

中国常见妇科恶性肿瘤 诊治指南 (2019)

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会组编

主 编 周 琦

副主编 吴小华 刘继红 朱笕青 李 力

向 阳 白 萍 盛修贵

重庆大学出版社

主 编

周 琦

副主编

吴小华 刘继红 朱笕青 李 力 向 阳 白 萍 盛修贵

编委会（排名不分先后）

高国兰 王建六 王淑珍 孔为民 吴令英 高雨农 张师前

谢 幸 王 珂 林仲秋 张国楠 杨宏英 娄 阁 王丹波

李隆玉 蔡红兵 吴 强 郝 敏 曲芃芃 吴绪峰 王 莉

王 冬 刘开江 李庆水 阳志军 尹如铁 杨英捷 魏丽春

高春英 王 静 康 山 郭红燕 谢 榕 邹冬玲 柯桂好

程静新 田小飞 李秀琴 王纯雁 黄 奕

秘 书

邹冬玲 刘芳容 唐 凤

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会制订的子宫颈癌、卵巢恶性肿瘤、子宫内膜癌、滋养细胞肿瘤、子宫肉瘤、外阴癌、阴道癌等 7 个常见妇科恶性肿瘤诊治指南第 4 版，在常委会的共同努力下，历时 1 年的修订，2019 版单行本出版了。

1990 年原国家卫生部委托全国肿瘤防治办公室和中国抗癌协会编写了第 1 版《中国常见妇科恶性肿瘤诊治指南》，1999 年和 2005 年中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会又分别编写了第 2 版和第 3 版指南。第 4 版指南是由国内 30 余位临床妇科肿瘤学家以循证医学为依据，在第 3 版的基础上，结合国内妇科肿瘤诊治进展，借鉴国外

相关指南和高水平荟萃分析，经多次讨论，更新了常见妇科恶性肿瘤的诊断与治疗。

根据我国最新恶性肿瘤登记数据，子宫颈癌、子宫内膜癌和卵巢癌居妇科恶性肿瘤发病率的前3位，子宫颈癌、卵巢癌和子宫内膜癌居死亡率前3位，也分别居女性恶性肿瘤发病率与死亡率的前10位。滋养细胞肿瘤、子宫肉瘤、外阴癌、阴道癌等妇科恶性肿瘤虽然发病率不高，但规范诊断与治疗仍然十分重要。因此，第4版指南在前3版指南针对子宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢癌、外阴癌和滋养细胞肿瘤的基础上增加了阴道癌和子宫肉瘤诊治指南。本指南重点对各瘤种最新分期，特别是近年来针对妇科遗传性肿瘤遗传咨询与干预、保留生育功能治疗、最新的分子靶向治疗和免疫治疗做了更新与增加，强调个体化治疗、多学科综合治疗和随访的全程管理。制订本指南旨在进一步加快我国妇科肿瘤诊断与治疗与国际接轨，规范我国妇科恶性肿瘤的诊断标准和治疗原则，指导我国妇科肿瘤诊治工作临床实践，提高我国妇科肿瘤诊治水平。

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会将每年对指南进行更新，也将进一步结合中国临床研究结果制订更加适用于我国妇科肿瘤诊疗的临床实践的指南。本指南可用于指导妇科肿瘤临床工作，也可作

为医学生的参考书。

感谢参与编写的全体专家所做的努力！

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会主任委员 周 琦

2019年5月

目录

Contents

第 1 章	子宫颈癌诊断与治疗指南	001
第 2 章	卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南	043
第 3 章	子宫内膜癌诊断与治疗指南	079
第 4 章	子宫肉瘤诊断与治疗指南	111
第 5 章	妊娠滋养细胞疾病诊断与治疗指南	131
第 6 章	外阴癌诊断与治疗指南	157
第 7 章	阴道恶性肿瘤诊断与治疗指南	187

子宫颈癌发病率位列女性恶性肿瘤第 2 位。根据世界卫生组织（WHO）的数据，每年有新增病例 57 万，约 31.1 万女性因宫颈癌死亡，其中发展中国家女性因宫颈癌死亡人数占全球女性因宫颈癌死亡人数的 80%。在西方发达国家，由于 HPV 疫苗的使用和子宫颈癌筛查的普及，子宫颈癌发病率缓慢下降；在中国，每年新增宫颈癌病例约 14 万，死亡约 3.7 万人。

本指南适用于子宫颈鳞癌、腺癌及腺鳞癌。其他特殊病理类型，如小细胞癌、透明细胞癌、肉瘤等发病率低，国际、国内尚未就诊断与治疗方法达成共识，因此，本指南不包括这些少见病理类型的

