

性和生殖健康与慢性疾病的综合保健

子 宫 颈 癌 综 合 防 治

基本实践指南



世界卫生组织

子 宫 颈 癌 综 合 防 治

基 本 实 践 指 南



世界卫生组织

WHO 图书在版编目 (CIP) 数据

宫颈癌综合防治: 基本实践指南

1. 宫颈癌—诊断 2. 宫颈癌—预防和控制 3. 宫颈癌—治疗 4. 指南

I. 世界卫生组织

ISBN 978-7-81116-511-1

(NLM 分类号: WP 480)

©世界卫生组织 2006 年

版权所有。WHO 出版物可从 WHO 出版社获取, 地址: World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int)。为出售或非商业目的要求复制或翻译 WHO 出版物, 须向世界卫生组织出版社提出申请, 地址同上(传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本书采用的名称和陈述材料, 并不代表 WHO 秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品, 并不意味着它们已为 WHO 所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均为首字母大写, 以示区别。

WHO 已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已发行的出版物并不保证本书中的信息绝对完整正确。解释和使用材料的责任取决于读者。WHO 对于因使用这些材料而造成的损失不承担任何责任。

中国印刷

致谢:

本指导由 WHO 生殖健康与研究部、慢性疾病与健康促进部、国际癌症研究中心(IARC)和泛美卫生组织 (PAHO) 联合推出,国际宫颈癌防治联盟(ACCP),国际原子能机构(IAEA),国际妇产科联盟 (FIGO), 国际妇科肿瘤协会(IGCS), 欧洲姑息治疗学会(EAPC)参与协作。

许多专家参与了本指南的咨询和评审。WHO 非常感谢下列专家的贡献:

- 技术顾问组 (TAG) 成员: Rose Ann August, Paul Blumenthal, August Burns, Djamila Cabral, Mike Chirenje, Lynette Denny, Brahim El Gueddari, Irena Kirar Fazarinc, Ricardo Fescina, Peter Gichangi, Sue Goldie, Neville Hacker, Martha Jacob, Jose Jeronimo, Rajshree Jha, Mary Kawonga, Sarbani Ghosh Laskar, Gunta Lazdane, Jerzy Leowski, Victor Levin, Silvana Luciani, Pisake Lumbiganon, Cédric Mahé, Anthony Miller, Hextan Ngan, Sherif Omar, Ruyan Pang, Julietta Patnick, Hervé Picard, Amy Pollack, Françoise Porchet, **You-Lin Qiao**, Sylvia Robles, Eduardo Rosenblatt, Diaa Medhat Saleh, Rengaswamy Sankaranarayanan, Rafaella Schiavon, Jacqueline Sherris, Hai-Rim Shin, Daiva Vaitkiene, Eric Van Marck, Bhadrasain Vikram, Thomas Wright, Matthew Zarka, Eduardo Zubizarreta.
- TAG 外的评审专家: Jean Ahlborg, Marc Arbijn, Xavier Bosch, Elsie Dancel, Wachara Eamratsameekool, Susan Garland, Namory Keito, Ntokoza Ndlovu, Twalib Ngoma, Abraham Peedicayil, Rodrigo Prado, John Sellors, Albert Singer, Eric Suba, Jill Tabutt Henry.

许多来自中国、埃及、印度、立陶宛、特立尼达和津巴布韦参与现场审校的专家。



WHO 协作组:

Patricia Claeys, Nathalie Broutet, Andreas Ullrich.

WHO 撰稿及设计组:

Kathy Shapiro, Emma Ottolenghi, Patricia Claeys, Janet Petitpierre.

核心组:

Martha Jacob (ACCP), Victor Levin (IAEA), Silvana Luciani (PAHO), Cedric Mahe (IARC), Sonia Pagliusi (WHO), Sylvia Robles (PAHO), Eduardo Rosenblatt (IAEA), Rengaswamy Sankaranarayanan (IARC), Cecilia Sepulveda (WHO), Bhadrasain Vikram (IAEA), 协作组和撰稿组人员。

WHO 致谢比利时政府为本书出版提供的资金, 同时也致谢其他捐赠者, 包括: 宫颈癌预防联盟、国际原子能机构、健康领地、欧洲放射和电子医学工业协会。

中文版主要编译人员:

封面、前言、词汇表、第一章至第四章由北京大学人民医院张丽丽、刘宁、赵丽君、易为、张峻霄、赵超、李小平、屠铮、陈楠、魏丽惠翻译, 北京中日友好医院卞美露校译; 第五章至第七章、附录由北京中日友好医院贺桂芳、马莉、程娇影、卞美露翻译, 北京大学人民医院魏丽惠校译。

编译/排版:

姜勇、杨云、章渝、乔友林

审定:

乔友林、魏丽惠、卞美露、刘继红

目 录

首字母缩略词.....	1
前言.....	3
简介.....	5
指南说明.....	5
各级卫生保健体系.....	9
主要读物.....	10
WHO 推荐.....	11
第一章：背景.....	13
要点.....	15
概述.....	15
为什么关注宫颈癌？.....	16
最易罹患宫颈癌的人群？.....	18
控制宫颈癌的障碍.....	19
全国性宫颈癌防治计划的四个要点.....	20
控制宫颈癌的团队.....	22
补充资料.....	23
第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程.....	25
要点.....	27
概述.....	27
解剖和组织学.....	28
宫颈癌自然病程.....	35
补充资料.....	42

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询.....	43
要点.....	45
概述.....	45
健康促进.....	45
卫生工作人员的作用.....	46
HPV 感染的预防.....	46
健康教育.....	48
咨询.....	53
不同水平的健康教育与咨询.....	55
补充资料.....	56
实践指导一：健康教育.....	59
实践指导二：关于子宫颈癌的常见问题.....	63
实践指导三：怎样让男性参与子宫颈癌的预防.....	67
实践指导四：咨询辅导.....	69
实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套.....	73
第四章：子宫颈癌的筛查.....	79
要点.....	81
概述.....	81
健康保健工作者的职责.....	81
筛查计划.....	83
筛查方法.....	92
随访.....	101
各级卫生保健机构在筛查中的工作.....	103
补充资料.....	105

实践指导六: 签署知情同意书.....	107
实践指导七: 采集病史和进行盆腔检查.....	109
实践指导八: 宫颈涂片检查.....	115
实践指导九: 收集标本进行 HPV DNA 检测.....	119
实践指导十: 肉眼观察的筛查方法.....	123
第五章: 癌前病变的诊断与治疗.....	125
要点.....	127
概述.....	127
卫生保健人员的作用.....	127
癌前病变的处理.....	129
诊断.....	130
癌前病变的治疗.....	133
治疗后的随访.....	142
不同级别医院的诊断和治疗措施.....	143
补充资料.....	145
实践指导十一: 阴道镜检查、活检和宫颈管搔刮.....	147
实践指导十二: 冷冻治疗.....	151
实践指导十三: 宫颈高频电刀环切术 (LEEP).....	155
实践指导十四: 冷刀锥切.....	161

第六章：宫颈浸润癌的处理.....	165
要点.....	167
概述.....	167
医疗工作者的职责.....	167
诊断.....	169
宫颈癌分期.....	170
治疗原则.....	176
治疗方法.....	179
患者的随访.....	186
特殊情况.....	187
致宫颈浸润癌患者及其家属.....	188
宫颈浸润癌的处理：不同级别医疗机构的工作.....	190
补充资料.....	191
实践指导十五：子宫切除术.....	193
实践指导十六：盆腔远距离放射治疗.....	199
实践指导十七：近距离放射线治疗.....	205
第七章：姑息治疗.....	209
要点.....	211
概述.....	211
卫生保健工作者的任务.....	212
综合性姑息治疗.....	214
转移癌的常见症状处理.....	217
死亡及其过程.....	220
姑息治疗服务的组织机构.....	222

各级卫生保健机构的姑息治疗.....	223
补充资料.....	224
实践指导十八：疼痛控制.....	225
实践指导十九：家庭姑息治疗.....	231
实践指导二十：阴道排液及阴道瘘的家庭护理.....	237
附录 1：预防感染的常规措施.....	241
附录 2：2001 版 TBS 诊断系统.....	245
附录 3：如何评估实验方法诊断的准确性.....	247
附录 4：根据筛查结果随访和处理流程图.....	249
4a.基于巴氏涂片筛查结果的标准处理方法.....	249
4b.基于子宫颈醋酸染色肉眼观察法 结果的“即筛即治”方案.....	251
附录 5：子宫颈癌前病变的规范治疗.....	253
附录 6：各期子宫颈癌的治疗.....	255
6a.宫颈微浸润癌的治疗：IA1 和 IA2 期.....	255
6b.宫颈早期浸润癌的治疗：IB1 和 IIA<4cm.....	256
6c.早期大块肿瘤的治疗：IB2~IIIB 期.....	257
6d.IV 期的治疗.....	258
6e.妊娠期子宫颈癌的治疗.....	259
附录 7：文档示例.....	261
7a.给巴氏涂片异常，但未按时取结果的患者的信	

函示例.....	261
7b.巴氏涂片复查追踪卡.....	262
7c.转诊阴道镜追踪卡.....	263
7d.给原诊疗单位的阴道镜转诊结果通知单.....	264
附录 8: 宫颈炎和盆腔炎 (PID) 的治疗.....	265
8a.宫颈炎的治疗.....	265
8b.盆腔炎的门诊治疗.....	266
附录 9: 蒙塞尔胶(Monsel's)配制方法.....	267
专业词汇表.....	269

首字母缩略词

AGC	非典型腺上皮细胞
AIDS	获得性免疫缺陷综合征
AIS	原位腺癌
ANC	产前保健
ASC-H	非典型鳞状上皮细胞：不排除高度鳞状上皮病变
ASC-US	意义未明确的非典型鳞状上皮细胞
CHW	社区健康保健工作者
CIN	宫颈上皮内瘤变
CIS	原位癌
CT	计算机断层扫描
DNA	脱氧核糖核酸
EBRT	体外照射放疗
ECC	颈管搔刮术
FAQ	常见问题
FIGO	国际妇产科联盟
FP	计划生育
HBC	家庭护理
HDR	高剂量率
HIV	人类免疫缺陷病毒
HPV	人类乳头状瘤病毒
HSIL	高度鳞状上皮内病变
HSV	单纯疱疹病毒
IEC	信息、教育和通讯
IUD	宫内节育器
LDR	低剂量率
LEEP	高频电刀宫颈环切术
LLETZ	宫颈转化区大环切除术
LSIL	低度鳞状上皮内病变
MRI	核磁共振成像

NCCP	国家癌症控制计划
NSAID	非甾体抗炎药
OC	口服避孕药
PHC	初级卫生保健
PID	盆腔炎
PS	实践指导
RTI	生殖道感染
SCJ	鳞柱交界区
SIL	鳞状上皮内病变
STI	性传播性感染
VIA	醋酸染色肉眼观察
VILI	卢格氏碘染色肉眼观察

前 言

在发展中国家，确诊的癌症病例越来越多。最近世界卫生组织（WHO）报道，2005 年超过 750 万人死于癌症，其中死亡人数的 70%发生在中低收入国家，因此癌症控制是预防慢性疾病的一个重要方面。在 2005 年的世界卫生大会中，WHO 反复重申癌症控制的重要性。大会通过的 58.22 号决议强调了需要广泛且综合的行动来阻止全球癌症的流行。

宫颈癌是妇女的第二大常见肿瘤，2005 年超过 25 万人死于宫颈癌，约 80%发生在发展中国家。如果不尽快采取措施，未来 10 年内宫颈癌导致的死亡将上升约 25%。通过适当的筛查和治疗来防止宫颈癌导致的死亡（如本书推荐），将有望达到社会健康稳定发展的目标。

大多数死于宫颈癌的妇女（尤其在发展中国家）正处在生命中的黄金年华。她们多要抚养孩子，照顾家庭，从事农村及城市的社会和经济活动。她们的死亡不仅是个人的不幸，而且对家庭和社会也是一个让人痛心的不该发生的损失。说它不该发生，因为有明显的证据（就象本书指明的那样）表明宫颈癌是一种可以通过早发现和有效的治疗，而最易预防和治愈的癌症。

不幸的是，发展中国家的大多数妇女仍然没有参与到宫颈癌的预防计划中。结果通常情况下直到宫颈癌已失去治愈的机会时才被检出。我们需要立即行动以改变这种现状。在宫颈癌的预防中，所有妇女都有权利获得能支付并且有效的医疗服务。这种服务应该作为促进性生殖健康综合计划的一部分。而且还要通过共同努力来提高社会对筛查在预防和发现宫颈癌中的作用的认知。

在预防（治疗）宫颈癌和降低宫颈癌的发病率、死亡率上，人们已经积累了大量的经验和证据。然而直到现在，这些信息还没有出现在简易的指南中。这本由WHO及其合作者出版的书，旨在为各级卫生保健体系中的医务工作者提供全面的实践指导，包括如何进行预防、早期检测、治疗和姑息治疗。特别指出的是，该指南力图确保初级和中级健康保健工作者在治疗子宫颈癌时能够使用现有的最好的知识，更好地服务于社会。

我们号召所有还未开展宫颈癌综合防治工作的国家，参照本指南制定有效而且有组织的计划来控制宫颈癌，从而显著减轻宫颈癌及其不良后果给社会造成的沉重负担。

Catherine Le Gales-Camus
主管非传染性疾病和精神卫生
助理总干事

Joy Phumaphi
主管家庭和社区卫生
助理总干事

简介

指南说明

指南的范围和目的

本书的目的是为从事医疗服务的人提供帮助，以减轻宫颈癌对妇女、社会和卫生机构造成的负担。它注重为各级卫生保健机构的医务工作者提供所需的知识和技术，以高质量的服务对宫颈癌进行预防、筛查、治疗和姑息治疗。本指南为治疗的每一个环节提供指导并提供最新的有证可循的建议。

本指南提到包括四个级别的医疗保健：

- 社区水平；
- 卫生院或初级保健水平；
- 地区医院或中级保健水平；
- 中心医院或转诊医院或第三级保健水平。

有关各级的详细描述见第 9 页。

本指南不包括与子宫颈癌控制相关的项目实施、资源调动或与政治、法律及政策有关的行为。

适用性

本指南提供了广泛的实用性建议，可能需要根据当地的卫生系统、需求、语言和文化进行调整。与调整有关的信息和建议在其他地方可以找到（见补充信息资料列表）。这本指南和其中的建议也可以用来作为引入和改编国家执行手册的基础，用来修改政策和指导实践。

面向的读者

本指南主要提供给在卫生院和地方医院从事宫颈癌控制项目的卫生保健工作者，这些机构的资源是有限的。而且它也对社区和三级医疗保健机构的工作者以及其他进行女性疾病筛查和治疗的工作者有益。

健康医疗团队

在理想的宫颈癌控制计划中，卫生保健人员应该作为一个团队，以互补、协作的方式工作，在不同级别间和相同级别内保持良好的交流。在一些国家，私营和非政府部门也是提供宫颈癌防治服务的重要力量。这些部门应该与相关的卫生保健队伍组成一个整体。在各级的卫生保健机构中，卫生医疗服务者的职责包括：

- 社区卫生保健工作者（CHWs）应该增强社区对宫颈癌的意识，鼓励和帮助妇女利用这些服务，对已经在上级医疗机构治疗过，转回社区的高危妇女加强随访。
- 初级卫生保健工作者可以加强服务，指导筛查和随访，必要时建议妇女转诊到上级医院。
- 地区医院的医疗工作者为患者提供诊断和治疗服务，建议患者转诊到高一或低一级卫生保健部门。
- 中心医院的医疗工作者处理浸润性宫颈癌和较严重的病例，在合适的情况下建议患者转回低一级医疗部门诊治。

指南的应用

本指南适用于卫生保健人员、管理者和培训者：

- 作为一个参考指南，旨在提供有关宫颈癌的预防、筛查、诊断和治疗的最新的基本信息。
- 旨在用于宫颈癌防治工作前和工作期间的教育培训，也作为自学丛书。
- 作为预防和处理宫颈癌的综述。
- 在如何处理特殊案例方面寻找有证可循的建议。
- 了解在各级卫生保健体系中，不同工作者之间的角色和关系。

本指南可以被全部采用，或者使用者只关注某些与他们实践相关的章节。即使是选择性应用，我们也强烈建议读者通读第11-12页的各项建议。

内容

本指南包含了 7 个章节和相关的实践指南，9 个附录和一个专业词汇表。

每个章节包括：

- 与每章内容相关的初级和二级卫生保健工作者的任务和职责描述；
- 用一个故事举例说明并体现该章节主题；
- 章节有关主题的基本背景信息，随之对已建立的正在开展的临床实践进行讨论，并对该实践提示相宜建议；
- 有关卫生保健体系四个级别间的服务信息；
- 咨询信息帮助卫生保健人员与妇女就她们已获得的医疗服务和需要的随访进行交流；

- 补充资料

大多数的章节附有指导实践的图、表和文字说明（实践指导）。这些简短、相对独立的资料包含卫生保健工作者需要掌握的医学专业基础的重要信息。例如，怎样进行巴氏涂片，怎样进行冷冻治疗。这些建议包含在每个操作过程的描述中。实践指导 13-17 是专业医师的操作步骤，可以帮助其他卫生保健人员向病人解释治疗过程，以及处理后可能出现的一些特殊情况提供咨询。

各实践指导可供个人复制或修改使用¹。

附录是使用国际上已制定的草案（例如实施流程图和治疗草案）和提高服务质量的政策（例如预防感染）编写的详细的专业实践内容。

专业词汇表的内容是本书出现的科技词汇的定义。

本资料的重要原则和结构

原则

本指南基于以下原则：

- 每个人都公平地享有卫生保健的权利。
- 生殖健康权利，是在 1994 年开罗的世界人口和发展大会上采纳的行动纲要中提出的（图 7.6）。
- 公平、自主、慈善的伦理原则，是在赫尔辛基宣言中规定和讨论的，是国际医学科学组织（CIOMS）和世界卫生组织（WHO）关于人类生物医学研究课题中的国际伦理道德指导中强调的内容。
- 基于性别的观点：性别相关因素可能影响男女能力平衡，降低女性自我决断能力，影响相关服务的提供和患者对所提供服务的接受。

基础结构

以下的设想和内容是基于本指南的资料提出的：

- 所有推荐的干预措施都基于合理的科学证据；

¹ 实践指导的目的不是让新手学会如何执行该操作，而是旨在作为工作的辅助工具，提醒训练有素的医务人员必要的步骤，帮助他们向妇女及其家庭成员进行教育、咨询和准确的解释。实践指导也可以作为质量控制的工具，防止遗漏，确保工作的完整性。

- 宫颈癌的综合控制应当包括在国家癌症控制纲要（NCCP）中；
- 宫颈癌的控制应尽可能与初级医疗卫生机构的性和生殖健康工作内容相结合；
- 只有结合随访并处理已确诊的癌前病变和浸润癌，才能使筛查和早期诊断有效地降低宫颈癌的发病率和死亡率；
- 有一定的资源或能构建如下卫生服务体系：
 - 训练有素的卫生保健人员；
 - 必要的设备和相关物资供应；
 - 切实可行的转诊制度，不同队伍、服务、健康体系和社区间互相配合；
 - 质量保证体系。

指南的形成过程

本指南的信息资料来源基于以下证据：

- 相关文献的综述；
- 技术顾问团（TAG），包括发达国家和发展中国家不同学科的专家，他们都详尽地阐述和审校了指南；
- TAG 以外的许多专家对草稿的书面评论；
- WHO 工作人员审校；
- 国际癌症研究所（IARC）提供的信息，包括 2005 年出版的宫颈癌筛查手册；
- 由六个国家独立进行审校（试用）。

本指南所参考的依据将作为独立文件另行出版。

各级卫生保健体系²

社区



社区水平

包括个人和组织；以社区为基础的、宗教为基础的及其他非政府组织；社区和家庭为基础的临终关怀；也包括健康保健，通常由助理护士或社区保健工作者担任。

卫生院



卫生院——初级保健水平

指配备有经过培训的且工作时间固定的工作人员的初级保健服务设施。有妇保科和小型实验室。

该级别的人员包括护士、助理护士或护工、咨询人员、健康教育者、医生助理，临床管理人员，有时包括内科医生。

地区医院



地区医院——二级保健水平

该级医院提供普通内科、儿科、产科、外科（仅限于小手术）、住院和门诊部，时有专科治疗。包括从卫生院或社区个人从业者那里转诊来的病人。实验服务包括细胞学和组织病理学。

医疗保健者包括全科医生或临床管理人员、护士、药技师或配药员、医生助理、护士助理和实验室技术助理，可能有一个妇科学家和细胞学家。私立医院和教会医院也隶属此级别。

中心医院



中心医院或转诊医院——三级保健水平

三级医院对复杂和急性病例提供综合和专科治疗，包括手术、放疗和多样化的住院和门诊服务。提供内科急性和慢性病治疗诊室。具备完善的可供基层医院会诊的专家和实验室服务，如：病理学家、细胞学技师、放射学和影像学诊断。保健服务人员包括妇科学家、肿瘤学家和放疗学家，以及那些在低级别医疗中提到过的人员。

² 该描述不包括正规医疗体系外的服务及保健工作者：如药品销售者等——虽然他们也发挥了重要作用。

主要读物

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer prevention, Vol. 10).
- WHO. *Cervical cancer screening in developing countries*. Report of a WHO Consultation. Geneva, 2002.
- WHO. *Comprehensive cervical cancer control. A guide for essential practice, evidence base*. Geneva (in preparation).
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (www.alliance-cxca.org).
- International Agency for Research on Cancer (www.iarc.fr).
- Program for Appropriate Technology in Health (www.path.org).
- EngenderHealth (www.engenderhealth.org).
- JHPIEGO (www.JHPIEGO.org).
- *Cancer prevention and control*. Resolution 58.22 of the 58th World Health Assembly (www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA57_22-en.pdf).
- WHO Cancer Control Programme (www.who.int/cancer).
- WHO Department on Reproductive Health and Research (www.who.int/reproductive-health).

WHO 推荐

- 健康教育应该成为宫颈癌全面防治的内容之一；
- 如果条件具备，推荐细胞学方法用于大规模宫颈筛查；
 宫颈癌筛查年龄段和筛查频率的建议：
 - 新方法建议妇女开始筛查的年龄是 ≥ 30 岁，也包括不足30岁的高危人群。现有计划不包括25岁以下妇女；
 - 如果妇女在一生中只筛查一次，最好的年龄是35岁至45岁；
 - 50岁以上妇女，每5年筛查一次比较适宜；
 - 在25-49岁年龄组，如果条件允许应每3年筛查一次；
 - 在任何年龄段都无必要每年进行筛查；
 - 65岁以上妇女，如果最后两次涂片是阴性，就不必再筛查。
- 肉眼筛查方法（醋酸 VIA 和碘染色 VILI），现在建议只用于小规模检查和密切监测的情况。此方法不适用于绝经后妇女；
- HPV DNA 检测作为基本筛查方法，现在建议只用于前瞻性研究和其他密切监测的情况。在资金充足的地方，它可以和细胞学及其它方法联合应用。30岁以前的女性不需要进行 HPV DNA 检测；
- 尽管应用结合口服避孕药略增加宫颈癌发病的风险，但无须限制激素类避孕药的使用；
- 不管是否感染 HIV，妇女都应该享有同样的宫颈癌筛查和治疗机会；
- 阴道镜建议只作为诊断工具，应该由受过培训和有良好技能的医务人员来操作；
- 无论何时，癌前病变应在门诊给予处理。依据确切的诊断标准和可利用设备，冷冻疗法和高频电刀宫颈环切术都适用于治疗癌前病变；
- 在进行更进一步的检查治疗前，必须明确宫颈癌的组织学诊断和分期；
- 手术和放疗是宫颈癌推荐的首选治疗方法；
- 腔内疗法是宫颈癌根治性放疗不可或缺的一部分；
- 宫颈癌手术必须由专科培训的妇科肿瘤医生完成；
- 对于无法治愈的妇女要应用现有姑息疗法或新疗法。各级医务人员都应经过培训且有能力处理常见的生理和心理问题，尤其注意疼痛的控制；
- 全面的宫颈癌治疗体系应包括鸦片类、非鸦片类及辅助镇痛药，尤其吗啡类口服药的应用。

1

第一章：背景



第一章：背景

要点

- 在发展中国家，宫颈癌是导致妇女死亡的最主要的恶性肿瘤之一。
- 宫颈癌主要的潜在病因是人乳头状瘤病毒（HPV）感染，该病毒通过性接触传播，是一种常见的病毒。
- 大部分 HPV 感染可自行消退，持续感染可能发展为癌前病变或癌症。
- HPV 引起的癌前病变发展为浸润癌通常要 10 到 20 年。
- 有效的宫颈癌防控方法包括癌前病变和浸润癌的筛查和治疗。
- 估计在发展中国家，95%的妇女未进行过宫颈癌的筛查。
- 新近诊断出的宫颈癌妇女有超过 80%是在发展中国家，大多数在发现时已是晚期。
- 浸润性子宫颈癌的治疗效果主要与诊断分期和治疗措施有关。如果不能接受治疗，宫颈癌是致命的。
- 因为宫颈癌的复杂性，它的控制需要一支训练有素的队伍，还需要各级卫生健康体系工作者间的交流合作。

概述

癌症控制计划在宫颈癌的预防和减少发病率和死亡率方面，有很长的路要走。本章解释为什么组织实施宫颈癌控制计划如此迫切。它概要说明了疾病对妇女和卫生组织造成的负担，总结了全球统计数据，描述了地区和国家间的不均衡状态。本章也对一个成功的控制措施所需具备的基本要素进行了说明，其中包括对目标人群合理筛选和执行的障碍，阐明癌症控制需要一个团队持之以恒的努力。

为什么关注宫颈癌？

根据WHO统计，2005年有超过50万的宫颈癌新发病例，90%来自发展中国家。估计当前世界范围内超过100万的妇女患有宫颈癌，她们中大多数仍未被诊断，或者还未能就医接受根治性或延长生命的治疗。

在 2005 年，约 26 万妇女死于宫颈癌，其中约 95% 在发展中国家，宫颈癌成为最严重威胁妇女生命的疾病。在许多发展中国家，提供的健康服务是有限的，宫颈癌的筛查或者未开展，或者仅在极少数有需要的妇女中进行。而在这些国家地区，宫颈癌是妇女中最常见和致死率最高的癌瘤。

宫颈癌主要的潜在病因是感染一种或多种高危型人乳头状瘤病毒（HPV），该病毒主要通过性接触传播，是一种常见的病毒。大多数新发的 HPV 感染可自愈，但如果持续存在感染可引起癌前病变，如仍未接受治疗，可能会发展成为癌症。HPV 引起的癌前病变发展为浸润性癌历时 10-20 年。多数可以通过癌前病变的早期诊断和治疗达到预防宫颈癌的目的。

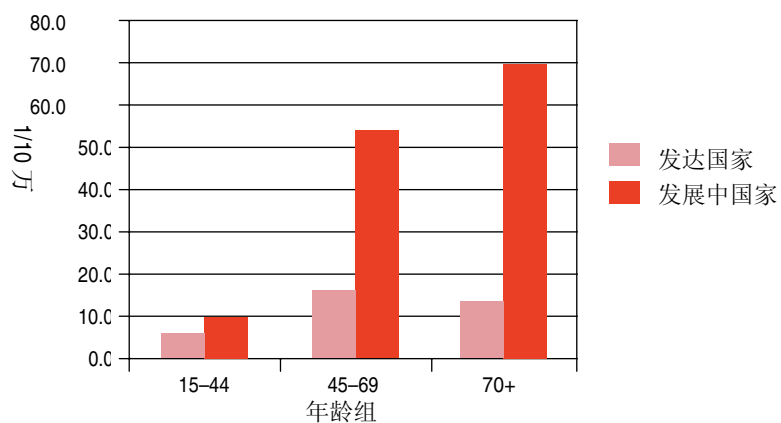
发达国家的经验表明经过系统计划和组织的高覆盖率的筛查程序可以显著减少新发宫颈癌病例的数量及其死亡率。有证据表明，广大妇女具备宫颈癌基本知识、有效的筛查计划、卫生健康服务的发展可以减少宫颈癌给妇女和卫生保健体系带来的压力。在图 1.1 和 1.2 中可以看到，发达国家和发展中国家宫颈癌的发病率和死亡率有显著差别。

发展中国家高发病率和死亡率的主要原因：

- 普通人群，卫生工作者和政策制定者缺乏对宫颈癌足够的认识。
- 癌前病变和早期癌的筛查程序缺乏或筛查质量水平较低。在从未进行过筛查的妇女中，癌症通常在晚期才得到诊断，使治疗更加困难。
- 卫生健康服务资源有限。
- 缺乏有效的转诊体系。

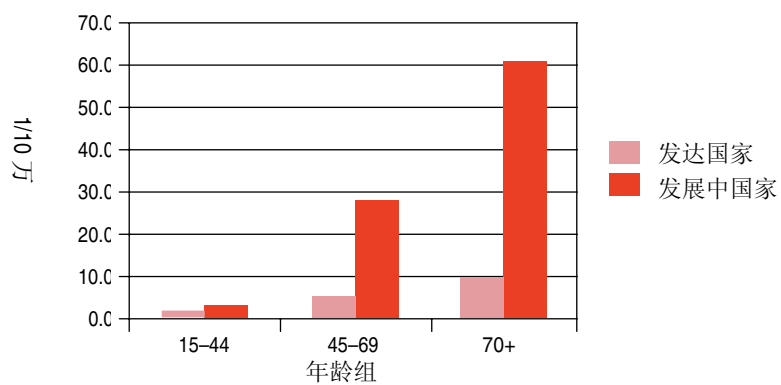
发达国家和发展中国家的这些差异反映了目前健康状况的严重不均衡，也对医疗保健提出了挑战。

图1.1 发达国家和发展中国家年龄标准化宫颈癌发病率（2005）



选自: WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment* Geneva, 2005.

图1.2 发达国家和发展中国家各年龄段子宫颈癌的死亡率（2005）



选自: WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment* Geneva, 2005.

