

肿瘤防治科普知识之——妇科肿瘤

吴小华

（复旦大学附属肿瘤医院，上海，200032）

DOI:10.32629/jrm.v3i3.03115

【摘要】常见的妇科肿瘤有宫颈癌、卵巢癌、子宫内膜癌、外阴癌、阴道癌、子宫肉瘤、妊娠滋养细胞肿瘤等，常见病因有个体因素、感染因素、生活因素、环境因素、遗传因素等。常规治疗策略有手术治疗、放射治疗、药物治疗、支持性治疗等，新型辅助治疗策略有分子靶向治疗、免疫治疗等，还有中医药治疗、营养治疗、康复及缓和医疗等疗法。

【关键词】妇科肿瘤；接种 HPV 疫苗；宫颈癌；卵巢癌；子宫内膜癌；外阴癌；阴道癌；子宫肉瘤

【中图分类号】R737.31

【文献标识码】A

问题 1：接种 HPV 疫苗对预防宫颈癌的效果如何，哪些人群应优先接种？

观点 1：HPV 疫苗能预防特定类型的 HPV 感染，从而减少宫颈癌发生。未感染过 HPV 的人接种后免疫反应最强，保护效果最好，建议在首次性生活前接种。

9～14 岁未发生性行为女性优先接种。该年龄段女孩感染 HPV 风险低，疫苗能激发最佳免疫效果。越早接种保护力越高。

15～26 岁女性推荐接种，未感染更优。此阶段女性若未感染 HPV 或未开始性生活，疫苗仍有效；已有性生活者，对未感染的 HPV 类型也有保护作用。

27 岁以上女性可依情况选择接种。年龄增长可能已感染部分 HPV 型别，疫苗效果降低，但若未感染覆盖类型，接种仍有保护作用，需结合个人条件决定。

已感染 HPV 者疫苗仍有一定保护作用。疫苗可预防其他未感染的 HPV 类型，降低相关病变风险，但效果不如未感染者，建议咨询医生后评估接种价值。同时对于既往 HPV 感染转阴后，接种疫苗对此

HPV 型别仍有保护作用。

问题 2：宫颈癌的筛查方法有哪些，不同筛查方法的适用人群和优缺点是什么？

观点 2：25 岁以上女性首选细胞学检查，经济简便但易漏检。细胞学检查（包括巴氏涂片、液基细胞学检查）适合 25 岁以上女性，操作简单且价格低，但准确性受采样质量影响，可能漏掉部分病变，需定期复查。

30 岁以上女性可用 HPV 检测，敏感度高但易误诊。HPV 检测能更早发现病毒感染，尤其对高危型病毒敏感，但阳性结果不一定代表癌变，可能需结合其他检查避免过度治疗。

