

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

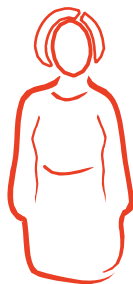
7

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

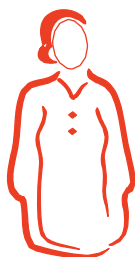
阿米莉娅获得所需的药物包括未来随病情发展所需要的进

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。



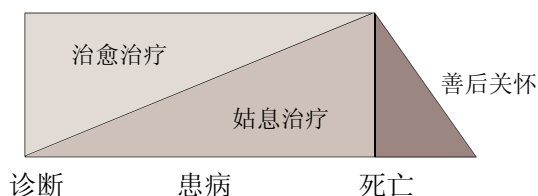
保健人员如约而至，她向阿米莉娅及女儿演示如何处理如下一些问题：如何利用旧的、干净的布做成垫子来吸收阴道分泌物，应多长时间更换一次以及如何清洗这些垫子，如何使用凡士林涂抹于阴道处以治疗由于长期潮湿造成的皮肤炎症；每天如何用肥皂和水轻轻地清洗患处；如何进行盆浴。在取得阿米莉娅的同意后，保健人员还与其他家庭人员交谈如何在阿米莉娅生病情况下帮助她，并强调当她病情恶化时，帮她分担家务的重要性。将会有更多的衣物需要清洗，特别是床单和内衣需要经常清洗，应在床上垫上塑料布以预防分泌物和尿液污染。可以在当地社区医院买到便宜的止疼药，家庭成员应定期购买止痛药物。同时可以从阿米莉娅所在教会获得一些帮助。尽管阿米莉娅家里很穷，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子宫颈癌，且常常已是晚期子宫颈癌（见第 6 章）。另外，由于缺乏或难以获得子宫颈癌治疗的设施，结果是有些相对早期的子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。



疼痛控制

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。

WHO 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药物，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。

7

第七章：
姑息治疗

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

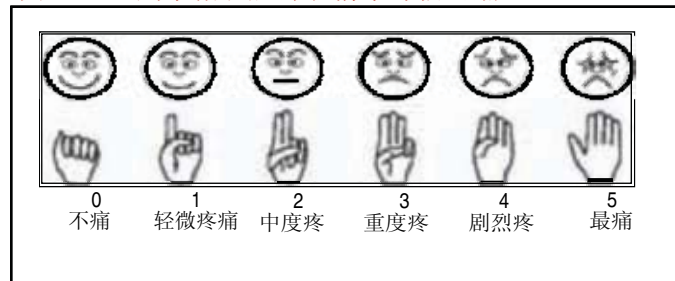
本实践篇详细描述了在临床治疗中如何缓解疼痛，关于止痛的附加建议见表 7.1。

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、便秘引起的胃肠道疼痛、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

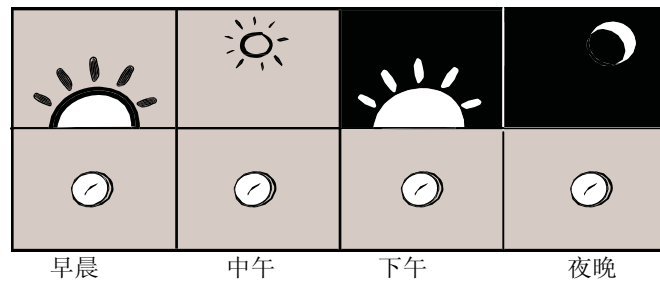
4. 根据下文的建议使用止痛药。
5. 另外，还可以选用合适的、非药物治疗方法，只要该方法没有损害。非药物治疗方法不应该取代药物治疗。
6. 经常询问患者对止痛药物方面的需要量，尤其疼痛加剧时。

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.

