

ONCOLOGY

肿瘤学

主编 谢天保 徐光琳



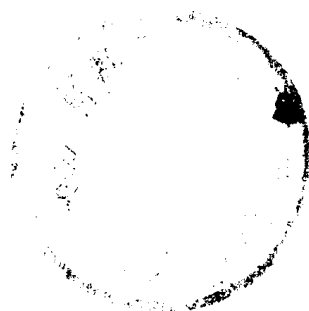
R73
172

Y4106/05

ONCOLOGY

肿瘤学 下册

●主编 张天泽 徐光炜



A0284400

天津科学技术出版社

目 录

下 册

第十一篇 女性生殖器官肿瘤

第一章 外阴恶性肿瘤	吴爱茹(1867)
第一节 外阴上皮内瘤变	(1867)
第二节 外阴鳞状上皮细胞癌	(1868)
第三节 其他外阴恶性肿瘤	(1874)
第二章 阴道癌	孙建衡(1877)
第一节 阴道上皮内瘤变	(1877)
第二节 阴道癌	(1877)
第三章 宫颈癌	吴爱茹(1882)
第一节 宫颈癌的流行病学及流行因素	(1882)
第二节 宫颈不典型增生及原位癌	(1890)
第三节 宫颈浸润癌	(1896)
第四节 子宫颈癌的手术治疗	(1905)
第五节 子宫颈癌的放射治疗	(1913)
第六节 子宫颈癌的综合治疗	(1922)
第四章 子宫体恶性肿瘤	孙建衡(1935)
第一节 子宫内膜癌	(1935)
第二节 子宫肉瘤	(1946)
第五章 卵巢肿瘤	钱和年(1955)
第一节 卵巢的解剖及胚胎发育	(1955)
第二节 组织学分类	(1957)
第三节 卵巢良性肿瘤	(1960)
第四节 卵巢恶性肿瘤	(1963)
第六章 输卵管恶性肿瘤	吴爱茹(1984)
第一节 原发性输卵管癌	(1984)
第二节 输卵管其他恶性肿瘤	(1988)
第七章 女性生殖器黑色素瘤	刘焮明 吴爱茹(1990)
第一节 外阴黑色素瘤	(1990)
第二节 阴道黑色素瘤	(1995)
第三节 尿道黑色素瘤	(1995)
第四节 宫颈黑色素瘤	(1996)
第五节 子宫体黑色素瘤	(1996)
第六节 卵巢黑色素瘤	(1996)
第八章 滋养细胞肿瘤	宋鸿钊(1998)

第一节 滋养细胞肿瘤名称、概念和特点	(1998)
第二节 良性葡萄胎	(1999)
第三节 恶性葡萄胎	(2003)
第四节 绒毛膜癌	(2005)
第五节 绒癌和恶性葡萄胎的化学药物治疗	(2012)
第九章 宫颈癌细胞诊断学	刘树范 (2021)
第一节 妇科细胞学简史及应用价值	(2021)
第二节 宫颈正常细胞的形态特征	(2023)
第三节 某些良性改变细胞的特征	(2025)
第四节 宫颈癌的细胞学形态特征	(2032)
第五节 阴道涂片检测卵巢功能	(2035)
第六节 细胞学诊断的报告(回报)方式	(2038)
第七节 细胞学普查中的质量控制	(2040)

第十二篇 软组织肿瘤

第一章 总论	李瑞宗 师英强 (2045)
第一节 定义	(2045)
第二节 临床表现	(2045)
第三节 生物学特性	(2046)
第四节 放射学与各种成像检查	(2047)
第五节 病理表现	(2048)
第六节 病因	(2048)
第七节 分类	(2049)
第八节 分期、分级	(2053)
第九节 治疗	(2054)
第十节 预后	(2056)
第二章 各论	李瑞宗 张天泽 (2058)
第一节 纤维组织肿瘤与瘤样病变	(2058)
第二节 纤维组织细胞性肿瘤与瘤样病变	(2064)
第三节 脂肪组织肿瘤	(2066)
第四节 平滑肌肿瘤	(2070)
第五节 横纹肌肿瘤	(2072)
第六节 血管肿瘤	(2075)
第七节 淋巴管肿瘤	(2078)
第八节 滑膜组织肿瘤	(2079)
第九节 间皮组织肿瘤	(2081)
第十节 周围神经组织肿瘤	(2086)
第十一节 软组织软骨性肿瘤	(2090)
第十二节 骨外生骨性病变与肿瘤	(2091)
第十三节 来源未定的良性肿瘤与瘤样病变	(2093)