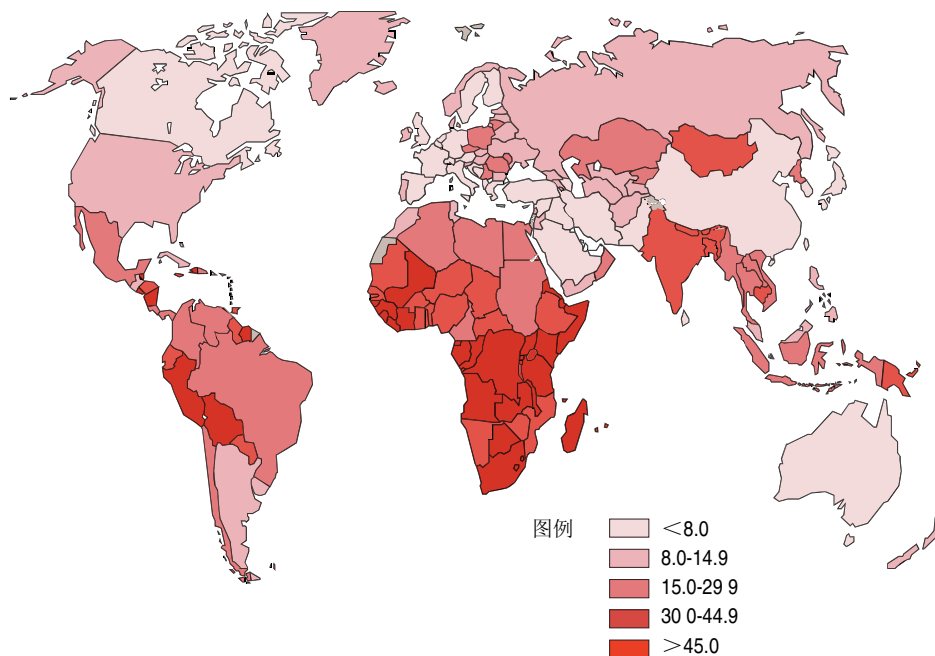
1

第一章：背景

最易罹患子宫颈癌的人群？

子宫颈癌在30岁以下妇女中非常少见，多数发生在40岁以上妇女，且在50至60岁的妇女中死亡人数最多。子宫颈癌在世界范围均可发生，但高发地区集中在美洲中部和南部，东非，亚洲南部和东南部，马来西亚。图1.3显示了全球子宫颈癌发病情况。

图1.3 参考WHO的标准人口，年龄标准化后在世界范围的发病率（每10万个，所有年龄）（2005）



在过去的30年，多数发达国家由于开展了筛查和治疗计划，子宫颈癌的发病率已经有所下降。相反，在大多数发展中国家发病率居高不下，甚至有所上升。发达国家也存在不均衡情况，乡村和贫穷的妇女仍然有患浸润性子宫颈癌的高风险。

不接受治疗，子宫颈癌是致命的，它不仅造成个人的巨大痛苦，而且对家庭和社区的福利也产生负面影响。

控制子宫颈癌的障碍

许多国家在近几十年已经启动子宫颈癌的控制措施；在一些国家中发病率和死亡率已明显下降，但也有其中一些国家并没有明显变化。失败原因有以下几个方面：

- 政治障碍：
 - 对妇女性健康和生殖道健康问题缺乏重视；
 - 缺乏国家政策指导和适当的指引。
- 社区和个人障碍：
 - 就健康观念而言，缺乏对子宫颈癌的足够认识；
 - 许多观念、误解和信仰限制了人们对生殖道疾病的讨论。
- 经济障碍（缺乏资金）。
- 技术和组织障碍，由于卫生体系组织不力和薄弱的基础设施。

对妇女健康问题缺乏重视

缺乏对妇女健康的足够重视，特别是与产妇和计划生育无关的健康问题是 1994 年在开罗举行的国家人口和发展会议的中心议题。在这次会议上，各国强烈承诺要在人权的角度重新关注妇女的健康，以完整的视角看待生殖道卫生健康。虽然在一些地区已经取得明显成效，但子宫颈癌的高发病率和死亡率在许多国家仍未引起足够的重视。

缺乏循证医学指引的国家指南

没有国家性子宫颈癌防控指南，或该指南没能反映出当前的流行病学情况。在文献上有很多通用指南，但常常对当地情况而言不实用或不适宜使用。在许多计划中，有限资源被浪费在进行计划生育的年轻妇女的筛查和产前检查，且这些检查远远超过了需求。资源最好用于年龄较大的妇女，她们通常是患子宫颈癌的高危人群，也常不进行卫生保健。

缺乏有组织的卫生系统和基础设施

具有必需的设备 and 训练有素的工作人员组成的功能完善的体系对预防活动、筛查、诊断、联系随访、治疗、姑息治疗都很重要。

缺乏足够的认识

在很多地区，子宫颈癌被决策者、卫生保健人员、普通人群所忽视。决策者可能意识不到疾病带给患者的巨大负担和对公众健康影响的严重性。卫生工作者可能对自然病史、检查和治疗没有准确的认知。许多男女都没有听说过子宫颈癌，当疾病发生时不能识别早期症状和体征。高危妇女可能并没有意识到即使她们没有症状也要进行检查的必要性。

观念、误解和信仰

普通人群和卫生工作者对子宫颈癌的观念和信仰也可能对疾病控制产生障碍。癌症通常被认为是不可治愈的，必然导致死亡。另外，女性生殖道通常认为是隐私部位，妇女羞于讨论相关的症状。特别是当卫生工作人员是男性或具有不同文化背景这种表现尤为突出。如果怀疑有子宫颈癌相关症状，有目的地与妇女讨论生殖道健康，鼓励妇女参加筛查、寻求帮助是很重要的策略。

缺乏资源

当资金有限，竞争激烈，在大多数的地方子宫颈癌防治很少被提到议程上。这种情况导致子宫颈癌不被重视，得不到资金优先资助。

全国性子宫颈癌防治计划的四个要点：

- 基本预防；
- 增强认识、有组织的筛查程序进行早期检测；
- 诊断和治疗；
- 晚期病变姑息治疗。

基本预防指预防 HPV 感染及其它可能增加子宫颈癌发病的辅助因素。

- 通过教育增强认识来减少高危性行为；
- 因地制宜的政策改变不良行为习惯；
- 有效的可承受的 HPV 疫苗的研究和推广；
- 努力劝阻烟草的使用，包括吸烟（是众所周知的子宫颈癌和其它癌症的高危因素）。

早期检测包括：

- 在各级医疗服务机构，对适宜的目标年龄段人群进行有组织的筛查；
- 对卫生保健人员和目标人群妇女进行教育，强调筛查的好处、子宫颈癌的好发年龄、症状和体征。

诊断和治疗包括：

- 对筛查阳性患者的随访，确保诊断明确和适当治疗。
- 癌前病变治疗，用相对简单的方法来预防癌症的发展。
- 浸润癌的治疗，包括手术、放疗和化疗。

姑息治疗包括：

- 减轻出血、疼痛和其它晚期癌症状，以及治疗带来的副反应症状。
- 对不能治愈的癌症妇女给予同情和关怀。
- 联合家庭和社区共同护理癌症患者。

如果达成下述目标，子宫颈癌的控制会非常有效：

- 建立健全基于当地自然病程、不同年龄人群流行病学特征基础上的国家性子宫颈癌控制政策；
- 有相应财力和技术资源支持该政策；
- 有公共教育计划和预防观念推行支持该政策实施；
- 筛查有组织地进行，而不能仅靠机会性筛查，确保随访和质量监控（见表4）；
- 在目标人群中，尽可能多的妇女接受筛查；
- 筛查应与癌前病变和浸润癌的治疗相结合；
- 健康信息体系用来监控完成情况和存在的不足之处。

控制宫颈癌的团队

因其复杂性，宫颈癌控制需要一支包括各种学科力量的团队，且需各级卫生保健体系工作者之间的交流合作。

- 社区保健工作者需要与初级卫生保健体系的护士和医生加强交流，有时要与实验室人员以及地区和中心级别的专家交流。
- 社区保健工作者与其它医疗保健机构的交流对保健合作是必要的，可以给妇女最好的处理，提高成效。患有浸润癌的妇女，在医院治疗、回到社区康复，交互的交流方式非常重要。
- 二级和三级卫生机构工作人员，如外科医生，放疗医生和护士，需要用简明的语言同初级卫生机构人员和社区保健人员交流。例如，中心医院的医生时常与社区保健人员交流，有助于他们了解并发现在初级机构治疗过程中可能出现的问题。
- 设备管理者和监督者可以鼓励服务人员之间的交流联系，监控并改善已现有体系的质量。
- 管理者必须确保物资供应充足和足够的激励机制以更好地工作。
- 宫颈癌控制团队必须获得来自地区及国家决策者的支持和承诺保证。

建立团队的技巧

- 确保团队成员通过定期会议有充分的沟通，必要的信息交流，提出并解决相关工作问题。
- 鼓励相互间信任和成员间互相关心，包括管理者，鼓励彼此真诚相待。
- 通过支持培训，知识更新、监督和指导保持较高的工作积极性。
- 确保一个快乐的、清洁的、安全的工作环境，物质供应和工作人员充足。
- 根据医务人员的工作给与足够的薪酬。

补充资料

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers. Seattle, WA, 2004.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention Website: www.alliance-cxca.org.
- International Agency for Research on Cancer Website: www.iarc.fr.
- World Bank. World development indicators 2003. Washington, DC, 2003.
- World Health Organization. National cancer control programmes, 2nd ed. Geneva, 2002.

2

第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程



第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

要 点

- 女性盆腔解剖学基础知识和宫颈癌发展过程的基本知识对于了解疾病，在预防、筛查、治疗和护理时信息交流都是十分必要的。
- 从出生至绝经后宫颈的生理改变。
- 宫颈移行带是宫颈癌前病变和癌变的好发区。
- 青春期、妊娠期和长期口服避孕药的妇女，移行带会扩大，容易感染 HPV。由此我们可以解释为什么过早性生活，多次妊娠，长期服用避孕药是宫颈癌发生进展的辅助因素。
- 绝经后，移行带移到宫颈管内，需要使用宫颈管窥器才能完整的观察到它。
- 从发现轻度非典型病变到发展成浸润癌通常需约 10 到 20 年；这意味着通过筛查和治疗控制宫颈癌是完全可行的。
- HPV 感染是引起宫颈癌一个必要的，但不充分的病因；宿主因素，包括行为和环境因素也可促进宫颈癌的发展。

概 述

由于从宫颈癌前病变发展成为浸润癌，病程通常缓慢进行，这就为我们进行合理筛查、早期诊断和治疗提供了机会。为了解宫颈癌前病变到癌变的发展进程，有必要熟悉女性盆腔解剖，包括血管、淋巴引流系统及神经支配。本章描述了盆腔解剖和针对非专业人士提供的附加内容，如宫颈的正常和异常表现，以及这些表现如何用于癌前和癌变的筛查。具备这些知识，卫生健康工作者就可以运用正确的信息和方法进行宫颈癌的预防、筛查，管理健康妇女、患者及其家庭。

解剖和组织学

2

本章描述了女性的盆腔解剖、宫颈表面的被覆层或称上皮层，女性一生中宫颈的生理学改变、及确认最容易发生癌前病变的区域。

第二章：
女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

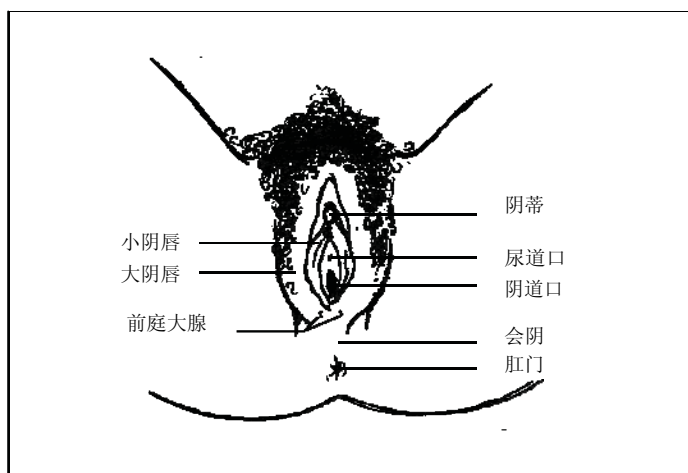
女性盆腔解剖

了解女性盆腔解剖结构可帮助卫生保健人员完成宫颈癌防治计划：

- 完成筛查和诊断任务。
- 诠释实验室检查结果和治疗过程、高级别医疗卫生机构医务人员的临床建议。
- 就患者条件对患者及其家人进行健康教育，并安排随访计划。
- 与各级卫生服务人员进行有效的交流。

外生殖器

图2.1 女性外生殖器

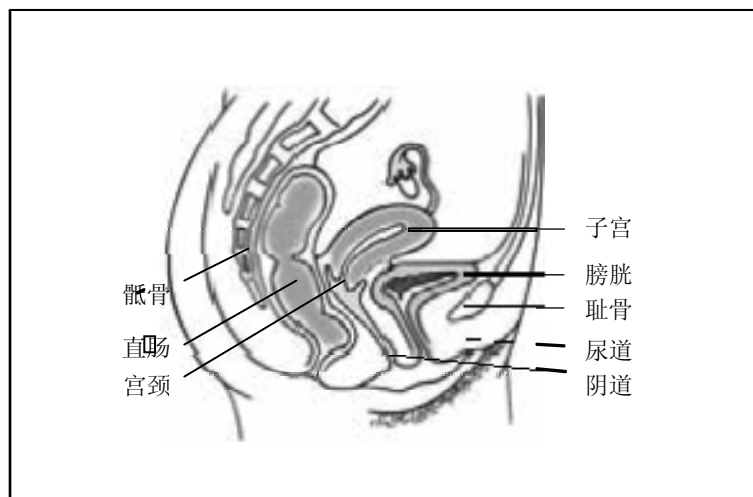
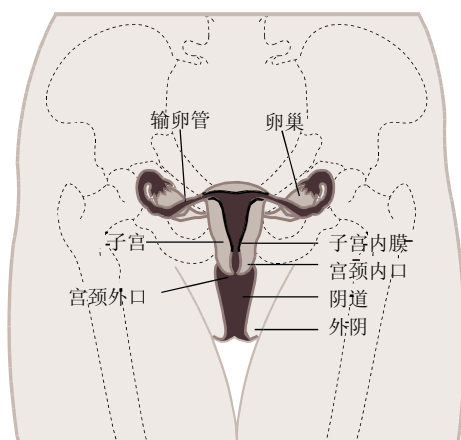


从图2.1可见，外生殖器包括大小阴唇、阴蒂、泌尿道开口（尿道口）、阴道口。外阴和肛门间区域叫做会阴，前庭大腺是位于阴道口边缘的两个小腺体。

内生殖器

如图 2.2 中所见阴道和子宫位于盆腔耻骨的后上方。膀胱和尿道位于阴道子宫的前方，直肠位于它们后方。输尿管（将尿液由肾脏传到膀胱的细管道）位于两侧宫颈旁。

图2.2 女性内生殖器前面和侧面观



2

第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

阴道

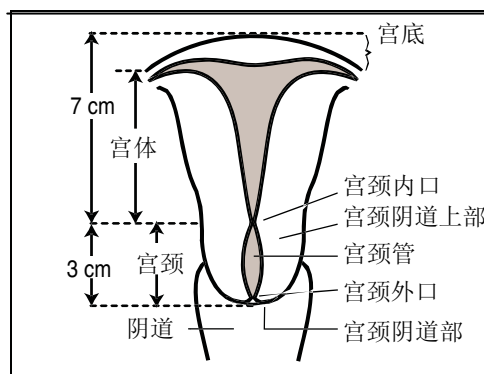
阴道是有弹性的纤维肌肉管道，从阴道口延伸到宫颈；它的壁有多层皱褶，有利于性生活和分娩时的扩张。阴道壁间正常状态下是互相贴近的。宫颈下端（宫颈阴道部）延伸到阴道上部，阴道包绕宫颈组成前、后及侧穹隆。

子宫和宫颈

子宫是由平滑肌组成的厚壁的，梨形的中空器官。它有几种支持组织结构支撑：子宫主韧带，子宫骶韧带，阔韧带（腹膜折叠由子宫延伸到盆壁包绕输卵管和圆韧带）。卵巢连接到阔韧带后叶。子宫内膜覆盖着子宫腔，子宫内膜是一种腺上皮，随着月经周期改变变化很大。在无妊娠或无肿瘤增大时，测量子宫从顶端（宫底）到底端宫颈长度约 **10cm**。

宫颈位于子宫下 **1/3**，由致密的纤维肌肉组织（图 2.3）和两种类型的上皮（见下图）构成。大约 **3cm** 长 **2.5cm** 宽。

宫颈下端（宫颈外口或宫颈阴道部）位于阴道内，通过窥器可见；上 **2/3** 部分（宫颈内口或宫颈阴道上部）位于阴道上方。宫颈管通过宫颈中心从宫颈内口连接宫腔部位直到宫颈外口，窥镜检查时可于宫颈中心部位见到其外口。未产妇的宫颈外口呈小圆形，已产妇的则成宽的、唇样、不规则裂口状。用宫颈管窥器可以看到宫颈阴道上部的下端部分。



血管和淋巴管

供应子宫和宫颈的动脉源自髂内动脉及其子宫、宫颈和阴道分支。宫颈支在3点和9点位置沿着宫颈下行。在宫颈局部麻醉时牢记这点很重要，可避免药物注射入动脉。宫颈静脉回流与动脉平行。盆腔器官的淋巴结和淋巴管回流邻近血管沿血管走向，是宫颈癌转移的途径。在癌晚期，增大的瘤体可能阻塞淋巴回流而引起腿部肿胀（象皮肿）。

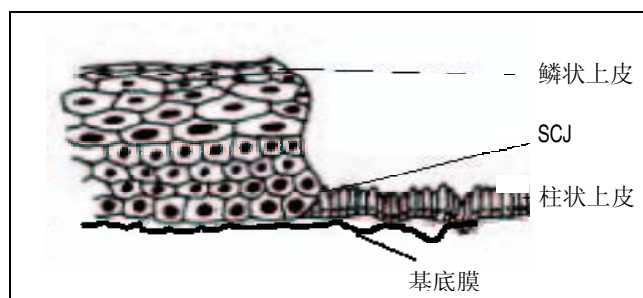
神经

宫颈阴道部没有痛觉神经末梢分布；因此在该部位的操作（活检，冷冻疗法）在没有麻醉的情况都可以很好地忍受。宫颈内口完全不同，富有敏感的神经末梢，对疼痛、损伤和牵拉的刺激非常敏感。神经末梢网围绕宫颈一直延伸到宫体。在某些操作中为产生局部麻醉而进行的宫旁阻滞，其注入麻醉剂的位点是在宫颈上皮和阴道组织之间多点麻醉。因为交感神经和副交感神经的存在，宫颈管内的操作（例如宫颈管内放入刮匙）有时会引起血管迷走神经反射（出汗、心率减慢和晕厥）。

宫颈上皮

宫颈表面被覆两种类型的上皮：鳞状上皮和柱状上皮。（图2.4）

图2.4 两种类型的宫颈上皮和鳞柱交界（SCJ）



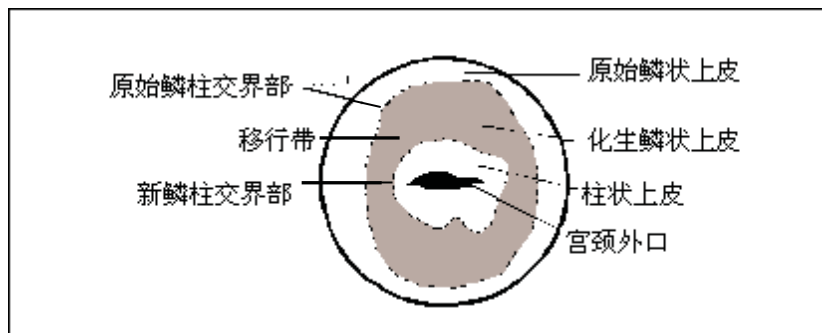
选自: Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual*. Lyon, France, IARC Press, 2002.

复层鳞状上皮是由多层扁平细胞组成。通常覆盖大部分宫颈阴道部上皮和阴道组织，在绝经前期妇女呈现暗粉色且不透明。它的最底层由圆形细胞组成，连接到作为上皮和下面的纤维肌肉层基质的分界的基底膜上。在绝经后妇女，鳞状上皮细胞层数减少，呈白粉色，易于损伤后，常出现小的出血点和淤斑。

柱状上皮覆盖宫颈管，或多或少的向外延伸到宫颈外口处。它由一单层高柱上皮组成，位于基底膜上。这层上皮比宫颈阴道部的鳞状上皮层薄。用宫颈管窥器检查时，呈亮红色。

原始的鳞柱交界（SCJ）呈明显的条样，是由于鳞状上皮和柱状上皮厚度不同而产生的。原始鳞柱交界部分的位置与妇女的年龄，激素状态，分娩损伤，妊娠状态以及口服避孕药有关。（图 2.5和2.6）。

图 2.5 育龄期经产妇女宫颈移行带



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

鳞状上皮化生和移行带

当柱状上皮暴露于阴道酸性环境，通常会被呈多层结构的鳞状上皮替代，鳞状上皮底层是源于原始柱状细胞的多边型细胞。这个生理学替代过程称为鳞状上皮化生，从而形成新的鳞柱交界。当成熟后，新生成的鳞状上皮就愈发接近原始鳞状上皮。然而，新的鳞柱交界部和原始鳞柱交界部在检查中是可以看出区别的。移行带就是在新的鳞柱交界和原始鳞柱交界之间的部分，在这里柱状上皮正在向鳞状上皮转化或已经被鳞状上皮替代。（图2.5和图2.6）

癌前病变和癌的发展

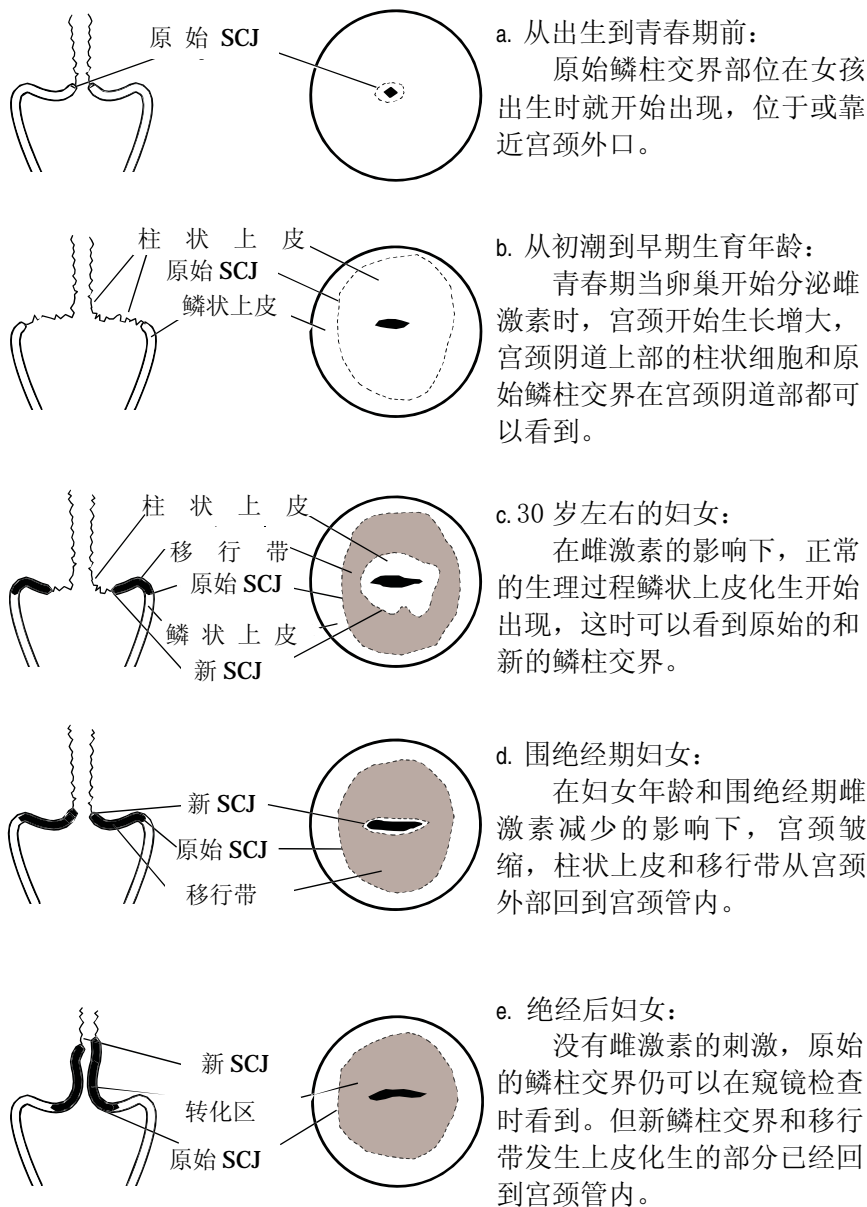
复层鳞状上皮覆盖宫颈表面可防止毒物侵入和感染。在生理环境下，上皮层细胞不断地死亡和脱落，基底层不断规律地形成新的细胞来代替。然而在持续HPV感染和其它协同因子作用下，移行带化生的鳞状细胞出现异常改变，出现宫颈鳞状上皮癌前病变（不典型增生）。这些细胞之后出现癌变的典型多型性排列紊乱，发生鳞状细胞癌。

在青春期、妊娠期或口服避孕药的妇女，宫颈阴道部的移行带扩大。在那时接触HPV易促进感染，由此可以解释为什么宫颈鳞状细胞癌和过早性生活，多胎妊娠，长期口服短效避孕药有关。90%的宫颈癌病例是源自移行带的鳞状上皮化生而形成的鳞状细胞癌，其它10%是源自宫颈阴道上部柱状上皮而形成的腺癌。

图2.6 鳞状上皮化生的过程

2

第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程



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

子宫颈癌自然病程

什么是癌症？

癌症是一个术语，用来描述细胞、组织发生恶性的、自发的、无法控制的生长。这种生长方式产生肿瘤，可以侵入周围组织和身体远处，破坏正常组织，竞争营养成分和氧气。当少量细胞离开原发肿瘤，随血液和淋巴管带到远离脏器，开始生成与原发肿瘤相似的瘤体，转移瘤就产生了。

宫颈癌的发展

宫颈鳞癌最初起因是持续或慢性的一种或多种高危或癌基因型人乳头状瘤病毒感染。最常见的引起癌变的亚型是 16 和 18，据报道可见于 70%的宫颈癌变患者。其它癌基因型（如 31，33，45 和 58）也较常见，可能在不同的地域有不同的流行性。低危型 HPV 如 6 和 11 型与癌症无关联，但可引起生殖道疣。男性和女性 HPV 感染的主要原因都是性行为，包括年龄很小就开始性行为，多个性伴侣，多种不同的性伙伴。高危 HPV 感染在年轻妇女很常见，在 25 岁以下约 25%-35%的妇女存在感染形成高峰。在多数地区随年龄增长流行性明显下降。

虽然感染 HPV 是宫颈癌变的基本病因，但大多数妇女感染后并不引发癌症。大多数 HPV 感染，不管分型如何，存在时间都短，仅有少数长期存在，更少数继续发展至癌前病变和浸润癌。引起 HPV 感染持续存在并进展至癌的条件和辅助因素尚不清楚，但以下因素可能起一定作用。

- HPV 相关辅助因素：
 - 病毒类型；
 - 同时感染几种癌基因型病毒；
 - 大量病毒（高病毒通量）。

2

- 宿主身体状况：
 - 身体免疫状态：免疫缺陷的病人（如 **HIV** 感染者），更易 **HPV** 感染，快速导致癌前病变和癌变；
 - 多产，增加了宫颈癌的患病机会。
- 外界的影响因素：
 - 吸烟；
 - 共感染 **HIV** 病毒和其它性传播病毒如疱疹病毒（**HSV-2**），沙眼衣原体和奈瑟菌；
 - 长期使用口服避孕药（大于 5 年）。

最后这个因素应尤为受到关注，因为限制使用口服避孕药将会对妇女选择避孕方法、非意愿妊娠率、不安全的流产率和死亡率造成深远的影响。**WHO** 专家小组召集会议，分析资料得出结论，所有的避孕方法中，包括口服避孕药，都各有利弊。选择性使用口服避孕药能导致的宫颈癌机率很低，所以不应该放弃口服避孕药的使用。

建议

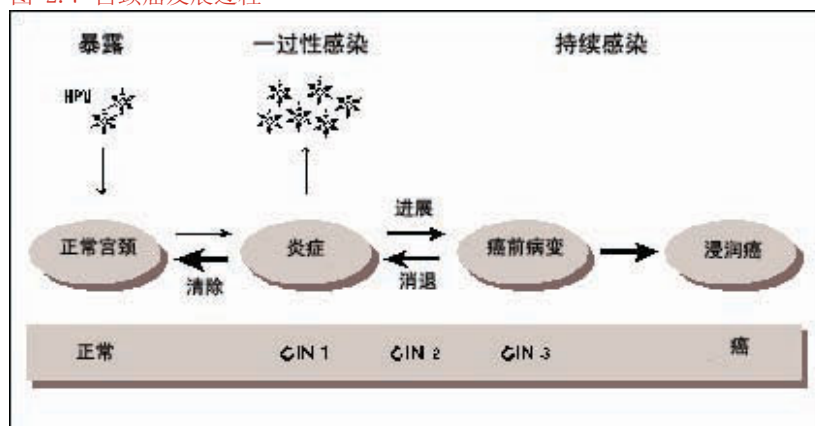
没有必要限制激素类避孕药的使用，尽管口服避孕药会略增加宫颈癌的危险性。

癌前病变的自然病程

青春早期和育龄初期，当发生鳞状上皮化生，感染 HPV 病毒可以诱导新转化的细胞发生改变，病毒颗粒会整合到人体细胞 DNA 中。如果病毒持续存在，可能导致癌前病变。而后细胞失去正常生长的调控癌变。从 HPV 感染发展到癌症的时间各有不同。有 60% 或更多的轻度不典型增生会自然消退，只有大约 10% 在 2—4 年发展成中、重度不典型增生，在其中的一些病例中，中、重度不典型增生可能不需要经过轻度不典型增生。低于 50% 的重度不典型增生可进展为浸润性癌，年轻妇女发展为浸润癌的几率更低。

通常轻度的不典型增生经过 10—20 年的自然演进过程发展成为癌。因此宫颈癌是相对早期可以防治的癌症，应提供合理的筛查方法。

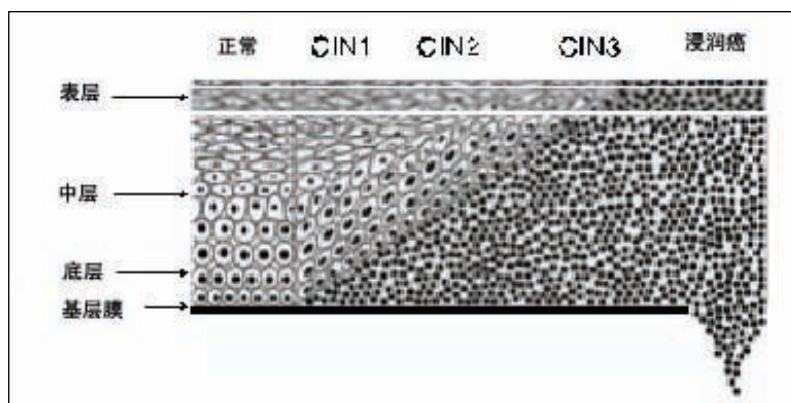
图 2.7 宫颈癌发展过程



CIN: 宫颈上皮内瘤样病变

选自: *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).

图 2.8 正常上皮进展为宫颈浸润癌



CIN: 宫颈上皮内瘤样病变

2

第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

癌前病变的分类系统

全世界不同地区有很多系统根据组织细胞学对癌前病变进行分类和命名。在过去的几十年里，一些系统结合了癌前病变自然进程的内容而更实用，1968年开始应用宫颈上皮不典型增生的分类系统，主要是考虑到不同程度的不典型增生对应着不同的自然病程。



在许多国家该系统还用于细胞学报告，尽管严格地说只能用于组织学报告。九十年代美国国家癌症组织提出了Bethesda系统。此系统应该只为细胞学报告使用。CIN2和CIN3合为一组，命名为高度鳞状上皮内病变（HSIL）。如果说细胞学（镜下检查涂片）区分CIN2和CIN3不是不可能的话，起码也是很难的。在2001年的Bethesda系统中，非典型细胞被分为ASC-US（意义未明确的非典型鳞状上皮细胞）和ASC-H（非典型鳞状细胞：不排除高度鳞状上皮内病变）。此分类系统由WHO推荐用于细胞学报告。

表2.1 宫颈癌前病变：以下不同的专业术语使用在细胞学和组织学报告中

细胞学分类 (用于筛查)		组织学分类 (用于诊断)	
巴氏分类法	TBS	CIN	WHO 描述性分类
1 级	正常	正常	正常
2 级	ASC-US ASC-H	非典型	非典型
3 级	LSIL	CIN 1 包括扁平疣	挖空细胞
3 级	HSIL	CIN 2	中度非典型增生
3 级	HSIL	CIN 3	重度非典型增生
4 级	HSIL	CIN 3	原位癌
5 级	浸润癌	浸润癌	浸润癌

CIN：宫颈上皮瘤变；LSIL：低度鳞状上皮内病变；HSIL：高度鳞状上皮内病变；ASC-US：意义未明确的非典型鳞状上皮细胞；ASC-H：非典型鳞状上皮细胞：不排除高度鳞状上皮病变。

2

第二章：女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

筛查发现异常的机会会有多少？

在一定人群中发现癌前病变的几率依赖于：

- 人群中发病率；
- 筛查人群年龄（例如，如果许多年轻妇女被筛查，更多的低度鳞状上皮病变将被发现）；
- 妇女之前的筛查情况（如果妇女有规律被筛查，就会减少 HSIL）；
- 在被筛查人群中 HIV 的流行状况（HIV 感染率高会导致更多的癌前病变）。

年龄在 25—65 岁、之前未做过筛查的妇女，异常结果所占的比例可能如下：

- LSIL: 3-10%；
- HSIL: 1-5%；
- 浸润性癌: 0.2-0.5%。

浸润性宫颈癌的自然病程

浸润性宫颈癌被定义为有异常细胞浸润突破基底膜侵袭到下面的致密纤维结缔组织。病变于开始微小浸润癌，窥器检查肉眼观察不到，需要组织学诊断，用锥切术或子宫切除术获取标本。病变进一步扩大浸润范围，可浸润到阴道、盆腔壁、膀胱、直肠和远处器官。如果不及时治疗，宫颈癌进展方式难以估计，几乎都会导致死亡。国际妇产科联盟（FIGO）经常根据癌组织的浸润程度选择治疗方法。

宫颈癌浸润性进展有四种途径。宫颈癌在一个较长时期内局限于盆腔内，是可以接受有效治疗的。

1. 宫颈范围内浸润，由微小浸润癌扩展，最终会累积全部宫颈，浸润面积能够达到直径 8cm 以上。癌组织可以溃烂，形成肿物（向外生长），穿透（向内部侵袭）。
2. 侵袭到邻近组织，向各个方向扩展都是可能的，向下可累及阴道，向上扩展可到达子宫内，向侧面侵入到子宫旁组织（骨盆内支持子宫的组织）和尿道，向后可抵直肠，向前到达膀胱。
3. 淋巴转移。有 15% 的病例癌组织还局限于宫颈内，就已有盆腔淋巴结的转移。随癌组织的扩展淋巴结转移增多。淋巴结转移首先限制在盆腔内，而后发现沿着大动脉的淋巴结转移。最终到达副导管。如果癌组织累及到阴道下三分之一，

腹股沟淋巴结可能也会被累及并明显增大。

4. 远处转移，通过血道和淋巴道转移。宫颈癌细胞通过血道和淋巴道向远处转移，可转移到远处器官肝脏、骨髓、肺和大脑。

宫颈癌和人类免疫缺陷病毒的感染

由于 HIV 的感染和其他原因（器官移植后使用抗免疫排斥反应的药物）造成的免疫抑制带来的特殊问题。

感染 HIV 的妇女：

- 更易于发生 HPV 的感染，随免疫抑制程度的增加感染 HPV 的危险性提高。
- 更易持续感染和高危型 HPV 感染。
- 癌前病变的危险性提高，癌前病变随免疫抑制程度的增加而比未感染 HIV 的妇女提高 2—6 倍的危险性。
- 增加了宫颈癌的危险性。
- 要比平均时间提前十年发展为浸润性宫颈癌。
- 呈现进展快，预后差特点。

高抗病毒治疗（HAART）HIV阳性的妇女是否能影响SIL的发展过程还尚不清楚。

补充资料

2

第二章：
女性盆腔解剖和宫颈癌自然病程

- Berek JS et al., eds. *Novak's textbook of gynecology* 12th ed. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 1996.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, eds. *Gynaecology* 3rd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, eds. *Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. Lyon, IARC Press, 2003 (WHO Classification of Tumours).
- WHO. *Cervical cancer screening in developing countries*. Report of a WHO Consultation. Geneva, 2002.

