

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第七分册

宫 颈 癌

中华人民共和国卫生部医政司 编

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

(京)新登字 147 号

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第七分册 宫颈癌

中华人民共和国卫生部医政司 编

责任编辑:陈永生

*

北 京 医 科 大 学

中国协和医科大学联合出版社出版

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

*

850×1168 毫米 1/32 印张 2.375 插页 5 56 千字

1991 年 6 月第 2 版 1992 年 8 月北京第 2 次印刷

印数: 7001—21643

书号: ISBN7-81034-013-1/R·14

定价: 2.00 元

序

为落实《全国肿瘤防治规划(1986~2000年)纲要》中关于“降低恶性肿瘤的发病率和死亡率”,“提高肿瘤患者的生存率,改善生存质量”的战略目标,卫生部委托全国肿瘤防治研究办公室会同中国抗癌协会共同组织国内近五十个单位,一百多位专家,经过两年时间的筹备和讨论,制定并撰写出版我国第一部《常见恶性肿瘤诊治规范》。它为肿瘤防治专业人员及广大医务人员提供了有重要应用价值的专业性强的参考资料。对提高肿瘤的防治研究和临床实践将起到促进作用。

本《规范》是在总结全国恶性肿瘤诊断、治疗等方面较成熟的经验的基础上,结合我国现有各级医院的实际情况,针对鼻咽癌、肺癌、食管贲门癌、胃癌、大肠癌、肝癌、宫颈癌、乳腺癌八个常见肿瘤的临床分期,诊治程序与要求,综合治疗方案,疗效评价及各种统计指标等,作了科学的和规范化的阐述,有助于统一我国常见恶性肿瘤诊治的各项标准、为提高诊治水平并为开展广泛协作奠定基础。

为此,希望各级卫生行政管理部门,予以支持,积极推广本《规范》的实施。地(市)以上及有条件的肿瘤高发县的专科和综合医院可根据当地的实际情况贯彻执行,逐步推广,在实践中不断总结经验,使其日臻完善。

卫生部医政司
一九八九年十一月

说 明

恶性肿瘤是危害我国人民健康和生命的重要疾病之一。近十年来,我国肿瘤防治研究工作有了很大发展,并取得一定的成绩。当前面临的问题是怎样进一步提高对恶性肿瘤的诊断和治疗水平。众所周知,癌症患者能否作到早期发现,早期诊断和早期治疗是防治工作关键,也是广大肿瘤专业工作者和医疗人员最关心的问题。根据卫生部指示,为了推广国内在肿瘤诊断,治疗方面已取得的成熟经验,逐步统一诊治标准,在全国肿瘤防治研究办公室和中国抗癌协会共同主持下,组织国内著名专家,用近两年的时间,撰写和出版《中国常见恶性肿瘤诊治规范》专集。

本《规范》共分九个分册:第一分册食管癌和贲门癌;第二分册原发性肝癌;第三分册大肠癌;第四分册胃癌;第五分册鼻咽癌;第六分册支气管肺癌;第七分册宫颈癌;第八分册乳腺癌;第九分册肿瘤诊治工作中常用统计指标和统计方法。鉴于鼻咽癌在我国南方的广东、广西等省(区)为独有发病区,特在本《规范》中另列一册叙述。

有关中西医结合治疗肿瘤,是我国具有的特色,近年来在临床诊治中作了不少的实践,亦取得一定的疗效。然而,迄今进行规范化诊治的成熟经验还不多,故未列入。

本书由于参加写作人员较多,内容各有侧重,为了基本上保留名家的特点,文字编写格调未强求完全一致;此外,考虑到1979年出版的《实用肿瘤学》迄今已有七年,随着医学科学的迅速发展和肿瘤诊治水平的不断提高,本《规范》在有关部分增加了一些新近的进展内容,以满足读者需要。

总之,这套《规范》是一部有实用价值的著作,它反映了我国近年来肿瘤研究工作者和临床医疗人员在防治结合方针指引下所付出的努力和取得的成就,希望本书的出版能受到广大医务人员的欢迎。