诊治，部分诊治可以参照本指南。在临床实践中，根据医院的设备、技术条件以及患者的病情，国际上推荐采用最适合的符合指南的方法诊治患者。对于病情复杂的宫颈癌，临床医师应灵活应用指南，在不适用于本指南的情况下建议参考高级别循证医学证据及研究结果，并鼓励参加临床试验。

1 分期

1.1 分期规则

子宫颈癌分期规则采用国际上统一使用的 FIGO 2018 分期（见表 1-1），其他分期规则作为参考。FIGO 2018 宫颈癌分期与原有分期相比，主要有以下两点不同：

①因存在取材和病理“伪影”误差及腺癌的生物行为，微小浸润癌的分期不再考虑病变宽度。

②IB 期根据宫颈病变的最大直径细分为IB1、IB2 和IB3 期。

由于淋巴结受累导致其预后更差，所有有淋巴结转移的病例划为III C 期，若仅有盆腔淋巴结阳性，则为III C1 期；若腹主动脉旁淋巴结

表 1-1 宫颈癌分期规则 (FIGO, 2018)

分期	描述
I期	癌严格局限于宫颈 (扩散至宫体, 应不考虑)
IA	只是在显微镜下诊断, 所测量的最大浸润深度 < 5.0 mm 的浸润癌
IA1	所测量间质浸润深度 < 3.0 mm
IA2	所测量间质浸润深度 ≥ 3.0 mm 而 < 5.0 mm
IB	所测量的最大浸润深度 ≥ 5.0 mm 的浸润癌 (病变范围比 IA 期大), 病变局限在子宫颈
IB1	间质浸润深度 ≥ 5.0 mm 而最大径线 < 2.0 cm 的浸润癌
IB2	最大径线 ≥ 2.0 cm 而 < 4.0 cm 的浸润癌
IB3	最大径线 ≥ 4.0 cm 的浸润癌
II期	宫颈癌侵犯超出子宫, 但未扩散到阴道下 1/3 或骨盆壁
II A	累及阴道上 2/3, 无宫旁浸润
II A1	浸润癌最大径线 < 4.0 cm
II A2	浸润癌最大径线 ≥ 4.0 cm
II B	宫旁浸润, 但未达骨盆壁
III期	癌累及阴道下 1/3, 和 / 或扩散到骨盆壁, 和 / 或导致肾积水或无功能肾, 和 / 或累及盆腔和 / 或腹主动脉旁淋巴结
III A	癌累及阴道下 1/3, 未扩散到骨盆壁
III B	扩散到骨盆壁和 / 或肾积水或无功能肾 (明确排除其他原因所致)
III C	盆腔和 / 或腹主动脉旁淋巴结受累, 不论肿瘤的大小与范围 (采用 r 与 p 标记)
III C1	只有盆腔淋巴结转移
III C2	腹主动脉旁淋巴结转移
IV期	癌已扩散超出真骨盆或已累及膀胱或直肠黏膜 (活检证实。因此, 出现泡状水肿并不足以将 1 个病例归为 IV 期)
IV 1	扩散至邻近的盆腔器官
IV 2	转移至远处器官

也受累，则为ⅢC2期。分期规则还指出，必须添加符号以标明是影像学的评估（r）还是已获得病理学的确诊（p）。因此，FIGO 2018 宫颈癌分期规则为临床结合影像及病理诊断结果的分期，需注意以下4点：

①需2名以上高年资医师共同查体明确分期，有条件时最好在麻醉状态下行盆腔检查。

②分期有分歧时以分期较早的为准。

③允许影像学 and 病理学结果用于分期。

④微小浸润癌诊断必须根据宫颈锥切标本由有经验的病理医师作出诊断。

⑤诊断ⅠA期，只考虑瘤变浸润深度，不再计算浸润宽度。

1.2 分期前检查

宫颈癌治疗前分期很重要，应全面检查评估患者的病情及身体状况，避免遗漏转移病灶，以下检查应作为常规检查：

①宫颈活检。镜下浸润必要时行宫颈锥切及宫颈管搔刮术以明确组织病理诊断及病变范围。

②妇科检查仍然是临床分期的主要依据。

③分期为ⅡB期以上或有相关的临床症状或必要时，需行肾图、

膀胱镜、肠镜检查。

④血液中鳞状上皮细胞癌抗原（SCC，对宫颈鳞癌）、CA125（对宫颈腺癌）检查。

⑤上下腹、盆腔超声和胸片、心电图、盆腔及上下腹（含腹主动脉旁）平扫+增强MRI或CT，建议IB1期以上有条件者行PET-CT检查。

⑥宫颈HPV分型检测。

⑦肿瘤相关基因检测可选择。

1.3 手术分期

对于IB3、IIA2~IVA期的患者，可采用手术分期（2b级证据），经腹膜外或腹腔内盆腔淋巴结切除+腹主动脉旁淋巴结切除，根据淋巴结阳性情况决定放疗方案。

2 治疗

2.1 治疗的基本原则

宫颈癌治疗方法主要有手术治疗和放疗，化疗广泛应用于

与手术、放疗配合的综合治疗和晚期复发性宫颈癌的治疗。

宫颈癌综合治疗不是几种方法的盲目叠加，而是有计划地分步骤实施，治疗中根据手术结果和放疗后肿瘤消退情况予以调整，原则上早期宫颈癌以手术治疗为主，中晚期宫颈癌以放疗为主，化疗为辅。