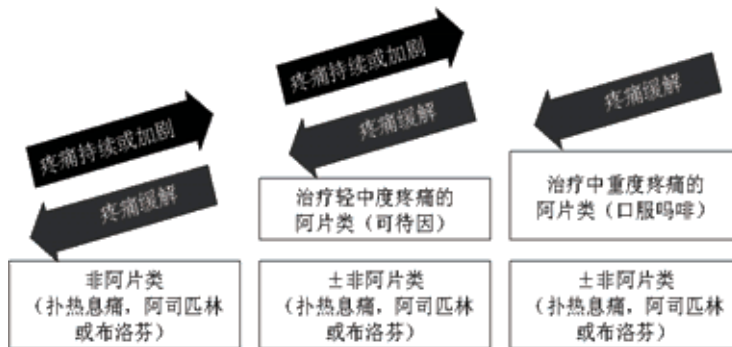
记住：对所有患者都没有一个固定剂量，给药应个体化，保健人员应根据患者的需要及疼痛程度来计算药量，能缓解疼痛的剂量就是正确的，且随着患者对耐药性的增加，药量也应逐渐增加。

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

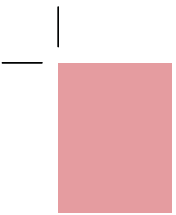
与当地民俗文化相适应的很多方法对患者的止痛是十分重要的，这些方法可能增加现代药物的疗效，但不应该取代药物治疗。

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。



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子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；盐酸咯呱丁胺	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

