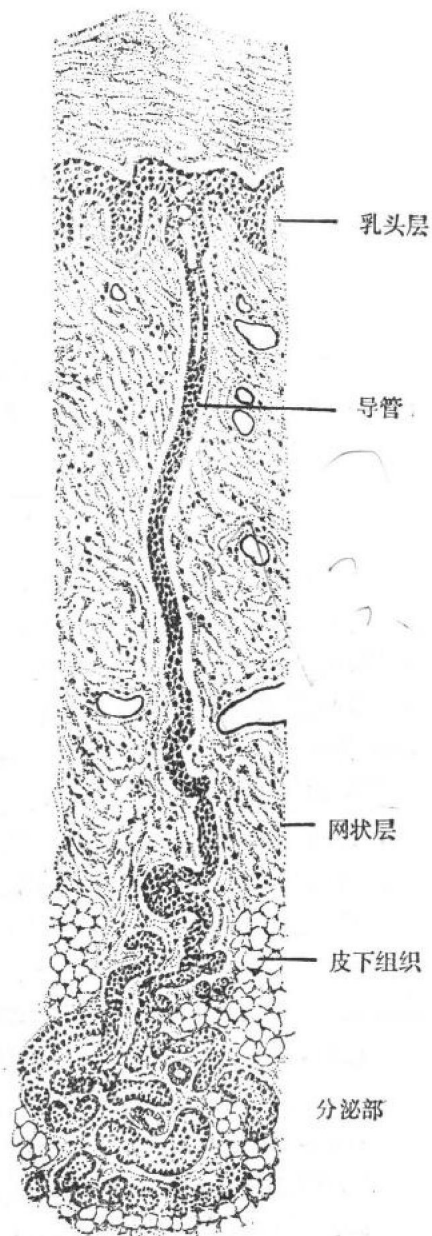


图 1-1-2 小汗腺(低倍)

称为顶浆分泌。据认为这种周期性的变化与卵巢激素的周期性变化相符。导管部与小汗腺者相同,由双层嗜硷性细胞围成,导管行经表皮内是直的,不像小汗腺导管呈螺旋状。

二、皮脂腺

外阴的皮脂腺也是全浆分泌腺,为哺乳动物所特有。每个腺体包括数个梨状的小叶,依附于毛囊上三分之一处,介于立毛肌与毛囊之间,以短导管开口于毛囊内,与毛囊共同组成一个毛-皮脂单位(pilosebaceous unit),皮脂腺导管由复层鳞状上皮组成,分泌部由复层腺上皮组成。腺体的最外层为扁平或立方形的基底细胞,越靠近腺内侧,细胞则越大,成多边形或不规则形。其细胞浆排成网状,其中充满中性的脂肪颗粒,最后胞核消失,细胞间界线不清(见图 1-1-3)。至一定程度时,细胞壁及网状结构破裂,形成无定形物质,进入皮脂腺性毛囊内,然后再向外分泌,滑润毛发及皮肤表面。但在小阴唇、乳晕及男性的包皮内,皮脂腺性毛囊不一定有毛发,腺腔内的皮脂可直接经过表皮管道通向皮肤表面。

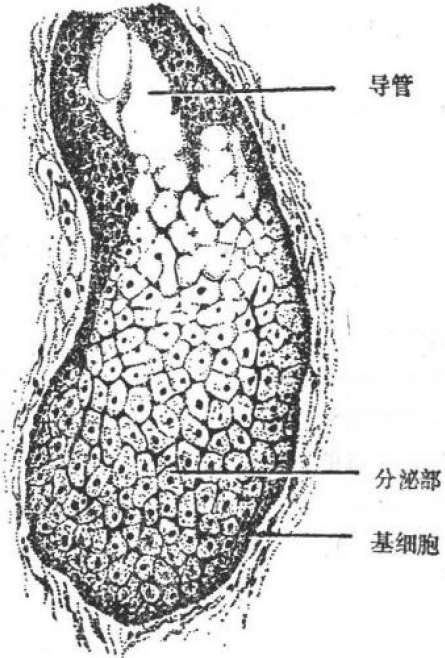


图 1-1-3 皮脂腺

皮脂腺的调节机能,一般认为决定于雄激素的水平,雌激素的影响很小。每日注射甲基睾酮 5mg,一周后就可使青春期的少年皮脂腺显著增大,当局部应用睾酮时,可直接作用于皮脂腺而使腺体增大,其他的雄激素如脱氢表雄酮、雄烯二酮也可使皮脂腺增大。