放疗适用于各期宫颈癌，外照射可采用前后对穿野、盆腔四野、三维适形、调强放疗。适形放疗和调强放疗已应用于临床，由于宫颈癌后装腔内放疗的剂量学特点，具有不可替代性。

手术治疗适用于分期早于ⅡB期（不含ⅡB期）的患者，ⅠB3期及ⅡA2期首选推荐同步放化疗，在放疗资源缺乏地区可选择手术。

对于未绝经的患者，特别是年轻患者，放疗容易引起盆腔纤维化和阴道萎缩狭窄，早于ⅡB期、无手术禁忌证者应首先选择手术治疗。手术入路可选择开腹、腹腔镜、机器人或经阴道联合腹腔镜等，应根据手术者方法熟悉程度、手术资质和手术准入综合考虑，予以选择。基于腹腔镜宫颈癌治疗（Laparoscopic Approach to Cervical Cancer, LACC）的研究结果，术前有必要向患者交代各种手术入路的风险及获益。

目前化疗已广泛用于宫颈癌治疗，采用以铂类为基础的单药或联合化疗。

治疗方式的选择应取决于本地区现有的设备、妇科肿瘤医师的

技术水平以及患者的一般状况、年龄、愿望和肿瘤分期，治疗前应进行充分的医患沟通。

2.2 宫颈癌的手术治疗

2.2.1 手术分型

可采用 Querleu-Morrow (QM) 分型 (见表 1-2) 和 Piver 分型 (见表 1-3)，腹腔镜手术已广泛应用于宫颈癌手术。其中 C 型手术又可分为保留膀胱神经型 (C1) 和不保留膀胱神经型 (C2)。

表 1-2 Querleu-Morrow 分型

QM 分型	术式
A 型	筋膜外子宫切除术，在输尿管和宫颈之间切断宫颈旁组织，骶韧带和膀胱宫颈韧带不切除，切除阴道 <10 mm，病灶 <20 mm、盆腔淋巴结阴性、无脉管受侵的，实施缩小手术的安全性评价根据临床试验而设计；也适用于晚期癌放疗和 / 或化疗后需行手术切除术的患者
B 型	改良式根治性子宫切除术，在输尿管隧道处切断宫颈旁组织，不切除子宫深静脉后方的膀胱神经，切除阴道 10 mm 或距肿瘤 10 mm，也称 B1 型手术；B2 型手术是 B1+ 宫颈旁淋巴结切除
C 型	经典的根治性子宫切除术，切除宫颈旁组织至与髂内血管系统交界处；近直肠水平切断骶韧带、近膀胱水平切断膀胱宫颈韧带，距肿瘤或宫颈下缘 15~20 mm，切除阴道及相应的阴道旁组织，完全游离输尿管
D 型	超根治性子宫切除术，D1 型近盆侧壁血管切除宫颈旁、下腹部血管及邻近的筋膜；D2 型即盆腔脏器廓清术 (LEER 术)

表 1-3 Piver 分型

Piver 分型	手术范围					适应证
	子宫动脉	主韧带	宫骶韧带	阴道	淋巴结	
I型	宫颈筋膜 外侧缘	宫颈筋膜 外侧缘	宫颈筋膜 外侧缘	宫颈外侧缘	不切除	宫颈癌 I A1 期
II型	于输卵管交汇 处结扎	从中间 切断	靠近子宫切断	切除上 1/3	选择性切除增 大的淋巴结	宫颈癌 I A2 期
III 型	髂内动脉起始 处结扎	全部切除	近骶骨处切断	切除上 1/2	常规行盆腔淋 巴结切除术	宫颈癌 I B1 期
IV型	必要时于盆壁 结扎髂内动脉	全部切除	近骶骨处切断	切除 3/4	常规行盆腔淋 巴结切除术	宫颈癌中央 型复发
V 型	结扎髂内动脉	全部切除	近骶骨处切断	切除 3/4	常规行盆腔淋 巴结切除术	宫颈癌中央 型复发，累 及远端输尿 管或膀胱