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。

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。

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。

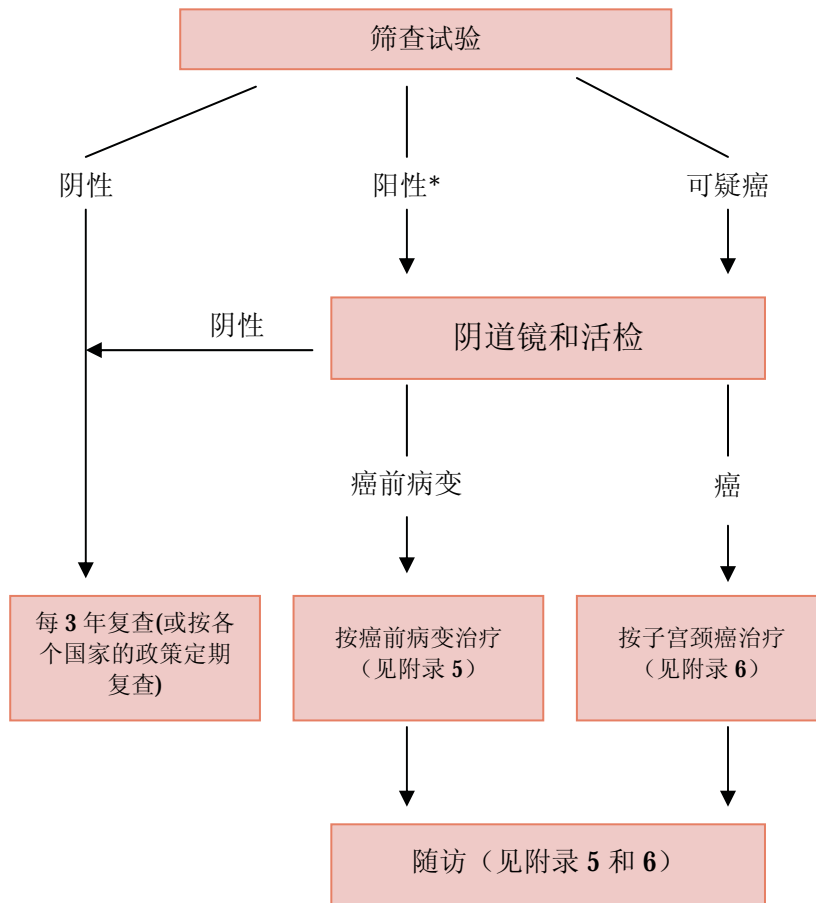


附录 4：根据筛查结果随访和处理流程图

A4

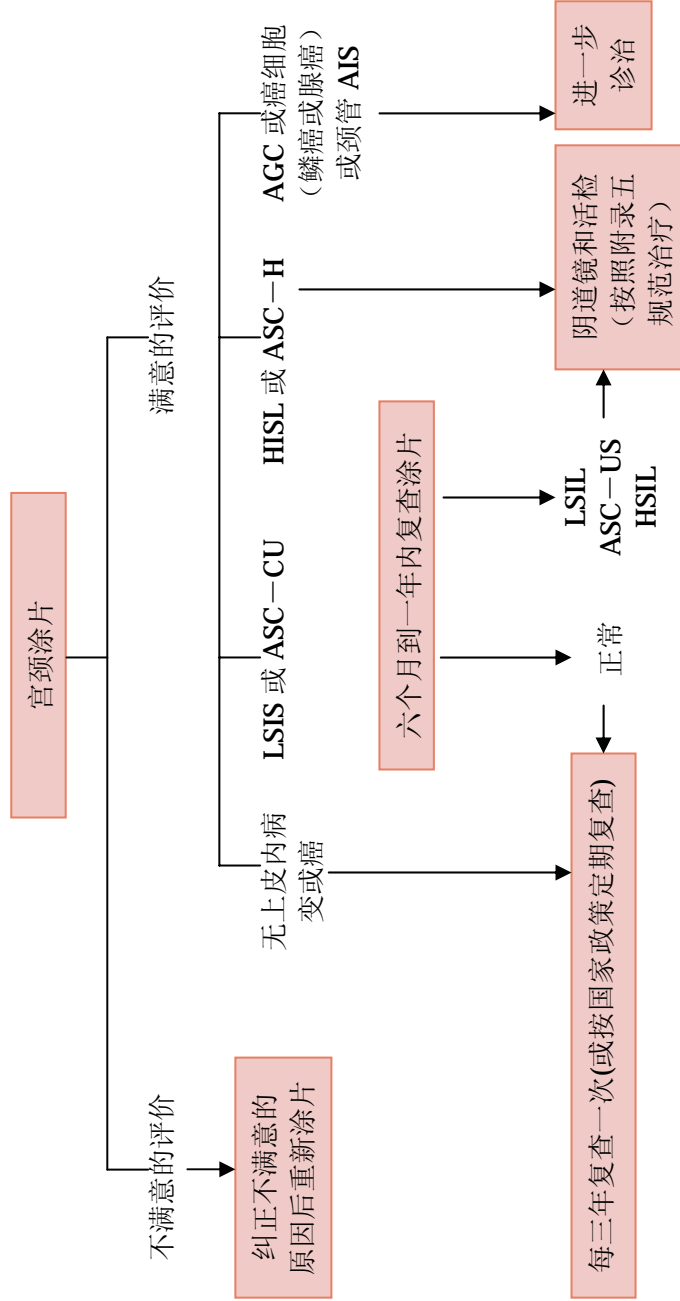
附录 4：根据筛查结果随访和处理流程图

标准处理方案



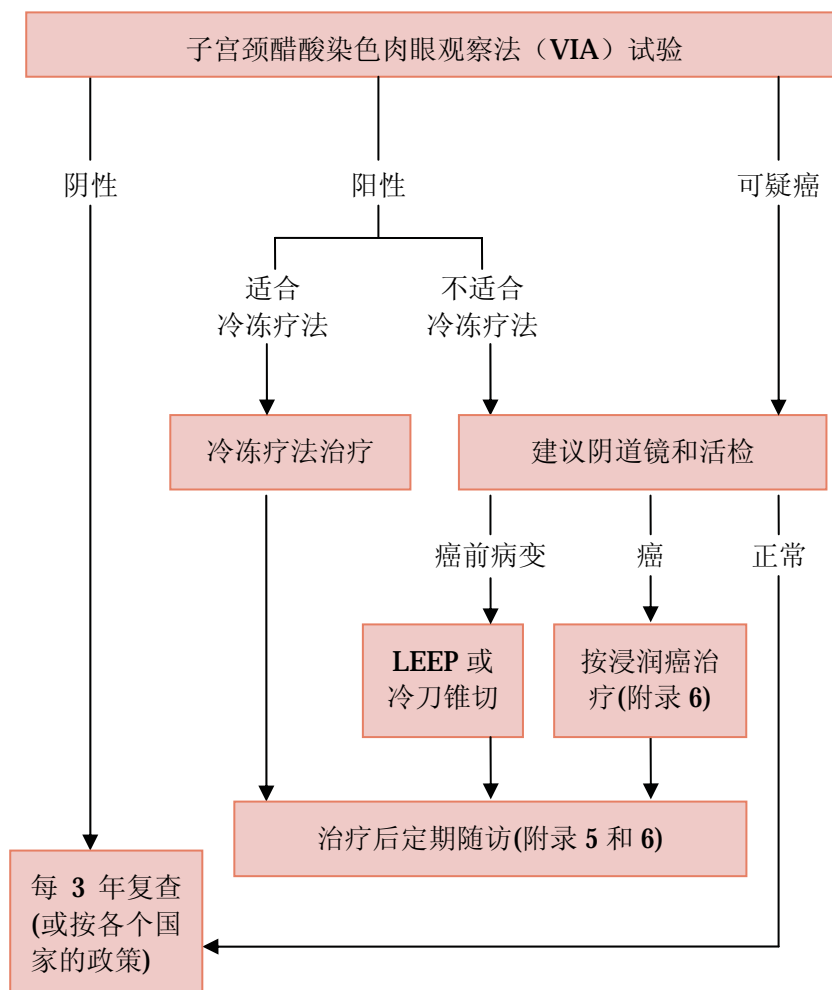
* 只有当巴氏涂片结果持续为ASC-US或LSIL时（半年至一年内两次报告阳性），才应接受进一步检查。