三、毛发

毛发的干由完全角化细胞构成,没有胞核,但在毛根部分乃非角化细胞组成,该部扩大呈囊状,称毛囊,由有生发能力的细胞与黑色素细胞组成。外阴部的毛主要分布在阴阜与大阴唇,其浓密程度可能受雄激素的影响。

【小阴唇的组织学特点】

小阴唇表面覆盖复层鳞状上皮,但其内侧面之皮肤,有的病理学者认为是属于粘膜范畴,这是至今还在争论的问题。实质上,小阴唇并不分泌粘液,但此部常受宫颈及前庭大腺的分泌所湿润。小阴唇表皮的角化远较真正的皮肤少,其表皮的颗粒层也常缺乏。小阴唇与大阴唇另一不同之处是缺乏毛囊,故皮脂腺直接开口于表面。汗腺亦比一般皮肤少。上皮下结缔组织中有丰富的静脉丛,故有血管性结缔组织之称。此外,还有平滑肌及弹力纤维束,脂肪组织较少。在充血时,小阴唇肿胀,类似勃起组织。

【阴蒂的组织学特点】

阴蒂是一个小圆柱状组织,有勃起能力,类似男性的阴茎,由两个海绵体融合而成,有头、体、脚三部分。位于耻骨弓下,两海绵体分开附着于耻骨枝下面、即阴蒂脚。所谓海绵体,乃在两柱平滑肌束中有很多大小不等的静脉血管,密布成海绵状、故有勃起作用。在阴蒂头表面的粘膜中,有很多特殊的神经末梢。

【处女膜的组织学特点】

处女膜外观形态尽管有所不同,但总是由致密的纤维结缔组织组成的环状结构,其内外游离面都被以复层鳞状上皮的粘膜,与阴道的粘膜上皮相同,中间的结缔组织中,有丰富的弹力纤维、小血管及神经末梢。

【前庭大腺的组织学特点】

前庭大腺开口于处女膜外缘下三分之一处,左右各一。其整个腺体呈葡萄状,大小不足1cm 直径,有多个分枝。在大腺总管开口处的一小段,管内壁衬以复层鳞状上皮,然后转为移行上皮,管道分枝越细,其管腔内的上皮细胞越为扁平,到终末枝时,只有一层扁平上皮。但腺体则由立方形或柱形的分泌上皮细胞组成。一般的前庭大腺囊肿,主要是由于开口处阻塞而使总管扩张而形成,故正确的名称应该是前庭大腺管囊肿。

【尿道及其附属腺的组织学特点】

女性尿道很短,长约30~40mm,尿道壁可分四层,即粘膜、粘膜下层、肌层和外膜。女性尿道可分上、中、下三部分,中、下部的粘膜上皮和阴道粘膜上皮为相似的立方形上皮,上部转变为与膀胱颈部相同的移行上皮。在粘膜下层和肌层之间有疏松结缔组织,在肌层之外为结缔组织组成的外膜,内有丰富的静脉丛。女性尿道的尿道腺十分丰富,最主要的是靠近尿道口的尿道旁腺(skene's gland),这些腺体含有能分泌粘液的柱状上皮细胞,故尿道腺也可被认为是一种附属腺,可分泌透明而含有蛋白质的粘液,其作用是性交的润滑剂(见图1-1-4)。

