

“历史洞察力的贫乏，科学与人文的断裂，
技术进步与人道主义的疏离是近代医学的三大困境”

——近代医学大师威廉·奥斯勒(1849—1919)

妇科肿瘤

临床决策

*Clinical Decision Making
in Gynecological
Oncology*

主 编 / 沈 铿 郎景和



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

妇科肿瘤

临床决策

Clinical Decision Making in Gynecological Oncology

主 编 / 沈 铿 郎景和



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

妇科肿瘤临床决策/沈铿等主编. —北京:人民卫生出版社, 2007. 10

ISBN 978-7-117-09009-4

I. 妇… II. 沈… III. 妇科病: 肿瘤—诊疗
IV. R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 108575 号

妇科肿瘤临床决策

主 编: 沈 铿 郎景和

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 22 插页: 4

字 数: 571 千字

版 次: 2007 年 10 月第 1 版 2007 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09009-4/R·9010

定 价: 75.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

妇科肿瘤

临床决策

*Clinical Decision Making
in Gynecological
Oncology*

生命是短暂的，
艺术是永恒的，
机会稍纵即逝，
经验是不可信的，
做出判断是困难的。

——希波克拉底



郎景和教授、沈铿教授在手术



作者名单

丁西来	于世英	万希润	马水清	王秀荣	王友芳
王金万	朱 兰	刘慧丽	向 阳	邓 珊	李小燕
冷金花	陈 飞	宋亦军	高劲松	吴 鸣	杨 冬
杨佳欣	杨 宁	杨隽均	郎景和	沈 铿	俞 梅
樊庆泊	戴 毅	黄慧芳	黄宇光	彭 萍	彭 澎
张福泉	曹冬焱	曾定元	张俊吉	潘凌亚	孙正怡
袁光文	路军丽				

我们又推出一本新书给各位同道。编写本书的目的是根据临床实践的问题，结合循证医学的观点，从策略（strategy）上或决策（decision making）上阐述妇科肿瘤的诊断和治疗过程，当然主要是临床处理的原则。应该说是很有意义的。

妇科肿瘤的诊断与治疗繁杂艰难，既要规范化，又要个体化；既需要深厚的基础理论和多学科知识，又要有丰富的临床经验和娴熟的技能；更要具备良好的人文修养、伦理原则及与病人和病家交流沟通的艺术。因此，一个成熟的妇科肿瘤医生的成长与造就将是理论与实践结合、理智与情感熔铸的过程。可谓“十年磨一剑”！也许至少十年。

在这一临床实践过程中，年轻医生的初始阶段主要是印证书本所学的知识，并将其变成自己的本领。继而，有了一定经验，不断积累，形成了逐渐成熟的技能。但无论是年轻医生抑或资深医生，最重要的是临床处理的抉择，是为辨方向、定路线、选办法、求结果。贯穿这一行程的指导思想就是决策。

临床决策的重要性亦如我们常说的，一个手术的成功与否，手术技巧只占25%，另外75%则取决于决策，它包括诊断与鉴别诊断、治疗方法或手术方法的选择、甚至手术切口（入式）的制定、手术过程可能遇到问题的估价及对策、应急处理的思想及物件准备、并发症发生的可能性和防范措施、以及术后处理、延续治疗和患者随诊等各个环节。当然，手术技巧不可忽视，但若没有上述决策的设计和准备，再高超的技巧也是难奏起效，难善其美的。

于是，可以说决策是关键，是成败的决定性因素。但决策的形成并非一人一事所为，也非一时一刻所定。决策需要循证、需要总结、需要推行、需要检验、需要修正。正是在这一基础上，我们的同事们不揣冒昧、参阅文献、总结经验、苦心思辨、终成此书。也许，我们遵循于规范，但并不拘泥于规范，它拓展了内容，深入了讨论。各种手术并发症的处理叙述甚详；化疗问题亦着意临床实用，得其要旨和方法；甚至晚期患者的疼痛治疗和临终期患者的关怀与处理也都给予决策性的论述。

编撰这类书籍是一种尝试，它不同于教科书，也有别于规范和指南。我们努力使它成为浓缩临床、升华理论的高级参考书，同时又能是对年轻医生及资深医生都很实用的案头、床边工具书。初衷如此，孰敢奢求，还望有识者赐教。

郎景和 沈 铿

2007年春于北京

目 录

第 1 篇 妇科肿瘤临床决策的原理和方法

第 1 章 临床决策原则	3
第 2 章 手术发展趋势	10
第 3 章 化疗原则和策略	17
第 4 章 放射治疗进展	20
第 5 章 保留生育功能	30
第 6 章 腹腔镜的应用	36
第 7 章 临床试验设计	43

