

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗



第五章：癌前病变的诊断与治疗

要点：

- 所有筛查结果阳性或异常的妇女都需要接受进一步检查以明确诊断。
- 诊断子宫颈癌前病变的标准方法是阴道镜指导下活检的组织病理学诊断。
- “即筛即治”是指筛查结果阳性，未经进一步检查即提供治疗。这种新的策略对肿瘤发生率的远期影响还有待评价。
- 宫颈上皮内瘤变 CIN2、CIN3 必须治疗。CIN1 大多数可以自然消退，但当 CIN1 患者无法进行随访或在一些特殊情况下也需要治疗。
- 门诊治疗如冷冻治疗和高频电刀环切术（LEEP）比那些创伤性更大的治疗（如冷刀锥切）更受欢迎，因为后者必须麻醉，而且经常需要住院并有较多并发症。
- 当冷冻治疗和 LEEP 无法达到理想标准时需要行冷刀锥切。
- 癌前病变不应用全子宫切除术来治疗，除非有其他不得已的原因必须切除子宫。即使患者要求绝育也不是全子宫切除的好理由。

概述

本章描述了癌前病变的诊断和治疗步骤——阴道镜检查 and 活检，冷冻治疗、LEEP 和冷刀锥切——并讨论了它们的适应征和利弊。这章还概括了“即筛即治”的治疗策略。

卫生保健人员的作用

保健人员有责任确保所有筛查结果异常的妇女接受随诊和需要的治疗。他们应该向那些筛查结果阳性的妇女解释应该接受怎样的

随诊治疗，建议患者在本地治疗或去上级医院就诊。还应告诉患者在进行诊断和治疗期间暂停性交的重要性，以及之后一段时间如何正确地坚持使用避孕套。

实例

Maria（玛利亚）是尼加拉瓜一位60岁的母亲，有12个孩子。玛利亚与丈夫结婚已经45年。扫盲班的老师告诉他们在他们小镇的诊所里正在给妇女做宫颈癌的筛查并建议玛利亚也去做检查。在诊所里玛利亚做了一个宫颈涂片。当她取结果时被告之结果为HSIL，需要进行治疗否则可能发展成宫颈癌。玛利亚被建议去区医院就诊。在那里医生用阴道镜进行了检查，并在异常区域取了活检。活检证实她有癌前病变，于是玛利亚接受了冷冻治疗。医生向玛利亚解释了治疗后随诊的重要性，因为有时会有一些异常细胞残存并继续向癌症方向发展。但是玛利亚出国后很长时间没有回来。当她回来后被告之保健人员曾来探望并留下口信告诉她随诊非常重要。治疗后18个月，玛利亚终于回来随诊了。医生重复了阴道镜检查结果又发现了可疑病灶。活检证实CIN3，需要进一步治疗。玛利亚住进医院并在麻醉下接受了冷刀锥切。她上午手术，当天就出院了。整个异常病灶被全部切除，从那以后的随诊检查结果均正常。



癌前病变的处理

诊断的标准方法：阴道镜和活检

阴道镜辅助下的活检是诊断子宫颈癌前病变和临床早期宫颈浸润癌的标准方法。一次满意的活检应该可以看见全部转化区以便于估计异常程度和确定活检区域。如果鳞柱交界或转化区部分甚至全部隐藏于宫颈管内，应该进行宫颈窥器检查宫颈管内以便于观察全部转化区内是否存在病灶，并进行宫颈管搔刮（endocervical curettage, ECC）取得标本送病理检查。如果诊断癌前病变，应当进行冷冻、LEEP 或冷刀锥切治疗。

阴道镜和活检的障碍

理论上，筛查结果阳性的患者应该进行阴道镜和活检检查，但是，在进行这些检查时经常会遇到一些困难：

- 阴道镜设备精密，相对来说价格昂贵。
- 医师需要特殊训练和经验才能保证技术熟练和精通。
- 活检组织要被送到组织病理学部门检查，这在资源匮乏的地区较难做到。

诊断和治疗的另一条途径

“即筛即治”方法

这种方法治疗基于筛查结果，治疗前没有诊断性检验结果。大多数筛查结果阳性的妇女在初级保健机构筛查的同时就接受了冷冻治疗。



这有利于减少失访，对控制子宫颈癌的发生也有一定作用。但是，无法进行组织学检查。这种方法将在附录 4b 中详细讨论。

阴道镜基础上的“即查即治”

这是一种折中方法，避免了上一种方法导致的过度治疗。筛查结果阳性（宫颈涂片，醋酸染色肉眼观察 VIA，卢戈氏碘染色肉眼观察 VILI，或 HPV 检查）的患者将接受阴道镜检查，如果发现癌前病灶就立即治疗。如果选择冷冻治疗，在治疗前先进行阴道镜指引下活检，以便在处理后的明确诊断。如果选择 LEEP，术后即可获得病变组织进行检查。这种方案只需要有设备和受过训练经验丰富的人员就可以进行。

诊断

阴道镜检查、活检和颈管搔刮

阴道镜

阴道镜检查是用阴道镜对宫颈、阴道和外阴的检查。阴道镜功用包括照明和放大，进而从细胞学上观察上皮层细胞的排列和周围血管。使用稀释的醋酸将会突出异常区域¹²，以便进行活检。阴道镜作为对筛查结果阳性患者的诊断工具，发现癌前病变和癌变具有较高的敏感性（大约 85%）和特异性（70%）。

阴道镜可以用于：

- 视觉上评价癌前病变和癌变病灶；
- 帮助确定病变范围；
- 指引表面异常区域的活检；
- 辅助冷冻及 LEEP 治疗。

阴道镜不应用于作为筛查工具。



阴道镜

建议

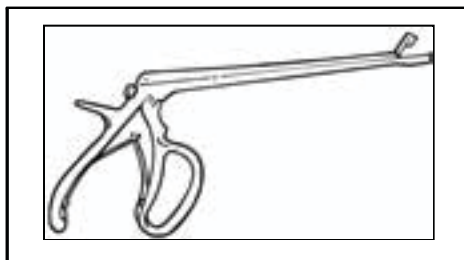
建议将阴道镜作为诊断性工具，并由经过正规训练经验丰富的操作人员操作。

活检

活检是取宫颈小块组织进行组织病理学检查诊断。活检应当仅在阴道镜指引下进行，在阴道镜检查确定的宫颈异常区域用活检钳（如图 5.1）钳取一块或者多块宫颈组织（直径约 1-3mm）。通常情况下出血较少。将组织用固定液比如福尔马林固定，并放入标记好的容器。再将组织送到实验室进行准确的组织病理学诊断，判断系癌前病变还是癌变，以及病变严重程度和范围，从而使治疗更加个体化。

¹² 由于卢戈氏碘液染色可以引起活检标本不真实的结果，所以尽管现在仍在使用的，但已不再是常规要求

图 5.1 宫颈活检钳



宫颈管搔刮

如果一名妇女宫颈涂片检查阳性但阴道镜检查未发现异常，病变可能位于宫颈管。这种情况下，可以使用特殊的窥器检查宫颈管内部并用刮匙刮取细胞样本进行显微镜下检查。宫颈管搔刮操作简单，可以从宫颈管中轻柔刮取一些表层细胞。这些细胞随后被送到实验室检查。整个过程只需要几分钟。

阴道镜、活检和宫颈管诊刮几乎都是无痛的（尽管偶尔也会引起疼痛），并且不需要麻醉。活检或宫颈管搔刮后，患者应禁止性生活直到不再有分泌物或流血。这一般需要数天，如果实在做不到，她可以使用避孕套。

卫生保健人员

如果提供阴道镜、活检钳和宫颈管刮匙，有经验并受过训练的医生、护士或其他保健人员可以在初级医疗单位进行阴道镜检查、活检和宫颈管诊刮。更多情况下这些检查在区级医院门诊进行。

阴道镜和活检适应症

下列情况应当进行阴道镜和活检：

- 筛查结果异常的妇女；
- 窥器检查发现宫颈可疑病灶；
- 冷冻或 LEEP 前描述异常区域。

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗

宫颈管诊刮适应症

下列情况应当进行宫颈管搔刮：

- 病人宫颈抹片结果阳性，但阴道镜检查未发现异常。在宫颈管内可能隐藏着癌前病变或癌变，通过检查宫颈管搔刮获得的组织可以诊断。
- 宫颈涂片提示腺体病变。腺体病变通常起源于宫颈管内柱状上皮。这种情况下无论阴道镜检查结果如何，都应进行宫颈管搔刮。
- 由于转化区无法完全暴露，阴道镜检查结果不满意。

特殊情况

- **无法看见完整的转化区。**这种情况下，阴道镜检查不满意应当进行宫颈管搔刮。如果无法进行，应当建议患者选择 LEEP 或冷刀锥切。如果筛查结果显示高度病变时这一点尤为重要。
- **妊娠妇女。**前面在第四章讨论过，妊娠不是进行筛查的最佳时机。然而如果做了筛查而结果又不正常，或者在妇科检查中发现病灶，患者应当进行阴道镜检查。孕期进行活检出血较多。所以，如果阴道镜检查未提示浸润性子宫颈癌，可以建议患者产后 12 周再检查并进行阴道镜重新评估或活检。如果怀疑癌症，患者应当立刻找专家就诊。
- **绝经后妇女。**有很多绝经后妇女其完整的转化带无法看见。如果无法进行充分的宫颈管搔刮，应该进行冷刀锥切术。
- **HIV 阳性患者。**筛查异常的 HIV 阳性患者的治疗同其他人一样，包括阴道镜检查 and 活检。在任何一种治疗的愈合阶段，血清学阳性的妇女其病毒载量会增加，如果接触其他病毒可能更易感染。因此愈合前禁止性交非常重要。

随访

患者应该在活检后 2-3 周回院取结果，根据病变的严重程度和范围决定合适的治疗，并要与患者进行讨论。如果患者未按时随诊要主动与患者联系，告之她们结果并给出治疗建议（为确保妇女了解她们应该了解的知识，请参阅第四章的内容）。

癌前病变的治疗

根据阴道镜检查、活检和宫颈管诊刮的结果对病人治疗，并应遵照国家指导标准。附录 5 提出了治疗建议。



癌前病变诊治流程图

治疗原则

大多数情况下，癌前病变可以在门诊使用相对无创的方法进行治疗，比如冷冻治疗或 LEEP。对于那些无法用这种手段治疗的病灶，可以选择住院进行冷刀锥切。不应该用全子宫切除术这样的高度创伤性手术治疗癌前病变，因为容易发生并发症如感染、出血过多和临近器官的损伤，除非有其他原因需要切除子宫。即使希望永久避孕也不是子宫全切术的指征。

建议

癌前病变患者应尽可能在门诊治疗。不论冷冻治疗还是 LEEP，均依赖于充足的资源和对适应症恰当的判断。

治疗适应症

由于CIN2和CIN3都可能持续存在并有可能最终发展成浸润癌，因此所有活检证实CIN2和CIN3的患者都应该接受治疗。CIN1更倾向于自然消退；这样的患者可以每6个月进行随诊一次，包括阴道镜检查 and 细胞学检查，直至病灶消退或有证据表明疾病进展。如果疾病进展或患者随访有困难或者年老的患者，疾病自然消退可能性较小，应当考虑立即治疗。

特殊情况

- **妊娠。**癌前病变患者如果已经怀孕或可能怀孕都不应该接受治疗；应当建议她们产后 12 周随访进行重新评估。如果怀疑子宫颈癌，应当建议患者立刻找专家诊治（参照第 6 章）。
- **月经期妇女。**如果月经血量较少可以进行治疗。如果月经血量较多或影响观察病变范围则应延期治疗。
- **宫颈感染或盆腔炎（PID）。**
 - 单纯宫颈感染而不合并有 PID（通过窥器检查或实验室检查临床诊断）可以在应用抗生素治疗的同时进行冷冻治疗。如果选择 LEEP 或冷刀锥切则必须在治疗前控制感染。
 - 如果可疑 PID，在任何治疗之前必须先进行一个疗程适当的充分的抗生素治疗。
 - 如果妇女患有宫颈感染，伴有或不伴有 PID，其伴侣也应该彻底治疗以免再次感染。应当建议他们在彻底治愈之前禁止性生活或使用避孕套。并应向这样的患者提供避孕套和使用说明。
- **HIV 感染妇女。**HIV 阳性妇女的治疗与 HIV 阴性者相同。然而，众所周知 HIV 阳性者治疗后疾病持续存在甚至进展、复发的几率较高。因此，HIV 阳性者治疗后应每 6 个月应检查一次。如果病变持续存在或进展或复发并发展为高度病变，应立刻再次治疗。

目前，尚无明确证据表明应用高活性抗病毒药物能否改变子宫颈癌前病变或子宫颈癌的逆转或进展的过程。在接受任何治疗之前，HIV阳性患者应先接受咨询，以确保她们理解密切随访的重要性和必须进行重复治疗的可能性，以及在治疗期间增加传播及获得性传播疾病（STIs）和HPV感染的可能性增加。禁止性生活是治疗后最好的保护措施；如果无法做到，应当连续并正确使用避孕套。