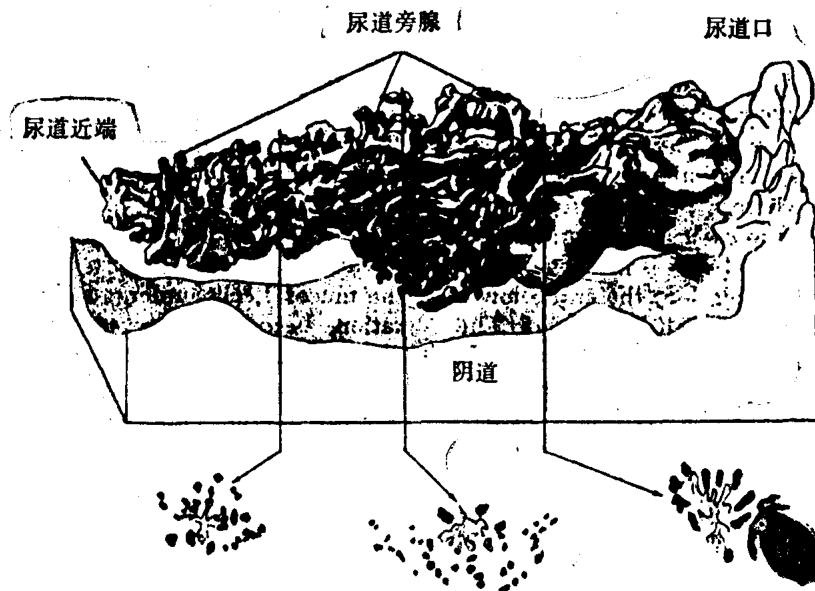


图 1-1-4 尿道及其旁腺

【外阴的淋巴引流】

了解外阴的淋巴分布及引流去向,在考虑恶性肿瘤分期及手术范围时是很重要的。外阴的淋巴管,在皮肤的乳头层内互相连接形成网状。大小阴唇及围绕阴蒂包皮的淋巴管,延伸到耻骨联合形成耻前淋巴丛,然后引流至本侧的腹股沟浅淋巴结。阴蒂的淋巴管,有两条引流通路,除了小部分通向腹股沟浅淋巴结以外,主要的是通过耻上、耻下淋巴管通向盆腔

内淋巴结。关于前庭大腺的淋巴引流不完全清楚,有可能向盆腔内及腹股沟两路引流。

(朱人烈)

第二节 外阴部的良性肿瘤

一、平滑肌瘤

平滑肌瘤(leiomyoma)发生于外阴部者甚少,常可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。

【临床表现】

与子宫的平滑肌瘤相仿,都发生在生育年龄。发生部位以大阴唇最多,阴蒂、小阴唇次之。临床上有两种形式:一种表现为隐藏于组织内的结节,往往没有什么症状,仅病人自己感到局部隐隐有一小块而已;另一类表现为有蒂的或凸出于皮肤表面的块物。文献报道阴部最大肌瘤可达10cm直径(见图1-2-1)。