第十四节 来源不明的恶性软组织肿瘤	(2094)
-------------------------	--------

第十三篇 骨 肿 瘤

第一章 概论	李瑞宗 徐万鹏(2103)
第一节 分类	(2103)
第二节 临床表现	(2105)
第三节 X线检查与各种成像、动脉造影、骨扫描、超声	(2106)
第四节 病理检查	(2108)
第五节 病因	(2110)
第六节 诊断、鉴别诊断	(2110)
第七节 骨肿瘤的外科分期系统	(2111)
第八节 治疗与预后	(2113)
第二章 骨原发性肿瘤	李瑞宗 徐万鹏(2119)
第一节 生骨性肿瘤	(2119)
第二节 软骨性肿瘤	(2127)
第三节 纤维性肿瘤	(2135)
第四节 纤维组织细胞性肿瘤	(2137)
第五节 骨巨细胞瘤或称破骨细胞瘤	(2138)
第六节 血管肿瘤	(2141)
第七节 神经肿瘤	(2142)
第八节 脂肪肿瘤	(2143)
第九节 脊索瘤	(2143)
第十节 长骨“釉质器瘤”	(2143)
第十一节 骨髓来源肿瘤	(2144)
第十二节 其他肿瘤	(2147)
第三章 骨肿瘤瘤样病变	(2149)

第十四篇 皮 肤 癌

第一章 皮肤癌	林本耀(2157)
第一节 病因及流行病学	(2157)
第二节 病理学	(2157)
第三节 诊断与分期	(2158)
第四节 治疗	(2159)
第二章 皮肤恶性黑色素瘤	林本耀(2162)
第一节 流行病学及病因学	(2162)
第二节 病理学	(2163)
第三节 诊断与分期	(2165)
第四节 治疗	(2166)
第五节 预后	(2170)

第十五篇 中枢神经系统肿瘤

第一章 中枢神经系统肿瘤病理学总论	王忠诚 刘阿力 (2179)
第二章 颅内肿瘤的症状	(2194)
第一节 颅内肿瘤的症状	(2194)
第三章 颅内肿瘤的辅助诊断	(2200)
第一节 脑脊液、X 光平片、脑电图及各种诱发电	(2200)
第二节 脑血管造影	(2202)
第三节 X-CT、MRI、SPECT 及 PET	(2204)
第四章 颅内肿瘤的治疗	(2206)
第一节 手术	(2206)
第二节 放射治疗	(2208)
第三节 放射外科	(2208)
第四节 化疗	(2209)
第五节 光动力学治疗	(2209)
第六节 免疫治疗	(2209)
第七节 分子外科治疗	(2209)
第八节 降颅压治疗	(2209)
第五章 成人大脑半球肿瘤	(2211)
第一节 大脑半球胶质瘤	(2211)
第二节 侧脑室肿瘤	(2211)
第三节 第三脑室内肿瘤	(2212)
第四节 松果体区肿瘤	(2212)
第五节 丘脑肿瘤	(2213)
第六节 胼胝体肿瘤	(2214)
第七节 透明隔肿瘤	(2214)
第六章 脑膜瘤	(2215)
第一节 大脑凸面脑膜瘤	(2215)
第二节 (上)矢状窦旁脑膜瘤	(2216)
第三节 大脑镰旁脑膜瘤	(2217)
第四节 嗅沟脑膜瘤	(2218)
第五节 蝶鞍结节脑膜瘤	(2219)
第六节 蝶骨嵴脑膜瘤	(2221)
第七节 颅中凹脑膜瘤	(2221)
第八节 侧脑室脑膜瘤	(2222)
第九节 横窦区脑膜瘤	(2224)
第十节 斜坡及岩骨尖部脑膜瘤	(2224)
第十一节 其它部位的脑膜瘤	(2225)
第七章 蝶鞍部肿瘤	(2226)
第一节 解剖及生理	(2226)