30～65 岁推荐联合检测，准确性高但成本也高。细胞学检查联合 HPV 检测能提高筛查准确性，适合经济条件允许的女性，但流程复杂且费用较高，需医疗机构支持。

异常结果需阴道镜检查，直观但操作要求高。若细胞学或 HPV 检测异常，例如高危型 HPV16、18

型感染或者其他高危 HPV 型别持续感染超过 1 年，需用阴道镜直接观察宫颈，必要时取活检，但属于侵入性检查，依赖医生经验，患者可能有不适感。

宫颈活检是确诊金标准，不用于常规筛查。活检通过取宫颈组织明确病变程度，准确性最高，但因有创且可能出血感染，多用于阴道镜下可疑病变或肉眼可见异常赘生物的情况。

问题 3：宫颈癌的常见临床表现有哪些，早期和晚期症状有何区别？

观点 3：早期常见接触性出血及分泌物异常。性生活或妇科检查后出血是早期最典型表现，白带可能带血或有异味，或呈稀薄水样、米泔样，但症状轻微易被忽视，需警惕。

晚期出现不规则出血和疼痛。晚期患者可能有非月经期出血、绝经后出血，伴随下腹或腰部持续性疼痛，提示肿瘤可能扩散压迫神经。

晚期侵犯泌尿系统致排尿异常。肿瘤扩散到膀胱或尿道时，会引发血尿、排尿困难或尿频，此时病情已较严重。

晚期累及肠道引发便血或肠梗阻。肿瘤压迫或侵入直肠、结肠时，可能导致便血、排便困难甚至肠梗阻，需紧急处理。

晚期全身消耗致消瘦贫血。癌症晚期身体营养被大量消耗，出现体重骤降、乏力、面色苍白等，提示病情恶化。

问题 4：早期宫颈癌的首选治疗方法是什么，手术切除的范围如何确定？

观点 4：早期宫颈癌未扩散时，可选择手术或根治性放疗。手术可根据肿瘤侵犯深度、宽度及是否有脉

管侵犯等，选择宫颈锥切、简单子宫切除或根治性子宫切除联合淋巴结清扫等不同手术范围。

I A1 期无脉管侵犯者可选择宫颈锥切或全子宫切除。若肿瘤仅侵犯宫颈、浸润深度 ≤ 3 毫米且无脉管侵犯，属于极早期。此时仅需切除宫颈（锥切）或整个子宫即可根治，创伤小且恢复快。

I A1 期伴脉管侵犯至 II A2 期可行改良根治或根治性子宫切除 + 盆腔淋巴结清扫。当肿瘤侵犯脉管或浸润更深时，需扩大切除范围，包括子宫、部分阴道及周围韧带，同时清扫盆腔淋巴结，防止癌细胞通过淋巴结转移。

年轻患者符合条件可保留生育功能，如广泛宫颈切除术。对 I A1、I A2、I B1 或部分 I B2 期的年轻患者，若肿瘤未累及宫颈上段，可仅切除宫颈及周围组织，保留子宫体，术后仍有机会怀孕生育。若为特殊病例类型，需谨慎对待。

手术方案需综合年龄、生育需求及肿瘤特征制订。医生需评估患者是否绝经、是否想生孩子、配偶生育力，结合肿瘤类型、病灶大小、浸润深度和脉管状态，淋巴结状态、选择既能彻底切除病灶，又尽可能保留功能的手术方式。

问题 5：晚期宫颈癌的综合治疗方案有哪些，如何提高患者的生存率？

观点 5：放射治疗是局部晚期宫颈癌的主要治疗手段。对于肿瘤较大或位置特殊的患者，采用外照射缩小肿瘤范围，再通过近距离放疗（如腔内照射）精准消灭残留癌细胞。两种放疗方式配合能有效控制局部病灶，降低复发风险。

同步放化疗可显著提升疗效。在放疗期间同步使用顺铂等化疗药物，能增强放疗对癌细胞的杀伤

力，还能消灭潜在转移病灶。这种“(1+1) > 2”的模式可使肿瘤缩小更快，生存率提高约 20%。

精准筛选患者实施手术切除。手术不是晚期宫颈癌的常规治疗，仅适用于放化疗后残留、复发且无远处转移者，以及出现肠痿等并发症。对符合条件的患者，手术切除病灶后存在复发危险因素的患

者，有指征选择辅助放化疗，能达到更彻底的治疗效果。

靶向药物阻断肿瘤生长信号。针对血管生成等特定靶点，使用贝伐珠单抗等药物，能切断肿瘤营养供给。尤其适用于复发或转移患者，临床试验显示联合化疗应用可使生存期延长。

免疫治疗激活自身抗癌能力。通过 PD-1 抑制剂等药物解除癌细胞对免疫细胞的“迷惑”，让患者自身免疫系统重新识别并攻击肿瘤。对 PD-L1 阳性患者效果更明显，部分患者可实现长期带瘤生存。

多学科协作制订个体化方案。由妇瘤科、放疗科、病理及分子病理科、肿瘤内科、外科等专家共同会诊，根据患者年龄、肿瘤特点、基因检测结果等，组合多种治疗手段。治疗中动态调整方案，并定期复查监测疗效，及时处理副作用，这是提高生存率的关键。

问题 6：定期体检在卵巢癌预防中很关键，应包含哪些针对性检查项目？

观点 6：妇科检查是卵巢癌筛查的基础项目。通过盆腔触诊，医生能初步判断卵巢是否有异常增大、形态改变或质地变硬等情况。虽然不能单独确诊，但能提示进一步检查的必要性，适合作为常规体检的必查项目。