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询



第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

要点

- 促进健康，包括男女的咨询及教育，应该是子宫颈癌控制方案的重要组成部分。
- 健康教育应该使妇女及其家庭及社区普遍了解子宫颈癌是可以预防的疾病。
- 关于子宫颈癌的健康教育信息应该在国家政策上有所反映，并与健康保障水平相适应，保持一致。
- 卫生工作人员应经过培训，以客观的方式讨论性问题。能够解释与子宫颈癌及 HPV 相关的行为问题。
- 咨询时能尊重患者隐私，这是高质量关怀的最基本部分。

概述

本章讨论了通过健康教育，初步的预防及咨询促进健康与子宫颈癌控制工作有机结合的重要性。这三个策略传递相似的信息及要求相关的交流技巧。并简要概括了改变行为习惯的主要资讯、避孕套及疫苗的使用可有效减少 HPV 带来的危害等相关内容。每一章末的实践指导（PS）列出有关子宫颈癌健康教育的键信息，提供关于子宫颈癌与 HPV 的常见问题的答案（FAQs），说明了如何让男性参与到子宫颈癌的预防中来，并且提供更多咨询信息。

健康促进

无论是个人保健或社会保健，通过帮助人们理解相关知识并减少个人发病的危险、避免有害的行为及采取健康的生活方式促进健康，对各个层次健康教育计划均有着重要的作用。在很多国家，预防疾病被置于治愈疾病的次要位置，但预防已经显得越来越重要了，这方面还需要更多得努力。可以以多种方式完成健康教育。在子宫颈癌方面，采取以下三个策略尤其有用，即一级预防（预防 HPV 感染）、健康教育、咨询。

卫生工作人员的作用

提供正确的有关宫颈癌社区及健康服务的资料对提高人们的认识、减少疾病的发生及死亡是很关键的。各级有关健康教育的工作人员，无论任何工作的场所，应该对男女双方提供正确的一致有关宫颈癌的信息，如何能预防宫颈癌，进行筛查的理由，检查结果异常的临床意义及处理。对普通听众所使用的语言应简洁、通俗易懂，并符合工作人员所受的训练及职责，使被检者及媒体能完全理解有关信息。因此，为了能做到这一点，从业人员必须更新自己的知识，提高交流技巧。

为了改变不良行为，具备一定的知识是必须的，但仍不够。如果健康保健人员能够帮助妇女评估她们患病的风险并能减少该风险，被检者才更乐于改变自身行为。

进行健康教育及咨询，帮助高危人群理解筛查的目的、随访及治疗，需要一定的交流技巧。如果发现被检者患癌症，应告知患者这种癌症的特点及预后。以简洁的语言给出明确的信息。诊所内的健康教育不应该花更多的时间，但人群及私人咨询应该告知详情。

HPV 感染的预防

HPV是常见的通过密切接触传播的病毒，包括性接触及非性接触。在人的一生中的某个时候，绝大多数男女都可能会感染HPV，预防生殖道HPV感染的方法为完全避免生殖器官与皮肤的接触及性生活。然而，性行为方式的改变（如使用避孕套、推迟性交年龄）可提供一定的保护作用。

使用避孕套

避孕套的使用仅对 HPV 感染有部分保护作用，因病毒可存在于未被避孕套覆盖的体表，如会阴部、肛门、女性的外阴及会阴部、男性的阴囊。然而，持续及正确使用避孕套有重要益处。

- 可使男女 HPV 快速清除。
- 可使宫颈病变逆转。
- 减少生殖道疣的危险。
- 减少宫颈癌前病变及宫颈癌的发生。
- 对其他性传播疾病（STIs）如衣原体及 HSV-2 的感染提供保护作用。这些可能是宫颈癌发生的协同因子。

- 可预防 HIV 感染，众所周知的高危 HPV 感染或进展为更高级别病变的促进因素。
- 可防止意外妊娠。
避孕套可减少发生 HPV 相关疾病的危险，因可减少 HPV 病毒量，或减少再暴露的可能性。

女用避孕套（能覆盖女性部分会阴）是否能提供象男用避孕套一样或更多的预防 HPV 感染作用，有待于进一步研究。



避孕套的分发及改进是所有 STI 控制基本的要素。

避孕套将来的进展：防止 HPV 感染的疫苗

一旦开始有性生活，大多数人都有暴露于 HPV 感染的危险，防止 HPV 感染理想的方法应该是在未暴露前接种疫苗。HPV 疫苗至少对最常见的高危型（如 HPV16、HPV18），最好是对所有 HPV 类型能提供保护作用。最近制备的候选 HPV 疫苗（预防 HPV16、HPV18），已显示出十分诱人的结果。然而，在任何疫苗投入有效使用之前，很多问题及有关的计划仍需要解决。如为了使青少年在进入性生活前更多的接种疫苗，要保证她们得到 HPV 疫苗的途径。

因疫苗的发现仅十多年历史，疫苗对宫颈癌发生的影响仍然未知。甚至在 HPV 疫苗大面积接种推广以后，为了检测以前感染 HPV 人群及未接种疫苗人群宫颈异常，以及监测评估疫苗计划目前的实施情况，仍需进行宫颈癌的大面积筛查。

对可能的协同因素的预防

媒体应向社会宣传 HPV 感染与宫颈癌发病有关的因素及辅助因素（参见第二章），即使了解辅助因素仍不够。健康教育者还应制定策略，应进入社区、针对个人、分发资料、提出改变不良生活方式的建议。如减少性伴侣、戒烟、推迟初次性生活年龄，以及使用避孕套。使用口服避孕药超过 5 年也增加宫颈癌发病的危险，但增加几率较少，且口服避孕药可防止意外妊娠及不安全的流产，其益处远超过其增加宫颈癌的风险。因此不必要限制激素类避孕药的使用。

健康教育

对于个人及群体健康教育应涉及最新信息并采用简单、通俗易懂的语言讲解改变的方式。所宣传的信息应根据当地文化背景，用恰当的语言，并与所在国家指南相一致，健康教育应当与社区人卫生工作员合作共同开展。信息的关键内容应保持一致性，不受地域、人员及宣传对象的限制。健康教育并非一成不变的，应该需要管理者及健康教育者不断地工作，更新他们的医学知识。



健康教育

健康教育应有最佳的计划方案确保最大的覆盖面，这样可以增加教育计划的效果。癌症筛查计划最大的障碍应通过社区的教育来克服。例如，许多研究已表明多数妇女不愿参加筛查计划，因为她们未意识到发生宫颈癌的危险，未意识到通过筛查对宫颈癌早期诊断及预防的益处。发展中国家及农村的妇女可能从未听说过宫颈癌或筛查实验，或没有认识到阳性结果不必然意味着就是癌而导致死亡。

对癌症的误解及错误的观念增加了患者对发现这一疾病的担心和恐惧，认为子癌症总是意味着死亡。女性生殖道疾病总是有种让人觉得羞耻的感觉，尤其是包括 HPV 感染在内的性传播疾病。对生殖道检查感到恐惧和窘迫，认为暴露了个人隐私及秘密，这些都可能阻碍妇女参加筛查。如此的恐惧及误解可通过已经参加筛查的妇女来现身说法予以克服，巧妙地利用这些方法，在筛查中尊重妇女的隐私，许多妇女将更愿意参加并将向其家属及朋友推荐该筛查方案。



常见问题

建议

健康教育是理想的宫颈癌综合防治的一部分。

有关子宫颈癌的一些错误观念及事实

错误的观念	事实真相
宫内节育器导致子宫颈癌。	宫内节育器与子宫颈癌无关。
筛查，会让你失去部分组织。	子宫颈癌筛查包括从宫颈表面轻柔收集细胞，并不是取组织块。
筛查正如疫苗一样，一旦你进行了检查，你就不会患子宫颈癌。	筛查本身并不能防止子宫颈癌的发生，但它能早期发现正常与否，如早期发现异常并给予治疗，子宫颈癌是可预防的。
癌症筛查无意义，因它仅告诉被检者有严重的疾病，但不给予任何治疗。	筛查在癌症发生以前可检测有无异常；如果癌为早期，给予适当的治疗能治愈。
只有卫生条件差的妇女才会患子宫颈癌。	尚无证据表明卫生条件差会导致宫颈癌。
卫生棉条或中药可导致子宫颈癌。	子宫颈癌是病毒感染所致，吸烟及多个性伴侣能增加患病危险，但并无资料显示卫生棉条及草药与子宫颈癌的发生有关。

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

在子宫颈癌的控制计划中，健康教育包括：

- 向人们宣传子宫颈癌的病因及病史；
- 鼓励高危人群筛查；
- 增加子宫颈癌的症状及体征的认识，出现这些症状，要鼓励患者尽早就医；
- 减少与子宫颈癌有关无知、恐惧、窘迫及羞耻感。



健康教育

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

如何提供健康教育

- 应向被检者进行宣教以解除她们的恐惧及误解，以及对 **STIs** 的羞耻感。
- 努力帮助妇女克服因询问有关性生活问题及生殖器疾病所感到的窘迫。
- 健康教育者应以通俗的语言及和蔼的方式正确解释相关信息。
- 应有针对性的回答共同关心的问题，并当地的信仰及实践相符合。
- 子宫颈癌与 **HPV** 感染有关，**HPV** 可通过性接触传播，增加了健康教育者答疑的困难。
某些例子及应答参见实践指导二。



常见问题

健康教育者在何处宣教

健康教育者在相关机构内外都可提供有关子宫颈癌的信息，教育者包括健康工作者、医生、护士、健康教育人员、护理员、临床行政人员、咨询师及社区健康服务人员。其他人员：经由专业人员训练后，社区领导及传统推拿医生也能提供健康教育。

在健康教育机构的健康教育

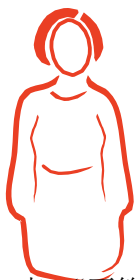
通过海报、健康谈话、录像及书面文字材料在候诊室张贴，提供宣教信息。所提供的资料应该有针对性，对特殊的人群应预先调查。有关子宫颈癌的资料及教育应分为产前及产后宣教、计划生育、艾滋病、慢性病及生殖道感染防治宣教等重要组成部分。对绝大多数低危年轻妇女而言，资料可制作得简单、通俗易懂，以警示她们并促使其参加筛查。为有效宣传这些资料，需要具备一定的宣教技巧。

宣教资料应分发给每个妇女，在她们咨询及就诊时，资料要适合其年龄及其他危险因素。如：咨询者年龄超过 **30** 岁，有 **STI** 症状，从未做过筛查，除了接受一般教育及对她的症状进行积极处理外，应向她们提供有关子宫颈癌的信息。如她们不能马上进行筛查，应说服她们尽快随访进行筛查。另外，对仅来咨询避孕知识的年轻人，可给予她们一般宣教材料，并建议她们到 **25-30** 岁期间应进行筛查，并鼓励她们将筛查资料向其他妇女宣传。

提供筛查给所有参加健康普查的高危妇女及她们的女儿，另外，每位从事健康服务的工作人员，包括：清洁工、秘书甚至驾驶人员，也应尽量参与传播宣教资料。例如：清洁人员及驾驶人员应知道筛查时间及筛查地点。应训练招待人员知道适龄筛查对象及筛查的特点，以帮助她们了解更多的信息。

社区以外

社区教育可在各种场所进行，如宗教集会场所或社区服务站、学校、体育聚会的场所，及健康宣传日或普查的时候。社区的各级人员经过培训发放各种宣传资料，这些人员包括医务工作者、教师、社区行政人员、健康促进者、传统按摩师及助产士。文字资料、电台及电视台播放、报刊杂志、海报及手册等通过各种途径送达社区。关于子宫颈癌的这种宣传方式及筛查的益处应有一定针对性以适合不同年龄、不同层次的人员，宣传内容并非是一成不变的。

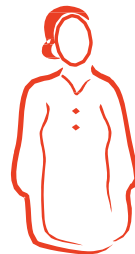
实例³

道恩 (Dawn)，32 岁肯尼亚妇女，无不适。事实上，她充满热情，不久前，社区健康工作人员在葬礼上宣教使她受到启示，工作人员说明了有关影响妇女健康的慢性疾病—子宫颈癌相关情况并解释该疾病是可预防的，如子宫颈癌未早期诊断并治疗，可能导致妇女死亡。

社区健康工作者给了道恩一张卡片并告诉她应去哪里进行筛查。“不管何种原因，我觉得我参加体检并弄清楚是否有危险因素是必要的，可能的话我还可以获得帮助。”2周以后，她返回取结果，被告知结果为阴性，属于正常，她被告知以后仅需每3年进行随访。

因为健康保健服务对她如此友善，使她学到了不少东西，道恩开始以她的经历现身说法，无论到哪儿，有机会的时候都会进行宣传，即使她们无症状。许多听过她谈话的女性都遵循她的建议并进行检查。

有两位女士告诉道恩，她们检查出癌前病变，接受了积极治疗防止病变发展成为癌。道恩很乐意帮助其他人。她说：“有机会让人活更长时间，我都不愿意看到任何人过早死去。”



男性参与健康教育

至于生殖健康的其他方面，在临床及社区诊所，让男性参与有关子宫颈癌预防、了解 HPV 的性接触传播以及鼓励性伴侣筛查，有病变给予治疗是很重要的。

男性不安全的性行为也是其伴侣为子宫颈癌发病的危险因素。因此，当男性来咨询时，应讲解有关 HPV 感染预防及 STI 和 HIV 的预防在子宫颈癌发病的作用的信息，应建议广泛使用避孕套。



³ 选自：Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, 2004.

咨询

咨询是面对面、个体化及充满信任的交流。被咨询者应帮助咨询者做出决定及采取相应措施，被咨询者需具备倾听及会话技巧和所讨论内容方面的相关知识。所有健康宣教参与人员应经培训，具备咨询技巧，以便更好与被咨询者进行沟通。



咨询辅导

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

通过咨询应能帮助咨询者做出决定，但是必须在下列基础上：

- 当咨询人员与被咨询者建立相互信任后；
- 相互交流准确的及完整的交换相关信息后。

关于子宫颈癌的咨询内容，应根据咨询者提出的问题及个人情况而定。它涉及预防、筛查、随访、建议、诊断、癌前病变及浸润癌的治疗。咨询也应帮助患者及家属正确应对浸润性子宫颈癌及晚期癌症。如此的咨询不仅包括病人也涉及她的配偶及其他家庭成员，尤其是严重疾病的诊断医疗费昂贵的时候。一个好的咨询工作者应具备使用口头语言及非口头语言的交流技巧，以帮助咨询者置身窘迫环境时能感到舒适。尽力劝说她们，在解决她们的疑惑时使她们感觉亲切。各阶层的咨询人员会面对面接触患者，参与子宫颈癌控制。交流程度随病人的情况及需要类型及咨询者水平而定，咨询应以教育女性为主，评论筛查结果及随访，介绍各种服务内容及程序，并与被咨询者讨论她必须随访。这将帮助妇女做出正确的决定。

谁需要咨询

所有决定需要咨询服务及已经选择咨询服务的女性，应告知信息及如何获取目前、以后与健康相关的咨询信息。有关好的咨询的指南参见实践指导四。

3

第三章：
健康促进：
预防、
健康教育及
咨询

个人隐私与保密

进行咨询时应在房间内进行确保个人隐私，咨询者及咨询人员不被别人直接看到或听到，除非咨询者同意。

保密也是必须的，这意味着如未经咨询人同意，咨询期间所讨论的内容或检查结果不应该对任何人泄露。

在咨询时，应对咨询者的隐私及保密，尤其处理患者，特别是有关涉及到生殖道区域时，因为需要检查常使患者感到窘迫，如果患者在诊所感到缺乏隐私保密感，或检查者居高临下、带指责的态度，或将咨询者的隐私泄露给他人，都可能使她选择拒绝告知一些重要信息，或选择较远的诊所或者甚至不去筛查。

- 应确保无人能听到或看到咨询及检查的内容。
- 在一些健康诊所应特别注意，确保被咨询者的隐私。尤其是人多、繁忙的时候。
- 安全保管一些表格及记录，只有项目相关的工作人员才有资格接触这些资料。
- 无论是在诊室内外，避免与其他医务工作人员谈论被咨询者的隐私。
- 无论她们的年龄、疾病、生活方式及婚姻状况及社会经济状况如何，都应对患者应尊重。
- 认识被咨询者家人及邻居的健康教育工作者必须特别小心以确保患者的隐私权。

不同水平的健康教育与咨询

社区



- 用科学知识消除社区内流传的传言、消极态度等错误观念。
- 制定有关预防的主要信息并在健康教育、咨询中加以应用。
- 针对社区特定的人群单独谈话。这些人群包括年轻人、不同年龄的男女。
- 分发信息、教育及交流材料。
- 在社区单独咨询子宫颈癌及其预防、筛查及治疗（根据患者需要）。

卫生院



- 利用各种机会提供信息及教育，并促进不同年龄组的患者不良行为的改变。
- 单独咨询男女方及夫妇，讲解有关子宫颈癌的治疗及早期检查。
- 在候诊室、门诊促使目标人群到社区参加筛查。
- 培训及帮助社区健康工作人员及社区自愿者，确保他们一致使用重要的信息。

地区医院



- 在候诊室、诊室及病房对妇女进行教育及咨询，宣传有关子宫颈癌的预防及早期检测。
- 提供各种机会包括社区外活动促进筛查计划的进行。
- 培训及指导宣教人员并支持社区教育及健康中心，确保有关宫颈癌预防信息的准确。

除与地区医院有相同职能外，还应：

中心医院



- 为病人及家属制定有关子宫颈癌诊断、治疗及临终关怀方面明确的信息及教育材料。
- 通报及指导政策制定者及决策者有关子宫颈癌的信息，子宫颈癌对健康人群的影响及筛查的成本以及对预防及检测的成本效益关系。

3

第三章：健康促进：预防、健康教育及咨询

咨询信息

社区健康工作人员及其他健康服务人员可以对妇女咨询者就以下内容提出建议：

- 子宫颈癌筛查的目标年龄组。
- 所使用的筛查检查，如何进行，及正常宫颈是什么。
- 盆腔检查及筛查涉及内容，何时、何地进行筛查。

他们也应

- 帮助说服不愿行妇科检查的妇女。
- 强调遵循健康人员建议关于索取检查结果及定期随访的必要性。
- 对临床操作作出全面的解释，并使被检者接受或拒绝（知情同意）。
- 如果被检者愿意，她可以带家属接受同样检查。

补充资料

- *ACCP. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers.* Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training.* New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1998 (AVSC Working Paper, No. 11; www.engenderhealth.org).
- Burns A et al. *Where women have no doctor: a health guide for women.* Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.
- *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings.* Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- *GATHER guide to counselling.* Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 (Population Reports, Series J, No. 48; www.jhuccp.org).
- Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion.* London, Macmillan, 1993.

- *Prevention and management of reproductive tract infections (RTIs): the comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.* Watertown, MA, Pathfinder International, 2000.
- WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice.* Geneva, 2005.
- *Working with men.* New York, Engender Health, 2005 (<http://www.EngenderHealth.org/ia/wwm/index.html>) [resources for male involvement in reproductive health programmes].

实践指导一：健康教育

本实践指导介绍关于宫颈癌重要的循证医学资料，这些资料说明个人行为的改变，可降低宫颈癌对妇女的危害。

如何成为称职的宫颈癌健康教育者：

- 你应该掌握关于宫颈癌的准确信息，并不断更新，同时应具备良好的沟通技巧。
- 你应该根据听众的教育背景和文化背景因材施教。
- 你应该自然地与妇女讨论可能增加 HPV 感染和宫颈癌机会的性行为和其他生活方式。
- 你应该自然地听众解释如何使用男用和女用避孕套。
- 你提供的信息应与国家相关政策一致，并符合当地情况。

关于宫颈癌的关键信息

- 在发展中国家，宫颈癌是引起 40-60 岁妇女因癌死亡的首要原因。
- 宫颈癌的病因是人乳头瘤病毒的感染，这是一个很常见的病毒，主要通过性生活传播，感染多发生于年轻的男性和女性，而大多数人往往对此并不了解。
- 使用避孕套可以对防止 HPV 感染起到一定作用，并降低患 HPV 相关疾病如生殖器疣和宫颈癌的危险。
- 大部分 HPV 感染不会持续存在，也不会引起宫颈癌。
- 只有少数 HPV 感染持续存在，从而导致癌前病变，如果不及时治疗，最终可以发展为癌。
- 从 HPV 感染到发生癌前病变通常需要多年的时间，而从癌前病变发展到癌还需要更长的时间。
- 筛查可以检出癌前病变，筛查中发现的多数病变都是可以治愈的。
- 25 岁及以上的妇女比年轻女性更容易患宫颈癌前病变。妇女在 35-45 岁之间应该至少筛查一次。如果可能的话，25-65 岁之间应该每三年筛查一次（或者根据国家指南而定）。
- 宫颈癌筛查相对简单、快速、无痛。
- 癌前病变的治疗简单，通常无需住院。
- 宫颈癌早期发现早期治疗，是可以治愈。

PS 1

实践指导一：
健康教育

- 如果出现异常阴道分泌物、阴道流血、性交后出血、绝经后出血，妇女应该立即就医，因为这些症状可能是子宫颈癌的征兆。
- 妇女对自身的健康享有自主权（如果她们愿意，她们的伴侣或家人也可以参与）。尽管我们极力推荐妇女应当参加筛查和定期随诊，但她们有权拒绝检查和治疗。

关于个人行为的建议

- 应推迟首次性生活时间：过早开始性生活更容易感染 **HPV**。一次性生活就可能让年轻女性感染 **HPV**，年龄越小，这种机会就越大。
- 应推迟首产时间：怀孕时产生的激素可能会增加患子宫颈癌的危险。
- 应减少怀孕次数：有五个或五个以上孩子的妇女患子宫颈癌的危险性会增加。
- 应减少性伴侣数量：性伴越多，感染性传播疾病（包括 **HPV** 和 **HIV**）的危险就越大，患子宫颈癌的危险就越大。
- 避免与有多性伴的人发生性关系：如果男性有多个性伴或者曾经有过多个性伴，那么与其发生性关系的女性患子宫颈癌的危险将增高。
- 使用避孕套：避孕套可以避免性传播疾病的感染，减少患子宫颈癌的危险。
- 远离吸烟：吸烟的妇女几乎患所有癌症的危险性均较高，包括子宫颈癌。
- 如果有性传播疾病的症状或者怀疑有暴露于性传播疾病的危险时，应该立即就医。有些性传播疾病能促进子宫颈癌的发展或者引起其他疾病，包括不孕。性传播疾病的及时治疗可以避免 **HPV** 感染和子宫颈癌的发生。
- 超过 **25** 岁的妇女就应该参加筛查。几乎所有有性生活的妇女都有暴露于 **HPV** 的危险。筛查可以检出早期病变，使其在变成子宫颈癌之前得到治疗。
- 对男性的特别建议：减少性伴，坚持使用避孕套（尤其是与新的性伴发生关系时）。

健康教育者注意事项

应当意识到上述的行为建议有些可能很难实施，尤其是对那些无法控制何时、与谁或使用何种方式性交的妇女。让男性了解这方面的知识，可以使他们更通情达理地配合性伴。

用于健康教育的素材

健康教育最好采用面对面的方式。如果下述材料适用于你的社区，使用它们会很有帮助：

- 挂图；
- 宣传册；
- 幻灯片；
- 话剧和角色表演；
- 录像；
- 广播和电视节目；
- 专家讲座，最好使用非专业术语与听众交流。

PS 1

实践指导一：
健康教育

PS 1

实践指导一：
健康教育

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

不论男性还是女性，甚至某些医务人员都会缺乏宫颈癌的相关知识。本实践指导列出了常见问题及其答案，你和你的同事应根据当地的情况添加相关其他问题及其答案。

关于病因和危险因素

问：什么是癌症？

答：癌症是人体内某些细胞的生长失去控制，从而导致肿瘤或新生物。并非所有的新生物都是癌症，那些可以播散到身体其他部位并且干扰机体正常功能的新生物，才被称为癌。

问：什么是宫颈癌？

答：宫颈癌是起源于宫颈（子宫的开口）的癌症。宫颈的细胞开始异常地生长后，有时如果不给予治疗，它们就会发展为癌。但是，这些早期改变（癌前病变）也可以自行消失，而不引起症状。

问：什么引起宫颈癌？

答：宫颈癌是由感染人乳头瘤病毒（HPV）引起的。大多数情况下，HPV 感染不治疗就可以消失；但是有时，HPV 可以在细胞内存活几年，使某些妇女最终发生宫颈癌。为什么在感染 HPV 的妇女中，只有部分患宫颈癌患，机制未明。

问：宫颈癌是性传播疾病吗？

答：不是。但是 HPV 可通过性接触传播，在男性和女性都相当常见。感染 HPV 的妇女中，只有少数发展为癌前病变。如果不治疗，几年后，其中部分人可以在感染 HPV 多年后发展为宫颈癌。

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

问：宫颈癌可以预防吗？

答：可以。限制性伴侣数、使用避孕套、推迟首次性生活时间和首次生育年龄、不吸烟等皆有助于预防宫颈癌。**HPV** 疫苗正在试验阶段，疫苗的广泛使用将可能成为最有效的预防措施。当疫苗的使用成为可能，年轻女性开始性生活前就应接种。

目前，最佳的宫颈癌预防措施是通过筛查癌前病变，可在其发展成为宫颈癌之前进行治疗。

问：什么人患有宫颈癌的危险？

答：所有有过性生活的女性，都有患宫颈癌的潜在危险，因为可能已经感染 **HPV**。宫颈癌最常见于 **40-60** 岁的妇女。从来没有进行宫颈病变筛查的妇女、开始性生活和生育过早的妇女、生育超过 **5** 个孩子的妇女、性伴侣数多或者性伴侣有多个性伴的妇女、吸烟的妇女、感染 **HIV** 的妇女，患宫颈癌的危险性较高。

问：使用激素类避孕药的妇女是否增加患宫颈癌危险？

答：长期口服避孕药可以轻微增加患宫颈癌的危险。口服避孕药的妇女应该常规筛查。因为使用避孕药的好处大于所带来的风险，因此没有理由停用避孕药。

问：生殖器疣可以导致宫颈癌吗？

答：不会。宫颈癌是由特定的**HPV**高危亚型引起。生殖器疣是由不同的低危型**HPV**引起，低危型**HPV**不导致癌。

关于筛查**问：什么是筛查实验？**

答：筛查实验就是在健康和没有症状的人群中，用某种检验方法，筛选出患某种特定疾病发病机率较高的人。宫颈癌筛查实验可检查出宫颈是正常还是异常，能在出现症状出现之前发现疾病的早期征兆，此时经过治疗可以防止疾病进一步发展。

问：什么人应该进行子宫颈癌的筛查？

答：25~65岁的妇女（或者根据国情而定）应该进行筛查以发现早期病变。小于25岁的女性基本上不会患子宫颈癌，所以不用筛查。从来没有性生活的女性不用筛查。

问：筛查的时候做什么？

答：最常用的筛查实验是巴氏宫颈涂片。医务人员会经阴道检查来观察宫颈，收集宫颈的细胞标本，然后送到实验室检查。有时，其他实验会用于子宫颈癌筛查，如在宫颈表面涂醋酸后再观察。医务人员会告知被检查者当地采用哪种检查方法。

问：筛查结果阴性意味着什么？

答：如果筛查结果是阴性，意味着没有发生可能会发展成为子宫颈癌的病变。定期（每3~5年检查一次，可根据当地规范）规律筛查很重要，以确定没有发生癌前病变。

问：筛查结果阳性意味着什么？

答：大多数情况下，筛查结果阳性意味着被检查者有癌前病变，癌前病变可以自己消失或者通过简单的门诊治疗即可治愈。可能还需要做其他检查以确定是癌前病变除外癌。有时，阳性结果意味着患子宫颈癌，此时，需要转诊到相关医院接受治疗。

关于癌前病变和癌**问：什么是癌前病变？**

答：高危型 HPV 感染一段时间后，宫颈会发生癌前病变，癌前病变容易治疗。多数癌前病变可以自行消退，但是如果癌前病变持续存在又没有治疗，就可能发展为癌。

问：子宫颈癌有什么症状？

答：早期子宫颈癌通常没有症状，所以筛查非常重要。子宫颈癌的症状有：阴道淋漓出血、同房后出血、月经间期出血、绝经后出血、分泌物有异常臭味且经治疗无好转。如果出现上述任何症状，应该就医，因为子宫颈癌发现得越早，治愈机会就越大。

PS 2

实践指导二：关于宫颈癌的常见问题

问：宫颈癌可以被治疗吗？

答：如果早期发现，大部分宫颈癌都可以治疗。从未进行筛查的中年妇女，可能发现宫颈癌时已经较晚期。如果癌已经扩散到宫颈之外，治疗较困难。

问：宫颈癌可以治愈吗？

答：可以。如果宫颈癌在严重扩散前被发现是可以治愈的。宫颈癌发现越早，治愈机会越大。

问：如何治愈宫颈癌？

答：主要有两种方式治疗宫颈癌：手术是通过外科手术切除肿瘤；放疗通过放射线杀死癌细胞达到治疗目的；有时两者同时使用。

实践指导三：怎样让男性参与子宫颈癌的预防

PS3

实践指导三：怎样让男性参与子宫颈癌的预防

子宫颈癌是女性才有的疾病，但是男性在预防和治疗子宫颈癌上也起着相当关键作用。**HPV**感染是通过性接触传播的，因此男性对预防子宫颈癌是有帮助的。本实践指导提供男性需要了解的基本知识和参与预防子宫颈癌的几种方法。

男性需要了解的关于子宫颈癌的基本知识

- 一般信息参见实践指导一的健康教育部分。
- 子宫颈癌常见于**40**岁以上的妇女，通常从癌前病变发展而来。癌前病变可以通过筛查发现并治疗。超过**25**岁的妇女应该进行筛查。
- 几乎所有的子宫颈癌均是由人乳头瘤病毒（**HPV**）感染引起，这种病毒容易通过性接触传播，而感染上这个病毒不会引起任何症状。
- **HPV** 也可以威胁男性的健康。如果 **HPV** 持续感染可以增加患阴茎癌的危险。
- **HPV** 通过性接触传播，但是并非必须通过性交，因为 **HPV** 在皮肤和生殖道以外的地方也可以存活。
- 使用避孕套不能够提供完全的保护，但是可以使感染更快消失，因此在预防子宫颈癌上起一定作用。
- 男性和女性吸烟都可以增加患多种癌症的危险，包括增加感染 **HPV** 的妇女患子宫颈癌的危险性。
- 男性可以通过以下几个方式在子宫颈癌预防中发挥关键作用：
 - 减少性伴侣数，如果与多个人有性关系应该使用避孕套；
 - 使用避孕套预防性传播疾病，包括艾滋病（**HIV/AIDS**）；
 - 当性伴侣超过 **25** 岁时，鼓励其进行子宫颈癌筛查；
 - 跟伴侣一起努力避免意外怀孕和过早怀孕；
 - 不吸烟，而且帮助伴侣戒烟。
- 如果伴侣发现有癌前病变或者子宫颈癌，男性可以通过陪她去医院就诊和学习关于子宫颈癌知识等方式支持和帮助她获得治疗。



- 如果伴侣在医院接受了某项检查或治疗后，医生建议不能性生活时，男士应该给予配合。
- 伴侣因子宫颈癌手术、化疗或者放疗后，男性应该帮助分担伴侣的家务劳动，上述治疗有助于治愈子宫颈癌，但是会使妇女感到疲劳和虚弱，她们需要时间休息和康复。
- 如果一个妇女患了极晚期的子宫颈癌，她的伴侣可以协助给她提供最大程度的帮助和安慰。
- 男性也可以通过倡导妇女健康项目，为减少其社区和国家的子宫颈癌死亡做出贡献。

致男性：

**您在预防和治疗子宫颈癌中发挥着非常重要的作用。
请坚持正确地使用避孕套，这样可以提高您和您伴侣的性
健康和生殖健康。**

实践指导四：咨询辅导

什么是咨询辅导？

咨询辅导就是面对面的、个人的、私密的会谈，旨在帮助一个人（或者她的家人）做出知情同意的决定然后根据这个决定进行诊治，这是就相关的准确信息进行双向交流的过程。一位高效率的咨询辅导人员，应善于倾听，掌握最新进展的知识和谈话沟通的技巧。

患者应该知道有关宫颈癌的哪些背景知识呢？

咨询辅导人员应该确保所有的妇女，特别是参加宫颈癌控制计划的妇女，了解下列基础知识：

- 关于宫颈的基本解剖知识，它在盆腔的位置，不同年龄时的变化和临床如何检查宫颈；
- 子宫颈癌是什么，什么原因导致子宫颈癌，其发生发展的危险因素有什么；
- 怎样预防子宫颈癌，重点强调癌前病变的筛查和治疗；
- 当地采用哪种筛查实验，筛查发现异常后怎样治疗；
- 筛查并确诊为宫颈浸润癌的妇女可选择哪些治疗方法。