第二节 蝶鞍部肿瘤(一)	(2229)
第三节 蝶鞍部肿瘤(二)	(2233)
第八章 颅后凹肿瘤	(2235)
第一节 临床表现	(2235)
第二节 诊断、治疗及预后	(2236)
第九章 桥脑小脑角肿瘤	(2238)
第一节 听神经瘤	(2238)
第二节 桥脑小脑角上皮样囊肿	(2240)
第三节 桥脑小脑角脑膜瘤	(2240)
第十章 其它颅内肿瘤	(2241)
第一节 先天性肿瘤	(2241)
第二节 血管网状细胞瘤	(2243)
第三节 三叉神经神经鞘瘤	(2243)
第四节 颈静脉孔肿瘤	(2244)
第五节 枕大孔区肿瘤	(2244)
第六节 脉络丛乳头状瘤	(2245)
第七节 颅内黑色素瘤	(2245)
第八节 颅内转移癌	(2245)
第九节 脑结核瘤	(2246)
第十一章 颅骨肿瘤	(2248)
第一节 良性骨肿瘤	(2248)
第二节 颅骨恶性肿瘤	(2250)
第三节 颅骨转移瘤	(2251)
第四节 颅骨的类肿瘤	(2251)
第十二章 眼眶、颅鼻及颅颈沟通肿瘤	(2253)
第一节 眼眶部沟通肿瘤	(2253)
第二节 颅鼻沟通肿瘤	(2254)
第三节 颅颈沟通肿瘤	(2254)
第十三章 椎管内肿瘤	(2256)
第一节 总论	(2256)
第二节 各论	(2261)
第十四章 脊柱肿瘤	(2268)

第十六篇 儿 童 肿 瘤

第一章 儿童实体瘤	张金哲(2273)
第一节 儿童实体肿瘤诊疗特点	(2276)
第二节 常见良性肿瘤	(2281)
第三节 常见恶性肿瘤	(2290)
第二章 儿童白血病	胡亚美(2314)
第一节 诸论	(2314)

第二节 急性淋巴细胞白血病	(2315)
第三节 急性非淋巴细胞白血病	(2330)
第四节 慢性粒细胞白血病	(2333)
第五节 白血病并发症	(2335)
第六节 展望	(2338)

第十七篇 淋巴系统恶性肿瘤

第一章 何杰金病	勇威本 (2351)
第二章 恶性淋巴瘤	孙燕 (2362)
第一节 概述	(2362)
第二节 流行病学和病因学	(2362)
第三节 病理学	(2366)
第四节 临床表现	(2370)
第五节 诊断和鉴别诊断	(2377)
第六节 分期	(2379)
第七节 治疗	(2381)
第八节 影响预后的因素	(2391)
第九节 展望	(2393)
第十节 常用化疗方案	(2393)

第十八篇 造血组织恶性疾患白血病

第一章 总论	陈文杰 (2401)
第一节 白血病流行病学	(2401)
第二节 白血病病理学	(2403)
第三节 恶性血液病的遗传学	(2410)
第四节 恶性血液病中的止血障碍	(2417)
第五节 白血病的诊断和分型	(2419)
第六节 白血病的治疗	(2425)
第二章 各类型白血病	陈文杰 (2436)
第一节 髓性白血病	(2436)
第二节 淋巴系白血病	(2453)
第三节 混合型白血病	(2470)
第四节 其它少见类型白血病	(2471)
第五节 浆细胞增生性疾病	(2476)

第十九篇 其它类

第一章 肿瘤副综合征	孙燕 (2487)
第一节 副综合征的发病机制	(2488)
第二节 内分泌系统副综合征	(2488)
第三节 神经肌肉系统副综合征	(2491)

第四节 皮肤副综合征	(2492)
第五节 骨骼系统副综合征	(2493)
第六节 血液系统副综合征	(2494)
第七节 其他	(2495)
第二章 原发部位不明的转移癌	王德元(2497)
第一节 病理检查与生化标记物 ⁽⁶⁾	(2497)
第二节 仅有淋巴结转移的 CUPS	(2501)
第三节 非淋巴结部位的 CUPS	(2505)
第三章 艾滋病及他种免疫缺陷状态发生的肿瘤	曾毅(2511)

第二十篇 转移瘤的治疗

第一章 脑转移瘤的治疗	浦佩玉(2519)
第二章 肺转移瘤的治疗	王德元(2528)
第一节 肺转移瘤的频率	(2528)
第二节 转移途径	(2528)
第三节 肺转移瘤的分布	(2529)
第四节 X 线检查	(2529)
第五节 诊断	(2531)
第六节 特殊的病理表现	(2532)
第七节 治疗与预后	(2534)
第三章 肝转移癌的治疗	吴孟超(2559)
第一节 流行病学	(2559)
第二节 病理学	(2560)
第三节 肝转移癌的生物学特征	(2561)
第四节 肝转移癌的诊断	(2564)
第五节 肝转移癌的治疗	(2567)
第四章 骨转移瘤的诊断与治疗	徐万鹏(2575)
第一节 骨转移瘤的临床及影像学表现	(2575)
第二节 骨转移瘤的外科治疗	(2576)
第三节 骨转移瘤的化疗和激素治疗	(2580)
第四节 骨转移瘤的放射治疗	(2580)
第五节 骨转移瘤的内照射治疗	(2581)
第六节 骨磷对骨转移癌的治疗作用	(2583)
第五章 恶性胸水和心包积液的治疗	魏继 张天泽(2586)
第一节 恶性胸水的治疗	(2586)
第二节 恶性心包积液的治疗	(2593)
第六章 恶性腹水	邹伯勋(2600)