CA125 检测需结合其他检查综合判断。血液中 CA125 升高可能与卵巢癌相关，但怀孕、子宫内膜

异位症、盆腹腔炎性疾病、宫颈腺癌等疾病也会导致数值异常。单独检测易误判，需结合影像学检查，且更适用于已绝经女性。

经阴道超声是筛查卵巢结构的首选影像学手段。通过将探头置入阴道近距离观察卵巢，能清晰显示囊肿、肿块等异常结构，无辐射且敏感性高。尤其适用于发现早期体积较小的病变，但对肿块的良恶性鉴别仍需结合其他检查。

联合检查可提升早期诊断准确性。妇科检查、CA125 和超声三者结合，能弥补单一检查的局限性。例如超声发现肿块后，CA125 持续升高可增加恶性风险提示。但需注意检查间隔和频率，避免过度医疗。目前仍缺乏有询证医学依据的普通人群适用方案。

个性化筛查需评估家族史等风险因素。有卵巢癌家族史、携带 BRCA 基因突变等高危人群，建议从 30 ~ 35 岁开始每年筛查，增加检查频率，符合相应指征的高危人群可在完成生育后行预防性双侧输卵管卵巢切除术。普通人群可每 1 ~ 3 年检查一次，绝经后女性需持续关注卵巢状态，避免漏诊。

问题 7：肿瘤标志物 CA125 在卵巢癌筛查中的作用如何，有哪些局限性？

观点 7：CA125 是常用卵巢癌标志物，晚期升高更明显。CA125 在血液检测中常用，尤其晚期卵巢癌患者数值常明显升高，但早期患者可能不敏感，非上皮来源等特殊类型肿瘤 CA125 可能无异常，需配合其他检查。

特异性不足，多种疾病可致假阳性。子宫内膜异位症、盆腔炎、肝病等良性疾病，或肺癌、乳腺癌等其他癌症，也可能导致 CA125 升高，易误判为卵巢癌。

早期敏感性低，易漏诊早期患者。约一半早期患者（尤其 I - II 期）CA125 不升高，单独检测可能漏掉病灶，延误治疗时机。

部分患者 CA125 始终正常，无法单独诊断。约 20% 卵巢癌患者即使病情进展，CA125 仍正常，需结合影像学、HE4 等其他指标综合判断。

筛查需结合影像学和其他标志物。联合超声检查、临床评估及 HE4 等标志物，减少误诊和漏诊风险，提高准确性。

问题 8：卵巢癌的初始治疗原则是什么，手术和化疗如何配合？

观点 8：初始治疗以手术为主，化疗为辅。手术是卵巢癌治疗的第一步，目的是切除肿瘤并进行病情评估。术后化疗用于消灭残余的癌细胞，降低复发风险，两者配合能显著提高治疗效果。

早期患者做全面分期手术，晚期患者做减瘤手术。早期患者需彻底检查盆腹腔并切除可能转移的组织，行规范的分期手术指导后续治疗；晚期患者则尽可能切除肉眼可见的肿瘤，残留病灶越小越好，为后续化疗创造有利条件。

术后化疗常规采用 TC 方案，6 ~ 8 个周期。上皮性卵巢癌术后化疗多使用紫杉醇联合卡铂（TC 方案）方案（但仍需根据不同的病理类型咨询医生后决定），通过静脉注射，持续半年左右。晚期患者可能加用腹腔化疗，药物直接作用于腹腔内的癌细胞。

新辅助化疗用于肿瘤范围广或身体不耐受手术者。若肿瘤范围过大或患者体质差，可先通过化疗缩小肿瘤，再手术切除。通常化疗 2 ~ 3 次后评估有效，可选择手术，术后继续完成剩余化疗，确保

疗效。

个体化方案需结合分期、体质及病理类型。医生会根据患者肿瘤分期（早 / 晚期）、身体状况（能否耐受手术）和癌细胞类型（如对化疗的敏感性），灵活调整手术范围和化疗方案，实现精准治疗。

问题 9：对于无法手术的卵巢癌患者，有哪些替代治疗方案？

观点 9：化疗为首选替代治疗方案。无法手术的患者优先采用化疗。化疗药物通过全身作用杀死癌细胞，控制肿瘤进展，延长生存期。医生会根据患者体质调整药物剂量和疗程。

基因突变患者可选用靶向治疗。存在 BRCA 等特定基因突变的患者，可使用 PARP 抑制剂（如奥拉帕利）。这类药物能精准阻断癌细胞修复能力，导致癌细胞死亡，且副作用较传统化疗更小，需通过基因检测筛选适用人群。贝伐珠单抗等靶向抗血管生成药物在晚期、复发卵巢癌患者中也有重要应用。

