



GYNECOLOGIC ONCOLOGY HANDBOOK

An Evidence-Based Clinical Guide

妇科肿瘤 临床循证手册

米歇尔·F. 贝努瓦

编 著 [美] M. 伊薇特·威廉姆斯-布朗

克莱顿·L. 爱德华兹

主 译 孙蓬明

魏丽惠

天津出版传媒集团

◆ 天津科技翻译出版有限公司

Gynecologic Oncology Handbook

An Evidence-Based Clinical Guide

妇科肿瘤临床循证手册

米歇尔·F.贝努瓦

编 著 [美] M.伊薇特·威廉姆斯-布朗

克莱顿·L.爱德华兹

主 译 孙蓬明

主 审 魏丽惠

天津出版传媒集团



天津科技翻译出版有限公司

著作权合同登记号:图字:02-2014-326

图书在版编目(CIP)数据

妇科肿瘤临床循证手册 / (美) 贝努瓦 (Benoit, M.F.), (美) 威廉姆斯-布朗 (Williams-Brown, Y.), (美) 爱德华兹 (Edwards, C.L.) 编著; 孙蓬明等译. —天津: 天津科技翻译出版有限公司, 2016.6

书名原文: Gynecologic Oncology Handbook: An Evidence-Based Clinical Guide
ISBN 978-7-5433-3603-2

I. ①妇... II. ①贝... ②威... ③爱... ④孙... III. ①妇科病-肿瘤-诊疗-手册
IV. ①R737.3-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2016) 第102582号

Gynecologic Oncology Handbook: An Evidence-Based Clinical Guide (9781620700051)

Copyright © 2013 by Demos Medical Publishing, LLC. All Right Reserved.
The original English language work has been published by Demos Medical Publishing, LLC. New York, USA. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise without prior permission from the publisher.

中文简体字版权属天津科技翻译出版有限公司。

授权单位: Demos Medical Publishing, LLC.

出版: 天津科技翻译出版有限公司

出版人: 刘庆

地址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电话: (022)87894896

传真: (022)87895650

网址: www.tsttpc.com

印刷: 山东临沂新华印刷物流集团有限责任公司

发行: 全国新华书店

版本记录: 889×1194 32开本 11.5印张 200千字

2016年6月第1版 2016年6月第1次印刷

定价: 58.00元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

谨以此书纪念

Dr. Edward V. Hannigan

一位伟大的良师,一位孜孜以求的临床学家。

他高尚的灵魂永垂不朽。

译者名单

主 译 孙蓬明 福建省妇幼保健院 福建省妇儿医院

主 审 魏丽惠 北京大学人民医院

译 者 (按姓氏笔画排序)

马辛欣 中国医科大学航空总医院

毛晓丹 福建省妇幼保健院

冯 静 加拿大 McGill 大学皇家维多利亚医院

刘桐宇 福建省肿瘤医院

阮冠宇 福建省妇幼保健院

苏 涛 上海交通大学附属国际和平妇幼保健院

宋一一 福建省妇幼保健院

张 楠 北京大学肿瘤医院

张俊霄 山西省妇幼保健院

张晓燕 复旦大学附属妇产科医院

赵丽君 北京大学人民医院

袁淑惠 浙江省肿瘤医院

高 敏 北京大学肿瘤医院

董滨华 福建省妇幼保健院

童 彤 上海交通大学附属国际和平妇幼保健院

谢 榕 福建省肿瘤医院

蔡良知 福建省妇幼保健院

薛丽芳 福建医科大学

译者前言

妇科肿瘤已经发展成为融合妇科手术学、肿瘤外科手术学、放射治疗学、化学药物治疗学、内分泌学、临终治疗等多专业的一个亚专科。笔者有幸曾于德国柏林洪堡大学和柏林自由大学联合 Charite 医学中心留学,并先后于 Charite 附属的 Virchow 医院、香港大学玛丽医院、加拿大 McGill 大学的 Jewish General 医院临床研修。期间所见,各国的住院医师、专科培训医师均是人手一册的指南、临床手册等口袋书,近年又为 iPad 所代替,无他,惟书贵也。他们的临床工作往往第一时间是求助于这些手册,根据手册建议诊治病患,然后带着疑问在讨论会上与高年资的同道讨论。而香港大学玛丽医院更是结合国际指南、分期标准、自己医院现有的医疗条件定期更新自己医院的妇科肿瘤指导手册。此类手册非常实用、高效、简洁、明了。这也是我们翻译本书的初衷。本书原著是由来自华盛顿和贝勒医学院的三位资深医师编写,内容非常实用,除了我们熟悉的妇科诊疗指南外,更提供了非常直接的相关内外科疾病、围术期并发症、急重症的临床处理建议以及相关的循证医学文献支持。作为一本口袋书,可谓开卷有益。参加本书编译、审校的有主任医师,但更多的是副主

任医师、主治医师和医学博士,他们多数有欧洲、美国的留学经历。我们尽最大的努力完成本书的编译工作,但限于自身水平,难免有不尽如人意之处,希望同道能够给予更多批评和指教。

非常感谢我尊敬的恩师北京大学人民医院魏丽惠教授,她全文审阅了本书,对全书的译、校给予了很多宝贵的意见和指导。

A handwritten signature in black ink, appearing to be '孙志军' (Sun Zhijun), written in a cursive style.