图示说明，加上本实践指导和实践指导一、二中提供的信息有助于解释上述知识。



健康教育



常见问题

咨询辅导人员应该必须保证什么？

- 私密性：除非当事人同意，否则不能有其他人看到或听到当事人和咨询师之间的咨询辅导。
- 保密性：除非经过当事人授权，否则咨询和检查过程中看到的、听到的或者做的任何事情都不能让其他人知道。
- 咨询辅导人员和患者彼此信任。
- 谨慎地询问和讨论私人问题，尤其是有关性和个人行为的问题。

PS4

实践指导四：咨询辅导

PS4

实践指导四：
咨询辅导

给子宫颈癌咨询辅导人员的建议

1. 称呼当事人的名字来热情欢迎其来访，并且自我介绍。
2. 坐在距当事人较近的地方，保证谈话的舒适性和私密性。
3. 保持目光接触，当她说话的时候看着她。
4. 向她保证你们的讨论不会透露给任何其他人。
5. 使用她能够听懂的语言，提供相关的信息。
6. 根据当事人今天来访的原因，酌情介绍相关的信息并进行讨论。
7. 全神贯注地聆听并注意她的肢体语言（手势、面部表情、眼神）。
8. 尽量领会她的感受和观点。
9. 使用开放式的问题，减少仅只“是”或“不是”的回答。
10. 使用鼓励性语言，点头或者说“再多告诉我一点儿”。
11. 努力辨别出她真正的想法和顾虑。
12. 解释所有可供选择的方法，并尊重她的选择。
13. 通过让当事人重复最重要的信息和建议，确认她已经明白讨论的东西。
14. 邀请当事人按其个人意愿回访。

咨询辅导时应该做到

- 保证私密的环境。
- 称呼患者姓名并且自我介绍。
- 看着患者的脸，除非有悖于文化背景。
- 以自然的和善解人意的态度对待患者。
- 富于同情心：设身处地为患者着想。
- 使用肯定的肢体语言（适宜的点头、微笑等）。
- 使用简单易懂的语言。
- 坦诚地回答她的问题。
- 给咨询辅导留出足够长的时间。
- 如果当事人犹豫不决，可以让她下次回访时再告诉你她（或者她家人）的决定。

咨询时不应该出现

- 注意力不集中的表现（看时间、接电话等）。
- 使用刺耳的音调或者表现得不耐烦。
- 会谈时被打断。
- 打断患者的话。
- 使用批评的、评判性的或粗鲁的口气。
- 给当事人过多细节和不相关的信息。
- 使用当事人不明白的医学术语。
- 强迫当事人做出决定；正确的做法是：如果她犹豫不决，可以让她下次回访时再告诉你她（或者她家人）的决定。

为准备做检查和治疗的妇女做咨询辅导的标准步骤

在诊治操作前



- 再次解释筛查、推荐的诊治方法的重要性。
- 解释将要做什么、怎样进行、可能的结果、需要进一步检查和治疗的可能性。

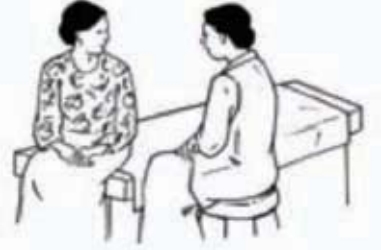


在诊治操作中



- 签署知情同意书，包括同意必要时与其家人或工作单位联系。
- 操作时告诉患者你每一步正在做什么。如果可能会引起疼痛或者其他的不适，应提前告知，这样会使她感觉舒服些。

在诊治操作后



- 解释你所做的操作。
- 描述你所看到的异常或者告诉她你没有看到任何异常。
- 确定复诊日期。
- 解释她如约复诊的重要性。

PS4

实践指导四：
咨询辅导

如果你发现有异常，希望她转诊到上一级医疗机构做进一步的检查或实验时：

- 向她解释原因，并告诉她什么时候去哪里找谁去做进一步检查。
- 强调如约转诊的重要性。
- 回答患者提出的所有疑问，如果不知道如何回答，找相关人员来帮助解答。
- 如果患者对预约转诊有疑问或顾虑，欢迎她回来询问，给予解答或者找其他知道的人来解答。

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套⁴

PS5

实践指导五：
怎样使用男用和女用避孕套

需要与男士和女士沟通的关于避孕套的知识

- 避孕套是性传播疾病最可靠的防护方法。
- 如果避孕套使用正确，可以成为屏障，能阻挡最小的细菌和病毒。
- 因为 HPV 可以感染避孕套覆盖部位以外的区域，所以避孕套不能完全防止 HPV 感染。
- 但是，使用避孕套已被证实可以：
 - 加快 HPV 清除
 - 减少患生殖器湿疣的危险
 - 减少患宫颈癌的危险
 - 防止衣原体和单纯疱疹病毒感染（可能是引起宫颈癌的协同因子）
 - 防止其他性传播疾病
 - 防止人类免疫缺陷病毒（HIV）感染
 - 避孕

什么时候建议妇女使用避孕套？

- 如果她被诊断为 HPV 感染或者低度病变观察期。
- 当有感染和流血危险，又不能遵医嘱禁止同房时应该使用避孕套。这种情况出现在进行某种治疗后，如冷冻治疗后（见第五章）。
- 当想预防多种性传播疾病（包括 HIV）和防止怀孕时（双重保护）。
- 正在进行性传播疾病的治疗期间。
- 性伴有症状或者正在进行性传播疾病治疗期间。

只有正确和坚持使用避孕套才能起到保护作用！

⁴ 选自：Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide for essential practice. Geneva, WHO, 2005.

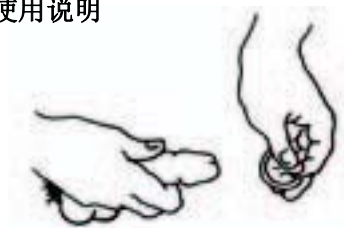
PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

男用避孕套

男用避孕套是用乳胶制成的，极易获得而且便宜，可以高效地预防性传播疾病和部分有效地防止HPV传播。

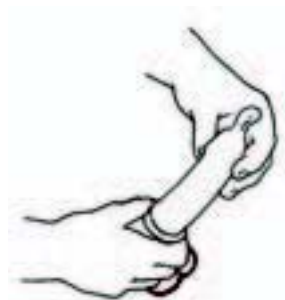
使用说明



1. 小心地从包装中取出避孕套，避免撕裂。



2. 将避孕套顶端空气挤出。



3. 将卷起的避孕套展开，套在勃起的阴茎上。



4. 射精后，当阴茎仍然勃起时从阴道中退出，同时握紧避孕套的滚边，防止其滑落造成精液流入阴道。



5. 将避孕套从阴茎上取下，打个结以防止精液流出或漏出。弃置避孕套于适当的地方。

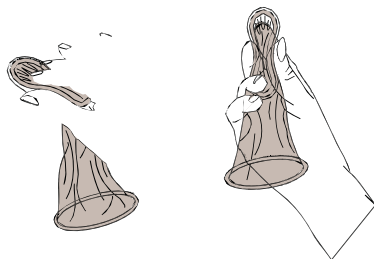
女用避孕套

女用避孕套是柔软、更宽大一些、在两端都有具弹性的聚氨酯环套状物。封闭端的内环用来放置于阴道内，开口端的外环留在阴道外覆盖外生殖器。女性避孕套用聚氨酯制成，只有一个型号。女用避孕套可能提供与男用避孕套相同的保护作用，但是比较贵。有一个好处就是与男用避孕套相比，女性更加容易控制避孕套的使用。

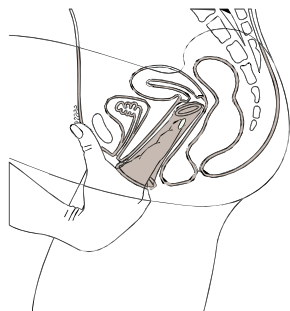
使用说明



1. 将女用避孕套从包装中取出，用两指轻轻揉搓保证润滑剂均匀的分布在避孕套内壁。如果你需要更多的润滑剂，从包装中取出额外的润滑剂挤出两滴，滴到避孕套内。



2. 避孕套的封闭端将放入阴道中。用拇指和中指挤住位于避孕套封闭端的内环，放置于阴道内。



3. 用食指将避孕套送入阴道，越远越好。当你感觉不到了避孕套封闭端就意味着放在正确的位置了。

不用担心，不会放置太深。

PS5

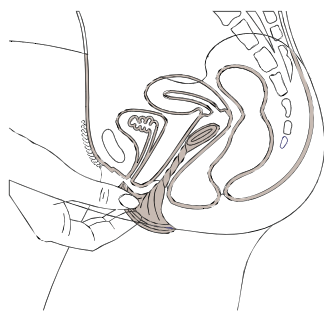
实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套



4. 开口端的环应该留在阴道外面，翻在阴唇（阴道的外唇）外面。确保避孕套没有扭曲。性生活时应该引导阴茎进入女用避孕套。如果不注意这一点，阴茎可能会从避孕套外进入阴道，那样就起不到保护作用了。



5. 性生活后可以随时将避孕套安全取出。如果你是平躺着，在站起来前应该取出避孕套以免精液流出。

将女用避孕套安全地弃置于适当的地方。不要重复使用。

关于咨询辅导避孕套使用的几点说明

- 男用和女用避孕套只有在每次性生活时都正确使用才有效。
- 提供咨询的人员应该克服自己在谈论和接触避孕套时的厌恶情绪，给患者和她们的性伴演示怎样使用避孕套。
- 向患者和她们的性伴指导和咨询如何使用避孕套时，使用阴茎或阴道模型。模型可以买到，也可以就地取材自己制做。
- 演示如何打开避孕套包装，如何将卷起的避孕套展开，如何将男用避孕套套在勃起的阴茎上或者如何将女用避孕套放入阴道内，如何在阴茎仍勃起时将阴茎从阴道内退出，如何取下避孕套，如何安全地弃置。
- 演示过程中或演示后，让患者和她的性伴使用新的避孕套在模型上重复相同的动作，并温和地纠正错误。
- 建议患者和她的性伴特别注意下列事项：
 - 当打开避孕套包装时，避免撕裂避孕套；不要使用牙齿或者长的指甲。
 - 避孕套只能用一次。
 - 常备避孕套。
- 给患者提供足够多的避孕套，对于那些建议勿性交的患者也应该给予避孕套。确保患者和她的伴侣会使用避孕套，并告诉他们在哪里可获得避孕套。

PS5

实践指导五：怎样使用男用和女用避孕套

PS5

实践指导五：
怎样使用男用和女用避孕套

4

第四章：子宫颈癌的筛查



第四章：子宫颈癌的筛查

要 点

- 筛查是对所有具有患子宫颈癌风险的妇女的检查，她们中大多数无症状。
- 筛查的目的是发现癌前病变，这些癌前病变如果不治疗，可能发展为癌症。
- 只有通过有组织的筛查体系进行随访和治疗，筛查才能有效。
- 在筛查中发现异常的妇女需要定期随访、明确诊断、或给予相应的治疗，以阻止病变进展为癌症或是能在癌症的早期进行治疗。
- 子宫颈癌的筛查方法包括以下几种。巴氏涂片（细胞学）是唯一的一项已用于大规模人群且被证实可以减少子宫颈癌发病率和死亡率的检查。其他方法（VIA、VILI、HPV）有一定的发展前景，但它们的有效性还缺乏对照研究的证据，大样本的研究还在进行中。
- 不管采用何种筛查方法，疾病控制计划有效的关键在于使尽可能多的妇女得到高质量的筛查和治疗。
- 对于大多数有患癌风险的妇女，享有由中心统一组织、设计并实施的筛查计划要优于机会性筛查。

概 述

本章提供了筛查的详细信息，分析了有组织的筛查优于机会性筛查的原因。本章介绍了各种可供选择的筛查方法并比较其优缺点。

健康保健工作者的职责

在妇女子宫颈癌筛查中，健康保健工作者是公共卫生协作项目的核心人物，该协作项目还应包括卫生管理部门、项目策划者、项目管理者、实验技术人员、专业医疗工作者和社会工作者。

健康保健工作者的任务是确保：

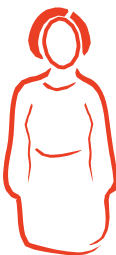
- 前来筛查的妇女能够得到恰当的信息和咨询。
- 应遵循子宫颈癌筛查和治疗的指南。
- 应有组织地进行筛查，确保目标人群不遗漏。

- 参加筛查的妇女均理解筛查和随访的内容，并签署知情同意书。
- 完成筛查、治疗和转诊各个步骤，正确评估患者的病情，严格采取控制感染的措施。
- 应告知妇女筛查的结果，尤其是结果不确定或阳性（异常）时。
- 正确处理患者自己发现的或健康保健工作者检查出的性健康和生殖健康问题。
- 进行恰当和忠实的记录，保存于卫生保健机构，或交给妇女自己保存。
- 对需要重复筛查、进一步检查、转诊或治疗后护理的妇女，进行相应随访。

上述职责在本章节中将进一步阐述。

实例⁵

普拉提比 (Pratibha) 是一位37岁的妇女，居住在印度的马哈拉施特拉。一天，当她取水回到家时，她看到两位女性健康工作者正在与她的丈夫谈话。健康工作者问了她许多问题，例如：年龄、什么时候结婚、有多少孩子等。她们告诉普拉提比有关



子宫颈癌的知识以及她有一次在村子里做筛查的机会。普拉提比问为什么她会被选去做筛查，她们告诉她村子里所有年龄大于30岁的妇女都将接受访问并被邀请接受筛查。参加这个计划的一个好处是筛查和治疗（如果需要）都是免费的。包括普拉提比在内的几乎所有受到邀请的妇女都接受了筛查。就像之前告诉她的一样，检查很快而且无痛苦。检查后，健康工作者强调她应该两周后回来取检查结果。当普拉提比取结果时，工作人员告诉她结果正常以及3年复查一次的重要性。

⁵ 摘自：Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, ACCP, 2004.

筛查计划

什么是筛查？

筛查是用于危险人群和目标人群的一种公共卫生干预手段，不是用来诊断疾病，而是用于识别很可能患有或将会患有某种疾病的个体。参加子宫颈癌筛查的妇女可能确实感觉非常健康，看上去没有理由去医疗机构进行健康检查。

并非所有疾病都能进行筛查，所有可以进行计划性筛查的疾病应满足下列条件：

- 对公共健康有严重影响的疾病。
- 在临床前期（无症状期）可以检测的疾病。
- 筛查试验必须简单、无创、敏感、特异、经济和易于被目标人群接受。
- 临床前期的治疗对长期病程和疾病进展有积极作用。
- 筛查试验阳性的人群所需的进一步检查和治疗，应当能够得到、易于接受且经济上负担得起。

子宫颈癌筛查满足上述条件。

只有具备以下因素时筛查计划才能成功：

- 对危险人群的高覆盖率⁶（80%）。
- 对筛查阳性的人群进行相应的随访和治疗。如果阳性结果者不能正确随访，那么增加覆盖率的努力是徒劳的。
- 疾病控制计划中各组成部分之间的有效联系（例如：从筛查到诊断和治疗）。
- 高质量的人群覆盖、筛查试验、诊断、治疗和随访。
- 充足的资源。

子宫颈癌筛查的目的是最大限度地对有患病危险的妇女进行检查，并确保对阳性或异常结果的人群进行相应的随访。这些妇女需要诊断性检查、随访或治疗。筛查结果阳性的妇女通常需要阴道镜检查和组织活检作为特异性诊断，以明确异常的程度、范围（见第五章）。

⁶ 覆盖率是指在特定时间内按推荐间隔期进行筛查的妇女占目标妇女人群的比例。筛查试验的次数不是覆盖率，因为筛查试验次数可能包括目标人群以外的妇女，和多于推荐次数重复进行筛查的妇女。

4

第四章：
子宫颈癌的筛

有组织的和机会性子宫颈癌筛查

有组织的筛查

有组织的筛查是用现有资源最大限度的对尽可能多的子宫颈癌高危妇女进行检查。通常在国家和地区水平进行计划。有组织的筛查应特别注意：

- 目标人群；
- 筛查间隔；
- 覆盖的目标；
- 鼓励妇女加入筛查计划的机制；
- 用于筛查的检查；
- 确保所有筛查结果阳性的妇女得到通知的措施；
- 对阳性妇女进一步诊断和治疗的转诊机制；
- 提供治疗建议；
- 监测和评价筛查计划的指标。

机会性筛查

机会性筛查是指当一个妇女由于其他原因来到健康服务机构时进行的检查，独立于有组织的或以某人群为基础的项目外。医务人员可以在咨询中推荐进行筛查或由妇女自己提出。机会性筛查侧重于面对进行产前、儿童健康和计划生育保健的低危年轻妇女。

普遍认为组织性筛查比机会性筛查花费少效率高，能更有效利用现有资源和确保最大多数的妇女受益。如果出现质量控制差、危险人群的覆盖率低、对低危人群的过度筛查、失访率高，组织性筛查和机会性筛查都有可能失败。

筛查的益处和风险

作为一般性健康教育的一部分和在筛查前获得知情同意时，均应与妇女一起讨论筛查的益处与风险。筛查的益处以前的章节中已讨论，然而就像所有面向健康人群的项目一样，子宫颈癌的筛查也会出现一些意想不到的结果。例如：

- 心理影响——担心害怕被检查出癌症。
- 错误的认为阳性筛查结果就是癌症诊断。

- 假阳性结果（正常宫颈被认为异常）可能导致不必要的焦虑和处理。
- 出现假阴性结果（异常宫颈报告为正常）。
- 发现其它无法治疗的疾病。

一般来说，遵循本指南中的建议，可以减少出现这些不良结果。

筛查目标人群和频率

通常在国家水平，根据当地子宫颈癌的患病率和发病率，以及 HIV 流行情况、现有资源和设施等相关因素，决定筛查目标的年龄和筛查频率。

推荐的筛查年龄和筛查频率是从细胞学筛查的经验中得到。到目前为止，还没有相应的以 HPV 检查和以肉眼观察为基础的筛查数据。

在决定筛查目标的年龄和筛查频率时，制定计划者应考虑下述问题：

- HPV 感染在年轻妇女中很常见，但大都为一过性的。
- 只有少部分 HPV 感染会导致浸润癌。
- 子宫颈癌发展很慢，从早期癌前病变到浸润癌通常需要 10-20 年的时间。
- 子宫颈癌在 30 岁之前很少见，筛查年轻妇女会发现许多永远不会发展为癌的病变，导致过度治疗，效价比差。
- 3 年一次筛查与 1 年一次筛查同样有效，如果资源有限，5-10 年筛查一次甚至仅在 35-45 岁之间筛查一次也会明显降低子宫颈癌的死亡率。

子宫颈癌筛查的推荐年龄和频率

- 新计划将启动，在 30 岁或以上的妇女中开始筛查，如果已经覆盖所有高危的妇女，可以加上更年轻的妇女。现有的组织性筛查计划中不包括年龄小于 25 岁者。
- 如果一个妇女一生中只能筛查一次，那么最好在 35-45 岁之间。
- 对 50 岁以上的妇女 5 年筛查一次是合适的。
- 如果资源许可，在 25-49 岁间可以 3 年筛查一次。
- 任何年龄都不推荐每年筛查一次。
- 如果前 2 次宫颈涂片结果为阴性，65 岁以上的妇女不需要再筛查。

特殊考虑

在进行大规模筛查之前，国家制定计划者要考虑到确保对新发现癌症患者的治疗设施到位。有效的治疗浸润性癌需要特殊设施，这些都必须是在筛查计划开始之前做好准备（见第六章）。

对于一个既往从未进行过筛查的人群，在新的筛查计划中会发现许多不同期别的癌症病例。如果疾病已非常晚期或由于某种原因不能进行治疗，应姑息治疗（见第七章）。

在 HIV 高流行区的筛查

在 HIV 高流行区，子宫颈癌的筛查就尤其重要，因为 HIV 阳性的妇女更易出现 HPV 持续感染、子宫颈癌前病变甚至子宫颈癌的发病率更高。在 HIV 流行区，子宫颈癌筛查阳性的人会增加到目标人群的 15%-20%。对 HIV 阳性或阴性者，细胞学筛查同样有效。尽管 HIV 阳性者中子宫颈癌前病变和子宫颈癌的发生率更高，但并不意味着她们在进行筛查、随访、治疗时比别的妇女（她们有同样的健康和社会需求）更有优先权。所有妇女，无论是否 HIV 感染，都应鼓励进行子宫颈癌筛查，只要她们能够负担医疗费用。注意不要把子宫颈癌阳性筛查结果与 HIV 试验联系起来，但是有癌前病变的妇女知道自己的 HIV 感染状况

还是有帮助的，尤其是在可获得抗反转录病毒治疗（ART）时。国家确立 HIV 感染的妇女的筛查原则时，应考虑这些问题。

建议

无论 HIV 感染是否存在，妇女都有子宫颈癌筛查的同等机会。

孕期妇女的筛查

妊娠期不做子宫颈癌筛查有时会被认为错失一些机会。进行产前检查可能是子宫颈癌筛查的好时机，但是将子宫颈癌筛查加入到常规产前检查中也不是最佳选择，原因如下：

- 大多数妊娠妇女都较子宫颈癌筛查目标人群年轻。
- 在一些文化背景下，妊娠妇女不愿接受妇科检查。
- 孕期筛查试验的阅片工作更加困难，例如细胞学阅片。
- 在妊娠期 CIN 很少发生逆转，但在分娩后，相当比例的 CIN 都能自行消退。
- 只有在不能除外浸润癌时，才对妊娠妇女进行活检。
- 妊娠期是治疗非浸润性癌的禁忌证。

参加产前检查的筛查目标年龄的妇女建议产后 12 周进行筛查。但是，阴道窥器检查时发现明显的宫颈异常或检查者感觉患者不会复诊时，她应该进行筛查。另外，医务人员应鼓励该妇女对她周围的筛查目标年龄的妇女进行宣教，建议她们接受进行筛查。

计划生育门诊妇女的筛查

机会性筛查常与计划生育服务整合在一起。计划生育咨询提供了一个讨论子宫颈癌筛查益处的好机会，而且在生殖健康咨询中妇科检查更易于接受。在计划生育门诊中，应鼓励筛查目标年龄的妇女进行子宫颈癌筛查。无论使用哪种避孕药的妇女并不需要接受比其他妇女更多的子宫颈癌筛查。

患生殖道感染或性传播疾病（RTI/STI）妇女的筛查

筛查目标年龄的妇女因提示 RTI/STI 可能的主诉就诊时应进行检查。只有在无明显的急性感染时才能进行子宫颈癌筛查；如果窥器检查发现急性感染证据，应采取适当的治疗措施，子宫颈癌筛查应推迟到感染消除后再进行。

对 RTI/STI 的健康教育和咨询应包括 HPV 感染的知识，及其与子宫颈癌的关系，安全的性行为（包括避孕套的使用）所能提供的保护作用。男性伴侣亦应治疗，并告知子宫颈癌的预防措施。针对男性的 STI 治疗应告知包括 HPV 感染和子宫颈癌预防的相关知识。

子宫颈癌筛查的其他时机

生育年龄晚期的妇女是发生子宫颈癌的最高危妇女，尤其是如果她们从未接受过筛查。她们比年轻妇女较少就诊于生殖健康部门，但可能就诊于其它保健部门，如：治疗高血压、心脏病、糖尿病或感染性疾病的部门。另外，目标年龄组的妇女可能陪着需要医疗服务的孩子和亲属到医疗机构来。无论什么原因到医疗机构来的所有筛查目标年龄的妇女都应得到有关的信息，并被鼓励参加子宫颈癌筛查（见第三章）。普通的一、二、三级医疗机构里，经过培训的医务人员都能为这样的妇女提供子宫颈癌筛查。如果不能，可进行健康教育并推荐到方便的筛查诊所。

子宫颈癌筛查要努力达到：

不管什么原因接触健康保健系统的所有目标年龄的每一个妇女都能接受筛查。

筛查实验的选择

由国家或地区决定选择所用的筛查实验方法。无论如何，健康保健者应对所有筛查方法有一些基本认识。

决定所用的筛查方法应取决于以下方面：

- 保健系统的组织；
- 可用的资金；
- 保健工作者的类型和数量；
- 现有的实验室条件和运输设施；
- 不同筛查方法的可行性和费用。

所用的筛查方法也取决于妇女的居住地的远近，例如：在城市可以选择要求妇女回来取结果的宫颈涂片。在同一国家边远的乡村妇女则可选用醋酸染色肉眼观察（VIA），立即就可得到结果。

子宫颈癌筛查试验中使用最广泛、时间最长的是细胞学检查。它从 19 世纪 50 年代就在许多国家中开始应用，在加拿大、美国和一些北欧国家，基于细胞学的筛查和治疗计划减少了 80% 的子宫颈癌发病率和病死率，在其他欧洲国家则减少了 50%-60%。

由于细胞学筛查的自身需要，包括：经过良好培训的人员、完善的实验室设备、标本的运输、收集病人的信息和进行随访的有效系统，在资源匮乏的地区很难达到这样的效果。另外，由于其他健康需求的竞争，常常造成缺少资金和相应政策扶持，子宫颈癌的筛查难以被优先考虑。

由于细胞学为基础子宫颈癌筛查存在实施的问题，发展了其他替代的方法，如肉眼观察实验。这些方法在试点地方似乎是有希望的，但还未广泛开展。在目前进行中的大规模人群研究未完成前，这些方法对子宫颈癌发生率和病死率的最终影响还无法知道。以 HPV 检测为基础的筛查已经商品化，其缺点有：需要高级实验室设备、花费高。

伦理问题

权衡不同疾病所造成的死亡或残疾与诊治该疾病的效率、费用及其影响，可以决定如何更好的利用有限的资源。然而，优先顺序的决定权在国家。卫生保健人员应知道这些决定的原因，以便他们能主动地贯彻和向病人解释（见第一章）。如果很好地计划并与其他性健康和生殖道健康项目有机结合，子宫颈癌筛查不仅能增强健康保障体系，而且能改善妇女健康，特别是过了生育年龄的妇女，她们的健康问题常常被忽略。

为确保符合伦理和平等权利，在进行筛查前，应考虑以下因素：

- 所有符合标准的妇女都能得到筛查，包括最贫穷、最弱小和最难达到的地方。
- 患者、健康保健工作者、社区都应接受健康教育以确保筛查和治疗方面更好的知情决定。
- 病历记录系统要保密。
- 具备诊断实验、随访和治疗条件，并应容易获得。
- 对阳性筛查结果妇女的随访和处理，健康保健工作者应有明确的指南。
- 有机构准备应付筛查过程中所发现的其他健康问题，如妇科疾病患。

知情选择和知情同意

知情选择和知情同意是基于自主和尊重个体的伦理原则。在许多文化中，同意是一个集体决定，这一过程涉及到其他人，如性伴侣、家庭成员和村长等。健康教育和咨询所提供的准确信息可以确保妇女及其家庭知道子宫颈癌的知识，谁有患子宫颈癌的危险，筛查如何降低风险，和筛查可能的副反应。在同意筛查之前，妇女应被告知具

体要采用哪种筛查试验、阳性结果的意义和后果、必要时可获得的治疗等信息。当不能立即得到结果时（与肉眼筛查方法除外），知



知情同意

⁷ 注：知情同意与知情选择不同。知情同意指当她（或他）就某一操作或检查获得充分的信息后，做出合理的个人选择（知情选择），表达允许进行该操作或检查的愿望。

情同意还包括同意与其家庭和工作单位联系。尊重自主权要求自愿选择筛查，并非强制性的。

筛查对象的评估

所有参加筛查的人在进行筛查前都应进行一个基本评估，包括告知相关信息和咨询、签署知情同意书、采集社会信息和临床病史、进行体格检查。



咨询辅导

病史可以提供有用的信息以决定是否需要有利于患者的其他检查、检测或治疗。由于常常羞于启齿生殖道问题，妇女往往不愿谈及她们的忧虑或症状、体征。为建立和保持信任与尊重，在采集病史前要向每一位妇女明确保证保密和私密原则。

子宫颈癌的筛查中盆腔检查的重要部分是肉眼检查外生殖器和窥器检查。医务人员应讲明检查中每一步都要做什么。如果注意到有异常，应告知妇女但不要惊吓她。如果可能，女性医务人员进行检查可以减少妇女不情愿检查的情绪，使筛查容易接受。如果检查者是一位男性，妇女可以要求一位女伴或女性医务工作者在房间内。



盆腔检查

问病史和查体时发现性健康和生殖道健康问题

筛查同时处理性健康和生殖道健康问题有助于改善妇女的健康，尤其是老年妇女。在问病史和盆腔检查中，医务人员应特别注意提示癌、STI 和其他疾病的症状和表现。另外，应给予妇女提出关于性健康和生殖道健康问题的机会。发现异常的妇女应进行相应治疗或进一步检查。

子宫颈癌筛查中预防感染

象所有的医疗活动一样，在子宫颈癌筛查中，应谨慎预防感染。如果忽视了指南中关于洗手、使用器械、处理已用过的器械（包括手套）等方面的规定，包括 HIV 在内的病原体，可能会传播。常规预防感染传播的方法（见附录 1）应使用于所有的患者，无论他们看上去是健康或是疾病，无论是否已知有 HIV 或其他感染。这些方法可以给医务人员和患者双方都提供保护。医务人员只

能使用未污染的器械，在进行窥器检查和双合诊检查、采集标本、进行冷冻等治疗时均应戴乳胶手套。

筛查方法

一个好的筛查实验应该：

- 准确；
- 可重复性好；
- 价格低廉；
- 操作简单，容易随访；
- 接受性好；
- 安全。

以下的检查或多或少满足以上要求：

- 细胞学：传统的（巴氏涂片）和液基的；
- **HPV-DNA** 检测；
- 肉眼观察：用醋酸或卢戈氏（**Lugol's**）碘剂。

下面介绍各种筛查实验方法，每种方法的优缺点总结于表 4.1，衡量试验的特性及其意义见附录 3。

细胞学

传统巴氏涂片

用末端延长的木质刮板或刷子在宫颈移行带收集细胞标本，不再推荐使用棉签。移行带所有的区域都应取样，因为这里几乎是所有高度病变发生的地方。然后将标本涂抹于玻片上，立即固定以保持细胞形态。玻片送到实验室染色并显微镜检查以确定细胞是否正常（图 4.1）并以 TBS 分类系统（见附录 2）分类。巴氏涂片的结果回报于临床，卫生保健人员有责任确保妇女知道筛查结果，并如附录 4a 所述进行相应的随访。巴氏涂片检查用时不到 5 分钟，没有痛苦，可以在门诊检查。



感染预防



检测方法



巴氏涂片

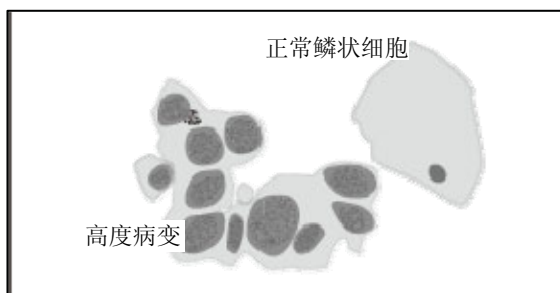


TBS系统

建议妇女行经期、急性感染期、妊娠期推迟检查。满意的涂片要求充足数量且保存良好的鳞状上皮细胞和移行带/宫颈管内成分。所有涂片均应清晰标记。



图 4.1 图示正常的和异常的上皮细胞



细胞学检查的准确率取决于操作质量，包括采集标本的操作（取样和固定涂片）、实验室制片和阅片。在发达国家最好的条件或科研条件下，传统细胞学可以发现84%的癌前病变和癌症。然而，在条件不好时其敏感性可以低到38%。特异性通常超过90%。

液基细胞学 (LBC)

这是传统细胞学的改良，始于 20 世纪 90 年代中期，很快推广用于一些设备良好的实验室。医务人员将标本从宫颈刷转移到保存溶液中，再送到制片的实验室，而不用将细胞涂抹于玻片上。LBC 较传统的细胞学检查昂贵，实验室人员须经过特殊培训。但较传统方法有如下优势：

- 标本从更有代表性的区域获得，假阴性结果少。
- 不满意的标本少。
- 阅片出报告的时间缩短，提高效率和性价比。
- 收集的标本可以用于检测 HPV DNA。

然而，到目前为止，在 LBC 和传统的细胞学之间没有随机对照研究比较。几项研究显示 LBC 比传统的巴氏涂片更敏感，特异性几乎相同。

检查者

经过短期训练，任何知道如何进行窥器检查的人（护士、助理护士、助产士、诊所工作人员、医生）均可做巴氏涂片。

适应证

下列妇女应作筛查：

- 25-65 岁之间的妇女，既往从未做过巴氏涂片，或 3 年或更长的时间之前做过该检查（或根据国家指南规定）。
- 上次巴氏涂片取材不足或提示轻度异常。
- 有异常出血、性交后出血、绝经后出血或其他异常症状。
- 发现宫颈有异常。