由于时间仓促,水平有限,错误和缺点在所难免,恳请专家不

惜指教,使其日趋完善。

本书在编写过程中,承蒙许多专家和有关医疗部门的热忱支持,在此谨表诚挚的感谢。

全国肿瘤防治研究办公室
中 国 抗 癌 协 会
一九八九年十一月

《中国常见恶性肿瘤诊治规范》

组织委员会

主任委员:陈妙兰

副主任委员:李连弟 张天泽

委员:(以姓氏笔划为序)

于宗河 李 冰 迟宝兰

徐光炜 鲁凤珠

编写委员会

主 编:张天泽

副 主 编:徐光炜, 朱瑞镛

委 员:(以姓氏笔划为序)

马曾辰 李树玲 李连弟 吴爱茹

闵华庆 张明和 张汝刚 张毓德

杨学志 郑 树 赵恩生 徐志刚

黄国俊 屠基陶 汤钊猷 潘国英

廖美琳

秘 书 长:李连弟

副 秘 书 长:鲁凤珠

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第七分册 宫颈癌

责任编委： 吴爱如 杨学志

编 委：(以姓氏笔划为序)

孙建衡 江 森 刘树范 吴爱如
李诚信 张惜阴 杜心谷 蔡树模
廖彩森

中国常见恶性肿瘤诊治规范

第七分册 宫颈癌

目 录

第一章 诊断及临床分期

第一节 诊断步骤	(1)
第二节 细胞学诊断	(3)
第三节 阴道镜检查	(7)
第四节 子宫颈活体组织检查及 子宫颈管内膜刮取术	(10)
第五节 子宫颈锥形切除术	(11)
第六节 病理学诊断	(14)
第七节 其他辅助检查	(23)
第八节 临床分期	(24)

第二章 治疗

第一节 手术治疗	(28)
第二节 放射治疗	(33)
第三节 化学药物治疗	(41)

附 录 宫颈癌模式病历及诊治记录规范	(45)
--------------------------	------

第一章 诊断及临床分期

第一节 诊断步骤

子宫颈癌的诊断应按下列顺序进行。

一、病史及体格检查

(一) 询问病史 应详细、完整,并按病历各项内容详细记录。

(二) 体格检查 包括全身检查及妇科检查。检查应全面、准确、有重点,并按要求填写检查结果。

1. 全身检查:首先,观察全身一般情况,有无消瘦、贫血、恶病质等;其次,要仔细检查全身浅表淋巴结有无肿大,尤其是锁骨上及腹股沟等淋巴结;此外还应检查有无远处转移灶,如可疑,应作进一步检查。

2. 妇科检查:除妇科双合诊外,还需作三合诊检查。检查步骤如下所述,结果要绘图并记录。

(1) 外阴检查:除一般观察和触诊外,要注意外阴部有无癌瘤累犯及湿疣之类病毒感染。

(2) 窥阴器检查:如需作阴道细胞学检查,则以水为滑润剂,将窥阴器轻轻放入阴道,注意勿碰伤癌组织导致出血。要观察阴道穹窿深浅、肿瘤浸润范围,宫颈及其赘生物的大小、部位、类型、范围、子宫颈口位置等。早期病例局部病灶不明显者,应行子宫颈表面及子宫颈管刮片细胞学检查。如局部病灶明显,可直接在肿瘤部位取活检。

(3) 双合诊及三合诊检查:双合诊检查是妇科检查的常规步骤,先检查阴道壁、宫颈及宫颈管,注意其质地,有无赘生物,癌灶的部位、大小,浸润的范围、深度,有无接触性出血等。然后检查子宫体,注意其位置、大小、活动度、质地等。最后检查两侧附件及宫旁结缔组织,注意有无增厚、肿块、结节、癌灶浸润,组织的质地及

