

新编常见恶性肿瘤诊治规范

妇科恶性肿瘤分册

R737.72/72

中国抗癌协会联合出版社

新编

常见恶性肿瘤诊治规范

妇科恶性肿瘤分册



中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

107929

新编常见恶性肿瘤诊治规范

妇科恶性肿瘤 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 妇科恶性肿瘤分册/中国抗癌协会编著. - 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998

ISBN 7-81034-876-0

I. 新… II. 中… III. ①癌: 常见病-诊治-规范②癌: 妇科病-诊治-规范 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 27667 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 妇科恶性肿瘤分册

作 者: 中国抗癌协会 编

责任编辑: 陈永生

封面设计: 孙元明

技术设计: 栾广明

责任校对: 李爱萍

责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32

印 张: 3.75

字 数: 100 千字

版 次: 1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷

印 数: 1—5000 册

定 价: 10.00 元

ISBN 7-81034-876-0/R·874

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

新编妇科恶性肿瘤诊治规范内容包括常见及较常见的妇科恶性肿瘤，即外阴癌、宫颈癌、宫内膜癌、恶性滋养叶细胞瘤及卵巢癌。目前由于国内一些单位对这些肿瘤认识不足，诊断处理不当，以致治疗水平不高，治疗效果不好。为了改善这种现状，提高其诊治水平，我们邀请了长期从事此项工作的有经验的妇科肿瘤专家编写了这部书，书中编写了每一个肿瘤的规范化的诊断步骤及诊断方法、治疗原则、治疗方法、各种治疗方案及选择、常见并发症的预防及处理以及治疗后如何随访等。由于时间仓促、水平有限，难免有不当之处，希望得到同道们的批评指正，以使其内容不断完善。

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委员：（以姓氏笔画为序）

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱如 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

妇科恶性肿瘤分册

主 编 吴爱如

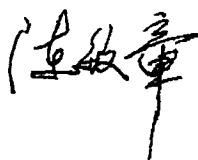
参加编写人员：（以姓氏笔画为序）

孙建衡 吴爱如 张志毅

高永良 蔡树模

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰写为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, reading '陈敏章' (Chen Guozhang). The signature is written in a cursive, flowing style with varying line thickness.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护人员对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样；愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一部分 外阴癌

第一章 诊断	(1)
第一节 诊断步骤	(1)
第二节 病理诊断要点	(2)
第三节 临床分期	(2)
第二章 治疗	(4)
第一节 治疗原则	(4)
第二节 外阴癌的手术治疗	(4)
第三节 外阴癌的放射治疗	(9)
第四节 外阴癌的化学药物治疗	(10)
第五节 随访	(10)

第二部分 宫颈癌

第一章 诊断	(11)
第一节 诊断步骤	(11)
第二节 病理诊断要点	(16)
第三节 临床分期	(17)
第二章 治疗	(20)
第一节 治疗原则及治疗方案的选择	(20)
第二节 手术治疗	(20)
第三节 放射治疗	(25)
第四节 化学药物治疗	(32)
第三章 治疗后随访	(35)

附录 1-11	(36)
---------------	--------

第三部分 子宫内膜癌

第一章 诊断.....	(53)
第一节 诊断步骤.....	(53)
第二节 病理诊断要点.....	(55)
第三节 分期.....	(57)
第二章 治疗.....	(60)
第一节 治疗原则及治疗方案的选择.....	(60)
第二节 手术治疗.....	(61)
第三节 放射治疗.....	(62)
第四节 手术与放射综合治疗.....	(63)
第五节 化学药物 (包括激素) 治疗.....	(64)
第三章 临床记录规范.....	(66)

第四部分 恶性滋养细胞肿瘤

第一章 诊断.....	(67)
第一节 诊断步骤.....	(67)
第二节 病理诊断要点.....	(68)
第三节 临床分期.....	(69)
第二章 治疗.....	(71)
第一节 治疗原则.....	(71)
第二节 化学药物治疗.....	(71)
第三节 手术治疗.....	(74)
第四节 放射治疗.....	(74)
第五节 转移灶的治疗.....	(75)
第六节 临床治愈标准.....	(76)
第七节 随访.....	(76)

第三章 临床记录规范·····	(77)
附录 1-4 ·····	(78)

第五部分 卵巢恶性肿瘤

第一章 诊断·····	(86)
第一节 诊断步骤·····	(86)
第二节 组织分类要点·····	(90)
第三节 分期·····	(91)
第二章 治疗·····	(93)
第一节 治疗原则及治疗手段的选择·····	(93)
第二节 手术治疗·····	(94)
第三节 化学药物治疗·····	(96)
第四节 放射治疗·····	(99)
第三章 临床记录规范·····	(100)
第四章 随访及病情监测·····	(101)