建议

无论患者是否感染 HIV 都应当接受相同的治疗。

治疗方法

治疗方法包括破坏性的（通过加热或冷冻破坏异常组织）和切除性的（手术切除异常组织）。破坏性治疗的主要不足之处是没有组织学标本进行病理学检查证实疾病，除非治疗前已进行活检。

治疗方法的选择取决于：

- 医务工作者的训练和经验；
- 费用；
- 每种方法的利弊；
- 病变的位置和范围。

推荐冷冻和 LEEP 作为门诊治疗手段。冷冻是治疗癌前病变最简单、费用最低的治疗方法。然而，当病变范围过大超过冷冻探头或累及宫颈管以及需要组织学取材时应该选择行 LEEP。两种方法疗效相似（表 5.1）。当门诊治疗无法达到理想标准或这些方法无法实施时则考虑进行冷刀锥切。

无论选择哪种治疗方法，病人都应该知道有关的详细信息。在进行治疗前应获得患者知情同意。



知情同意

冷冻治疗

冷冻治疗是指通过冷冻除去子宫颈癌前病灶。相对比较简单，通常只需要15分钟，且在门诊即可完成。进行冷冻治疗只需要将高度制冷的金属探头（冷冻探头）接触宫颈，利用CO₂或N₂O气体冷冻宫颈表面。每次治疗，需要将冷冻探头与宫颈接触两次，每次3分钟。中间间隔5分钟用来解冻（双冷冻技术）。需要持续供应CO₂或N₂O气体。推荐使用一种稍贵、极干燥的医学用气体，但如果仅有工业用级别的气体也可以使用。对于小范围的病灶，冷冻治疗的疗效非常好，但对于较大的病灶，治愈率则不到80%。由于被冷冻的宫颈几乎没有神经末梢，通常仅引起轻度下腹痉挛或绞痛。因此，一般不需要麻醉。



术者

冷冻治疗可以在任何级别的保健机构进行，而且大多数经过冷冻治疗培训并熟练掌握盆腔检查的医疗服务人员（医生、护士、助产士）均可在门诊完成。

适应症和禁忌症

适应症	禁忌症
• 宫颈癌前病变筛查结果阳性 • 病变范围较小，可以被冷冻探头覆盖，病灶边缘超过探头边缘小于2mm • 病变边界清晰可见，而且没有累及宫颈管和阴道壁	• 有证据证明或怀疑宫颈浸润癌或腺体异常 • 病变范围超过冷冻探头边缘2mm • 妊娠 • PID（除非已经过治疗） • 月经量较多时

子宫颈高频电刀环切术（LEEP）

LEEP，也称宫颈转化区大环切除术（LLETZ），是用细的加热金属丝将宫颈病变切除。工作原理是用电外科仪器产生持续低电压并传导给环状电极装置，进而将异常组织切除。这种环状装置由高质量的不锈钢或钨丝制成不同尺寸和不同形状。在切除病灶同时可以电凝。LEEP不仅可以切除病灶还可以切除整个宫颈转化带。切下来的组织送组织病理学实验室做检查，并评定病变切缘。这样，LEEP就可以完成两个目的：治疗病变的同时提供标本行病理检查。并可以在门诊局部麻醉下进行。LEEP彻底治愈癌前病变的成功率超过90%，失败（随诊6-12个月病变持续存在）率不足10%。



术者

LEEP 是一种相对简单的外科手术，但 LEEP 操作者必须经过良好的培训、有资格认证、能够胜任这种手术并能识别和处理出血等术中、术后并发症。LEEP 最好在具备处理术后并发症和副反应条件的医疗机构开展。在资源匮乏的国家，可能限制了 LEEP 只能在二级医院开展（区级医院）。

适应症	禁忌症
- 子宫颈癌前病变诊断成立 - 病变累及宫颈管小于 1cm	- 可疑浸润癌或腺上皮不典型增生 - 病变累及宫颈管范围超过 1cm，或者看不见病变边缘或上限（这样的病变应选择冷刀锥切） - 宫颈感染或 PID（除非已经过治疗或治愈） - 妊娠或产后 12 周内 - 异常流血

冷刀锥切

5

冷刀锥切是指锥形切除宫颈组织，包括宫颈外口和宫颈内口（图5.2）。对不宜门诊手术或不除外宫颈浸润癌的不典型增生患者推荐使用冷刀锥切术。这种手术相对来说范围较大，利用手术刀将宫颈大部分切除，需要全身或局部麻醉（硬膜外麻醉或腰麻）。手术时间一般不超过1小时。患者可以在手术当天或第二天出院。由于可能出现一些副反应，冷刀锥切一般仅用于无法用冷冻或LEEP治疗的病例。锥切的范围取决于病变的大小和发现浸润癌的可能性。此外，因为锥切可能导致宫颈狭窄和宫颈机能不全，因此，还要考虑患者的生育要求。切除的组织可以送到病理实验室进行组织病理学诊断以确保病变组织被完全切除。



图 5.2 冷刀锥切宫颈的范围



术者

冷刀锥切术者必须具备外科手术技能，并有合适的手术设备。术者一般是妇科医生或经过培训、能够识别并处理并发症的外科医生。

适应症和禁忌症

适应症	禁忌症
- 筛查或诊断实验可疑微小浸润癌 - 宫颈管内腺上皮病变 - 宫颈管搔刮异常 - 筛查结果阳性需要切除，但 LEEP 等门诊手术无法进行 - 无麻醉禁忌症	- 未经治疗的宫颈炎或 PID - 妊娠或产后 12 周内 - 明显浸润癌

并发症的处理

冷刀锥切术后出血是最常见的并发症；可以发生在术中（原发出血）或术后14天内（继发出血）。无论哪一种出血都应该立刻返院。继发出血通常与感染有关，因此在治疗出血的同时，应该应用抗生素治疗。



表 5.1 冷冻治疗、LEEP 和冷刀锥切对比

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗

	冷冻治疗	LEEP	冷刀锥切
优点	● 小病灶治愈率较高（86-95%） ● 设备简单，价格便宜 ● 经过培训的内科医师或非医师均能实施。培训仅需几天。 ● 在初级诊所门诊即可开展 ● 手术时间短（双冷冻方法大约需 15 分钟） ● 不需要麻醉 ● 不需要用电 ● 并发症及副反应少	● 治愈率较高（91-98%） ● 可以获得组织学标本以除外浸润癌 ● 并发症较少 ● 二级医院门诊即可开展 ● 手术时间短（5-10 分钟）操作简单 ● 在即查即治中诊断和治疗可以同时进行，将治疗范围最大化	● 治愈率较高（90-94%） ● 单纯外科手术标本，边缘未经烧灼，有利于评价病灶边缘是否被完全切除
缺点	● 较大范围病变有效率略低（一年治愈率不足 80%） ● 没有组织学检查标本 ● 需要持续的 CO₂ 和 N₂O 供应 ● 水样分泌物较多，持续时间长	● 需要强化训练 ● 术后出血率将近 2% ● 需要较复杂的设备 ● 需要用电 ● 需要局部麻醉	● 需要住院和手术室 ● 需要腰麻或全身麻醉 ● 需要高度熟练的术者 ● 可能发生并发症，包括出血、感染、宫颈狭窄、宫颈机能不全、降低生育能力

即筛即治

如果没有条件进行阴道镜检查和组织学诊断条件，在仅有的筛查结果基础上也可以进行治疗，尤其在资源匮乏的地区。即筛即治中的筛查包括视诊、HPV或细胞学检查。应用即时有结果的筛查方法，比

如醋酸染色后肉眼观察（VIA）和碘染色后肉眼观察（VILI），筛查和治疗可以在一次医院就诊中同时完成。然而，在以下几种情况出现时需要患者再次就诊：

- 患者月经期出血较多，怀孕或需要治疗的 PID。
- 现有条件无法提供适宜的治疗。
- 同一家医疗机构无法提供充分治疗，患者需要去其他医疗机构就诊。
- 患者需要在治疗前与伴侣商量。
- 患者需要接受进一步评估。

对即筛即治的研究和前沿课题主要集中于筛查时视诊的应用和冷冻治疗。由于单次就诊的便利，这种方法可以分散到初级医疗单位。这种方法的流程图见附录4b。但是即筛即治对于浸润性宫颈癌的发生率和死亡率的影响尚不明确。因此开展这种即筛即治的国家应进行密切监测和评价。



即筛即治的利弊

优点	局限性
● 基础设施和设备简单，便宜，对术者要求低 ● 单次就诊降低了随访和治疗的失访率，减少了追踪和联系失访者的负担 ● 减少就诊次数，降低了妇女的负担 ● 患者和医务人员易于接受	● 尚不确定其对宫颈癌发生率和死亡率的影响 ● 基于伦理和资源利用的考虑，包括过度治疗和治疗不足¹³ ● 除非治疗前已取活检，否则无法取得标本进行治疗后的评价。

¹³ 过度治疗是指对没有疾患的妇女进行治疗。如果 VIA 的特异性是 85%，将有 15%受筛查的妇女由于假阳性结果接受治疗，浪费了资源，增加了潜在危险和副作用的可能。治疗不足是指对于患有宫颈浸润癌或宫颈管内疾病的患者接受了冷冻治疗。

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗

治疗后的随访

患者在治疗后 2-6 周应该返院复诊。复诊内容包括：

- 妇科检查确定宫颈愈合情况；
- 解释并强调定期随诊的必要性；
- 讨论组织病理学结果（接受 LEEP 或锥切的病人）。

如果整个病灶都被切除，患者应该在治疗后 6 个月和 12 个月复诊。如果 LEEP 或冷刀锥切后，标本边缘阳性（癌前病变），应当建议患者严密随访或者可能需要进一步治疗。

术后 6 个月和 12 个月的随诊包括以下内容：

- 一次筛查实验，如果可能，进行阴道镜检查并对持续存在的病灶进行阴道镜下活检。
- 如果前两次随诊未发现异常，CIN1 或 CIN2 的患者就可以回到常规筛查的行列。CIN3 患者治疗后应该每年进行一次复查，连续 5 年，之后再行常规筛查（见附录 5）。

- 如果病变进展或持续存在，需要再次治疗。



癌前病变诊治流程图

不同级别医院的诊断和治疗措施

社区医院



- 对治疗后的妇女进行支持性治疗，包括鼓励暂停性生活及使用避孕套、协助去除阴道填塞物及对有关并发症的询问和处理。
- 向所有妇女提供避孕套。指导她们正确并坚持使用。
- 当遇到不能回答的问题或想了解患者的状况时与卫生院联系。
- 为患者建立档案，并定期与患者联系提醒她们应该回卫生院复诊的时间。
- 应卫生院术者的要求，追踪未复诊的患者。

卫生院



- 进行阴道镜检查、活检或冷冻治疗（术者需经过必要的培训并具备相应的设备）。
- 将需要进一步治疗的患者转诊给地区医院。
- 为在卫生院和地区医院接受治疗的患者提供常规处理和急诊处理。
- 与地区医院和社区卫生工作者（CHWs）保持联系。
- 培训、监督、支持社区卫生工作者（CHWs）进行家访并提供供给。
- 与社区卫生工作者共同追踪未按时随诊的患者。

地区医院



- 诊治由卫生院转诊来的病人并为病人的随诊提出建议。
- 向中心医院转诊浸润癌患者和有并发症需要高级专家诊治的患者。
- 协助培训和监督社区卫生工作者和卫生院的工作人员。
- 与卫生院的工作人员保持双向联系。

中心医院



- 保证组织病理学实验室的高质量服务。
- 诊治下级医院转诊来的病人。
- 培训并指导下级医院工作人员。
- 与下级医院保持联系，交流转诊病人的诊治和随诊。

5

第五章：
癌前病变的诊断与治疗

咨询信息

对于那些即将在本医院接受治疗的患者：

- 解释治疗方法的选择。
- 解释患者即将需要接受的治疗及治疗的地点。
- 获得知情同意。
- 解释需要怎样的随访。

对那些建议转诊去其他医疗机构诊治或有并发症的患者：

- 解释转诊原因以及时间和地点。
- 告知患者如果她有任何问题或顾虑都可以来咨询。
- 指导患者自我护理，了解一些并发症的症状，并告诉她如果出现症状应该怎么办。

建议所有妇女使用避孕套，指导她们和伴侣如何使用并提供避孕套。

补充资料

- ACCP. *Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy. A systematic literature review*. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2003 (Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No.1).
- McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A, eds. *Cervical cancer prevention: guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2001.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual*. Lyon, IARCPress, 2003.
- WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice*. Geneva, 2005.
- Wright TC, Richart RM, Ferenczy, A. *Electrosurgery for HPV-related diseases of the lower genital tract. A practical handbook for diagnosis and treatment by loop electrosurgical excision and fulguration procedures*. Quebec, Arthur Vision Inc., 1992.