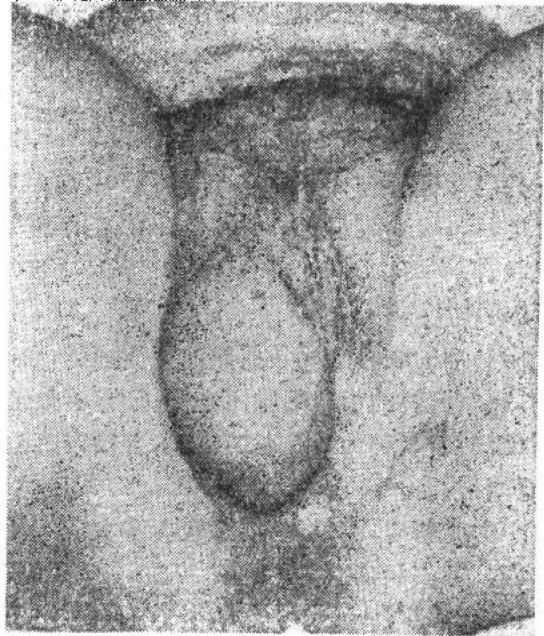


图 1-2-1 大阴唇肌瘤

如果肌瘤较大,则有垂重感觉,活动可受限,有时表皮擦破伴有继发感染而形成溃疡等症状。肌瘤的硬度颇不一致,决定于其纤维组织的多少、玻璃样变或粘液样变及富细胞的程度。

【病理检查】

显微镜下可见平滑肌细胞排列成束状,与胶原纤维束纵横交错,肌细胞胞浆丰富,着伊红色,核大小形态基本一致。某些地区可见肌束形成旋涡状结构,退行性改变也很常见,如玻璃样变、粘液样变等。偶而可见局灶性的出血坏死。在妊娠期,外阴的平滑肌瘤特别容易发生粘液样变性。

【诊断】

外阴部的肌瘤诊断比较容易,往往很小就被发现,然而重要的是排除肉瘤变。外阴部肌瘤的肉瘤变与下列因素有关:①肌瘤的大小,外阴部的肌瘤一般不大,很少超过5cm直径。根据Tavassoli的资料,肌瘤超过5cm直径,肉瘤变或复发的机会就较多;②肌瘤轮廓是否清楚,若肌瘤周围的假包膜清楚,很容易核出,则恶变的机会不多。相反,周围有浸润,肌瘤边界不清,则恶变的机会增多;③核分裂的频率,细胞分裂相越多,恶性变的机会也越大,如果在10个高倍视野中有5个以上的分裂相时,则可以肯定为肉瘤变;④富细胞的程度,富细胞并不代表肌瘤恶变,但可表示细胞增生活跃,可以说是肉瘤变的前驱变化,必须慎重对待。

【治疗】

浅表或有蒂肌瘤,局部切除即可。若肌瘤在较深部位,则可切开包膜将肌瘤剝出,这样

出血较少,可以不动包膜。但如包膜不清、肌瘤周围有浸润,或冰冻切片细胞分裂活跃,则应作稍广泛的女阴切除。此外,平滑肌细胞有上皮细胞样变化者,不论是局灶性的还是广泛性的变化,也不论肌瘤的大小,都要有足够的切除,不能作肌瘤剝出,因为此类肌瘤,极易复发。

二、纤维瘤

外阴的纤维瘤(fibroma)通常是一个坚硬有蒂的块物,极少表现为皮下结节的形式,多发生于大阴唇。据 Lovelady 报道,其大小在 0.6~8cm 直径之间,大的纤维瘤表面常有溃疡、出血及渗液等症状,小的则多数无症状。纤维瘤是由纤维母细胞增生而形成。

【病理检查】

纤维瘤切面呈致密的、坚硬而灰白色的纤维结构。镜下可见平行的纤维索成波浪状或互相盘绕,细胞核呈梭形,有的地区可见粘液样退行性变,无分裂相。

【治疗】

局部切除后,一般无复发。

三、脂肪瘤

外阴的脂肪瘤(lipoma)与纤维瘤相反,是质地比较柔软的肿瘤,位于皮下组织内,呈圆形分叶状,极少数呈有蒂的肿块。文献报道外阴的脂肪瘤甚至可达 17cm 直径。一般不产生症状。

【病理检查】

脂肪瘤的成分主要是成熟的脂肪细胞,与正常的脂肪细胞相同,没有明显的结缔组织样包膜,在一群群的脂肪细胞团之间,分布着数量不等的结缔组织。若这种肿瘤里含有较丰富的纤维组织,则称为纤维脂肪瘤,若肿瘤内有毛细血管增生,则称为血管脂肪瘤。

【治疗】

小的脂肪瘤,一般无症状,也无多大危害性,可以不处理,如果肿瘤较大,则可手术切除。

四、乳头状瘤

【临床表现】

外阴部鳞状上皮的乳头状瘤比较少见,多发生于阴唇,往往是单个性,生长缓慢,以中年以上的妇女多见。肿瘤呈一个软的疣状增生物,表面有油脂性物质。其大小可由数毫米至数厘米直径,呈指状突出于皮肤表面;大的乳头状瘤因反复的摩擦,表面可溃破、出血、感染。

