

# 医学信息速递

## Medical Information Express



传递最有价值的医学信息

# 老年宫颈癌规范化诊疗中国专家共识(2024 年版)

产品战略&医学与信息部  
2025-2



传递最有价值的医学信息

# 目录

CONTENTS

01 共识背景

02 诊断与评估

03 整体机能评估

04 治疗原则



## 老年宫颈癌规范化诊疗中国专家共识(2024年版)

中国老年医学学会妇科分会



发表杂志: 中华老年多器官疾病杂志

发表时间: 2025年1月

本共识旨在规范老年宫颈癌患者的诊治,中国老年医学学会妇科分会组织国内专家根据现有国内外文献,参考美国国立综合癌症网(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南、中国临床肿瘤学会(Chinese society of clinical oncology, CSCO)指南等,集体讨论并共同制定中国老年宫颈癌规范化治疗共识,为妇科肿瘤医师临床诊治老年宫颈癌提供参考



中华老年多器官疾病杂志 2025年1月28日第24卷第1期 Chin J Mult Organ Dis Elderly, Vol.24, No.1, Jan 28, 2025 · 1 ·

· 指南与共识 ·

### 老年宫颈癌规范化诊疗中国专家共识(2024年版)

中国老年医学学会妇科分会

【关键词】 老年人;宫颈癌;手术;放疗;专家共识

【中图分类号】 R592;R737.33

【文献标志码】 A

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2025.01.001

宫颈癌(cervical cancer, CC)是全球女性第四大常见癌症和癌症死亡的第四大原因<sup>[1]</sup>。随着宫颈癌筛查技术及人乳头状瘤病毒(human papillomavirus, HPV)疫苗的普及,许多发达国家宫颈癌的发病率正逐年下降<sup>[2]</sup>。然而研究表明,老年人群癌症发病率较其他人增加了11倍<sup>[3]</sup>,而随着我国人口老龄化问题日趋严重,老年宫颈癌患者人数不降反增。2022年我国新发宫颈癌达到15.07万,年死亡接近6万例,其中老年女性(60岁以上)占比高达29.8%<sup>[4]</sup>,预计到2040年,中国宫颈癌死亡病例将达7.5万例<sup>[5]</sup>。世界卫生组织将老年定义为65岁以上,我国定义为60岁以上<sup>[6]</sup>,老年患者由于就医意愿不强,恐惧妇科检查等原因,确诊宫颈癌时往往分期更晚,且因自身体质较差,内科合并症较多,通常预后更差<sup>[7]</sup>。本共识旨在规范老年宫颈癌患者的诊治,中国老年医学学会妇科分会组织国内专家根据现有国内外文献,参考美国国立综合癌症网(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南、中国临床肿瘤学会(Chinese society of clinical oncology, CSCO)指南等,集体讨论并共同制定中国老年宫颈癌规范化治疗共识,为妇科肿瘤医师临床诊治老年宫颈癌提供参考。本共识推荐级别及其代表意义见表1。

表1 本共识推荐级别及其代表意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床证据,专家意见高度一致
2A类	基于高级别证据,专家意见基本一致,或基于低级别临床证据,专家意见高度一致
2B类	基于低级别临床证据,专家意见基本一致
3类	不论基于何种级别临床证据,专家意见明显分歧

收稿日期:2024-07-30;接受日期:2024-09-16

基金项目:辽宁省重点研发项目(2024JH2/102500019);2022年沈阳市科技计划(22-321-33-08);沈阳市科技局2023年助力中国医科大学高质量发展专项(23-506-3-01-10);国家自然科学基金(82102711);北京市科技计划(2221100007422087);北京市医院管理中心临床医学发展专项经费资助(ZLJK202529)

通信作者:张颖, E-mail: zyy@163.com; 吴玉梅, E-mail: wym597118@ccmu.edu.cn; 张师前, E-mail: z370112@126.com

