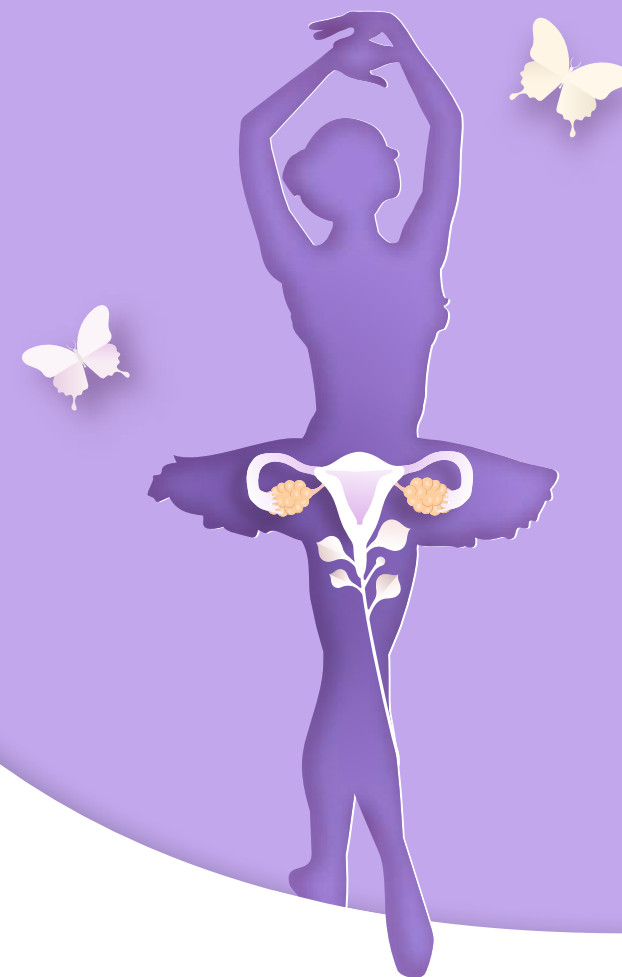




卵巢癌患者指南



Guideline for Patients Ovarian Cancer

出版日期：2021年12月
出版声明：本手册排版©2021中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会所有；
未经书面允许，严禁以任何形式复制、传播。

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会

CONTENT 目录



前言	- 5 -
第一章 卵巢癌基础知识	- 6 -
1. 卵巢位置及功能	- 6 -
2. 卵巢癌基本信息	- 6 -
2.1 卵巢癌发病率和生存率	- 6 -
2.2 卵巢癌分型	- 7 -
2.3 卵巢癌致病的高危因素	- 7 -
第二章 卵巢癌的诊断	- 10 -
1. 卵巢癌的早期发现	- 10 -
2. 卵巢癌的诊断	- 10 -
2.1 病史采集及体格检查	- 10 -
2.2 肿瘤标志物检查	- 10 -
2.3 影像学检查	- 11 -
2.4 其他检查	- 13 -
2.5 组织病理学检查	- 14 -
3. 卵巢癌分期	- 14 -
第三章 卵巢癌基因检测	- 16 -
1. BRCA基因定义及检测意义	- 16 -
2. HRD定义及检测意义	- 17 -
3. 需要进行基因检测的人群	- 17 -
4. 基因检测样本选择	- 18 -
5. 基因检测报告的解读	- 18 -
6. 基因检测阳性人群的后续建议	- 19 -
7. 其他基因检测	- 20 -

第四章 卵巢癌的治疗	- 22 -
1.手术治疗	- 22 -
2.化疗	- 23 -
2.1术后辅助化疗	- 23 -
2.2新辅助化疗	- 24 -
2.3化疗注意事项	- 24 -
2.4常用卵巢癌化疗药物的不良反应及应对措施	- 24 -
3.维持治疗	- 25 -
3.1维持治疗药物	- 25 -
3.2维持治疗药物选择	- 26 -
3.3PARP抑制剂不良反应管理	- 27 -
4.定期随访和监测	- 29 -
4.1定期随访和监测的目的和时间	- 29 -
4.2可能需要进行的检查	- 29 -
4.3延缓复发的方法	- 30 -
5.面对复发	- 30 -
5.1卵巢癌的复发和复发的几率	- 30 -
5.2卵巢癌复发判断	- 30 -
5.3复发后的治疗方案	- 31 -
第五章 卵巢癌患者的自我管理	- 34 -
1.生活方式	- 34 -
1.1一般生活方式	- 34 -
1.2 药物使用期间的饮食注意事项	- 35 -
2.心理支持	- 36 -
2.1确诊时的心理干预要素	- 36 -
2.2治疗前心理干预要素	- 36 -
2.3治疗期间心理干预要素	- 36 -
2.4其他心理干预注意事项	- 36 -
结束语	- 37 -



致广大患者和家属的一封信

卵巢癌是严重威胁女性健康的恶性肿瘤之一，虽然发病率在女性生殖系统恶性肿瘤中位居第3位，却具有发现晚、易复发、致死率高等特点。

与卵巢癌斗争并不是一件容易的事情。因深居盆腔，卵巢癌难以早期发现，所以患者被确诊时往往是晚期，常伴随着莫大的迷惘和痛苦。但是随着生命科学的发展，新的治疗手段和治疗药物不断出现，卵巢癌患者的生命在不断被延长，尤其是PARP抑制剂的出现，彻底改变了部分患者的命运。但是作为患者，您可能对卵巢癌的信息了解甚少，为此，我们撰写这本《卵巢癌患者指南》，全面给您介绍卵巢癌的基本情况、诊治现状及您需要配合医生的注意事项。希望能为正在与卵巢癌斗争的您提供帮手，与抗癌的您一路同行，全力与癌症进行斗争！



第一章

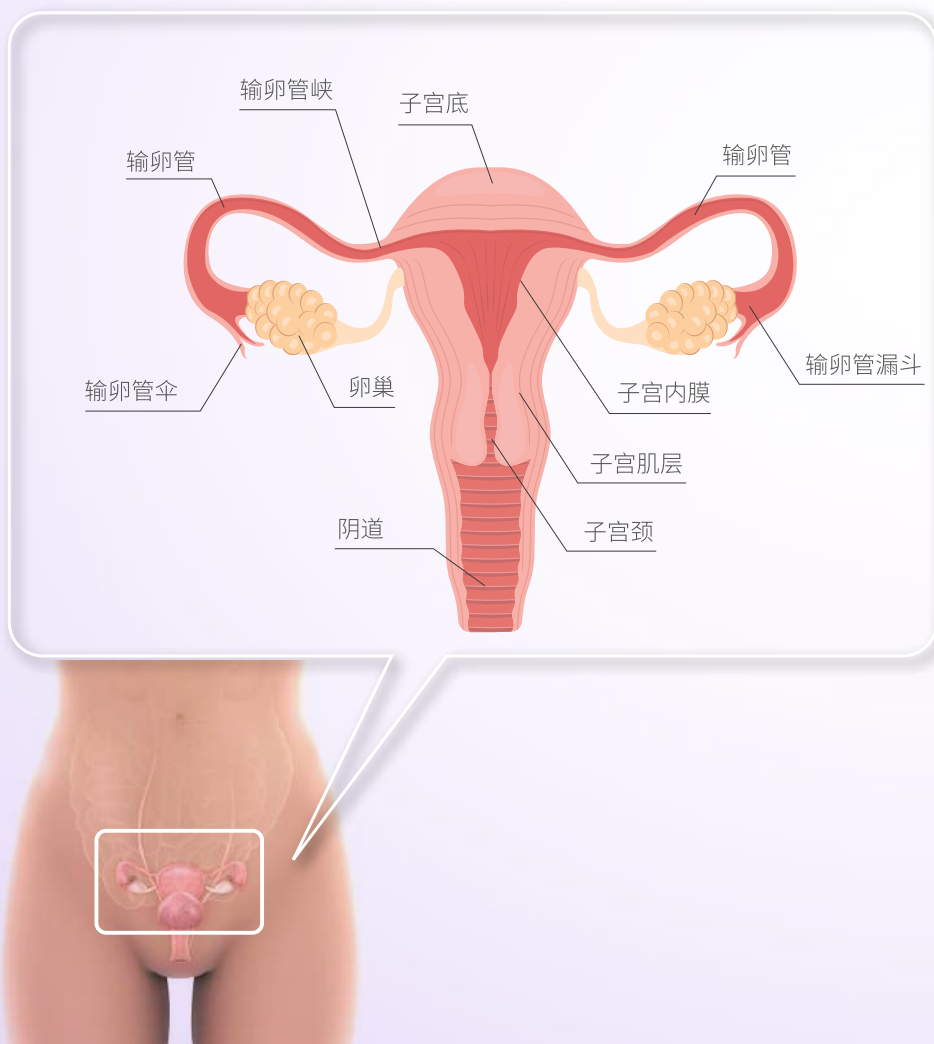
卵巢癌基础知识

这一章将会介绍卵巢癌的大体情况，
让您初步了解该疾病



1. 卵巢位置及功能

卵巢位于您的下腹部位置，左右两边各有一个，两个卵巢都是通过长长的输卵管连着子宫。卵巢是女性生殖系统重要的性腺器官，别看它们身形小巧，其实肩负着产生、排出卵子和分泌激素两大功能。