【病理检查】

表面为增生的表皮细胞,盖覆于一个指状的疏松纤维基质之上,表皮增厚以棘细胞层和基底细胞层为主,有的地方角层向下凹陷进入肿瘤组织内,形成囊腔,腔内为角化物质,腔外有一层鳞形上皮。多数病例,肿瘤内可见黑色素沉着。

【治疗】

此类肿瘤约 2%~3% 有恶变倾向,故应手术切除为宜,最好手术当时作冰冻切片检查,如切除标本内有恶变证据者,则应作较广泛的女阴切除。

五、神经纤维瘤

【临床表现】

外阴部的神经纤维瘤(neurofibroma)常表现为多发性的皮下结节,大小不等。肿瘤部

位皮肤常可出现黄褐色的色素沉着。触诊时,肿瘤有明显的弹性,此瘤生长缓慢,很少恶变,但妊娠时此瘤可明显增大。

另有一种类型,瘤体显著凸出于皮肤表面,形成球形或有蒂的疝囊样肿块,质软,可用指尖将瘤压入皮内。

【组织发生】

神经纤维瘤是神经鞘瘤,但究竟来源于外胚层的神经鞘还是中胚层神经鞘尚有争论。亦有人认为发生在神经周围的结缔组织中,现多数认为是由外胚层的雪旺鞘细胞(Schwann cell)所发生。

【病理检查】

神经纤维瘤没有结缔组织的包膜,常侵入皮下脂肪组织内,肿瘤组织主要由神经鞘细胞组成,此种细胞呈细长的梭形或星形,胞浆嗜酸,胞核常深染,大小均一,疏松排列成束,呈螺旋纹或旋涡状结构。用鲍地安染色法,在神经纤维瘤组织内可发现细长的无髓神经纤维。有时肿瘤内胶原发生粘液样变性,则核埋入均一而淡蓝色的基质内,与一般的神经纤维瘤的组织图像就不同。

【治疗】

根据症状、体征和病理检查而定。因外阴的神经纤维瘤极少恶变,故如无症状,不一定需要手术,若影响生理功能者,则可考虑手术切除。

六、尖锐湿疣

外阴部的尖锐湿疣(condyloma acuminatum)又称性病湿疣或疣样乳头瘤(wart-like papillomata)。这种病变,包括两种组织的增生,即纤维结缔组织及被覆于其上面的一层皮肤的棘皮层。

【病因】

一般认为外阴部的尖锐湿疣与其他部位皮肤的疣一样是由疣病毒引起的。Almeida等在25例外阴尖锐湿疣的标本中,13例在电镜下见到了这种病毒,其大小约55nm,外有包膜,核内有嗜碱性颗粒。但Oriel等的研究指出:寻常的皮肤疣与外阴尖锐湿疣其抗原性有所不同,皮肤疣病人的血清可以与皮肤疣及外阴疣发生反应,而外阴尖锐湿疣病人的血清,只能与外阴疣起反应,说明这两种病毒并不完全相同。现已证实外阴尖锐湿疣是由于人乳头状瘤病毒(HPV)感染引起,常是由直接接触感染而得病。Oriel在性病门诊检查了332例外阴部的尖锐湿疣(191例男性,141例女性),发现大都有与患疣病人的接触史,他并追踪了97例与患尖锐湿疣病人发生性关系的对象,后来有62例发生了阴部的湿疣。有一例病人与三名女性发生关系,后来这三名妇女都患了外阴的尖锐湿疣。所以一般认为本病是通过性交而得病的,故在青春期前及绝经期后,发病机会就少得多。

另一种意见认为其发展可能与性激素有关,因本病都发生在生育年龄,另一方面因其在妊娠期发展特别迅速,这是被认为由于高水平雌、孕激素之故。

【临床表现】

尖锐湿疣本身所产生的症状不多,但本病常与其他感染同时存在;如滴虫性阴道炎,则可有分泌物增多及搔痒;在有梭形螺旋体感染时,病变范围往往较大,常累及宫颈,因此亦有分泌物增多及刺激症状,当深部组织感染时则有疼痛。在妊娠时,病变发展较快,且常侵入阴道下段,疣组织被浸软,继发感染,引起剧烈的疼痛,且常有出血。