第二十一篇 肿瘤急症

第一章 上腔静脉综合征	孙燕(2605)
--------------------------	----------

第二章 脊髓压迫	俞鲁谊(2609)
第三章 代谢性急症	俞鲁谊(2611)
第一节 高钙血症	(2611)
第二节 急性肿瘤溶解综合征	(2614)
第三节 低血糖	(2615)
第四章 外科急症	张燮良 张天泽(2616)
第一节 梗阻性急患	(2616)
第二节 出血急患	(2618)
第三节 穿孔性疾患	(2620)
第五章 泌尿系急症	陈宏光 张天泽(2623)
第一节 泌尿系统与盆腔肿瘤的解剖生理关系	(2623)
第二节 常见急症	(2623)

第二十二篇 癌症患者的支持治疗

第一章 营养补给	李同度(2637)
第一节 营养不良的原因	(2637)
第二节 营养不良的评估	(2639)
第三节 营养补给	(2641)
第四节 全胃肠外营养支持	(2642)
第二章 肿瘤患者的输血	杨成民(2645)
第一节 概述	(2645)
第二节 输血对肿瘤患者预后的影响	(2646)
第三节 肿瘤患者的成分输血	(2648)
第四节 肿瘤患者的术中输血	(2654)
第五节 输血的副作用	(2659)
第三章 细胞因子	陈文杰(2666)
第四章 癌症患者的感染性疾病	刘叙仪(2675)
第一节 概论	(2675)
第二节 并发感染的因素	(2675)
第三节 细菌易侵入部位	(2676)
第四节 感染病原体	(2676)
第五节 临床表现	(2678)
第六节 诊断	(2680)
第七节 治疗	(2680)
第八节 抗菌素的不良反应	(2683)
第五章 恶性肿瘤化疗或放疗的副作用、预后及处理	刘叙仪(2685)
第一节 化疗的副作用、预后及处理	(2685)
第二节 放疗的毒副作用	(2690)

第二十三篇 癌症患者的康复

第一章 社会—心理因素与肿瘤	张宗卫(2695)
----------------------	-----------

第二章 癌症患者的社会心理活动	张宗卫(2702)
第三章 癌症患者的康复	李同度(2708)
第一节 癌症康复组织	(2708)
第二节 医务人员在癌症康复中的作用	(2709)
第三节 癌症患者的康复需要	(2710)
第四节 常见癌症患者的康复	(2712)
第四章 晚期癌症患者的姑息性治疗	李同度(2716)
第一节 Hospice	(2716)
第二节 晚期癌症患者的心理、社会方面	(2717)
第三节 晚期癌症患者症状的处理	(2719)
第四节 晚期癌症患者的营养和护理	(2722)
第五章 癌症疼痛的处理	李同度(2725)
第一节 疼痛的病理生理学基础	(2725)
第二节 癌痛的分类	(2726)
第三节 癌痛的评估	(2727)
第四节 癌疼的治疗	(2730)
第六章 癌症病人的护理	张惠兰(2738)
第一节 癌症护理的国内外进展	(2738)
第二节 癌症责任制护理	(2741)
第三节 对癌症病人的心理支持	(2743)
第四节 癌症外科治疗护理	(2745)
第五节 放射和化学治疗护理	(2749)
第六节 癌症病人的症状护理	(2754)

第十一篇 女性生殖器官肿瘤

第一章 外阴恶性肿瘤

外阴恶性肿瘤并不常见,约占女性生殖道恶性肿瘤的3.5%。外阴恶性肿瘤有各种不同类型,其中以鳞

状上皮癌最为常见,占外阴恶性肿瘤的81%^[1],其他尚有黑色素瘤、基底细胞癌, Paget 病等。

第一节 外阴上皮内癌变

一、鲍温氏病(Bowen's disease)是少见的皮肤原位癌。

(一)病因

(1) 砷剂:有的病例有内服或长期接触无机砷的历史。

(2) 病毒:有的作者用电镜观察到7个标本中有6个找到的80~110nm病毒样颗粒,可能与C型病毒有关。

(3) 日光:有些损害发生于曝光处。

(二)临床表现

发病年龄20~90岁之间,平均发病年龄48岁,女阴皮损常发生于30~60岁之间。在暴露和非暴露皮肤均可发生,但多见于躯干。口腔、女阴、肛门等处亦可累及。皮损常单发,少数多发,初为小片红斑,渐扩大呈圆形、多环形或不规则形,稍隆起暗红色斑片,表面可有鳞屑,边界清楚。女阴皮损多位于皮肤及粘膜交界处或皮肤上,上皮增生粗糙,为白色、红色或棕色斑片,表面粗糙不平,逐渐增大。约1/3患者有不同程度的瘙痒。病程缓慢,自数年至数十年不等。内脏恶性肿瘤平均在8.5年后出现,另一组155例鲍温氏病中57例在5.5年后出现内脏癌^[2]。