2. 卵巢癌基本信息

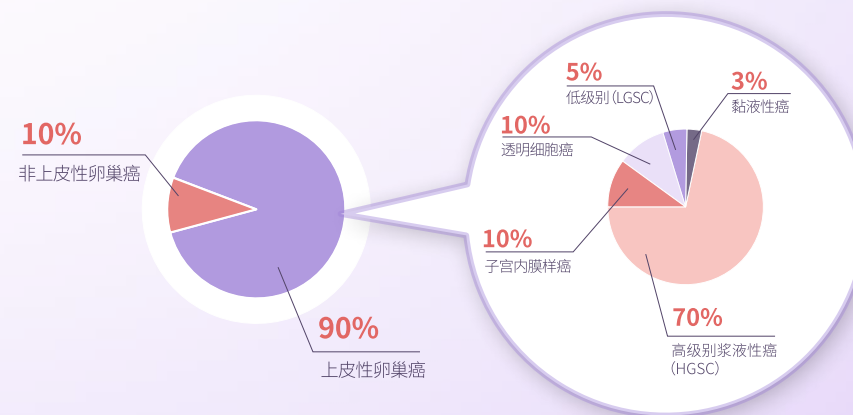
2.1 卵巢癌发病情况

在我国，每年约有5万名新诊断的卵巢癌患者，发病率位居女性生殖系统肿瘤的第3位；卵巢癌是公认的沉默杀手，早期症状不明显，多数患者确诊时为晚期。卵巢癌也容易复发，许多卵巢癌患者3年内出现复发或转移。

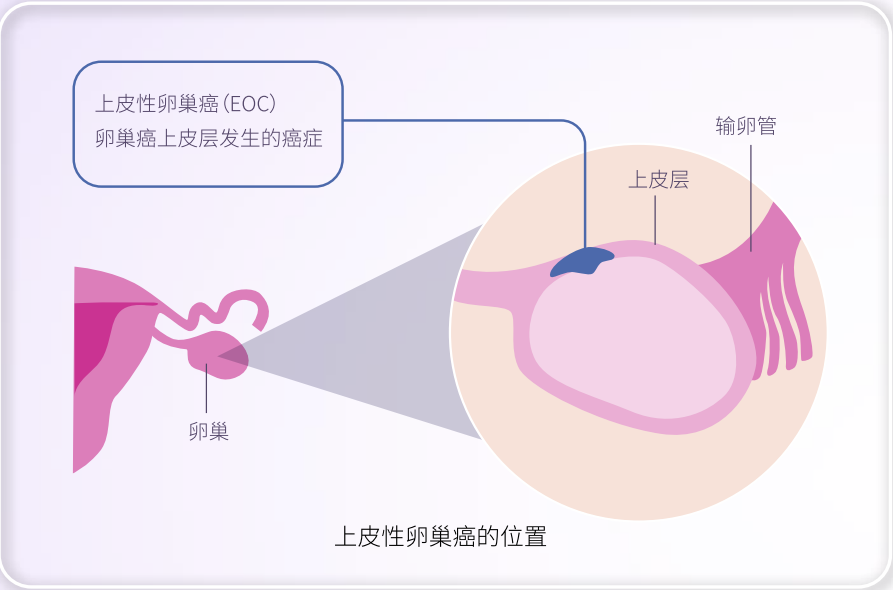


2.2 卵巢癌分型

卵巢癌根据癌细胞的组织来源分类，有多种病理类型



因为卵巢癌中约90%的为上皮性卵巢癌,所以以下内容主要介绍的是上皮性卵巢癌。



● 2.3 卵巢癌致病的高危因素

卵巢癌的发生与多种因素有关系,有些情况可能会导致卵巢癌发病风险增加:

· 遗传基因突变

在所有影响卵巢癌发病的因素中,遗传基因的突变是目前已知最为重要的危险因素。大多数的卵巢癌是不会遗传的,但是如果是遗传性卵巢癌的患者,多数会有BRCA1/2基因突变,这类患者大约占到所有卵巢癌患者的25%。

BRCA1基因突变的女性终身罹患卵巢癌的风险可上升至**40~59%**
携带BRCA2基因突变的女性终身罹患卵巢癌的风险可达**16.5~18%**



一般情况下,女性这一生(至70岁)只有很小(1~2%)的风险患上卵巢癌,而携带BRCA基因突变的女性患病风险会大大增加。

此外还有一些其他基因的突变也可能会增加卵巢癌发病风险。

· 哪些其他因素增加卵巢癌患病风险?



·哪些因素会降低卵巢癌发病风险?



第二章 卵巢癌的诊断

这一章将会介绍卵巢癌是如何被发现的, 也会帮助您理解在医院做的这些临床检查的作用是什么



1. 卵巢癌的早期发现

因为卵巢深深的藏在盆腔中, 被肿瘤绑架后因位置较隐蔽, 早期没能传达明显的求救信号, 难以被察觉, 当发现时多数已经是晚期。

·早期卵巢癌症状表现并不明显, 易被忽视, 难识别, 具体包括



1.腹部或盆腔部位疼痛



2.阴道出血



3.便秘



4.腹泻



5.尿频



6.腹胀



7.感觉特别疲劳

·晚期卵巢癌症状表现较明显, 具体包括



1.短时间内腹围明显增加



2.反复出现消化不良



3.下腹部肿胀感明显

小贴士:

无论您属于何种年龄段, 出现上面的一个或多个症状或线索时, 需要及时去医院寻求专业医生的建议。

但是以上的症状并不是卵巢癌的独有症状, 医生会为您做进一步专业的检查, 以明确是否患有卵巢癌。科学正确的就医方式对尽早鉴别诊断出卵巢癌至关重要, 也为卵巢癌患者赢得更好的治疗时机和生存预后。

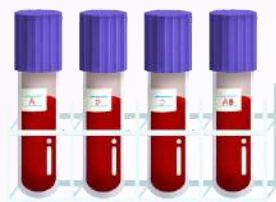


2. 卵巢癌的诊断

·诊断通常会经历：



病史采集及体格检查



肿瘤标志物检查



影像学检查



组织病理学检查



其他必要检查

● 2.1 病史采集及体格检查

医生会首先询问您的病史及症状，接着会进行体格检查，评估您的总体健康状况。

● 2.2 肿瘤标志物检查

肿瘤标志物是需要抽血检查的项目之一，其结果可以辅助医生进行卵巢癌的诊断。常见的肿瘤标志物有CA125和人附睾蛋白4 (HE4)。

CA125

早期卵巢癌患者中约半数的患者CA125会升高。晚期卵巢癌中绝大多数患者CA125会升高。但也有小部分卵巢癌患者CA125水平始终处于正常范围。

HE4

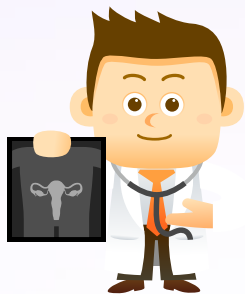
HE4水平不受月经周期及绝经状态的影响

其他与卵巢癌相关的标志物还有：糖类抗原15-3 (CA15-3)、糖类抗原19-9 (CA19-9)、甲胎蛋白 (AFP) 等。医生会根据您的具体情况适当对其他肿瘤标志物进行评估，以便更好地了解您的病情。

● 2.3 影像学检查

影像学检查包括超声、CT扫描、核磁共振检查(MRI)、PET-CT等。

手术前影像学检查是必要的,但并不代表着通过影像学结果就能评估出准确的结果,临床医生多数会告诉您,您的病情基于影像学结果的可能情况,也可以为下一步治疗方案的制定提供依据。影像学检查也可帮助进行手术风险评估。



超声检查

超声是首选检查方法,可以显示卵巢、输卵管、子宫及附近组织的大小、形状和位置。如果卵巢有肿块的话,可以初步判断肿块是固体还是液体,帮助判断肿瘤的良恶性。此外还可以在超声引导下进行胸腹水穿刺。



CT扫描

CT对于评估肿瘤侵犯及全身的转移情况很有价值。对于中晚期卵巢癌进行胸、腹部和盆腔的增强扫描,还可以用于治疗前的病情评估,帮助判断分期,选择治疗方案。腹腔和盆腔的CT扫描还是随访和复发转移患者的首选。CT检查速度较快,一次屏气即可同时完成对腹部和盆腔的扫描。但CT对于早期卵巢癌、卵巢形态没有发生明显改变者灵敏度相对较低。



盆腔核磁共振检查(MRI)