#### 1 老年宫颈癌的诊断与评估

老年宫颈癌患者具有特殊性,需进行全面的诊断与评估,以制定适宜治疗方案。

##### 1.1 疾病诊断

宫颈癌的诊断主要包括临床诊断(病史及体格检查)及病理诊断。

1.1.1 临床诊断 中国各地区宫颈癌筛查的应用并不平衡,即使在发达地区,罹患宫颈癌的老年妇女并不鲜见。老年女性因其生殖道生理条件改变,性生活的频率低,多缺乏疾病早期的白带异常或接触性出血等典型症状,内生型宫颈癌多以白带恶臭或宫腔积液/积脓为首发症状。HPV是宫颈癌主要致病因素,而老年女性属于高危型HPV易感人群(感染率为16.7%),虽然感染率低于总体女性人群,但绝经后雌激素水平较低,无法维持阴道微生态平衡,机体免疫力下降,感染HPV的自然转阴率低,多为持续感染<sup>[8-10]</sup>,进而导致宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)并进展至宫颈浸润癌。老年女性生殖道萎缩、粘连,妇科检查往往无法充分暴露宫颈;宫颈鳞柱交界上移,甚至退缩至宫颈管内,即使发生病变,宫颈外观也可无异常。建议详细询问病史,并由2名及以上高年资医师进行双合诊与三合诊检查,如患者配合度差,必要时联合麻醉进行妇科检查。同时参考“老年女性子宫病变筛查及异常管理的中国专家共识(2023年版)”<sup>[11]</sup>。

1.1.2 病理诊断 病理学为宫颈癌诊断的金标准,主要通过宫颈活组织检查进行诊断,存在远处转移时(如腹股沟/颈部淋巴结),推荐进行活检或细针穿刺细胞学确诊。当老年宫颈癌患者仅靠活检无法判断宫颈肿瘤浸润深度及微小浸润癌时,或宫颈液



传递最有价值的医学信息



## 共识背景



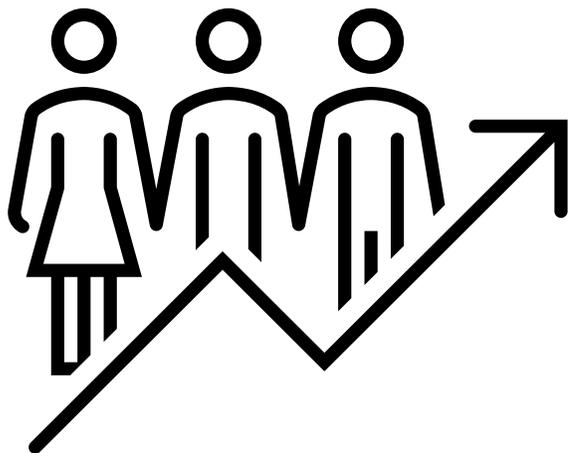
- 宫颈癌(cervical cancer, CC)是全球女性第四大常见癌症和癌症死亡的第四大原因

## 老年宫颈癌患者人数不降反增

- ◆ 2022年我国新发宫颈癌达到15.07万，年死亡接近6万例,其中老年女性(60岁以上)占比高达29.8%，预计到2040年，中国宫颈癌死亡病例将达7.5万例。
- ◆ **研究表明**，老年人群癌症发病率较其他人群增加了11倍，而随着我国人口老龄化问题日趋严重，老年宫颈癌患者人数不降反增。

## 就医意愿不强

- ◆ 老年患者由于就医意愿不强，恐惧妇科检查等原因，确诊宫颈癌时往往分期更晚，且因自身体质较差，内科合并症较多，通常预后更差。



## 本指南中推荐级别及其代表意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床研究证据，专家意见高度一致
2A类	基于高级别证据，专家意见基本一致;或基于低级别临床研究证据，专家意见高度一致
2B类	基于低级别临床研究证据，专家意见基本一致
3类	不论基于何种级别临床研究证据，专家意见明显分歧



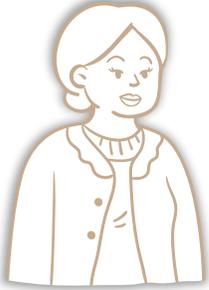
## 【推荐意见】

### 推荐级别 2A

- ✓ 老年宫颈癌患者应进行妇科检查、病理学诊断和影像学检查以全面评估肿瘤，指导制定适宜的治疗方案。
- ✓ TVS/ TRS 及盆腔MRI 能够较精准评估局部肿瘤，为局部肿瘤首选检查手段。
- ✓ CT 更适用于评估有无淋巴结转移，高危患者可选择PET-CT 以排除远处转移。



