

妇科

曹泽毅 主编

常见恶性肿瘤诊断与治疗规范

人民卫生出版社



妇科常见恶性肿瘤 诊断与治疗规范

主 编 曹泽毅

副主编 张惜阴 郎景和 彭芝兰
石一复 李孟达 杨秀玉

编者（以姓氏笔画为序）

石一复	孙建衡	乔玉环	江 森
吴爱如	宋鸿钊	张志毅	张惜阴
李孟达	李诚信	李庭芳	李联昆
杨秀玉	沈 铿	连利娟	郎景和
钱和年	顾美皎	崔 恒	曹泽毅
彭芝兰	焦书竹		

人民卫生出版社

11-155/02

妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范

主 编：曹泽毅

出版发行：人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址：(100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址：<http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷：三河市富华印刷包装有限公司

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/32 印张：3.125

字 数：57千字

版 次：2000年5月第1版 2000年5月第1版第1次印刷

印 数：00 001—5 000

标准书号：ISBN 7-117-03733-4/R·3734

定 价：6.00 元

著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

妇科肿瘤的诊断与治疗,近年来有了长足的进展,积累了丰富的经验。全国妇科肿瘤学组(GOG)从1996年始,即组织有关专家草拟了妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范,旨在总结诊断与治疗的方法和结果,促进协作,推动规范化,以积累统一标准的大样本资料,不断提高诊断水平,改善治疗预后。两年来,经过多次学术研讨,几易其稿,并经1998年第6次GOG大会宣讲、讨论,基本取得了共识,并在1998年第11、12期《中华妇产科杂志》上发表。现将外阴癌、子宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢恶性肿瘤、妊娠滋养细胞肿瘤的诊断与治疗规范,以及化疗药物的副反应和防治规范正式出版,以飨读者和同道。希望有条件的单位尽量按规范施行,也希望对此规范进一步提出补充修改意见,不断总结经验,使规范日臻完善,为更大范围协作的临床研究,奠定良好的基础。

参加规范起草的专家有宋鸿钊、江森、曹泽毅、张惜阴、郎景和、钱和年、连利娟、吴爱如、顾美皎、焦书竹、彭芝兰、石一复、李诚信、李孟达、杨秀玉、张志毅、孙建衡、沈铿、崔恒、乔玉环、李联昆、李庭芳等。最后由曹泽毅、张惜阴、郎景和、彭芝兰、石一复、李孟达、杨秀玉执笔定稿。在此,对各位专家的辛勤劳动,表示感

谢。

中华医学会妇产科学会
中华妇产科杂志编辑委员会

2000 年 3 月

目 录

第一章	外阴癌	(1)
第二章	子宫颈癌	(10)
第三章	子宫内膜癌	(30)
第四章	卵巢恶性肿瘤	(46)
第五章	妊娠滋养细胞肿瘤	(61)
第一节	葡萄胎	(61)
第二节	侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌	(65)
第三节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	(74)
第六章	妇科肿瘤化学治疗的副反应及防治 规范	(77)

第一章 外 阴 癌

外阴癌(carcinoma of vulva)约占女性全身恶性肿瘤的1%,占女性生殖道恶性肿瘤的3%~5%。其包括来自表皮的鳞状细胞癌、基底细胞癌、派杰病(Paget's disease)、汗腺癌(hidradenoma carcinoma)、恶性黑色素瘤和来自特殊腺体的前庭大腺癌、尿道旁腺癌。这些类型中,以鳞状细胞癌最常见,占外阴恶性肿瘤的80%~90%。现将外阴癌的诊治规范提出如下。