第 2 篇 常见妇科肿瘤诊断与治疗的临床决策

第 8 章 子宫颈上皮内瘤变	51
第 9 章 子宫颈上皮内瘤变治疗方法选择	58
第 10 章 妊娠滋养细胞疾病	63
第 11 章 外阴癌	68
第 12 章 阴道癌	74
第 13 章 子宫颈癌	78
第 14 章 子宫内膜癌	84
第 15 章 子宫肉瘤	90
第 16 章 盆腔包块及卵巢肿瘤	97
第 17 章 卵巢上皮性癌	103
第 18 章 卵巢交界性肿瘤	109
第 19 章 早期卵巢癌	111
第 20 章 晚期卵巢癌	114
第 21 章 复发性卵巢癌	117
第 22 章 卵巢恶性生殖细胞肿瘤	121
第 23 章 卵巢性索间质肿瘤	125
第 24 章 输卵管癌	128
第 25 章 小儿妇科恶性肿瘤	132

第3篇 妇科肿瘤手术治疗及并发症的处理

第26章	常规术前准备及术后处理	139
第27章	血管损伤和出血的处理	144
第28章	泌尿系损伤的处理	146
第29章	肠道损伤的处理	148
第30章	神经损伤的处理	150
第31章	盆底组织损伤及重建	152
第32章	发热的处理	154
第33章	深静脉血栓的诊治与预防	159
第34章	切口感染的防治	162

第4篇 妇科肿瘤化疗方案及选择

第35章	化疗的准备及注意要点	171
第36章	卵巢上皮癌	179
第37章	卵巢恶性生殖细胞肿瘤	184
第38章	子宫内膜癌	186
第39章	子宫颈癌	189
第40章	子宫肉瘤	194
第41章	妊娠滋养细胞肿瘤	197
第42章	癌性胸水的处理	201
第43章	腹腔化疗	204
第44章	静脉通路的建立	208
第45章	常用化疗方案及使用方法	212

第5篇 妇科肿瘤化疗并发症的预防和处理

第46章	骨髓抑制	239
第47章	粒细胞减少伴发热	246
第48章	恶心和呕吐	253
第49章	肾和泌尿系统损伤	257
第50章	心功能损伤	260
第51章	过敏反应	263
第52章	特殊并发症	268

第 53 章 卵巢功能损害	271
---------------------	-----

第 6 篇 妇科肿瘤其他治疗方法及选择

第 54 章 放射治疗指征和原则	279
第 55 章 新辅助化疗	286
第 56 章 介入治疗的指征和原则	295
第 57 章 合并癌性肠梗阻的治疗	308
第 58 章 营养支持治疗	315
第 59 章 靶向治疗	320
第 60 章 内分泌治疗	326
第 61 章 疼痛治疗	332
附 录	343
1. WHO 实体肿瘤疗效判定标准	343
2. 卵巢癌治疗的疗效评定标准	343
3. 卵巢癌复发的迹象和证据	343
4. 患者生活状态评分	344
5. 化疗毒副作用评判标准	344
6. 常用化疗药物及主要毒副作用	347
7. 常用的化疗计算公式	347
8. 常用的网站和电话	348

第1篇

妇科肿瘤临床决策的原理和方法

“决策就是决定的策略，至关重要！就是一个手术的成功，决策占75%，技巧只占25%。”

——郎景和

“科学的目的是用事实取代外表，用实证取代印象。”

——弗朗索瓦·马让迪（1783 - 1855）



第1章 临床决策原则

二十一世纪是信息化时代。医学信息的迅猛增长,使得临床医生必须阅读大量文献,才能及时了解医学发展的最新动态,跟上时代的步伐,并利用循证医学的资料,采用最新,最好的方法对患者进行诊断和治疗。鉴于信息数目之大,而人脑的储存和处理信息的能力又有一定的局限性,这显然会对临床问题的思考、信息真假的判断、寻找解决问题的办法和制定临床决策等造成严重的影响。一个显而易见的问题是:有没有可能确定一些大家公认的,同时又有科学性的临床思维框架和/或临床推理策略来帮助我们处理大量的信息负荷,去伪存真,提炼出最具有临床价值的相关信息,以此来改善临床实践中处理问题的能力,作出正确的临床决策呢?答案显然是肯定的。本章主要介绍一些在妇科肿瘤临床决策中很有帮助的临床思维框架、临床推理策略和制定临床决策的原则。