(三)组织病理

角化过度,角化不全,棘层肥厚,表皮突延长、增宽,常将其间的乳头体缩减成细索状,整个表皮排列完全紊乱,许多细胞呈高度不典型性,即核的大小、形态和染色深浅不匀,核仁明显,还可见到含有成簇胞核的多核巨细胞,可见异形核分裂像,有的细胞明显空泡状,类似Paget细胞。但表皮与真皮的界限鲜明,PAS染色示完整阳性基底膜区,真皮上部常有中等量慢性炎症细胞浸润。电镜证明本病损害内有许多角化不良

细胞,在这些角化不良细胞中有的与毛囊角化病中角化不良细胞相似,但核周张力细丝聚集和凝结较明显。

(四)鉴别诊断

1. 乳房外Paget病 虽然亦有空泡化细胞,但无角化不良细胞,基底细胞往往被大的Paget细胞压得很扁,与鲍温病的空泡细胞不同,其中含有PAS阳性并且耐淀粉酶的物质。

2. 浅表型基底细胞上皮瘤 亦能出现类似本病的临床外观,但其边缘隆起,有细丝样珍珠色边缘围绕,组织病理见表皮组织呈芽状或不规则增生,瘤组织周围细胞层常呈栅状排列,因而两者鉴别无困难。

3. 浅表扩展性黑色素瘤 色素性鲍温病少见,临床上呈灰白至黑色斑片,组织病理见表皮内黑色素增加或真皮乳头内噬黑色素细胞增加或两者兼有。而浅表扩展性黑色素瘤常见于背及小腿,皮损轻微隆起,可有黄褐、棕黑、粉红、兰灰色多种色泽变化。组织病理见表皮棘层肥厚,整个表皮杂乱散布着大而圆的黑色素细胞单个或成巢位于表皮下部,大多黑色素细胞的核不典型,染色深,胞浆丰富并含不等量的黑色素。

(五)治疗

首选手术切除,若损害较小,数目不多,可局部外用药物,如2.5%5-氟脲嘧啶软膏,亦可采用液氮冷冻或CO₂激光治疗。

二、乳房外湿疹样癌

乳房外湿疹样癌(Extramammary Paget disease)为发生于乳房以外的大汗腺区域的癌性疾病。

(一)病因

病因尚不明。可能与乳腺或大汗腺导管有关,可能为导管内癌向内侵入乳腺或大汗腺上皮,向外则侵入表皮,形成表皮病变。

(二) 临床表现

本病通常发生于 40~60 岁妇女,很少在 40 岁以内者,为境界清楚的红色斑片,表面多有渗液,结褐色甚至黑色鳞痂或角化脱屑,逐渐向周围扩大,经数月或数年后,往往稍有浸润,甚至发生糜烂、溃疡,类似湿疹,但不同的是边界清楚,久治不愈,可分布于阴部、肛周、甚至腋窝、脐窝等处。如发生于肛门、直肠交界处,则其下方可能有高度恶性的产生粘蛋白的腺癌存在。

(三) 组织病理

棘层肥厚,位于表皮中的 Paget 细胞大而圆,核大,胞浆淡染而丰富,散在或成团分布,亦可形成腺状结构。Paget 细胞巢常在表皮突尖端明显。Paget 细胞不从表皮侵入真皮,但可沿汗腺导管、汗腺、毛囊及皮脂腺蔓延, Paget 细胞 PAS 反应阳性,耐淀粉酶,因此其中所含不是糖原,而是中性粘多糖。有 50% 以上显示粘蛋白阳性,因而 Alcian blue 染色阳性。电镜检查示相邻湿疹样癌细胞之间以及其与角朊细胞之间有桥

粒,因而有人认为表皮内湿疹样癌细胞是从角朊细胞来的。但有些学者认为乳房外湿疹样癌的癌细胞起源于腺体,最近 PAP 法证实这些细胞中含有癌胚抗原,而这种物质存在于大小汗腺细胞内。