老年宫颈癌患者具有特殊性,需进行全面的诊断与评估,以制定适宜治疗方案。



## 临床诊断

- 老年女性因其生殖道生理条件改变,性生活的频率低,多缺乏疾病早期的白带异常或接触性出血等**典型症状**。

- ◆ HPV是宫颈癌主要致病因素,而**老年女性属于高危型HPV易感人群(感染率为16.7%)**。
- ◆ 老年女性绝经后雌激素水平较低,无法维持阴道微生态平衡,机体免疫力下降,感染HPV的自然转阴率低,多为持续感染,进而导致宫颈上皮内瘤变上皮内瘤变并进展至宫颈浸润癌。

老年女性生殖道萎缩、粘连,妇科检查往往无法充分暴露子宫颈;宫颈鳞柱交界上移,甚至退缩至宫颈管内,即使发生病变,宫颈外观也可无异常。

- **建议详细询问病史,并由2名及以上高年资医师进行双合诊与三合诊检查,如患者配合度差,必要时联合麻醉进行妇检。**



## 病理诊断

### 病理学是宫颈癌诊断的金标准

主要通过宫颈活组织检查进行诊断

存在远处转移时(如腹股沟/ 颈部淋巴结)

**推荐**进行活检 或 细针穿刺细胞学确诊

### 老年宫颈癌患者

### 诊断方法

当**仅靠活检无法判断**宫颈肿瘤浸润深度及微小浸润癌时

**推荐**宫颈管搔刮和诊断性宫颈锥切

**或**宫颈液基细胞学检查(TCT)结果与阴道镜下活检病理不符时

### 主要病理类型

**鳞状细胞癌最为常见**，约占75%；  
其次是**腺癌**，约占18.4%。

- 病理学诊断还可提供辅助诊断及治疗的生物标志物，常用的指标包括P16、Ki67、CK7、CK20、CEA、ER、PR、MUC6、CD56 和 CgA 等。
- 对于复发、转移或持续性宫颈癌,可通过检测免疫检查点抑制剂相关指标包括细胞程序性死亡配体-1 (PD-L1)、错配修复/ 微卫星不稳定(MMR/ MSI) 和肿瘤突变负荷(TMB), 必要时进行NTRK 基因融合检测以指导全身治疗。





# 宫颈癌分期 (FIGO 2018)

## 国际妇产科联盟宫颈癌临床分期标准 (FIGO 2018)

<b>I</b> 肿瘤严格局限于宫颈 (扩展至宫体将被忽略)	<b>IA</b> 仅能在显微镜下诊断的浸润癌, 所测量的最大浸润深 $\leq$ 5.0mm的浸润癌	IA1 所测量间质浸润深度 $<$ 3.0mm IA2 所测量间质浸润深度 $\geq$ 3.0mm 而 $\leq$ 5.0mm
	<b>IB</b> 所测量的最大浸润深度 $>$ 5.0mm 的浸润癌 (病变范围超过 IA 期), 病变局限于宫颈	IB1 间质浸润深度 $>$ 5.0mm 而最大径线 $\leq$ 2.0cm 的浸润癌
		IB2 最大径线 $>$ 2.0cm 而 $\leq$ 4.0cm 的浸润癌
		IB3 最大径线 $>$ 4.0cm 的浸润癌
<b>II</b> 宫颈肿瘤侵犯超出子宫, 但未达盆壁且未达阴道下 1/3	<b>IIA</b> 肿瘤侵犯限于阴道上 2/3, 无宫旁浸润	IIA1 最大径线 $\leq$ 4 cm 的浸润癌 IIA2 最大径线 $>$ 4.0cm 的浸润癌
	<b>IIB</b> 有宫旁浸润, 但未扩展至盆壁	
<b>III</b> 肿瘤扩展到骨盆壁和/或累及阴道下 1/3 和/或导致肾盂积水或肾无功能者和/或侵犯盆腔和/或腹主动脉旁淋巴结	<b>IIIA</b> 肿瘤累及阴道下 1/3, 没有扩展到骨盆壁	
	<b>IIIB</b> 肿瘤扩展到骨盆壁和/或引起肾盂积水或肾无功能	
	<b>IIIC</b> 侵犯盆腔和/或腹主动脉旁淋巴结 (包括微转移), 无论肿瘤大小和范围 (需标注 r 或 p, r 表示影像诊断, p 表示病理诊断)	IIIC1 仅有盆腔淋巴结转移 IIIC2 腹主动脉旁淋巴结转移
<b>IV</b> 肿瘤侵犯膀胱或直肠黏膜 (病理证实) 或肿瘤播散超出真骨盆	<b>IVA</b> 肿瘤侵犯膀胱或直肠黏膜	
	<b>IVB</b> 肿瘤播散至远处器官	