实践指导十一：阴道镜检查、活检和宫颈管搔刮

PS 1

实践指导十一：阴道镜检查、活检和宫颈管搔刮

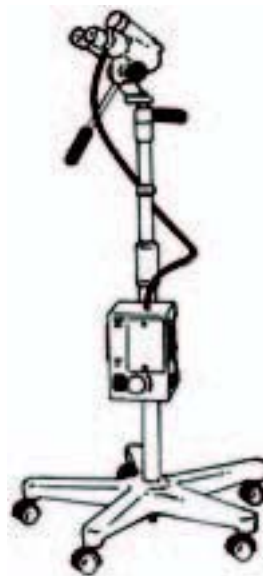
什么是阴道镜检查 and 活检？

阴道镜检查是利用阴道镜（图 PS11.1）——一种可以提供强光源和放大作用的装置——观察宫颈。活检是指使用活检钳从宫颈异常区域钳取一小块组织，活检可能会引起轻度不适或绞痛。为了获得宫颈管内细胞标本，还可以进行宫颈管搔刮（endocervical curettage, ECC）。这项操作会引起下腹痉挛性疼痛，但不会特别剧烈，偶尔还会引起血管迷走神经反应。¹⁴

进行阴道镜检查，活检和 ECC 需要的设备和物品：

- 阴道窥器，高压消毒和无菌的宫颈管内窥器；
- 生理盐水；
- 3-5%醋酸；
- 阴道镜；
- 蒙塞尔氏（Monsel's）胶
- 活检钳；
- 宫颈管内刮匙；
- 卵圆钳；
- 棉签；
- 装有 10%福尔马林的标本瓶；
- 铅笔和标签。

图 PS11.1 阴道镜



进行盆腔检查的基本设备参照 PS7

¹⁴ 当患者接受 ECC 时，偶尔会引起血管迷走神经反应，通常是自限性的。如果症状持续，抬高患者的下肢并放低患者头部。

PS1

实践指导十一：阴道镜检查、活检和宫颈管搔刮

进行阴道镜检查、活检和宫颈管搔刮

准备

7. 解释检查过程、检查可能显示的结果以及如约复诊并行进一步治疗的重要性。确保病人理解并获得知情同意。
8. 向病人展示阴道镜并解释你将怎样用它进行检查。
9. 为病人准备进行妇科检查并行窥器检查（见实践指导七）。
10. 确保后穹隆（围绕宫颈外的阴道空间）干燥。

步骤

1. 告诉患者你的每一个步骤，并提前告知之可能会引起疼痛或绞痛。
2. 用低倍镜观察宫颈（5×至 10×）寻找明显异常的区域（如粘膜白斑、湿疣）。确认转化区和原始鳞柱交界和新的鳞柱交界。如果无法暴露整个鳞柱交界区（SCJ），或有必要可以用宫颈管内窥器观察宫颈管。如果即使这样也不能暴露整个SCJ，则称阴道镜检查是不充分或不满意的，应该进行宫颈管搔刮（见步骤 12）。
3. 用生理盐水涂抹宫颈，借助于绿色滤光片和 15 倍放大镜观察异常血管形态。
4. 用醋酸涂抹宫颈前，¹⁵ 告诉患者她可能感到轻微刺痛。等待 1-2 分钟后，观察宫颈的颜色变化。尤其注意临近 SCJ 的异常。
5. 结合生理盐水实验和醋酸实验结果做出阴道镜检查的评价。
6. 告知患者你将要进行宫颈活检，这可能会引起轻微疼痛。

¹⁵有时，醋酸实验后用卢戈氏碘液协助辨认病灶。然而，在资源匮乏的诊所却无法做到。此外，并不推荐常规使用卢戈氏碘液，因为浓度过高可能导致活检标本组织发生组织学变化。

11. 在最严重的宫颈异常区域取宫颈组织活检，并将组织放进已预先标记好的福尔马林容器中。
12. 如果有必要可以进行宫颈管搔刮。执笔式持刮匙短促用力搔刮宫颈管直至全部取样。在整个步骤中将刮匙置于颈管内。最后，移开刮匙，将刮取组织放在纱布或棕色纸上并立即浸入 10% 的福尔马林液中。
13. 如果有活动性出血，用蒙塞尔氏（Monsel's）胶放在出血处止血。
14. 撤开阴道镜，轻柔取下窥器。



检查结束后

15. 向患者解释你的所见，如果取了活检和进行了宫颈管搔刮，告诉患者这样的操作可以获得怎样的结果。
16. 指导患者回家后怎样自我护理：
 - a. 禁止性生活直至不再有阴道排液或出血。如果做不到，可以使用避孕套。
 - b. 3-4 天内不要将任何东西塞入阴道。
 - c. 告诉患者并发症的症状和体征：活动性出血、严重的绞痛或下腹部疼痛，脓样分泌物，发热。如果患者出现任何症状，她都需要返回卫生院或医院就诊。
17. 提供避孕套并指导患者正确使用。
18. 确定复诊时间。由于 2-3 周能得到病理报告，因此下次复查应安排在阴道镜检查后 2-3 周。
19. 说明可获得结果的时间和返回诊所明确检查结果的重要性。
20. 出具报告。使用正确格式报告阴道镜检查结果。
21. 将标记好的活检标本和搔刮的组织送到实验室。
22. 如果遇到不能处理的问题，立即建议患者去上级医院进行下一步的诊治。



随诊（阴道镜检查后 2-3 周）

23. 解释实验室的报告。
24. 根据结果，安排患者接受需要的随诊。根据国家指导纲要，如果没有，参照附表 5，确定患者的诊断并推荐治疗计划。
25. 进行盆腔检查，了解愈合情况。
26. 给予治疗建议或预约下次复诊。



与患者回顾组织病理学报告和制定治疗方案后这项工作才完成。

实践指导十二：冷冻治疗

PS12

实践指导十二：冷冻治疗

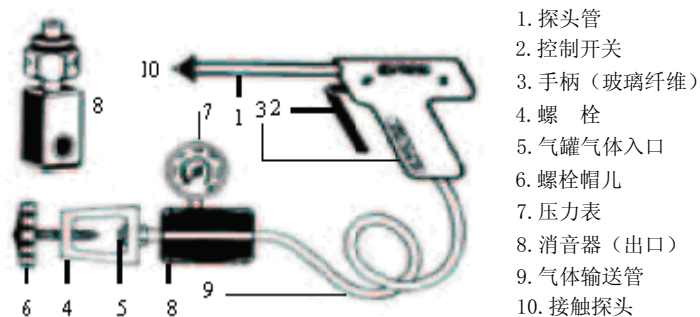
冷冻治疗是通过使用一种非常冷的探头冷冻宫颈病变区域。一般仅需要几分钟，通常仅引起轻微疼痛。

冷冻治疗需要以下物品和设备：

- 窥器、高压消毒（不必无菌）；
- 一次性或高度消毒的检查手套（不必无菌）；
- 用来擦宫颈的棉棒；
- 生理盐水；
- 阴道镜，以备特殊情况；
- 有充足气体供应的冷冻手术设备（图 PS12.1）

进行盆腔检查的基本器械参照实践指导七（PS7）。

图 PS12.1 冷冻仪的组成



来源：Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual*. Lyon, IARC Press, 2002.

PS12

实践指导十二：冷冻治疗

冷冻治疗

术前



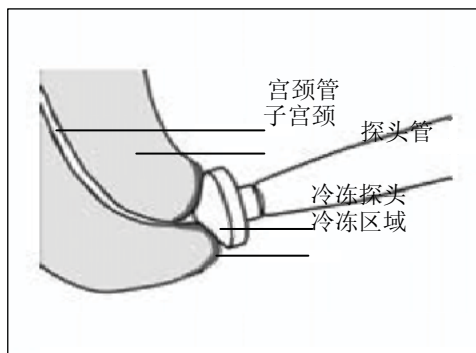
1. 解释手术步骤及告知患者按照要求复诊进行进一步治疗的重要意义。确保患者理解并知情同意。
PS6 参考意见
PS7 盆腔检查
2. 向患者展示冷冻仪器，并说明你将怎样用它来冷冻宫颈病变区域。
3. 为患者准备盆腔检查并行窥器检查（见实践指导七）。
4. 如果没有感染，进行冷冻治疗。
5. 如果有宫颈感染，参照附表 8 提供治疗。你可以继续治疗或预约感染治愈后的治疗时间。

步骤

6. 用盐水浸湿的棉棒擦拭宫颈并等待几分钟。
7. 涂抹醋酸，勾出异常区域轮廓，等待几分钟。
8. 告知患者当你开始冷冻宫颈时她可能感到轻微不适或绞痛。¹⁶
9. 用盐水擦拭冷冻探头表面，确保最佳效果。
10. 将冷冻探头放置在宫颈口中心，确保完全覆盖病灶（图 PS12.2）。如果病变范围超过探头边缘 2mm，停止操作。向患者解释你这样做的理由以及更改的治疗方案。
11. 确定阴道壁没有接触冷冻探头，否则将会引起阴道的冻伤。
12. 调整计时器，打开气体开关将探头制冷。
13. 冷冻探头和宫颈表面出现冰晶（图 PS12.2）。当冷冻范围超过探头边缘 4-5mm 时，冷冻充分完成。

¹⁶有时患者会出现血管迷走神经反应，面色苍白，血压迅速下降。如果出现这种情况立即停止治疗并尽可能抬高患者下肢。

图 PS12.2 冷冻探头在宫颈上的位置和冰晶形成的位置



14. 进行两次循环冻融：冷冻 3 分钟，解冻 5 分钟，再冷冻 3 分钟。
15. 一旦第二次冷冻结束，在试图从宫颈移开冷冻探头前留出充分时间解冻。如果在完全解冻之前强行拔除探头可能会损伤宫颈组织。
16. 轻柔旋转宫颈表面的探头使之离开宫颈。你冷冻的区域将会变白。
17. 检查宫颈有无出血，如果有出血，用蒙塞尔氏（Monsel's）胶止血。
18. 不要填塞阴道。
19. 移开窥器。



术后

20. 提供卫生巾。
21. 建议患者 4 周内禁止性生活并且不要使用阴道棉条，直至阴道排液完全消失。这样做可以预防感染。
22. 如果患者不能按照指导禁止性生活，要为她提供避孕套并指导如何使用。
23. 预约患者 2-6 周后复诊，观察愈合情况。6 个月后重复宫颈涂片检查，并在必要时进行阴道镜检查。



PS 12

实践指导十二：冷冻治疗

24. 告知患者可能出现的并发症并嘱咐患者一旦出现下列症状立刻返院。
- 发热体温超过 38℃或寒战；
 - 严重的下腹部疼痛；
 - 恶臭或脓样排液；
 - 出血超过 2 天或带有血块。
25. 擦洗并消毒冷冻探头和冷冻手柄、冷冻管、压力表和气罐：¹⁷
- 用酒精擦拭消毒冷冻器、胶管和调节器。
 - 用肥皂水清洗冷冻头、塑料套直至肉眼清洁。
 - 用清水彻底冲洗冷冻头、塑料套。
 - 用下列方法中的一种高级消毒（High-level disinfect, HLD）冷冻探头、塑料套：
 - 煮沸 20 分钟；或
 - 蒸 20 分钟；或
 - 在化学消毒液（0.1%氯溶液或 2-4%戊二醛）中浸泡 20 分钟后用蒸馏水冲洗。
 - 在下次使用时冷冻头的中空部分要保持绝对干燥，否则水将被冻结、探头可能被冻裂导致机器无法工作。
 - 在清洗过程中用橡胶帽封闭冷冻头的中空部分或在下次使用前彻底干燥冷冻探头。
 - 如果不能进行 HLD，冷冻探头和塑料套可以浸泡在 70-90%的乙醇或异丙醇中 20 分钟来消毒，在空气中风干再重复组装。

随诊

26. 冷冻治疗后 2-6 周进行盆腔检查了解愈合情况。
27. 在 6-12 个月时，做宫颈涂片和阴道镜检查，必要时取活检。参照附录 5 进行随诊。



¹⁷有时冷冻探头被冰包裹。这时可以通过每隔 20 秒按一下除霜按钮或者用冷冻治疗气体调节器来预防。

实践指导十三：宫颈高频电刀环切术（LEEP）

PS13

实践指导十三：宫颈高频电刀环切术（LEEP）

LEEP 是使用电热的金属圈切除宫颈的异常区域。其治疗癌前病变的成功率达到 90%。

进行 LEEP 需要以下设备和物品：

- 稳定的电源；
- 电外科学发生器和电极柄；
- 阴道镜；
- 绝缘窥器，最好是有侧面吸引头；
- 回路电极；
- 不同尺寸的电极圈（图 PS13.1）；
- 电凝电极；
- 吸烟器；
- 手术钳；
- 局部麻醉：1%或 2%利多卡因，1：100000 的肾上腺素（也可不用）；
- 5ml 注射器和 27 号针头；
- 生理盐水和 5%醋酸；
- 蒙塞尔氏（Monsel's）胶
- 长棉签；
- 缝针和缝线；
- 盛有 10%福尔马林的标本容器。