疣组织最易发生的部位是阴唇及前庭,其他如会阴的皮肤、阴阜、阴道、宫颈亦都可发生,少数发生于肛门的粘膜(见图 1-2-2)。初发生为分散而微小的乳头状隆起,呈粉红色或暗红色。当疣组织播散增大时,彼此互相融合,密集重叠而形成菜花状,根部有宽的蒂,表面有溃疡及继发感染时,就有分泌及伴有臭气。

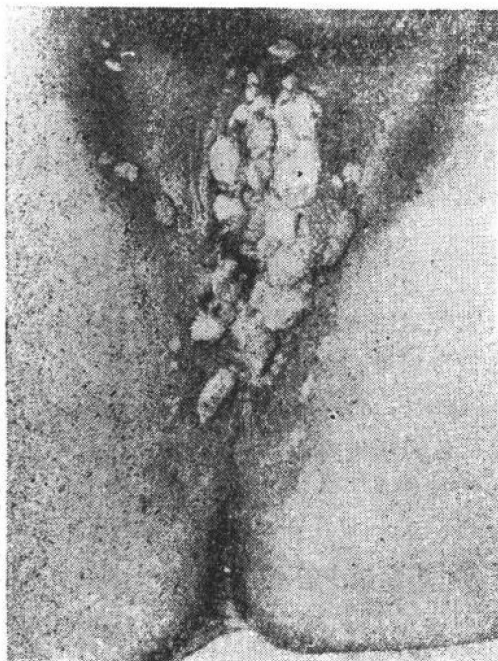


图 1-2-2 外阴的尖锐湿疣

还有一种尖锐湿疣的变种,称 Bueschke 湿疣,是一种大而单个的菜花状疣,多发生于男性的阴茎上,外阴部偶然也可发生。

【病理检查】

显微镜下的基本变化是棘细胞层的高度增生变厚,但细胞的排列均正常,唯色素颗粒大大增多。增厚的棘细胞层围绕结缔组织的茎形成无数的皱褶,这些皱褶延长形成尖头。角质层很少有肥厚现象,角化不全却很普遍,这一点是与寻常皮肤疣不同的地方。其真皮内有相当稠密的慢性炎症细胞浸润,微血管及淋巴管都有扩张,有的血管壁增厚,管腔狭小。

【恶性变】

虽然尖锐湿疣丛集如菜花状时,可被误诊为癌肿,但本病是良性的。近来有些作者提出本病与外阴癌并存的发生率较高,是否疣组织有转化为癌的可能,尚无直接证据。亦有人认为近年来应用鬼臼或普达菲伦(Podophyllin)治疗,有致癌作用,可能与此药有关,尚待证实。

【治疗】

首先要控制并发的感染,如霉菌、滴虫、梅毒及继发的腐生菌感染,避免混乱的性行为,保持外阴的清洁干燥。

尖锐湿疣可用下列方法治疗。

1. 用 20%~25% 的足叶草脂安息香酐〔普达菲伦(podophyllin)安息香酐〕,仔细涂于每一个病变部位,勿与正常皮肤接触,数小时后,病变部位变成白色,然后嘱病人用肥皂水洗涤一次,将多余的药液洗去,过 2~4 天,涂药部位的病变就脱落,创面约一周后恢复正常,不留疤痕。如病变面积广,则每次只能消除一部分病变,故须作多次涂药,才能痊愈。若用普达菲伦不能消除的病灶,则可改用双氯醋酸。实验证明,普达菲伦只能消除散在的小病变,若菜花状直径大于 2cm 的病变,不应用普达菲伦,否则造成不全坏死、化脓菌感染等并发症。

