



宫颈癌患者指南

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CERVICAL CANCER (PATIENT VERSION)



中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会



目录

第一章

关于宫颈癌

第二章

宫颈癌危险因素与预防

第三章

宫颈癌筛查与诊断

第四章

宫颈癌的治疗方法

第五章

宫颈癌分期治疗

第六章

宫颈癌随访与康复

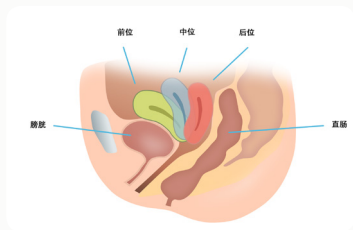
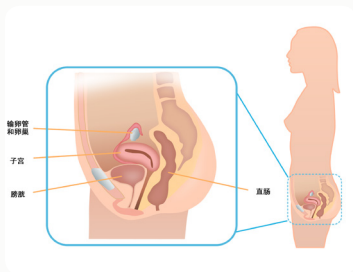
第一章

关于宫颈癌

► 子宫的位置与功能

子宫是女性重要的生殖器官，其内部中空，壁厚腔小，形态呈倒置梨形，位于盆腔中央，前面与膀胱相邻，后面与直肠相邻，两侧有输卵管和卵巢，是女性孕育胎儿和产生月经的重要场所。

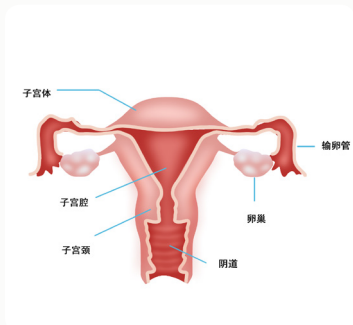
子宫的位置主要依靠子宫周围的4条韧带来固定。正常女性子宫通常会向前弯曲，呈前位，但也有部分女性子宫会向后弯曲，呈后位，或保持中立，呈中位。如果没有特殊症状，子宫无论处于前位、后位还是中位都属于正常体位，不会影响身体健康。



► 宫颈的位置与功能

子宫颈是子宫的一部分。子宫上部较为宽大的部分是子宫体，子宫体内部的空腔即为子宫腔，其两侧与输卵管相通。位于子宫下部比较窄的管状结构就是子宫颈，其上端与子宫体相连，下端直接通向阴道。

宫颈作为子宫的重要组成部分，在预防病原体入侵及妊娠分娩过程中都具有重要作用。



预防病原体入侵

子宫颈黏膜内含有腺体，可分泌黏液，形成黏液栓堵塞子宫颈管，避免病原体进入子宫引起感染。

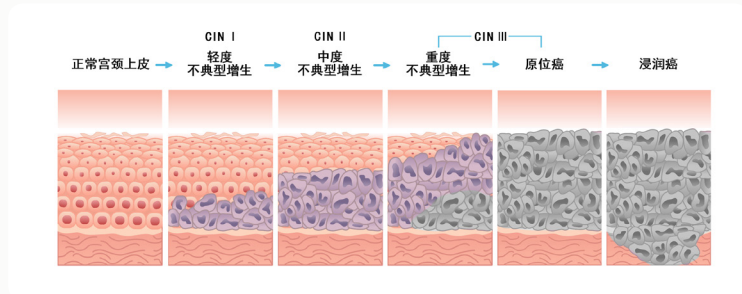
宫颈黏液受性激素影响会发生周期性变化，为了利于精子通过，其在排卵期会比较稀薄，在排卵期过后则恢复正常，而这种变化也会导致病原体进入子宫的可能性增高，所以女性在排卵期尤其应注意个人卫生。

妊娠分娩

子宫颈是胎儿娩出的必经之路。妊娠后子宫会不断增大，而子宫颈则仍然会保持关闭状态，以确保胎儿在子宫内安全生长。直至分娩时，子宫颈才会逐渐扩张开放，以利于胎儿娩出，在分娩后，子宫颈则会再次闭合。

► 什么是宫颈上皮内瘤样病变，它与宫颈癌有什么关系？

宫颈上皮内瘤样病变（cervical intraepithelial neoplasia, CIN）是宫颈癌的癌前病变，包括宫颈不典型增生和宫颈原位癌。宫颈癌发生、发展是一个渐进的演变过程，大体会经历这样几个阶段：



在高危型人乳头状瘤病毒（HPV病毒）及其他致癌因素长期作用下，宫颈部位的正常细胞会逐渐发生不同程度的不典型增生，如果仅为轻度不典型增生（CIN I），大部分可自然消退，但如果为中重度不典型增生及原位癌（CIN II-III），且未经及时治疗，持续进展则转变为宫颈癌。

► 认识宫颈癌



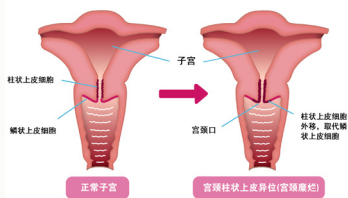
宫颈癌是发生于子宫颈部位的恶性肿瘤，通常由宫颈上皮内瘤样病变发展而来，是女性常见恶性肿瘤之一。全世界每年约有50万宫颈癌新发病例，其中80%以上发生在发展中国家，每年约有超过26万人死于宫颈癌。我国每年新发病例超过13万，死亡人数超过5万人，约占全部女性恶性肿瘤死亡人数的18.4%^[1]，严重威胁女性生命健康。



► 宫颈糜烂就是宫颈癌吗？

宫颈糜烂是指宫颈柱状上皮异位，是一种正常的生理现象。正常子宫颈覆盖有两种细胞，一种是鳞状上皮细胞，一种是柱状上皮细胞，位于宫颈管内靠近子宫腔部位覆盖的是柱状上皮细胞，呈红色颗粒状，外观似糜烂样，而位于宫颈口靠近阴道部位覆盖的是鳞状上皮细胞，外观比较光滑。

在儿童期和首次月经来潮前，宫颈表面被鳞状上皮细胞覆盖，表面比较光滑。当体内雌激素水平增高时，如青春期、育龄期、妊娠期或长期服用避孕药的女性，柱状上皮细胞会逐渐向外扩展，取代鳞状上皮细胞，发生柱状上皮异位，此时妇科检查就会发现宫颈口呈糜烂样，也就是我们通常所说的宫颈糜烂。所以宫颈糜烂并不是一种疾病，也不代表宫颈已发生癌变，通常无需治疗。但需要注意的是，早期宫颈癌也会使宫颈出现糜烂样改变，所以定期进行宫颈癌筛查还是很有必要的。



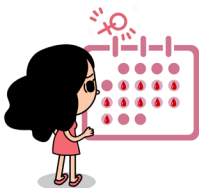
► 如果发生宫颈癌，会出现哪些异常表现？

早期宫颈癌大多没有明显症状甚至无症状，因此常常容易被忽视和漏诊，当疾病逐渐进展时，可出现以下症状：

阴道出血



常表现为接触性出血，即性生活或妇科检查后阴道出血；也可表现为不规则性阴道出血



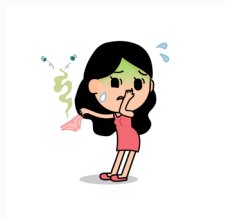
经期延长、经量增多



老年患者常表现为绝经后阴道出血

白带异常

白带增多，呈白色或血性、稀薄如水样或米泔样、有腥臭味。



晚期宫颈癌症状会比较明显，根据肿瘤侵及范围不同可出现以下症状：

		
阴道大出血	尿频、尿急、少尿	便秘
		
下肢疼痛或水肿	腰痛	贫血、发热

► 宫颈癌有哪些类型？

肿瘤是细胞异常增殖而形成的异常组织，因此根据癌细胞来源不同，宫颈癌主要可分为以下几种类型：

鳞状细胞癌

最常见，占宫颈癌的75%~80%，癌组织通常表现为外生型生长，较易早期发现^[2]。

腺癌

占宫颈癌的15%~20%，来自子宫颈管内，癌组织通常表现为内生型生长，较不容易在早期发现^[2]。

其他

比较少见，包括腺鳞癌、腺样基底细胞癌、神经内分泌肿瘤、间叶性肿瘤等。

📌 宫颈癌会转移吗？

宫颈癌是一种恶性肿瘤，所以它具有恶性肿瘤所普遍具有的侵袭性，如不及时治疗，就会有发生转移的危险，其转移途径主要为直接蔓延和淋巴转移，血行转移比较少见。

直接蔓延	最常见，癌组织直接向周围组织器官扩散。通常会向下扩散至阴道，或向上侵袭到子宫腔。如果向两侧扩散，还可累及子宫两侧的韧带、盆壁等，晚期还可能向前、后蔓延到膀胱或直肠。
淋巴转移	癌组织侵入淋巴管，随淋巴液引流可转移到盆腔、腹腔或更远处的淋巴结。
血行转移	常发生于晚期，癌组织侵入血管，随血液流动可转移至肺、肝或骨骼等组织器官。

【参考文献】

- [1] 刘萍. 中国大陆 13 年宫颈癌临床流行病学大数据评价 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(1):41-45.
- [2] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学 (第 9 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.