放疗用于局部病灶控制。对局部复发或转移灶引发疼痛、出血等症状时，可采用放疗缓解症状。虽不是主要治疗手段，但精准的放射线照射可缩小特定部位的肿瘤，改善生活质量。

激素治疗适合特殊类型患者。仅对激素受体阳性的卵巢癌（如低级别浆液性癌）有效。通过调节雌激素水平抑制肿瘤生长，常用药物包括来曲唑、芳香化酶抑制剂、他莫昔芬等，治疗副作用较小，但适用人群较窄。

基因检测指导精准用药。治疗前需检测 BRCA 等基因状态，若发现突变，靶向药可有效提高疗效。检测还能排除对靶向治疗无效的患者，避免不必要的药物副作用和经济负担。

治疗方案需多学科综合制订。根据肿瘤分期、基因特征、身体状况等，由妇科肿瘤、放疗科、病理科等专家共同制订方案。例如，体弱患者可能采用低剂量化疗联合靶向治疗，确保疗效与安全性平衡。

问题 10：子宫内膜癌的筛查手段有哪些，什么情况下需要进一步检查？

观点 10：经阴道超声是筛查子宫内膜厚度首选方法。经阴道超声（TVS）通过测量子宫内膜厚度，能快速判断是否异常。绝经后女性正常内膜通常 ≤ 4 毫米，若厚度超标或伴阴道出血、异常分泌物等，需警惕癌变。这种检查无创、便捷，常作为初步筛查手段。

高危人群需子宫内膜活检或宫腔镜确诊。对于肥胖、糖尿病、长期使用雌激素等高危人群，若超声发现异常，需通过子宫内膜活检或宫腔镜取组织化验。宫腔镜能直接观察子宫内病变并精准取样，准确性更高，组织病理学依据是诊断金标准。

绝经后出血或围绝经期月经紊乱必须深入检查。绝经后出血（尤其 60 岁以上）或更年期月经量突然增多、周期混乱，可能是子宫内膜癌的信号。这类症状需立即做超声或活检，排除恶性病变，避免延误治疗。

遗传风险（如林奇综合征）需定期监测。家族中有林奇综合征等遗传性癌症综合征的人群，患子宫内膜癌风险显著增高。建议这类人群定期筛查，必要时做基因检测，早发现病变可提高治愈率。

内膜厚度 > 4 毫米且出血需进一步排查。绝经后女性若超声显示内膜厚度大于 4 毫米，并伴有阴道出血，即使量少也要重视。这种情况约 10% 的几

率为癌症，需结合活检或宫腔镜检查明确诊断。

问题 11：病理检查在子宫内膜癌诊断中的地位如何，有哪些特殊的病理类型？

观点 11：病理检查是确诊子宫内膜癌的“金标准”。通过显微镜观察病变组织，能 100% 确认是否癌变，明确癌症具体类型（如腺癌、肉瘤等），还能判断恶性程度高低，是诊断和治疗方案的核心依据。

病理结果决定癌症分期和治疗方向。检查肿瘤侵犯子宫肌层的深度、是否转移淋巴结、有无特殊基因突变等信息，医生据此判断病情严重程度，选择手术范围或匹配靶向药物，直接影响治疗效果。

子宫内膜样腺癌最常见且预后较好。约 90% 患者属于此类，高分化型癌细胞接近正常组织，手术易清除；低分化型恶性度较高，需警惕转移风险，术后可能需配合放化疗。

浆液性癌和透明细胞癌恶性度较高。这两种类型癌细胞生长迅猛，容易早期转移，即使肿瘤很小也可能扩散，需要扩大手术范围并联合术后辅助治疗，常规放化疗敏感性下降，复发风险显著高于普通类型。

癌肉瘤兼具两种恶性成分，侵袭性强。这类肿瘤同时含有癌细胞和肉瘤细胞，恶性程度极高，手术切除后仍易转移，常需化疗、放疗、靶向治疗等多管齐下，5 年生存率不足 50%。