活动度等。三合诊是诊断妇科肿瘤不可缺少的检查方法,检查时除注意上述情况外,主要检查盆腔后半部及盆壁情况。如宫颈管的粗细和硬度,宫旁组织及宫骶韧带等的弹性、有无增厚、结节形成,癌灶浸润是否已达盆壁、盆腔淋巴结有无肿大以及直肠有无浸润等。

二、辅助诊断

(一) 阴道脱落细胞检查 凡已婚妇女,妇科检查或人群防癌普查时,均应进行阴道脱落细胞检查。它对子宫颈癌早期诊断的阳性率可达90%左右。为提高涂片的阳性率,应从宫颈癌的好发部位,即鳞状与柱状上皮交界处刮取涂片,老年妇女鳞、柱上皮交界区向颈管内上移时,则除从宫颈阴道部取涂片外,还应从宫颈管取涂片,以免漏诊。宫颈管刮片应用小脚板或小压舌板刮取之。

阴道脱落细胞异常并非都是宫颈癌,引起异常的原因很多,包括女生殖器各部位的癌瘤及阴道各种炎症。因此,如发现涂片细胞异常,应作进一步检查。

1. 凡细胞学为巴氏Ⅱ级以上或临床观察可疑癌者,均应重复涂片及/或作阴道镜检查。如阴道有明显炎症,则应于抗炎处理后再根据情况取子宫颈活检或子宫颈管刮片。反复检查仍阴性,应定期随诊涂片,每3个月一次,持续一年。确诊为子宫颈癌者,按不同分期进行相应治疗。

2. 凡在涂片发现癌细胞者(相当巴氏Ⅳ~Ⅴ级),应在阴道镜或碘试验下作多点活检及宫颈管刮片。临床可见明显癌灶者,毋须细胞涂片,直接取活检即可。

(二) 碘试验 将制成的碘溶液涂在子宫颈和阴道粘膜上,观察其碘染色的情况。不着色者为阳性,在该部位取活检。当宫颈细胞涂片异常或临床可疑癌而又无阴道镜时,借助碘试验可发现异常部位。常用的碘溶液有两种,一是Schiller溶液,另一是Lugol溶液。后者浓度比前者大10倍以上,染色快。

(三) 阴道镜检查 当临床可疑或细胞学检查异常而又无明显的子宫颈癌体征时,均应进行阴道镜检查,以协助定位,提高活检检出率。若同时行子宫颈管刮术检查,可以减少宫颈锥切率。

(四) 子宫颈活体组织检查 这是最可靠的方法。有钳取法,子宫颈管刮取法及子宫颈锥形切除法等,前两种常用。

三、其他辅助检查

包括X线检查如胸透,静脉肾盂造影;内腔镜检查包括膀胱镜,直肠镜以及同位素肾图或骨扫描等,视患者情况及诊断需要选择进行。

本节所述详细记录患者入院情况、病史、临床检查、实验室检查、诊断、治疗及出院情况的模式病历,见附录1~3。

(张惜阴 吴爱如)

第二节 细胞学诊断

一、细胞学检查程序

(一) 取材 用“小脚板”刮取子宫颈外口鳞状柱状上皮交界处一周。涂片中应包含大量子宫颈复层鳞状上皮细胞成分和子宫颈管的单层柱状上皮细胞成分。绝经期以后的妇女还应加作子宫颈管涂片,用小塑料网管或小刮板等工具擦刮颈管。详细填写妇科细胞学送检单,详见附录5。