巴氏涂片的阅片报告

在病理医生的指导下，由实验室中经过培训的细胞学医师阅片，病理医生对最终报告负责。正确的报告是筛查计划成功的关键。为维持熟练程度，防止疲劳，细胞学医师每天最多在显微镜前工作 5 小时，每年至少阅片 3000 张。保证质量很重要，每个细胞学实验室均应确保报告质量，最常用的方法有 2 种，一是快速复读所有阴性玻片，一是随机抽出 10% 的阴性玻片仔细复读。这两种方法中复读都由另一位细胞学医师完成。异常的涂片由病理医师确诊。目前的证据显示两种方法中快速复读所有玻片更有效，效价比更高。实验室应保证每年至少阅读 15 000 张玻片⁸。因此，细胞学检查不应分散到初级卫生保健诊所或小实验室。可靠运输玻片到实验室、送和取报告很重要。

⁸ 本指南未包括细胞学实验室的详细资料，按照本章末尾的“补充资料”可找到更详细的信息。

报告返回卫生保健机构的速度是实验室服务和保健服务质量的体现，很大程度上影响妇女对检查的满意程度。

建议

如资源充足，推荐大规模子宫颈癌筛查中应用细胞学检查。

以检测 HPV-DNA 为基础的筛查

一种新方法基于检查阴道和宫颈涂片中的高危型 HPV DNA。用棉签或小刷子从阴道或宫颈上采集标本，放入装有保存液的容器。标本可由卫生保健人员采集，或由妇女本人把棉签伸入阴道自己采集。研究表明自己采集标本没有卫生保健人员采集标本敏感。两种方法采集的标本都被送到实验室中进行下一步处理。目前的 HPV DNA 检查需要复杂的实验设备，不适用于低级别实验室，花费更少和更简易的检测方法尚在开发中。检测 HPV DNA 阳性并不意味着存在癌前病变和癌症，它仅意味着 HPV 感染。正如前面所讲的一样，HPV 感染在 35 岁以前的妇女中很常见，大部分能自然消退。当用 HPV 做初级筛查时，检查出癌前病变和癌症的敏感性在 50%-90% 间，大部分报道敏感性在 85% 以上。特异性在 50%-95% 之间，平均为 84%。35 岁或以上者检测 HPV 更好，因为这些妇女中阳性结果更有可能是持续感染的结果。这些妇女中敏感性和特异性分别为 89% 和 90%。联合检测 HPV 和细胞学非常敏感，阴性预测值（见附录 3）接近 100%。因此，可能两项结果均阴性的妇女可以延长筛查间隔。然而，做两项检测费用昂贵、需要分子实验室、可靠的运输，这些都是巨大的挑战。HPV 检测资源匮乏的地区还无法做到。新的更快、更敏感、花费更少的检查 HPV 的方法正在研究，目前还没有。



检查者

只要附近有合适的实验室，能可靠地运输标本，在任何层次的卫生体系中经过训练的检查者都可以做HPV检查。临床对HPV检测的需求与对巴氏涂片和肉眼观察的要求一样。

适应证

HPV检测目前还未单独作为首选筛查实验，主要与细胞学联合应用以提高敏感性，或作为筛选手段来判定哪些巴氏涂片可疑结果的妇女需要阴道镜检查。主要适应证是在巴氏涂片结果为意义未明确的非典型鳞状上皮细胞（ASC-US）的妇女中，只有高危型HPV DNA阳性者需要进行阴道镜检查 and 活检，这样可以减少做阴道镜的患者数量。

实验设施

HPV 实验室需要一个特别洁净的环境以防污染，需要严格培训的技术员，需要 HPV DNA 生产厂商特殊要求的设备和试剂。

建议

目前，HPV DNA 检测作为首选筛查试验方法只推荐用于一些试点项目，或严密监控的状况下。资源充足时可以和细胞学检测或其他方法联合使用。30 岁以下不推荐做 HPV DNA 检测为基础的筛查。

肉眼观察方法

有 2 种肉眼观察方法：

- 醋酸染色肉眼观察（VIA）；
- 卢戈氏碘染色肉眼观察（VILI）。



VIA 和 VILI

使用稀释醋酸（在醋酸染色肉眼观察中）或卢戈氏碘剂（在碘试验中）后，肉眼观察即可发现宫颈异常，无需放大。异常宫颈组织涂上醋酸后，会暂时变白（醋白），检查者可以立即判断阳性（异常）或阴性（正常）结果。当碘剂涂于宫颈时，癌前病变和癌

组织会表现为边界清楚的厚芥末黄或橘黄色，而鳞状上皮染成棕色或黑色，柱状上皮保持粉红色。

由于不依靠实验设备，在资金缺乏的地区，醋酸染色肉眼观察和碘染色肉眼观察有希望代替细胞学检测。在发展中国家，正在做大规模的、有代表性的随机对照实验。在实验结果还未出来之前，WHO推荐醋酸染色肉眼观察和碘染色肉眼观察只用于试点项目，因其对子宫颈癌的发病率和病死率的影响还未可知。在科研中，VIA对子宫颈癌前病变和癌症的敏感性平均为77%（56%~94%），特异性74%~94%之间，平均为86%。低倍放大与肉眼观察相比，并不能提高VIA的效果。一项研究表明VILI可以检测出92%的癌前病变或，比VIA和细胞学敏感性高。对未患病的检测能力同VIA相似（85%），低于巴氏涂片，一项研究表明VILI比VIA可重复性高。VILI和VIA可在诊所和其他门诊条件下进行，它们均用时短、无痛苦、立即判断、无需标本。

优点

- VIA、VILI 相对简单，可教给护士、助产士和其他医务工作者。
- 立即评价，无须运输、实验室人员和设备。
- 价格低于其他常规使用的方法。
- 立即获得结果，大多数不需多次就诊，减少失访。
- 可以用于妇女单次就诊即可完成的即查即治方法。

缺点

- 阳性预测值（见附录 3）低，相当一部分阳性结果的妇女并未患病，导致过度诊断和治疗，以及不必要的焦虑。
- 绝经后妇女不能依赖肉眼观察方法，因为这些妇女的转化区通常在宫颈管内。
- 缺乏长期可靠的记录，以后不能复阅。
- VIA 多作为一生一次的筛查实验进行评价，其周期性筛查的作用尚无评价。



附录 3

检查者

经过培训的护士、助产士、助理护士、医生和其他医务工作者，只要有足够的用品和监督指导，均可进行VIA。培训获得资格认证需要5-10天。为保持检查质量，需由一个有经验的检查者指导日常工作。研究表明刚经过培训的检查者的报告假阳性结果较多，经过几个月积累经验后，假阳性结果就会减少。

适应证

如果在筛查项目中作为筛查实验方法，VIA 和 VILI 适用于所有指南中规定的目标年龄的妇女，只要满足以下条件：

- 未绝经妇女。肉眼观察不推荐用于绝经后妇女，因为转化区退至宫颈管内，窥器检查不能看见。
- 原始鳞柱交界和新鳞柱交界（即整个转化区）均可见。

如果不满足以上条件，且在特定临床环境中无其他筛查方法，应建议用宫颈涂片。

建议

肉眼观察法（VIA、VILI）目前只推荐用于试点项目或其他密切监控的条件下，不推荐用于绝经后妇女。

表 4.1 几种子宫颈癌筛查实验方法的特点总结

检查方法	程序	优点	局限性	现状
传统细胞学 (巴氏涂片)	由检查者采集宫颈细胞，由实验室经过培训的细胞学医师检查	<ul style="list-style-type: none"> • 历史悠久 • 广泛接受 • 永久保持的检查记录 • 已经建立确保质量控制的培训和机制 • 在现有基础上适当投资即可有提高 • 特异性高 	<ul style="list-style-type: none"> • 不能立即得到报告 • 需要保证及时与妇女沟通检查报告和随访 • 需要运输标本到实验室、送回报到诊所 • 需要实验室质量保障 • 中度敏感性 	<ul style="list-style-type: none"> • 19 世纪 50 年代后被许多国家采用 • 在发达国家，以细胞学为基础的筛查计划已减少了子宫颈癌的病死率
液基细胞学 (LBC)	采集宫颈细胞的小刷子浸入特殊液体中，再送到实验室处理和检查	<ul style="list-style-type: none"> • 很少有不充分或不满意的标本需病人返回重新筛查 • 细胞学医师熟练后，阅片耗时少 • 标本可用于分子检测，如 HPV 检测 	<ul style="list-style-type: none"> • 不能立即得到报告 • 辅助材料和设备较传统细胞学昂贵 • 敏感性和特异性尚无与传统的细胞学的对照研究 	在一些发达国家作为筛查方法（如英国）

续表见下页

上接第99页表

表4.1 几种子宫颈癌筛查实验方法的特点总结

4

第四章：子宫颈癌的筛查

检查方法	程序	优点	局限性	现状
HPV DNA 检测	由检查者或妇女本人用棉签取样，再送到实验室检测 HPV DNA 分子	<ul style="list-style-type: none"> ● 标本采集简单 ● 自动化处理 ● 可与宫颈涂片联合使用提高敏感性，但也增加费用 ● 阴性结果意味无 HPV 感染和无相关疾病存在 ● 结果永久保存 ● 35 岁以上妇女特异性高 	<ul style="list-style-type: none"> ● 不能立即得到报告 ● 人均费用高 ● 实验室要求复杂，需运输标本 ● 年轻妇女特异性低，导致过度治疗 ● 试剂保存问题 	<ul style="list-style-type: none"> ● 已经商品化，在一些发达国家用于辅助细胞学检查 ● 低费用检测在开发中
肉眼方法 (VIA 和 VILI)	涂醋酸 (VIA) 或卢戈氏碘剂 (VILI) 后由经过培训的检查者检查	<ul style="list-style-type: none"> ● 相对简便和费用低 ● 立即获得结果 ● 经短期培训的人员可进行检查 ● 对设备要求低 ● 可在单次就诊中完成筛查，并立即进行治疗 	<ul style="list-style-type: none"> ● 检查者之间变化大 ● 特异性低导致转诊率高和过度治疗 ● 无永久记录 ● 不适用于绝经后妇女 ● 缺乏标准 ● 需要反复培训 	<ul style="list-style-type: none"> ● 证据有限 ● 目前只推荐用于试点项目 ● 大规模的随机导致研究尚未完成，缺乏其对子宫颈癌发病率和病死率影响的数据

随访

筛查结果异常（阳性）妇女的随访和处理

筛查本身不能预防单个病例发生子宫颈癌。子宫颈癌预防计划成功的最关键因素可能是建立一个有效的系统，保证对筛查阳性结果的妇女进行随访和治疗。

理想情况是无论筛查结果是阴性还是阳性，所有妇女都能得到筛查结果。实际上，由于资源有限很难达到。至少，阳性结果的妇女必须得到结果和知道她需要进行怎样的随访。随访按国家指南进行，或参照附录4的推荐。



随访是妇女的福利，是预防计划成功的关键。要尽一切努力联系筛查结果阳性的妇女。

以下措施有助于保证对阳性结果的妇女进行随访：

- 经过其同意，筛查时记录她的住址和其他联系方式。
- 咨询时和筛查后，卫生保健人员应强调回来取结果和随访的重要性。
- 每个诊所都有所有筛查阳性妇女的记录，并记录她们是否得到结果和进行了随访。诊所应指定专人负责确保妇女进行随访。

对没有如约回来随访的妇女，卫生保健人员可以：

- 发信件；
- 打电话到妇女的家中或工作单位；
- 让社区保健人员直接到妇女家中进行联系。

卫生保健官员和保健人员可利用当地其他适宜途径，与筛查结果异常的妇女取得联系。

**如果筛查结果异常的妇女没有按时回来随访，
医疗机构要尽一切努力找到她。**

4

第四章：子宫颈癌的筛查

保存记录

使用在一个国家内通用的记录方法，以便子宫颈癌控制计划收集到的数据可以进行比较。信息系统应包括每个妇女所有的临床记录、就诊计划、保持随访或失访记录。可以简单记录于纸张上或电脑中。记录本登记参加筛查的妇女及其结果。如果妇女需要以后回来取结果，记录系统必须保证筛查结果阳性的妇女得到结果和追踪到很难找到的妇女。随访样表见附录七。



各级卫生保健机构在筛查中的工作

社区



- 进行社区健康教育，推动筛查计划，鼓励妇女参加筛查。
- 介绍适宜的妇女进行筛查。
- 帮助妇女到达筛查诊所。
- 帮助随访筛查结果阳性的妇女，确保她们回诊所治疗。

卫生院



- 用国家指南规定的方法筛查，并整合于其他保健服务中。
- 培训、支持和指导社区保健工作人员。
- 与社区保健工作人员一起对妇女进行教育，并使她们参加筛查。
- 参与促进高危妇女进行筛查的活动。
- 在诊所和社区提供咨询和卫生教育。
- 通知结果阳性的妇女并给予咨询，建议她们进行所需的随访、诊断和治疗。
- 建立准确的患者信息系统，以便追踪随访治疗后的妇女。

地区医院



- 按照国家计划，开展筛查工作。
- 通知异常结果的妇女并给予咨询，告知其所需的随访、诊断和治疗。
- 培训、支持和指导卫生院的医务人员。
- 安排转诊到上级或下级卫生保健机构。

中心医院



- 对到门诊的妇女在门诊进行筛查。
- 保持中心医院的细胞学、病理学和分子实验室工作正常。
- 解释筛查阅片结果和组织病理结果，并保证报告送回筛查地点。
- 培训医疗人员，支持和指导下级医疗机构的卫生保健人员。
- 安排转诊和联系下级医疗机构。

4

第四章：子宫颈癌的筛查

咨询信息

刚完成筛查的妇女应被告知以下情况：

- 是否发现有异常；
- 什么时候取结果；
- 下次就诊的日期。

取结果的妇女应就下列各项进行咨询：

- 筛查的结果和意义；
- 如果结果正常，下次筛查的日期；
- 如果筛查结果不确定或不正常，需进行怎样的随访；
- 在什么时候、什么地方随访。

补充资料

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Arbyn M. *A technical guideline: collection of adequate Pap smears of the uterine cervix*. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2001.
- *Cervical cancer prevention: guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I. A guide for programme managers*. New York, Cervical Health Implementation Project, South Africa, University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth, 2004
- IARC. *A practical manual on visual screening for cervical neoplasia*. Lyon, IARC Press, 2003.
- IARC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10).
- *Infection prevention: a reference booklet for health care professionals*. New York, EngenderHealth, 2001.
- *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff at hospitals and clinics*. New York, EngenderHealth, 1999.
- Miller AB. *Cervical cancer screening programmes, managerial guidelines*. Geneva, WHO, 1992.
- PATH *Planning appropriate cervical cancer prevention programs*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2000.
- PATH VIA/VILI curriculum. Course in visual methods for cervical cancer screening. In: Tsu V et al., *Western Kenya Cervical Cancer Prevention Project Final Report* Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2004 (Annex 10).
- Salas Diehl I, Prado Buzeta R, Muñoz Magna R. *Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002
- WHO. *Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO Consultation*. Geneva, 2002.

实践指导六：签署知情同意书

PS 6

实践指导六：签署知情同意书

何谓知情同意？

在进行子宫颈癌筛查前，患者必须签署知情同意书，这意味着她明白将要进行什么操作（包括进行操作和不进行操作的并发症及潜在危险）并同意进行操作。应该让患者清楚如果她拒绝该操作，不会有任何惩罚。

何时让患者签署知情同意书？

- 在开始任何检查或操作前，给患者将要做的检查所有的基本资料，并签署知情同意，事后签署知情同意，是不符合伦理的。
- 如果有需要与患者家里或工作单位联系的可能，如通知检验结果或提醒她预约复诊，也应该获得患者的知情同意。
- 只有患者表示同意时，才可以让家庭成员加入讨论。
- 尽量少使用医学术语，应用患者能明白的语言解释术语。
- 绘图或使用图片有助于阐述你的解释。
- 使用清楚、明了直接的语言，勿使用患者不明白或含糊的语言，如象“肿物”或“肿瘤”。
- 不要说得过多，使患者混淆，但应覆盖所有重要问题。
- 给患者一定的时间让患者明白你所说的内容。然后让患者提出问题，当回答完所有的问题后，可签署正式的知情同意。
- 在某些文化背景下，患者伴侣等其他参与做出决定也是重要的，但应尊重患者的意愿。

解释所作的操作及过程

如何向患者解释每一个操作或检查过程，在本指南各章节或相应实践指导中有详述。应该根据患者个人情况，用患者及家属能明白的语言，解释操作及其过程。

PS6

实践指导六：签署知情同意书

签署知情同意书的步骤

准备

2. 保证谈话的私密性，向患者解释所在医疗机构一贯尊重患者隐私。
3. 按照所在医疗机构的规定获得知情同意。
4. 应用医疗咨询的一般原则，与患者建立良好的沟通。仔细倾听并耐心解释患者所关心的问题，给予患者足够的时间让她理解及作出决定。
4. 询问患者是否希望其家庭成员在场，或是否希望回家与其家庭成员进行讨论。在患者作好充分的准备以前，不要强迫患者作出决定。



过程

5. 告诉患者所有有关推荐的检查、操作或治疗的必须信息，和可供选择的其他方法的信息。根据所在医疗机构的条件及患者个人情况，应用本指南提供的资料，向患者解释诸如冷冻治疗、手术、放射治疗等的过程，包括以下信息：
 - 操作的目的。
 - 可能的益处。
 - 做检查和不做检查的危险。
 - 是否需要麻醉及住院。
 - 可能的副作用及并发症，如果发生应如何解决。
 - 恢复时间。
 - 费用。
 - 成功及失败几率。
6. 询问患者是否有问题，并给予解答。
7. 确定患者是否明白，可通过要求患者重复谈话内容的难点或要点，或通过其他用词重复最重要的部分，如：“你是否明白该操作后 4 周内不能同房，你估计你丈夫对此会感觉如何？”
8. 纠正所有误解。
9. 进行书面记录，按照所在医疗机构的规定，记录在知情同意书上，或者在病历记录中，包括：
 - 已经确信患者了解所需信息。
 - 患者自愿同意进行检查或治疗（或拒绝检查或治疗）。

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查⁹

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

子宫颈癌筛查包括采集病史，评估患者是否有特殊的危险因素或相关提示症状。绝大多数筛查包括阴道窥器检查。

应具备以下设备和物品：

- 病历记录纸及铅笔；
- 如果可能，应有盆腔器官绘图；
- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 高温消毒的不同型号阴道窥器；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 5%氯溶液用于器械及手套去污。

病史

应询问被检者：

- 年龄、受教育程度、妊娠次数、分娩及活产数，末次月经、月经情况、避孕史等；
- 过去子宫颈癌筛查史，筛查时间及结果；
- 既往史包括服用药物情况及药物过敏史；
- 个人史包括可能增加患子宫颈癌的危险因素；
- 性生活史包括初次性生活的年龄、首次妊娠年龄，性伴侣数，既往性病史，以及其他任何可能增加子宫颈癌患病风险的行为习惯；
- 任何提示子宫颈癌及其他疾病的症状和体征。

⁹ 摘自：Burns A et al. Where women have no doctor. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997; and WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice*. Geneva, 2005.

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

进行盆腔检查

采集完病史后，进行盆腔检查。女性生殖道检查分为三部分：

- 外生殖器检查；
- 阴道窥器检查；
- 双合诊。

检查前

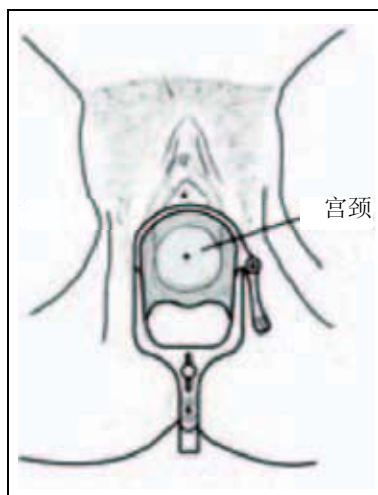
2. 应准备好各种必需的设备用品，并确保窥器使用时温度适宜；
3. 如果准备进行宫颈涂片等检查或治疗，应告知检查内容及目的，何时取结果；
4. 询问妇女是否有疑问，并如实回答；
5. 解释盆腔检查包括的内容，并将窥器给受检者观看；
6. 要求受检者排空膀胱（排尿），并脱去裤子，如受检者对暴露身体隐秘部位特别敏感，应特别注意她们的感受，尤其当进行有创检查时；
7. 让受检者躺在检查床上。

外生殖器的检查

1. 带手套轻轻检查受检者，注意有无红斑、包块、肿胀、异常分泌物、疼痛、生殖器周围及外阴皮肤皱褶间的裂伤及疤痕，这些可能是性传播疾病（STIs）的体征。

阴道窥器检查

10. 将窥器两叶合拢, 斜向轻轻滑入阴道, 尽量仔细勿碰尿道口及阴蒂, 因这些区域非常敏感。当窥器放入一半时, 旋转窥器使手柄向下, 轻轻撑开窥器以暴露宫颈, 轻柔缓慢地移动窥器以便完全暴露宫颈, 固定螺丝(或锁定窥器于开口位置), 使窥器保持在适当位置。



8. 检查宫颈, 正常宫颈应为粉红色, 圆形, 光滑, 可有小的黄色囊肿, 宫颈口周围发红, 或有透明粘液样分泌物, 这些属于正常。
9. 注意观察有无以下异常情况:
 - a. 阴道分泌物多及阴道壁红肿, 为阴道炎常见的体征。如果分泌物为白色及凝乳状, 可能为念珠菌感染。
 - b. 溃疡、疼痛或水疱。生殖器溃疡可由梅毒、软下疳、疱疹病毒引起, 在某些情况下癌症也可导致溃疡。疼痛及水疱一般由疱疹病毒所致。
 - c. 宫颈接触性出血, 或粘稠脓样分泌物为宫颈感染的体征。
 - d. 异常肿物或肿瘤, 可能为子宫颈癌。
11. 轻轻退出窥器, 当窥器离开宫颈后闭合双叶取出。

PS7

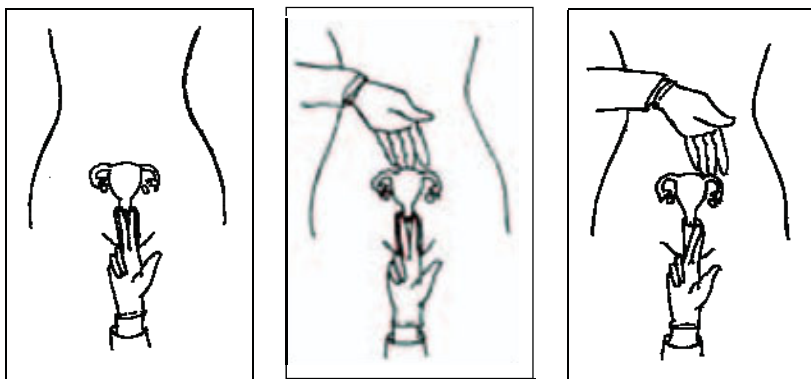
实践指导七: 采集病史和进行盆腔检查

PS7

实践指导七：采集病史和进行盆腔检查

双合诊检查

双合诊检查可触诊腹腔内的生殖器官。



12. 检查宫颈有无抬举痛。戴手套后将食指及中指放入被检者阴道内，手心向上，可感觉到宫颈实性圆形，然后将两手指分别放于宫颈两侧，轻轻移动宫颈同时注意被检者面部表情，如果该操作导致疼痛，可见被检者痛苦表情，这提示宫颈有摇摆痛，表明被检者有子宫、输卵管或卵巢感染（即盆腔炎或PID），如果感觉宫颈变软，提示妊娠可能。
13. 另一只手轻压下腹部，使子宫、输卵管及卵巢移向阴道内的手指，可确定子宫前位或后位、子宫的大小及形状。正常情况下，子宫实性，表面光滑，小于柠檬大小。
 - 如子宫增大变软，提示妊娠可能。
 - 如感觉子宫凹凸不平并变硬，提示子宫肌瘤或其他肿物可能。
 - 如触诊时患者感觉疼痛，提示感染可能。
 - 如固定不动，可能为既往感染后的粘连瘢痕。

14. 触诊输卵管及卵巢。正常情况下，一般不能触及，如感觉有大于杏仁的包块或被检者严重疼痛，提示可能感染或其他需要立即处理的疾病。如果患者附件区痛性包块伴有月经延迟，提示宫外孕可能，应立即到医院就诊。
15. 移动阴道内的手指，确定无异常包块、裂伤或疼痛。
16. 让被检者咳嗽或向排便样向下用力，检查是否有组织突出于阴道口外。如有，可能为子宫脱垂或膀胱膨出（脱垂）。

检查后

19. 将使用过的器械及手套放于去污溶液中。
20. 用肥皂及清水洗手。
21. 将所有的检查结果记录于被检者病历中。
22. 告诉被检者她的结果是否正常，如有异常，向被检者解释异常发现可能的临床意义。
23. 如有提示性传播疾病的体征，根据 WHO¹⁰ 或国家的指南，立即给予患者及其性伴侣相应治疗。提供避孕套及讲解如何使用。如发现急性宫颈炎或盆腔炎，按附录 8 给予相应治疗。
17. 如发现被检者有任何需处理的急症，或你所在中心不能处理的情况，如宫外孕，脱垂、宫颈肿瘤，转诊患者到更高级医院诊治。
18. 如有必要，预约随访时间。



¹⁰ WHO. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice* Geneva, 2005.

PS7

实践指导七：
采集病史和进行盆腔检查

实践指导八：宫颈涂片检查

巴氏涂片检查，使用刮板或刷子（参见图 PS8.1）采集宫颈口的细胞学标本，涂抹于玻片上，在显微镜下检查有无异常细胞（癌前病变的细胞或癌细胞），涂片显示有异常上皮细胞，报告为阳性。绝大多数巴氏涂片阳性的患者需要进一步检查以明确诊断并决定是否有必要进行治疗¹¹。进行传统的巴氏涂片所需设备和材料如下：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 有突起的木制或塑料刮板；
- 边缘磨砂的玻片及标记用铅笔；
- 固定液；
- 记录表格；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污。

图P 宫颈涂片取材器械



- (a) 木制刮板
- (b) 宫颈内口刷
- (c) 塑料宫颈细胞刷

¹¹ 当宫颈涂片报告为 ASC-US 或 LSIL 时，只有持续存在的病变（6 个月至 1 年两次宫颈涂片均报告病变）才需要进一步检查。

PS8

实践指导八：宫颈涂片

进行宫颈涂片

应注意以下内容：

- 经期出血多或有急性炎症时不宜进行涂片检查。少量阴道出血可以。
- 妊娠期不宜行宫颈涂片检查，因可导致误诊。但是如果被检妇女为筛查目标人群且分娩后可能不会复诊，可进行涂片检查。

在作任何检查、化验和操作前参照实践指导四进行咨询，宫颈涂片检查的特殊咨询步骤如下：



咨询辅导

准备

1. 解释检查过程、检查的目的、复诊看检查结果并进行相应处理的重要性，确信被检者充分理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



知情同意

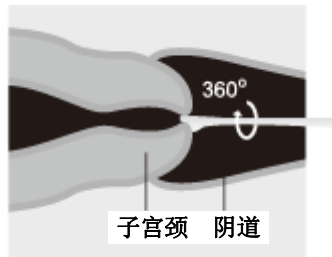


PS 7 盆腔检查

应用木制刮板涂片

3. 将刮板有长突起的一端伸入宫颈口，旋转 360 度。

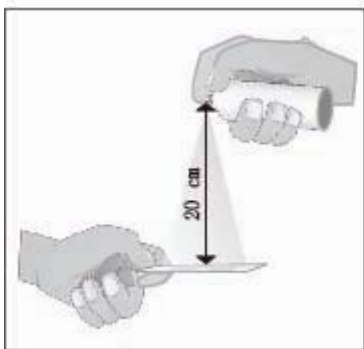
图 P 用木制刮板取材行宫颈细胞学检查



4. 将刮板两面仔细涂抹于玻片上，涂抹一下或两下。如果发现取材区域外有异常，应分别取材并涂于另外的玻片上。

11. 立即固定每个玻片，或在距玻片 20cm 远处以适宜角度喷洒固定液，或将玻片浸泡于 95% 的乙醇中至少 5 分钟。

图 P 传统巴氏涂片的固定



如未立即固定标本，细胞将干燥变形，以致无法准确阅片。

9. 轻轻合拢并取出窥器。
10. 将使用过的器械及手套放于去污液中。

涂片后

5. 仔细将被检者的姓名、检查序号、日期标记于玻片磨砂边缘。
6. 在被检者记录中，注明描述所看到的情况：转化区是否可见、炎症、溃疡及其他病变、异常分泌物。注明是否采集其他标本，如其他部位的细胞学涂片，性传播疾病试验等。如何需要转诊到其他地方，应记录转诊时间和转诊给哪位医师。
7. 询问被检者是否有疑问。
8. 告知何时和如何取结果，并强调复诊看结果的重要性。理想情况下，报告应在 2-3 周内送回诊所。结果回报迟于 1 个月则让人难以接受。

12. 如果发现异常希望转诊患者到上级医院诊治，应解释转诊原因、地点和时间及转诊给哪位医生，强调如约就诊的重要性。
13. 建议被检者鼓励筛查目标年龄的家人和朋友来进行宫颈涂片检查。

随 访

14. 当被检者随访时，应给她们检查结果并解释其含义及下一步的处理。
 - 如检查结果为阴性（正常），告知她们可每 3 年检查一次（或按国家指南进行）。
 - 对于其他情况，可按附录 4a 建议应该如何随访。



巴氏涂片流程

15. 如果被检者未随访，其涂片结果有异常或取材不充分，应尽量与被检者联系。可写信给被检者，信的格式如附录七。其他的确保随访的方法见第四章。



记录

直到每个妇女，至少是筛查异常的妇女，都得到检查结果，你的任务方完成。

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测

用棉签或小刷子取宫颈或阴道分泌物，置于特殊的液体中，送实验室行 HPV DNA 检测，可检查出有无 HPV 感染，HPV 可刺激被覆于宫颈的上皮细胞发生病变。但 HPV DNA 不能用于子宫颈癌或癌前病变的诊断。

收集进行 HPV DNA 检测的标本需以下设备和用品：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的光源；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 小刷子或软棉签；
- 装有保存液的小容器；
- 记录表格；
- 装有温水的小容器以供润滑及加热窥器；
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污。

采集标本行 HPV 检测

应注意以下内容：

- 经期出血多时不宜收集标本，阴道少量出血可以进行。
- 如果可行，HPV 检测最常用于 35 岁以上妇女，与细胞学检查同时进行。

在作任何检查、化验和操作前参照实践指导 4 进行咨询，HPV 检测的特殊咨询步骤如下：



PS9

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测

准备

1. 向被检者解释什么是 HPV 检测，阳性检查结果的意义。确信被检者完全理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



PS7 盆腔检查

标本采集

3. 应用刷子或棉签涂抹宫颈口及阴道顶端采集标本。
4. 将刷子或棉签放入装有保存液的特殊容器。
5. 轻轻合拢并取出窥器。
6. 将使用过的器械放进去污溶液中。
7. 将被检者姓名、标本序号和采样日期标记于瓶上。

采集标本后

8. 告知检查中发现的异常情况。
9. 在病历中记录观察结果及标本的采集。
10. 告知患者何时取结果。
11. 如果发现异常希望转诊患者到上级医院诊治，应解释转诊原因、地点和时间及转诊给哪位医生，强调如约就诊的重要性。

其他方法：标本的自我采集

1. 按检查试剂盒说明书，解释如何自己采集标本。
2. 提供棉签和有保存液的试管。
3. 被检者可在诊室的私密处收集标本，也可在家采集。
4. 如在家自我采集标本，被检者应尽快将标本送到诊所，无论何种情况，都应该遵照试剂盒说明在规定时间内送达。
5. 将标本送到特殊实验室检查。

随 访

12. 无论标本是自我采集还是由医生采集，当被检者随访时，应将检查报告交给患者并解释结果的意义。必要时建议患者进一步检查或相应治疗。
13. 如作为初筛的工具，**HPV DNA** 阳性结果应建议行阴道镜检查；如果同时宫颈涂片结果为 **ASC-US**，只有高危 **HPV** 阳性才需行阴道镜检查及活检。
14. 有关阳性 **HPV** 结果的意义应告知患者。



PS9

实践指导九：收集标本进行 HPV DNA 检测

PS9

实践指导九：收集标本进行HPV DNA检测

实践指导十：肉眼观察的筛查方法

在肉眼观察试验中，检查者涂抹醋酸（在 VIA 中）或卢戈氏碘液（在 VILI 中）于宫颈，然后观察着色情况。如果有增高变厚的白斑或醋白上皮即为 VIA 阳性；有芥末黄或橘黄色区域即为 VILI 试验阳性，变色区域通常临近鳞柱交界区（SCJ）。如在宫颈上发现菜花样、菌样肿物或溃疡，则应可疑癌。如果宫颈表面光滑、均一及无特征性改变，涂抹醋酸后为粉色及应用卢戈氏碘液后为黑色或深棕色，则为肉眼观察试验阴性。

VIA 检查所需的材料及器械如下：

- 洗手用的肥皂及水；
- 检查宫颈的强光光源；
- 高温消毒的阴道窥器；
- 一次性或高温消毒的检查手套；
- 铺有干净纸张或床单的检查床；
- 棉签；
- 3-5%的稀释醋酸溶液或白醋
- 卢戈氏碘液
- 0.5%氯溶液用于器械及手套去污；
- 记录表格。