盆腔MRI判断卵巢肿瘤良恶性的准确度可高达83%~91%;对软组织等分辨率非常高,有助于确定盆腔肿块起源及其周围脏器之间关系,辅助进行卵巢癌的术前分期。

小贴士:

体内有金属植入者不能做MRI



PET-CT PET-CT

PET-CT是目前较为先进的影像学检查手段。其优势在如果CT、MRI难以判断肿物性质时,可以协助明确卵巢肿瘤的良恶性,还有利于发现隐匿的转移灶和微小病灶,使分期更加准确。适用于辅助制定治疗方案,评估治疗后效果,确定复发后转移范围等情况,不过价格较高。

● 2.4 其他检查

根据病情的需要,医生还可能为您进行其他检查,如:



- 当您出现明显的恶心、食欲减退等胃肠道反应,或者与胃肠道相关肿瘤的指标异常升高的患者,医生可能会为您进行胃肠镜检查,以排除胃肠道原发肿瘤。



• 当您出现胸闷、呼吸困难时, 医生可能会为您拍摄胸片或进行胸部CT检查, 以初步评估肿瘤是否已经扩散转移至肺部。



• 如果您有乳腺癌或卵巢癌家族史、或已知携带BRCA1/2基因突变等情况, 医生可能会为您进行乳腺相关的检查, 以排除乳腺病变。



• 组织病理学检查是诊断卵巢癌的金标准。您在进行手术的过程中, 医生会将切下的肿瘤样本送往病理科, 由专业的病理科医生在显微镜下进行病理检查。

不适合直接进行手术或其他特殊情况的患者, 必要时医生可能会为您进行肿瘤穿刺活检、腹腔镜探查等方式取得肿瘤组织进行病理检查。

小贴士:

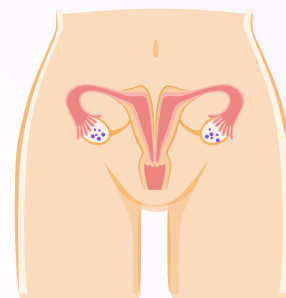
您需要听从医生的建议, 积极接受各类必要的检查, 这将帮助医生更加精准的判断您的病情及设定更合适的治疗方案。



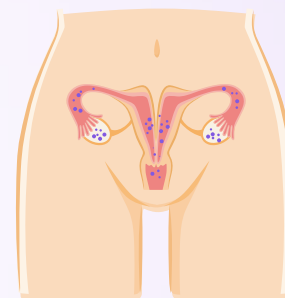
3. 卵巢癌分期

卵巢癌的病情严重程度主要通过分期来判断。目前分期主要采用FIGO分期。

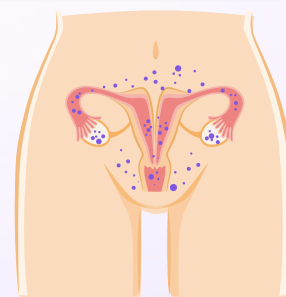
FIGO分期分为I—IV期。其中III,IV期也就是我们所提的相对的晚期。您可以通过下图来大致了解。



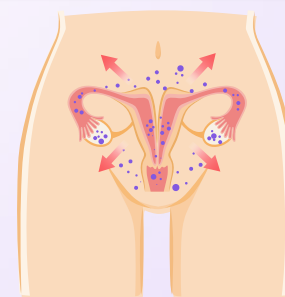
I 期



II 期



III期



IV期

卵巢癌—输卵管癌—原发性腹膜癌FIGO分期标准(2014年)

I 期 · 肿瘤局限于卵巢或输卵管

IA	· 肿瘤局限于一侧卵巢(包膜完整)或输卵管 · 卵巢和输卵管表面无肿瘤 · 腹水或腹腔冲洗液未找到癌细胞
IB	· 肿瘤局限于双侧卵巢(包膜完整)或输卵管 · 卵巢和输卵管表面无肿瘤 · 腹水或腹腔冲洗液未找到癌细胞
IC	· 肿瘤局限于一侧或双侧卵巢或输卵管，并伴有如下任何一项
IC1	· 术中肿瘤包膜破裂
IC2	· 术前肿瘤包膜已破裂或卵巢、输卵管表面有肿瘤
IC3	· 腹水或腹腔冲洗液中找到癌细胞

II 期 · 肿瘤累及一侧或双侧卵巢或输卵管伴盆腔扩散(在骨盆入口平面以下)或原发性腹膜癌

IIA	· 肿瘤扩散至或种植到子宫和(或)输卵管和(或)卵巢
IIB	· 肿瘤扩散至其他盆腔内组织

III 期 · 肿瘤累及单侧或双侧卵巢、输卵管或原发性腹膜癌，伴有细胞学或组织学证实的盆腔外腹膜转移，或腹膜后淋巴结转移

IIIA	· 胸膜后淋巴结转移，伴或不伴有显微镜下盆腔外脚膜病灶转移
IIIA1	· 仅有腹膜后淋巴结阳性(细胞学或组织学证实)
IIIA1i	· 淋巴结转移灶最大径≤10mm(注意是肿瘤径线而非淋巴结径线)
IIIA1ii	· 淋巴结转移灶最大径>10mm
IIIA2	· 显微镜下盆腔外腹膜受累，伴或不伴腹膜后阳性淋巴结
IIIB	· 肉眼可见盆腔外腹膜转移，病灶最大径≤2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结转移
IIIC	· 肉眼可见盆腔外腹膜转移，病灶最大径>2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结转移

IV 期 超出腹腔外的远处转移

IVA	· 胸腔积液细胞学检查发现癌细胞
IVB	· 腹腔外器官转移(包括腹股沟淋巴结转移或腹腔外淋巴结转移);肠管全层侵犯

：肿瘤蔓延至肝、脾包膜，但无脏器实质转移；：脏器实质转移为IVB期



第三章 卵巢癌基因检测

这一章将会介绍基因检测的相关内容,帮助您了解进行该检测的目的
打消相关顾虑

基因检测可以帮助您和亲属评估遗传风险, 同时还可指导后续治疗方案选择及预后判断。根据基因检测结果也可以帮助您选择参加适合的临床试验(临床试验介绍详见第48页)。

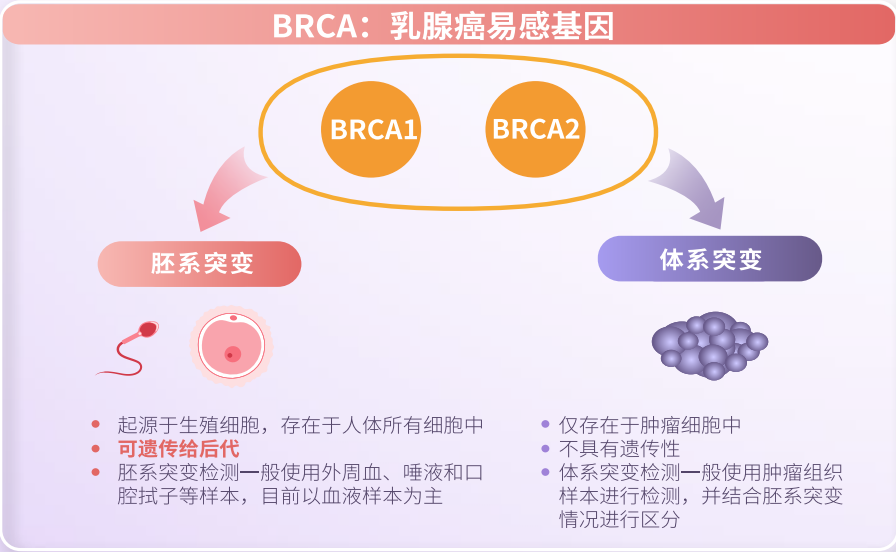


1. BRCA基因定义及检测意义

乳腺癌易感基因(breast cancer susceptibility gene, BRCA), 是重要的抑制恶性肿瘤发生的基因, 包括BRCA1和BRCA2。当BRCA基因发生突变后, 会影响基因组的稳定性, 引起癌症的发生。

BRCA基因检测对卵巢癌的预防和治疗都有着重要的作用。从卵巢癌预防的角度来看, 超过80%的遗传性卵巢癌与BRCA1/2胚系突变有关, BRCA1和BRCA2突变的女性一生之中发生卵巢癌的风险会大大增大。了解BRCA1/2基因状态, 有助于进行相关的遗传风险管理, 包括采取预防性手术和制定筛查方案等。