# 宫颈癌分期 (FIGO 2018)



- 目前宫颈癌分期仍采用2018年国际妇产科联合会 (FIGO)新分期(表2), 结合患者体格检查、影像学及病理学资料,对肿瘤大小、扩散程度进行综合评估, 以诊断宫颈癌期别。



# 整体机能评估



## 建议在制定治疗方案前应对老年患者进行个体化评估

	评估内容
(1)	根据肿瘤恶性程度和疾病进展情况评估患者预期寿命。
(2)	评估患者的决策能力,即患者对自身病情的了解程度及能够合理选择治疗的能力。
(3)	明确患者的治疗目标与其所能承受治疗的一致性。

## 【推荐意见】

### 推荐级别

2A

- ✓ 年龄不是老年宫颈癌患者手术治疗的危险因素，治疗决策前对患者进行整体机能评估，包括衰弱程度、心肺功能及营养状态等，给予针对性干预以减少围术期不良事件的发生。
- ✓ 老年宫颈癌患者的多共病现象更加普遍，影响治疗策略制定和预后结局，推荐老年宫颈癌患者应用CCI及CIRS-G评估共病，以满足老年宫颈癌患者的个体化诊治。



## “衰弱” (frailty)是多系统生理功能退化为特征的一组老年疾病

评估维度	包括三个维度,即躯体、心理和社会。
评估工具	Fried 表型, 临床衰弱性量表(clinical frailty scale, CFS)
影响与意义	老年人群衰弱性增加意味着患者术后死亡率和并发症风险上升、住院时间延长。 评估老年衰弱程度可协助规范治疗,降低治疗相关的不良事件发生率。

### Fried 表型

**评估内容:** 体质量减轻、手握力差、疲劳、行走迟缓、体力活动受限。

**评分标准:** 0分为不衰弱, 1~2分为中度衰弱, ≥3分为重度衰弱

◆ Fried 表型是最具代表性的衰弱评估量表

### 临床衰弱性量表

( CFS )

**评估内容:** 移动能力、精力、体力活动和功能四个方面。

**脆弱程度分级:** 分为9个等级从非常健康到终末期

◆ CFS 多用于评估住院老年患者的衰弱状况, 研究表明CFS 与死亡率密切相关



## 心肺功能

- 宫颈癌是风险高、难度大的四级手术，**ARISCAT 评分**能较为精准发现可能发生肺部并发症的患者，通过降风险因素(如术前戒烟)、优化治疗慢性阻塞性疾病、呼吸训练或物理治疗,以期降低老年宫颈癌患者围术期肺部并发症的发生率。
- **ARISCAT评分** 根据年龄、1个月内的呼吸道感染、血氧饱和度、贫血、手术部位、手术时间、是否急诊七个因素,将患者分为低危( $\leq 26$ 分)、中危(27~44分)、高危( $\geq 45$ 分)三级。
- **心脏风险指数(RCRI)** 广泛用于心脏评估,由六个独立的预测因子构成,包括高风险手术、缺血性心脏病史、充血性心力衰竭史、脑血管手术、需要胰岛素治疗的糖尿病、以及术前血清肌酐水平 $> 2.0$  mg/ dl

## 营养状况

- 营养不良通常与切口感染、肺炎、尿路感染和切口延迟愈合有关，甚至延长住院及重症监护时间，增加术后不良事件的发生率。
- **微营养评定简表 (MNA)** 是一种被广泛采用的营养状况评估工具，分数范围为0~14分，其中12~14分为正常营养状态，8~11分表示存在营养不良风险， $\leq 7$ 分表示营养不良。