进行肉眼观察的筛查试验

应注意下列问题：

- 肉眼观察试验不推荐用于绝经后妇女，因绝经后转化区多位于宫颈管内，窥器检查无法看见。

准备

1. 解释检查过程如何操作、阳性结果的意义，确信被检者充分理解并签署知情同意。
2. 按实践指导七进行阴道窥器检查。



知情同意



PS7 盆腔检查

PS 10

实践指导十：
肉眼观察的筛查方法

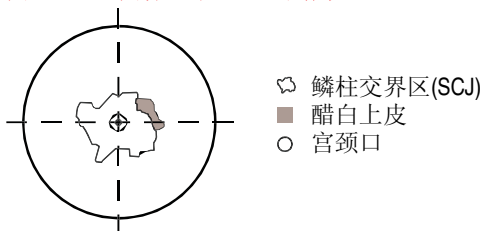
检查中

3. 调节光源以便获得最佳视野观察宫颈。
4. 用棉签除去宫颈上的分泌物、血液及粘液。
5. 确定 SCJ 及周围区域。
6. 将醋酸或卢戈氏碘液涂抹于宫颈；等待 1~2 分钟以待颜色改变，观察宫颈外观的变化，尤其注意转化区有无异常。
7. 仔细观察 SCJ 并确信看清全部 SCJ。应注明宫颈是否容易出血。如果应用醋酸，应注意有无增高变厚的白斑或醋白上皮；如果应用卢戈氏碘液，应注意有无芥末黄色改变。在检查过程中，应擦去血液或残留物。
8. 使用新的干棉签除去宫颈及阴道的多余醋酸或碘溶液。
9. 轻轻取出窥器。

筛查后

10. 记录观察结果及试验结果，在记录表中绘图说明异常发现。

图 P 图标记录 V 的结果



11. 与患者讨论筛查实验的结果。如为阴性告知患者每 3 年复查 1 次。如为阳性或可疑癌，应告知患者进一步的诊治方案（参见附录 4a 标准方案及附录 4b 即筛即治方案）。如需进一步检查或治疗，在患者离开前做好安排，并提供所需各种表格及指导。如果能立即预约，就做好预约。



附录4a和4b

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，以便在处理时明确诊断。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。

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗

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

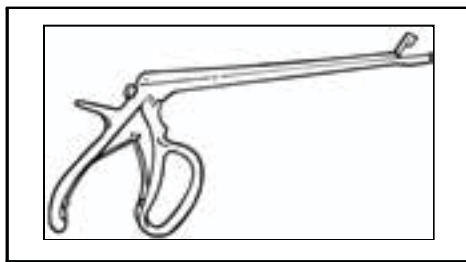
建议将阴道镜作为诊断性工具，并由经过正规训练经验丰富的操作人员操作。

活检

活检是取宫颈小块组织进行组织病理学检查诊断。活检应当在有阴道镜指引下进行，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，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。

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。如果患者未按时随访要主动与患者联系，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。



冷冻治疗

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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> 子宫颈癌前病变诊断成立 病变累及宫颈管小于 1cm 	<ul style="list-style-type: none"> 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

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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 未经治疗的宫颈炎或 PID • 妊娠或产后 12 周内 • 明显浸润癌

5

第五章：癌前病变的诊断与治疗

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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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，之后再进行治疗（见附录 5）。
- 如果病变进展或持续存在，需要再次治疗。



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, IARC Press, 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

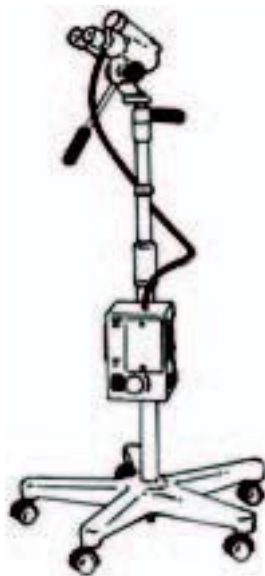
什么是阴道镜检查 and 活检？

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，参看附表 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

PS 12

实践指导十二：冷冻治疗

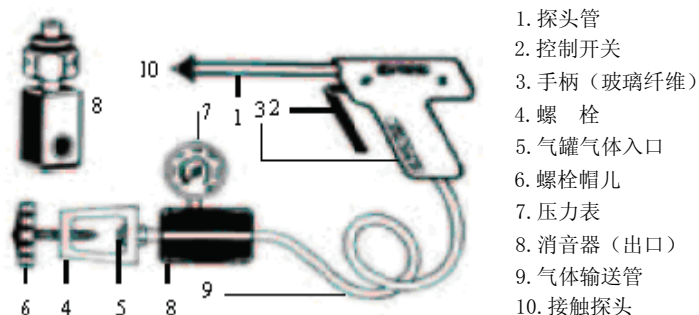
冷冻治疗是通过使用一种非常冷的探头冷冻宫颈病变区域。一般仅需要几分钟，通常仅引起轻微疼痛。

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。
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。



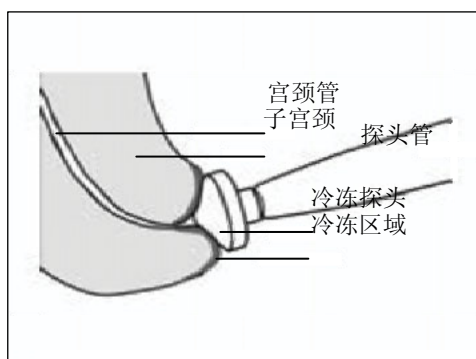
PS6 参考意见
PS7 盆腔检查

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。

附录 9
蒙塞尔胶

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。

PS5
使用避孕套

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）

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

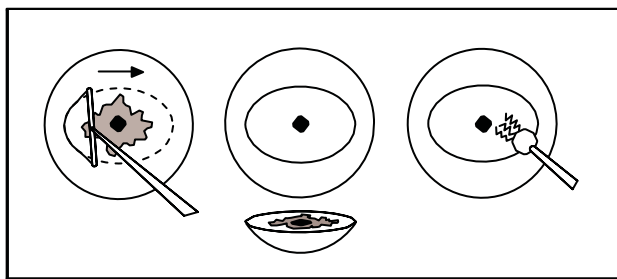
1. 解释手术步骤，及告知患者按照要求复诊进行进一步治疗的重要意义。确保患者理解并知情同意。
2. 为患者准备妇科检查。
3. 在患者大腿内侧贴上回路电极。
4. 放置表面为绝缘材料的窥器，或使用套有橡胶避孕套的窥器。
5. 观察宫颈，记录下任何异常如宫颈分泌物、炎症、出血或病灶。
6. 如果没有感染，进行手术。如果有感染征象，暂停手术。对患者及其性伴侣予以彻底治疗后再手术。

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。



PS 13

实践指导十三：宫颈高频电刀环切术（LEEP）

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 <ul style="list-style-type: none"> ● 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

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

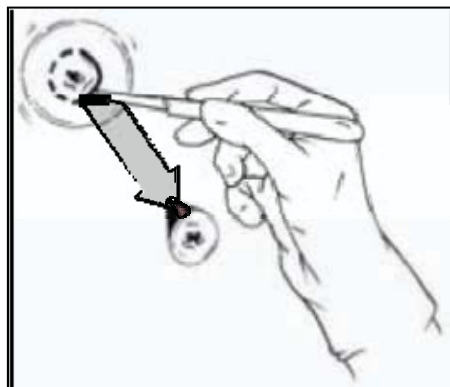
5. 医院的工作人员将给她一些术前准备：她需要带什么样的衣服和术前吃什么样的药。告诉她术前 8 小时禁食水以及去医院之前沐浴。

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



附录

8

治疗感染

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。

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。

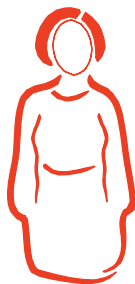
医务工作者的职责

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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 尿频或尿急 ● 背痛 ● 下腹痛
极晚期	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。

6

第六章：
宫颈浸润癌的处理

宫颈癌分期

分期的目的

一旦组织学确诊为宫颈癌，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，被推荐用于浸润性宫颈癌的分期。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
<ul style="list-style-type: none"> ● 窥器、阴道和直肠检查 ● 静脉内肾盂造影（IVP）或 ● 腹部超声 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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

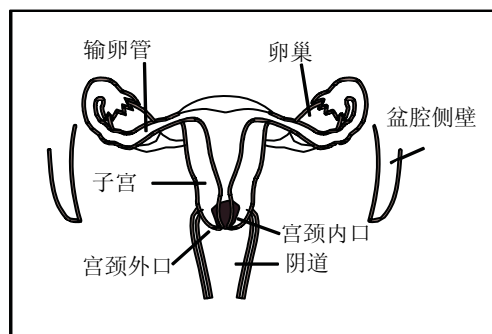
0 期：原位癌，CIN3。

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：~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 年成存率：~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：~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：~75%

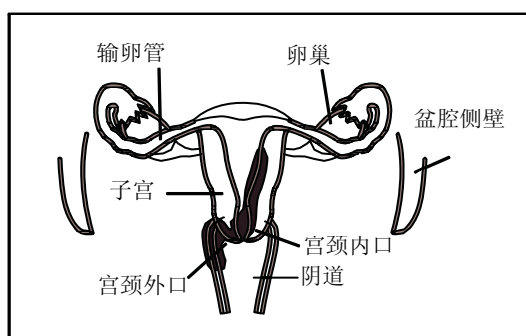
图 6.1 宫颈癌 IB 期



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。

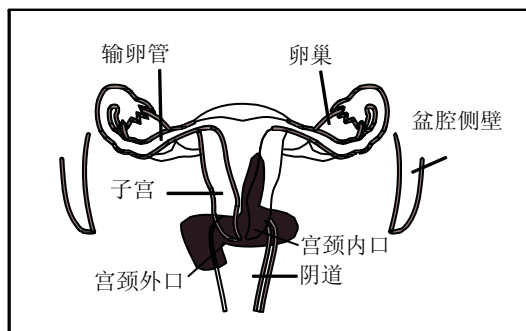
- **IIA 期：**扩散超出宫颈，包括阴道上 2/3，但是没有累及子宫周围组织（宫旁组织）。（图 6.2）。
满意治疗后5年生存率：~75%。

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



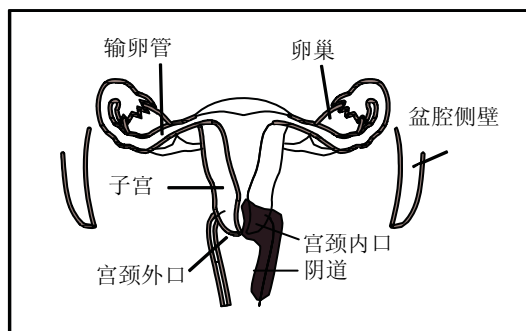
6

第六章：宫颈浸润癌的处理

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。

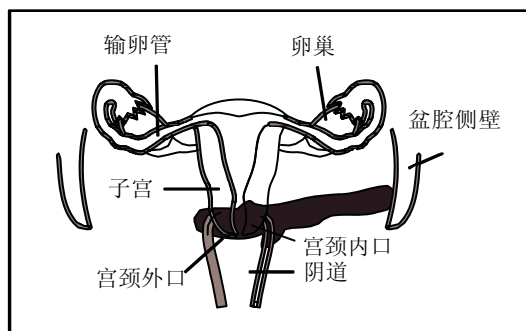
- **III A 期：**浸润阴道下 1/3，但是没有扩散到盆壁。（图 6.4）。
满意治疗后 5 年生存率：~30%。

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%。

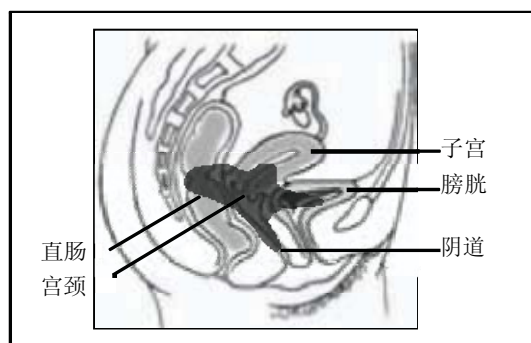
图 6.5 子宫颈癌 IIIB 期



IV 期：肿瘤播散

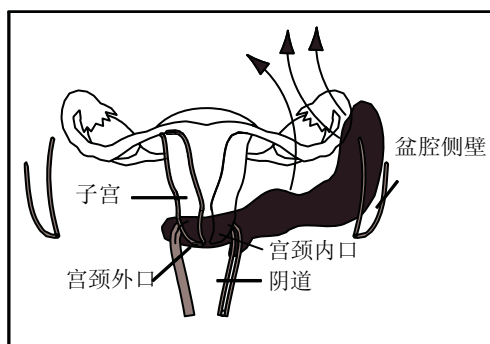
- **V**：播散到膀胱或直肠粘膜。(图 6.6)。
满意治疗后5年生存率：~10%。

图 6.6 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 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

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切除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。

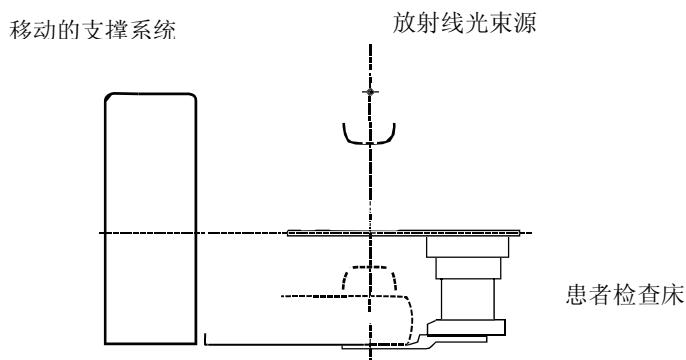


PS16 远距离放射治疗
PS17 近距离放射治疗

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。

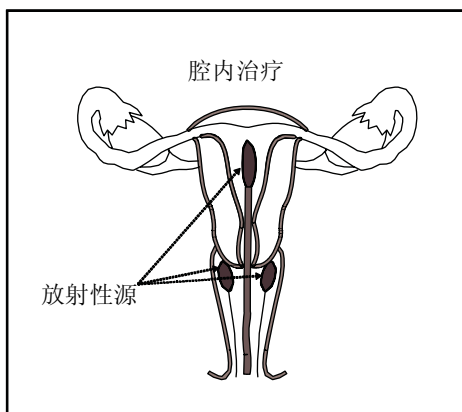
图 6.11 远距离放射治疗的应用



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治疗的区别

	LDR	HDR
开始	远距离放射治疗完成后	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，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，因为不能再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。

关于怀孕时浸润性宫颈癌处理的全面指导在附录 6E 中给出。



附录 6E

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

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。

PS 15

实践指导十五：
子宫切除术

PS 15

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，和患者共同讨论癌瘤扩散进展的程度、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。

PS 15

实践指导十五：子宫切除术

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。

PS 15

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

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。

PS 16

实践指导十六：盆腔远距离放射线治疗

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，治疗仪持续几分钟。
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。

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。

PS 16

实践指导十六：盆腔远距离放射线治疗

PS 16

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

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

7

第七章：姑息治疗



第七章：姑息治疗

要 点

- 姑息治疗是宫颈癌控制的重要组成部分。
- 姑息治疗的目的是通过对患者的情感支持、症状控制、临终关怀和善后关怀来避免晚期宫颈癌患者及家属遭受不必要的痛苦，以提高生活质量。姑息治疗致力于满足患者及家属生理的、社会心理的和精神上的需要。
- 在明确宫颈癌诊断之后，即应开始姑息治疗，这样才能预知需求，规划防治措施并付诸实施。
- 姑息治疗能帮助晚期患者在病痛时和生命的最后阶段保持尊严和平静。
- 解除病痛应被视为一种人权，尽管目前疼痛控制在很大程度上仍未被充分利用。因此，应当加强这方面的实施机制。
- 广泛地联合应用药物和非药物方法，**90%**患者的疼痛能得到有效控制。
- 患者及其看护人员需要包括家庭症状管理在内的培训、持续支持和所需用品供应。

概 述

本章涉及宫颈癌综合管理项目中一个最重要，且常常被忽略的一部分。由经过培训、以家庭为单位的进行临床服务的人员所组成的医疗团队，通过提供症状管理建议，使得癌症患者的生命临终阶段变得相对舒适和满意。本章即重点强调了这一工作的重要性。患者的家属也被视为治疗小组的成员之一，本章大部分内容也与其他不可治愈疾病、需要姑息治疗的患者的治疗相关。实践指导的 18-20 提供了疼痛处理、阴道症状和重病患者面对的其他常见问题的详细指导。



PS 18, 19, 20

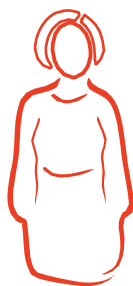
7

第七章：
姑息治疗

卫生保健工作者的任务

卫生保健工作者担负着提高病危患者及其家属生活质量的任
务。²⁰需要卫生系统各级人员作为一个整体协调起来，提供治
疗、安抚和保健服务，同时向患者、家属和社区传授准确的知识
和技能。为实现此目标，看护人员需要进行解决患者身体和情绪
方面问题的特殊培训，且必须具备交流、沟通的技能。

实例



Amelia（阿米莉娅）是一位来自安哥拉的 57 岁妇女，她有 6 个子女和很多孙子。因阴道有持续性恶臭分泌物数月，由其长女送到离家 95 公里的最近的社区医院。

医生通过一些检查后，解释说她患了晚期宫颈癌，并已从宫颈向阴道、膀胱和盆腔壁扩散。因肿瘤浸润生长，



尿液从膀胱漏入阴道，与肿瘤坏死物混合散发出臭味。医生说很不幸的是，她的癌症已到晚期，没有治疗或治愈的方法。但可以进行家庭治疗。并且还说她可以和村庄附近的负责为重病患者（艾滋病、癌症和其他疾病）提供家庭病床治疗的社区保健人员一起合作。然后医生给主管当地家庭病床治疗的组织的女负责人写了一封介绍信，解释了阿米莉娅的情况，并请她对患者进行了家庭探访。她会与当地保健人员一起合作，保证阿米莉娅获得所需的药物包括未来随病情发展所需要的进一步治疗疼痛的药物。

²⁰本文中“family”包含与患者关系密切的任何人。

尽管阿米莉娅和她的女儿被此噩耗震惊了，但医生的热情和关心使她们安下心来，医生关于督促当地保健人员去关照她们的承诺使母女对未来又有了一点信心和希望。



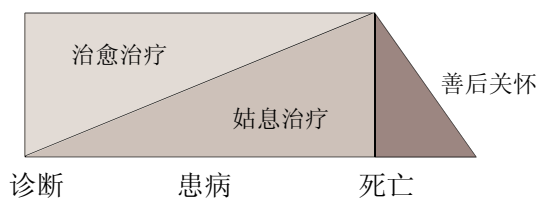
保健人员如约而至，她向阿米莉娅及女儿演示如何处理如下一些问题：如何利用旧的、干净的布做成垫子来吸收阴道分泌物，应多长时间更换一次以及如何清洗这些垫子，如何使用凡士林涂抹于阴道处以治疗由于长期潮湿造成的皮肤炎症；每天如何用肥皂和水轻轻地清洗患处；如何进行盆浴。在取得阿米莉娅的同意后，保健人员还与其他家庭人员交谈如何在阿米莉娅生病情况下帮助她，并强调当她病情恶化时，帮她分担家务的重要性。将会有更多的衣物需要清洗，特别是床单和内衣需要经常清洗，应在床上垫上塑料布以预防分泌物和尿液污染。可以在当地社区医院买到便宜的止疼药，家庭成员应定期购买止痛药物。同时可以从阿米莉娅所在教会获得一些帮助。尽管阿米莉娅家里很穷，但保健人员帮助她们从社区教会等组织获得了所需的各种支持。

她帮助家人理解保持阿米莉娅日常生活和社会生活的重要性。当阿米莉娅感觉很好时，家人会安排朋友来访；当阿米莉娅太虚弱需要卧床休息时，家人就会准备食物，他们会确保总有人陪伴在她身边。阿米莉娅没有感觉到因为有病而被抛弃，即使她濒临死亡，交往和良好的精神使家庭生机勃勃，直到阿米莉娅生命的最后一刻，她一直都感受到了爱与需要。

综合性姑息治疗

姑息治疗的目的是提高面临绝症威胁的患者和家属的生活质量，姑息治疗不仅仅是临终关怀，而且包含所有病痛症状的处理，例如疼痛的处理。当患者被诊断为癌症晚期时，就应该考虑其未来的需求，以预测到会出现的问题，并加以预防或处理（图 7.1）。家庭、社区、卫生院和医院的人员应合作提供姑息治疗。

图 7.1 治疗流程



为什么需要姑息治疗？

即使具备最好的预防和筛查措施，也会有妇女被诊断为疾病晚期，或病情即将发展到晚期，从而需要医疗和情感的支持、疼痛的控制。在许多资源缺乏的国家，妇女们得不到有组织的筛查，许多患者出现症状时才被诊断出患了宫颈癌，且常常已是晚期宫颈癌（见第 6 章）。另外，由于缺乏或难以获得宫颈癌治疗的设施，结果是有些相对早期的宫颈癌得不到最有效的治疗。在这些情况下，姑息治疗显得尤其重要，这类患者中许多需要缓解疼痛和处理其他病痛症状。应尽量提供足够的资源，对那些绝症妇女提供关怀照料，尤其是在缺乏医疗设施的乡村，因为许多状况很差的患者在家中病死。

其他严重慢性病患者，如艾滋病患者，也需要特殊的关怀，并应努力在各级卫生部门组建由具备姑息治疗知识和技能的健康保健人员组成的团队。如果条件合适，患者的亲属也应融入到姑息治疗队伍中来。

建议

患绝症妇女的需求应通过现有或新的姑息治疗服务来满足。应就经常遇到的生理和心理问题特别是疼痛控制对各个层面的医疗保健人员进行培训，并提供相应所需的资源。

姑息治疗原则

姑息治疗

- 提供缓解和减轻疼痛和其他症状的方法；
- 珍视生命并将死亡视为一种正常过程；
- 不以延长或缩短生命为治疗目的；
- 将临床的、心理的和精神方面的关怀结合起来考虑；
- 给予患者及其家属所需要的、并能接受的控制和决定权；
- 提供一个支持系统以使得患者生命尽量充满生机，直至死亡；
- 提供一个支持系统以向患者家属提供患病期间及丧亡后关怀；
- 注意协作精神；
- 姑息治疗能提高生活质量并给病程带来正面影响；
- 姑息治疗可以在病程早期与其他治疗方法，如手术和放疗联合应用以延长患者生命。

姑息治疗的重要组成部分

- 症状的预防和处理：包括姑息性放疗以缩小肿瘤大小以及对于阴道分泌物、痒、阴道出血、营养问题、褥疮、痉挛等的处理。应教会家属如何预防问题的发生以及如何在患者的日常生活中给予支持，如洗澡、如厕等行动。
- 疼痛缓解：在 90%的案例中能通过应用本章中所描述的医学管理和辅助的非医学方法相结合的办法实现疼痛缓解。

- 心理和精神上的支持：是姑息治疗非常重要的环节，要求保健人员具有较高的交流沟通能力。
- 与家属相协作：保健人员保证患者及家属能充分理解疾病的特点和预后以及相关的治疗方案。保健人员同时能帮助患者确定她所需要的治疗。医护人员的工作主要是提供适当的信息和建议以及支持性的决策。给予患者家属决定权，并从医护人员处获得全力的支持。

姑息治疗需要系统且连续的五个步骤（5A），如下所述与子宫颈癌的其它治疗相类似，这些方法都需要团队合作以及足够的资源。

姑息治疗的五个：评估、建议、同意、帮助和安排

评估：	评估患者的状况并制定合理的治疗方案；评估患者及保健人员对于疾病和治疗的知识、相关问题和技能。
建议：	解答如何预防和控制症状，通过演示和言传身教分次教会所需技能。
同意：	在传授信息和技能后，应保证患者知道自己的需求以及如何去做。始终让患者处于主动地位，支持患者的自我管理 and 家庭护理。
帮助：	保证患者和家庭得到足够的资源以应付困难情况下的病情护理。通过书面方式（如果对方不识字，通过图画方式）给予指导，以提醒应对措施。
安排：	计划下一次的出诊时间，让患者、家属及其他护理人员知道一旦有问题和担心时，去哪里求助。

一定要保证家属知道，如有需求时，在什么时候、向谁求助。

家庭在姑息治疗中的作用

所有地方包括家庭、医院、救助站应普遍提供姑息治疗。发展中国家，患者多数在家病死，因此家人扮演了重要角色。如果患者同意并且条件允许，患者的家属应参与决策，并对于治疗方案始终拥有知情权（包括治疗方案和医护人员的变更），而且应接受最好的姑息治疗培训。患者的家属以及其他的保健人员，应接受家庭病床护理的培训。医护人员应根据国家法律规定选择推荐的药品进行临床治疗。姑息治疗以及家庭病床护理人员应从一流医护人员（保健师、医师和护士）那里随时得到咨询和参考意见的支持。

家庭病床护理所需的地方资源

当患者无法继续工作或照料她的家庭时，贫困会使得问题更加严重。有时可以通过当地、地区性的或全国性的非政府组织、慈善机构、妇女组织和社区组织获得购买食品、药品或用以购买这些物质的钱。姑息治疗和家庭单元治疗项目应尽可能与这些组织挂钩，并为患者和家庭提供治疗参考。

转移癌的常见症状处理

晚期癌症患者会遭受到生理的、心理的及感情上的复杂痛苦的折磨。疼痛将一直伴随患者，因此缓解疼痛将一直是姑息治疗的重要组成部分。

疼痛控制

癌症患者的疼痛缓解

- 疼痛缓解没有得到普遍应用，因此许多患者承受了不必要的痛苦；
- 不昂贵并且可实现；
- 需要家庭护理人员与整个医疗系统各个层面的医护人员的通力合作及双向交流。

家庭护理人员与患者保持紧密的接触，因此最了解患者的需要。而医护人员可以提供支持和药物。



疼痛有效缓解的主要障碍如下：

- 医护人员和公众对于便宜且可行的疼痛缓解方法缺乏认识。
- 由于严格的监管措施所造成的疼痛缓解药品缺乏；尽管可得到类似于阿片制剂和口服吗啡这样的疼痛缓解药品，但包括临床医生在内的医护人员由于受到国家药品管理条例的限制而不敢开出处方。
- 医护人员对于患者产生药物依赖性以及对违反药品管理条例的担心。

国家政策制定部门应该与时俱进，他们应该仔细地调研是否应当允许非医疗人员在医生和护士的监督下接触和使用疼痛缓解药物。如果当前法律尚不允许，那么医疗和非医疗人员应共同倡议给予晚期患者缓解疼痛的权力。

在全国性癌症控制计划的姑息治疗前提下，应对严格的药物监管政策进行修订，以使疼痛控制治疗可以实现。尽管修改政策和法律不是医护人员的任务，但医护人员应倡议对政策进行修订以解除疼痛缓解治疗的障碍包括阿片样的止痛药。

建议

一个全面的子宫颈癌控制方案应**确保**阿片类、非阿片类、以及辅助麻醉药品特别是口服吗啡类药物的供应。

O 的三阶梯止疼疗法

针对 **90%** 的患者，**WHO** 已经研究出了一套有效的、并且相对便宜的方法以缓解癌症疼痛。该方法称为 **WHO** 癌症疼痛缓解阶梯表。该表将在实践指导十八中详细描述，这里简单概括如下：

- 口服途径：因口服用药是最广泛的用药途径，只要可能，止疼应尽量通过口服进行。
- 定时用药：止疼应按固定的时间间隔进行。第二次用药应在第一次用药的药效结束前进行以保证疼痛缓解的持续性。
- 分阶梯进行：第一步应使用非阿片类的典型的扑热息痛类产品，如不能缓解，则应使用用于治疗轻到中度疼痛的鸦片类制



剂，如可待因。第三步是给予鸦片类药物来治疗剧痛，例如吗啡。其他的药物可在特定的情况下作为辅助药物使用，例如需要缓解焦虑和紧张时可以使用精神类的药物。

- 剂量个体化：不存在阿片样止痛药的剂量标准。只要能缓解疼痛就是正确的剂量。

阿片类止痛药剂量选择的两个原则：

不存在阿片类止痛药的剂量标准，只要能缓解疼痛就是正确的剂量。不存在药量的最高限度，因为当患者对止痛效果开始耐受时，需要逐渐增加药物剂量。

对于宫颈癌患者，止痛取决于癌症侵犯的部位。

表 7.1 一些常见疼痛综合征的处理纲要

症状临床特点	引起疼痛的可能部位	治 疗
骨触痛，活动时可能会加剧（需要特别注意预防剧烈疼痛的承重骨发生骨折）	骨转移	<ul style="list-style-type: none"> ● 放疗 ● 二磷酸盐 ● 负重骨的手术（如打骨钉以内固定） ● 持续使用非甾体类抗炎药*±对乙酰氨基酚 ● 如仍不能止疼，则用阿片类止痛药
腿腓骨侧和足部疼痛，可能支撑力量丧失	累及腰骶神经丛	<ul style="list-style-type: none"> ● 非甾体类抗炎药±对乙酰氨基酚 ● 甾体类：地塞米松 4mg, 1-2天, 然后每天 2mg ● 阿片类止痛药 ● ±三环类抗抑郁药或抗痉挛药物
屈髋时感疼痛（腰大肌综合症）腿痛	腰大肌受累	<ul style="list-style-type: none"> ● 用法同上，但抗痉挛药物不同

*非甾体类抗炎药。

帮助疼痛控制的非药物辅助方法

许多与当地风俗和文化相适应的非药物方法，可用来帮助控制疼痛，这些方法可以与疼痛治疗药物联合使用，但绝不能取代止痛药。非药物疼痛治疗可能包括：情感支持、物理疗法（抚摸和按摩）、分散注意力、祈祷、冥想以及其他非伤害性的传统方法。这些方法应该在其机理被完全掌握并在患者及家属同意的情况下使用。

晚期病症其他问题的预防和治疗

家庭病床可能遇到的问题包括：

- 阴道排液，
- 瘰，
- 阴道出血，
- 恶心及呕吐，
- 腹泻和便秘，
- 发热，
- 食欲差消瘦、虚弱乏力，
- 腿部水肿，
- 褥疮，
- 呼吸短促，
- 抑郁。



PS 19 家庭看护
PS 20 阴道排液处理

死亡及其过程

预计实际问题

为了帮助患者及家属承受将要到来的死亡，家庭医护人员应鼓励患者家属就一些重要问题预先进行讨论。如写遗嘱，家庭财产问题，家务承担者的更换，以及解决从前的纠纷、宿怨。

死亡的准备

鼓励家庭成员内部的沟通可以减轻死亡以及丧后的压力（具体见第 6 章关于如何与绝症者及其家属交谈的附加建议）。有时患者可能会向她最亲密的家庭成员或保健人员发泄或流露其他强烈情绪，这种情感的爆发应予充分理解，而不视为针对个人。

经过培训的保健人员可以帮助濒死患者做以下事情：

- 帮助她处理负疚或遗憾；
- 与她谈论临近的死亡；
- 提供关怀和帮助；
- 对于她的悲伤情感作出反应，比如否定，悲伤，讨价还价，怀念，生气，耻辱，绝望，负疚和容忍；
- 支持开放交流，让患者有机会说出自己的感觉，在她不愿交谈时不要给予压力；
- 提供实用性帮助，比如准备遗嘱；
- 询问她希望如何死去（在哪里，以及只与家属在一起或在牧师的照料下死去）。
- 保证她的愿意得到尊重。

当讨论到将患者转移到医院的可能性时，医护人员充分考虑患者及其家属的意愿，除非患者主动要求，最好不要将濒死的患者转移。

死亡

当死亡到来的时候，重要的是尊重当地的风俗和礼仪，以及患者在去世之前对于她的遗体、葬礼惯用语其他问题的意见。

善后

善后关怀是在患者死亡之后给予家属的一种支持，以帮助她们接受失去她们所爱的人的现实。参与到患者临终关怀的家庭保健人员和医护人员可以鼓励家属表达对死者的怀念和回忆，分担她们的伤痛，保健人员不应该提供虚伪的安慰而应该支持性的，花时间倾听并与邻居和朋友一起帮助安排实际性的支持。

姑息治疗服务的组织机构

在资源匮乏的条件下，姑息治疗往往是由未经培训的社区保健人员提供。

为提高工作效率，这些保健人员必须：

- 使那些有基本医疗技能的人员在 1-3 周内获得姑息治疗的临床和心理培训；
- 对于重症疾病患者的心理和医疗方面的问题应由救援护士在其他受过培训的人员进行支持性的监督管理；
- 遵守由国家制定关键药品清单，为姑息治疗提供有效的关键药品和其他物质供应。一级健康机构应为患者及家庭保健人员提供常规供应；
- 根据药品监督机构的要求建立止痛药品的储藏以及颁发监控系统；
- 与正规的健康机构公开交流，以便从有经验的医护人员处获得患者所需要咨询和参考意见。



姑息治疗的团队合作

从专家到家庭护理人员，各个层面的医护人员应该合作以最大程度保证晚期宫颈癌患者的生活质量和预后。在三级保健结构下，团队应包括妇科医生，放疗医生和放疗技术人员，一个心理医师或咨询师，营养师，物理治疗师，肿瘤科护士，药剂师，社区工作者和姑息治疗护士。在资源困乏的情况下，这样一个高度专业化的团队是不可能由患者所在社区层面的医疗机构组建。应为这些社区工作人员对患者提供持续治疗设计出一套条例，使得他们可以帮助患者及其家属在医疗中心、地区和中心医院的人员那里获得帮助。

各级卫生保健机构的姑息治疗

在社区



- 定期到患者家拜访，以预知和随访出现的问题；
- 使资源和药物易于获得；
- 教会患者及家属照料过程并检查落实情况；
- 回答问题，提供咨询并记录；
- 鼓励患者家属尽量使患者参与他们的日常生活。

在卫生院



- 监督、支持、保持对子宫颈癌妇女进行家访的社区健康保健工作者人员的物质供应；
- 对诊断为浸润癌或浸润癌治疗后出现的问题提供紧急或常规随访；
- 为其他机构的姑息治疗提供参考意见。

在地区医院



- 与保健中心和姑息治疗保健人员保持联系，并对由该级机构推荐来的患者进行随访；
- 支持和监督下级机构组织；
- 提供治疗和护理；
- 当出现急症如不可控制的阴道大出血和难治性疼痛时，建议患者转至能提供最好的治疗的中心医院。

在中心医院



- 参与社区和基层组织的姑息治疗服务，援助、培训和监督下级保健人员和社区健康保健工作者人员；
- 提供某种姑息治疗，如放疗；
- 建议并教授患者及家属如何预防常见问题发生，如挛缩和褥疮；
- 参与制定每个病人的个体化家庭病床治疗方案，建议患者回到离家最近的保健机构，指导该机构并提供远程服务，使其能通过电话和发信进行咨询；
- 开出如止痛药的药物处方，包括口服吗啡，发给患者或她的看护者以备急用或今后使用；
- 经常到社区指导家庭护理和社区健康保健工作者的课程培训，并了解她的工作环境及患者的生活环境。

补充资料

- Bruera E, de Lima L, ed. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. Washington, DC, Pan American Health Organization, International Association for Hospice and Palliative Care, 2004 (available only in Spanish).
- Burns AA et al. *Here women have no doctor health guide for women*. Berkeley, CA, Hesperian, 1997.
- Davis E, Higginson IJ, ed. *Palliative care: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Doyle D, Hanks G, Cherney NI. *Oxford textbook of palliative medicine*, 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- European Association for Palliative Care. *Guide to the development of palliative nurse education in Europe report of the EC task force*. Milan, EAPC, 2004.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. New York, NY, Seattle WA, PATH, EngenderHealth, 2003.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a Kenya field manual*. Washington, DC, PATH, 2004.
- Recommendation 24 of the Committee of Ministers to Member States on the organisation of palliative care and explanatory memorandum, 2003 (adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th Meeting of the Ministers' Deputies) (www.coe.int).
- WHO. *Cancer pain relief*, 2nd ed. Geneva, 1996.
- WHO. *Narcotic and psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy guidelines for assessment*, Geneva, 2000.
- WHO. *National cancer control programmes*, 2nd ed. Geneva, 2002.
- WHO. *Palliative care: symptom management and end of life care Interim guidelines for first level facility health workers*. Geneva, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev. 1).
- WHO. *Caregiver booklet: a guide for patients family members and community caregivers*. Geneva, 2004.