问题 12：子宫内膜癌的靶向治疗和免疫治疗效果如何，适用于哪些患者？

观点 12：靶向治疗针对存在特定基因突变的晚期/复发患者。对于晚期或复发的子宫内膜癌患者，若检测出 PIK3CA、HER2 扩增等特定基因突变，可使

用对应的靶向药物（如 PI3K/AKT/mTOR 通路抑制剂）。这类药物通过阻断癌细胞内的异常信号通路，抑制肿瘤生长，延长生存期。

免疫治疗对 MSI-H/dMMR 患者效果显著。若患者存在微卫星不稳定高（MSI-H）或错配修复缺陷（dMMR），免疫检查点抑制剂（如 PD-1/PD-L1 抑制剂）能激活免疫系统精准攻击癌细胞。这类患者对免疫治疗反应率较高，部分可长期控制病情。

推荐晚期 / 复发患者进行分子检测筛选。靶向和免疫治疗需基于分子特征选择适用人群。晚期或复发患者应通过组织学和基因检测确认突变类型或 MSI-H/dMMR 状态，从而匹配最有效的治疗方案，避免盲目用药。

适用患者需经病理及分子检测明确特征。只有经病理确诊为子宫内膜癌，且通过基因检测明确存在靶向治疗相关突变（如 PIK3CA）或免疫治疗相关标志物（如 MSI-H/dMMR）的患者，才能从相应治疗中获益。未检测者不推荐使用。

问题 13：外阴癌的发病与哪些因素相关，怎样进行针对性预防？

观点 13：HPV 感染是主要致病因素，接种疫苗可有效预防。高危型 HPV 长期感染会破坏外阴正常细胞，导致癌变风险升高。接种 HPV 疫苗能预防 90% 以上的相关感染，最佳接种时间为首次性生活前，但即使已有性生活仍可获益。

免疫功能低下人群需加强定期筛查。HIV 感染者或器官移植患者免疫力弱，难以清除 HPV 病毒。建议每 6 ~ 12 个月做外阴专科检查，通过醋酸试验、病理活检等手段早期发现癌前病变。

慢性炎症刺激增加癌变风险，保持卫生是关键。

外阴白斑、反复溃疡等炎症长期刺激会加速细胞变异。日常应选择棉质透气内衣，避免抓挠瘙痒部位，出现异常分泌物及时就医，降低慢性病变风险。

吸烟直接损伤外阴组织，戒烟降低致癌风险。烟草中的焦油等致癌物会通过血液到达外阴，破坏细胞 DNA。戒烟后局部组织修复能力提升，5 年内外阴癌风险可降低 30% ~ 50%。

问题 14：外阴癌的早期症状不明显，有哪些有效的筛查方式？

观点 14：高危人群定期妇科检查，视诊触诊结合。有 HPV 感染、免疫力低下等高危人群，建议每年做妇科检查。医生通过肉眼观察外阴颜色变化、皮肤增厚等异常，同时用手触摸检查是否有肿块或硬结，能发现肉眼不易察觉的早期病变。

醋酸白试验快速初筛可疑病变。用棉签蘸取稀释白醋涂抹外阴，2 ~ 5 分钟后观察是否变白。变白区域可能提示癌前病变，但该方法存在假阳性可能，需结合其他检查进一步确认。

细胞学检查辅助判断异常细胞。用刮片或刷子采集病变表面细胞，显微镜下观察形态。若发现细胞核增大、形态不规则等癌变特征，需进一步做活检确诊，但该检查可能遗漏深层病变。

组织活检是确诊的金标准。对持续存在的溃疡、肿块或白斑，用活检钳取病灶组织（直径 > 2 厘米）或完整切除病灶（直径 ≤ 2 厘米）送检。病理分析能明确是否癌变及癌变类型，创口小且愈合快，是确诊的最终依据。

HPV 检测评估病毒感染风险。约 40% 外阴癌与 HPV 病毒相关。通过宫颈或外阴分泌物检测 HPV 分型，尤其关注 16、18 等高危型。阳性者需加强随访，

但阴性者仍不能完全排除风险。

问题 15：阴道癌的发病风险与哪些因素有关，如何针对性预防？

观点 15：高危型 HPV 感染是主因，接种疫苗可有效预防。约 70% 的阴道癌与高危型 HPV（如 HPV-16/18）感染相关。疫苗能预防感染，降低癌变风险，尤其建议青少年和未感染女性尽早接种。