第一节 诊 断

一、询问病史

按住院病历记录各项内容,应特别注意外阴瘙痒、糜烂、皮肤色素变化、肿物出现和增大的时间。

二、症状

外阴癌常伴有外阴瘙痒和出现各种不同形态的肿物,如结节状、菜花状、溃疡状。恶性黑色素瘤,可出现色素沉着的肿物。肿物合并感染或较晚期癌可出现疼痛、渗液和出血。

三、身体检查

1. 全身检查 应注意有无消瘦和贫血、浅表淋巴结有无肿大,尤其是腹股沟和锁骨上的淋巴结。

2. 妇科检查 除行妇科常规三合诊检查外,应详细检查外阴皮肤的色素变化和原发病灶的部位、大小、形态(包括糜烂、结节、菜花、浸润等类型)以及与邻近器官的关系。应特别注意尿道口、阴道、肛管有无受侵犯及侵犯的深度。

四、辅助检查

1. 病理检查 外阴病灶有明显肿物者应行活体组织病理检查。为保证病理诊断的准确性,活检时应取新鲜的病灶组织。凡临床拟为恶性黑色素瘤者,应在做好手术准备的情况下取活检。尽量行肿物切除活检,并行快速冰冻切片病理检查,一旦确诊为该病,应立即手术治疗。外阴病灶呈浅表糜烂者,可通过涂甲苯胺蓝、荧光诊断仪或放大镜和显微镜观察,于阳性病灶处行活检,以提高病理检查的准确率。

2. 细胞学检查 外阴病灶呈浅表糜烂者,可行病灶处涂片细胞学检查。

3. 影像学检查 有条件者应行B超或CT、MRI等检查,以了解盆腹腔、腹膜后淋巴结和较晚期的病灶与周围器官、组织的情况。以便在治疗时作出准确分期,为制定治疗方案提供依据。

4. 膀胱、直肠镜检查 对一些较晚期的外阴癌,

行膀胱镜和直肠镜检查,以了解膀胱、直肠的情况是必要的。

第二节 临床分期

外阴癌的临床分期标准,目前有两种。一是国际妇产科联盟(International Federation of Obstetrics and Gynecology, FIGO)的分期法;另一是国际抗癌协会

表 1 外阴癌的临床分期标准(FIGO, UICC)

FIGO	UICC	肿瘤范围
0 期	TIS	原位癌,表皮内肿瘤
I 期	T ₁ N ₀ M ₀	肿瘤局限于外阴和(或)会阴,肿物直径≤2cm,无淋巴结转移
II 期	T ₂ N ₀ M ₀	肿瘤局限于外阴和(或)会阴,肿物直径>2cm,无转移淋巴结
III 期	T ₁ N ₁ M ₀ T ₂ N ₁ M ₀ T ₃ N ₀ M ₀ T ₃ N ₁ M ₀	任何肿瘤大小,侵犯及下尿道和(或)阴道,或肛门,和(或)有单侧区域淋巴结转移(腹股沟淋巴结阳性)
IVa 期	T ₁ N ₂ M ₀ T ₂ N ₂ M ₀ T ₃ N ₂ M ₀ T ₄ N ₀ M ₀	肿瘤侵犯尿道上段、膀胱粘膜、直肠粘膜,盆腔淋巴结和(或)双侧区域淋巴结转移
IVb 期		任一 T 和 N ₁ 有 M ₁ 远处转移,包括盆腔淋巴结转移

注: * T:原发肿瘤;TIS:浸润前癌(原位癌),肿瘤直径≤2cm;T₂:肿瘤直径>2cm;T₃:肿瘤侵犯尿道下段和(或)阴道、肛门;T₄:肿瘤侵犯尿道上段粘膜、膀胱粘膜和(或)直肠粘膜和(或)固定于骨盆。N:区域淋巴结;N₀:无淋巴结转移;N₁:单侧淋巴结转移;N₂:双侧淋巴结转移。M:远处转移;M₀:无远处转移;M₁:有远处转移(包括盆腔淋巴结转移)

(International Union Against Cancer, UICC)的 TNM 分期法。前者简易,临床易于掌握;后者准确,但较繁琐,两者各有其优缺点。见表 1。

