

# 76例女阴白色病变临床病理研究

王洪斌 金淑静

(附院皮肤科)

**提 要** 报告了1985~1987年专科门诊送检的76例女阴白色病变的临床病理研究。根据组织学表现分为萎缩性硬化性苔癣(35例,占46.05%);慢性非特异性炎症即肥厚性营养不良(31例,占40.79%);扁平苔癣(8例,10.52%);其他(2例,占2.63%)。作者在讨论中强调“女阴白斑”的诊断必须用病理学的指征加以限制。

**关键词** 女阴白色病变;女阴白斑;病理学

女阴白色病变包括多种女阴变白的疾病,如女阴萎缩性硬化性苔癣、扁平苔癣、局限性硬皮病、慢性湿疹、女阴干枯症、白癜风、神经性皮炎、慢性非特异性外阴炎等,外阴均可变白,为妇科常见的一组疾病。临床上表现女阴部呈灰白色、肥厚、粗糙、瘙痒等。过去临床上统称“外阴白斑”,其中少数可演变为非典型性增生而发生癌变。近年来国内外的学者对有关女阴白色病变的问题进行了一些讨论,迄今仍无统

一的意见。作者对本科病理室1985~1987年所见的76例女阴白色病变病理组织检查的结果及部分病例的随访情况作了总结。

### 临床资料

一、材料来源:均为本院妇产科外阴专科门诊送检的活体标本。

二、年龄和病期:其中年龄最小10岁,最大74岁,30~59岁的患者占85.5%。病期最短1周,最长21年,以1~3年患者最多。见表。

表 76例女阴白色病变患者年龄病期和婚配

病名	例数	年 龄 (岁)						病 期 (年)					婚 配		
		<30	30~39	40~49	50~59	60~69	>70	<1	1~3	4~5	6~10	11~15	16	已婚	未婚
萎缩性硬化性苔癣	35	4	9	7	14	1		8	21	1	2	2	1	33	2
慢性非特异性肥厚(炎症性营养不良)	31	1	8	9	10	1	2	3	17	2	6	3		28	3
扁平苔癣	8	1	2	2	3			1	5	1	1				8
其 它	2		1						1	1					2

根据病理组织学的变化76例女阴白色病变分成4大类。

一、萎缩性硬化性苔癣33例(46.05%)：表皮角化过度伴有毛囊角栓，棘层萎缩变薄，皮突消失，棘细胞水肿，基底层液化变性，有的可形成表皮下水疱，真皮上部显著水肿，胶原纤维肿胀及纯一化变性，真皮深层弹性纤维消失，真皮中层非特异性慢性炎症细胞浸润，往往呈带状分布。

二、慢性非特异性炎症(肥厚性营养不良)31例(40.79%)：表皮角化过度伴有角化不全，粒层肥厚，棘层不规则增厚，皮突延长增宽，棘细胞水肿，真皮乳头层有轻度水肿，毛细血管和小血管增生扩张，真皮浅、中层淋巴细胞、浆细胞和组织细胞有不同程度的浸润。此型中有2例合并化脓性炎症感染，有4例出现不典型增生。

三、扁平苔癣8例(10.52%)：表皮角化过度，粒层和棘层增厚，基底层液化变性，真皮浅层淋巴细胞和少量的组织细胞呈带状浸润。

四、其它2例(2.63%)：白癜风1例，患者躯干、外阴均有典型的白斑损害。1例为外阴硬皮病，表皮有轻度角化过度，棘层萎缩，皮突消失，真皮中下层胶原纤维肿胀、增生呈均质化，肌纤维束间有慢性炎症细胞浸润，汗腺和皮脂腺均萎缩，其它部位有类似皮损。

## 讨 论

1. 命名和发病率：自1885年Breisky和1909年Berbeley提出“外阴白斑”的命名已一百多年，被公认为癌前期的病变。长期以来对该病的命名、诊断和治疗等一直十分混乱。有人认为凡引起女阴角质层增厚，透明层减少，颗粒层增多，黑色素减少或消失的疾病均可发生女阴白色病变。“外阴白斑”仅是一种临床体征而不是一个独立的疾病