例 基于巴氏涂片筛查结果的标准处理方法



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



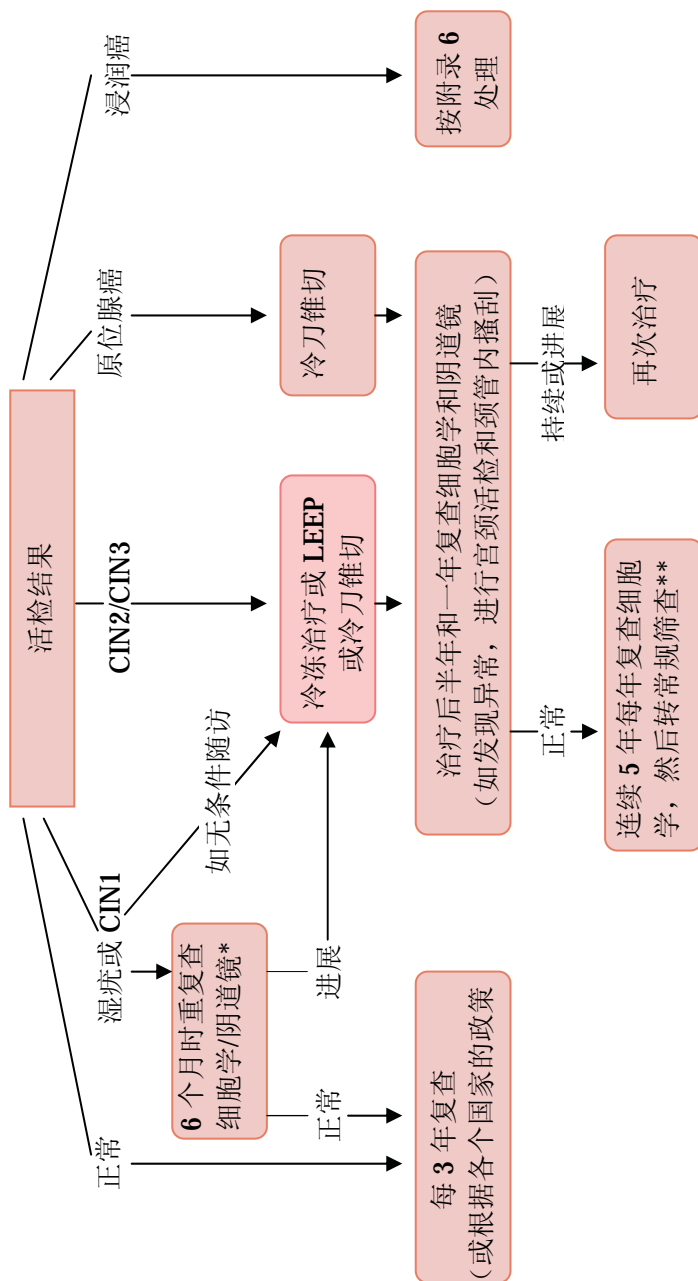
* 不适合于冷冻治疗: 宫颈病变面积 > 75%, 向阴道壁延伸或超出冷冻探头范围 2mm, 或位置深, 探头未能探及以及孕妇。