## “共病”系

指患者患一种疾病的同时存在另一种或多种疾病,多共病现象在老年患者中尤为突出,影响患者的预后,导致诊疗决策制订复杂化,增加治疗风险。

针对多共病的老年患者,需要进行全面评估,采用连续、综合、个体化的诊治。

## CCI

Charlson 共病指数 (CCI)是目前使用最广泛的共病指数(表1),通常被认为是临床研究中评估合并症的金标准,CCI 总分由权重分总和组成,分数越高表示患者合并症越严重,死亡风险越大。

表1 Charlson 共病指数

事件	分配权重
心肌梗死	1
充血性心力衰竭	1
外周血管疾病	1
脑血管疾病	1
痴呆	1
肺慢性疾病	1
结缔组织病	1
溃疡	1
轻度肝病	1
糖尿病	1
偏瘫	2
中度或重度肾脏疾病	2
糖尿病引发的器官损害的终末期	2
无转移的任何肿瘤	2
白血病	2
淋巴瘤	2
中重度肝病	3
转移性实体瘤	6
艾滋病	6





# 治疗原则

- 手术是早期宫颈癌患者标准治疗方式。研究表明，手术能改善早期老年宫颈癌患者预后。
- 老年患者能否耐受根治性子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术,需根据手术风险分层工具评估，重点考量患者合并症、体能状态对手术治疗的耐受性及术后相关并发症风险。

## 【推荐意见】

### 推荐级别

2A

- ✓ 年龄不是手术的禁忌证,可耐受手术者仍推荐行手术治疗,治疗原则基本同年轻患者,强调加强术后护理,减少术后并发症的发生(推荐级别:2A)。
- ✓ 术后需根据中高危因素决定是否补充治疗,如术前评估存在相关危险因素及患者治疗意愿不强烈/ 无法耐受手术者推荐直接行根治性放疗。(推荐级别:2A)