但并不是所有BRCA突变都具有遗传性, 正如下图所示, 只有BRCA胚系突变, 才可能会遗传给后代。



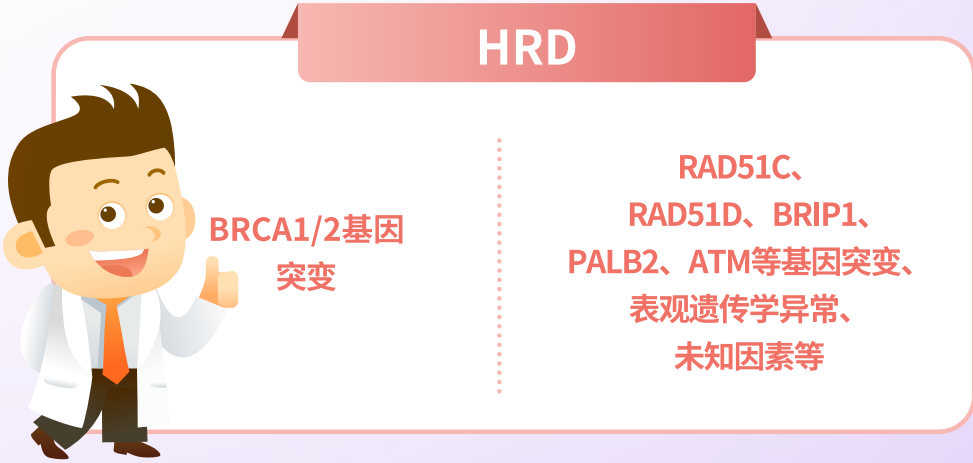
在治疗方面, BRCA1/2突变与含铂化疗及PARP抑制剂治疗效果相关, 突变患者从治疗中的获益更多。

但是没有BRCA突变也不代表不能接受PARP抑制剂治疗, 只是对于BRCA突变患者, 获益会更显著。



2. HRD定义及检测意义

除了BRCA基因外, 同源重组修复通路上的其他基因突变、表观遗传学异常、甚至一些未知因素都可能导致DNA双链损伤修复功能出现异常, 我们将其统称为同源重组修复缺陷(HRD)。所以如果经基因检测测定存在HRD, 这也意味着肿瘤细胞中无法对DNA双链损伤进行精准修复, 这种情况下可以采用PARP抑制剂治疗, 阻断DNA单链修复, 利用“合成致死”效应, 诱导肿瘤细胞死亡。



研究显示,HRD阳性患者对铂类药物以及PARP抑制剂治疗更为敏感,相对于HRD阴性患者来说,预后也更好。因此,开展HRD检测可以帮助医生选择更合适的药物,让更多患者有机会接受PARP抑制剂治疗,延缓复发。



3. 需要进行基因检测的人群

推荐以下类型的患者进行BRCA检测:

- 推荐**所有非黏液性卵巢癌患者**在初次病理学检查确诊时,进行BRCA基因检测,明确BRCA突变状态(包括胚系和体系突变)。
- 对于检出胚系突变的卵巢癌患者,亲属需要逐级进行检测。因为BRCA致病突变会有多达一半机会遗传给子女,增加他们将来发生肿瘤的机会。

推荐以下类型的患者进行HRD检测:

- **新诊断的晚期卵巢癌患者**(特别是高级别浆液性卵巢癌和高级别子宫内膜样癌);
- **曾经接受过肿瘤BRCA1/2检测,结果为阴性的患者;**



4. 基因检测样本选择

基因检测根据检测对象、目的的不同采用不同的样本。

对于以遗传咨询为目的的人群:

基因检测主要用于评估遗传风险。这些往往是卵巢癌患者或其一级亲属,建议使用外周血、唾液或口腔拭子进行BRCA1/2基因胚系突变检测。

对于已经确诊,为选择治疗方案提供患者的患者:

建议使用肿瘤组织检测BRCA1/2和(或)HRD,配合外周血检测是否有遗传风险。

使用肿瘤组织进行检测,可同时获得胚系和体系BRCA1/2基因突变信息以及HRD状态信息,但这种方法无法区分胚系突变和体系突变,需结合外周血检测进行验证。与血液样本相比,使用肿瘤组织样本,能够帮助挑选出更多的可能从PARP抑制剂治疗中受益的患者。

如果在治疗过程中没有使用肿瘤组织进行检测,那么大约7%的BRCA体系突变及约25%的HRD阳性(BRCA没有突变)患者会被遗漏。





5. 基因检测报告的解读

以BRCA基因检测报告为例：

基因检测报告中，BRCA的变异程度可分为五类，其中4类变异（疑似致病性变异）和5类变异（致病性变异），是我们常说的具有临床指导意义的BRCA突变。



6. 基因检测结果的指导作用

对于已经确诊卵巢癌的患者，医生可根据您的基因检测结果去选择合适的后续治疗方案和（或）制定遗传风险管理方案。

对于未罹患疾病而检出胚系BRCA突变的人群来说，在获知胚系BRCA突变结果后，建议采取以下措施：

- 从18岁开始进行乳房自检
- 25岁开始定期做乳腺检查
- 根据医生的判断从30~35岁开始进行阴道超声检查和血清CA125水平检测

此外，预防性手术也是可以采取的手段，即在35~40岁或完成生育后进行双侧输卵管和卵巢切除。BRCA2突变携带者可考虑延迟至40~45岁进行附件切除，以上手术都是为了达到预防的目的。



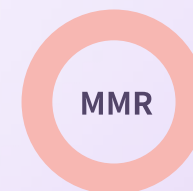
7. 其他基因检测

除BRCA1/2与HRD基因检测外，一些其他的基因检测也可筛查潜在的、家族遗传性的患者，帮助她们预防癌症的发生，譬如与Lynch综合征相关的基因（如MLH1、MSH2、MSH6、PMS2和EPCAM等）也会增加卵巢癌的发病风险，而STK11基因的胚系突变可能与卵巢环小管性索瘤发病相关。

Lynch综合征相关基因



还有一些基因检测则可以帮助指导用药，如TMB（肿瘤突变负荷）、MSI（微卫星不稳定）和MMR（碱基错配修复）等指标与免疫检查点抑制剂的疗效有相关性。譬如TMB水平较高的患者使用免疫检查点抑制剂可能效果会更好。



因此在必要时，医生可能建议您做一些相关的基因检测，请务必听从医生的建议，给您和您的家人更多的机会和选择。



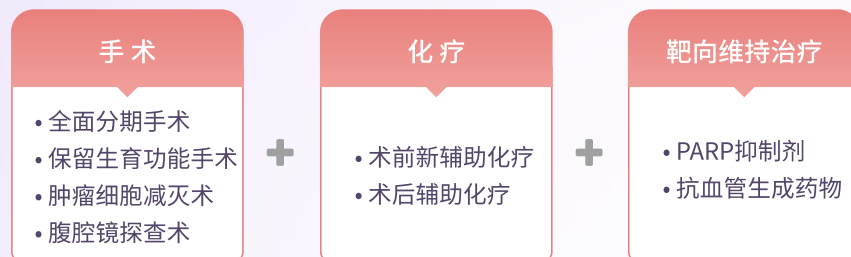
第四章

卵巢癌的治疗

这一章将会系统的介绍卵巢癌的治疗方法和相关注意事项,帮助您打消顾虑的同时也能更好的配合医生的治疗

一线治疗

一线治疗一般指的是您在被确诊之后的第一轮治疗。国内外权威指南推荐的卵巢癌一线标准治疗模式为：手术+化疗+靶向维持治疗。



1. 手术治疗

只要条件允许，通常医生都会建议初次治疗的卵巢癌患者进行手术治疗的。手术是上皮性卵巢癌治疗的基础，手术的目的主要有两方面，一方面是找到肿瘤进行切除，另一方面是明确诊断和确定分期。术前医生会为您进行评估，如果判断有可能实现满意的手术，就会为您直接进行手术。但是如果肿瘤较大或无法立即手术，也可能会建议您先进行数个周期的化疗，再进行手术。



在手术前后，请充分相信您的主治医生，务必听从医生的指导。您的配合也是手术成功的关键因素之一，术后，您将会在医院住院观察数天。毕竟手术是有创的，您在术后可能会感到疼痛、肿胀、发热等各种情况，如有问题请第一时间告诉您的主治医生。

2. 化疗

化疗是使用化学药物来杀死癌细胞。与手术不同的是，化疗是一种全身疗法，当化疗药物进入体内时，会在全身发挥作用。化疗药物可以杀死体内快速生长的癌细胞，但通常在杀死癌细胞的同时，也会杀死部分正常细胞。所以化疗一般按照周期来进行，在每一周期治疗之后会进行数天的休息，让身体得到适当恢复，再进行下一周期的治疗。