【临床决策的概念】

临床决策(Clinical decision making, CDM)是一个发现健康问题、确定诊治目标、制定、分析、评估、选优临床方案的过程。追溯历史,不难看出,自从有医患关系存在以来,医学的发展就从未离开过临床决策。无论远古的医学行为;还是现今的循证医学指导下的临床实践;无论是偏远山乡的基本医疗单位;还是现代化、信息化、数字化的国际性医学中心,只要有病人和医生的地方,只要有医患关系存在的地方,就随时有CDM的发生,就需要CDM。CDM是临床医学实践中的主导程序、关键环节和核心内容,是每个临床医生在工作中时刻都必须去面对、思考和解决的问题。

一般意义上,CDM是指一个过程,据此来决定何人在何时需何种医学处置。每一医生通过收集临床资料,根据自己对所谓“事实或证据”的理解或解释,建立对某个特定疾病状态的认识和诊治论点。因此,在执行过程中会有相当大的主观性和片面性。在循证医学层面上,CDM是指临床专业知识与病人具体情况和最佳研究证据的有机结合,以求最大限度提高临床决策的质量,使患者获得更好的临床疗效和生存转归。临床决策的主要目的:①安全诊疗,即更好地把握诊疗指征,减少不良反应和损害;②优化诊疗,即提高临床诊治效果,促进最大化的愈合和健康效果;③节约诊疗,即尽可能节约的医疗资源和成本,减少不必要的诊疗干预。

【临床诊断的基本要素】

临床诊断与科学研究的过程十分相似,它也是一个逻辑推理的过程。首先,通过寻问病史和常规体检,临床医生会很快产生一个疾病的假设(又称触发诊断),随着资料的不断收集,假设会被排除或予以证实。有研究表明在医生听到患者的主诉后28秒即可产生第一假设,平均每个病例会产生5.5个假设。假设会形成一个模型,接下来发生的是进一步收集信息,证实假

设的诊断,排除竞争性假设,这样就形成了一个可以作为患者治疗基础的诊断。临床医学推理过程认知方面的研究表明,整个诊断的作出需要运用三种推理方法:①可能性推理;②因果关系推理;③决定性推理。前两个过程构成了以知识为基础的推理,而决定性的推理也称为以规则为基础的运作。

●可能性推理

可能性推理策略是以对患者患某种特异性疾病可能性的评估为基础的。一开始这种策略很少用在肿瘤学中,因为通常肿瘤的诊断标准是以手术切除肿瘤或肿瘤活检的病理作为肿瘤诊断的最重要依据。反过来,这也暗示了肿瘤学的诊断中几乎不允许存在不确定性。肿瘤学家通常认为组织学诊断可以提供100%的诊断确定性,进一步治疗在很大程度上要依靠这一信息。但一些理论性的工作表明,诊断的准确性不可能达到100%,组织病理学诊断也和其他诊断方法一样,同样也存在假阳性和假阴性结果。尽管这些理论性推断是正确的,但大部分肿瘤学家仍认为组织病理学是肿瘤诊断的金标准。

一旦癌症的组织学诊断确定,下一步就是通过分期来确定疾病的程度。分期信息可通过非创伤性方法获得,如体格检查,实验室检查和影像学检查等,这就是肿瘤的临床分期,也可通过手术切除组织标本的组织病理学分析获得,这就是手术病理分期。在分期过程中广泛应用了可能性推理策略。这些评估并不一定精确,但收集的新信息可能增加诊断确定性的级别。诊断方法的有效性对肿瘤分期的准确性会有很大的影响。因为我们的临床诊断方法并不完美,所以一个很重要的工作是,在尽可能精确分析这些方法提供的信息同时,还要很好的了解其局限性。这要通过确定诊断方法的实验操作特征来完成,这些特征就是敏感性,特异性,假阳性率和假阴性率。当我们为了排除疾病,就要采用高敏感性诊断方法,当为了证实一种诊断的可能性,则应采用高特异性的实验。

●因果推理

当知道了疾病的病理生理过程,因果推理则是一种有力的诊断推理方法。因果模型证实假设特别有力,如果能够使用,因果推理是临床推理中无可替代的一种类型。在肿瘤学中,因果推理依赖于对疾病的病理生理和肿瘤本身生物学特性的理解。例如,肿瘤可以产生多种因子使得钙水平升高的知识有助于临床医生认识已被诊断为癌症患者的精神状态的改变。同样,让有乳腺癌史并伴严重腰骶部痛的患者去做影像学检查(如MRI)是基于考虑到转移性癌可以是脊髓压迫的原因。可能性和因果推理过程统称之为以知识为基础的推理,是合成思维的一部分,主要用于新颖的意识分析过程和储备知识的整合。