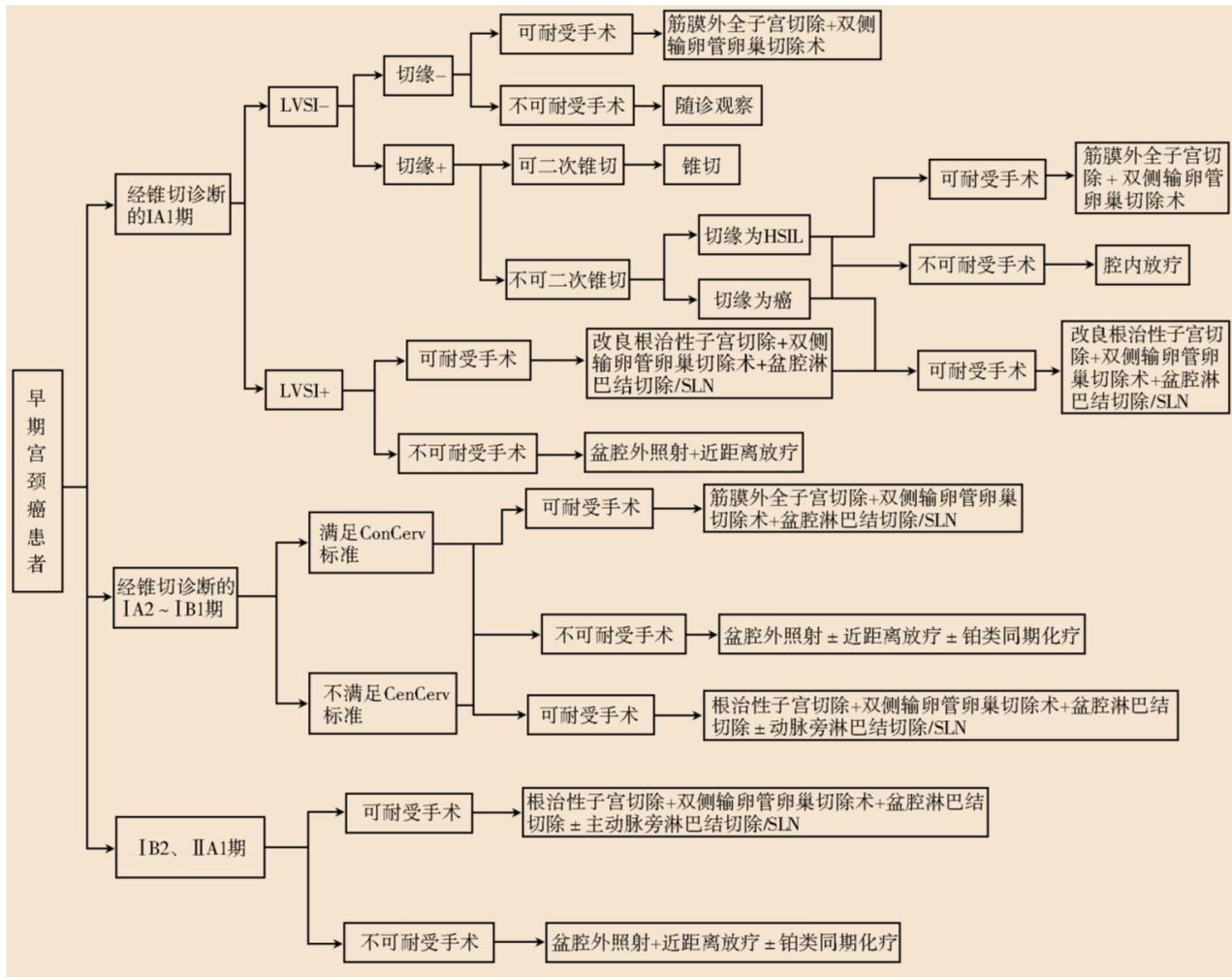
### 推荐级别

2B

- ✓ 早期老年宫颈癌患者可能从手术治疗中获益(推荐级别:2B)



# 早期宫颈癌患者治疗原则



## 手术管理

老年患者如行手术治疗,需加强围手术全程管理,注意全身麻醉气管插管及肺部感染管控,加强营养支持治疗、降低和预防血栓栓塞性疾病的发生、规范静脉输液量,预防心脏并发症发生。

## 术后评估

早期老年宫颈癌患者,术后需根据危险因素评估是否需补充治疗。

HSIL: 子宫颈高级别上皮内瘤变  
LVSI: 淋巴血管间质浸润;  
SLN: 前哨淋巴结



## 早期老年宫颈癌患者术后需根据危险因素评估是否需补充治疗

危险因素评估	高危因素	中危因素
	<p>切缘阳性、宫旁浸润及淋巴结转移是宫颈癌三大高危因素</p> <p><b>处理：</b>存在1项及以上高危因素者，如术前全身评估不充分，必要时需进一步影像学检查以了解其他部位转移情况，后补充盆腔外照射+含铂同期化疗±近距离放疗</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆（包括但不限于）肿瘤大小、间质浸润及LVSI阳性。</li> <li>◆ 鳞状细胞癌按照 Sedlis 标准进行评估，但中危因素不限于 Sedlis 标准。</li> <li>◆ 腺癌采用四因素模型：腺癌、LVSI 阳性、肿瘤&gt;3 cm和深间质浸润，若满足2个及以上因素，术后均建议补充放疗。</li> </ul>

如老年宫颈癌患者在术前评估时既存在术后需补充放疗的危险因素，建议直接行根治性放疗，以减少不必要的联合治疗对预后的不良影响。

### Sedlis 标准

LVSI	间质浸润	肿瘤直径
+	外 1/3	任何大小
+	中 1/3	≥2 cm
+	内 1/3	≥5 cm
-	中或外 1/3	≥4 cm

LVSI: 淋巴血管间质浸润.



## 局部晚期宫颈癌

治疗方式

**放疗**是局部晚期宫颈癌的主要治疗方式之一

**研究证实**，即使年龄 $\geq 80$ 岁的宫颈癌患者行根治性放疗也能获得良好的治疗效果，年龄并不影响放射治疗效果及耐受性，即使仅行姑息性放射治疗也可达到控制局部出血、缩小肿瘤病灶、缓解压迫症状、减轻骨转移导致疼痛的目的。

## 【推荐意见】

**推荐级别**  
**2A**

- ✓ **放疗是晚期老年宫颈癌患者的主要治疗方式**，患者通常也可良好耐受，具体治疗方案需根据患者自身疾病特点及个体条件综合考量，以改善患者生活质量、适当延长生存期为主要目标。(推荐级别:2A)