基本盆腔检查需要的器械参考实践指导七（PS7）。



图 PS13.1 不同形状和尺寸的电极

- (a) 球形电极
- (b) 方形电极
- (c) 半圆形电极

LEEP 的施行

术前

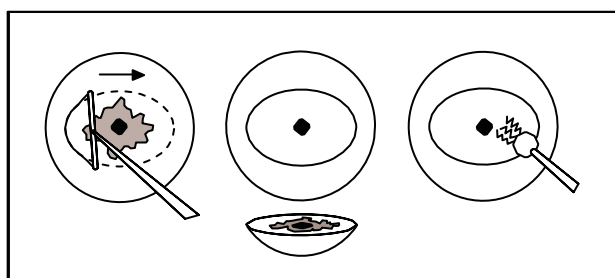
1. 解释手术步骤，及告知患者按照要求复诊进行进一步治疗的重要意义。确保患者理解并知情同意。
2. 为患者准备妇科检查。
3. 在患者大腿内侧贴上回路电极。
4. 放置表面为绝缘材料的窥器，或使用套有橡胶避孕套的窥器。
5. 观察宫颈，记录下任何异常如宫颈分泌物、炎症、出血或病灶。
6. 如果没有感染，进行手术。如果有感染征象，暂停手术。对患者及其性伴侣予以彻底治疗后再手术。

手术¹⁸

7. 在每一个步骤前，向患者解释你将要做什么，她会有怎样的感觉。
8. 用盐水浸湿的棉签擦拭宫颈。
9. 涂抹 5%醋酸，用阴道镜检查确定病变的范围和位置。
10. 用长 27 号针头在宫颈 12 点、3 点、6 点、9 点上皮下注射 3-5 毫升局部麻醉剂（1%或 2%利多卡因配比 1：1000000 肾上腺素（减少出血）），有心脏病的患者只用利多卡因，不用肾上腺素。
11. 选择适当的电极一次性切除整个病变区域：对于低度病变的未产妇用 1.5cm 的电极切除 0.5cm 深度；对于较大的病变和多产妇用 2.0cm 的电极切除 0.8 cm 深度。
12. 打开真空吸引器，激活电极发生器。
13. 切除病变：将电极圈垂直深入宫颈组织，深度在 4-5mm，沿着宫颈从一侧旋转到另外一侧，在宫颈管中心切下一个圆锥形的宫颈组织。在 3 点和 9 点的位置不要将电极圈切入深度超过 5mm，因为可能损伤到子宫动脉。

¹⁸ 有一些病人可能会出现血管迷走神经反应，面色苍白血压迅速下降。如果出现这种情况，立即停止手术，尽可能抬高患者的下肢。

图 PS13.2 LEEP单向切除宫颈病灶：利用电极圈切除宫颈病灶并用球形电极电凝止血



14. 可以用电极圈再次切除残余的组织。
15. 用钳子拾起这些切除下来的组织，将其放入标记好的福尔马林容器中送到组织病理学实验室。
16. 进行宫颈管搔刮，将组织放入另外一个福尔马林容器中。
17. 用球形电凝止血器电烧切除后创面的出血点。
18. 将蒙塞尔氏（Monsel's）胶放入切除后创面基底，减少进一步的出血。移开窥器。



术后

19. 提供卫生巾。
20. 指导患者禁止性生活至少 4 周直至阴道流血完全停止，这可以避免感染和严重的出血。
21. 如果患者不能够遵照医嘱暂停性生活，向她们提供避孕套并指导如何正确使用。



22. 告知患者可能会出现轻到中度的疼痛并持续几天，她可以服用异丁芬酸或扑热息痛。
23. 向她解释可能会有少量的阴道出血，血性分泌物会持续 1 个月甚至更久，她可以使用卫生巾，但是不能使用阴道棉条。
24. 告诉患者在家如何自我护理：
 - a. 休息一段时间，并且避免重体力劳动；
 - b. 不要在阴道放置任何东西。
25. 告诉患者可能出现的并发症并叮嘱患者一旦出现下列症状立刻返院。
 - a. 发热，体温超过 38℃或寒战。
 - b. 严重的下腹部疼痛。
 - c. 恶臭或脓样排液。
 - d. 出血较多或带有血块。
26. 解答她的一些问题。
27. 告诉她应当在 2-6 周后返回卫生院检查愈合情况，同时取病理报告。
28. 预约下次复诊时间。

LEEP 合并症的处理

合并症	处理
术中出血：可以是弥漫性的，也可以是动脉出血。	弥漫性出血：局部加压，球型电极电凝止血。 动脉性出血：将球型电极紧贴出血点电凝止血。
术后出血（发生率低于2%）。	擦去血块，用5%的醋酸擦洗，用利多卡因和肾上腺素麻醉，辨认出血点。如果出血不严重，用蒙塞尔氏（Monsel's）胶止血；如果出血较重，用5mm的球形电极止血或者用长针电极和电凝止血。
术后感染：脓样分泌物、疼痛、发热。	应用抗生素：比如 ● 头孢克肟 400mg 单次口服，配伍。 ● 强力霉素 100mg 每日两次，连用 14 天，配伍。 ● 甲硝唑 400-500mg 每日两次，连用 14 天。

第一次复诊（2-6 周）

- 29. 询问她感觉如何，LEEP 术后是否有意外情况发生。
- 30. 根据病理报告建议她下一步的诊治。
- 31. 了解愈合情况。
- 32. 预约下次复诊时间。

6-12 个月的复诊

- 33. 行宫颈涂片检查和阴道镜检查，必要时取活检。随诊参照附录 5。



癌前病变诊治流程

PS 13

实践指导十三：宫颈高频电刀环切术（LEEP）

PS13

实践指导十三：宫颈高频电刀环切术（LEEP）

实践指导十四：冷刀锥切

PS 14

实践指导十四：冷刀锥切

冷刀锥切是将宫颈组织手术切除一个圆锥形状的区域，应当由专业人员进行。应当给予病人麻醉或镇静，这节实践指导包括指导一级或二级医院医务工作者如何在病人去医院就诊前向其解释手术步骤，回家后如何帮助其康复。

解释手术步骤

尽可能多的向病人介绍手术的步骤、麻醉、可能的副反应和并发症，下面的描述将帮助你回答患者的一些问题。

患者就诊前

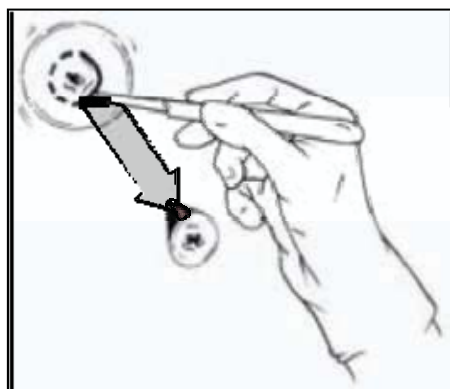
5. 医院的工作人员将给她一些术前准备：她需要带什么样的衣服和术前吃什么样的药。告诉她术前 8 小时禁食水以及去医院之前沐浴。

手术

1. 术中将使用局部或全身麻醉。
2. 医生将放置窥器观察宫颈。
3. 涂抹碘液显示异常区域，并用阴道镜检查宫颈。
4. 向宫颈注射一种减少出血的药物。医生可能在将组织切除后缝合供应这段组织的动脉。

6. 医生将用一种特制的刀切除宫颈的一个锥形区域，包括部分宫颈管组织。（如图 PS14.1）切除的组织将放到一个盛有福尔马林的容器中送到实验室，记录术中所见。

图 PS14.1 锥形切除宫颈组织



7. 锥切结束后，使用球形电极电凝创面的基底（切除后的宫颈区域）止血。
8. 活动性的出血将用棉球加压止血或用蒙塞尔氏（Monsel's）胶止血，或者用电烧止血。
9. 阴道内填塞一块纱布加压止血。如果使用蒙塞尔（Monsel's）胶止血，则不用填塞纱布。



术后

10. 术后患者将在恢复室接受监测，当她醒过来后将被转到普通病床直至彻底恢复。
11. 如果感觉良好，没有明显出血，居住地离医院很近，可以在几个小时后出院。如果她当天不能回家，没有并发症次日就可以出院。
12. 患者和她的伴侣应当在术后禁止性生活 6 周，这样宫颈的创面才能愈合。

首次复诊（2-6 周）

13. 做窥器检查了解创面是否完全愈合。
14. 讨论患者病理结果并安排后续的诊治。
15. 建议患者在第 6 个月和 12 个月后复诊，重新评估。

第 6 个月和第 12 个月

12. 做宫颈涂片和阴道镜检查，必要时进行活检。随访参照附录 5。

**家庭随访**

在患者离开医院前应该告知如何自我护理以及一些并发症的症状，你可以帮助她强化这些知识。

1. 如果纱条被遗留在阴道里，必须在 6-12 个小时内取出以免感染。如果社区工作者知道如何取出，可以帮助患者取出。
2. 建议休息几天，术后前 3 周避免重体力劳动。可以进行一些日常活动，比如一些家务劳动、洗澡、淋浴和吃饭。
3. 如果病人感到不适（没有严重的疼痛），可以服用扑热息痛。
4. 病人的阴道里有一个隐藏的伤口需要 4-6 周愈合。为了预防感染，病人不要将任何物质塞入阴道包括手指或棉条。也不要进行阴道冲洗或性交（尽管可以有其他形式的性交）。如果她不能够避免性交，为她和伴侣提供避孕套并教其正确使用方法。
5. 确保她知道合并症的症状（见下一页），告知她一旦出现合并症立即去卫生院或医院就诊。
6. 预约下次复诊时间（2-6 周内）以讨论病理结果和接受医生的检查。鼓励她按时复诊。

PS 14

实践指导十四：冷刀锥切

合并症	症状	治疗
感染	下腹痛 阴道分泌物黄色味臭	盆腔炎的治疗
大出血	阴道大量出血	窥器检查 取出血块 寻找出血点 缝合/电烧止血 用球形电极电凝止血 用蒙塞尔胶或棉纱压迫止血



6

第六章：宫颈浸润癌的处理



第六章：宫颈浸润癌的处理

要 点

- 各级卫生保健工作者都应当知道子宫颈癌的常见症状和体征。如果妇女出现这些症状，应检查其宫颈以决定是否需要更进一步的检查。
- 子宫颈癌的分期显示了疾病进展的程度。也决定了实施何种治疗和可能的预后情况。
- 浸润性子宫颈癌应当由中心医院的专家来进行处理。
- 主要运用手术治疗或放射线治疗，可以加或不加化疗。
- 治疗能明显地改善预后和生存率。
- 除了极晚期疾病，所有患者均有治愈可能。
- 基本放射线治疗（外照射放疗和腔内放射治疗）对于浸润癌有效且对所有病例均有一定的作用。
- 诊断或治疗患子宫颈癌妇女的专家应当给离患者家最近的保健工作者写清反馈信。
- 应当让患者知道，她们需要长期接受随访和与治疗单位保持联系。保健工作者应当为此提供便利。

6

第六章：宫颈浸润癌的处理

概 述

患有宫颈浸润癌的妇女应到得到第三级医疗机构中专业医师的处理，这对她们的生存和生活质量的提高都是非常重要的。本章描述了怎样进行子宫颈癌分期（确定疾病范围）和对各期子宫颈癌的处理，也阐明了专业医师在诊治患者过程中的职责。

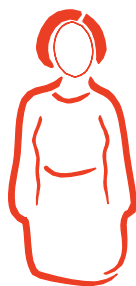
医务工作者的职责

第一或第二卫生保健机构的医务工作者可以诊断患者有宫颈浸润癌，并建议其到三级医疗机构中进行诊治。他们有责任在第三级医疗机构（进行宫颈浸润癌分期和治疗的医院）和患者本人、家庭及社区建立联系。本章主旨不是为第三级机构医务工作者提供指导，而是帮助初级和二级医务工作者理解如何处理子宫颈癌，并将此解释给患者本人和她的家人，以及和第三级及社区层面医务人员进行交流。除此之外，医务工作者也有责任鉴别和治疗副反应和并发症，在必要的时候将患者转诊回到治疗机构。

6

第六章：宫颈浸润癌的处理

实例



Betty（贝蒂），42岁，有5个孩子。三个月前，她发现阴道点滴出血和性交后接触性出血。社区工作人员告诉她和她的伴侣应该尽快去专科医院的妇科就诊。在医院，实习医生为她检查时发现在她的阴道顶端有一个较大的菜花样肿块，并在此处取了活检。医生要求她做血色素试验。由于高度怀疑为子宫颈癌，贝蒂接受了第二天的临床会诊。