第三节 治 疗

一、上皮内肿瘤

上皮内肿瘤 1 级(VIN-1):①药物治疗:5% 5-氟尿嘧啶(5-FU)软膏,外阴病灶涂抹,每天 1 次。②激光治疗:外阴病灶经此方法治疗后,能保留外阴的外观,疗效亦较好。

VIN-2~3 级:采用手术治疗,术式包括外阴皮肤切除和单纯外阴切除。

二、外阴浸润癌

(一)手术治疗

由于年轻患者和早期病例日益增多,和近 10 年来对本癌瘤的生物学行为——淋巴结转移规律相关危险因素的深入了解,目前,国际上对早期外阴癌的手术方式已不是单纯采用临床沿用达半世纪的传统的 Taus-sig's 和 Way's 术式,而趋向于个体化,尤其是早期病例。但结合目前我国的情况,对早期癌淋巴管受累、浸润深度的病理检查存在一定的困难,故对其治疗仅作原则处理。

1. 各期术式的选择 应依据癌瘤临床期别、病灶

部位来决定

(1) I 期:①外阴广泛切除及同侧腹股沟淋巴结切除术;适应证:癌灶位于外阴一侧。②外阴广泛切除及双侧腹股沟淋巴结切除术;适应证:癌灶位于外阴中部。

(2) II 期:①外阴广泛切除及双侧腹股沟浅层和腹股沟深层淋巴结(Cloquet's 淋巴结)切除术;适应证:Cloquet's 淋巴结阴性者。②外阴广泛切除及双侧腹股沟浅层和一侧盆腔淋巴结切除术;适应证:一侧 Cloquet's 淋巴结阳性者。③外阴广泛切除及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:双侧 Cloquet's 淋巴结阳性者。

(3) III 期:①外阴广泛切除及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:同侧腹股沟转移淋巴结固定或皮肤受累者。②外阴广泛切除、尿道前部部分切除及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:癌灶侵犯尿道前部者。③外阴广泛切除、肛门皮肤切除及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:癌灶侵犯肛门皮肤,且有双侧腹股沟转移淋巴结者。

(4) IV 期:①外阴广泛切除、直肠下段和肛管切除、人工肛门形成术及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:癌灶侵犯肛管和(或)直肠和(或)下段直肠阴道隔。②外阴广泛切除、全尿道和部分膀胱切除、人工膀胱形成术及双侧腹股沟、盆腔淋巴结切除术;适应证:癌灶侵犯尿道上段和(或)膀胱三角区。

2. 各手术的范围

(1)外阴皮肤切除(skinning vulvectomy):病灶区受累皮肤行皮片切除,厚度达皮下脂肪层厚约 1cm,切口缘应距病灶 1cm 以上。

(2)单纯外阴切除:切除范围包括阴蒂,双侧大小阴唇,会阴后联合,深度达皮下脂肪 2cm 以上,保留会阴部及阴道。

(3)外阴广泛切除:切除范围上界包括阴阜,下界包括会阴后联合,外侧为左右大阴唇皱襞。外阴皮肤切缘应距肿瘤 2cm 以上,内侧沿尿道口左右而下,切除 1cm 以上的阴道壁,深度达耻骨筋膜(上部)和内收肌筋膜(两侧)。

(4)腹股沟淋巴结清除:Taussig's 切口上界为髂前上棘与脐连线中点,下界为股三角尖。Way's 切口自左右髂前上棘,向下弯至阴阜的弧形连线。切除范围外侧界为髂前上棘和缝匠肌表面,内侧为耻骨结节和内收肌,深度达腹外斜肌腱膜(上部)和阔筋膜(下部)。解剖股管分离股动、静脉,大隐静脉保留与否取决于病期早晚。分离皮片厚度约 5~8mm,注意应行 Cloquet's 淋巴结切除。