(四) 鉴别诊断

应与类湿疹样癌鲍温氏病和类湿疹样癌原位恶性黑色素瘤鉴别。前者见表皮中有异型多核巨细胞、角化不良细胞,无管状结构,异型细胞侵犯附件上皮少见。后者的黑色素瘤细胞侵入真皮,对 PAS 及 Alcian blue 染色阴性,而对 Dopa 染色阳性。

(五) 治疗

首选外科手术,如腹股沟淋巴结转移,病变范围广,则应做外阴广泛性切除手术及腹股沟淋巴结清扫手术。若患者年龄大,有手术禁忌症亦可采用血卟啉激光治疗。

(王家璧)

第二节 外阴鳞状上皮细胞癌

一、病因

外阴鳞状上皮细胞癌的病因目前尚不清楚,但已有不少研究,包括组织学、免疫组织化学及核酸杂交等检测技术,证实 HPV(人乳头瘤病毒)与发病有关。在 50 种 HPV 亚型中,以 HPV V16、18、31 较为多见。HPV 的感染率在外阴浸润癌、外阴早期浸润癌以及外阴原位癌的年轻患者分别为 15%、19% 及 55%^[3]。但 HPV 与恶性转变的关系以及怎样区别潜在恶性转变与可能自然退化的病灶等方面都未弄清,还需要继续深入研究。

二、病理

外阴鳞癌的组织学形态可分为典型鳞癌和与 HPV 有关的鳞癌。

1. 典型鳞癌 组织形态与身体其他部位的鳞癌相同,以高分化鳞癌为多见。这种鳞癌有多量角化珠形成和发育好的细胞间桥。前庭和阴蒂的鳞癌分化较差,常有淋巴管和神经浸润。有的癌分化差或未分化或以梭形细胞为主。这种癌单凭 HE 染色很难确定其组织学类型。这时做电镜检查或免疫组织化学染色可有助于明确诊断。电镜下鳞癌细胞具张力纤维和发育好的桥

粒而免疫组织化学染色则可见上皮和梭形细胞,均表达细胞角蛋白(cytokeratin)和 vimentin^[4]。癌的生长方式对判断预后有一定的价值。膨胀性生长和间质有大量淋巴细胞、浆细胞浸润者预后较好;反之浸润性生长和间质显纤维组织反应者则预后较差。癌周上皮可显示原位癌、不典型增生、硬化性苔藓、上皮增生、湿疣及萎缩等改变,但亦可正常。

2. 与 HPV 有关的鳞癌 近年来与 HPV 感染有关的下生殖道病变和肿瘤日益增多,如尖锐湿疣、外阴、阴道和宫颈上皮内肿瘤等。与 HPV 有关的外阴鳞癌多见于年轻妇女。可用分子生物学技术检出 HPV 的 DNA。其主要组织学特点是 Bowen 病样改变、并可见凹空细胞(koilocyte)。

三、临床表现

外阴癌多发生于绝经后,但发病年龄分布较广。最小 28 岁、最大 78 岁,平均 52 岁^[5]。早期外阴癌的年龄较晚期者小。近年来,外阴癌可获早期诊断者逐渐增多,因而发病年龄也渐趋年轻。北京协和医院近 10 年以来的外阴癌患者的年龄 18% 在 40 岁以下。

外阴瘙痒是最常见症状,约 80% 患者有此申诉。

此症状多持续较长时间,约5~10年。瘙痒常常并非由于外阴癌本身所引起,而是与其前驱疾患有关,或同时患有其他皮肤病变,如外阴硬化性萎缩性苔藓或外阴增生性营养障碍。外阴常表现为结节肿物或略有疼痛。有时有溃疡或少量出血。如果有继发感染则分泌物增多而有臭味。浸润癌常为单发,而表皮内癌常是多发灶。病灶可累及外阴、会阴或肛门四周的任何部位。可分中线型和侧位型病灶。前者位于阴蒂、后会阴联合及会阴体。后者则包括大小阴唇。

四、分期

1. 临床分期 FIGO(国际妇产科联盟)参照1976FIGO制定的外阴癌临床分期法及UICC(国际抗癌协会)制定的分期法,于1989年制定了新的FIGO临床分期法(表11-1-1)^[1]。FIGO妇癌疗效年报21期(1992)所汇总外阴癌临床分期的分布情况为:Ⅰ期、Ⅰ期及Ⅱ期各占30%左右,其10%左右为临床Ⅳ期。

表 11-1-1 外阴癌的临床分期(FIGO1989)