实践指导十八：疼痛控制

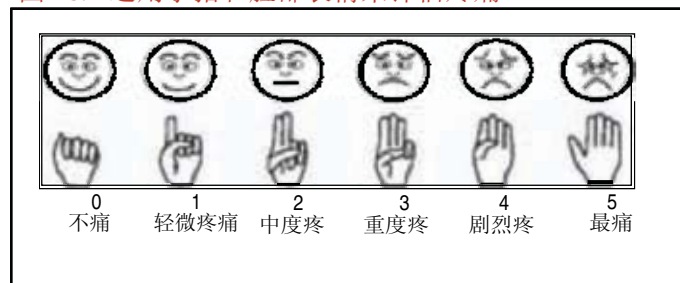
本实践篇详细描述了在临床治疗中如何缓解疼痛，关于止痛的附加建议见表 7.1。

止痛被视为一种权力

疼痛控制

1. 评估患者的疼痛。如果可能，找出疼痛原因，鉴别新发生的疼痛和既往疼痛的变化。问诊以下内容：
 - 疼痛部位？什么能使其缓解或加剧？疼痛性质？
 - 患者如何对待疼痛？
 - 除了身体方面的问题，还存在有心理上或精神上与癌性疼痛相关的问题吗？患者感到焦急、害怕、抑郁或悲伤吗？
 - 疼痛程度如何？手指数或脸部表情可用来进行疼痛分级（图 18.1）。

图 18.1 运用手指和脸部表情来评估疼痛



2. 将结果记录在患者的表格及病历中。
3. 如果找到疼痛的原因，尽可能针对病因进行治疗（骨头疼、肌肉痉挛、便秘引起的胃肠部疼痛、肿瘤周围的水肿）。

²¹ 摘自：Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers. Geneva, WHO, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

PS18

实践指导十八：
疼痛控制

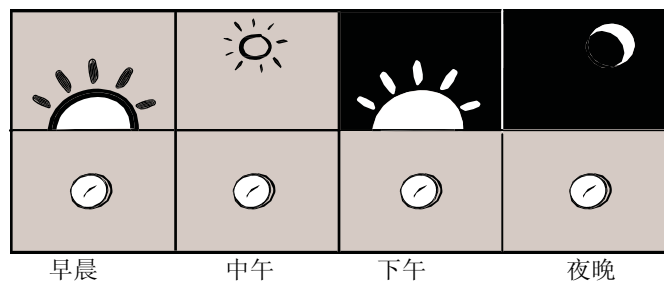
4. 根据下文的建议使用止痛药。
5. 另外，还可以选用合适的、非药物治疗方法，只要该方法没有损害。非药物治疗方法不应该取代药物治疗。
6. 经常询问患者对止痛药物方面的需要量，尤其疼痛加剧时。

教授患者及其照料者如何使用止疼药物，经常查看患者以确保其接受了正确剂量的止痛药。

应根据 WHO 的关于宫颈癌止痛阶梯表及以下原则来止痛（见图 18.3）：

1. 应尽量通过口服或直肠放药途径给药，尽量避免静脉给药途径。
2. 定时给药（通过钟、收音机或太阳来计时）。
3. 在前次药剂逐渐消失之前应给予下一次药量。第一次给药在早晨起床时，最后一次给药在睡前，但如患者已入睡，不宜叫醒患者服药。如果必要，睡前可给 2 倍剂量的药物。
4. 在需要给药时，应计算合适的止疼药剂量，使之即能控制疼痛又能保持患者清醒。
5. 写出每种药详细的给药方法，用言语描述或用画图形式（见图 18.2 图示）。

图 18.2 服药图例



摘自: *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. PATH, EngenderHealth, 2003.

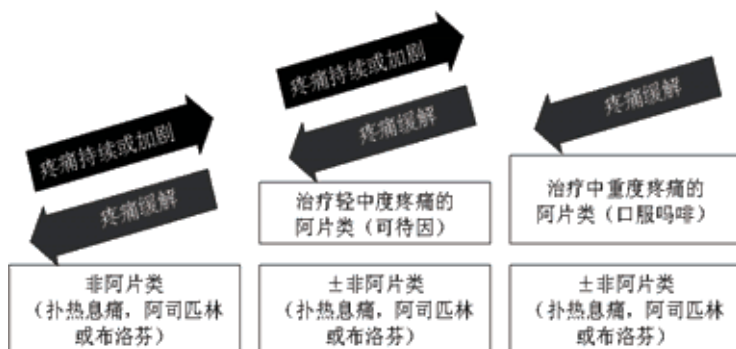
记住：对所有患者都没有一个固定剂量，给药应个体化，保健人员应根据患者的需要及疼痛程度来计算药量，能缓解疼痛的剂量就是正确的，且随着患者对耐药性的增加，药量也应逐渐增加。

如何给止痛药

1. 最开始先给予非阿片类，如扑热息痛、阿司匹林或镇痛消炎药。
2. 如疼痛仍持续或加剧，按疼痛由轻到中程度，给予阿片类止痛药。例如可待因，加或不加非阿片类药（扑热息痛、阿司匹林或布洛芬）。当开出阿片类止痛药处方时，应系统地给予预防便秘的轻度泻药，如必要时加用止吐药。
3. 如疼痛仍不缓解或加剧，给予吗啡类，加或不加非阿片类药物。

注示：在大多数国家，阿片类药物需要医生开具处方并在医生监督下使用。

图 18.3 WHO 止痛阶梯图



摘自: *Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers.* Geneva, WHO, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

PS18

实践指导十八：
疼痛控制

给药剂量及给药间隔如何？

药名	首次剂量	剂量范围	副作用
<i>非阿片类用于轻度疼痛</i>			
扑热息痛	2片共500mg 每4-6小时一次	对每位患者1片 就能见效，或 与鸦片类联 用，但最多不 超过4000mg/日	肝损害
阿司匹林	每4小时给 600mg, (300/片)		如患胃病或有阴道 出血应避免使用； 如患者出现胃疼、 消化不良、黑便、 皮下小紫斑、出血 时应停药。
对异丁基苯异丙酸	每6小时400mg	最大剂量 3000mg/日(共 7.5片 400mg/ 片)	如患胃病应避免 使用，尽可能与 食物一同服用。
<i>阿片类用于轻到中度疼痛</i>			
可待因(如没有可用 阿司匹林或对 乙酰氨基酚替代)	30mg/4 h	30-60mg/4-8h	从服药开始即给轻 泻药预防便秘 价格昂贵
<i>阿片类药物用于中到重度疼痛</i>			
吗啡口服液 5mg/ml 或 50mg/5ml 用注射 器滴入口中；可以 用注射器肛门放药 (不带针头)	2.5-5mg/4h (如 疼痛加剧, 24h 后增加为 1.5-2 倍剂量)	根据患者的需 要和呼吸情 况, 没有极量	为避免便秘, 给予 轻泻药, 如出现呼 吸问题, 应降低剂 量。

有助于疼痛控制的非药物方法

与当地民俗文化相适应的很多方法对患者的止痛是十分重要的，这些方法可能增加现代药物的疗效，但不应该取代药物治疗。

非药物方法包括：

- 情感支持：在病重时，保健人员和亲友的支持和照料对缓解患者的不适是最重要的；
- 抚摸，例如轻拍、按摩、轻摇和振动；
- 分散注意力，如收音机、音乐、帮助患者保持平静或谈论曾经的快乐往事；
- 根据患者的实际情况祷告或冥想。

保健人员的态度也同样重要：

- 专心地聆听；
- 试图了解患者的病情和反应（在悲伤的不同阶段）；
- 根据患者的宗教和愿望，推荐精神咨询者或牧师；
- 不要将个人观点强加于患者；
- 加强继续提供照料的家庭力量。

PS 18

实践指导十八：
疼痛控制

230

实践指导十八：疼痛控制

PS 18

实践指导十八：
疼痛控制

实践指导十九：家庭姑息治疗

本章简单概括针对重症宫颈癌患者家庭支持方面的建议。

- 在患者的姑息治疗中调整你所扮演的角色。
- 目标不是治愈患者，而是缓解严重的症状和疾病、治疗带来的副反应，以提高生活质量。
- 对于晚期或绝症患者可以使用这些建议。
- 你应该清楚的认识物理治疗，情感和精神支持治疗，方法的变更，如按摩、轻拍、用音乐、祷告和冥想等分散注意力，当地传统的做法等，对于提高患者的生活质量具有重要作用。
- 患者须自己决定是由她或其他人用这些可获得的方法治疗疾病。

尤其当患者需要药物治疗时，医护人员的支持是必要的。

晚期疾病常见症状的处理

问题 症状	原因	预防措施	临床处理	家庭看护
阴道可能排液伴恶臭（也见实践指导20）	肿瘤坏死、瘘、细菌繁殖	难以预防。可行肿瘤的姑息性放疗或手术	用蘸满醋、碳酸钠（小苏打或灭滴灵液）的布填塞阴道，一天两次。必要时给抗生物和抗真菌药物	经常坐浴，清洗，常更换已吸满液体的垫子，阴道冲洗

摘自：Palliative care for women with cervical cancer: a field manual. PATH, EngenderHealth, 2003; and Palliative care: symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers. Geneva, WHO, 2004.

PS 19

实践指导十九：家庭姑息治疗

PS 19

实践指导十九：家庭姑息治疗

问题 症状	原因	预防措施	临床处理	家庭看护
膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘（症状：阴道漏尿或漏粪便；外阴刺激感（也见实践指导20）	肿瘤坏死物通过了膀胱或直肠和阴道之间的瘘管	难以预防；是晚期浸润癌常见问题	无	同上 保持患者干净舒适，涂抹氧化锌软膏或凡士林以保护肛门和阴道。应垫上塑料布或纸以保持床不被污染
阴道出血（也见实践指导20）	肿瘤性出血	姑息性放疗	如果需要时应阴道填纱	休息，避免激烈运动和性交
恶心或呕吐	阿片类药物 胃肠炎 剧痛 发热 放疗 化疗 肾衰	在给阿片类药物同时给予止吐药，必要时预防恶心的发生	口服或塞肛盐酸甲氧氯普胺或异丙嗪（只有绝对必须时才给予静脉给药）	只要患者情况允许，可少量、规律地喝些合成饮料，姜茶或含姜淡啤酒或可口可乐

问题 症状	原因	预防措施	临床处理	家庭看护
腹泻	胃肠炎，寄生虫，放疗	饮食卫生，洗手；饮用干净的或烧开的水	如果知道病因，治疗病因；盐酸咯哌丁胺	流质饮食，口服补液盐，给患者想吃的食物，保持干净，预防皮肤病
发热： 体温>37℃	细菌感染(淋巴管炎，肾炎，肺炎等)	尽可能预防感染	针对病因治疗，给最合适的抗生素，扑热息痛退热。	移走毛毯，房间通风，擦浴，扑热息痛
便秘	阿片类药物，流质和固体食物摄入太少，不活动	鼓励多喝水，高纤维饮食，多活动，常规使用轻泻药和大便软化剂	调整饮食，在给阿片类药物同时给予轻泻药	调整饮食，在给阿片类药物同时给予轻泻药
厌食，消瘦	疾病，药物	少量多餐，给喜欢的新的食物	可使用糖皮质激素	可使用糖皮质激素
虚弱乏力	疾病，正常的术后恢复时，贫血，消瘦	良好的照料	如可能，针对病因治疗	精心的看护

PS 19

实践指导十九：家庭姑息治疗

PS 19

实践指导十九：家庭姑息治疗

问题 症状	原因	预防措施	临床处理	家庭看护
下肢肿胀	肿瘤生长压迫引起淋巴循环障碍、淋巴管炎、肾衰		如怀疑合并感染给抗生素	穿弹力袜，抬高按摩
褥疮	持续的保持一个姿势使皮肤受压所致	每天洗澡每2小时翻身一次，垫上软垫，加厚垫按摩	抗菌药涂在溃疡面上，一天2次，除去坏死组织，绷带包扎，如已感染给口服抗生素	每天洗澡，经常翻身。每天用稀盐水轻轻地洗溃疡面。在溃疡面填充纯蜂蜜并盖上一层纱布以促进愈合
咳嗽、呼吸困难	肺炎、支气管炎、上呼吸道感染、结核、心衰	如其他家庭成员生病，应保证家里良好的通风	针对病因治疗	增加液体量，使用家用止咳药，半卧位，可待因
抑郁、焦虑	疾病、悲痛的反应	家庭和精神支持，疼痛控制	围绕知道的原因提出建议或支持，盐酸阿米替林抗抑郁，地西洋抗焦虑	继续提供支持，花时间与她一起做她喜欢的事情，祷告。

当患者出现急症时，何时将患者转至急诊治疗？

如患者出现以下症状，应考虑将其转到医院急诊治疗。

- 阴道大出血
- 严重脱水征象：
 - 脉率>100 次/分
 - 呼吸急促
 - 24 小时无尿
- 重度腹泻，超过 48 小时；
- 血便；
- 发热 39℃，超过 48 小时；
- 惊厥；
- 精神错乱；
- 剧烈腹痛，肠梗阻（腹胀，腹痛难忍，超过 48 小时没有解大便）；
- 剧烈疼痛，阿片类药物，止疼无效；
- 多处褥疮感染；
- 急性呼吸困难；
- 自杀企图。

患者如果清醒，她和她的亲友需要为她的转院问题共同作决定。**如果患者濒临死亡，不宜转运。**

PS 19

实践指导十九：家庭姑息治疗

实践指导二十：阴道排液及阴道痿的家庭护理

PS 20

实践指导二十：阴道排液及阴道痿的家庭护理

本节介绍如何对待和处理因宫颈癌晚期和治疗后并发症引起的阴道方面的症状。它包括阴道分泌物、痿和出血的处理。除了本章的特殊建议外，支持性的、情感的和和其他非药物方法也是十分有效的。

处理阴道排液

宫颈癌患者可能会有水样的、血性和带有臭味的阴道分泌物。该症状是由于产气细菌在下生殖道的肿瘤坏死组织中滋生。虽然不能彻底清除这些细菌，但其症状能通过以下一个或多个方法得以暂时缓解。

- 用干净的布、棉花和月经垫垫在紧身短裤内，以吸收分泌物；
- 选择下列溶液中的一种定期仔细地冲洗阴道（用一端连有干净塑料瓶或注射器的软管冲洗阴道）：
 - 一匙碳酸氢钠（小苏打）加入 2 瓶温开水中；或
 - 一份醋加 4 份水；或
 - 5 - 10 片碾碎的灭滴灵片溶于 2 杯温开水中；
- 将干净的纱布轻轻放入阴道以吸收上述液体，一天 2 次，放置阴道填塞物不应超过几个小时；²³
- 医生可能会开出广谱抗生素，但患者应在指导下使用，最好可短期内有效。另外，用抗生素可能引起酵母菌感染，会使症状比用药前加重。患者和家属必须知道服用完抗生素的重要性，药量不够可能会使病情更严重。以下几种抗生素方案至少连续应用 5 天，强力霉素 100mg 口服，一天两次，或阿莫西林 250mg，口服，一天 3 次，或灭滴灵 400mg，口服，一天两次。

²³ 为避免加重病情，无论在阴道放入任何东西时（软管或填塞物），都必须轻柔。

瘘的处理

瘘是阴道和膀胱或直肠之间的异常通道，由肿瘤浸润器官或放疗并发症引起，由于尿和粪便直接从阴道流出的分泌物恶臭且有刺激作用，严重影响患者身心健康。

瘘自身不能修复，但患者能通过采取以下措施保持干净和舒适。

- 温水坐浴并轻柔清洗；
- 内裤中内衬干净的软布垫以吸收分泌物；
- 在床上垫上能经常更换和清洗的塑料布或报纸；
- 洗澡后，在阴道和肛门周围皮肤上涂上氧化锌软膏或凡士林以保持干燥。这些措施可以作为预防方法，而不用等到刺激症状发生后才用药；
- 如果能接受的话，进行室内通风或熏香。

阴道出血的处理

阴道出血向患者发出警报，因为在晚期宫颈癌者并不少见，性交或激烈运动可以诱发，或为自发性并无明显诱因，一旦出现应引起重视。

- 如出血不多，建议卧床休息和保持卫生，直至血止；
- 如出血为中等量，仅卧床休息就能使出血逐渐减少，如需要用干净的消毒纱布填塞阴道数小时；
- 如为重度出血，将患者转至医院或卫生院输血治疗。

家庭护理需备物品清单

- 常备干净开水；
- 洗手和衣服的肥皂；
- 干净毛巾；
- 如可能的话，最好备有乳胶手套（不需无菌）；
- 塑料垫或报纸；

- 污物袋；
- 用来浸泡手套及擦拭家具和塑料布的氯水（漂白剂：水=1：6）；
- 坐浴盆；
- 冲洗用的软管和塑料瓶；
- 大量干净的纱布、卫生棉或月经垫（如可能）。在用于填塞阴道前必须蒸煮消毒；
- 碳酸氢钠（小苏打）；
- 醋；
- 氧化锌软膏或凡士林；
- 抗生素和其他处方药（灭滴灵、强力霉素、阿莫西林）。

建议

- 尽可能多查看患者。
- 总是耐心聆听患者和家属的抱怨，并尝试缓解其症状。
- 与保健中心或医院医护人员保持交流沟通，征求他们在特殊问题上的建议。
- 通过解释症状出现的原因来提供安全感，让家属相信你能安抚患者。
- 教会患者和家属如何处理常见症状。
- 帮助患者及其家属如何获得所需物质。
- 最重要是，避免过累工作使自己筋疲力尽，向与你关系密切的朋友寻求支持并保持密切联系但不向朋友透漏患者隐私。

PS 20

实践指导二十：阴道排液及阴道痿的家庭护理

PS20

实践指导二十：阴道排液及阴道痿的家庭护理

附录 : 预防感染的常规措施

常规措施是有助于预防感染扩散的一些简单方法。所有医护人员都必须遵循该措施来保护患者、他们自己或其他保健人员被感染和传播。

近年来包括肝炎病毒 **HBV**、**HCV**、**HDV** 和 **HIV** 等血源性病毒的传播更加显示出临床上预防感染的重要性。很多传染病是无症状的，并且并不是总能知道谁感染了传染病。因此，不论是否有症状，已感染 **HIV** 或还未知感染与否，所有患者均应预防感染。

质量控制和监督是阻断感染传播的首要保证措施，临床治疗后的盆腔感染是感染预防措施差的体现。

感染预防常规措施

勤洗乳胶手套：

- 你所接触的东西或体表皮肤可能已经被污染了；
- 进行临床检查或操作（冷冻治疗、取活检、颈管内搔刮和 **LEEP** 术）或进行了注射；
- 清洗患者曾接触过的区域；
- 处理所使用过的器械。

记住：

- 如果手套破了，取下来，彻底清洗双手，并更换新的手套；
- 戴手套并不能取代洗手。

下列情况应用肥皂和水洗手至少 **30** 秒：

- 在与每一位患者接触前后；
- 如果接触了血液或体液；
- 脱除手套后马上清洗。

²⁴ 引自: *Universal precautions against infectious diseases*. University of Michigan Health System (www.med.umich.edu/1libr/wha/wha_unipre_crs.htm); and Burns AA et al., *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.

污染后一次性用品和器械表面做如下处理:

- 沾有血液或体液的一次性用品装入塑料袋密封后丢弃处理;
- 按医疗常规来处理废弃的针头;
- 用去污剂清洗反复使用的亚麻、布制品, 在太阳下晒干, 条件允许则将其熨平;
- 清洗并消毒物体表面, 如检查床和地板。

反复使用的器械和手套在每次使用后都需经如下过程处理:

- 所有接触过阴道或宫颈的器械(如窥器、活检钳、手套等)均应去污、清洗和无菌或高级消毒处理。
- 冷冻探头应去污、清洗和高级无菌处理。
- 每位患者检查或治疗完后, 均应对床面进行去污处理, 其他器械(如阴道镜、冷冻头、聚光灯等)至少每天去污一次, 如肉眼可见污染, 应多次去污。

器械处理步骤²⁵

在临床和手术科室, 器械在重复使用之前的处理有 3 个基本步骤: (1) 去污, (2) 清洗, (3) 灭菌或高级消毒。

去污

这一步能灭活乙肝病毒和 HIV, 保证反复使用的器械和手套的安全性。将使用后的器械和手套立即浸入盛有 0.5% 氯水的大塑料桶中 10 分钟(勿太长时间, 会腐蚀器械); 清水冲净。氯水可用家用漂白剂和清水按 1: 9 配制而成, 必须每日新鲜配制, 脏后应重新配制。临床物品表面可用 60%-90% 乙醇或异丙醇来替代氯水。

清洗

去污之后, 由戴着厚手套和眼镜或护目镜的人员清洗器械, 用水和去污剂刷洗器械, 再用蒸馏水彻底冲净, 尤其应注意带有齿、接合面和螺丝的器械。

²⁵引自: Sellors JW, Sankaranarayanan R, *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual*. Lyon, IARC Press, 2003.

灭菌

所有将要与身体的无菌部位接触的器械均需经无菌消毒杀灭所有微生物, 例如切开皮肤或宫腔操作。

可按下述方法之一来进行灭菌过程:

- 将器械放入高压灭菌锅中高温灭菌: 开包器械 **20** 分钟, 包裹的器械 **30** 分钟, 高压灭菌为首选方法。
- 将器械浸泡在 **2-4%**的戊二酸溶液中, 或 **8%**甲醛溶液中 **24** 小时, 然后用无菌水彻底冲洗。

高级消毒

高级消毒破坏除细菌孢子外的所有微生物。当没有高压灭菌设备或器械精细不能高压灭菌时, 可使用高级消毒法, 以下方法均可高级消毒法:

- 器械放置于至少每天更换一次的自来水容器内煮沸 **20** 分钟以上。应保证器械全部没入水中, 当水沸腾后开始计时, 当你开始计时后不能向锅内添加任何物品。
- 将器械浸泡在 **0.1%**氯水或 **2%**戊二酸溶液中 **20** 分钟或 **6%**过氧化氢液中 **30** 分钟, 用蒸馏水彻底冲洗, 晾干, 包在无菌布中。因这些化学药物有腐蚀作用, 如反复用此方法消毒, 会降低器械的使用寿命。

物品和设备

以下为用于预防感染的物品和设备 (取决于使用哪种消毒方法):

- 干净、煮沸的水;
- 去污剂, 家用漂白粉或商用氯粉;
- 一种或多种灭菌化学药物 (**2-4%**戊二酸, **8%**甲醛溶液);
- 一种或多种高级消毒药物 (**0.1%**氯水, **2%**戊二酸, **6%**双氧水);
- **60%-90%**乙醇或异丙醇;
- 消毒衣;
- 塑料袋;

A1

附录 1: 预防感染的常规措施

A1

附录 1:
预防感染的常规措施

- 刷子;
- 盛放溶液的储液罐;
- 清洁时使用的厚手套;
- 无菌或高级消毒的手套, 钳取消毒器械的长柄钳;
- 高压灭菌器或盛水和浸泡器械的容器;
- 能防止灰尘进入的密闭柜, 盛放消毒好的器械和物品。

附录 2: 2001 版 TBS 诊断系统

标本质量

- 满意（描述是否存在宫颈移行带区域的细胞）。
- 不满意（详述原因）。
- 拒收或不做制片的标本（详述原因）。
- 标本制片并已阅片，但无法满意地对上皮的异常做出评估（详述原因）。

总分类（可选）

- 未见上皮内病变或恶性病变。
- 上皮细胞异常。
- 其他。

结果的描述

未见上皮内病变或恶性病变

微生物感染：

- 滴虫性阴道炎；
- 真菌感染，形态符合念珠菌属；
- 阴道菌群的变异提示细菌性阴道病；
- 细菌形态符合放线菌属；
- 细胞形态改变符合单纯疱疹病毒感染。

其他非肿瘤性的形态特征（目录中未包括所有的病变，只做选择列举或报告）：

- 与炎症相关的反应性细胞改变（包括细胞修复）；
- 放疗；
- 宫内节育器；
- 子宫切除后涂片中出现腺细胞；
- 萎缩。

²⁶该分类可用于巴氏涂片细胞学结果报告。

A2

附录 2: 2001 版 TBS 诊断系统

上皮细胞异常

A2

附录 2: 2001 版 TBS 诊断系统

鳞状上皮细胞

- 不典型鳞状上皮细胞 (ASC);
 - 未确定意义的非典型鳞状上皮细胞 (ASC-US);
 - 非典型鳞状上皮细胞: 不排除高度鳞状上皮病变 (ASC-H);
- 低度鳞状上皮内病变 (LSIL);
- 高度鳞状上皮内病变 (HSIL);
- 鳞癌。

腺上皮细胞

- 不典型腺上皮细胞 (AGS) (子宫颈管内膜细胞, 子宫内膜细胞或非特异性)。
- 倾向瘤变的不典型腺上皮细胞 (子宫颈管内膜细胞或非特异性)。
- 宫颈管原位腺癌。
- 腺癌。

其他 (未全部列出)

- 年龄 ≥ 40 岁妇女的子宫内膜细胞。

附录 3：如何评估实验方法诊断的准确性

A3

附录 3：如何评估实验方法诊断的准确性

实验方法的成功与否在于它预测疾病的可靠性和准确性。其预测疾病的准确性依赖于两个重要指标：敏感性²⁸和特异性。

- 可靠程度是指重复实验或在其他实验室环境中能得出相同的结果。
- 敏感性是指能准确发现个体患癌前病变或癌的能力。敏感性越高，将癌前病变或癌漏诊为正常的病例越少（假阴性越低）。
- 特异性是指能准确鉴别个体未患癌前病变或癌的能力。特异性越高，正常人被错误诊断为癌前病变或癌症的病例越少（假阳性越低）。

理想的筛查方法应具有较高的敏感性和特异性。目前还没有理想的方法来诊断子宫颈癌前病变和癌。敏感性低将会漏掉一些患者，特异性低将会使一些未患病者被过度诊断和治疗。

当检查结果为阳性时，被检查者可能也想知道她真的患此病的可能性有多大，这也称为阳性预测值（PPV）。阴性预测值（NPV）是指患者未患病而检查结果为阴性的机率有多少。阳性预测值和阴性预测值与敏感性、特异性不同，后者反映检查方法本身的特点，而 PPV 和 NPV 取决于人群中疾病的流行情况。

特异性、敏感性、PPV和NPV值的计算

检查结果	实际患病情况 ²⁸		
	阳性	阴性	
阳性	a	b	a+b
阴性	c	d	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