2.2.2 前哨淋巴结切除术

前哨淋巴结（SLN）定位与切除（2a 级证据）作为部分I期宫颈癌患者手术时使用，直径< 2 cm 的肿瘤检出率和定位效果最好。采用宫颈局部注射染料或^{99m}Tc- 硫胶体，如图 1-1 所示。宫颈注射后，SLN 取样经病理诊断，识别微转移。SLN 注射染料采用直观观察有色染料，^{99m}Tc- 硫胶体采用 γ 探测器，吲哚菁绿（ICG）采用荧光摄像，切除任何可疑或肿大的淋巴结，并将原发肿瘤和宫旁组织整块切除。宫颈癌手术治疗记录见表 1-4。

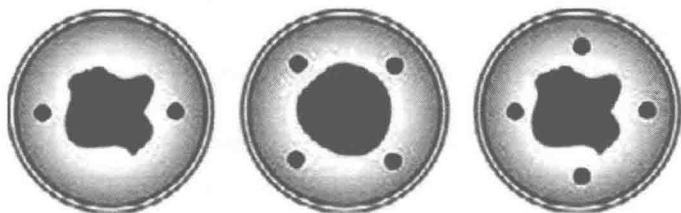


图 1-1 宫颈染料及标记注射点示意图

2.3 宫颈癌放疗

各期宫颈癌都适合放疗，包括各种病理类型，特殊原因不能手术的 CIN III 也可以选择单纯腔内放疗。但对于年轻的早期宫颈癌患者，考虑到对卵巢功能的保护，卵巢移位以后盆腔放疗。

2.3.1 宫颈癌放疗一般性原则

宫颈癌放疗包括远距离体外照射（体外照射）和近距离腔内放射治疗，两者针对的靶区不同，外照射主要针对宫颈癌原发灶和盆腔蔓延及淋巴转移区域，后装治疗主要照射宫颈癌的原发病灶区域。应有足够的剂量以保证疗效，与此同时也需要最大限度地保护邻近正常组织，提高患者生存质量。需要根据患者一般状况、肿瘤范围以及治疗单位放疗设备条件、患者意愿来选择放疗方式。体外放疗

表 1-4 宫颈癌手术治疗记录

住院号

姓 名				年 龄				
手术方案				手术者				
手术方式				抗生素类型、剂量、时间				
术中所见	上腹部：肝脾肾			腹主动脉淋巴结			盆腔	
	腹膜			大网膜				
	子宫			宫旁组织 左 右				
	卵巢 左 右			输卵管 左 右				
	膀胱			输尿管 左 右				
	主韧带 左 右			宫骶韧带 左 右				
	阴道旁组织 左 右							
	淋巴结（增大、变硬、粘连，部位）							
手术切除范围	阴道前壁 cm		阴道后壁 cm		宫旁组织 左 cm 右 cm			
	主韧带 左 cm 右 cm			宫骶韧带 左 cm 右 cm				
	淋巴结：腹主			盆腔 左 右				
	左卵巢： 去 留（标记）			右卵巢： 去 留（标记）				
其他	阴道残端处理：1.缝合无引流；2.开放无引流；3.开放引流							
术中其他说明：								
术中并发症			发生时间 / 部位		原因		程度 / 持续时间	处理
	损伤							
	出血							
	休克							
	死亡							
手术时间： min		术中出血 mL			输血		U（红悬、血浆）	
术后诊断								
备注								
主刀医师签名： 年 月 日								

可选择前后二野或四野照射的二维等中心照射，或精确放疗技术如三维适形放疗（3D-CRT）、调强放疗〔IMRT，包括螺旋断层放疗系统（TOMO）〕。腔内照射可选择二维或三维技术。

宫颈癌的放疗剂量根据分期不同而有所差别。A点总剂量为盆腔体外照射联合后装治疗换算后的总的生物等效剂量，对于早期（IA期及病灶小于1 cm的IB期）宫颈局部肿瘤小的患者，也可以单独接受后装腔内治疗，特别是对外照射放疗（EBRT）有相对禁忌证者。A点常常给予60～65 Gy的等效剂量。EBRT与ICRT联合方案也是这类患者的一种选择。局部肿瘤大或晚期患者A点总剂量 ≥ 85 Gy。治疗剂量应根据治疗过程中的患者症状、盆腔检查及影像学检查等获得的肿瘤变化及时调整，采用个体化放疗方案。

体外照射不能替代后装治疗，体外照射与腔内放疗时间以不超过50天为宜。

2.3.2 体外照射

体外照射主要针对宫颈癌原发灶和盆腔蔓延及淋巴转移区域，要求在5～6周内完成，尽量避免延长放射治疗时间。强调不能以任何体外照射方式替代后装放疗。