免疫功能低下人群需加强监测。HIV 感染者或长期使用免疫抑制剂的人，免疫力弱更易癌变。这类人群应定期妇科检查，必要时缩短筛查间隔，早发现病变。

有宫颈病变史者应定期筛查。曾患宫颈癌或癌前病变的女性，阴道癌风险较高。建议每年做阴道镜和细胞学检查（如 TCT），及时发现异常。

戒烟和健康生活可降低风险。吸烟会损伤细胞 DNA，增加癌变概率。戒烟限酒、均衡饮食、规律运动能增强免疫力，帮助身体抵御病毒和癌细胞。

安全性行为减少 HPV 传播。HPV 主要通过性接触传播。使用安全套、固定性伴侣可减少感染风险，同时避免多个性伴侣造成交叉感染。

高龄人群需警惕。60 岁以上女性发病率较高，可能与免疫力下降相关。

问题 16：子宫肉瘤虽发病原因不明，但已知的相关因素有哪些，据此有哪些预防思路？

观点 16：年龄和激素水平是主要风险因素。子宫肉瘤常见于围绝经期和绝经后女性，可能与雌激素长期刺激有关。年轻女性若长期使用含雌激素的药物或补品，也可能增加风险。因此，减少不必要的雌激素暴露，如避免自行服用激素类保健品，更年期

女性需在医生指导下进行激素替代治疗。

健康生活方式可降低发病风险。控制体重、均衡饮食（少吃高脂肪高热量食物）、坚持适度运动，能改善代谢水平，减少肥胖和高血压等潜在危险因素。研究表明，肥胖会导致体内雌激素水平异常，从而可能诱发疾病。

高危人群需定期筛查和遗传咨询。有家族肿瘤史（如 Li-Fraumeni 综合征）的女性，建议通过基因检测评估遗传风险，并定期做妇科超声检查。普通女性在绝经前后也应每年体检，以便早期发现子宫异常肿块，及时干预。

严格避免不必要的盆腔放疗。因其他疾病（如宫颈癌）接受过盆腔放疗的患者，后续需密切随访。放疗可能损伤正常细胞，增加肉瘤发生风险。医生应在治疗前充分评估放疗的必要性，治疗后定期复查，警惕异常症状。

激素替代治疗需个体化评估。更年期女性若需用雌激素缓解症状，必须由医生根据其具体健康状况制订方案，优先选择最低有效剂量和最短疗程，避免长期使用。同时可配合非激素疗法（如钙补充、运动）改善不适。

问题 17：子宫肉瘤的诊断难点是什么，如何提高诊断的准确性？

观点 17：症状不典型易误诊，需警惕高危人群。子宫肉瘤早期症状如月经紊乱、腹痛等与良性妇科病相似，容易被忽视。尤其是绝经后女性出现异常出血时，应及时就医排查恶性肿瘤可能，避免延误治疗。对于子宫肌瘤短期内迅速增大，或绝经后继续增大的患者要警惕肌瘤肉瘤恶变的风险。

影像检查难区分，需联合多种手段。单独的超

声或 MRI 检查难以明确肿瘤性质，联合使用肿瘤标志物、CT 和 / 或 PET-CT 等多种手段，可互相补充信息，提高诊断准确率。

病理取材不足易误判，需规范多点活检。术前活检可能因取样不足或位置偏差导致误诊。根据病情选择合适的手术路径，对于存在恶变征象的子宫肿瘤，需避免术中旋切或粉碎造成医源性肿瘤播散。术中应多点采集可疑组织，术后全面病理评估，尤其注意肿瘤不同区域差异，降低漏诊风险。

子宫肉瘤相对比较罕见，所以容易导致医生经

验有限。可通过妇科、影像科、病理科等多学科专家协作，综合各方意见，制订个性化诊断策略，减少漏诊误诊。

本文摘录自《中国肿瘤防治核心科普知识》

【作者简介】 吴小华，男，复旦大学附属肿瘤医院妇科肿瘤主任医师，中国抗癌协会妇科肿瘤专委会主任委员、教授。