通常一线化疗包括术后辅助化疗和术前新辅助化疗。

2.1 术后辅助化疗

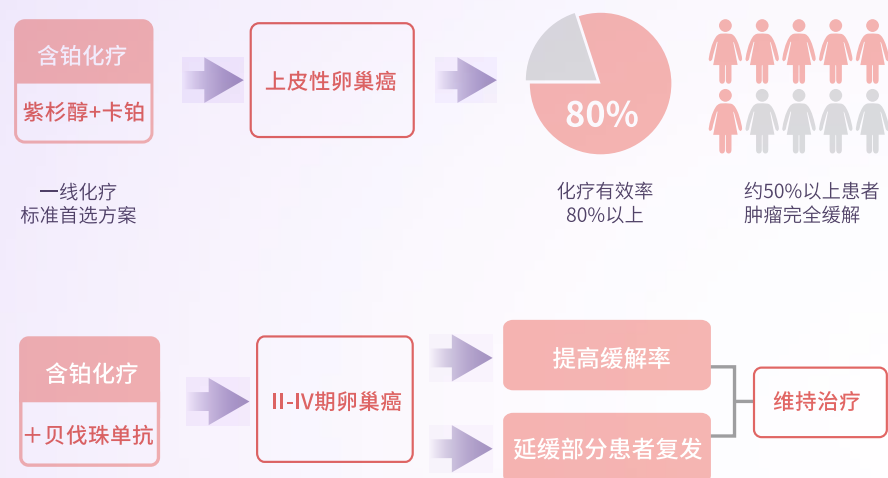
绝大多数卵巢癌患者术后都需要进行辅助的化疗。卵巢癌患者的化疗作为标准化方案重要的组成部分，除早期少部分患者可不选择化疗外，绝大多数卵巢癌患者手术之后还是需要进行辅助的化疗。一般来说，绝大多数卵巢癌患者都需要经历6个化疗周期。一般不同化疗药发挥的作用不同，医生常常会给您使用两种化疗药进行组合治疗，不过您的主治医师会根据以下情况确定您的具体化疗方案。

考虑情况包括：



临床医生会根据患者情况选择合适的方案，以医生的决定为主

2021年最新NCCN指南推荐：



● 2.2 新辅助化疗



前面也提到了如果经医生评估，部分相对晚期的患者肿瘤的体积较大，难以通过一次手术就成功切除；或是其他诸多原因的限制下，需要通过先进行3-4个周期化疗的方式，使得肿瘤体积缩小，降低手术的难度，减少手术的风险，我们称之为新辅助化疗。

常用的新辅助化疗的方案包括：紫杉醇+卡铂、脂质体阿霉素+卡铂等。

● 2.3 化疗注意事项

卵巢癌化疗时，需要注意如下要点，这些对您的化疗获益十分重要。

• 身体状态是进行化疗的前提和基础。一般在化疗前的2-3周需要好好调节机体营养、食物以优质蛋白质为主，譬如牛奶、鸡蛋等。增强体质和预防感冒，通过健康的生活方式进行调节，让身体准备好接受化疗。



• 化疗期间，建议食用清淡、易消化的食物，多吃水果、蔬菜，均衡饮食，少吃油炸、盐腌等不健康的食品；条件允许下多喝水；



• 您在化疗期间抵抗力会降低，所以要注意保暖和个人卫生，以防感冒或感染；同时注意口腔卫生，每天三餐后可漱口，牙刷建议使用软毛牙刷。



• 许多化疗方案需要历经6个周期，每个化疗周期之间间隔一定的时间，需要坚持足剂量足疗程的化疗，这是确保化疗发挥治疗肿瘤疗效的关键。



• 每次化疗后1 - 2周内，会出现化疗相关副作用，其中白细胞降低的发生十分普遍，患者和家属不必特别惊慌，主治医师都会考虑在化疗后针对副作用进行辅助用药，譬如提升白细胞等。在化疗后出现严重不良反应时，需要及时就医。



• 化疗后，保持良好的卫生习惯，勤洗澡、勤更衣；适当锻炼身体的同时也要保证睡眠，增强抵抗力，少去人多空气不流通的地方。



● 2.4 常用卵巢癌化疗药物的不良反应及应对措施

化疗药物在杀伤肿瘤细胞的同时，难免会使正常细胞受到一定的损害，产生一些毒副作用。化疗的常见副作用包括血液相关毒性、神经毒性、食欲减退、恶心、呕吐、腹泻、脱发、疲惫、感染等。在化疗期间您可能会出现或轻或重的不良反应，这可能是多种因素导致的。如果在接受化疗期间，您有任何问题，请第一时间联系您的主治医生。

常见副作用	应对措施
白细胞减少、血小板减少、贫血等 (血液学毒性)	一般您的主治医师会给您使用相关的升高白细胞的药物，以预防化疗骨髓抑制短暂造血功能的下降，导致白细胞和血小板的降低。如果出现严重的白细胞降低需要及时就医住院治疗。
周围神经毒性	您可以尝试温水泡脚以缓解麻木的情况；适当尝试按摩、针灸等方式缓解；保护手脚、避免接触尖锐、过冷、过热的物品；行动不便时，请务必有人陪同；在化疗过程中，您的主治医生也会密切观察和评估您的反应，以便及时调整化疗药物的剂量和给药间隔，必要时医生可能会给您开具一些药物。
恶心、呕吐	铂类药物最常见的不良反应之一。您在化疗期间建议食用易消化、高蛋白、低脂肪的食物，尽量清淡饮食，少吃多餐。医生可能也会根据药物不同的特性，适当给与预防性的止吐药，以降低化疗后的胃肠道不适。
腹泻	如果条件允许，尽量多喝水和液体，防止电解质紊乱；避免油腻、辛辣等刺激性食物；如症状难以缓解，请立即就医，医生会给您进行对症治疗。
便秘	如果条件允许，多喝温热的水；适当多活动；尝试吃一些高纤维的粗粮；如难以缓解，请联系您的主治医生。
脱发	脱发是化疗常见的不良反应，不过这只是暂时的，头发一般在停药后6-8周逐渐生长起来。在化疗前您可以将头发剪短或剃光，选择一顶适合自己的假发或者丝巾。选择温和的洗发水，使用软的梳子，梳头时避免用力。
过敏反应	如出现任何过敏反应，及时告知医生采取必要的措施。
其他严重的副作用	请及时就医，遵医嘱调整用药。



3.维持治疗

初始治疗后,癌症暂时被遏制住了,可选择在化疗达到缓解之后继续使用靶向药物维持治疗。维持治疗的目的在于延缓复发,并争取延长患者的总生存期。维持治疗分为一线维持(初始治疗后)和铂敏感复发维持。需要注意的是,肿瘤治疗需要长期规范管理,医生根据每个人的具体情况给予治疗方案,必须遵循医嘱,坚持规范的药物治疗,切莫擅自停药、减药。

小贴士:

无进展生存期(PFS):

指从开始接受治疗开始,到观察到疾病进展或者发生任何原因的死亡之间的时间。

总生存期(OS):

指开始接受治疗开始,到因任何原因引起死亡的时间。

● 3.1 维持治疗药物

①抗血管生成药物

贝伐珠单抗(bevacizumab)是一种抗血管生成的靶向药物,可以减少新血管的生成,从而阻断肿瘤生长所需要的血液等营养的供应,抑制肿瘤的生长。它是卵巢癌首个且唯一获得FDA批准上市的抗血管生成的靶向药物。

②PARP抑制剂

PARP抑制剂通过前面提到的“合成致死”原理杀死癌症细胞。目前被批准可以用于一线和铂敏感复发维持治疗的PARP抑制剂有奥拉帕利和尼拉帕利,氟唑帕利目前被批准用于铂敏感复发维持治疗适应症。

● 3.2 维持治疗药物选择

初治晚期卵巢癌的维持治疗

初治晚期卵巢癌的维持治疗,即一线维持治疗,已进入精准治疗时代。医生会根据不同的基因检测结果及化疗方案,考虑选择PARP抑制剂奥拉帕利、尼拉帕利及抗血管生成药物贝伐珠单抗的治疗。

检测结果	占比	推荐方案
BRCA突变 (包含胚系和体细胞突变)	约占25%	可考虑在化疗完全缓解/部分缓解后使用PARP抑制剂单药进行维持治疗,如奥拉帕利可以使疾病进展或死亡风险降低67%,进展/复发时间推迟42.2个月;或尼拉帕利维持治疗,可使疾病进展或死亡风险降低60%,进展/复发时间推迟11.2个月。
没有BRCA突变 但HRD阳性	约占25%	如化疗时联合贝伐珠单抗,可考虑奥拉帕利+贝伐单抗联合维持治疗,可使无进展生存期延长至28.1个月,疾病进展或死亡风险降低57%;或尼拉帕利维持治疗,可使无进展生存期延长至19.6个月,疾病进展或死亡风险降低50%。
没有BRCA突变 且HRD阴性	约占50%	可尝试尼拉帕利或贝伐珠单抗(如化疗时联合贝伐珠单抗)的维持治疗。

注:

1. 以上数据来自于临床试验,实际临床诊疗中每个患者情况不同,疗效有差异,以实际疗效为准
2. 以上数据来自不同的临床试验,入组标准和人群特征不尽相同,不宜对疗效数据做直接比较