(二) 涂片 于载玻片一端的三分之一部位编号。每例均应编号,并与送检单编号一致。同一病例取材部位不同时亦应注明。将刮取物轻轻涂布于载玻片上,要均匀、厚度适宜。

(三) 固定 涂片后立即固定。固定液有多种,一般用95%酒精。

固定方法:①浸泡法:将玻片放入预置固定液的缸中浸泡;②滴注法:用吸管将固定液覆盖于有细胞部位的载玻片上;③喷雾法:将固定液喷洒到玻片上。以浸泡法多用。

固定时间最短不少于15分钟,最长不超过一周。固定的涂片勿在空气中放干,否则影响巴氏染色效果。

浸泡过玻片的固定液经过滤后仍可使用。使用前再加入95%酒精,使其浓度基本上保持在95%。

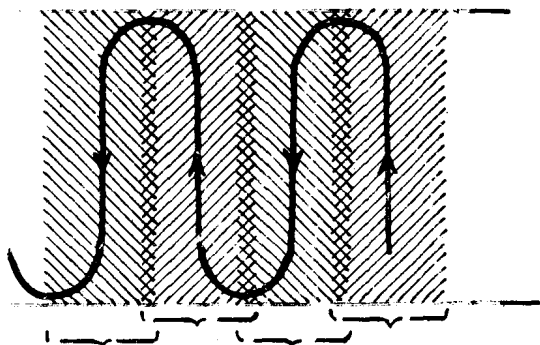
(四) 染色 首选巴氏染色法,H.E和邵氏染色法等也可采用。不管使用何种方法,均应达到细胞结构清晰,保证镜下观察顺

利。

巴氏染色注意事项:①染液配制要严格操作规程,染色要充分溶解,染片前要检查染液着色效果;②染色过程中要抽样镜检,及时纠正染色误差;③苏木素液在空气中暴露后,其液面飘浮的沉渣,影响对细胞形态的观察,故每日使用前要用普通滤纸过滤;④染色程序中的液体应每周过滤1次,防止重复使用时涂片被污染。

(五) 封固涂片 长期保存的涂片需用盖玻片封固,以防细胞磨损及退色。将加拿大树脂胶滴于载玻片上,再将盖玻片轻盖其上。所用胶量应适宜,以免溢出或封固不全。在载玻片的空白端贴上标签(标明细胞号、患者姓名、病案号,送检日期和取材部位)。

(六) 阅片和登记 阅片时,应用显微镜推进尺按顺序逐个视野观察。视野之间应有部分重叠,以防异常细胞漏诊(图 1-1)。在低倍镜下发现异常细胞或癌细胞时,改用高倍镜仔细观察并作出诊断。发现对诊断有意义的细胞时,在低倍镜下用墨水作一标记(图 1-2)。一张涂片中不同类型细胞用不同的标记符号。全面阅片后,在送检单上作好记录(包括细胞形态特征描述)、诊断结果及对临床的建议等。



A 视野 B 视野 C 视野 D 视野

图 1-1 用推进尺逐个视野阅片法

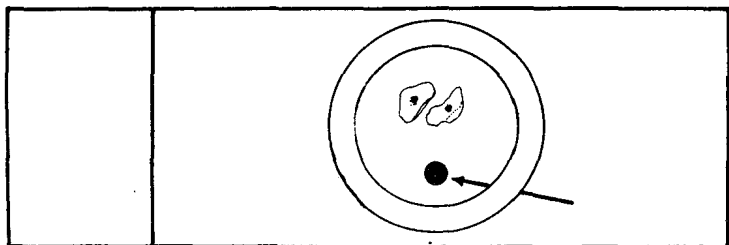


图 1-2 在涂片上标记法

(七) 回报 及时填写回报单,并发送到病案室存入病案中。回报单中内容必须逐项填写,主要内容是诊断结果。切忌只用数字分级法表示,详见附录 6。

(八) 归档 报告发出以后,涂片不能丢弃。应将其按顺序号置晾片柜,待封固的树脂胶干固(约半年)后,入柜保存。阳性涂片,包括有异常细胞的涂片,永久保存;阴性涂片保存二年。