第二章

宫颈癌危险因素与预防

► 哪些原因可能会引起宫颈癌？

目前已经明确高危型人乳头瘤病毒（HPV）持续感染是导致宫颈癌及其癌前病变的主要原因。除此之外，以下几种因素也可能导致宫颈癌的发病风险增加。

- 过早发生性行为（初次性行为<16岁）
- 多个性伴侣或性伴侣有多个性伴侣
- 早婚、早孕、多孕、多产（3~5胎以上）
- 经期或产褥期卫生不良
- 衣原体、巨细胞病毒、疱疹病毒II型等生殖道病原体感染
- 长期口服避孕药
- 吸烟或被动吸烟
- 人类免疫缺陷病毒（HIV）感染等造成的免疫缺陷，或长期服用免疫抑制药物导致免疫抑制

► HPV 是怎么感染的？

HPV的传染源是患者及病毒感染者，其传播途径主要包括：

性生活传播

最主要的传播途径。如配偶或性伴侣生殖器皮肤或黏膜内含有HPV，通过性生活可直接被感染。

母婴传播

生殖道感染HPV的母亲可在分娩过程中导致新生儿感染。

皮肤黏膜接触

除子宫颈外，HPV还可感染口腔、咽喉、皮肤和肛门等其他部位，直接与患者或感染者的这些部位密切接触，则有可能发生感染。

► 哪些人容易感染 HPV？

HPV感染最主要的传播方式就是性生活传播，所以HPV的感染风险主要取决于年龄与性行为习惯。

年龄	(1) 第一个感染高峰：20岁左右女性。这个年龄阶段的女性通常性行为会比较活跃，子宫颈部位发生HPV感染的风险也最高。 (2) 第二个感染高峰：40~45岁女性。人体的免疫功能随年龄增长会逐渐下降，因此这个年龄阶段的女性对HPV的清除能力也会随之有所下降，相比之下也更容易发生持续性感染。此外，本人或配偶与新的性伴侣接触也是导致该年龄阶段女性发生HPV感染的另一个关键因素。
性行为习惯	有多个性伴侣或性生活频繁，初次性生活年龄低，性伴侣有其他HPV感染性伴侣，患有其他性传播疾病尤其是多种性传播疾病混合存在的女性，感染HPV的风险也会增高。

► 感染了 HPV 就一定会发生宫颈癌吗？

HPV感染是宫颈癌最重要的危险因素，但不意味着感染了HPV就一定会发生宫颈癌。目前已确定的HPV约有200种类型，根据致癌性不同可分为高危型和低危型。高危型包括HPV 16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/68等，持续感染可引起子宫颈、肛门、生殖器等部位癌症及其癌前病变；低危型包括HPV 6/11/42/43等，主要引起生殖器疣和良性病变。

宫颈癌及其癌前病变主要由高危型HPV持续感染所致，其中尤以HPV 16/18诱发宫颈癌的风险最高，全球约有70%的宫颈癌与HPV 16/18感染有关^[1]。但HPV感染通常是无症状的一过性感染，80%以上的女性一生中至少会有过一次HPV感染，90%以上的HPV感染可在2年内被自身免疫系统自动清除，仅不足4%的女性会因持续或重复感染高危型HPV而发展成为癌前病变甚



至宫颈癌^[2]，而且即使感染持续存在，通常也要经过10~20年的时间才能逐渐发展为浸润性宫颈癌。所以如果检查结果显示HPV阳性，也不必过于担心，这只说明患宫颈癌的风险比较高，并不代表已患有宫颈癌，但仍需遵医嘱定期复查，以便及早发现癌前病变并采取相应治疗。



扫码看视频
了解更多信息

▶ HPV 阳性怎么办？

目前还没有可以治疗HPV感染的相关药物，HPV还主要依靠自身免疫系统来进行清除。如果只是HPV阳性，子宫颈无明显病变，可无需治疗，遵医嘱定期复查即可。如子宫颈已发生癌前病变或进展为宫颈癌，则需要根据病情的严重程度进行子宫颈锥切术或子宫切除等手术治疗。

▶ 宫颈癌能预防吗？



宫颈癌是可以预防的，预防宫颈癌通常需要做到以下几点：



接种HPV疫苗：宫颈癌主要由HPV感染所致，所以接种HPV疫苗是目前预防宫颈癌最直接、最有效的方法。预先接种HPV疫苗后，体内可生成针对HPV的抗体，从而从源头上阻断HPV感染，预防宫颈癌发生。



扫码看视频
了解更多信息



建立安全性行为：正确使用避孕套、推迟初次性行为年龄、减少性伴侣数量等。



选择法定年龄后结婚，推迟首次分娩年龄。





减少妊娠及分娩次数，尽可能控制在3次以下；避免人工流产。



及早诊治生殖道感染，避免吸烟或被动吸烟，养成良好的个人卫生习惯。



定期进行宫颈癌筛查：早期发现癌前病变，及时治疗，避免疾病进一步发展；高危型HPV感染者需注意定期复查。

▶ HPV 疫苗有多少种，有什么区别？

目前已在我国上市的HPV疫苗共有4种：双价HPV疫苗（葛兰素史克研发，2007年全球上市，2016年中国上市），四价HPV疫苗（默沙东研发，2006年全球上市，2017年中国上市），九价HPV疫苗（默沙东研发，2014年全球上市，2018年中国上市），国产双价HPV疫苗（大肠杆菌）（中国厦门万泰研发，2019年中国上市）。前3种为进口疫苗，第4种为国产疫苗。疫苗的价格代表疫苗可以预防几种类型的HPV感染。

4种疫苗的接种年龄、接种针次以及预防宫颈癌发生的概率各有不同^[2-3]。目前HPV疫苗在我国属于非免疫规划疫苗（第二类疫苗），适龄女性可自愿、自费接种。



扫码看视频
了解更多信息

	国产双价HPV疫苗 (大肠杆菌)	双价疫苗	四价疫苗	九价疫苗
预防HPV型别	HPV 16/18	HPV 16/18	HPV 6/11/16/18	HPV 6/11/16/18/ 31/33/45/52/58
可接种年龄	9~45岁	9~45岁	9~45岁	16~26岁
预防宫颈癌 发生概率	~100%	70%	70%	92%
接种针次及 时间	第0、1、6个月， 共3针	第0、1、6个月， 共3针	第0、2、6个月， 共3针	第0、2、6个月， 共3针

► 哪些人适合接种 HPV 疫苗？

- ✓ 低龄人群、性暴露前接种HPV疫苗效果最佳。美国权威指南推荐在11~12岁开始接种HPV疫苗，最早也可从9岁开始接种。
- ✓ 对于已经发生过性生活、既往或当前存在HPV感染、既往或当前存在宫颈细胞学异常、既往因宫颈上皮内瘤变接受过治疗的适龄女性，依然可从疫苗接种中获益。接种HPV疫苗前无需常规行宫颈细胞学检查及HPV检测。
- ✓ 对于具有遗传易感、高危生活方式和人类免疫缺陷病毒感染的适龄女性优先推荐接种HPV疫苗。
- ✓ 对于既往患有宫颈癌的女性，接种疫苗是否会获益目前还没有定论。

► 哪些人不适合接种 HPV 疫苗？

- ✗ 对疫苗的任何一种活性成分或辅料成分过敏者，禁止接种HPV疫苗。接种疫苗后出现过敏反应者，禁止再次接种。
- ✗ 妊娠期或哺乳期女性，建议推迟到哺乳期后再接种。若疫苗接种后发现已怀孕，应将未完成接种剂次推迟至分娩后再行补充接种。若妊娠期间完成接种，则无需干预。
- ✗ 近期计划妊娠者不推荐接种 HPV疫苗，且在完成最后一剂接种2个月内应尽量避免受孕。
- ✗ 部分女性可能会有不同程度的经期不适，所以最好选择非经期接种。
- ✗ 患有急性严重发热疾病时，接种疫苗可能会导致症状进一步加重，所以最好选择痊愈以后再接种，但如果仅仅是感冒等轻微感染，可正常接种，不需要推迟接种。
- ✗ 有血小板减少症或其他可成为肌肉注射禁忌证的凝血功能障碍者通常也不适宜接种。