(5)盆腔淋巴结清除:此手术应经腹膜外进口,其切除范围与宫颈癌同。

3. 手术后的并发症

(1)手术切口延期愈合:外阴癌无论采用 Taussig's 或 Way's 术式,均存在有术野切口延期愈合的情况。对此类切口应按外科 II 期愈合切口处理。

(2)下肢淋巴性水肿:凡行腹股沟、盆腔淋巴结切

除术的外阴癌患者,均可出现不同程度的下肢淋巴回流障碍性水肿。预防淋巴性水肿,应在术中仔细结扎上下端淋巴管。对此并发症需耐心治疗方能控制。治疗原则以反复利尿、加压包扎下肢为主。

(二)放射治疗

外阴癌中,鳞状细胞癌虽对放射线敏感,但由于外阴正常组织对放射线耐受性差,使外阴癌组织接受的剂量难以达到最佳治疗的放射剂量(鳞癌有效的治疗剂量为 55~60Gy,而外阴正常组织仅能耐受 40~45Gy)。因此,放射治疗(放疗)在外阴鳞癌中,除少数早期、范围小的病例可行单纯放疗外,对其他外阴癌的治疗,其仅处于辅助地位。恶性黑色素瘤对放疗不敏感,应相对禁忌。

1. 体外放疗 采用⁶⁰Co、直线加速器或电子加速器对外阴原发癌灶或盆腔髂部淋巴区行放疗。外阴癌灶的放疗,应按病灶的大小,结合临床要求行个体化设计。盆腔髂部腹股沟区的放疗,其照射野上界为耻骨联合上缘上 8~10cm,相当于第 5 腰椎上缘;下界为耻骨联合上缘下 4~5cm,相当于闭孔膜处;外界为股骨头中线,内界为脐耻连线外 2cm,整个放射野为 7cm×12cm~9cm×15cm 的前后左右 4 野。

(1)根治性放疗:盆腔髂部剂量 50~55Gy/5~6 周;适应证:外阴为早期的小而表浅的病灶,腹股沟、盆腔淋巴结未行切除患者。

(2)姑息性放疗:外阴剂量 25~30Gy/2~3 周;适应证:术前放疗者。盆腔区剂量 45~50Gy/5~6 周;

适应证:术后盆腔淋巴结阳性者。

2. 组织间插植放疗 用放射源针 ^{60}Co 、 ^{192}Ir 和镭,插入癌灶组织内进行放疗。其放射部位剂量应视根治性或姑息性治疗而定,可参考照射的剂量。此放疗法,应施以麻醉。

(三)化学药物治疗

由于目前所有的抗癌药对外阴癌疗效均不理想。因此,化学药物治疗(化疗)仅可作为较晚期癌或复发癌的综合治疗手段。

1. 常用有效的药物 阿霉素(ADM)或表阿霉素(EADM)或博来霉素(BLM)、平阳霉素、顺氯氨铂(DDP)或碳铂(carbo-platin)、5-FU和氮芥(BCNU)。

2. 化疗途径的选择 鉴于外阴癌对化疗药物不敏感,采用全身用药肌肉注射(IM)、静脉注射(IV)疗效欠佳,为提高对药物的敏感性,应提高局部药物浓度,可采用盆腔动脉给药(IA),以提高疗效。盆腔动脉给药的方法有:

(1)腹壁下动脉插管灌注术:此法经一侧腹壁下动脉插入导管,经髂外、髂总动脉,达腹主动脉下段(相当于腹主动脉分支处上2~3cm,在肠系膜下动脉下2~3cm)。此法可连续行每天灌注。该输液管如护理得好,可维持3~5个疗程。

(2)超选择性动脉灌注化疗(介入化疗):此法经一侧股动脉插入导管,经髂外、髂总动脉,达髂内动脉,经造影,选择最接近肿瘤的供应血管进行一次性灌注给药,且可行暂时性栓塞,阻断血液供应,以增强局部药