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。

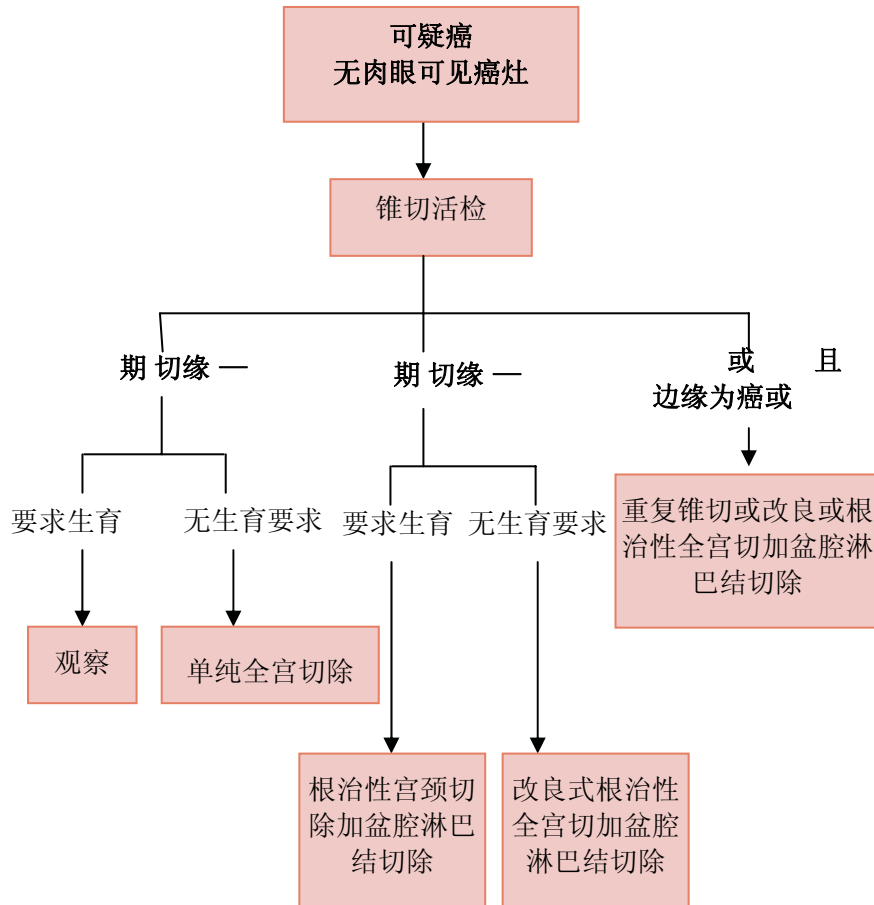


附录 : 各期子宫颈癌的治疗

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

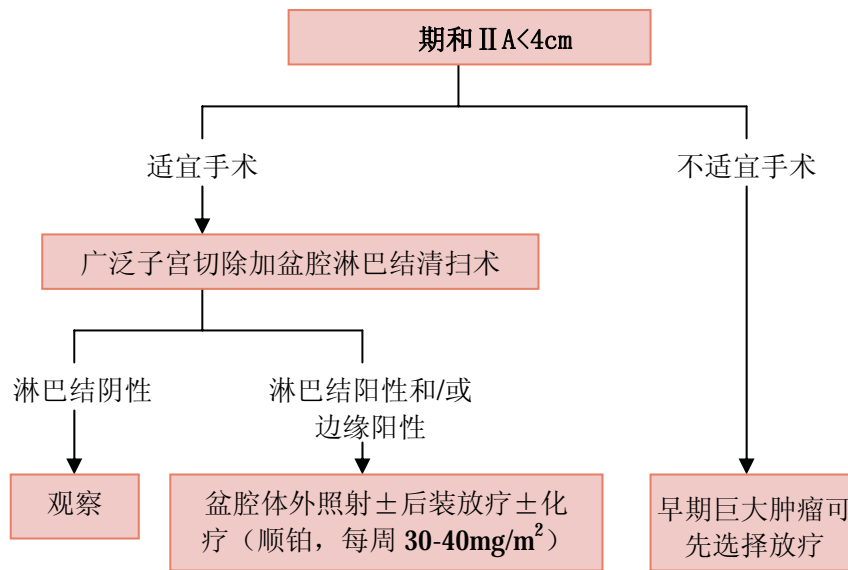


A6

附录 9 : 各期子宫颈癌的治疗

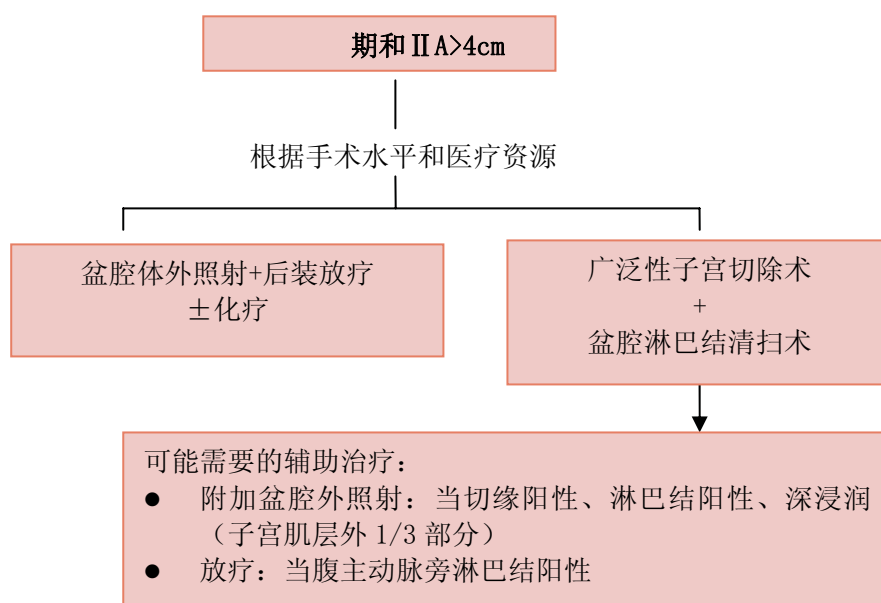
宫颈早期浸润癌的治疗: 期 和 II <

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

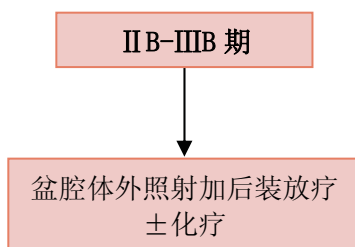
早期未转移大块肿瘤的治疗: IB2 期和 II A>4cm