第一部分 外阴癌

原发性外阴恶性肿瘤较少见，占女性生殖器恶性肿瘤的3.5%~5%，占女性恶性肿瘤的1.6%；源于外阴部皮肤、粘膜、前庭大腺、汗腺、肌肉等，病理组织类型包括鳞形细胞癌、腺癌、黑色素瘤、肉瘤等，以鳞形细胞癌多见，占85%~90%；多见于大小阴唇、阴蒂，前庭部位少见，偶发生于会阴。外阴癌主要见于老年人，国内平均年龄50岁，国外则为65~70岁；近年来国外报道外阴原位癌平均年龄为45~50岁，提示外阴原位癌和浸润癌存在两种不同的病因或原位癌的有效治疗减少了浸润癌的发生。

第一章 诊 断

第一节 诊断步骤

一、询问病史

按病历各项内容询问并详细记录，尤其要询问有无外阴瘙痒、皮肤色素变化、破溃、肿块出现的时间、生长速度、外院有无作活检和治疗。

二、体格检查

(一) 妇科检查 常规双合诊及三合诊外，着重检查局部病灶，必要时应多次检查。检查时应注意以下几点：①肿瘤的部位

置、大小、基底活动度及其与周围组织的关系等，以考虑手术切除深部组织时是否影响邻近器官；②注意肿瘤所处位置的淋巴回流途径，有必要时盆腔淋巴结影像学检查；③肿瘤与尿道的关系，浸润尿道的长度，以考虑切除尿道的范围；④肿瘤与会阴联合、阴道直肠隔、肛门的关系，以考虑是否切除直肠。

(二) 全身检查 ①注意有无消瘦、贫血、腹股沟和锁骨上淋巴结肿大；②外阴癌多数为年迈妇女，因此必须详细询问和检查心、肺、肾、肝等脏器的功能，以利于术前准备，使患者安全的接受手术治疗。

三、辅助检查

(一) 活体组织检查 表面麻醉下于肿瘤明显部位取活体组织检查，应避免取坏死组织。

(二) 影像学检查 对分化差的鳞癌、腺癌、软组织肿瘤，部分黑色素瘤，易发生盆腔淋巴结转移部位如会阴前联合的肿瘤，应常规 B 超或 CT、MRI 等检查，以了解是否有远处转移，为制定合理的治疗方案提供依据。

第二节 病理诊断要点

浸润前病变包括：外阴营养不良、外阴 Paget's 病、外阴 Bowen's 病、鳞形细胞的表皮内肿瘤 (VIN)。

外阴浸润癌的组织类型主要有：外阴鳞状细胞癌 (85% ~ 90%)、腺癌、黑色素瘤 (6%)、肉瘤 (1% ~ 2%)、外阴 Paget's 病等。

第三节 临床分期

原发性外阴癌的临床分期 主要参照 1994 年 FIGO 的手术病理分期和 1997 年 UICC 的 TNM 分期法。现综合叙述于表 1。

表 1 外阴癌的分期[#] (FIGO1994 修正, UICC1997)

FIGO	UICC	肿瘤范围
0 期	Tis	原位癌, 表皮内癌
I 期	T ₁ N ₀ M ₀	病变直径 ≤ 2cm, 局限于外阴和/或会阴; 无淋巴结转移
I A	T _{1a} N ₀ M ₀	病变直径 ≤ 2cm, 局限于外阴和/或会阴和间质浸润不超过 1.0mm*; 无淋巴结转移
I B	T _{1b} N ₀ M ₀	病变直径 ≤ 2cm, 局限于外阴和/或会阴和间质浸润超过 1.0mm; 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; 直径 > 2cm; 无淋巴结转移
III 期	T ₃ N ₀ M ₀	任何大小的肿瘤并有
	T ₁ N ₁ M ₀	累及附近的尿道下段和/或阴道, 或肛门,
	T ₂ N ₁ M ₀	和/或单侧淋巴结转移
	T ₃ N ₁ M ₀	
IV A 期	T ₁ N ₂ M ₀	肿瘤侵犯到下列任何器官: 尿
	T ₂ N ₂ M ₀	道上段, 膀胱粘膜, 直肠粘膜, 或
	T ₃ N ₂ M ₀	盆骨, 和/或双侧淋巴结转移
	T ₄ N ₀₋₂ M ₀	
IV B 期任何 T、N、M ₁		任何远处转移, 包括盆腔淋巴结转移
T _x 原发肿瘤不能估计		
T ₀ 无原发肿瘤依据		
Tis 原位癌, (浸润前癌)		
T ₁ 肿瘤局限在外阴/会阴, 最大直径不超过 2cm		
T _{1a} 肿瘤局限在外阴/会阴, 最大直径不超过 2cm, 间质浸润不超过 1.0mm		
T _{1b} 肿瘤局限在外阴/会阴, 最大直径不超过 2cm, 间质浸润超过 1.0mm		
T ₂ 肿瘤局限在外阴/会阴, 最大直径超过 2cm		
T ₃ 肿瘤侵犯下列部位之一: 下尿道、阴道、肛门		
T ₄ 肿瘤侵犯下列部位之一: 膀胱粘膜、直肠粘膜、上尿道粘膜或固定于盆壁		
N _x 区域淋巴结不能估计		
N ₀ 区域淋巴结无转移		
N ₁ 单侧区域淋巴结转移		
N ₂ 双侧区域淋巴结转移		
M _x 远处转移不能估计		
M ₀ 无远处转移		
M ₁ 有远处转移 (包括盆腔淋巴结转移)		