铂敏感复发的上皮性卵巢癌的维持治疗

对于铂敏感复发性的上皮性卵巢癌的维持治疗，无论有没有基因突变，都可以使用PARP抑制剂进行维持治疗。

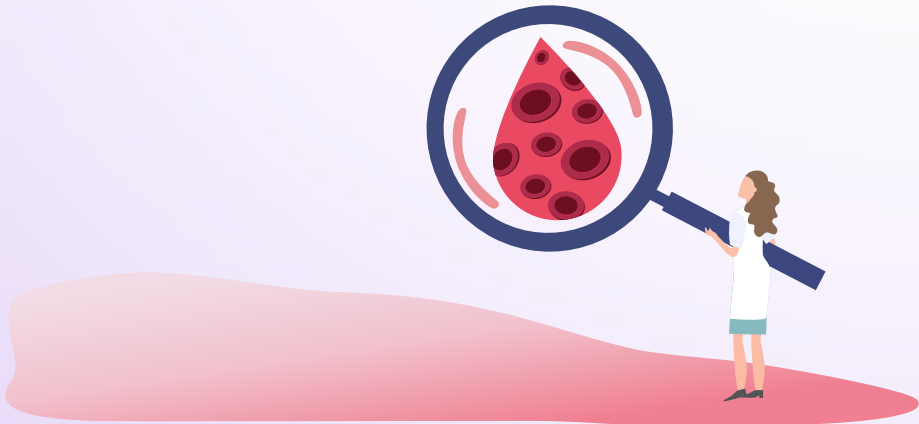
● 3.3 PARP抑制剂不良反应管理

PARP抑制剂不良反应多为轻度或中度。大部分PARP抑制剂引起的不良反应出现在服药前期(前3个月)，之后毒性症状逐渐缓解。且大部分不良反应可以通过减量、对症治疗等方法控制。

血液不良反应管理

血液学毒性是使用PARP抑制剂最常见的不良反应,往往在治疗开始后早期发生,但几个月后恢复。其中,贫血是PARP抑制剂中最常见的血液学毒性反应;除了贫血,使用PARP抑制剂期间还需关注中性粒细胞减少和血小板减少。发生血液学毒性要适当停药或减量，具体咨询主诊医生。

使用奥拉帕利的前12个月内，每月检测一次全血细胞计数，随后定期监测。



奥拉帕利的血液学毒性处理流程

先前化疗后骨髓毒性恢复到1级及以下时开始奥拉帕利治疗；用药开始后1年内每个月监测全血细胞计数随后定期监测

Hb<80g/L	给予适当的支持治疗（如输血）并分析原因，暂停奥拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到Hb恢复至≥90g/L或100g/L恢复后，第一步措施将剂量减少至250mg每日2次，如果Hb再次降低，第二步则将剂量减少至200mg每日2次 若连续停药28d内或剂量已减至最低（200mg，每日2次），Hb仍未能恢复到可接受的水平，终止用药
中性粒细胞<1.0×10 ⁹ /L	第一次发生：暂停奥拉帕利最长28d，同时密切随访血细胞计数直到中性粒细胞恢复至≥1.5×10 ⁹ /L，重新开始治疗时采用奥拉帕利原剂量 第二次发生：暂停奥拉帕利最长28d，同时密切随访血细胞计数直到中性粒细胞恢复至≥1.5×10 ⁹ /L，恢复用药时必须减量，若剂量已减至最低（200mg，每日2次），终止用药
血小板<50.0×10 ⁹ /L	第一次发生：暂停奥拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到血小板恢复至≥75.0×10 ⁹ /L，重新开始治疗时采用奥拉帕利原剂量 第二次发生：暂停奥拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到血小板恢复至≥75.0×10 ⁹ /L，恢复用药时必须减量，若连续停药28d内或剂量已减至最低（200mg，每日2次），血小板仍未能恢复到可接受的水平，终止用药
明确诊断MDS/AML	永久停药

如果血液学毒性没有在中断治疗28d以内得到恢复，停用奥拉帕利，并且转诊至血液科专家处进行进一步评估，包括骨髓检查和（或）血细胞遗传学检测

注:1) MDS/AML:骨髓增生异常综合征/急性髓性白血病

尼拉帕利的血液学毒性处理流程

先前化疗后骨髓毒性恢复到1级及以下时开始尼拉帕利治疗；用药第1个月期间，每周监测全血细胞计数，之后的11个月每个月1次，随后定期监测

血小板<100.0×10 ⁹ /L	第一次发生：暂停尼拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到血小板恢复至≥100.0×10 ⁹ /L重新开始治疗时采用尼拉帕利原剂量或按照方案规定进行减量 若血小板<75.0×10 ⁹ /L，恢复用药时必须减量 第二次发生：暂停尼拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到血小板恢复至≥100.0×10 ⁹ /L恢复用药时必须减量，若连续停药28d内或剂量已减至最低（100mg，每日1次），血小板仍未能恢复到可接受的水平，终止用药
中性粒细胞<1.0×10 ⁹ /L	暂停尼拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到中性粒细胞恢复至≥1.5×10 ⁹ /L 恢复用药时必须减量 若连续停药28d内或剂量已减至最低（100mg，每日1次），中性粒细胞仍未能恢复到可接受的水平，终止用药
Hb<80g/L	暂停尼拉帕利最长28d，同时每周观察血细胞计数直到Hb恢复至≥90g/L 恢复用药时必须减量 若连续停药28d内或剂量已减至最低（100mg，每日1次），Hb仍未能恢复到可接受的水平，终止用药
需要输血治疗的血液学毒性	患者血小板≤10.0×10 ⁹ /L，应考虑输血小板；若有其他共存的危险因素，如用抗凝药或抗血小板药，考虑暂停这些药物和（或）在较高水平时输注血小板 恢复用药时必须减量
明确诊断MDS/AML	永久停药

如果中断治疗28d以内，血液学毒性没有恢复，停用尼拉帕利，并且转诊至血液科专家处进行进一步评估

氟唑帕利的血液学毒性处理流程

先前化疗后骨髓毒性恢复到1级及以下时开始氟唑帕利治疗；在治疗的最初3个月内，推荐在基线进行全血细胞计数检测以及随后每2周监测1次，之后定期监测治疗期间出现的具有临床意义的参数变化；根据这些变化可能需要暂停用药或减量和（或）进一步治疗

血小板 $<50.0 \times 10^9/L$	第一次发生：暂停用药并对症处理，待血小板计数恢复至 $\geq 50.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时下调一个剂量水平 再次发生：暂停用药并对症处理，待血小板计数恢复至 $\geq 50.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时进一步下调一个剂量水平
中性粒细胞 $<1.0 \times 10^9/L$	伴发热或合并血小板 $<75.0 \times 10^9/L$ 或Hb $<100g/L$ 第一次发生：暂停用药并对症处理，待中性粒细胞计数恢复到 $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时下调一个剂量水平 再次发生：暂停用药并对症处理，待中性粒细胞计数恢复到 $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时进一步下调一个剂量水平 不伴发热 第一次发生：暂停用药并对症处理，待中性粒细胞计数恢复到 $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时采用氟唑帕利原剂量 若中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$ ，恢复用药时下调一个剂量水平 第二次发生：暂停用药并对症处理，待中性粒细胞计数恢复至 $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时下调一个剂量水平 第三次发生：暂停用药并对症处理，待中性粒细胞计数恢复至 $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ，恢复用药时进一步下调一个剂量水平
Hb $<80g/L$	第一次发生：暂停用药并对症处理，待Hb恢复至 $\geq 80g/L$ ，恢复用药时下调一个剂量水平 再次发生：暂停用药并对症处理，待Hb恢复至 $\geq 80g/L$ ，恢复用药时进一步下调一个剂量水平
明确诊断 MDS/AML	永久停药

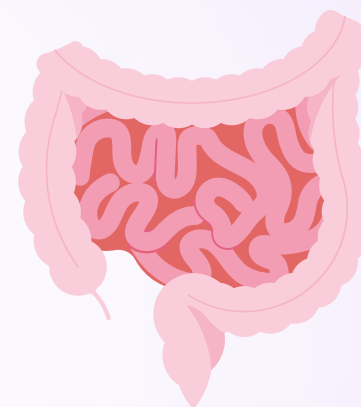
帕米帕利的血液学毒性处理流程

监测全血细胞计数，建议在治疗的前3个月内每周监测1次，之后定期监测治疗期间出现的具有临床意义的参数变化

血小板 $<50.0 \times 10^9/L$ 仍持续存在	暂停给药，直到恢复至血小板计数 $\geq 75.0 \times 10^9/L$ 或基线水平，下调一个剂量水平给药
中性粒细胞 $<1.0 \times 10^9/L$ 或发热性中性粒细胞减少症	暂停给药，直至恢复至中性粒细胞绝对计数 $\geq 1.5 \times 10^9/L$ 或发热性中性粒细胞减少症消退，下调一个剂量水平给药
Hb $<90g/L$	第一次发生：暂停给药并遵医嘱治疗直至Hb恢复至 $\geq 90g/L$ ，下调一个剂量水平以40mg每日2次给药 再次发生：基于临床评估给予适当的支持性治疗并继续以40mg每日2次给药，或者暂停给药并遵医嘱治疗 直至Hb恢复至 $\geq 90g/L$ ，以40mg每日2次继续给药，或者暂停给药并遵医嘱治疗直至Hb恢复至 $\geq 90g/L$ ， 下调一个剂量水平以20mg每日2次给药 若贫血危及生命，需紧急治疗：暂停给药并遵医嘱治疗直至Hb恢复至 $\geq 90g/L$ ，下调一个剂量水平以20mg每日2次给药；在20mg每日2次剂量水平再次出现贫血危及生命，且贫血不是由于其他干扰事件（如胃肠道出血）引起，应停用本品