很多医生对她进行了再次检查，他们解释说宫颈上有一个肿瘤。对她检查完之后，他们一致认为肿瘤已经蔓延于宫颈之外，但是可以治愈。他们询问了泌尿系统的症状，贝蒂无相关症状。肾脏和输尿管的超声扫描用于判断是否有尿路梗阻，这些检查结果都是正常的。所以，贝蒂被告知诊断为子宫颈癌**IIB**期。他们要求她进行放射治疗以确保有治愈的机会，但是，她将停经，情绪变得容易激动，并将不能怀孕。她和丈夫被告知，接受放射线治疗的妇女可能会有性交不适，如果这种情况发生了，他们会给她一些建议。他们也清楚地解释了如何进行治疗。由于贝蒂的血试验显示她有些贫血，她首先接受了输血。接下来，贝蒂接受了五周的每日体外照射治疗，从第三个星期开始，进行了高剂量率的后装放射治疗**4**次。由于治疗在门诊进行，所以她还可以一直照顾她的孩子们。然而，在治疗即将结束的时候，她感觉非常累，所以住院治疗几天。她的丈夫和年纪大一点的孩子帮助照顾家务，不但在她住院的那些日子，还包括其后的几个星期，一直到她恢复。

诊 断

宫颈浸润癌的症状和体征

微小浸润癌是没有症状的，仅在检查巴氏涂片异常时被检查发现。另一方面，一旦患者出现症状，大部分明确的浸润性子宫颈癌能被医务工作者注意到并获得诊断（见表6.1）。如果妇女性交不活跃，疾病可以一直没有症状直到进入进展期。临床表现取决于肿瘤的生长和扩散方式（在第二章中做过解释）。对于患者而言理想的处理包括消除症状和疼痛控制是很重要的。

子宫颈癌的早期检测

妇女可能存在一条或多条下述表现：不规则出血、性交后出血、绝经后出血、持续性阴道排出物（尤其是与性传播感染无关的病征时）。她们应当进行窥器检查暴露宫颈，任何肉眼可见的病变都应当取活检。如果妇女怀孕，应当建议她去专家处就诊进行活检和随访。

表6.1 宫颈浸润癌的症状

早期	● 阴道排出物，有时有恶臭 ● 育龄妇女的不规则出血（任何形式） ● 任何年龄妇女性交后出血，尤其是年轻女性 ● 绝经后出血 ● 在围绝经期异常出血的病例中，总是考虑为子宫颈癌，尤其是经过恰当治疗后出血没有改变者
晚期	● 尿频或尿急 ● 背痛 ● 下腹痛
极晚期	● 严重背痛 ● 体重减轻 ● 尿量减少（由于输尿管梗阻或肾衰竭） ● 尿液或粪便漏入阴道（瘘管引起） ● 下肢水肿 ● 呼吸困难（由于贫血，罕见的由肺转移或渗出引起）

子宫颈癌的确断需要从病变处取得组织标本进行组织病理学检查确定，在任何治疗、甚至全面研究之前开始，应进行此项检查。

子宫颈癌分期

分期的目的

一旦组织学确诊为子宫颈癌，下一步就是制定最有效的个体化治疗方案。为了正确的治疗子宫颈癌患者，诊断时了解疾病的进展程度或“分期”是非常重要的。尽管分期系统在一定程度上是主观的，它们为临床适当的治疗和估计预后提供了指导。

癌分期系统

许多分期系统应用于子宫颈癌。国际妇产科联盟（FIGO）的分期是以肿瘤的大小和在盆腔及远隔器官的播散范围为基础的，被推荐用于浸润性子宫颈癌的分期。子宫颈癌的病变范围经临床评价¹⁹，辅以少数相对简单的检查。（见表6.2）。一个例外是微小浸润子宫颈癌的分期，它主要是根据病灶起源上皮（可以是鳞状或柱状上皮）的浸润宽度和深度的作为标准进行分期。

表 6.2 依照 FIGO 指南为子宫颈癌分期和治疗所应进行的检查

分期所需检查	分期补充检查	可选择的检查，非分期目的，为其他治疗提供信息
● 窥器、阴道和直肠检查 ● 静脉内肾盂造影（IVP）或 ● 腹部超声	● 膀胱镜检查 ● 直肠镜检查 ● 锥切 ● 宫颈诊刮或涂片 ● 胸部 X 线 ● 骨 X 线或骨扫描（如果骨痛）	● 验血查 HIV、梅毒或血红蛋白 ● 腹部和盆腔计算机断层扫描（CT） ● 盆腔磁共振成像（MRI）

¹⁹ 注意：有时候因为与宫颈不相关的疾病实施子宫切除而偶然地发现子宫颈癌。这些病例不能进行临床分期，但是应当根据病理医师报告的病理特征进行治疗。

在很多资源匮乏的情况下，窥器、阴道和直肠检查是唯一可进行分期的途径；有经验的临床医师检查时可获得足够的信息。这些医师尤其会注意肿瘤的大小，是否累及阴道穹窿、子宫旁组织（双侧主韧带和骶韧带）、盆侧壁、膀胱和直肠等情况。如果对诊断有任何怀疑，或患者对疼痛过于敏感，可在全身麻醉下进行检查。其他影像学检查，如腹腔和盆腔的计算机断层扫描（CT）和磁共振成像（MRI），都是可选择的检查而非诊断和分期所必须。如果条件允许，可以选用这些方法以获得更多更详细的关于疾病进展程度的信息，选择治疗方法和判断预后。所有以分期为目的的检查结果，都应当仔细地记录在病历中。在评估浸润性子宫颈癌时应当使用示意图。

与处理和预后相关的 FIGO 分期系统

6

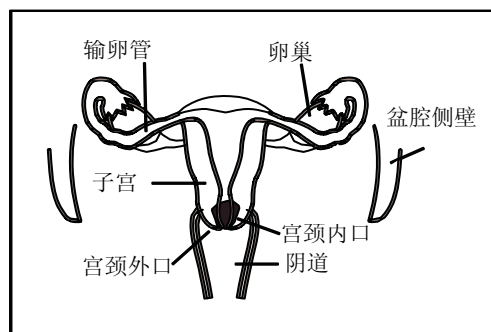
0 期：原位癌，CIN3。

由于病变没有超出基底膜，不被认为是浸润癌。

I 期：癌局限在宫颈。不考虑是否累及子宫体。

- **Ia 期：**微小浸润癌，严格局限在宫颈。只能在显微镜下被诊断，临床不可见。
 - **Ia1 期：**间质浸润深度 $\leq 3\text{mm}$ ，宽度 $\leq 7\text{mm}$ 。
满意治疗后 5 年生存率： $\sim 98\%$
 - **Ia2 期：** $3\text{mm} <$ 间质浸润深度 $< 5\text{mm}$ ，宽度 $\leq 7\text{mm}$ 。
满意治疗后 5 年生存率： $\sim 95\%$
- **Ib 期：**癌严格局限在宫颈，临床可见；或显微镜下病变超过 Ia2 期。（图 6.1）。
 - **Ib1 期：**临床可见病变最大直径 $\leq 4\text{cm}$ 。
满意治疗后 5 年生存率： $\sim 85\%$
 - **Ib2 期：**临床可见病变最大直径 $> 4\text{cm}$ 。
满意治疗后 5 年生存率： $\sim 75\%$

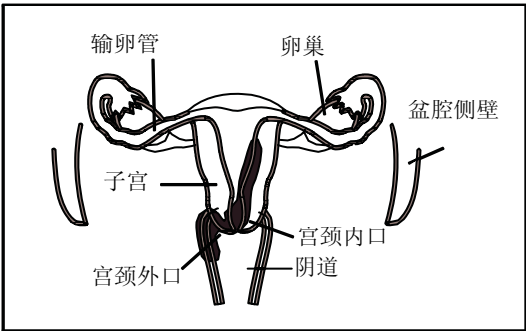
图 6.1 宫颈癌 IB 期



II 期：癌灶已超出宫颈，累及阴道未达阴道下 1/3；累及宫旁未达盆壁。

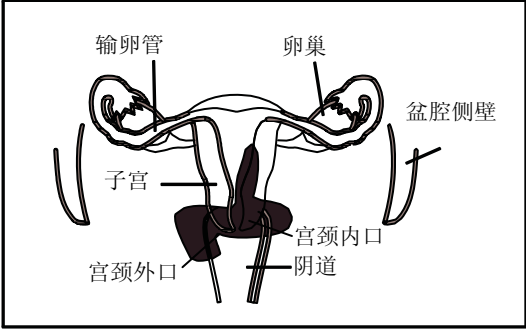
- **IIA 期：**扩散超出宫颈，包括阴道上 2/3，但是没有累及子宫周围组织（宫旁组织）。（图 6.2）。
满意治疗后5年生存率：~75%。

图 6.2 宫颈癌IIA期



- **IIB 期：**扩散超出宫颈，有宫旁浸润，但是没有达到盆壁或阴道下 1/3。（图 6.3）。
满意治疗后5年生存率：~65%。

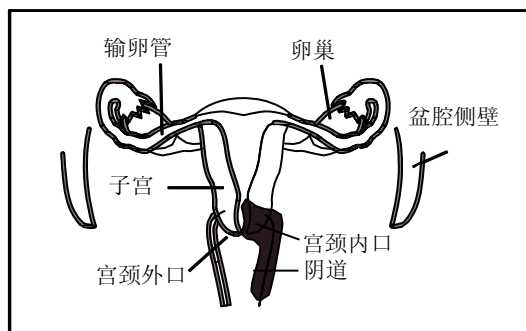
图 6.3 宫颈癌IIB期



III 期：肿瘤侵犯达盆壁或侵犯阴道下 1/3，或引起了肾盂积水或肾无功能。

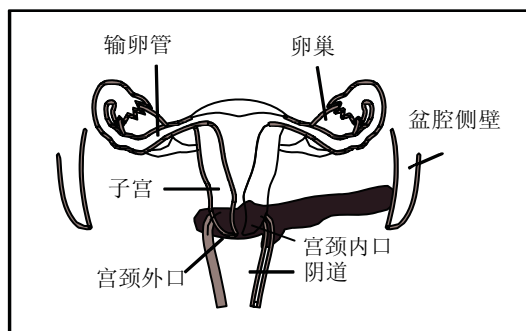
- **III A 期：**浸润阴道下 1/3，但是没有扩散到盆壁。（图 6.4）。
满意治疗后 5 年生存率：~30%。

图 6.4 子宫颈癌 IIIA 期



- **III B 期：**扩散达盆壁，或肾盂积水或肾无功能。（图 6.5）。
满意治疗后 5 年生存率：~30%。

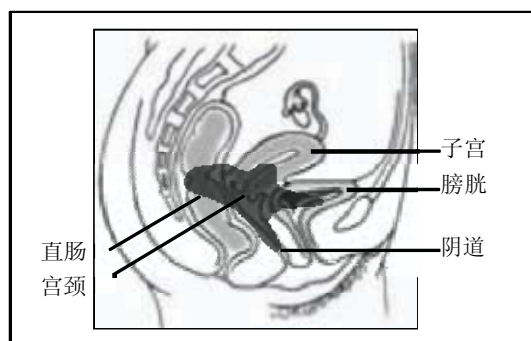
图 6.5 子宫颈癌 IIIB 期



IV 期：肿瘤播散

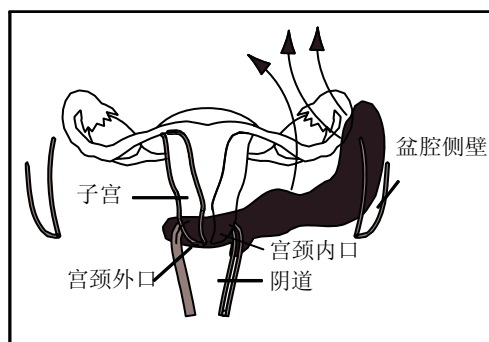
- **V**：播散到膀胱或直肠粘膜。(图 6.6)。
满意治疗后5年生存率：~10%。

图 6.6 子宫颈癌IVA期



- **V**：播散到远处器官。如盆腔外淋巴结、肾脏、骨、肺、肝或脑。(图 6.7)。
满意治疗后 5 年生存率：< 5%。

图 6.7 子宫颈癌IVB期

**建议**

进一步检查和治疗前宫颈癌组织学确诊和分期必须完成。

分

治疗原则

治疗必须从患者利益出发，采用个体化治疗。依照附录6中的指南制定最佳临床治疗方案，全面评价患者状况，而不同地区手术、放射治疗和肿瘤医疗服务质量的差异均可影响到疗效。

宫颈浸润性癌应当转诊到有相应的专家和设备的第三级医疗中心治疗，以决定患者是需要进行辅助检查（及检查时是否给予麻醉），这些对治疗方案的制定都是必要的。



HIV阳性的妇女，CD4的计数可能影响到治疗的选择。在选择好治疗方式之前必须完成梅毒检测、血红蛋白检测、肝功能和肾功能检查。

生存率

生存率是指妇女接受治疗后生存 5 年的比例。它由疾病的分期和所给予的治疗决定。在那些治疗不足或缺乏的国家，生存率显著低于治疗满意的国家。

下述因素影响预后：

- 疾病的临床分期：它是最重要的影响长期生存的单因素预测指标，与是否接受治疗同样重要；
- 年龄：随年龄增大生存率下降；
- 淋巴结转移病况；
- 一般健康、营养状态，是否有贫血；
- 免疫抑制程度。