[#] 按手术分期, 但最终依靠手术标本的组织病理。* 浸润深度测量从最浅的表皮-间质处的真皮乳头到浸润的最深处。

第二章 治 疗

第一节 治疗原则

外阴浸润前病变可采用非手术治疗，如随访观察、激光、冷冻、5-氟尿嘧啶等，亦可单纯外阴切除，由于外阴不同部位的肿瘤淋巴回流特殊性，浸润前癌的保守治疗应慎重。浸润癌则强调以手术治疗为主，对不能手术切除的晚期肿瘤可采用综合治疗，或化放疗后姑息性肿瘤切除，以改善预后。

第二节 外阴癌的手术治疗

一、手术方式与手术范围

(一) 单纯外阴切除 包括部分阴阜、双侧大小阴唇至会阴后联合，切缘为达大阴唇皱襞外缘。

(二) 外阴根治切除 上界自阴阜，下界至会阴后联合，两侧大阴唇皱襞，内切口包括切除 1cm 的阴道壁。两侧达内收肌筋膜，基底达耻骨筋膜，皮下脂肪厚度不超过 0.8cm，切缘距肿瘤 3cm。

(三) 局部外阴根治切除 切除范围包括癌灶周边 3cm 宽正常皮肤和皮下脂肪组织，内周边至少切除 1cm 以上宽度的正常组织的原则下不伤及尿道或肛门。若癌瘤紧邻尿道或肛门则应选择更大范围的手术。部分外阴根治切除可以是单侧外阴切除，前半部外阴切除或后半部外阴切除。以部分外阴根治切除代替全外阴根治切除，必须保证局部癌灶彻底切除，不能因为缩小手术范围而残留癌灶，影响治疗效果。

(四) 腹股沟淋巴结清除 自髂前上棘内 3cm, 经腹股沟韧带中点, 股动脉搏动点, 至股三角顶部作弧形切口, 皮下脂肪厚度不超过 0.5cm。外侧界为髂前上棘, 内侧界为耻骨结节。解剖分离股动、静脉, 切除 Colquet's 淋巴结, 结扎切除大隐静脉。

(五) 部分尿道切除 外阴广泛切除标本从耻骨联合、耻骨弓向下脱开, 处理阴蒂脚, 尿道脱开耻骨弓的解剖位置, 即是尿道被游离 2cm。测定尿道长度后, 金属导尿支撑, 该部位切除尿道。

(六) 全尿道切除、膀胱肌瓣尿道成形术。

(七) 全尿道切除腹壁代尿道术 适用于(五)中膀胱内括约肌不能保留者。

(八) 前盆腔脏器切除 外阴癌累及膀胱三角区者, 需行全膀胱切除、回肠代膀胱术, 同时行盆腔淋巴结清除术。

(九) Luckhart - Mummery's 联合外阴根治术 I 期行盆腔探查、乙结肠造瘘、盆腔淋巴结清除术; II 期为会阴直肠联合外阴根治术。

上述(六)~(九)术式难度较大, 不作为规范介绍, 可根据各单位条件及技术水平选择进行或采取术前后放疗的综合措施, 以缩小手术切除范围并保留相邻器官的功能。

二、手术治疗原则

外阴恶性肿瘤的手术治疗应依据肿瘤的部位、大小、浸润深度、所累及的脏器, 采取相应的手术方式。外阴原位癌、Bowen's 病、Paget's 病等早期癌可采用单纯外阴切除, 局部外阴根治切除或外阴根治切除。浸润性外阴癌则以外阴根治切除和双侧腹股沟淋巴结切除为常规治疗方案。但对一些年轻患者, 为了照顾外阴的外形及心理影响或老年人避免过大手术造成并发症仍可考虑局部外阴根治切除并配合术前后放疗。总之不论采用那种治疗方法均应根据个体情况区别对待适度掌握切除范围以达到根治为目的。