胃肠道

胃肠道副作用在所有PARP抑制剂中都很常见，其中恶心症状是最常见的，其他常见胃肠道症状包括便秘、呕吐和腹泻。症状严重者需要采取相应的措施进行管理，比如恶心和呕吐，医生可能会给予一些止吐药物，有些也可以考虑给予胃粘膜保护剂；此外，医生可能还会对您进行定期监测，并根据情况确定是否进行减量或停药。



疲劳

所有PARP抑制剂使用者普遍会发生疲劳症状，症状往往会持续数年；轻度的可通过休息和营养补充即可恢复，中至重度疲劳需要咨询医生，视情况确定是否需要服药或使用别的方法来缓解。



● 抗血管生成药物的不良反应管理

目前获批卵巢癌维持治疗的抗血管生成药物是贝伐珠单抗，所以下面提到的不良反应管理主要针对贝伐珠单抗。

高血压

在使用贝伐珠单抗期间，医生常会建议您定期监测血压。如果出现不严重的高血压，医生可能会给您开具一些降压药物来控制。如果出现血压高于150/90mmHg或高血压相关症状时，医生可能会让您暂停贝伐珠单抗治疗，直到血压恢复至可控状态。

蛋白尿

在每次使用贝伐珠单抗之前，医生可能会让您检测尿常规，以明确是否发生蛋白尿。如果该不良反应为轻度，医生会根据您的情况酌情用药，如出现尿蛋白水平≥2g/24h，医生通常会暂停贝伐珠单抗治疗直至尿蛋白恢复至2g/24h以下。对于肾病综合征（24h尿蛋白水平>3.5g）患者，医生通常也会建议停用贝伐珠单抗。

其他不良反应的管理

其他如充血性心力衰竭、出血、伤口愈合并发症等也是贝伐珠单抗引起的需关注的不良事件。在使用贝伐珠单抗治疗期间，医生可能会建议您定期监测相关指标的变化，以提前预判不良反应的发生及处理。请您务必配合医生，定期来医院进行相关内容的检查。

坚持用药对于预后至关重要，切勿擅自停药！同时请务必听从医生的建议，定期来医院监测相关指标，如果有任何问题和疑虑，请立刻联系您的主治医生！



4. 定期随访和监测

● 4.1 定期随访和监测的目的和时间

定期随访极其重要！

定期随访可及时了解恢复情况和疾病变化，尽早识别复发表现。因此一定要严格按照医嘱定期随访。

不同阶段的随访频率	
确诊后时间	随访间隔
第1-2年	每2-3个月1次
第3-5年	每4-6个月1次
5年后	每6-12个月1次

● 4.2 可能需要进行的检查

- ① 询问症状，并进行体检
- ② CA125或其他初诊时升高的肿瘤标志物
- ③ 根据临床需要，完善胸部、腹部及盆腔CT或MRI或PET/CT检查。
- ④ 根据临床需要，进行血常规及生化检查。
- ⑤ 遗传风险评估与遗传咨询（如既往未开展）。

● 4.3 延缓复发的方法



①**精准的外科手术**:尽量做到完全切除,即达到无肉眼残留病灶(R0)。晚期卵巢癌的手术是高度专业性的手术,建议选择专业的医院,由经验丰富的团队完成。



②**规范的化疗**:根据指南和医生建议选择以铂类为基础的化疗,并且保证足量足疗程。



③**规范的维持治疗**:PARP抑制剂以及抗血管生成药物的出现,改变了卵巢癌患者的治疗模式。维持治疗通过杀死缓慢分裂的残余癌细胞,减慢或阻止细胞复制,从而延缓疾病的复发。



5. 面对复发

● 5.1 卵巢癌的复发和复发的几率

卵巢上皮性癌一线传统化疗有效率在80%以上,多数患者会在3年内复发。但是在PARP抑制剂的出现之后,部分患者的复发时间明显被推迟了。

● 5.2 卵巢癌复发判断

如果仅是CA125升高,则不必过于恐慌,因为炎症等多种因素可能导致CA125轻度上升,而且CA125不是评判复发的唯一指标。

提示复发的五种可能的情况:此时应及时就医,查明原因。



● 5.3 复发后的治疗方案

首先我们需要判断卵巢癌复发的类型,复发的卵巢癌可分为铂敏感复发、铂耐药复发以及铂难治复发。

铂敏感复发:

化疗结束后≥6个月后发生复发的患者



铂耐药复发:

化疗结束后6个月内发生复发的卵巢癌患者



铂难治复发:

化疗期间或化疗结束后1个月内复发的卵巢癌患者



铂敏感复发患者的治疗方案:

对于铂敏感复发的病例,首先判断是否可以再进行一次减瘤术,不适合手术或者再次减瘤术后仍需接受含铂的联合化疗。

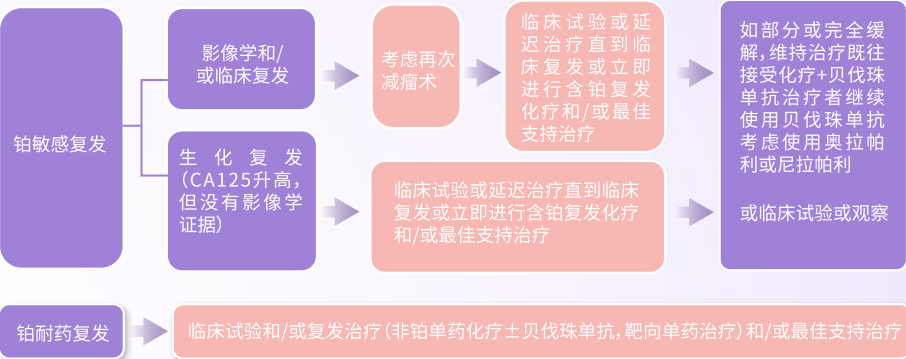
对于铂敏感复发的患者,PARP抑制剂维持治疗同样可带来明显获益。

铂敏感复发患者的维持治疗

STUDY 19研究显示:	SOLO-2研究显示:	L-MOCA研究显示:
奥拉帕利维持治疗铂敏感复发性卵巢癌疗效显著,可以降低患者疾病进展或死亡风险65%,其中针对BRCA突变者疾病进展或死亡风险降低82%;11%患者治疗6年仍在接受治疗。	奥拉帕利维持治疗BRCA突变铂敏感复发性卵巢癌,可以降低该类患者疾病进展或死亡风险70%;中位OS延长12.9个月,明确长期获益。	奥拉帕利维持治疗铂敏感复发卵巢癌患者,总人群的中位PFS可达到16.1个月,患者无论是否携带BRCA突变都可获得良好的疗效。
NOVA研究显示:	NORA研究显示:	FZOCUS-2研究显示:
尼拉帕利维持治疗铂敏感的复发卵巢癌,总人群疾病进展或死亡风险降低58%,但中位OS未有明显获益。	NORA研究显示:尼拉帕利维持治疗铂敏感复发卵巢癌患者,可以将总人群的疾病进展或死亡风险降低68%。无论患者是否携带BRCA突变,都可获得良好疗效。	2021 SGO中期分析显示,氟唑帕利维持治疗铂敏感复发卵巢癌患者,可将总人群的疾病进展或死亡风险降低75%,总人群中位PFS为12.9个月。

铂耐药/难治复发患者的治疗方案:

对于铂耐药/难治的,再次化疗的效果可能不太理想,应鼓励耐药复发患者参与临床试验。



具有特定生物标志物的患者:

对于一些存在特定生物标志物阳性的复发卵巢癌患者,也可以考虑包括NTRK抑制剂、免疫检查点抑制剂在内的治疗。

表10上皮性卵巢癌中可使用的泛癌种适应证药物

适应证	药物
NTRK基因融合实体瘤	恩曲替尼或拉罗替尼
MSI-H或dMMR	帕博利珠单抗
TMB-H(≥ 10 muts/MB)	帕博利珠单抗
且缺乏其他满意替代治疗方案的实体瘤	

NTRK: 神经营养酪氨酸受体激酶(neurotrophic tyrosine receptor kinase) MSI-H: 微卫星高度不稳定(microsatellite instability-high); dMMR: 错配修复缺陷(deficient mismatch repair); TMB-H: 高肿瘤突变负荷(tumor mutation burden-high)