► 接种 HPV 疫苗会有副作用吗？

与其他药物或疫苗一样，HPV 疫苗也会有副作用，但通常症状比较轻微，主要表现为手臂注射部位的疼痛、肿胀、红斑、瘙痒、硬结，少数患者可出现全身症状，如发热、头痛、眩晕、疲劳、肌肉或关节痛、恶心、呕吐等，一般短时间内就会好转，不会影响正常的学习、工作和生活。

► 接种 HPV 疫苗后还会发生宫颈癌吗？

目前已有的HPV疫苗只能阻止部分类型HPV感染，无法阻止全部HPV感染，而且还有少数宫颈癌可能与HPV感染无关，所以即使接种了HPV疫苗，也无法保证百分之百地避免宫颈癌的发生，而且除宫颈癌以外，子宫内膜癌、卵巢癌等其他女性恶性肿瘤的发病危险依然存在，因此仍需定期进行宫颈癌筛查及相关妇科检查以确认是否健康。



扫码看视频
了解更多信息

【参考文献】

- [1] 中华预防医学会疫苗与免疫分会. 宫颈癌等人乳头瘤病毒相关疾病免疫预防专家共识 [J]. 中华预防医学杂志, 2019, 53(8):761-803.
- [2] 中华医学会妇科肿瘤学分会, 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会. 人乳头瘤病毒疫苗临床应用中国专家共识 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2021, 13(2):1-12.
- [3] 魏丽惠, 赵昀. 关于《宫颈癌等人乳头瘤病毒相关疾病免疫预防专家共识》的临床要点解读 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2020, 21(1):1-2.

第三章

宫颈癌筛查与诊断

一、宫颈癌筛查

为什么要进行宫颈癌筛查？



宫颈癌筛查的主要目的就是早发现、早诊断和早治疗，以降低宫颈癌的发病率和死亡率。



宫颈癌的发生、发展是一个长期的过程，适时进行宫颈癌筛查不仅能够及早发现癌前病变，同时也能筛查出潜在可能发展为癌前病变及子宫颈癌的高危人群。如筛查结果阳性或发现异常，可通过阴道镜等相关检查，早期明确诊断并给予相关治疗，阻止病情进一步发展为浸润癌，为治疗争取最佳时机。

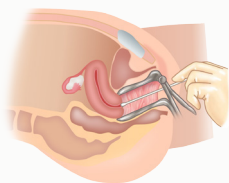
宫颈癌筛查方法有哪些？

目前常用的筛查方法主要包括细胞学检查和HPV检测。除此之外，在经济技术不发达地区，还可采用醋酸染色肉眼观察法。

细胞学检查

在妇科检查时，通过阴道窥器从子宫颈表面获取少量宫颈细胞，然后在显微镜下观察细胞大小、形态等有无异常的检查方法。

目前常用的细胞学检查方法主要有传统巴氏涂片和液基细胞学检查（TCT）。传统巴氏涂片经济实用，简单易行，但假阴性率较高，容易出现漏诊和误诊。与传统巴氏涂片相比，液基细胞学检查采用特殊制片技术，细胞涂片效果更清晰，识别宫颈病变的灵敏性和特异性相对也更高。



扫码看视频
了解更多信息

HPV检测

与细胞学检查过程相似，通过获取宫颈分泌物检测宫颈细胞内有无与宫颈癌发病密切相关的高危型HPV感染。HPV检测可单独用于宫颈癌筛查，也可与细胞学检查联合应用，二者联合应用可进一步提高筛查的准确率。



扫码看视频
了解更多信息

醋酸染色肉眼观察法



5%醋酸溶液

采用5%醋酸溶液涂抹宫颈表面，然后用肉眼直接观察宫颈颜色改变。这种方法灵敏性和特异性都比较低，目前主要用于不具备细胞学检查和HPV检测的地区。

多大年龄可以开始进行宫颈癌筛查，多久筛查一次？

根据目前宫颈癌的发病年龄特点，21岁女性通常就可以开始进行宫颈癌筛查，年龄不满21岁的女性无需常规筛查，具体筛查频率根据年龄及筛查方法不同会有所不同^[1]。

年龄	筛查方法	筛查频率
<21岁		常规无需筛查。对于具有高危因素（性生活早、性伴侣多、既往多次流产史、不良生活习惯等）或伴有临床症状（接触性阴道流血等）者，推荐常规筛查。
21~29岁	细胞学检查	每3年1次
30~65岁	单纯细胞学检查	每3年1次
	单纯HPV检测	每5年1次
	HPV+细胞学检查（优先推荐）	每5年1次
>65岁		如过去10年筛查结果阴性（连续3次细胞学检查阴性，或2次HPV+细胞学检查阴性，最近一次筛查在5年内），且无宫颈癌高危因素（癌前病变或宫颈癌病史，宫腔暴露于己烯雌酚，免疫系统受损）者，可终止筛查。

宫颈癌筛查前应注意哪些问题？

为确保筛查结果准确有效，宫颈癌筛查前通常需注意以下几点：

筛查应选择在非月经期进行，筛查时间应尽量安排在月经结束后3~7天内。

筛查前2天应避免性生活。

筛查前2天避免进行阴道冲洗，更不能经阴道用药。

筛查前不要做妇科阴道内诊检查及经阴道超声检查。

如患有妇科炎症，最好在炎症治愈后再进行筛查。

宫颈癌筛查如发现异常该怎么办？

宫颈癌筛查如发现异常通常需进一步进行阴道镜检查，对宫颈上皮细胞及血管进行清晰观察，如无异常，可遵医嘱定期复查。如发现疑似病变，则通常需在局部采集少量组织进行病理检查，以明确诊断并制定后续治疗计划或随访计划。



二、宫颈癌诊断

怎样才能确诊宫颈癌？

宫颈癌的正确诊断主要依据临床表现、妇科检查以及必要的实验室检查和影像学检查。

早期宫颈癌大多没有明显症状甚至无症状，目前还主要依赖于细胞学检查、HPV检测等初步筛查，然后再进一步进行阴道镜检查 and 活组织检查的“三

阶梯”流程明确诊断。



中晚期宫颈癌通过不规则性阴道出血、白带异常以及腰痛等症状，宫颈局部出现赘生物或菜花样改变等体征，经活组织检查通常即可做出诊断。

诊断宫颈癌需要进行哪些检查？

确诊前

阴道镜检查

即在强光源照射下，通过仪器直接观察阴道、宫颈的上皮病变，并且把原组织放大10~40倍，从而发现肉眼无法看到的微小病变，确定病变部位，发现早期宫颈癌。同时还可根据检查结果进行多点定位活检并送病理检查，提高活组织检查的准确率。



扫码看视频
了解更多信息

活组织检查

通过阴道镜或直视下进行活组织检查是最终确诊宫颈癌的金标准。活组织检查需从宫颈上取一小块或几块组织进行病理检查，获取组织的方法根据难易程度不同，可分为咬取法、切取法、宫颈管搔刮等，医生会视病情需要选择最为适合的方法。

确诊后

确诊宫颈癌后，根据具体情况通常还需进行妇科检查、影像学检查等，进一步确定肿瘤大小、位置以及侵及范围，了解肿瘤有无局部转移、淋巴结转移及远处转移等，初步判断临床分期并制定治疗方案。

妇科检查

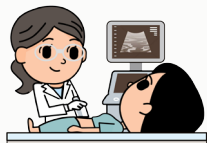


妇科三合诊检查

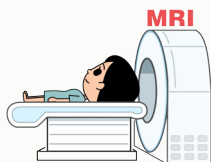
通常需行妇科三合诊检查，即经阴道、直肠、腹部的联合检查，来进一步明确肿瘤的大小、位置以及侵犯盆腔及阴道的范围。

影像学检查

⊗ 盆腔检查：包括盆腔超声、磁共振成像（MRI）检查及电子计算机断层扫描（CT）检查，平扫+增强MRI/CT检查的扫描对比度要好于单一检查，其中盆腔平扫+增强MRI检查是宫颈癌最佳影像学检查方法。可用于明确肿瘤大小、位置及侵及范围，盆腔有无淋巴结转移等。