敏感性= $a/a+c$; 特异性= $d/b+d$; 阳性预测值= $a/a+b$; 阴性预测值= $d/c+d$ 。

²⁷ 本指南中，是以CIN2或更高级别的组织病理学结果来衡量子宫颈癌前病变和子宫颈癌筛查实验的敏感性和特异性。

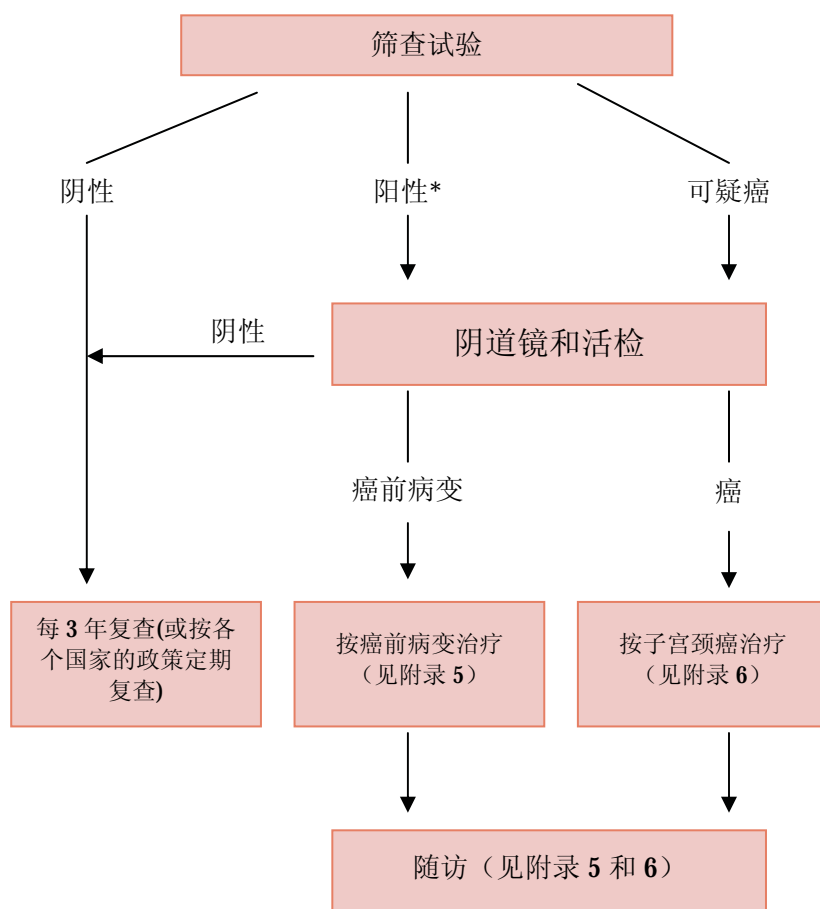
²⁸ 子宫颈癌前病变实际患病诊断的金标准是活检后的组织病理学诊断结果。

附录 4: 根据筛查结果随访和处理流程图

A4

附录 4: 根据筛查结果随访和处理流程图

标准处理方案

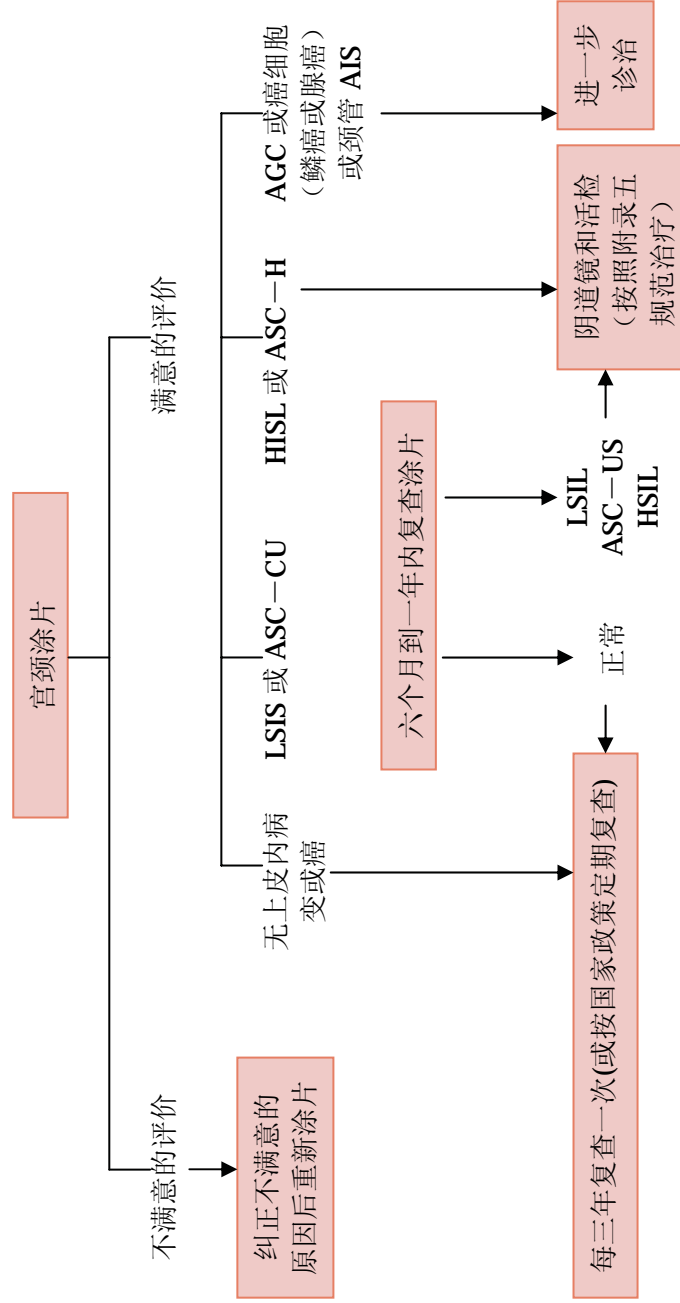


* 只有当巴氏涂片结果持续为ASC-US或LSIL时(半年至一年内两次报告阳性),才应接受进一步检查。

例 基于巴氏涂片筛查结果的标准处理方法

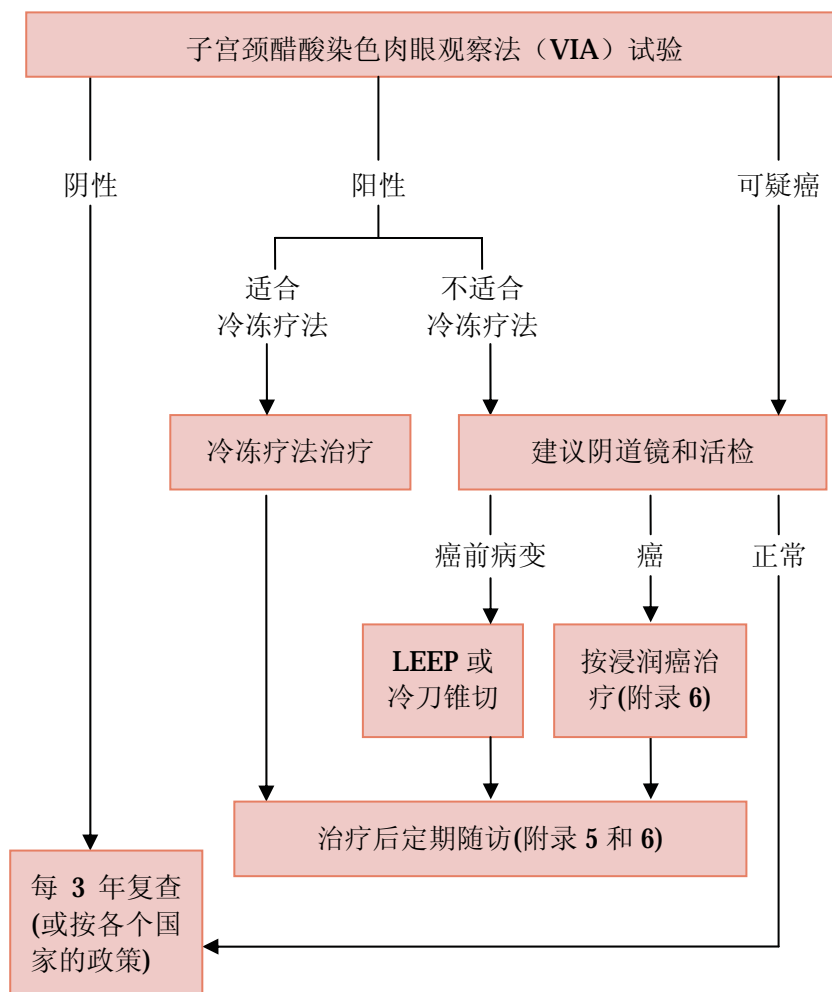
250

附录 4：根据筛查结果随访和处理流程图



LSIL=低度鳞状上皮内病变, HSIL=高度鳞状上皮内病变, ASC-US=未确定意义的非典型鳞状上皮细胞, ASC-H=非典型鳞状上皮细胞, 不排除高度鳞状上皮病变, AGC=不典型腺细胞, AIS=子宫颈原位癌。

· 基于子宫颈醋酸染色肉眼观察法试验结果的 “即筛即治”方案

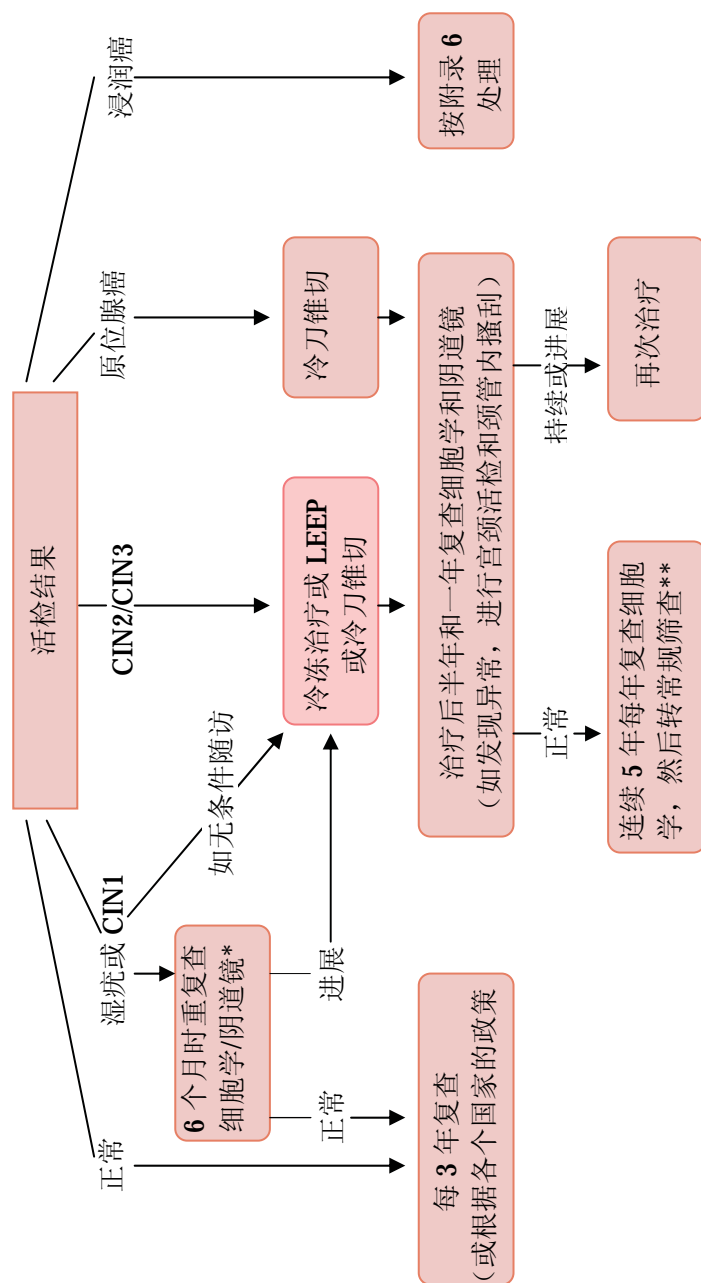


* 不适合于冷冻治疗: 宫颈病变面积 > 75%, 向阴道壁延伸或超出冷冻探头范围 2mm, 或位置深, 探头未能探及以及孕妇。

A4

附录 4: 根据筛查结果随访和处理流程图

附录 5: 子宫颈癌前病变的规范治疗



*如病变持续每半年阴道镜检查一次, 直至病变消退或进展

**CIN1 和 CIN2 患者, 一年后转常规筛查。

A5

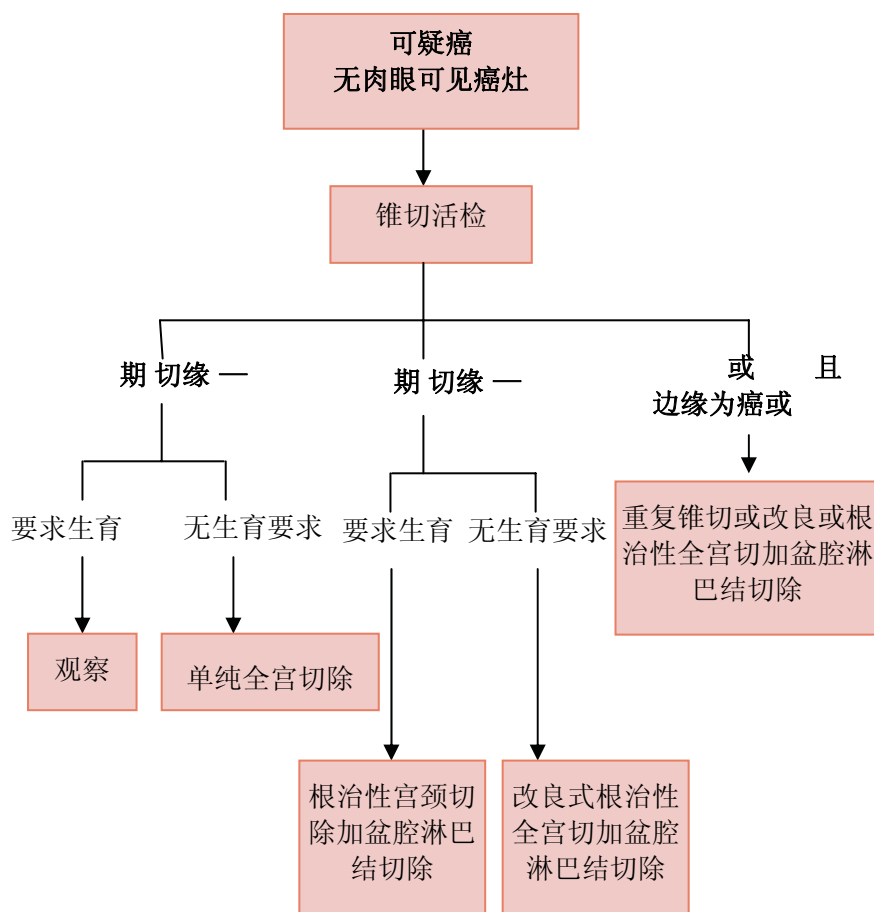
附录 5: 子宫颈癌前病变的规范治疗

附录 : 各期子宫颈癌的治疗

A6

附录 6: 各期子宫颈癌的治疗

6a 宫颈微浸润癌的治疗: 和 期

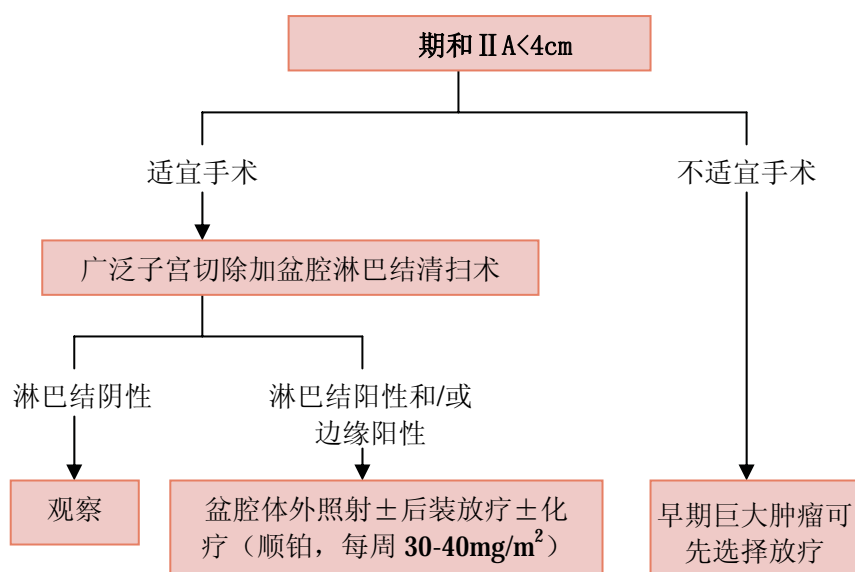


A6

附录 9 : 各期子宫颈癌的治疗

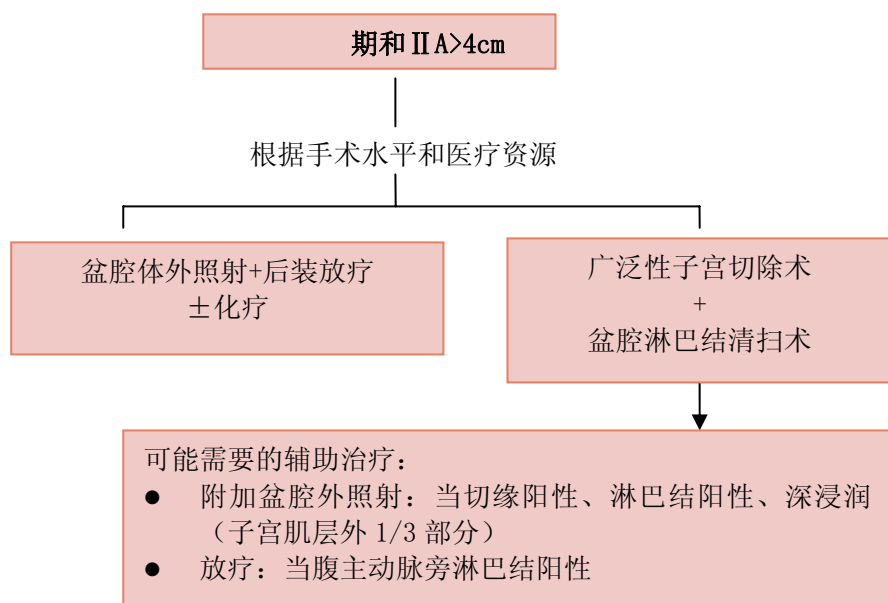
宫颈早期浸润癌的治疗: 期 和 II <

当肿瘤生长浸润阴道壁但主要部分仍位于宫颈时, 建议手术切除, 除非患者不能耐受手术。



早期大块肿瘤的治疗: 期 IIIB 期

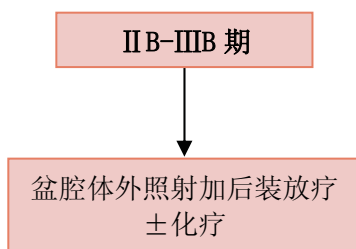
早期未转移大块肿瘤的治疗: IB2 期和 II A>4cm



EBRT: 外照射放疗

广泛转移癌的治疗: II B-III B 期

这些患者需要根治性放疗(为达治愈目的), 包括盆腔体外照射和后装照射。化疗在发展中国家中应用效果尚未经证实。



A6

附录 6: 各期宫颈癌的治疗

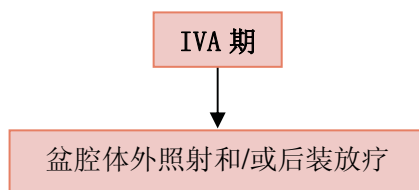
A6

附录 6: 各期宫颈癌的治疗

6d. IV 期治疗

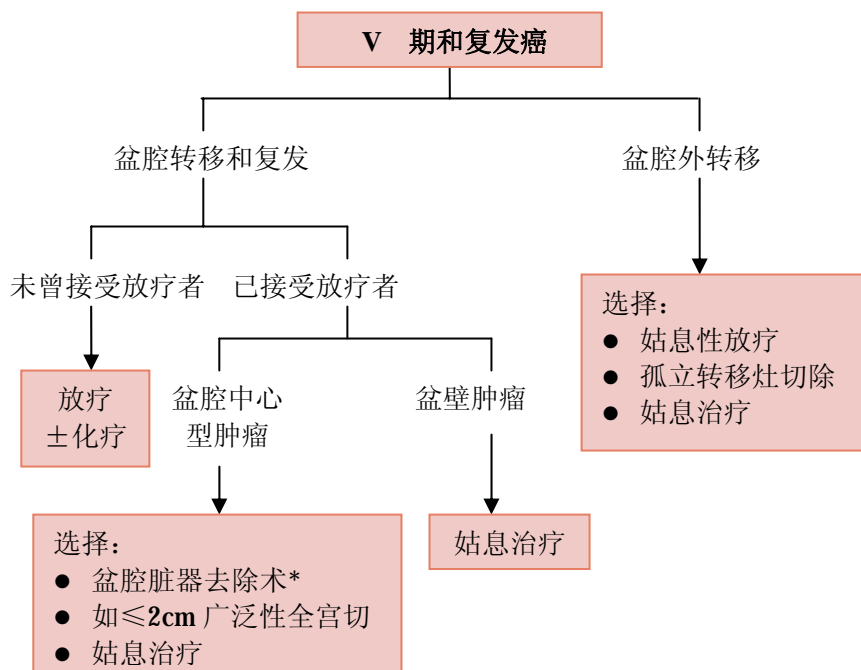
IVA 期治疗

是否给予放疗取决于患者的一般状况如何。



V 期和复发癌的治疗

IVB 期 (占 5%) 表明已经血液广泛转移, 目前尚无有效治疗手段。



*盆腔脏器去除术并不常用, 因为其涉及泌尿系和结肠改道问题, 在发展中国家护理很困难, 而且此方法也不可能治愈患者, 因而难以为大多数患者接受。

妊娠期子宫颈癌的治疗

孕周	IA1 和 IA2 期	IB 和 IIA 期	II B, III 期
<12 周	与非妊娠期妇女相同, 应立即行全宫切除	广泛性子宫切除 (胎儿在宫内) 或腔内放疗 20Gy (2 周) 自然流产后或清宫后行盆腔野放疗。	胎儿自然流产或腔内放疗流产清宫后行盆腔野放疗。
12-24 周	与非妊娠期妇女相同, 立即行全宫切除	胎儿在宫内的广泛性子宫切除或腔内放疗 2 周内剖宫取出死胎, 行盆腔野放疗。	腔内放疗流产 2 周内剖宫取出死胎, 行盆腔野放疗。

接下页

A6

附录 6: 各期子宫颈癌的治疗

A6

附录 6: 各期子宫颈癌的治疗

孕周	和	和IIA期	II, III期
24-32 周	延迟治疗至满 32周, 32周时, 如需要对经腹羊膜穿刺和地塞米松促肺成熟, 然后按>32周处理	延迟治疗至满 32周, 32周时, 经腹行羊膜腔穿刺术和地塞米松促肺成熟, 然后按>32周处理。	延迟治疗至满 32周, 32周时, 经腹行羊膜腔穿刺术和地塞米松促肺成熟, 然后按>32周处理。
>32 周	古典式剖宫产术加全宫切除	古典式剖宫产术加根治性全宫切除或子宫复旧后盆腔外照射及腔内放疗	古典式剖宫产术子宫复旧后盆腔外照射及腔内放疗

附录 7：文档示例²⁹7a. 给巴氏涂片异常，但未按时取结果的患者的
信函示例

A7

附录 7：文档示例

时间 _____

亲爱的 _____ (患者姓名)

我们写信给您是为了提醒您返回 _____ (卫生院/医院) 来讨论您在 _____ (涂片日期) 的筛查结果。您本应在上周返回，但您未返回，特发此函。

您的巴氏涂片检查结果表明宫颈存在异常 (子宫的入口部分)，需要复诊行 _____ (进一步诊断/治疗)。

如果细胞学结果不是浸润癌，可以加：这种病变不是癌症，但如果不及时治疗，可能会发展为癌症。

我们希望您在二周内尽快返回，以便向您提供所有信息，回答你的问题并安排您下次复诊。

如果您有任何问题，请与我们联系 _____

谨启

_____ (写信人姓名)

²⁹引自：CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I: A guide for program managers.* Cervical Health Implementation Project, South Africa. University of Cape Town, University of the Witwatersrand, Engender health, 2004.

巴氏涂片复查追踪卡

A7

附录 7:
文档示例

宫颈筛查

追踪卡: 巴氏涂片复查

姓名: _____

患者编号: _____ 出生日期: _____

家庭住址:

工作地址:

电话号码:

巴氏涂片日期:

患者取报告日期:

注意事项:

随访:

复查细胞学日期:

如未返回采取的措施: 发函通知(日期) _____

其他措施 _____

注意事项:

转诊阴道镜追踪卡

A7

附录 7:
文档示例

宫颈筛查	
追踪卡: 转诊阴道镜	
姓名: _____	
患者编号: _____	出生日期: _____
家庭住址:	
工作地址:	
电话号码:	
巴氏涂片日期:	
巴氏涂片结果:	
预约转诊地址: _____	
预约转诊日期: _____	
追踪记录:	
通知转诊日期:	
转诊阴道镜结果:	

给原诊疗单位的阴道镜转诊结果通知单

A7

附录 7: 文档示例

至: _____ (原诊疗单位名称)

患者姓名: _____ 患者编号: _____

阴道镜门诊名称: _____

患者来我处检查日期 _____

阴道镜及活检日期 _____

最终组织学诊断:

所进行的治疗:

随访建议:

感谢推荐转诊, 如需了解详情, 请与我们联系。

谨启

姓名: _____ 盖章: _____ 日期: _____

附录 8: 宫颈炎和盆腔炎 (PID) 的治疗³⁰

8a. 宫颈炎的治疗

A8

附录 8: 宫颈炎和盆腔炎 (PID) 的治疗

单纯性淋病和衣原体感染的治疗			
疾病	首选: 以下2种药任选一种	有效的替代药物	如果患者为妊娠后期, 哺乳期或小于18岁 2种药中任选一种
淋病	头孢克肟400mg 口服或单次给药, 或 头孢曲松125mg 肌注	环丙沙星 ^{a,b} 500mg, 口服或单次给药或大观霉素 2g 肌注	头孢克肟 400mg 口服或单次给药, 或 头孢曲松钠 125mg 肌注。
衣原体	阿奇霉素 1g 口服或单次给药或 强力霉素 ^a 100mg 口服, 一天 2 次, 连服七天。	氧氟沙星 ^{a,b,c} 300mg 口服, 一天 2 次, 连服七天或 四环素 ^a 500mg 口服, 一天四次, 连服七天或 红霉素 500mg 口服, 一天四次, 连服七天。	红霉素 ^d 500mg 口服, 一天四次, 连服七天或 阿奇霉素 1g 口服, 单次给药, 或 阿莫西林 500mg 口服, 一天 3 次, 连服七天。

- a. 妊娠期和哺乳期禁用强力霉素、四环素、环丙沙星、诺氟沙星和氧氟沙星。
b. 喹诺酮类药物应参考淋菌奈瑟菌属耐药情况, 例如 WHO 东南亚和太平洋西部地区耐药情况。
c. 此表中氧氟沙星此表中列为用于治疗衣原体感染, 它也可用于治疗淋病。
d. 妊娠期禁用丙酸酯红霉素, 因为会引起药物相关性肝毒性, 只能用红霉素、琥乙酯或红霉素碱。

如有宫颈炎, 建议夫妇同时治疗, 并建议使用安全套。

³⁰摘自: *Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide for essential practice.* Geneva, WHO, 2005.

盆腔炎的门诊治疗

A8

淋病的单次给药治疗 衣原体感染的多次给药治疗+厌氧菌感染的多次给药治疗

疾病	从以下方框中任选一种 (=3种药)
淋病	头孢曲松钠250mg肌注, 或头孢克肟400mg单独口服, 或环丙沙星 ^a 500mg单独口服, 或大观霉素2g肌注。
衣原体	强力霉素 ^b 100mg口服, 一天两次, 连服14天, 或四环素 ^b 500mg口服, 一天4次, 连服14天。
厌氧菌	灭滴灵 ^b 400-500mg口服, 一天两次, 连服14天。

- a. 喹诺酮类用药应参考淋菌奈瑟菌属耐药性情况, 例如 WHO 东南亚和太平洋西部地区耐药性情况。
- b. 妊娠期、哺乳期禁用以上药物, 妊娠期的盆腔感染很少见。
- c. 灭滴灵应避免与含酒精物质同时服用。早孕期也应避免使用灭滴灵。

对于盆腔炎患者, 配偶也应进行淋菌和衣原体的治疗, 且建议使用安全套。

注意: 患急性盆腔炎的患者, 出现下列情况时应考虑入院治疗。

- 急诊手术不能除外, 如阑尾炎或宫外孕;
- 怀疑盆腔脓肿;
- 门诊不能处理的严重疾患;
- 妊娠妇女;
- 青少年患者;
- 患者无法随访或门诊依从性差;
- 患者不配合门诊治疗。

附录 9: 蒙塞尔胶 配制方法

什么是 蒙塞尔胶?

Monsel's 胶是一种用于覆盖宫颈表面出血区域的稠厚的、快速止血的化合物。它在冷冻治疗、点状活检和 **LEEP** 术后使用十分有效, 由于它是一种具腐蚀性的物质, 如作用时间太长会破坏组织, 使用该药后不应堵塞阴道。

成分	含量
1. 硫酸铁盐	15 g
2. 硫酸亚铁粉末	少量颗粒
3. 无菌水	10 ml
4. 甘油淀粉(见下配制)	12 g

配制: 要小心, 因为配药反应是放热过程。

1. 在玻璃烧杯中加入 **10ml** 无菌水和少量硫酸亚铁粉末。震荡混合。
2. 玻璃棒搅拌溶液以利硫酸亚铁的溶解。溶液应变得如晶体般透明。
3. 在玻璃研钵中称取甘油淀粉 (见下面的配制指南), 混匀。
4. 将硫酸亚铁溶液缓缓加入甘油淀粉中, 不断搅拌直至获得均质混合物。
5. 储存在 **25ml** 棕色瓶中。

注意: 许多临床医生愿意不塞紧瓶塞, 使混合物中水分蒸发直至成为粘稠的芥末膏样物。根据环境可以保持瓶塞松弛 2-3 周。然后密封储存, 如需要可加入无菌水进行稀释。

标签: 蒙塞尔胶
置放于阴凉处
仅适于外用
有效期: [年月日] (配制后一年)

A9

附录 9: 蒙塞尔胶配制方法

A9

附录 9:
蒙塞尔胶
配制方法

甘油基淀粉的配制

成分	含量
1. 淀粉	30 g
2. 混合用无菌水	30 ml
3. 甘油	390 g

配制:

1. 在陶瓷坩埚中, 将淀粉溶于无菌水中。
2. 加入甘油, 摇晃混匀。
3. 在本生灯上加热陶瓷坩埚及其内容物。用压舌板持续搅拌直至混合物变得粘稠、膨胀并混匀。

注意: 不要过热, 否则混合物会变黄。

标签: 甘油淀粉 置放于阴凉处
 仅适于外用
 有效期 (日/月/年) (配制后一年内)

专业词汇表

注意：本词汇表所给出的词的含义是指在本指南中所用到的含义，字典上的定义可能更广泛更具一般性。

醋白区：涂醋酸之后，宫颈上皮变白的区域。

腺癌：具有腺体样特征的癌症，例如：来源于宫颈管柱状上皮的癌症。

附件：子宫旁的组织和器官，包括输卵管、卵巢和韧带。

不典型细胞：巴氏涂片所见到的意义不明确的，不典型细胞。

基底膜：在上皮下的一薄层组织。

原位癌：累及器官（如子宫颈）上皮或表层全层，但未穿透基底膜的癌前病变。

宫颈上皮内病变：是累及宫颈上皮层的癌前病变状态。可以在显微镜下诊断。根据异常上皮层的深度分级为 CIN1, 2 或 3（1/3, 2/3 或全层厚度）。

辅助因子：有助于增强或放大物质引起变化的效应的因子；通常不作用于其本身。

结肠造口术：通过手术构建人造的结肠排泄口。

湿疣：低危型 HPV 感染引起的疣状物，也见于梅毒。

成本有效性：通过某种方式处理病情所获得的效果与其成本（资金、器材、时间）之间的比值关系。

覆盖面：在特定时期接受某种服务的目标人群所占比例。

治愈率：一群患病或处于某种特殊情况的人接受特定治疗后被治愈的百分比。

细胞学：在显微镜下对细胞结构进行研究。异常的结果常常需要通过活检来证实。

G

专业词汇表

G

专业词汇表

细胞病理学家 细胞技术专家 细胞学家：具有显微镜下检查涂片上有无异常细胞的经过培训的人。

效力：一种治疗方法在特定人群中减少疾患危害的有效性。

功效：特定治疗方法达到期望效果的能力。

效率：达到治疗效果与所付出努力（资金、资源或时间）之间的关系。

上皮组织：一层或一条，由单层或复层细胞构成，通常对它所覆盖的器官有保护作用。

瘻：两上中空器官之间的异常通道，宫颈癌患者的瘻处于阴道和直肠之间，是由于癌的侵蚀性生长引起或为放疗并发症。

电灼疗法：用热或电流破坏组织，电灼疗法用于 LEEP 术中止血。

菜花样生长：描述肿瘤的一种外生性的不规则的生长方式。

金标准：具最高敏感性和特异性的方法，作为比较其他类似方法的衡量标准。

高度病变：是 Bethesda 分类系统中的一个术语，描述如不治疗则具有进展为癌的高度可能性的宫颈异常病变，包括 CIN2 和 CIN3。

HPV 高危型：引起宫颈癌的人乳头瘤病毒的一种类型。

组织病理学：在显微镜下研究薄玻片上的染色组织，以决定有无病变。

子宫切开术：切开子宫的手术过程。

免疫抑制：降低机体抵抗细菌和外来物质攻击的能力，可见于 HIV 患者。

发生率：在某特定时期特定人群中，某疾病的新病例数，如在某个国家 5 百万妇女中，每年有 500 例新发宫颈癌，宫颈癌的粗略（非年龄标准化）发病率为每年 100/100 万人年或 10/10 万人年。

凹空细胞：细胞核周出现空晕改变的一种特殊细胞。

剖腹术：经腹壁切口的手术。

初潮：第一次月经的年龄。

化生：组织从一种类型转化为另一种类型，如：从鳞状上皮转化为柱状上皮。

转移：肿瘤的一种表现，在远处器官出现与源肿瘤十分相似的病灶。

宫颈微小浸润癌：癌症局限于宫颈，深 $<5\text{mm}$ ，宽度 $\leq 7\text{mm}$ ；仅能通过显微镜诊断。

发病率：在特定时段人群中患某特殊疾病的比例，常表示为患病人数/10万。

死亡率：在特定时段人群中死于某特殊疾病的比例，常以每年因病死亡人数/10万表示。

阴性预测值（检查方法的）：检查结果为阴性，实际也为阴性的可能性。

瘤形成：新生物或肿瘤的形成过程，有时为恶性肿瘤。

类阿片：缓解剧痛的一种药物，如吗啡。

病理学：研究疾病及其对组织作用的学科。

腹膜：覆盖腹壁和腹腔脏器的薄层连续的组织。

持续的病变：描述疾病或病变在一段时间内不消退。

试验性研究：对有限人群进行论证研究，其目的常常是提供行为的信息而非一定要获得结果（获得结果需要在大样本中检测）。

阳性预测值（检查方法的）：检查结果为阳性，实际也为阳性的可能性。

临床前期：还未出现任何症状或体征的疾病早期。

流行率：在特定时间点、特定人群中患某病的人数比例。

一级预防：避免暴露于病因的措施，如子宫颈癌应预防 HPV 感染。

G

专业词汇表

主要治疗：以期治愈某病的首选治疗方法。

预后：疾病的可能结果（好转、恶化或死亡）。

根治性放疗：为达治愈目的放疗。

复发（病变或疾病）：经治疗曾经消失而又重新出现的疾患。

消退：异常病变的消失或减弱。

可靠性或重复性：治疗或检查方法经反复重复能得出相同结果的程度。

筛查阴性：显示无异常的筛查结果。

筛查阳性：显示有异常的筛查结果。

敏感性：某试验从人群中正确检出患者的概率（真阳性率）。

特异性：某试验从人群中正确排除未患病者的概率（真阴性率）。

上皮内病变（SIL）：宫颈鳞状上皮细胞层癌前病变或有异常，在 TBS 分类中，将其分为低度上皮内病变（LSIL）和高度上皮内病变（HSIL）。这种分类仅用于细胞学检查报告。

狭窄：能引起健康问题的管腔狭窄。

生存率：一定时期后，仍活着的患者占全部患病人口的比例。

对症治疗：根据所表现症状的主要致病原因进行抗炎治疗。例如：在不用对病原进行分析的情况下，即可使用抗生素治疗由淋球菌和衣原体导致的宫颈炎。

筛选：患者按轻重缓急分类后，送至适当地方进一步检查或治疗。

溃疡形成：侵蚀组织，引起小的火山口样凹陷。用来描述一些癌症的术语。