主要治疗

主要治疗可以是手术治疗或放射线治疗，或联合治疗。化疗不作为首选治疗，但是可以和放射线治疗同时进行。子宫颈癌有效手术治疗的目的是在单次手术中，切除原发肿瘤和所有的扩散病灶。手术的实施依赖于肿瘤的临床分期和医生术中所见。

建议

手术治疗和放射治疗是推荐的子宫颈癌首选治疗方法。

解释程序和获得治疗的知情同意

医务工作者应当根据本章和实践指导中所给出的说明，结合病人情况，解释手术治疗和放射治疗过程，使患者和她的家人理解。

实践指导四中所给出的一般性咨询原则也适用于解释治疗的复杂信息。画图或使用图片可能对理解有所帮助。医务工作者应当尽量少地使用医学术语，并解释相应的医学术语。



在治疗前，应当给妇女提供所有的她们所需要的关于治疗过程的信息。这应当包括治疗带来的益处、危险性、潜在的副作用以及发生时我们应当怎么做、恢复时间、花费、以及成功的几率。如果妇女更愿意她的家人帮助她做决定，这些人也应当参加讨论。医务工作者应当遵循地方和国家规章获得知情同意，也包括医院规定的需要在知情同意书上签名或按手印。至少，说了些什么、谁出席了以及患者的理解和同意，都应当记录在她的病历中。

分期治疗

在发展中国家微小浸润癌或早期浸润癌（肿瘤最大直径为IB1/IIA < 4 厘米）占有宫颈癌患者的 5%，是由第三级医院妇科为主的多学科临床评估而诊断的。

这些病人首选手术治疗的理由是：

- 住院患者手术治疗和恢复不超过 2 周；
- 肿瘤的扩散和是否切除完全能够立刻被评估；
- 保持卵巢的功能，对于绝经前患者尤其重要；
- 患者能够保留一个有功能的、有弹性的、润滑的阴道；
- 多数并发症发生在手术几天内。

手术治疗也有利于盆腔炎症疾病的患者，尤其是当有脓肿在子宫内（子宫积脓）和子宫旁时。虽然放射治疗的 5 年生存率与手术治疗相当，但治疗过程需要大约 6 周，且肿瘤范围得不到评估。

放疗后遗症，如阴道弹性丧失（纤维化）、阴道变短或变窄（狭窄）及阴道干涩，会在放射线治疗后几个月到几年发生，导致性交疼痛。

大约 80% 的病例属于 IB2 到 IIIB 期，有宫颈和宫旁肿瘤并侵犯达盆腔侧壁，可以伴或不伴输尿管梗阻。这些直径大约在 10cm 左右的体积较大的肿瘤，经过彻底放射线治疗后的治愈率为 30% 到 75%。较大的 IIA 期肿瘤（直径 4cm 或更大）治疗与 IB2 期肿瘤相同。

IV 期肿瘤非常少见，IVA 期伴膀胱浸润，大约占有所有病例的 10%，而伴有直肠浸润更为罕见。只有 10% 的 IVA 期患者可能被治愈，而且在受累及器官和阴道之间形成瘘管很常见。IVB 期（占有所有病例 5%）伴有远处血道转移，目前没有治愈方法。但是，这些病例应当给予有效的姑息治疗。

癌的复发常发生于治疗后的 2 年内。复发癌的治疗由复发时疾病的扩散程度、无瘤间隔时间、患者的一般状态和所给予的主要治疗方式决定。

治疗方法

手术

子宫颈癌有效手术治疗目的是在单次手术中切除原发肿瘤和所有的扩散病灶。手术的实施依赖于肿瘤的临床分期和手术中医生所见。姑息性手术治疗通常在放射线治疗失败或放射治疗导致并发症时用来缓解不适症状，如直肠阴道瘘或膀胱阴道瘘。

术式

尽管单纯的子宫切除术和子宫颈切除术在一些特殊病例中被应用，主要的手术治疗程序仍然是广泛子宫切除术和盆腔淋巴结清扫术。手术治疗之后，患者通常需要留院观察 7—10 天，而患者完全恢复大约需要 6—12 周。

子宫颈切除术

子宫颈切除术是指切除子宫颈。广泛子宫颈切除术是指切除宫颈外还要切除部分宫旁组织和上部阴道。（图 6.8）。

图 6.8 广泛性子宫颈切除术切除组织



单纯子宫切除术

单纯子宫切除术是指切除整个子宫，包括宫颈。可以经过下腹部切口或经阴道进行（图 6.9）。输卵管和卵巢通常保留，如发现异常的情况下也将被切除。

图 6.9 单纯子宫切除术切除子宫



广泛性全子宫切除

广泛全子宫切除术是指切除子宫、宫颈及周围组织（宫旁组织），还包括 2cm 上部阴道。（图 6.10）。切除肿瘤周围尽量多的无癌组织，治愈率愈高。卵巢不需常规切除，因为子宫颈癌很少转移到卵巢。改良的广泛全子宫切除术比标准的广泛全子宫切除术切除较少的宫旁组织（图 6.10）。恢复时间比单纯子宫切除术稍有延长。

图 6.10 标准的和改良的广泛子宫切除术



要特别注意的是，即使手术已经开始，手术医师也可以终止手术。这种情况主要发生在打开腹膜之前，手术医师注意到肿瘤已经扩散到盆腔淋巴结。这种情况下，患者应当进行放射治疗。腹膜应当保持完整，因为淋巴结受累时，切开腹膜能够增加放射治疗并发症的发生率。单纯和广泛子宫切除术的程序以及其并发症，在实践指导十五中有详细介绍。



子宫切除术

双侧盆腔淋巴结清扫术或淋巴结切除术

该手术包括三组盆腔淋巴结的切除，这些淋巴结经常为子宫颈癌累及，甚至在早期（IA2 之前），这些紧邻盆腔大血管的淋巴结已经受累。

适应证

选择何种手术治疗取决于疾病的范围。

子宫颈切除不是标准的术式，但是可应用于患微小浸润癌、又希望将来生育的妇女。不断有证据表明对 IA2 期患者进行广泛性子宫颈切除术伴盆腔淋巴结清扫术是有效的治疗方式。

单纯子宫切除术适用于 IA1 期微小浸润子宫颈癌患者，有时也适用于 IA2 期。IA2 期可以用单纯子宫切除术伴淋巴结切除术更恰当。子宫切除术通常不被用于高度宫颈上皮内瘤变和原位癌的治疗，它们可以通过简单的门诊手术进行治疗。当同时存在妇科其他问题，如异常子宫出血时，用子宫切除术治疗高度宫颈上皮内瘤变和原位癌可能更合适。一部分患者的要求绝育不应当成为子宫切除的理由。

广泛子宫切除术适用于如下妇女：患浸润性子宫颈癌、局限于宫颈的癌灶直径达到4cm、阴道穹窿的极早期受累者（IB1期或IIA期）。IB1期肿瘤可能肉眼不可见（隐匿性IB1）。

医务工作者的类型和服务的级别

单纯子宫切除术 可以由专门从事宫颈癌治疗的普通妇科或妇科肿瘤医师在地方或中心医院完成。手术需要在全麻的情况下，大约2小时完成。

广泛性子宫切除术 通常由专门从事宫颈癌治疗的肿瘤妇科医师在中心医院完成，手术采用全麻，大约3小时完成。

建 议

手术治疗宫颈癌应该仅由专门经过妇科肿瘤手术培训的外科医师来完成。

放射治疗

放射治疗在治疗绝大多数浸润性宫颈癌患者中起着重要的作用。它主要应用于肿瘤较大的病例（IB 期和 IIA 期直到 IVB 期）和剖腹手术（没有进行子宫切除）发现淋巴结广泛受累的病例。也被用于治疗那些不能耐受全麻的癌症患者。除了它的治疗作用，放射治疗还能够缓解症状，尤其是骨痛和阴道出血。

放射治疗的机理

尽管应用放射治疗的历史已经很久远了，公众对它的了解依然很少。放射治疗通过电离辐射治疗肿瘤。放射线像高能量的光线，穿透机体时损伤和消灭癌细胞。它对于皮肤、膀胱、大肠的正常细胞也产生一定的影响，且在治疗中和治疗后立刻产生一些可逆的症状。在进行放射治疗的时候，患者一般不会感到疼痛。

放射治疗的类型

根据放射线源相对患者的位置不同分类：

- 远距离放射治疗，放射线源距离患者远。
- 近距离放射治疗，在体腔内置一个小的放射源。

有效的治疗依赖于盆腔的远距离放射治疗和阴道内的近距离放射治疗相结合。整个治疗的过程和可能的并发症在实践指导十六和十七中介绍。

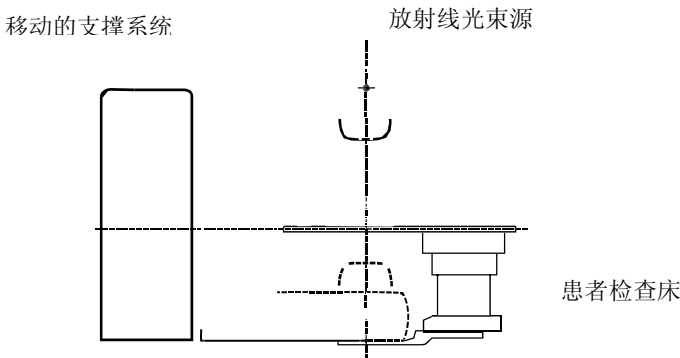


PS16 远距离放射治疗
PS17 近距离放射治疗

远距离放射治疗

远距离放射治疗也称外部光束放射治疗（EBRT）。放射线源位于一个屏蔽头内，它有一个小的开口可供放射线光束通过。（图 6. 11）。光束射向子宫颈癌的区域或是有疾病播散危险性的区域。必须要小心地避免损伤膀胱和直肠，保护它们的功能。治疗必须在专科医院实施，在封闭的空间（治疗舱）内进行操作。因为治疗过程中患者不会感觉疼痛，所以不需要麻醉。放射线机器重达几吨，头部能够根据患者平躺的位置绕治疗台旋转。头部中可以装有放射性物质，如 Co^{60} ，或是一个直线加速器，加速电子到极速直到再撞靶并释放辐射能量，这一过程与诊断性 X 线仪相同。在子宫颈癌中，进行每次几分钟的日程治疗，放射线均匀地释放到整个盆腔中。通常用 4 个光束来释放整个一天的剂量。一周进行 5 天放疗，总共约进行 5 周。治疗前准备需要用模拟机或计算机断层扫描取得盆腔的图像。治疗中一台计算机用于控制治疗程序。在用 X 线进行治疗时，必须查实光束的方向。

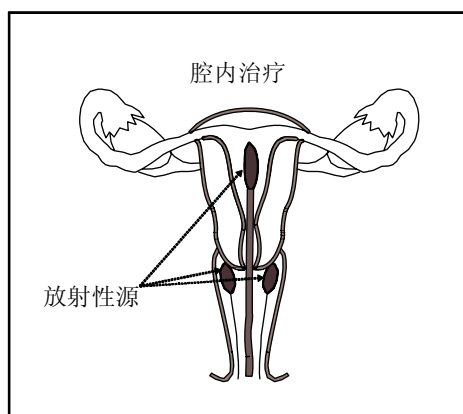
图 6.11 远距离放射治疗的应用



近距离放射治疗

在近距离放射治疗中，放射线源紧密地接触肿瘤。放射线源被置于导引器中再置于子宫内和阴道穹隆（腔内近距离放射线治疗）（图6.12）。

图 6.12 腔内近距离放射治疗的应用



放射线直接作用于位于宫颈、子宫、上段阴道和宫颈周围组织（宫旁组织）的癌灶。要注意避免膀胱和直肠暴露于放射线受到损伤，尽可能地保护它们的功能。治疗需要在具备一定设备的专科医院中进行，由包括放射肿瘤医师、内科医生和放射仪器操作人员的小组来完成。放射线在导引器内最高，在导引器几个厘米外的范围迅速降低。剂量比率是指定点放射线剂量释放的速度。腔内近距离放射治疗可以给予低剂量比率（LDR）、脉冲剂量比率（PDR）、中剂量比率（MDR）或高剂量比率（HDR）方法。剂量率与总剂量和放疗次数共同决定患者放疗时所需的隔离时间。

最普通的可获得近距离放射治疗设计是 LDR 和 HDR，它们的作用效果相似。医疗机构可选择其中一种。两种放疗设计在需要麻醉与否、住院时间、治疗的次数上截然不同（表 6.4）。建议近距放疗卫生保健工作者去转诊医院参观放疗疗程，以清楚治疗程序，以便为患者咨询。

表6.4 低剂量率和高剂量率近距离放射线治疗的区别

	LDR	HDR
开始	远距离放射线治疗完成后	远距离放射治疗第三周开始
住院治疗	住院2—3天	门诊处理1/2—2小时
麻醉安排	全身麻醉	轻度镇静
应用次数	通常仅需要一次	2—8次，一般4次