⊗ 腹腔检查：同样包括超声、MRI以及CT检查，首选腹部平扫+增强CT检查。主要用于观察淋巴结转移情况、有无肾积水以及腹腔有无其他器官转移等。



⊗ 胸部检查：包括X线和CT检查，主要目的是了解肺部及纵膈有无肿瘤转移。



⊗ 全身检查：即PET-CT（正电子发射计算机断层显像）检查。与正常细胞相比，肿瘤细胞新陈代谢会比较旺盛。PET可通过全身显像清晰显示人体各组织器官的代谢功能，与仅显示解剖结构的CT和MRI检查相比，能早期发现肿瘤及其潜在的微小转移病灶，提高病变的检出率。PET-CT检查将PET与CT相结合，通过全身各组织器官代谢功能影像与解剖结构影像，可综合评估肿瘤扩散范围，辅助临床分期。



扫码看视频
了解更多信息

膀胱镜和直肠镜检查

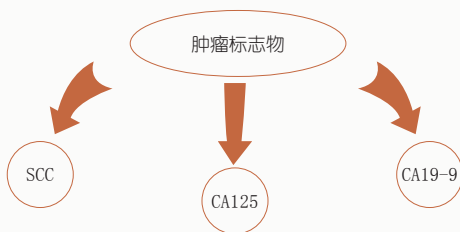
如怀疑肿瘤已侵及膀胱或直肠，通常还需要进行膀胱镜或直肠镜检查。

肿瘤标志物检查

肿瘤标志物是指由肿瘤细胞特异性产生或机体因肿瘤刺激而异常产生的特定物质。目前应用于宫颈癌的肿瘤标志物主要有SCC、CA125、CA19-9等。肿瘤标志物不能作为诊断依据，仅可用于辅助诊断，其水平升高并不绝对代表已患有肿瘤，炎症或其他良性疾病也可引起肿瘤标志物水平升高，且肿瘤患者体内相关肿瘤标志物水平也未必一定会升高。此外，肿瘤标志物检查在疗效评估、病情监测和治疗后随访监测中也具有重要作用。



扫码看视频
了解更多信息



宫颈癌需要与哪些疾病鉴别？

宫颈癌通常需要与其症状或体征相似的其他子宫颈疾病相鉴别，确诊主要依据活组织检查。

子宫颈良性病变

宫颈柱状上皮异位（宫颈糜烂）、宫颈息肉、宫颈结核及其他宫颈炎症溃疡等。

子宫颈良性肿瘤

子宫颈肌瘤、子宫颈乳头瘤等。

转移性宫颈癌

多见原发性子宫内膜癌转移至宫颈。

宫颈癌如何分期?

肿瘤分期是根据原发肿瘤大小、位置和扩散范围来描述恶性肿瘤严重程度和受累范围的一个客观指标,是了解疾病严重程度,制定治疗计划和判断预后的重要依据。肿瘤分期越高表明病情越重,治疗难度越大,预后也越差。

目前宫颈癌主要采用国际妇产科联盟(FIGO)分期,具体分期通常需根据妇科检查、影像学检查等检查结果在治疗前综合判定,治疗后根据病理检查结果可能还会进一步有所修正。

2018年子宫颈癌FIGO分期^[2]

I 期	肿瘤局限在子宫颈(扩展至宫体将被忽略)
I A	镜下浸润癌,浸润深度 $\leq 5\text{mm}$
I A1	间质浸润深度 $\leq 3\text{mm}$
I A2	间质浸润深度 $> 3\text{mm}$, $\leq 5\text{mm}$
I B	肿瘤局限于子宫颈,镜下最大浸润深度 $> 5\text{mm}$
I B1	浸润深度 $> 5\text{mm}$,最大径线 $\leq 2\text{cm}$
I B2	最大径线 $> 2\text{cm}$, $\leq 4\text{cm}$
I B3	最大径线 $> 4\text{cm}$
II 期	肿瘤超越子宫,但未达阴道下1/3或未达骨盆腔
II A	侵犯上2/3阴道,无宫旁浸润
II A1	肿瘤最大径线 $\leq 4\text{cm}$
II A2	肿瘤最大径线 $> 4\text{cm}$
II B	有宫旁浸润,未达骨盆腔
III 期	肿瘤侵犯阴道下1/3和(或)扩展至骨盆腔,和(或)引起肾盂积水或肾无功能,和(或)侵犯盆腔和(或)主动脉旁淋巴结
III A	肿瘤侵犯阴道下1/3,未扩展至骨盆腔
III B	肿瘤扩展至骨盆腔和(或)引起肾盂积水或肾无功能
III C	不论肿瘤大小和扩散程度,侵犯盆腔和(或)主动脉旁淋巴结(注明影像学或病理证据)
III C1	仅侵犯盆腔淋巴结
III C2	主动脉旁淋巴结转移

IV 期	肿瘤侵犯膀胱黏膜或直肠黏膜（活检证实）和（或）超出真骨盆（泡状水肿不分为 IV 期）
IVA	侵犯盆腔邻近器官
IVB	远处转移

【参考文献】

- [1] US Preventive Services Task Force, et al. Screening for cervical cancer: US preventive services task force recommendation statement[J]. JAMA, 2018, 320(7): 674-686.
- [2] 周晖, 刘昀昀, 罗铭等. 《2021 NCCN 子宫颈癌临床实践指南（第 1 版）》解读 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(11): 1098-1104.

第四章

宫颈癌的治疗方法

► 宫颈癌有哪些治疗方法?

宫颈癌治疗方法主要有手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等。手术与放疗属局部治疗，化疗、靶向治疗、免疫治疗属全身治疗。



宫颈癌通常需要综合考虑临床分期、患者年龄、生育要求、全身情况、医疗技术水平等多种因素制定个体化治疗方案。原则上手术仅适用于早期患者，早中期及局部晚期患者均可首选放疗，晚期伴全身转移患者以化疗为主。

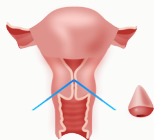
► 宫颈癌手术方法有哪些?

宫颈癌手术方法总体来讲包括保留生育功能和不保留生育功能的手术两大类，手术方式可选择开腹、腹腔镜、机器人或经阴道手术等。其中，不保留生育功能的手术推荐开腹手术。

保留生育功能的手术

对有保留生育功能要求的早期年轻患者，可根据患者病情选择宫颈锥切术或根治性宫颈切除术。

宫颈锥切术



是以宫颈管为中心轴线，宫颈外侧为圆锥底，宫颈内侧为圆锥顶，由外向内呈圆锥形地切除一部分宫颈组织。切除组织的具体形状和深度通常需根据病灶大小、形状和病变部位而定。



扫码看视频
了解更多信息

根治性宫颈切除术

切除子宫颈及部分阴道、宫旁组织，保留子宫体和双侧输卵管、卵巢，同时行盆腔淋巴结切除术。

不保留生育功能的手术

宫颈癌的初始手术根据手术范围不同可分为全子宫切除术、改良根治性子宫颈切除术和根治性子宫颈切除术^[1-2]。对于复发患者可实施盆腔器官廓清术^[3]。

	全子宫切除术	改良根治性子宫颈切除术	根治性子宫颈切除术
子宫体和宫颈	切除	切除	切除
卵巢	选择性切除	选择性切除	选择性切除
阴道	切除极少部分	切除1~2cm	切除阴道上1/4~1/3
主韧带	不切除	输尿管水平	髂内血管内侧
宫骶韧带	不切除	切除1~2cm	切除2cm以上
淋巴结	不切除	选择性切除	常规切除盆腔淋巴结

什么是根治性手术？

根治性手术是为了彻底清除存在于体内的肿瘤组织而进行的手术，也是可能治愈恶性肿瘤的有效方法之一。根治性手术不仅需要完整切除原发肿瘤病灶，同时还会切除肿瘤周围部分正常组织和淋巴结，从而最大程度达到无肿瘤残留。宫颈癌的根治性手术范围包括整个子宫/宫颈及其周围的宫旁组织、部分阴道、盆腔和/或腹主动脉旁淋巴结。

根治性手术的目的是力求根除肿瘤，但并非真正意义上的根除，术后部分患者仍有可能会出现复发和转移，因此为取得比较好的治疗效果，对于术后存在复发危险因素的患者还需要结合放疗或化疗等其他治疗方法一起进行综合治疗。

►什么是盆腔器官廓清术？

盆腔器官廓清术是指切除所有的盆腔脏器（包括子宫、附件、阴道、膀胱、盆段输尿管、直肠）并进行相关重建的手术，主要用于治疗已接受或无法实施盆腔放疗的盆腔内复发的宫颈癌患者。该手术创伤大、手术难度极高、术后并发症发生率约为33%~75%，国内外能开展该手术的医院不多^[3]。