0期	
Tis	原位癌、表皮内癌
Ⅰ期	
T1N0M0	肿瘤局限在外阴及/或会阴 最大直径≤2cm,淋巴结未触知
Ⅱ期	
T2N0M0	肿瘤局限在外阴及/或会阴 最大直径>2cm,淋巴结未触知
Ⅲ期	
T3N0M0	任何大小的肿瘤,并有:
T3N1M0	(1)累及附近的尿道下段及/或
T1N1M0	阴道或肛门、和/或
T2N1M0	(2)单侧淋巴结转移
Ⅳ _a 期	
T1N2M0	肿瘤侵犯到下列任何器官:
T2N2M0	尿道上段、膀胱粘膜、直肠粘膜、骨盆骨、和/或
T3N2M0	双侧淋巴结转移
T4N	任何M0
Ⅳ _b 期	
任何T,任何N,M1,任何远处转移,包括盆腔,淋巴结转移	

引自 Krupp 1992^[1]

2. 手术病理分期 临床分期还不能确切地反映真实的病情,因为淋巴结是否有转移认识不明,以致临床分期与手术病理分期互不符合率为50%^[6]。故FIGO1988年对外阴癌制订了手术病理分期^[3],其分期方法与临床分期方法基本类似,所不同者淋巴结是否有转移是根据病理所见为准。如果病理检查有淋巴结转移,即或癌灶小而浅表,也应列入Ⅲ期或Ⅳ期。

五、淋巴引流及淋巴结转移

1. 区域淋巴引流 外阴淋巴管极丰富。大阴唇、小阴唇、阴蒂、后会阴联合及会阴等部位的淋巴引流均首先进入浅腹股沟淋巴结,继而深腹股沟淋巴结。所有外阴淋巴引流均要通过一个深腹股沟淋巴结近心端的一个较大的淋巴结名为Cloquet氏淋巴结,并经此再进入盆腔内淋巴结。

此外阴蒂的淋巴管尚有极少数的通道可直接进入盆腔淋巴结,即跨过耻骨联合,进入髂外淋巴结或循阴蒂背部静脉进入闭孔淋巴结。如果癌灶病变累及尿道、膀胱、阴道或直肠,则这些部位的淋巴引流亦可直接进入盆腔内淋巴结。

在外阴部左右两侧之间,互相有吻合交通枝,但其淋巴管主要是通向同侧、仅有小量是通向对侧。而处在中线部位的阴蒂及会阴体的癌灶其引流是通向双侧。

2. 淋巴结转移发生率及发生部位 外阴癌淋巴结转移发生率各家报道数字不一,从21%~59%。可能与各自统计的早晚期病例多少有关^[4,7,8,9,11]。小型浅表的癌(大小≤2cm,厚度≤5mm)淋巴结转移发生率为8.9%^[3,10]。

单侧病灶淋巴结转移多在同侧(83%),少数在对侧(2%)。双侧均有者占15%^[9]。

盆腔内淋巴结转移的机率较难得知确切数字,因为有关外阴癌的手术常规做盆腔内淋巴结清扫的病例报道不多。Franklin^[11]报道曾做盆腔淋巴结切除的72例中,12例有转移,占16%。Iversen^[9]所报道的258例外阴癌中,39%有腹股沟淋巴结转移,6%同时有腹股沟及盆腔淋巴结转移,1%是单纯盆腔内淋巴结转移。

3. 淋巴结转移的有关因素

(1)病灶的部位:早期或浅表癌处于阴蒂或中线部位者,其淋巴结转移比其他部位机率高^[3,10]。而大型或浸润较深者其原发灶部位与淋巴结转移率则无明确的联系^[9]。

(2)癌灶的大小:淋巴结转移率随着癌直径增大而增加^[11],但在浅表型癌中此一关系不很明确^[10]。

(3)癌组织的分化程度:癌组织分化差则淋巴结转移机遇增大。Way^[12]所分析的247例外阴癌中分化好的癌与分化差者,其淋巴结转移率分别为34%及70%。Sedlis^[10]的272例浅表癌中,1~4级的淋巴结转移率各为0%、8%、24.6%及47.7%。

(4)肿瘤浸润的深度:肿瘤厚度小于1mm者极少有淋巴结转移。如果厚度>1mm,则淋巴结转移率随着浸润的增加而增加(表11-1-2)。

表 11-1-2 淋巴结转移率与肿瘤浸润深度的关系

肿瘤厚度或 间质浸润 深度(mm)	淋巴结转移%		
	Elliot1992 ^[3] (303例)	Sedlis1987 ^[10] (272例)	Homesley1986 ^[6] (411例)
1	0(0/73)	3.1(1/32)	0(0/19)
2	4.3	8.9	9.0
3	10.0	18.6	16.0
4	30.0	30.9	22.0
5	24.0	33.3	34.0
≥6			43.0