二、细胞学诊断结果表示方法

常用描述性或分级诊断法表示。国内目前多用分级诊断法,其中应用五级分类法较多。

(一) 巴氏五级分类法

I 级 未见非典型或异常细胞

II 级 发现非典型但无恶性特征细胞

III 级 发现可疑恶性细胞

1. 性质不明,细胞可疑。

2. 怀疑恶性。

IV 级 发现不典型的癌细胞,待证实

V 级 发现癌细胞,形态典型

(二) 全国子宫颈癌防治研究协作会议关于细胞涂片诊断标准的五级分类法(1978 年 7 月)。

I' 级 未见异常细胞

II 级 发现异常细胞,但均为良性

1. 轻度(炎症)核异质细胞,变形细胞等。

2. 重度(癌前)核异质细胞,细胞形态明显异常,但仍属于良性范围,需定期复查。

Ⅲ级 发现可疑恶性细胞

1. 性质不明细胞。
2. 细胞形态明显异常,难于肯定其良、恶性,需要近期复查核实。
3. 未分化或退化的可疑恶性细胞与恶性裸核。

Ⅳ级 发现待证实的癌细胞(高度可疑的恶性细胞),具有恶性特征但不够典型;或虽典型但数目太少,需要复核,例如高度可疑的未分化或退化癌细胞,或少数低分化癌细胞

Ⅴ级 发现癌细胞,其恶性特征明显或数目较多,可作互相比较以确定为恶性者,例如高分化的鳞癌或腺癌细胞;成群未分化或低分化癌细胞

(三) 描述性诊断法 包括细胞形态特征的描写、诊断印象和提出进一步诊断的建议。

1. 细胞形态特征描述:细胞排列形式,细胞毗邻关系,细胞及核的大小和形状,核染色质分布特点,核仁数目,大小和形状;核浆比例,成团细胞排列形式,其中各细胞大小,形状、极向和染色;涂片背景。

2. 诊断印象:诊断明确时,应记述其病理类型;诊断不肯定时,应如实记述涂片所见,并提出进一步诊断的参考意见。

鉴于细胞学涂片检查有一定局限性,诊断时必须实事求是,不可勉强断论,更忌勉强作出病理分型,谨防漏诊、误诊。

三、 宫颈癌细胞学分型

宫颈鳞癌细胞的分型:国内常分为高分化及低分化两型;国际上常分为角化、非角化及小细胞三型。

子宫颈腺癌细胞的分型:亦分为高分化和低分化两型。宫颈未分化癌较少见。

四、 子宫颈湿疣细胞的形态特征

宫颈湿疣与子宫颈癌关系密切,常与子宫颈癌前病变及子宫

颈癌并存,必须注意识别。

(一) 核周空穴细胞 也称挖空细胞,细胞增大,单核或双核,核稍大而深染;核周围胞浆中出现不规则大空腔。胞浆不均匀,嗜蓝、嗜红和嗜双色。

(二) 角化不良细胞 细胞成层排列或单个散在,胞核深染,多呈固缩状。胞浆呈红或桔黄色,有时颇似高分化鳞癌细胞,但涂片背景中炎性细胞较少。

(三) 湿疣外底层细胞 涂片中外底层细胞核结构模糊,呈污秽状;核周可见一圈晕;胞浆有时呈嗜双色。

上述三种细胞成分可同时出现,亦可出现一或两种。当出现多量核周空穴细胞时,诊断不难,否则必须结合临床检查综合分析。

非典型湿疣是一种特殊的湿疣,其形态类似不典型增生、原位癌或浸润癌。细胞学和组织学诊断常有困难,但它比一般湿疣的癌变的危险性高,应进一步作阴道镜和活体组织检查,明确诊断。

(刘树范)