盆腔器官廓清术根据切除盆腔器官的范围可分为前盆、后盆及全盆腔廓清术。

前盆腔廓清术	针对累及膀胱者，保留直肠。
后盆腔廓清术	针对累及直肠者，保留膀胱。
全盆腔廓清术	针对累及膀胱和直肠者，切除子宫、附件、阴道、膀胱、盆段输尿管、直肠。

►哪些宫颈癌患者可以进行手术治疗？

手术治疗主要应用于早期（I A~IIA期）宫颈癌。其中I A1~I B2期，肿瘤直径≤4cm，病理类型为鳞癌、腺癌、腺鳞癌及部分肉瘤（胚胎横纹肌肉瘤、腺肉瘤），年龄≤45岁，有强烈生育意愿的患者可选择保留生育功能的手术^[4]。

复发性宫颈癌可根据肿瘤复发情况适当进行包括手术治疗在内的综合治疗。

►早期宫颈癌术后是否需要辅助治疗？



早期宫颈癌患者术后需根据复发危险因素选择相应的辅助治疗方法，以降低复发率，改善预后。



高危因素

包括淋巴结转移、手术切缘阳性和宫旁浸润。具备任一高危因素者，术后需辅助放化疗。

其他危险因素

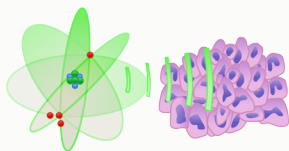
包括淋巴脉管间隙浸润、深肌层浸润、肿瘤较大、腺癌。具备以上危险因素的患者，需根据具体情况，术后辅助放疗或化疗。

►什么是放射治疗？

放射治疗简称放疗，是利用高能放射线杀伤肿瘤细胞、消除肿瘤病灶的一种治疗方法。与手术治疗相同，放疗也是一种局部治疗方法。



扫码看视频
了解更多信息



I A~IV A期患者均可首选放疗作为初始治疗方案。对于早期（I A~II A期）患者，手术与放疗的治疗疗效相当，但并发症不同。放疗是中晚期或不能耐受手术患者的最佳治疗方法，也是根治性子宫颈癌切除术后的辅助治疗方法。

►宫颈癌放疗方法有哪些？

按技术分类：包括利用放射线在体外照射肿瘤病灶的体外放射治疗和将施源器置于宫腔内或阴道内的近距离放射治疗，两者照射区域有所不同。除极少数早期宫颈癌只行近距离放射治疗外，通常大部分宫颈癌都需要联合应用体外放射治疗和近距离放射治疗。

体外放射治疗

主要照射宫颈癌原发灶和盆腔蔓延区域及淋巴转移区域

近距离放射治疗

主要照射宫颈癌原发灶

按治疗目的分类：包括根治性放疗、姑息性放疗、辅助性放疗等。

根治性放疗	对肿瘤组织进行致死剂量照射，以达到与根治性手术效果相当的放疗方法，主要用于宫颈癌初始治疗。
姑息性放疗	针对临床不能治愈患者，以减轻痛苦、缓解症状、改善患者生存质量以及延长生存期为目的放疗方法，主要用于晚期宫颈癌。
辅助性放疗	是综合治疗的一部分，常常需要和手术、化疗等其他治疗方法相结合。

► 宫颈癌必须化疗吗？

化疗是宫颈癌综合治疗的重要组成部分，无论是早期还是晚期宫颈癌，根据病情需要可能都需要适当进行化疗。

化疗目前主要用于同期放化疗、复发或转移性宫颈癌姑息性治疗以及术前/术后的辅助治疗。宫颈癌常见化疗方案具体如下^[1]。



同期放化疗		
首选药物		
◎ 顺铂		
◎ 卡铂（如患者不能耐受顺铂）		
常见全身化疗方案		
一线联合治疗	一线单药治疗	二线治疗
首选方案	首选方案	首选方案
◎ 顺铂/紫杉醇/贝伐珠单抗	◎ 顺铂	◎ 帕博利珠单抗，用于PD-L1
◎ 卡铂/紫杉醇/贝伐珠单抗		或MSI-H/dMMR阳性肿瘤

其他推荐方案 ○ 顺铂/紫杉醇 ○ 卡铂/紫杉醇（之前接受过顺铂治疗患者首选） ○ 拓扑替康/紫杉醇/贝伐珠单抗 ○ 拓扑替康/紫杉醇 ○ 顺铂/拓扑替康	其他推荐方案 ○ 卡铂 ○ 紫杉醇	其他推荐方案 ○ 贝伐珠单抗、白蛋白紫杉醇、多西他赛、5-FU、吉西他滨、异环磷酰胺、伊立替康、丝裂霉素、拓扑替康、培美曲塞、长春他滨 特定情况下可用 ○ 帕博利珠单抗，用于TMB-H肿瘤 ○ 拉罗替尼、恩曲替尼，用于NTRK基因阳性肿瘤
--	---	--

注：帕博利珠单抗为免疫治疗药物，贝伐珠单抗为靶向治疗药物，目前二者在国内均尚无宫颈癌适应证。拉罗替尼、恩曲替尼为靶向治疗药物，目前在国内尚未上市。

► 什么是同期放化疗和新辅助化疗？

同期放化疗

放疗同时给予化疗。化疗药物除可直接杀伤肿瘤细胞外，还能增强肿瘤细胞对放疗的敏感性，两种方法协同作用，不仅能提高对肿瘤的杀伤作用，增强疗效，还能减低放疗及化疗的剂量，从而减轻单独放疗和化疗的毒副作用。

新辅助化疗

术前进行的化疗。主要用于肿瘤体积较大，经医生评估无法手术彻底清除者；或年轻保留生育功能患者，希望可通过化疗减小肿瘤体积以达到保育标准或缩小手术范围从而降低手术对生育功能的损伤。通常可在术前适当进行2~3个疗程的化疗。新辅助化疗不能改善宫颈癌的预后，目前在宫颈癌中应用较少。

化疗药物会有哪些副作用？

与手术治疗或放疗等局部治疗不同，化疗是一种可攻击杀灭全身肿瘤细胞的全身治疗方法。化疗药物可通过破坏调控细胞生长增殖的遗传物质，或干扰细胞代谢，杀伤生长增殖较为迅速的肿瘤细胞，抑制肿瘤生长。但化疗药物对肿瘤细胞的杀伤作用缺乏选择性，骨髓造血干细胞、毛囊细胞、口腔或胃肠道黏膜上皮细胞等生长增殖较为迅速的正常细胞，也与肿瘤细胞相同很容易受到化疗药物攻击，从而引发多种副作用。

化疗药物所引发的副作用及其严重程度通常因人而异，但大部分副作用可随时间推移逐渐减轻或消失，只有极少数严重副作用可能会长时间持续存在。



扫码看视频
了解更多信息

常见副作用	预防及处理措施
骨髓抑制导致贫血、 白细胞和血小板减少	用药期间医生会定期为患者进行血液检查，并根据检查结果给予相应治疗。 ◎ 贫血：轻度贫血通常无需特殊处理。如出现Ⅱ度以上红细胞减少（$<95\text{g/L}$）或出现明显乏力、头晕、心动过速等贫血症状，需采取药物或输血治疗。 ◎ 白细胞减少：白细胞数量通常会在化疗后10~14天降至最低水平，随后可逐渐回升，并于3~4周恢复正常。化疗后白细胞减少需给予升白细胞药物对症处理，并注意适当采取隔离措施，加强个人卫生，定期监测体温，如出现发热、寒颤等疑似感染症状，应及时就医。 ◎ 血小板减少：血小板减少可导致出血风险增加。用药期间应避免剧烈活动，避免外伤，如血小板严重减少则需采取升血小板药物治疗，必要时输注血小板。
恶心、呕吐	比较多见。适当调整饮食，避免食用辛辣刺激和油腻食物，严重呕吐者需适当应用止吐药物并给予静脉输液，防止脱水。