## 治疗方式选择

确诊分期	I B3、II A2~ IVa 期的局部晚期老年宫颈癌患者
主要治疗方式	推荐放疗联合以铂为基础的同步化疗
化疗方案 (推荐单药)	首选：顺铂 替代：卡铂（顺铂禁忌或不耐受） 鳞癌患者：可选择尼妥珠单抗 体弱患者：盆腔外照射+近距离放疗（无法耐受联合治疗）

## 具体治疗方式 (基于影像学评估)

(1) 淋巴结阴性者	推荐盆腔外照射+近距离放疗+含铂同期化疗
(2) 盆腔淋巴结阳性、主动脉旁淋巴结阴性	推荐行盆腔外照射+近距离放疗+含铂同期化疗±主动脉旁淋巴结放疗
(3) 盆腔及主动脉旁淋巴结均阳性者	推荐行延伸野放疗+近距离放疗+含铂同期化疗
(4) 有远处转移并经活检证实转移者	推荐行全身治疗±个体化放疗。 <ul style="list-style-type: none"><li>如远处转移的病灶部位仅局限于锁骨上淋巴结，可行根治性治疗；</li><li>如果患者的原发灶已控制,其他部位存在1~5个转移灶，可考虑立体定向放疗。</li></ul>



## IVB 期出现远处转移的晚期老年宫颈癌患者

经评估适合局部治疗者 局部消融治疗±个体化放疗，或个体化放疗±全身系统治疗

不适合局部治疗者 推荐行全身系统性治疗，也可考虑通过放疗等姑息性治疗，改善患者生活质量



## 免疫治疗、靶向治疗联合化疗可用于晚期、复发、转移宫颈癌患者

免疫治疗、靶向治疗联合化疗可用于晚期、复发、转移宫颈癌患者。

- ✓ 免疫检查点抑制剂（PD-1单抗/PD-L1单抗/CTLA-4单抗..）
- ✓ 靶向治疗药物（抗血管药物-贝伐珠单抗，多靶点小分子TKI类药物-安罗替尼/阿帕替尼）
- ✓ ADC类药物（替索单抗）

老年宫颈癌患者应用免疫治疗时,应全面评估患者免疫基线水平,在符合指征情况下按疗程合理用药,治疗期间监测患者身体状态,积极管理免疫药物相关不良反应,避免严重并发症发生,在保证患者生活质量的同时改善患者预后。

### 【推荐意见】

**推荐级别**  
**2A**

免疫治疗、靶向治疗联合化疗能有效改善晚期、复发、转移宫颈癌患者预后，需全面评估老年患者机体状态，积极管理相关不良反应，以求更大获益。(推荐级别:2A)



复发和转移性宫颈癌全身系统治疗：

**标准方案**为顺铂/ 卡铂+紫杉醇+贝伐珠单抗。

目前对于老年患者没有针对性的化疗方案临床研究,有部分临床研究纳入了少量老年患者,但研究结论广泛应用于老年患者缺乏说服力。

**对老年患者而言，单药化疗是一种选择：**

推荐药物包括顺铂、卡铂、紫杉醇

二线治疗：可选药物包括白蛋白结合型紫杉醇、多西他赛、吉西他滨、培美曲塞、拓扑替康、异环磷酰胺、丝裂霉素、氟尿嘧啶、长春瑞滨、伊立替康等



老年宫颈癌患者的治疗，除全面评估肿瘤本身外，需结合整体机能、自身意愿评估患者对于治疗方式的耐受性，选择适宜的治疗方案。



## 早期可耐受手术者

- 仍应以手术治疗为主，围术期需加强管理，减少术后严重并发症的发生。

## 晚期及不可耐受手术者

- 应进行个体化评估，首选放疗联合以铂为基础的同步化疗，也可按指征联合免疫及靶向治疗，但需积极管理不良反应，手术仅用于姑息性治疗，旨在控制局部肿瘤、缓解症状、延长生存时间、提高生活质量。

本共识仅为临床诊疗提供指导性意见，但并非唯一的实践指南，不排除其他共识、意见与建议的合理性。

# 谢谢关注!

thanks for your attention.



传递最有价值的医学信息