适应症

远距离放射治疗应用于单纯或广泛性子宫切除术无法整个切除的癌灶区域。这就意味着绝大多数没有转移（IB期—IVA期）的浸润性宫颈癌妇女应当进行远距离放射治疗。除远距离放射治疗之外，通常也运用近距离放射治疗。如果要治愈宫颈癌，近距离放疗的应用常是必须进行的。对于IB1期或更早期别的患者，如果手术不能进行，近距离放射治疗可以被作为唯一的治疗方式。

操作者

放射治疗要由经过标准放射治疗培训的放射肿瘤医师和放射治疗技师操作。

建议

近距离放射治疗是有效的宫颈癌放射治疗的必需组成部分。

化学治疗

化学治疗不是子宫颈癌治疗的主要方式，但是它可以和手术治疗及放射治疗同时使用，来治疗较大的肿瘤。顺铂是最常用的药物并被列入 WHO 基本药物列表中。在发展中国家，放射治疗同时加顺铂的益处尚未得到证实。顺铂增加了放射治疗的毒性，并且不容易为晚期肿瘤患者耐受，这些患者常伴有营养不良、贫血、肾功能削弱。单独进行放射治疗是易于接受的治疗方式。

患者的随访

如果可能的话，子宫颈癌治疗后的妇女应该在治疗中心接受随访。出院和随访计划应当在病例讨论时决定，病例讨论参加者应当包括参与治疗的所有人员及患者本人、她的家人。如果需要在距离治疗中心较远的地方进行随访，主管医师（最好是妇科医师）应当收到一个全面的报告，详细记录了分期、给予的治疗、预后和可能的常见问题。报告还应当包括治疗中心的联系信息（电话、传真、电子邮件、地址）并要求定期反馈。如果患者出现了不可预期的症状，应当鼓励其主管医师寻找建议帮助。移动电话增加了治疗医师和患者及其家人保持联系的可能性。

单纯进行手术治疗的妇女的随访

单纯进行手术治疗的妇女应当在 2 年内进行三个月一次的咨询，详细地报告症状，尤其是出血、排出物或盆腔疼痛。

在随诊中，应当完成下述检查：

- 窥器检查和阴道穹隆视诊；
- 阴道穹隆及在检查中注意到的异常位置的细胞学涂片；
- 三合诊触诊检查有无复发病灶；
- 依赖于临床发现，在可能情况下进行的其他检查。

这些妇女中有复发疾病者应进行放射治疗。

放射治疗患者的随访

主要进行放射治疗后的妇女，其随访应当和接受手术治疗者一样。但是阴道细胞学的诊断作用较差，因为放射线诱导纤维化的发生，临床评价更困难。进行定期随访的原因之一是鉴别放射治疗的后遗症，它可能被误诊为复发癌。放射治疗为主治疗后的妇女其复发癌治疗方案的选择相当有限，因为不能进一步给予放射治疗。在外科专家、专业技术和机构条件允许的情况下，补救性子官切除术可以考虑，这种方法不可能改变生存率，但是可延长无瘤生存时间，可能获得更好的生活质量。化学治疗也是放射治疗后复发病例的一种选择。最后，放射治疗也可以用于那些非盆腔的远处转移病灶，例如骨、肺或其他器官转移。

特殊情况

妊娠

尽管罕见，但是有时会在孕妇中诊断出子宫颈癌。这很可能导致患者处于进退两难的境地，尤其是在怀孕的早期。每一个病例都应当进行个体化治疗，既要考虑到妇女所关心的问题与健康，还要考虑到治疗可能对胎儿发育产生的影响。对妊娠期子宫颈癌的治疗和非妊娠期妇女治疗一样，是与分期相关的。它也关系到妊娠周数。对妊娠期子宫颈癌的诊断，尤其是可能需要终止妊娠时，可能很难被患者接受。这就需要运用交流技巧，以帮助患者和她的家人在决定治疗上做出理解和让步。如果使用放射治疗，治疗开始于盆腔照射，这将导致胎儿的死亡和流产。必须做超声扫描以确定胎儿不再存活。清宫后，治疗按照常规途径继续进行。在孕九个月时，治疗通常延迟到胎儿成熟后进行。然后，通过剖宫产手术娩出胎儿，随后立刻根据肿瘤的分期决定外科治疗或放射治疗。如果选择放射治疗进行处理，必须在子宫复原之后进行。

关于怀孕时浸润性子宫颈癌处理的全面指导在附录6E中给出。



H V

特殊人群的妇女即伴随 HIV 感染的免疫缺陷继发感染者。她们 CD4 计数低 ($<200\text{mm}^3$)，无论进行何种方式治疗都有发生并发症的特殊危险性。在合适的时候进行手术治疗是最好的，放射治疗和化学治疗需要根据个体情况选择进行。

6

第六章：宫颈浸润癌的处理

致宫颈浸润癌患者及其家属

告知病情

为妇女和她们的家人提供子宫颈癌的信息，开始就应当强调子宫颈癌是可治疗的疾病。癌的诊断通常不被妇女和她的家人所接受，收到坏消息（尤其是进展期）从来就不容易接受。提供这些信息给患者本人和她的家人（如果患者愿意），告知者应回避其他患者。关于与家人沟通和讨论的一些指导如下：

- 尊重患者的文化背景、规范和习惯；例如把不好的消息直接告诉患者本人，是否可以被接受等；
- 含义和词语要明确和直接，不要用患者不理解的语言，或含糊的语言，如“增生”或“新生物”；
- 不要说的太多，让患者迷惑，也不要离开主题太远；
- 给患者一些时间来提出和接受你所说的话所带来的影响，并给患者时间进行提问；
- 由于患者在收到突如其来的坏消息时常常受到打击，她们不可能完全地听完和理解你所说的。尝试和患者及其家人（如果她同意）在第二天再谈一次；
- 初步诊断之后，对于患者拒绝、恼怒、以及放弃等表现，给予理解和支持。

当进一步治疗不可进行时

当疾病进展，逐渐明确没有更进一步的抗癌治疗可以给予时，最好用一种婉转但是真实的方式告知患者和她的家人。尽量避免说“没有什么可用的方法了”，因为治疗者可以帮助她们，通过减轻症状、提供药物治疗、安排初级医疗机构治疗或仅仅是基本关怀。无论对住院患者还是对回家治疗的患者来说，此时必须确保和社区保健人员建立联系，以获得可以缓解其症状的医疗服务。关于还能生存多久这样的问题，回答应当诚实，也就是说，不知道还有多长时间，可能是几天、几个星期或几个月。这能让患者及其家人知道还期望什么，以便于他们可以做出合适的安排。

保证疼痛控制

当患者因为癌症晚期而回家治疗，治疗医师（放射治疗医师、肿瘤医师或妇科医师）应当确保患者有适当治疗疼痛的处方药，并且患者一旦离开医院后她依然可以获得。大多数癌症患者，尤其在发展中国家，遭受着没有必要的、未充分缓解的严重疼痛，原因是在周边或初级医疗机构获得鸦片类药物受到限制。然而，中心医院的医务工作者能够为患者提供必需的药品。对于重度疼痛没有口服吗啡的替代品，尽管在缓解疼痛上，姑息放射治疗可以辅助吗啡作用（也见于第七章和实践指导 18）。



疼痛的处理

6

第六章：宫颈浸润癌的处理

宫颈浸润癌的处理：不同级别医疗机构的工作

社区



- 与患者及其家人保持定期联系。
- 与卫生院就患者的状况保持定期电话或个人联系。
- 将新的肿瘤进展症状或治疗的副作用通知给卫生院工作人员。
- 提供国家政策规定的或专业医师及其他医务人员指定的姑息治疗。
- 在患者及其家人和提供其他帮助的机构之间建立联系，它可以提供额外的非医疗支持。
- 尽可能地帮助晚期患者及其家人。

卫生院



- 与以社区为基础的健康工作者和地方及三级健康治疗工作人员保持对患者状况的监督和交流。
- 如果适宜在本级别医院随访或患者不能够去上一级医疗机构随访，提供上级治疗机构所建议的随访。
- 与治疗中心进行沟通，对治疗的副作用或疾病的症状，给予特定的治疗。
- 可能的话，对重病患者或处于晚期不能到中心来的患者进行家访。
- 协作培训社区工作者和新加入治疗团队的人员。

地区医院



和

中心医院



- 提供治疗。
- 如果不可能直接处理患者，通知较低层面的医疗机构提供随访和药物治疗，包括开缓解疼痛的药物。
- 通过电话、邮件等，保持与患者家人和医务人员之间的交流。
- 协助培训较低级别的医务人员更好地照顾患者。

咨询信息

确保你和患者及其家人说明下述问题：

- 她所患肿瘤的分期；
- 出院前她将接受到的治疗；
- 可能发生哪些副反应以及如何处理；
- 并发症的症状有哪些以及她有这些表现时，应当去哪里接受治疗；
- 需要的随访：什么时间，在哪里，找谁检查；
- 尽可能以任何方式给予积极支持。

补充资料

- Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynaecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70(2): 209-262.
- Chao KSC, Perez CA, Brady LW, eds. *Radiation oncology: management decisions*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
- Fletcher GH, ed. *Textbook of radiotherapy*, 3rd ed. Philadelphia, PA, Lea and Febiger, 1980.



实践指导十五：子宫切除术

PS 15

实践指导十五：子宫切除术

子宫切除术是指切除子宫。分为单纯子宫切除术和广泛子宫切除术。在单纯子宫切除术中，整个的子宫包括宫颈被切除。输卵管和卵巢可以被切除也可保留。在广泛性子宫切除术中，子宫加上子宫周围的组织以及阴道上段均被切除。所有的程序基本是一样的。这个实践指导内容包括帮助一级或二级卫生保健人员在患者去医院治疗之前向患者解释说明，治疗将怎样完成，并在她回家之后帮助她康复。

治疗说明

关于治疗过程、麻醉、可能的副作用及手术治疗的并发症，要尽你所能告诉患者更多的信息。下面的描述可以帮你回答她可能提出的问题。

在患者去医院之前

1. 医院工作人员将给她术前准备工作的指示：她需要带些什么衣服以及预先需要吃些什么药。她将被告知在外科手术前8小时禁食，在去医院之前要洗澡。

住院后，术前准备

2. 解释手术细节，获得知情同意。
3. 为了帮助预防感染，用肥皂、水和碘酒清洗妇女的会阴部和腹部区域，备皮。
4. 通过静脉注射或吸入给予常规麻醉。
5. 放置导尿管接尿袋。
6. 阴道内塞纱使外科医生更容易切除宫颈周围组织。

PS15

实践指导十五：子宫切除术

术中

7. 切口位于下腹部，垂直或水平。
8. 在单纯子宫切除术中，子宫从其与输卵管和阴道连接处被切除。在根治子宫切除术中，手术医生切除子宫、宫旁、宫颈和阴道上部 2cm 组织。在子宫和宫旁组织切除后，手术医师将从盆腔大血管周围的脂肪组织中切除 3 组淋巴结。
9. 所有切除的组织置于保存液中送到实验室，由病理医师检查标本并确定是否全部的癌都被切除。
10. 手术结束时，引流管要留在盆腔中；它是一根塑料管置于腹部，引流血和其他液体到一个袋子中。引流管留置 24-48 小时。
11. 大部分医师也会从腹腔外插一个管子（耻骨弓上的导尿管）到膀胱，引流尿液。它在那些膀胱的神经被损伤的病例将被留置 5-7 天。
12. 腹部被紧密缝合、擦拭干净，用绷带包扎伤口。

术后

13. 术后，患者由专门恢复病房的工作人员护理。苏醒后，转移到常规病房恢复。
14. 当患者醒来的时候，需要输液。体内放置有引流管。她可能还会有恶心，并持续数个小时。在最初的几天内，她的腹部手术切口处会感觉疼痛。只要她需要，医院工作人员会为她提供药物以缓解疼痛和恶心。

医院内恢复

15. 在医院，工作人员应当确保患者有规律的咳嗽、深呼吸、端坐、活动肌肉，以及在她能够走动时下床活动。这些都有助于预防并发症。

16. 手术时盆腔中任何组织和器官的切除都会损伤某些供应膀胱和直肠的神经，会导致排尿和排便困难。耻骨弓上的导尿管将会被放置几天时间，直到她可以再次正常排尿。在出院前，大部分病例的膀胱和直肠能够部分恢复，术后 3-6 个月内能够完全恢复到正常。
17. 大部分医院允许患者7-10天后回家，这取决于她恢复的速度以及在家中可以获得什么样的医疗。广泛子宫切除术后的完全恢复需要6-12周。

随访（术后 周）

18. 通知患者病理检查结果。外科医师要对她进行彻底的诊察，以确定她恢复正常。处理发现的问题。
19. 患者要接受窥器检查以确定阴道伤口已经愈合。
20. 参考病理检查结果，和患者共同讨论肿瘤扩散进展的程度、还需要什么其他治疗以及癌复发的机会。