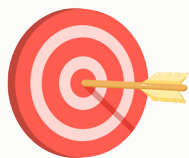
口腔黏膜炎	化疗前应进行口腔卫生检查，餐后、睡前坚持刷牙，保持口腔卫生，预防黏膜炎发生。发生黏膜炎后应使用漱口水定期冲洗口腔，并适当局部应用药物。
腹泻、便秘	◎ 腹泻：适当应用止泻药物并给予静脉输液，防止脱水。 ◎ 便秘：适当调整饮食，注意增加纤维素摄入，多饮水，增加活动促进胃肠蠕动，严重者可适当服用缓泻剂或灌肠。
脱发	化疗药物导致的脱发是可逆的，通常可在化疗结束后再生。
静脉刺激及药物外渗	◎ 静脉刺激：化疗药物对静脉及局部皮肤会有不同程度的刺激性，用药后可立即出现沿静脉走行的疼痛和烧灼感，局部皮肤也可能会出现红斑和瘙痒，通常经适当稀释药物并减慢滴速可予以缓解。 ◎ 药物外渗：药物从血管直接渗出或漏到周围组织中，可导致局部疼痛、水肿、红斑、溃疡或坏死等症状。选择中心静脉置管或植入式静脉输液港可有助于避免药物外渗。
皮肤损害	皮肤可出现皮疹、红斑、色素沉着等改变，通常是暂时性的，化疗结束后会逐渐消失。
神经毒性	周围神经系统毒性较为常见，主要表现为指（趾）端麻木或疼痛、感觉异常、运动失调等。多数患者症状可在化疗结束后逐渐缓解，但也有部分患者可能终生无法恢复。如出现相应症状，应及时与医护人员沟通，适当降低药物剂量或延长用药间隔，严重者甚至可能需要停止治疗。
其他器官毒性	化疗药物还可能对心脏、肾脏、肝脏、膀胱、肺脏等产生毒性作用，其毒性作用主要与药物种类及患者个体情况密切相关。用药期间医生会严密观察患者生命体征并评估各器官功能情况，一旦发现异常会及时采取相应处理措施。
过敏反应	用药前应将相关药物过敏史如实告知医生，必要时可考虑预防性应用抗过敏药物及脱敏疗法。

►什么是靶向治疗？

肿瘤生长依赖于一系列促癌信号通路的激活，靶向治疗是指应用特异性针对肿瘤细胞特有分子的靶向治疗药物攻击杀灭肿瘤细胞的治疗方法。靶向治疗药物可通过阻断与肿瘤细胞增殖、分化相关的关键酶，或抑制肿瘤组织内新生血管生长，特异性杀灭肿瘤细胞、抑制肿瘤生长。与化疗药物相比，靶向治疗药物只作用于肿瘤细胞，能最大程度减少对正常组织细胞的破坏，减少副作用。



扫码看视频
了解更多信息



目前权威指南推荐的宫颈癌靶向治疗药物主要有贝伐珠单抗、拉罗替尼和恩曲替尼，其中贝伐珠单抗作为联合用药是治疗持续性、复发性或转移性宫颈癌的首选方案。对于NTRK基因阳性肿瘤，可考虑使用拉罗替尼或恩曲替尼作为二线治疗药物^[1]。

►什么是免疫治疗？

恶性肿瘤的发生、发展与人体免疫功能不全，如免疫缺陷、免疫逃逸等有关，免疫系统无法识别和清除肿瘤细胞，最终导致肿瘤细胞在体内存活生长。肿瘤免疫治疗就是通过激活人体自身免疫系统，破除免疫抑制，重新恢复正常抗肿瘤免疫反应杀灭肿瘤细胞并控制肿瘤生长的治疗方法。免疫治疗针对的不是肿瘤细胞，而是人体自身免疫系统。

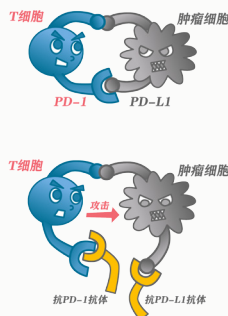
肿瘤免疫治疗关键在于重塑持久而有效的抗肿瘤免疫反应，其中以PD-1/PD-L1免疫检查点抑制剂最具代表性，目前权威指南也将PD-1抑制剂帕博利珠单抗推荐用于PD-L1或MSI-H/dMMR阳性肿瘤的首选二线治疗药物^[1]。

►PD-1/PD-L1 抑制剂是如何发挥抗肿瘤作用的，效果好吗？

程序性死亡受体-1（programmed cell death protein-1, PD-1）是免疫细胞T细胞表面的一种受体蛋白，PD-L1是PD-1的配体，二者结合后可传导抑制性信号，诱导T细胞进入静息状态，不产生杀伤作用。多数肿瘤细胞表面也能表达

PD-L1配体，并可借此传导抑制性信号，抑制T细胞活性，使T细胞无法正常识别肿瘤细胞，从而逃避免疫细胞攻击。

PD-1/PD-L1抑制剂是针对PD-1/PD-L1的单克隆抗体，可阻止PD-1和PD-L1的识别，阻断PD-1/PD-L1信号传递，解除对T细胞的抑制作用，恢复其对肿瘤细胞的杀伤作用，从而杀灭肿瘤细胞。但这种作用机制也决定了免疫治疗的毒副作用有别于传统的化疗，患者常可出现皮疹、乏力、免疫性肺炎、肠炎、肾炎、甲状腺功能减退等免疫相关不良反应。



与免疫单药治疗相比，免疫联合靶向治疗患者获益更显著

PD-1/PD-L1抑制剂是一种广谱抗肿瘤药物，目前已有多种药物如帕博利珠单抗、纳武利尤单抗、卡瑞利珠单抗等被广泛应用于黑色素瘤、非小细胞肺癌、淋巴瘤、宫颈癌等多种恶性肿瘤治疗。其中，帕博利珠单抗治疗晚期宫颈癌的客观缓解率达12.2%，中位无进展生存期为2.1个月^[5]；纳武利尤单抗治疗复发或转移性宫颈癌的客观缓解率达26.3%，中位无进展生存期为5.1个月^[6]。

虽然免疫治疗已经取得一定的进展，但免疫单药治疗的有效率还普遍偏低，因此现今更趋向于免疫治疗与其他治疗方法联合应用，最新研究表明免疫联合靶向治疗或将使患者更获益。



研究指出，卡瑞利珠单抗联合法米替尼治疗晚期宫颈癌的客观缓解率可高达61.1%，中位无进展生存期可延长至12.3个月^[7]；而在另一项卡瑞利珠单抗联合阿帕替尼治疗晚期宫颈癌的研究中，客观缓解率和中位无进展生存时间可分别达到55.6%和8.8个月，而中位持续缓解时间和中位总生存期还尚未达到^[8]。

▶ 靶向治疗和免疫治疗前需要做基因检测吗？

不是所有的靶向治疗都需要进行基因检测

肿瘤实际上是体内原癌基因和抑癌基因突变所致，靶向治疗就是针对相关基因突变位点设计的治疗药物。在靶向治疗前进行基因突变检测，可以明确是否适合靶向治疗并选择适合的靶向治疗药物，从而提高治疗的准确性。

在宫颈癌治疗中，针对特定靶点的靶向药，如拉罗替尼、恩曲替尼使用前需进行基因检测。但贝伐珠单抗是一种血管内皮生长因子抑制剂，广泛作用于全身血管，使用前无需进行基因检测。

免疫治疗前推荐进行分子标志物检测

免疫治疗是针对人体自身免疫系统发挥抗肿瘤作用，需要患者存在相关的分子标志物才能取得较高的缓解率，权威指南也推荐在应用免疫治疗前进行相关分子标志物检测^[1,9]。但至今免疫治疗还没有一个非常理想的分子标志物可以准确地预测疗效，指导价值有限，所以是否需要进行检测最终还需要医生综合判定。

【参考文献】

- [1] NCCN clinical practice guidelines in oncology: cervical cancer (2020.v2).
- [2] 赵丹, 李斌. 尺度标准化手术个体化——子宫颈癌根治性手术 Q-M 新分型要点详解 [J]. 中华妇产科杂志, 2018,53(8):513-516.
- [3] 刘继红, 黄鹤, 万挺. 盆腔器官廓清术在复发宫颈癌治疗中的价值 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018,34(11):1223-1226.
- [4] Li J, Li Z, Wang H, et al. Radical abdominal trachelectomy for cervical malignancies: surgical, oncological and fertility outcomes in 62 patients[J]. Gynecol Oncol, 2011, 121(3):565-570.
- [5] Chung HC, Ros W, Delord JP, et al. Efficacy and safety of Pembrolizumab in previously treated advanced cervical cancer: results from the phase II KEYNOTE-158 study[J]. J Clin Oncol, 2019,37(17):1470-1478.
- [6] Naumann RW, Hollebecque A, Meyer T, et al. Safety and efficacy of Nivolumab monotherapy in recurrent or metastatic cervical, vaginal, or vulvar carcinoma: results from the phase I / II Check-Mate 358 trial[J]. J Clin Oncol, 2019, 37(31):2825-2834.
- [7] Xia L, Zhou Q, Zhang Y, et al. 840P - Famitinib malate plus Camrelizumab for recurrent platinum-resistant ovarian/fallopian tube/primary peritoneal cancer and advanced cervical cancer: an open-label, multicenter phase II study[J]. Annals of Oncology, 2020, 31 (suppl.4): S551-S589.
- [8] Lan CY, Shen JX, Wang Y, et al. Camrelizumab plus Apatinib in patients with advanced cervical cancer (CLAP): a multicenter, open-label, single-arm, phase II trial[J]. J Clin Oncol, 2020, 38(34):4095-4106.
- [9] Hanna N, Johnson D, Temin S, et al. Systemic therapy for stage IV non-small-cell lung cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update[J]. J Clin Oncol, 2017,35(30):3484-3515.