需要注意的是, 当外阴根治切除术时, 其切缘必须距肿瘤

3cm，同时作皮下潜行切除，包括皮下脂肪和淋巴组织，外侧基底达内收肌筋膜。腹股沟淋巴结切除时，其内侧皮片厚度以稍带脂肪为宜，外侧皮片厚度，皮下脂肪不厚于0.5cm。因为外阴部外切口与腹股沟之间为外阴皮下淋巴网回流的主要通道，如果该部皮下淋巴、脂肪组织清除不足，可导致该处的复发。

(一) 外阴癌侵犯尿道 外阴癌邻近或累及尿道的病例，应在作外阴根治切除术的同时切除尿道1~2cm。此术不影响术后排尿功能。肿瘤浸润尿道1cm以内者，应同时切除尿道2cm。为避免术后尿漏或排尿不畅，应同时行尿道悬吊术。这亦不影响病人术后排尿功能。

外阴癌已经浸润尿道3cm以内者，宜作全尿道切除术及膀胱肌瓣尿道成形术，但应保存膀胱内括约肌。这类手术既能保存病人原来的排尿方式，又有控制排尿功能；一般手术成功的病例，膀胱容量>200ml，残余尿40ml左右。

外阴癌已浸润尿道3cm以上，但膀胱三角区尚未受浸润者，宜作全尿道切除和/或部分膀胱切除术，膀胱肌瓣腹壁代尿道术。这类病例，因为腹壁代尿道仅有迫尿作用，无控制排尿的功能，需病员自行腹壁加压后排尿，而且必须术后定期扩张腹壁代尿道，避免术后腹壁创口瘢痕形成，致代尿道狭窄而失败。

外阴癌已浸润膀胱三角区者，应作全膀胱切除术，回肠代膀胱术。在多数情况下，这类病例需同时作全子宫和阴道前壁全切除术。

以上病例根据外阴淋巴回流的特殊性，都必须同时作盆腔淋巴结清除术。术时必须先行探查：①有无腹腔远处转移和腹主动脉旁淋巴结转移。已有远处转移者，则无扩大手术指征；②切开膀胱，探查膀胱三角区有无受癌浸润，以决定手术范围。

(二) 外阴癌侵犯肛门、直肠或阴道直肠隔 外阴癌浸润肛门、直肠或阴道直肠隔者，宜扩大手术范围，作外阴根治切除联合Luckhart-Mummery's手术。术前剖腹探查以排除腹腔远处转移，并作盆腔淋巴结清除术和乙状结肠造瘘术。此后再作此联

合手术和腹股沟淋巴结清除术。

三、手术前准备

外阴癌根治术系妇科手术中较大而复杂的手术之一。因为某些晚期外阴癌根治术涉及泌尿系、肠道手术，因此决定作某类外阴癌根治手术后，必须认真做好手术前各项准备工作。

病人入院后的体位，包括局部癌灶的检查极为重要。入院后需详细检查局部病灶，如外阴肿瘤的位置、范围、基底活动与周围组织关系等，以考虑手术切除深部组织和周围器官的范围，如检查肿瘤浸润尿道的深度，以考虑切除尿道的范围；检查肿瘤与外阴后联合、肛门、阴道直肠隔之间的关系，以考虑是否切除直肠等问题；检查肿瘤所处外阴的位置、肿瘤大小与腹股沟淋巴结的关系，以考虑清除腹股沟和/或盆腔淋巴结的问题。

饮食与肠道准备：外阴癌根治术前必须告诫患者，多进高蛋白、低脂、低渣的食物，在手术前1周内不应进食多纤维素的饮食。因为外阴癌术后，希望1周内不解大便，以尽量减少接近肛门口的外阴创面污染，手术前2天进食流质，以减少肠道积粪。

如果晚期外阴癌需作 Luckhart - Mummery's 联合手术或全膀胱切除，回肠代膀胱的病例，除作以上肠道准备外，术前2天口服卡那霉素、甲硝唑，作肠道灭菌准备。

四、手术后的处理和并发症的防治

(一) 术后一般处理 外阴癌根治术Ⅰ期手术的范围广、创面大，术后补充血浆和电解质。两侧腹股沟创面持续负压吸引，减少局部渗液和使股部皮片能紧贴肌层，增加皮片的存活和减少皮片的坏死，一般术后4~6天内保持负压吸引，减少大便污染创面。

1. 外阴和两侧腹股沟创面术后处理 每日至少更换外阴敷料2次，以保持外阴和会阴部创面敷料干燥，预防局部感染，皮片坏死。一般术后72小时坏死皮片的界限开始明显，应及时修剪坏死皮片。抗炎敷料或刺激肉芽组织生长的敷料交替使用。如