2015年12月30日

前言

本手册力求以框架式编写,为妇科肿瘤提供更全面的诊疗指南。它直接面向不同层次的临床医师。各个章节撰写中也力求风格的统一。将基本诊断概念,处理流程,分期以及诊治均以提纲式列出,然后根据现有临床证据标准,推荐相应的手术治疗及辅助治疗方式。最后提供循证医学证据以支持我们建议的诊疗措施。因此,医学生将会有非常明晰的疾病处理速览,住院医师可以参照本手册进行临床实践,而专科训练医师或独立执业医师可以更加便捷地获得文献支持,以尽快做出临床诊疗决定。

我们非常荣幸,能够为我们的朋友、同道而努力编撰此册。向支持本手册编撰的临床医师、教职员工,特别是我们的病友,表示最诚挚的感谢。正是他们设计、参与的临床研究使我们能够更深入地认识复杂、深奥的妇科肿瘤。我们期望本书提供的信息能够不断指引一个高质量的临床诊疗,并且您能体悟到我们在这一亚专科领域所做的努力。

Michelle F. Benoit, MD

Williams-Brown, MD, MMS

Greighton L. Edwards, MD

目 录

第 1 章 妇科肿瘤专科转诊指征	1
第 2 章 各部位疾病	5
第 1 节 癌前病变	5
第 2 节 宫颈癌	13
第 3 节 卵巢癌	39
第 4 节 子宫体癌	86
第 5 节 外阴癌	117
第 6 节 阴道癌	134
第 7 节 妊娠滋养细胞疾病	139
第 3 章 遗传性癌症综合征	153
第 4 章 筛查	157
第 1 节 卵巢癌筛查	157
第 2 节 宫颈癌筛查	162
第 5 章 手术治疗	167
第 1 节 解剖学	167
第 2 节 手术器械	172
第 3 节 手术步骤	177
第 4 节 术中并发症	189
第 5 节 术后治疗	193
第 6 节 术后并发症	199
第 6 章 并发症处理	209
第 1 节 术前风险评估	209

第2节 妇科肿瘤围术期管理	212
第3节 急救处理	227
第7章 治疗方式	255
第1节 化疗	255
第2节 放射治疗	274
第8章 生殖功能和恶性肿瘤	295
第1节 性功能和恶性肿瘤	295
第2节 生育功能和恶性肿瘤	297
第3节 妊娠期恶性肿瘤	299
第9章 生存关怀	305
第1节 随访监测建议	305
第2节 随访监测检查单	310
第10章 姑息治疗	313
第11章 统计学	317
第12章 参考资料	329
I. 体力状况评分标准	329
II. 不良事件分级	330
III. 实体肿瘤反应评定标准(RECIST)	330
IV. 可用公式	331
V. 缩略词	332
索引	343

妇科肿瘤专科转诊指征

I. 子宫内膜癌

- A. 活检证实的任何分化级别的子宫内膜癌症。

II. 盆腔肿物

- A. 出现或考虑晚期疾病
 - 1. 网膜饼
 - 2. 胸腔积液
 - 3. 腹水
- B. 临床怀疑盆腔恶性肿瘤物
 - 1. 肿物径线大于 8cm
 - 2. 结构复杂
 - 3. 固定
 - 4. 结节
 - 5. 双侧
 - 6. 瘤体或赘生物
 - 7. 实性成分
- C. 月经初潮前女孩发现盆腔肿物
- D. 绝经后女性发现可疑盆腔恶性肿瘤或血清肿瘤标记物升高。提示可疑盆腔肿物的临床发现有：实性成分，单纯性肿物直径大于 8~10cm，或见混合性成分。ACOG 建议如果血清 CA-125 升高大于 35 μ g/L，应转诊妇科肿瘤医师。
- E. 围绝经期女性发现卵巢肿物，特别是伴随着血清 CA-125 水平的升高。ACOG 建议如果绝经前或围绝经期女性血清 CA-125 升高

大于 200 $\mu\text{g/L}$,应转诊妇科肿瘤医师。

- F. 年轻女性发现盆腔肿物伴随肿瘤标记物 (CA-125, AFP, hCG, LDH) 的异常升高。
- G. 发现盆腔可疑肿物,该女性同时有乳腺癌、内膜癌等其他肿瘤疾病史或有卵巢恶性肿瘤等家族史(一位或数位直系亲属)。

III. 宫颈癌

- A. 活检(或直接锥切)证实有侵袭性肿瘤。
- B. 女性发现有宫颈病变建议转诊,但在转诊前家庭医师或普通妇科医师可以对宫颈病变部位活检。

IV. 阴道癌

- A. 所有侵袭性阴道癌。
- B. 根据独立执业者的相应情况决定:
 - 1. 阴道镜检查或活检术后无法解释的细胞学异常结果。
 - 2. VAIN 3 级可疑伴有侵袭病变,需要进一步治疗。