第五章

宫颈癌分期治疗

► 宫颈上皮内瘤样病变需要治疗吗？

宫颈上皮内瘤样病变又称宫颈上皮内瘤变，需要根据患者年龄、妊娠状态、病理组织学分级决定是否需要进行治疗^[1]。

宫颈上皮内瘤变Ⅰ级 (CIN Ⅰ)	原则上无需治疗，定期随访观察即可。对于可能隐藏有更高级别病变者，必要时需进行宫颈活检或诊断性宫颈锥切术进一步明确诊断。
宫颈上皮内瘤变Ⅱ～Ⅲ级 (CIN Ⅱ～CIN Ⅲ)	可发展为浸润癌，一般需行宫颈锥切术或消融等治疗。对于CINⅡ患者，若年龄<25岁或担心宫颈锥切术会对怀孕造成影响，也可选择适当定期随访观察，随访过程中如病变进展或持续存在2年则应考虑进行相应治疗。对于妊娠期女性，排除浸润性宫颈癌后可暂不处理，建议每12~24周复查评估；怀疑为浸润性宫颈癌者，推荐重复活检进一步明确诊断。
宫颈原位腺癌 (AIS)	是宫颈腺癌的癌前病变，建议对所有患者实施诊断性宫颈锥切术，以排除浸润性腺癌。宫颈锥切术后若患者无生育要求，强烈建议切除子宫。

► 各期宫颈癌初始治疗方法有何不同？



宫颈癌分期是决定初始治疗方法的关键因素，医生会根据分期及患者情况进行个体化综合治疗。



宫颈癌不同分期初始治疗方法^[2]

I A1期	
保留生育功能	⊙ 宫颈锥切术 (LVSI-) ⊙ 根治性宫颈切除术/宫颈锥切术+盆腔淋巴结清扫术 (LVSI+)
不保留生育功能	⊙ 全子宫切除术 (LVSI-) /改良根治性子宫切除术 (LVSI+) ⊙ 放疗 (有手术禁忌证或拒绝手术者)
I A2期	
保留生育功能	⊙ 根治性宫颈切除术/宫颈锥切术+盆腔淋巴结清扫术
不保留生育功能	⊙ 改良根治性子宫切除术 ⊙ 放疗 (有手术禁忌证或拒绝手术者)
I B1和 I B2期	
保留生育功能	⊙ 根治性宫颈切除术
不保留生育功能	⊙ 根治性子宫切除术 ⊙ 放疗 (有手术禁忌证或拒绝手术者)
II A1期	
	⊙ 根治性子宫切除术 ⊙ 放疗 (有手术禁忌证或拒绝手术者)
I B3和 II A2期	
	⊙ 同期放化疗 ⊙ 根治性子宫切除术
II B~IV A期	
	⊙ 同期放化疗 ⊙ 新辅助化疗 ± 放化疗

IVB期	
适合局部治疗者	◎ 局部手术切除 ± 放疗 ◎ 局部消融治疗 ± 放疗 ◎ 局部放疗 ± 全身治疗 ◎ 全身治疗
不适合局部治疗者	全身治疗或支持治疗

LVSI: Lymph vascular space invasion, 淋巴脉管间隙浸润

► 哪些原因可能会导致宫颈癌复发？

宫颈癌复发是指经治疗后肿瘤再次出现。各期宫颈癌治疗后都可能会有部分患者出现复发。一般情况下，临床分期高、组织学分化差、病理类型为腺癌及腺鳞癌、局部肿瘤体积较大（>4cm）、盆腔有淋巴结转移、手术切缘阳性、肿瘤组织中血管或淋巴管内伴有瘤栓、宫旁浸润和肌层浸润较深等中高危因素者通常复发风险较高，需严格按照医生要求定期去医院复查。



► 宫颈癌容易在什么部位复发？

宫颈癌可在局部或远处出现复发，通常以局部复发较为多见。

局部复发是指复发的肿瘤位于盆腔内，包括中央型复发和周围型复发。中央型复发肿瘤可出现在宫颈、阴道、宫体等部位，周围型复发肿瘤主要位于宫旁、盆壁等部位。

远处复发即远处转移，是指复发的肿瘤位于肺脏、骨骼、腹主动脉旁淋巴结等盆腔以外的组织器官。

► 宫颈癌复发会有哪些表现？

宫颈癌复发症状主要与肿瘤所在部位、大小以及是否侵犯或压迫周围组织器官有关，部分患者尤其是早期复发患者也可能没有明显的症状。

中央型复发

常有不规则阴道流血、白带增多，有时会出现恶臭白带等。



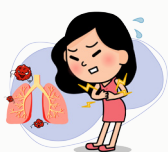
周围型复发

可出现下腹部疼痛、腰骶部疼痛、下肢疼痛等。



远处复发

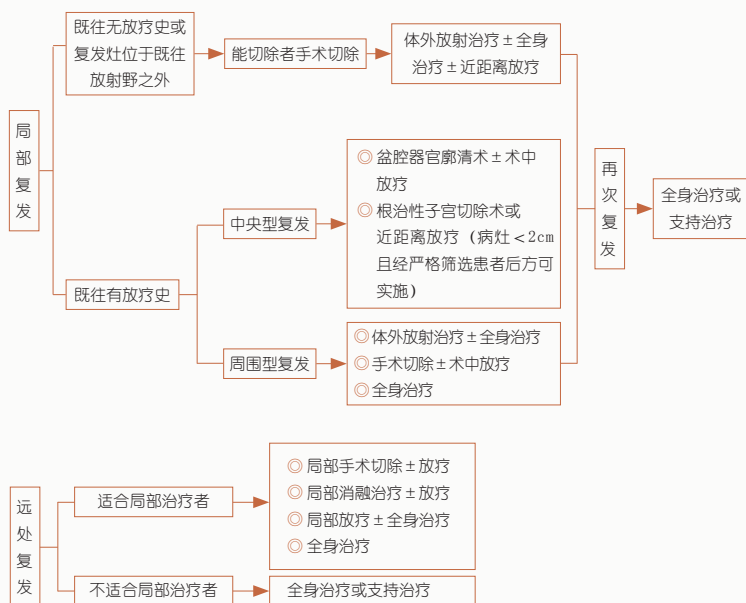
肺转移可出现咳嗽、咯血、胸痛甚至呼吸困难等；骨转移可出现局部骨痛或骨折等；脑转移可出现头痛、恶心、呕吐等。



宫颈癌复发症状缺乏特异性，不是宫颈癌复发所特有的，其他疾病也有可能引起相应症状，所以一旦发现应及时去医院就诊，鉴别是否为肿瘤复发所致。

► 宫颈癌复发应如何治疗？

宫颈癌复发治疗方法根据复发部位、首次治疗方法不同会有所不同^[2]。



► 妊娠期发生宫颈癌怎么办？

妊娠期发生宫颈癌较为少见，治疗方法主要取决于肿瘤分期、孕期、本人及家属对继续妊娠的意愿等^[3]。不继续妊娠者，治疗方法与非妊娠期宫颈癌基本相同。

妊娠早期 (<20周)

- (1) 除ⅠA1期外，不建议继续妊娠。
- (2) ⅠA1期需密切随访，每8周复查阴道镜，必要时进行宫颈活检，直至妊娠结束再开始治疗。

妊娠中期（20~28周）

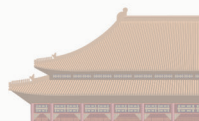
- (1) II B期以内要求继续妊娠者，可继续妊娠。
- (2) II B期以上者，不建议继续妊娠。

妊娠晚期（>28周）

不论期别，若患者要求继续妊娠，建议在妊娠34周、胎儿肺成熟后采用剖宫产结束妊娠，然后根据肿瘤分期进行常规治疗，小于II B期者可在剖宫产的同时进行根治性手术。

【参考文献】

- [1] 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors[J]. J Low Genit Tract Dis. 2020,24(2):102-131.
- [2] NCCN clinical practice guidelines in oncology: cervical cancer (2020.v2).
- [3] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 宫颈癌诊断与治疗指南（第四版）[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018,34(6):613-622.