●决定性推理

从临床信息中发现的线索或寻找因果联系,就可以获得应用于不同场合的临床规则。这些个规则是以特定医学领域的知识汇编和整和为基础而形成的,常用于临床医学的决定性推理或范畴的推理。以规则为基础的推理广泛应用于肿瘤学的诊断和治疗。经典的例子是“如果女性患者因为腺癌而有腋窝淋巴结转移,那么首先会想到乳腺癌”,因为女性乳腺癌是腋窝淋巴结腺癌细胞最有可能的来源。当这些规则有序地组织成系列的因果关系,并可用来逐步分析问题的时候,整个策略就以规范的形式出现。以规范的形式展示临床策略的主要优势就是让临床问题的处理更为清晰。当然过分严格的规范也存在许多问题,因为临床上不同患者情况差异很大,往往有许多问题错综复杂的交织在一起,很难找到一个完全一致可普遍应用的治疗模式,因此在临床处理中一定要注意每个病人的特点,强调个体化。

●技能为基础的推理

除了以知识为基础和以规则为基础的推理之外,医生还会经常使用以技能为基础的推理,此种推理和思维与行动方式有关,并受到知识储备和以往经验的指导和控制,大多数都是无意识的。以技能为基础的推理常使用启发式,他们在激发假设方面特别重要。下面两种启发方式常被使用:1. 可用性启发—采用一种诊断方式因为它容易记得。2. 代表性启发—采用一种诊断方式因为一系列结果就代表定义明确的临床病种。大家普遍愿意选择的方式是认知而非计算。所以在求助于以知识为基础的认知前,人们倾向于寻找预先包装好的结果,这就是我们常说的规则。初学者和有经验的临床医生的差别在于后者有能力从知识为基础的推理向技能为基础的推理转变。专家较初学者具有更多技能为基础的专业知识和解决问题的规则。所以,临床上出现的任何新问题都需要以规则为基础的或者要以知识为基础的认知方法来解决。总的来说,已知的所有推理过程都可用来解决以下三个问题:①患者是否患有恶性肿瘤?②患何种恶性肿瘤?③疾病的程度如何?

【妇科肿瘤治疗的基本要素】

恶性肿瘤患者的治疗决策推理原则如下:①治疗的目标是什么?②在实现这个目标时患者收益是否大于风险?③潜在的收益和风险差异是否值得?

妇科恶性肿瘤治疗决策的过程就是以目标为导向的治疗推理过程:

第一个必须回答的问题就是我可以治好这个病人的病吗?如果答案是肯定的,紧接着的问题是:这项治疗的价格如何?治疗的收益是否超过了风险?例如,我们可以通过常规化疗或者超大剂量化疗+骨髓移植(BMT)治疗卵巢恶性生殖细胞肿瘤(OGCT),但是超大剂量化疗+骨髓移植(BMT)具有很高的短期死亡的风险。这种情况我们倾向于选用常规化疗,因为常规化疗风险较小,价格便宜,同样有效。

如果我们无法治愈疾病,接下来的问题是是否可以延长患者的生存时间?如果答案是可以的话,接下来的问题是治疗的收益是否能抵得上他的风险?例如,对化疗敏感的单个病灶复发性卵巢癌患者通过再次肿瘤细胞减灭术和化疗可以延长患者的生存时间,但不适于耐药的多个病灶复发性卵巢癌,因为治疗的并发症很高,风险大,生存时间不会因治疗而得以改善。

如果我们不能延长生存时间,接下来的问题通常是能否改善患者的生活质量?是否采用姑息治疗的决定要取决于治疗的风险收益比。例如,我们不会对复发性卵巢癌合并肝衰竭患者采用化疗,因为这时化疗不但不会改善患者的生活质量,反而会增加患者的灾难。我们治疗选择应集中在支持性治疗方面。

治疗决策是通过治疗方案的制定和选优来实施的。治疗目标是制定和遴选治疗方案的标准。明确治疗目标的意义在于,根据治疗方案与治疗目标的贴近度,从治疗方案是否能够满足目标的要求出发,去决定治疗方案的取舍。只有能够较好地实现既定目标的治疗方案才是可行的,同时,随着医学研究的深入,治疗方案应处于不断优化过程中。

安全性是评估治疗决策的决定性指标,脱离安全性的治疗决策有时是无效决策,甚至是灾难决策。由于肿瘤的治疗是双刃剑,在治疗肿瘤的同时,也会对正常的组织细胞造成损伤。因此,在制定治疗决策时,对治疗方法的毒副作用应充分估计,并采取有效措施,加以防止或避免。由于肿瘤治疗造成的危害之触目惊心,是治疗决策中不可忽视的问题。