第三节 阴道镜检查

阴道镜可放大 6~40 倍,在强光源下用双目镜直接观察子宫颈上皮及血管的细微形态变化,主要用于检查子宫颈癌及其癌前病变。

一、操作步骤

(一) 检查前 24 小时内不作妇科检查。

(二) 以窥阴器充分暴露子宫颈阴道部及阴道穹窿部,勿蘸润滑剂。

(三) 轻轻拭去粘液,勿重擦以免引起出血。

(四) 肉眼直接观察子宫颈的形态、大小、色泽,有无糜烂、撕裂、赘生物,分泌物的性质等。

(五) 按低倍镜、高倍镜的顺序观察。先观察子宫颈的本色,再用绿色滤镜检查。

(六) 以 2~3% 的醋酸溶液涂宫颈表面,除去粘液,使组织

肿胀,以利观察。重点检查宫颈癌的好发部位。鳞状、柱状上皮交界区。

(七) 涂碘液后再作检查。

(八) 老年妇女鳞状、柱状上皮交界区向颈管内移时,用宫颈管窥器检查。

(九) 发现可疑或异常部位时,立即定位取活检。

二、阴道镜图像的命名和分类

根据 1975 年第二次国际宫颈病理及阴道镜会议的决定和 1978 年第三次会议修改决定,阴道镜图像的命名和分类如下:

(一) 正常图像

1. 原始鳞状上皮:为鳞状上皮,表面光滑,呈粉红色,有光泽,上皮下毛细血管均匀,呈网状,排列规则,涂醋酸后无变化(图 1-7)。

2. 异位柱状上皮:宫颈管内的柱状上皮向外异位生长到达原来为鳞状上皮覆盖的部分,呈葡萄状结构,涂醋酸后更明显,呈膨胀发白的小葡萄状结构(图 1-8)。

3. 转化区或移行带:即鳞状上皮与柱状上皮交界的区域,可见鳞状上皮向内生长,顶端呈舌状,柱状上皮则呈小岛样,称为“异位岛”。并可见有宫颈腺体开口散在。新生的鳞状上皮有时可将开口封闭,形成腺囊肿,表面可见正常血管分支(图 1-9)。

(二) 不正常图像

1. 不典型转化区

(1) 白色上皮:由于上皮细胞核密度增加,透明度差所致。涂醋酸后局部发白,境界清晰,表面无血管(图 1-12)。

(2) 点状血管:基底部的毛细血管表现为点状,中间稍凹陷,边界清楚,涂醋酸后发白或略灰暗(图 1-11)。

(3) 镶嵌:局灶性异常,呈多边形白色斑块,斑块由红色边界分隔。红色线条系上皮下的结缔组织的血管构成稍隆起。涂醋酸后发白或略灰暗(图 1-10)。

(4) 白斑:由于上皮过度角化或角化不全而呈白色斑片状,

表面稍隆起,粗糙(图 1-13)。

(5) 异型血管:血管排列不规则,或扩大、形态改变,呈逗点状、软木塞状、螺旋状等,数目增多,上皮毛细血管间距增大(图 1-14)。

2. 可疑明显浸润癌:明显隆起,轮廓不规则,表面可见明显异型血管,呈云雾、脑回、猪油样病变。

(三) 图像不明确。看不见鳞柱上皮交界区。

(四) 杂类

1. 炎症性改变:见弥漫性充血,点状血管。

2. 萎缩性变:上皮变薄,血管暴露。

3. 糜烂:上皮剥脱,由创伤引起。

4. 湿疣:外生性病变。

5. 乳头状瘤:外生性病变。

6. 其他。

三、临床诊断依据

(一) 血管形态 正常血管形态规则呈网状结构。毛细血管呈网状或发夹样(图 1-3,1-4)。柱状上皮血管极细,不易见到。

异常血管形态呈点状及异型(图 1-5,1-6)。在子宫颈非典型增生Ⅲ级及子宫颈原位癌时,常见点状血管粗大,毛细血管间距宽,边界清晰,上皮发白(图 1-15)。在原位癌及早浸润癌时,见扩张而不规则的血管,形成粗细不均的镶嵌样血管,边界明显(图 1-16)。偶见畸形血管。

(二) 毛细血管间距 正常上皮血管间距近,当病变加重时则间距增宽。

(三) 上皮表面 正常上皮为粉红色,平滑。柱状上皮呈葡萄样结构,病变上皮隆起,如猪油样、脑回样或结节样,发白、黄色或暗红色。

(四) 病变界限 炎症呈弥漫性充血,癌变则为局灶性,边界清楚。