效的持久性。

3. 化疗方案 见表 2。

表 2 外阴癌的化疗方案

方案	药物组成	剂量	途径	每疗程时间	备注
PAB	DDP 或 (car-	20mg/m ²	动脉灌注	每日用	每 4 周 1 个疗程
	bo-platin)			药 1 次,	
	ADM	30mg/m ²		共 5 日	
	或 EADM	30mg/m ²			
	BLM	8mg/m ²		第 1、3 日	
NF	HN ₂	10mg	动脉灌注	每日 1 次,	每 4 周 1 个疗程
				共 4~8 日	
	5-FU	500~750mg	动脉灌注	每日 1 次, 共 8 日	
DPB	DTIC	250mg	静脉滴注	第 3~5 天	每 4 周 1 个疗程 对黑色素 瘤有效
	PDD	50mg	静脉滴注	第 2 天	
	BCNU	120mg	静脉滴注	第 1 天	

注:DDP:顺铂;HN₂:甲胺氮芥-2;DTIC:氮烯咪唑胺;ADM:阿霉素;
EADM:表阿霉素;BLM:博莱霉素;BCNU:氮芥

第四节 随 访

治疗后的外阴癌应按下列时间进行随访。第 1 年:1~6 个月每月 1 次;7~12 个月每 2 个月 1 次;第 2 年:每 3 个月 1 次;第 3~4 年:每半年 1 次;第 5 年以后,每年 1 次。

第二章 子 宫 颈 癌

宫颈癌是妇女常见的恶性肿瘤,在我国宫颈癌是最常见的恶性肿瘤。自 70 年代以来,虽然在全国很多地区积极开展了宫颈癌的普查普治,在某些地区,宫颈癌的患病率有明显下降,但从全国范围来看,宫颈癌的患病率仍居妇科恶性肿瘤的第一位。但如能早期诊断,及时、合理的治疗,其治疗效果是比较好的。宫颈上皮内瘤样变(CIN)是宫颈癌的癌前病变,这是一组病变包括 CIN₁ 级,即宫颈轻度非典型增生;CIN₂ 级,即宫颈中度非典型增生;CIN₃ 级,即宫颈重度非典型增生及原位癌的病变。为提高宫颈癌的诊治水平及治疗效果,提出下列诊治规范。

第一节 诊 断

一、询问病史

按住院病历询问并记录各项内容,尤其要询问有无 CIN 的病史,如有,是否治疗过;治疗方法及效果如何;有无患性传播性疾病;有无多个性伴侣;性生活开始的年龄,孕产次和时间。

二、临床表现

1. 早期无症状 无论是 CIN 还是早期宫颈癌患者,一般无明显症状。

2. 阴道出血 常为接触性出血,多见于性生活或妇科检查以后。出血量可多可少。早期出血量一般较少,晚期病灶较大时,可表现为出血量多,甚至大出血。年轻患者也有表现为经期延长、周期缩短,经量增多等。绝经后妇女表现为绝经后出血等。

3. 白带增多 白带呈白色或血性,稀薄似水样,也有为粘液、米泔样,有腥臭。晚期可继发感染,白带呈脓性伴恶臭。

4. 晚期继发性症状 晚期患者根据病灶范围、累及的脏器而出现一系列症状,如癌灶侵犯盆腔结缔组织、骨盆壁,压迫输尿管、直肠、坐骨神经等而出现骨盆疼痛、尿频、尿急、血尿、肛门坠胀、大便秘结、里急后重、便血、下肢水肿和疼痛等。严重者癌灶压迫输尿管,导致输尿管梗阻、积水,最后导致尿毒症等。

5. 后期衰竭 疾病后期患者出现消瘦、贫血、发热和全身衰竭等。

三、妇科检查

妇科检查必须由两位妇科医师进行双合诊及三合诊检查。

1. 宫颈 光滑或呈糜烂状。癌灶也可呈菜花状、结节状、溃疡或空洞形成,宫颈管型癌症(宫颈腺癌),