一些局灶性复发、且对多种化疗方案耐药的患者可以考虑进行放射治疗。鼓励复发患者参加临床试验。

其中,无论是化疗还是维持治疗,一定坚持规范用药,使得药物最大可能地发挥治疗作用,配合规范的随访,从而减少复发和疾病发展的风险。

● 5.2 药物临床试验

药物临床试验,简单点说就是一种经过精心设计的药物研究,目的是确认某种新药的有效性,安全性等等,咱们在说明书看到绝大多数内容,都是从临床试验中获得的。参加药物临床试验的大多数患者,是有可能从新药使用中获益的,特别是对于目前没有任何治疗办法的疾病,这甚至可能是患者唯一的希望。当然,这毕竟处于研究阶段的药物,疗效和安全性还不确定,因此获益也是不能完全确定的。如果您希望参与临床试验,请积极联系您的主治医生获取具体的信息。



第五章

卵巢癌患者的自我管理

这一章将会介绍您自我管理的内容,
帮助您更好的面对、战胜肿瘤



1. 生活方式

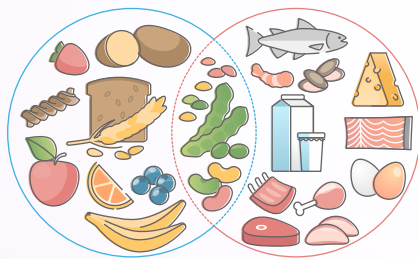
1.1 一般生活方式

戒烟是能够减少癌症复发的最重要的最重要的一种生活方式的改变,吸烟至少与15种癌症的发生有关。患者应尽最大努力戒烟。二手烟同样是非常危险的,如果家里有成员吸烟,应当积极鼓励他们戒烟。



在饮食上,应做到:

- 合理膳食,食物选择应多样化
- 保持适宜的、相对稳定的体重
- 适当多摄入富含蛋白质的食物
- 多吃蔬菜、水果和其他植物性食物
- 多吃富含矿物质和维生素的食物
- 限制精制糖摄入
- 抗肿瘤治疗期和康复期膳食摄入不足,在经膳食指导仍不能满足目标需要量时,建议给予肠内、肠外营养支持治疗
- 对于化疗胃肠道损伤者,推荐制作软烂细碎的动物性食物,避免酒精摄入,限制烧烤/腌制和煎炸的动物性食物。



在运动方面,不同的疾病阶段所适宜的运动也不同:

卵巢癌术后:采用预防性的早期活动措施,有助于预防下肢深静脉血栓形成。

- ① 踝关节被动运动,内外翻转、拉伸、弯曲频率保持在每分钟20下。
- ② 肱二头肌、腓肠肌、由肢体的远端到肢体的近端进行被动按摩,左右侧肢体交替按摩,每侧持续5分钟。
- ③ 每两小时翻一次身。

化疗期间:可以适量的运动,如散步等,但避免剧烈运动

康复期:可根据年龄、身体状况、生活习惯等,选择快速行走、慢跑、爬楼梯、有氧健康操、太极拳等个性化的有氧运动方案。有氧运动的强度根据自身的耐受度进行调整。即运动时心率达到120~140次/分钟;运动时间为每次20~30分钟;运动频率为每周3~5次,持续30天。

在运动开始前先与你的医生进行沟通,确定你所需要进行的运动类型以及是否有特别的限制。



1.2 药物使用期间的饮食注意事项

奥拉帕利和氟唑帕利

在使用药物期间,应避免食用CYP3A酶中、强抑制作用的食物,如西柚、西柚汁、酸橙、酸橙汁。

帕米帕利

主要代谢途径为CYP2C8和CYP3A,与强、中、轻效CYP3A抑制剂合用无需调整剂量,但也需要尽量避免与对CYP2C有抑制作用的石榴汁、大蒜和辣椒同服,以减少这类食物对帕米帕利药效学影响的风险。

建议在就诊时告知医师自己正在服用的药物,以避免药物之间的反应。



2. 心理支持

● 2.1 确诊时的心理干预要素

树立同肿瘤作斗争的信心和决心,保持良好的心态,尽量避免精神紧张和情绪激动,以乐观的态度配合后续各种治疗及护理。

● 2.2 治疗前心理干预要素

对于手术患者,应了解手术的必要性及其手术过程,积极参加进自身的手术治疗,并通过健康教育,认知行为治疗等方法,得到有效的放松。

在化疗和维持治疗前,与医生沟通治疗的计划及进程,了解目的、程序、用药准备,相关药物的注意事项,以及可能出现的副作用和处理措施,有助于调整心理状态,积极配合治疗。

● 2.3 治疗期间心理干预要素



近年来,多种新的治疗方法已被批准用于治疗卵巢癌。随着医学的进步,众多靶向药物和免疫治疗药物不断问世,都使卵巢癌获得长期生存不再困难。此时,患者的信心很重要。缓解精神紧张的方法有运动、社交活动、患友会、沉思、针灸、瑜伽、太极、按摩和其他的放松技巧,也可以报名参加相应的课程。

● 2.4 其他心理干预注意事项

作为家属,给予积极的精神支持和心理安慰对患者的康复也很重要。



您可以扫描下方二维码,观看卵巢癌相关动画,帮助您更好的理解该疾病的情况。



您可以扫描下方二维码,了解卵巢癌维持治疗的药物选择
(附:卵巢癌维持治疗决策树,扫描二维码或登录[http://oc.yuemia.com:8091/#/访问](http://oc.yuemia.com:8091/#/))





结束语

从卵巢癌的诊断、治疗到缓解,这条路不仅漫长,也充满了彷徨和挫折。这场斗争中,我们不仅需要知识的武装,也需要心灵的抚慰。正确认识疾病,积极采取科学的方法对待,我们就可以多一份希望。

愿这一本指南,能在您的这场抗癌斗争中有所帮助。我们一直与您同在!

参考文献:

- [1]. 柏树令. 系统解剖学 (第9版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [2]. 谢幸. 妇产科学 (第9版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [3]. Ovarian Cancer. Epithelial Ovarian Cancer. NCCN Guidelines for Patients. 2019 <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/ovarian-patient.pdf>. Accessed at Jul. 2021
- [4]. NCCN Guidelines Version 1.2021 Epithelial Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer [M]. 2021.
- [5]. 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南 (2021年版) [J]. 中国癌症杂志. 2021, (6): 490-500
- [6]. 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 中国卵巢上皮性癌维持治疗指南 (2021年版) [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(6): 640-649.
- [7]. Lesnock J L, et al. BRCA1 expression and improved survival in ovarian cancer patients treated with intraperitoneal cisplatin and paclitaxel: a Gynecologic Oncology Group Study [J]. Br J Cancer, 2013, 108(6): 1231-1237.
- [8]. Mukhopadhyay A, et al. Clinicopathological features of homologous recombination-deficient epithelial ovarian cancers: sensitivity to PARP inhibitors, platinum, and survival [J]. Cancer Res. 2012; 72(22):5675-82.
- [9]. Bolton K L, et al. Association between BRCA1 and BRCA2 mutations and survival in women with invasive epithelial ovarian cancer [J]. JAMA. 2012; 307(11):1057-8
- [10]. Gao Q, et al. L-MOCA: An open-label study of olaparib maintenance monotherapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer. Journal of Clinical Oncology 39, no. 15_suppl. e17526. https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.e17526. Accessed at Jul. 2021
- [11]. 吴焕文. 基于下一代测序技术的BRCA1/2基因检测指南 (2019版) [J]. 中华病理学杂志, 2019, 48(9): 670-7.
- [12]. Weissman SM, Weiss SM, Newlin AC. Genetic testing by cancer site: ovary [J]. Cancer J, 2012, 18(4): 320-7
- [13]. LaFargue CJ, et al. Exploring and comparing adverse events between PARP inhibitors [J]. Lancet Oncol. 2019 Jan; 20(1): e15-e28.
- [14]. ASCO Answers: Ovarian, Fallopian Tube & Peritoneal Cancer.. Accessed at Jul. 2021
- [15]. ESMO. What is Ovarian Cancer? <https://www.esmo.org/content/download/10097/201883/1>. Accessed at Jul. 2021
- [16]. ASCO Answers. Cancer Survivorship. 2021. ASCO. 文献. https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_survivorship.pdf. Accessed at Jul. 2021
- [17]. 中国抗癌协会肿瘤标志专业委员会遗传性肿瘤标志物协作组. 肿瘤突变负荷检测及临床应用中国专家共识 (2020年版) [J]. 中国癌症防治杂志. 2020. 12(5): 485-494.
- [18]. https://www.cancer.gov/types/ovarian/hp/ovarian-epithelial-treatment-pdq#_61. Accessed at Sep. 2021
- [19]. 李力, 陈昌贤. 晚期卵巢上皮性癌新辅助化疗若干问题的思考 [J]. 中华妇产科杂志, 2018, 53 (2): 73-76.