第六章

宫颈癌随访与康复

► 一、宫颈癌随访

宫颈癌治疗后为什么要定期进行复查？

宫颈癌是一种恶性肿瘤，经综合治疗后仍有局部复发和全身转移的可能性，严重者甚至可危及生命，所以宫颈癌治疗后必须定期复查。

定期复查不仅有助于及早发现复发或转移病灶，延长生存时间；医生还能通过复查动态观察治疗相关并发症及毒副作用，了解病情变化，并评估治疗效果，以及及时调整用药或治疗方案。

宫颈癌治疗后多久复查一次？

宫颈癌治疗后通常需根据复发风险和患者个体情况定期进行复查，监测病情变化。目前权威指南推荐的复查时间为^[1]：



- ◎ 治疗后2年内，每3~6个月复查一次
- ◎ 治疗后第3~5年，每6~12个月复查一次
- ◎ 5年以后，每年一次
- ◎ 高危患者复查时间间隔应适当缩短，如第1~2年可每3个月1次，低危患者可适当延长为每6个月1次。



定期复查需要做哪些检查？

复查时可能需要进行的检查主要包括全身体格检查、妇科检查、宫颈（保留生育功能者）或阴道细胞学检查、肿瘤标志物检查及影像学检查等，必要时可能还需要进行阴道镜检查 and 活组织检查。医生通常会根据每次复查时患者的病情变化、康复情况等选择性地进行相应检查。

细胞学检查可用于发现阴道或局部复发，但不建议频繁检查，至少每年一次。

体格检查、妇科检查、肿瘤标志物检查及影像学检查建议每次复查时均检查。不同临床分期可进行的影像学检查主要有^[1]：

I 期

不保留生育功能

影像学检查主要根据症状及复发/转移情况而定。IB3期或术后有高、中危因素接受辅助治疗，可在治疗结束3~6个月后进行全身检查。

保留生育功能

术后6个月可考虑进行盆腔平扫+增强MRI检查，之后2~3年每年1次。若怀疑复发，需要根据症状及复发/转移情况选择其他检查方法。

II~IV期

治疗结束后3~6个月可进行全身PET-CT（首选）或胸部/腹部/盆腔平扫+增强CT或MRI检查，随后根据临床症状及复发/转移情况选择其他影像学检查。IVB期根据症状或下一步处理决策选用相应检查方法。

二、宫颈癌康复

1. 宫颈癌放疗后康复

宫颈癌放疗为什么要进行阴道冲洗？

阴道冲洗可有助于及时清理被放射线杀伤后坏死脱落的癌组织，引流阴道分泌物，防止感染，提高放疗敏感度；促进局部血液循环，减轻黏膜出血、水肿，促进上皮细胞愈合，利于炎症恢复；避免放疗后阴道粘连甚至闭锁，必要时可适当配合使用阴道扩张器。

多久进行一次阴道冲洗？

放疗期间无需常规行阴道冲洗，若阴道分泌物多、异味较大者可每天冲洗1~2次；阴道出血者禁止进行阴道冲洗。

放疗后可改为每周冲洗1~2次，坚持3~6个月。



温馨提示

阴道冲洗时动作要轻柔。

应在医生指导下合理使用冲洗液，冲洗液温度以自身感觉舒适为宜。

冲洗可使用专用冲洗器，使用时应注意进行定期消毒和更换。

放疗期间应如何保护局部皮肤？

应注意保持局部皮肤清洁干燥，可适当用温水清洁皮肤，使用温和的肥皂，不要用力揉搓或抓挠局部皮肤，选用柔软的毛巾，不建议用刺激性洗涤用品。

应穿着透气、宽松、柔软的棉质衣物，避免穿着紧身衣物，减少衣物对局部皮肤的摩擦等刺激。

局部皮肤应避免日光直射暴晒，避免大量出汗，避免冰敷、热敷等冷热刺激，局部禁止粘贴胶布或创可贴。

修剪指甲，以免不经意间损伤皮肤。

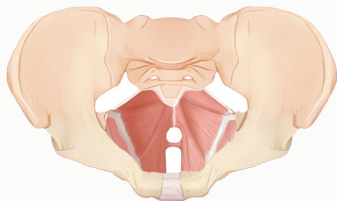


扫码看视频
了解更多信息

2. 宫颈癌手术后康复

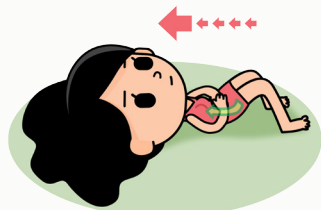
术后怎么预防尿潴留？

尿潴留是宫颈癌切除子宫术后常见并发症之一，其主要表现为患者拔除导尿管后不能自行排尿或排尿后膀胱残余尿 $\geq 100\text{ml}$ 。为预防尿潴留的发生，术后可适当进行盆底肌肉锻炼，以促进自主排尿功能恢复。



在进行盆底肌肉锻炼前，首先要找到盆底肌，最简单方法就是在排尿过程中中断排尿，这时可感觉到某些肌肉在收缩，这就是盆底肌。确定盆底肌后，可采取任何体位进行锻炼，其中比较简单舒适的体位就是平躺。

盆底肌肉锻炼又称凯格尔运动，也就是常说的提肛运动。具体锻炼方法为持续收缩肛门、阴道（盆底肌）3秒，然后放松3秒，反复进行，每组10~15次，每天至少3组^[2]。



需要注意的是，锻炼过程中不要屏住呼吸，正常呼吸即可；收缩盆底肌时，应避免收缩腹部、下肢或臀部肌肉。

宫颈癌术后及康复期饮食有哪些注意事项？

术后初期需要在医护人员指导下根据胃肠功能恢复情况由流食、半流食逐步恢复普通饮食。通常未排气前可饮用少量温水，排气后可开始从米汤、果汁、藕粉等流食逐渐过渡到米粥、蛋羹等半流食，然后逐渐恢复普通饮食。



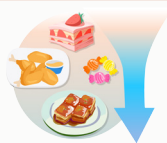
均衡饮食，确保营养充足。保持相对正常、稳定的体重。



少食多餐，多饮水，增加富含蛋白质、维生素、纤维素食物的摄入，如鱼类、瘦肉、豆制品、蛋类、乳制品、蔬菜、水果等。



减少高热量、高脂肪食物摄入，如油炸食品、糖果、蛋糕、肥肉、红肉等。



限制饮酒，避免吸烟。



腹胀严重者应尽量避免食用豆制品、乳制品、萝卜、红薯等容易产气的食物。



因化疗药物等引发恶心、呕吐等胃肠道反应者，应少食多餐，坚持清淡饮食，避免食用过热或过凉的食物，选择营养丰富且易消化的食物。反应较重者，可以流质饮食为主。



宫颈癌术后及康复期可以运动吗？

术后应尽量早期活动，避免长时间卧床。术后当天可适当在床上进行翻身等运动，术后1~2天可在医护人员指导下及早下床活动，以促进胃肠功能恢复，预防压疮和静脉血栓形成。

术后4周左右可开始正常活动，为避免下肢淋巴水肿，术后较长时间内应避免久坐、久站等。

总体来讲，宫颈癌患者康复期可根据年龄、身体状况、治疗方法等选择一些力所能及的运动进行日常锻炼，如散步、徒步旅行、慢跑、游泳、瑜伽等都比较适宜，但应注意适度运动，不要勉强。

术后出现哪些情况需要再次就医？

④ 术后可能会出现少量阴道出血，若为少量褐色血，一般属正常现象；若出血量较多颜色鲜红，应及时就医。

④ 术后如出现阴道排便或大量阴道流液，应及时就医。

④ 术后应避免挤压、触摸或清洗腹部切口，注意保持切口敷料清洁、干燥，防止感染。如发现切口发红、肿胀、裂开或有分泌物渗出等症状，应及时就医。

④ 携带引流管出院者应注意每天记录引流量并观察引流液颜色有无改变，如出现引流不畅、引流管堵塞、引流液颜色改变、引流管脱落等，应及时就医。若连续3天引流量小于150ml可至医院拔出引流管。

【参考文献】

[1] NCCN clinical practice guidelines in oncology: cervical cancer (2020.v2).

[2] <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283>.