(5)淋巴管血管间隙癌细胞弥散:若淋巴管血管间隙有癌细胞弥散,则其淋巴结转移率明显增高,可高达40%~65%,与没有弥散者相比,有明显差别。后者仅为3.3%~17.5%^[3,10,9]。

(6)临床分期与淋巴结转移:临床Ⅰ期患者也可能有淋巴结转移,机遇为7%~8.9%。随着分期的升高,淋巴结转移率也增加。Ⅰ期、Ⅱ期及Ⅳ期转移率分别为25%~29%、31%~48%及58%~63%^[6,10]。

六、治疗

外阴癌的治疗以手术治疗为主。传统的手术方法是广泛的全外阴根治术及腹股沟淋巴结清扫术。有的还附加盆腔淋巴结清扫术。长期以来,这种传统手术普遍应用于各种不同期别及不同组织学类型的外阴癌取得了较好的治疗效果。但存在的问题是这种手术范围对病人创伤较大,大多数手术伤口不能一期愈合,需要长期换药或补皮。伤口愈合后其疤痕使外阴严重变形,对性生活或心理影响较大。此外年老患者对这种创伤性较大的手术耐受性差,易发生各种并发症,有的在手术后出现下肢淋巴水肿,是一个很大的困扰。

自从1970年Rutledge^[13]发现表浅的小型癌多没有淋巴结转移而提出将手术范围改良以后,相继有不少作者对于手术范围的选择,进行了深入的研究,手术能做到恰到好处,从而形成了近年对外阴癌治疗方案的新建议。

(一)处理原则

1. 手术方案的选择必须个体化 外阴癌有早期和晚期的区别,也有因癌瘤组织的各种生物学行为的不

同而病情有区别。有一些病例不必作淋巴结切除术,或是仅需作单侧切除。有些病例则必须作双侧淋巴结切除。有关外阴癌的局部情况,有些仅需要作单侧外阴切除,或前半外阴或后半外阴切除。而有些又必须作全外阴切除,不应千篇一律地使用传统的外阴全根治术及淋巴结清扫术。

确定手术方案前,可按与淋巴结转移有关的高危因素将患者列为高危组或低危组以便采用相应的合理治疗方案。有下列情况者均列入高危组:①腹股沟淋巴结局部表现有可疑转移,即N₁或N₂。②癌灶浸润深度>5mm。③肿瘤分化程度为G₃。④肿瘤分化程度为G₂,但浸润深度>2mm。⑤淋巴管或血管内有瘤细胞弥散,符合下列条件者列入低危组:①腹股沟淋巴结局部表现无可疑转移N₀。②癌瘤分化程度G₁且浸润深度≤5mm,或分化程度为G₂而浸润深度≤2mm。③淋巴管或血管内无瘤细胞弥散。为了了解以上情况,必须在手术治疗前将癌灶做局部切除,以便进行全面详细的病理组织学检查作为划分高危组或低危组的依据。如果癌灶≤4cm,做肿瘤局部切除一般没有困难。如果肿瘤过大或浸润过广,则可考虑在癌灶的多处取大块活检。如果癌灶很小,局部切除不但可做诊断,也许可以同时达到治疗的目的。

2. 外阴部手术范围的选择 外阴癌低危组的病例,手术后如果有复发,其复发多局限在原来癌灶部位的附近组织。除非是多发性癌灶,或是多年以后新发生的另一癌灶,否则其复发癌绝大多数是在原发灶的同侧。因此,在手术前经多处活检排除了多灶性癌以后,手术治疗不必做全外阴根治术(Radical vulvectomy),可进行部分外阴根治切除(Radical local excision)。切除范围包括癌灶外周边3cm宽的外观正常的皮肤和皮下脂肪组织。对于内周边的组织,则在至少切除1cm以上的正常组织的原则下不伤及尿道或肛门。如癌灶紧邻尿道或肛门,则损伤常不可避免。为此可根据具体情况,或是进行更大的手术,切除一部分尿道或肛门,或是选择手术前及手术后辅助放疗疗法的综合治疗而缩小对尿道或肛门的切除范围。

对会阴体部位的中线型癌灶,可作部分外阴根治而不包括阴蒂。在不影响疗效的前提下尽可能保留阴蒂是一个应当重视的原则。但如果癌灶在阴蒂部位或其附近,当然应该切除阴蒂。但切除范围是否包括会阴