应用足叶草脂的副反应及注意点:常见的副反应有①局部应用后,常有剧烈的疼痛与组织水肿,持续 4~6 小时,必须用止痛剂;②妊娠时禁用足叶草脂,因被吸收后可进入母亲血液循环,并通过胎盘使胎儿致死或致畸;③出现全身中毒现象,甚至昏迷致死,故宫颈、阴道的病变,一般不用此药治疗;④另一危险的副作用是有致癌的可能,若小鼠宫颈上涂以普达菲伦后,上皮可有明显的畸变。Gueson 等在应用足叶草脂治疗失败的病人作了手术切除,发

现约6%有不典型改变,当然这种改变还未能十分肯定是用此药的作用,因为此药本身是一种细胞间期核分裂阻抑剂,具有双重作用,既是治疗肿瘤的药物,又是致癌剂。

2. 电干燥法(electrodesiccation):先在病变的基底注射局部麻醉剂。电干燥法是利用高频电流通入一个比较尖的绝缘金属电极,在接触皮肤病变时,发出火花,将其破坏,一般只需几秒钟。破坏的程度视电流的强度和作用的时间而定,病变被烧焦,继以充血、肿胀、渗液、结痂,约10天左右脱落,轻者不留疤痕。注意勿烧灼太深,以免引起溃疡及以后疤痕疙瘩形成。

3. 冷冻及激光治疗:单个或多个病灶均可用,若用冷冻最好2~4周重复一次,激光治疗一般用CO₂激光,效果好。

4. 手术治疗:适用于病变大而单个性者,或宫颈、阴道的病变也可手术切除。

5. 其他药物治疗:30%~50%的三氯醋酸或三氯乙酸涂于局部,疗效好,一般涂3次即可脱落。Panlosky局部应用砷剂。Ichikawa局部应用光辉霉素或5-FU。Schamberg用0.1%MTX油膏都有一定的疗效。

Baker用三磺软膏治疗阴道的尖锐湿疣,局部每日用药3次,病变可在4周内消失。治疗外阴部的尖锐湿疣时,局部用药按摩5分钟,每日5次。据述在6周~6个月内100%有效。

6. 免疫治疗:对于顽固病例可用免疫治疗Veterinarians用牛的疣组织制成的疫苗,获得很好的效果。Powell等以尖锐湿疣自家疫苗注射0.5ml。每周一次,注射3次后湿疣逐渐变干,根部脱落,残余变平,创面愈合,自家疫苗的制备可取5克疣组织即可制备得足够的疫苗。

7. 妊娠期病变的治疗:妊娠期外阴或阴道的湿疣,生长很快,有时可充满整个阴道,对于这种病变的处理,必须谨慎,否则可引起严重出血、感染、败血症,甚至死亡。故在妊娠期,最好不要干扰湿疣,待足月时如产道受阻,应选择剖宫产结束分娩为宜。产后疣组织可迅速消退,有的可以完全消失。如未消失,再用前述的方法治疗,这样比较安全。

七、汗腺瘤

汗腺瘤(hidradenomas)是由汗腺上皮增生而形成的肿瘤,一般都为良性,恶变者极少,是一种比较罕见的外阴肿瘤,据Woodworth的统计,80%发生于50岁以上的妇女,在青春前期以前,一般认为不会发生此肿瘤。

【组织发生】

一般都认为汗腺瘤发生于大汗腺,但不知是起源于顶浆分泌腺体还是始基腺结构。支持其发生于大汗腺的理由是:顶浆细胞在青春前期不发挥其分泌作用,一直到青春前期才有分泌功能,而汗腺瘤确实在青春前期以前不会遇到,但尚有几点不能解释,如腋窝、乳晕、阴阜等处都有极丰富的顶浆细胞,小汗腺中亦有少量的顶浆细胞,但极少发生汗腺瘤,而外阴、肛周发生的机会则较多。而且,黑人的顶浆汗腺3倍于白人,其发病率亦应相应增高,但文献报道黑人的发病率反而低。