V. 外阴癌

- A. 所有侵袭性外阴癌。
- B. 对可疑的外阴病变在转诊前应先对病变部位活检,这些可疑病变包括:
 - 1. 久治不愈的溃疡。
 - 2. 慢性的疼痛或瘙痒部位。
 - 3. 皮革样的病损区域。
 - 4. 粗大的病损区域。
- C. 根据独立执业者的相应情况决定:
 - 1. 散发、多病灶的和(或)复发的 VIN 3 级病变。
 - 2. 外阴 Paget 病。

VI. 妊娠滋养细胞肿瘤

A. 在葡萄胎妊娠吸宫术后，如仍有证据提示持续存在妊娠滋养细胞疾病，应转诊妇科肿瘤医师。

1. 妊娠滋养细胞疾病(高或低风险)。

2. 绒毛膜癌。

3. 胎盘部位滋养细胞肿瘤。

在首次诊断时就有证据提示转移性病变应立即转诊。

(孙蓬明 译 宋一一 校)

各部位疾病

第 1 节 癌前病变

I. 宫颈上皮内瘤样病变(CIN)

宫颈上皮内瘤样病变是无症状的,巴氏涂片筛查是针对中位年龄 23 岁人群诊断的主要手段^[1]。CIN 根据所涉及的上皮细胞的数量分为以下几类:CIN1 提示异型性细胞位于上皮的下 1/3。CIN2 提示异型性细胞上升至上皮的下 2/3。CIN3 表明异型性细胞贯穿上皮全层。CIN 的微观表现是核异型性,组织分解或去极化,角化不全以及异常核分裂象。大多数病变发生于子宫颈上皮的移行带区。

A. 异常病变的进展风险:

病变	逆转(%)	持续存在(%)	进展为 CIN3(%)
CIN1	57%	32%	11%
CIN2	43%	35%	22%
CIN3	32%	35%	NA

B. 异常病变的危险因素包括人类乳头状瘤病毒(HPV)感染、免疫抑制、吸烟、性传播疾病以及多个性伙伴。在饮食中降低维生素 A、维生素 C 及 β -胡萝卜素(转化为视黄醇)的摄取也与宫颈不典型增生及癌变的高发生率紧密相关。免疫抑制能够显著提高不典型增生及癌变的发生率。对于 HIV 感染者,其相对发病风险提高

9.2 倍,而对于器官移植的患者,其相对发病风险则提高 13.6 倍。

- C. 诊断需应用3%的冰醋酸涂抹宫颈 5min 后行阴道镜下活检。如果患者没有怀孕,应同时行宫颈管搔刮术(ECC)。必须经活检组织学确认后才可行消融治疗(如冷冻消融治疗)。
- D. 病理医师无法区分 CIN3 和原位癌(CIS);因此,不再建议使用 CIS 术语。我们将术语分为两个层次:CIN1 为低级病变,CIN2 和 CIN3 合并称为高级病变。
- E. 腺体癌前病变包括了原位腺癌(AIS)。组织学描绘为:细胞拥挤、异型性、假复层以及有丝分裂活性增加。在鉴别非典型增生和原位腺癌时,应该考虑有丝分裂活动的程度和假复层情况。非典型腺体延伸如超越子宫颈内腺体正常深度,该距离通常为 5~6mm,侵袭性病变诊断成立。
- F. CIN1 的治疗是多样化的。在宫颈癌研究的 ASCUS/LSIL 分类研究 (ALTS) 中,41%的 CIN1 的诊断逆转为正常,同时 13%的 CIN1 升级为 CIN2 或 CIN3。在一项研究中,90%妇女的 CIN1 在 24 个月内自然消退^[2]。如果是巴氏涂片结果为 HSIL 或 ASC-H 而组织学诊断为 CIN1 的患者,应考虑更积极的治疗。如果是巴氏涂片结果为 ASC-US 或 LSIL 而组织学诊断为 CIN1 的患者,那么我们可以考虑 12 个月重复一次 HPV 检测,或是每 6 个月重复一次巴氏涂片检查。
- 如果 CIN1 病变持续 2 年,我们可以考虑进行宫颈环形电圈切除术(LEEP)。在使用任何烧灼(冷冻或激光)治疗前,应确保宫颈管搔刮结果是阴性的。
- G. CIN2/3 的治疗通常是宫颈锥形切除术。这些可以用 LEEP、宫颈冷刀锥切术或 CO₂ 激光疗法。冷冻疗法仅用在地域偏僻、资源较少的地区。对锥切术的过程,有必要去除 5~7mm 的宫颈间质,并且要先行 ECC。因为有证据显示宫颈病变的跳跃性和多灶性特点,尤其是腺体病变。所以,对于一个患者,我们不能只