家庭治疗

患者出院之前提供咨询，包括怎样自我护理、并发症的症状以及如何发现，让她记住这些建议对患者是有帮助的。

1. 为帮助患者术后恢复，其他家庭成员应当承担她的家务 3-6 周，直到她的体力得到恢复。在这几周中，妇女应当避免做重家务活、长距离行走、提重物品以及其他繁重的体力任务。她可以完成正常的日常活动，如洗澡、淋浴，饮食正常。在逐渐恢复体力和回复正常时，她应当每天进行几次短程散步。
2. 在她看起来疲劳的时候，家庭成员应当鼓励患者休息，确保她饮食健康。

3. 阴道断端的愈合至少需要 6 周，为了防止感染和达到彻底愈合，在这期间她不应在阴道内放任何物品，包括手指或棉球，不应当使用阴道灌注器或进行性交（尽管她可以用其他方式亲密接触）。这一点上，她的伴侣的支持非常重要。
4. 下表列出了一些手术后几周内可能发生的症状，以及发生时应当怎样做。

感受	原因	应如何做
情绪消沉——感觉难过在主要手术后是常见的	疼痛、疲劳、焦虑	等待；这不会持续超过2周左右
腹部不适——这是正常的	来自手术切口的痛苦	吃高纤维食物，多喝液体；使用粪便软化剂（双醋苯啉）；这会在6周内消失
排尿困难、缓慢，膀胱不能彻底排空	外科手术后的神经损伤	“两次排尿法”：晨起时正常排尿，绕圈走几分钟后再次排尿。如果没有作用，应当自己放置导尿管。医院应当已经展示给她如何使用，并提供给导尿管。这个问题应该在3-6个月内消失
疲劳——这是正常的	机体正在自我恢复，需要很好地休息	每当需要时就躺下来休息

5. 确保患者和她的家人知道并发症的信号和症状（见下表），发生时指导她去健康中心或医院。

并发症	信号和症状
腹部伤口感染	疼痛、腹部切口处发红、排脓
盆腔感染	下腹疼痛（不仅仅是不适），常伴发热，腐臭阴道排除物或出血
淋巴囊肿—由淋巴腺切除后淋巴液积聚导致	外科手术 2-3 个月后下腹肿胀、疼痛
膀胱感染	排尿时烧灼痛，尿频
下肢血块（血栓症）	患肢红、疼痛和水肿

以下为患者回家需要提供的物品：这些可以从医院获得或写好临时医嘱以备日后用：

- 为轻度疼痛提供的扑热息痛（如果需要的话）；
- 粪便软化剂（如双醋苯啶）；
- 导尿管；
- 纱布绷带和伤口消毒剂。

PS15

实践指导十五：
子宫切除术

实践指导十六：盆腔远距离放射线治疗

PS16

实践指导十六：盆腔远距离放射线治疗

盆腔远距离放射治疗是用一个专用的仪器（图 PS16.1），从较远的距离对盆腔区域进行放射线治疗。



图 PS16.1 远距离放射治疗

本实践指导内容包括帮助一级或二级卫生保健人员在患者去医院治疗之前向患者解释说明，治疗将怎样完成，并在她返回家之后帮助她恢复。

治疗说明

关于治疗过程和可能的副作用，要尽你所能告诉患者更多的信息。告知患者治疗由那些部分组成，在医院中这些又被谁管理。告知患者在治疗中只有她一个人，但是治疗不会持续很长时间也不会造成伤害。下述描述可以帮你回答一些她可能提出的问题。

治疗开始之前

1. 医院工作人员将给她术前准备工作的指示：她需要带些什么衣服以及预先需要吃些什么药。
2. 解释治疗的细节、可能的并发症及选择权，要求知情同意。在治疗开始前还应通过模拟器或断层扫描仪采集盆腔影像学（X 线）资料。

治疗准备

3. 在医院的第一天，要求患者脱掉衣服躺在一个专门的台子上，进行盆腔检查，包括 X 线检查。根据从 X 线上获得的信息，在患者的腹壁和盆腔壁用不能擦掉的记号笔进行标记。这可以帮助控制放射线局限在肿瘤区域，患者不能擦掉这些标记。
4. 告知患者治疗的日程安排，进行第一轮治疗。
5. 要给患者提供下述信息，以及提供关于整个治疗期的问题咨询：
 - 避免可能的皮肤擦伤，患者应当穿宽松的衣服，避免穿长裤。
 - 患者可以用温水淋浴，不要浸浴，应当避免用海绵擦拭、摩擦皮肤和使用粗糙的肥皂。
 - 在整个治疗期间都不要在阴道内放置任何东西，如棉球，不要进行性交（但是可以通过其他方式亲密）。
 - 尽量避免使用购买的护肤霜，因为它们可能包含有害的重金属。如果需要使用，应当请健康中心工作人员开护肤霜的处方。
 - 患者应当停止重体力劳动和在高温易出汗的环境中进行工作。
 - 患者可以继续进行日常的家务和较轻的办公室工作。
 - 在治疗期接近尾声时，可能会感觉疲劳和沮丧，应当相应的限制活动。
 - 重复的日常治疗会变得很枯燥，患者应当谨记如果她错过治疗时间或打破治疗日程安排，治愈的机会就会减少，并且会延迟治疗的完成。

放疗

6. 治疗的第一天，放射线治疗技师需再次确认患者身份、治疗计划和知情同意。技师要解释治疗程序和在治疗舱内为患者展示治疗仪器。

7.

患者躺在治疗床上并保持合适的体位，所有的人员都要离开治疗室。
8.

患者单独留在治疗室，但是可以通过她旁边的电视或广播电路与她进行交流。
9.

在治疗过程中，治疗仪会自动移动几次或由技师进入治疗室移动它。
10.

在治疗过程中患者没有任何感觉，治疗仅持续几分钟。
11.

通常情况下，这样的治疗在为期5周的治疗中要进行25次。

重复治疗

12.

下述表格详细介绍了日常治疗的情况。鼓励患者向技师报告任何发生的问题。如果感觉患者需要更专业的回答，就请她询问放射肿瘤医师。

副作用	症状和体征	处理
皮肤对放射线的反应	大约在 3 周之后开始发红，并随着治疗的进行而增加。可能皮肤干燥然后潮湿剥脱，尤其是臀间沟。	仅需偶尔轻柔地清洗该区域。避免擦洗。如果疼痛，给予适度的止痛剂。如果反应很严重（通常由过度洗涤造成），放射线肿瘤医师可以延迟治疗的完成（这可能影响治愈率）。
胃肠的反应	从肠内容物中重吸收水的直肠和末段结肠位于盆腔。放射线可能削弱水的重吸收，导致粪便松散或腹泻。	需要的话，放射线肿瘤医师需要给患者开药治疗。通常不需要进行家庭治疗。
膀胱的反应	尿频、尿急。排尿时有烧灼感。罕见情况可见明显的血尿。	患者需要返回医院进行检查和治疗。

PS16

实践指导十六：盆腔远距离放射线治疗

13. 放射肿瘤医师每个星期看患者一次，并询问发生的任何体征或症状，评估患者的治疗耐受情况。
14. 要告知患者放射线治疗常见的急性副作用（见下文），并指出这些反应发生时如何处理。一旦治疗完成，这些副作用会自然消失。

随访

15. 应和患者约好治疗完成后 6 周复查。医师要对她进行检查并检查阴道，以确定是否愈合良好。
16. 肿瘤治疗组（放射线肿瘤医师和妇科医师）最好评估任何与盆腔相关区域的脏器，包括阴道、肠、膀胱。应当告知她们任何不常见或严重的症状和信号。

在治疗中和治疗后，我们可以做些什么

1. 帮助患者保持积极的态度。
2. 给予她和她的丈夫在治疗期间不应当进行性交行为的指导。治疗结束后，推荐妇女恢复性生活。
3. 告知患者不需要使用避孕药。在盆腔远距离放射治疗过程中和之后，怀孕是不可能的。
4. 告知患者与治疗组的放射肿瘤医师和妇科医师保持定期随访。如果患者出现不正常的或严重的症状，她应当在规定时间之前进行复诊。
5. 告诉患者家人应当完成她的日常家务工作直到她恢复体力，以帮助她从治疗中恢复。
6. 如果患者感觉到疲劳的话，鼓励她躺下休息。确保营养供应。

7. 告知患者晚期并发症：

- 放射线可能导致绝经期前妇女进入绝经期，伴随缺乏月经的典型症状，潮热和阴道干涩。
- 绝经期阴道症状可能被阴道纤维化和阴道狭窄加重，导致性交不适或不能。为了保持阴道不粘连，应当使用阴道润滑剂和扩张器。保证阴道开放允许进行宫颈检查是非常重要的。应当鼓励持续的性生活。
- 治疗后 6 周开始，暴露于放射线下的皮肤可能表现有色素沉着、脱色和变硬。
- 可能发生长期的直肠狭窄以及产生阴道和直肠之间的瘘，这是非常严重的并发症，可能需要进一步的外科治疗甚至进行结肠造口术。
- 膀胱可能变硬、缩小，导致患者尿频，使她易患泌尿系统感染。罕见可有膀胱阴道瘘或瘘管形成，导致尿失禁。这可能需要外科修复。
- 非常罕见的情况（千分之一的几率），放射线可能导致新的癌症的产生。

PS16

实践指导十六：
盆腔远距离放射线治疗

实践指导十七：近距离放射线治疗

近距离放射治疗是指置于肿瘤旁的放射线源发出放射线进行治疗，也就是说，在子宫内和阴道穹隆内进行。本实践指导用于指导一级或二级卫生保健人员在患者去医院治疗之前向患者解释说明，治疗将怎样完成，并在她返回家之后帮助她恢复。

治疗说明

关于治疗过程、麻醉方法、可能的副作用和治疗的并发症，要尽你所能告诉患者更多的信息。下述描述可以帮你回答一些她可能提出的问题。

低剂量比率（ ）近距离放射线治疗

准备

1. 医院工作人员将给她治疗前准备工作的指示：她需要带些什么衣服以及预先需要吃些什么药。
2. 向患者解释治疗的细节和可能的并发症，并获得知情同意。患者将收到允许住院许可。

治疗

3. 放疗开始第一天，患者被带入手术室进行全身麻醉。
4. 留置尿管。
5. 完善盆腔检查。
6. 通过阴道内的诊视器，专门的金属装置被置于宫颈管和宫颈管周的阴道内。这些装置用来支撑放射线源。
7. 它们的位置通过 X 线进行核实。
8. 当患者醒来的时候，送入隔离病房（隔离间）。
9. 治疗期间指示患者要保持仰卧。（大约 2 天）。
10. 导尿管置于适当的位置，连接尿袋。

PS 17

实践指导十七：
近距离放射线治疗

PS17

实践指导十七：
近距离放射线治疗

11. 医院工作人员离开房间，在计算机的控制下将放射性源置于预先插入阴道的金属装置内，金属装置置于肿瘤旁。
12. 在患者接受治疗的过程中不会感觉到任何疼痛。
13. 在整个的治疗过程中，房间的门要保持关闭状态。患者需要使用床上便盆，排空肠。她可以和护理人员保持音频连接进行交流，所有进餐都在床上进行。她可以在治疗期间看书、听收音机、看电视。但是她必需保证整个过程都躺在床上。可以允许非常有限的探视。
14. 整个治疗完成时，可以给患者适度的镇静剂，含有放射性源的装置要移除。
15. 一旦镇静作用消失，患者就可以出院。
在某些医院，进行 2 次这样的治疗要有 1 周间隔时间。

高剂量比率 (HDR) 近距离放射线治疗

除下述不同外，程序与 LDR 相似：

1. HDR 通常在远距离放射线治疗开始后的第三周开始。
2. 每次治疗仅持续 1 个小时，主要对门诊患者进行。可以在适度止痛的情况下进行，很少使用麻醉剂。
3. 导管插入术后，重复阴道手指检查和窥器检查，留置阴道牵引器和窥器。
4. 金属的近距离放射线治疗导管被插入子宫，连接一个遥控的后装 HDR 近距离放射线治疗单元，其内包含有放射性源。
5. 当全体人员离开房间后，要求患者保持恰当的体位。在接受放射线治疗的整个过程中，她必需保持一样的体位，整个过程持续几分钟。
6. 治疗程序结束后患者可以出院。
7. 治疗从 2 到 8 次不等，通常为 4 次。治疗间隔可以从一天到一星期不等。
8. 第一次治疗之后，给患者提供下次治疗的预约。

妇科的近距离放射线治疗可能的副作用和并发症

近距离放射线治疗的副作用和盆腔远距离放射线治疗相同。（见实践指导十六）。要给患者提供的信息和咨询也大致相似。告知患者给予其麻醉和镇静剂，是为了使其更舒适。近距离放射线治疗造成的主要阴道并发症是局灶纤维化、粘膜萎缩和淤斑形成，后者容易引起局灶出血。近距离放射线治疗也可以导致晚期直肠、膀胱并发症。



盆腔远距离放射治疗

PS17

实践指导十七：近距离放射线治疗

PS17

实践指导十七：
近距离放射线治疗