关于小阴唇汗腺瘤的来源,亦有争论。假使汗腺瘤发生于顶浆细胞始基,那末应在其附近找到毛囊,但在小阴唇部往往难以找到。Woodworth研究这些腺体,比一般皮肤的小汗腺大些,比顶浆腺体小些,用普鲁士蓝染色,可以鉴别是小汗腺细胞还是顶浆细胞,因顶浆细胞内含有铁成分,而小汗腺细胞则无,作者证实小阴唇内的汗腺上皮细胞并不含铁。故有人

认为小阴唇内汗腺瘤的来源,既不是小汗腺,亦不是大汗腺,而是介于两者之间的另一种类型的腺体。此是在小阴唇所特有的。

【病理检查】

显微镜检时,汗腺瘤常表现为囊性的结节,其中部分或全部充满乳头状结构,呈腺瘤样,有不规则的腺体及腺管,被细小的纤维组织隔开。腺上皮增生,为高柱状或立方形细胞,胞浆呈淡红色,在细胞的底部有一泡状核。分泌细胞的外面围有一些梭形或立方形的肌上皮细胞,胞浆很少(见图 1-2-3)。

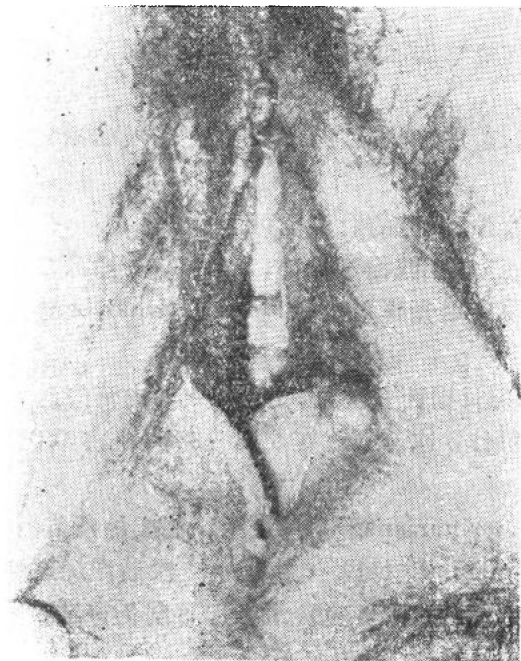


图 1-2-3 外阴汗腺瘤

汗腺瘤小而未破时,一般没有症状,仅感觉有一硬结而已,少数病例有疼痛、刺痒、灼热等症状。如溃破后继发感染,则局部有疼痛、溢液、出血、有臭气、发热等症状。

【诊断与鉴别诊断】

汗腺瘤囊肿型者往往被误诊为皮脂囊肿,实质型者常被误诊为女阴癌或前庭大腺腺瘤,溃烂型者更易误诊,常被误为肉瘤、乳头状腺癌,单凭肉眼观察,确实不易鉴别,必须在活组织检查以后,才能确诊(见图 1-2-4)。根据 Woodworth 的报道,即使病理组织诊断,初次确诊率也不过 57%。在 50 年代以前,此类病理,常被误诊为腺癌。近年来,对此肿瘤已有比较清楚的认识,误诊率已大大减少。

【治疗与预后】

汗腺瘤一般都为良性,预后良好,只有 Eichenberg 报道过一例恶性的汗腺瘤,有腹股沟淋巴结转移。其他少数文献上报道的恶性病例,有的后来证明不是恶性,有的则复查并非汗腺来源。故 Watkins 等认为汗腺瘤没有恶

【临床表现】

汗腺瘤多发生于大阴唇及肛周,发生于小阴唇、阴阜者较少,病程长短不一,有些汗腺瘤可存在 10 余年而不增大。但在妊娠期,短期内可迅速增大。一般汗腺瘤呈圆形略高出于皮肤的小块,大小多在 1cm 直径左右,大于 2cm 直径者为少数。

汗腺瘤的临床表现有三型:一为囊肿型,颇似皮脂囊肿;二为实质型,表现为一皮下硬结;三为溃烂型,乃表面皮肤坏死后,汗腺组织呈红色肉芽状或乳头状突出于破口,此时外观极似癌肿。



图 1-2-4 汗腺瘤镜检,易被误诊为腺癌