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

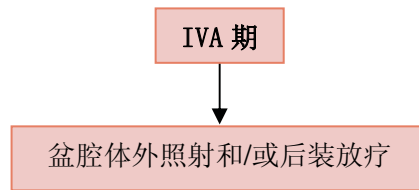
A6

附录 6: 各期子宫颈癌的治疗

6d. IV 期治疗

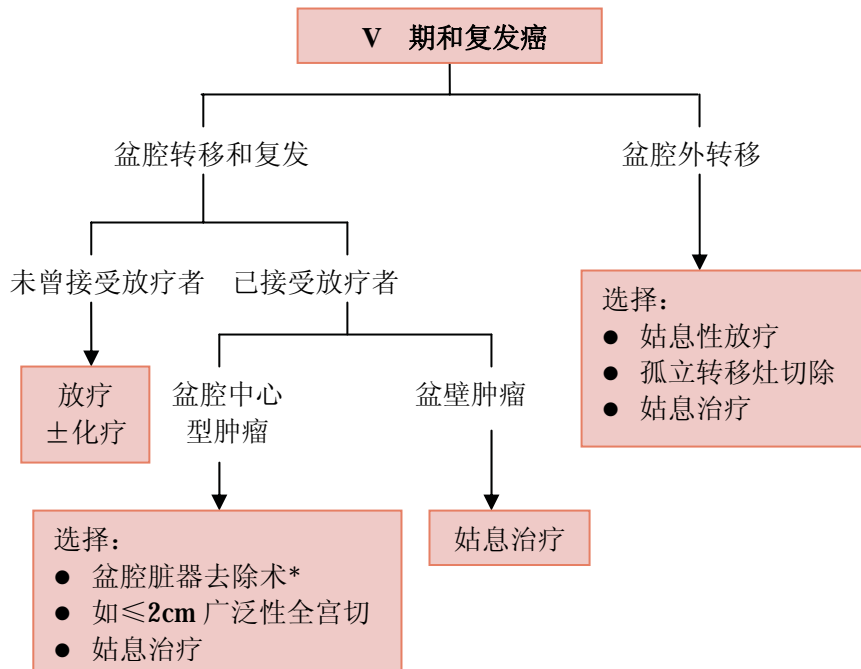
IVA 期治疗

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 : 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

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

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。

瘘：两上中空器官之间的异常通道，宫颈癌患者的瘘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。