在治疗决策中运用循证治疗决策是提高决策依据可信度的有效方法。循证治疗决策是经治

医生针对病人的具体情况,将临床经验、理论知识与当前最佳的干预证据结合起来,作为制订治疗方案和治疗决策依据。通过循证决策治疗的四个步骤——提出问题、寻找证据、评价证据和运用证据,可以提高获得最佳治疗决策的几率。妇科肿瘤临床决策的行径见图 1-1。

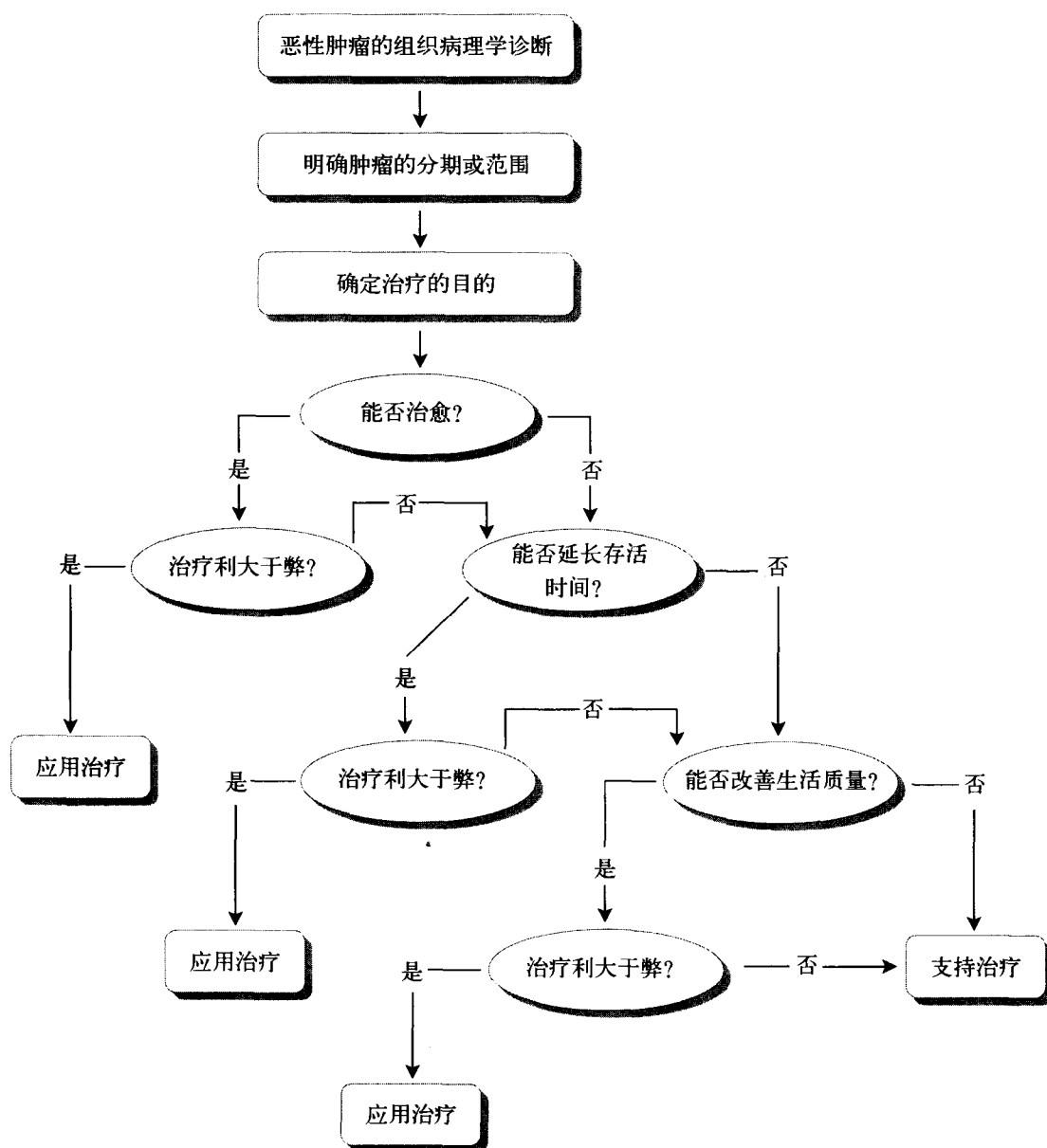


图 1-1 妇科肿瘤临床决策的行径图