(1)。女阴发白的病变绝大多数是良性病变，为了消除病人的恐惧心理，减轻患者不必要的思想负担，应废弃“女阴白斑”的诊断(1·3·4)。亦有人认为“外阴白斑”可作为纯临床含意而保留(4)。1975年国际外阴疾病研究会把“外阴白斑”改称为“外阴营养不良”。并依据其病变分硬化性苔癣(Lichen Sclerosus)、肥厚性营养不良(Hyperplastic Dystrophy)、混合性营养不良(Mixed Dystrophy)后二者可伴上皮非典型性增生(2)。近年来国内外通过大量病例的临床观察，病理组织检查和治疗效果分析，临床诊断为“外阴白斑”的患者，病理上真正出现上皮不典型增生，即所谓“间变”的病例并不多，以往国内报告约占1~4%(4)。刘季和等对以往临床疑似女阴白斑的71例，经病理诊断符合的16例作了复查，真正符合“女阴白斑”的仅7例，占9.86%(3)。谢统鹏等报告以往诊断“外阴白斑”的170例病理材料作了复习，可确诊者仅有16例，占9.4%(4)。上海市第一医院等在上海某县妇科学普查95096妇女，临床拟诊“女阴白斑”者646例，其中178例作了临床与病理复习，共发现女阴白斑19例，其中13例临床符合而病理不支持，最后仅确诊6例，发病率为正常女性人群的6.3/10万(3)。本文4例出现上皮不典型性增生，占5.26%。

2. 诊断标准：以往临床诊断的“外阴白斑”通过病理学的检查证明，绝大多数不是真正的“外阴白斑”，为防止“女阴白斑”诊断范围的扩大化，必须用病理学的指征加以限制，应严格的控制粘膜或半粘膜上皮出现异形的不典型增生损害为标准(3·5)。因此病理检查是诊断女阴白色病变不可缺少的材料。在目前对“女阴白斑”尚无统一的临床和病理诊断标准时，作者认为在病理检查未报告之前，临床诊断可暂时统称“外阴营养不良”，然后再根据病理组织学的检查诊

断为<sup>(1)</sup>扁平苔癣<sup>(2)</sup>；萎缩性硬化性苔癣；<sup>(3)</sup>增生性或称肥厚性营养不良（外阴慢性非特异性炎症）；<sup>(4)</sup>混合性营养不良（即部分硬化性萎缩性苔癣之组织像同时出现灶状上皮增生）；<sup>(5)</sup>女阴上皮不典型性增生。在临床诊断的下面再加上病理诊断而废除“女阴白斑”这个诊断用词。

3. 手术治疗的指征：70年代以前凡诊断为“外阴白斑”都作为癌前期的病变，一般要手术切除外阴。这不仅给病人造成不必要的痛苦，而且给病人，家属带来精神上的忧郁。只有诊断为“上皮不典型性增生”的患者，说明有潜在的恶性病变，才是手术的指征。根据细胞异形性的程度和侵入表皮深度而分级。凡异形细胞限于表皮下1/3为Ⅰ度，占表皮厚度1/2以上为Ⅱ度，超过表皮厚度2/3以上者为Ⅲ度。Ⅰ、Ⅱ度属于癌前期，是可逆反应，经药物的适当治疗或其它物理疗法，多数可恢复正常，不一定都发展成原

位癌<sup>(4)</sup>，不必急于手术切除。临床上要密切观察，追踪随访，完期复查，发现对药物治疗失效，特别是有溃疡、硬结或赘生物者才考虑手术治疗。Ⅲ度属原位癌，是手术治疗的指征。

4. 类型间的转化问题：由于该病病程的增长和炎症的加剧及对治疗的反应不同，各型间能否相互转化？国内文献尚未见有报告。本文有1例经病理检查，诊断为慢性非特异性炎症（肥厚性或称增生性营养不良）经2年治疗，患者自觉和他觉症状未见明显改善，来妇科外阴专科门诊复诊，再次取活组织检查，病理上表现为萎缩性硬化性苔癣之组织像。将患者两年前的切片抽出对比观察，组织学上具有不同的病理结构，这一现象引起我们的注意。由于我们观察的病例太少，有待今后进一步研究。至于其它类型如扁平苔癣、萎缩性硬化性苔癣、增生性营养不良等能否相互转化仅提出供同道们参考。

## 参 考 文 献

1. 徐祝华。女阴白色病变322例病理分析。陕西新医药 1982；11（3）：9。
2. 李珉，等。对“外阴营养不良”病变的探讨。云南医药 1985；6（5）：281。
3. 刘季和，等。71例女阴白色损害病理组织学观察。临床皮肤科杂志 1982；11（3）：119。
4. 谢统鹏，等。女阴白色病变的病理分类及癌变问题。中华皮肤科杂志 1987；22（5）：292。
5. Lever WF, et al. Histopathology of skin, 5th ed Lippincott philadelphia 1975：471。
9. 陈希夷，等。外阴白色病变临床探讨—附447例分析。中华妇产科杂志 1984；19（4）：197。
7. 蒋月英，等。外阴白色病变手术治疗效果探讨（附98例分析）。浙江医学1985；7（5）：23。

（1988年9月2日 收稿）