



中华医学会妇科肿瘤学分会

中国妇科肿瘤临床实践指南

(2023版)

卵巢癌 (Ovarian Cancer)



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

卵巢癌指南专家委员会

主审：孔北华、向阳

主编：马丁、梁志清

副主编：臧荣余、赵霞、程文俊、杨佳欣、郭瑞霞、陈刚

- 参编人员（按姓氏拼音排序）：陈丽宏，程晓东，高庆蕾，李科珍，李凌，李志刚，林蓓，米玛，史廷燕，汪宏波，王世军，王育，王延洲，夏百荣，姚德生，张丙忠，张瑜，周圣涛
- 编辑秘书：梁小龙、邓黎



一. 诊疗路径

- (一) 卵巢癌诊断、评估
- (二) 初次手术治疗
- (三) 明确诊断后的治疗
- (四) 病理分期
- (五) II-IV期初始治疗后维持治疗
- (六) 监测与随访
- (七) 持续性疾病及复发的治疗
- (八) 铂敏感复发二次减瘤术的筛选标准
- (九) 少见卵巢恶性肿瘤组织学分类
- (十) 透明细胞癌
- (十一) 黏液性癌
- (十二) 低级别浆液性癌
- (十三) 子宫内膜样癌
- (十四) 癌肉瘤
- (十五) 交界性上皮肿瘤
- (十六) 恶性性索间质肿瘤
- (十七) 恶性生殖细胞肿瘤
- (十八) 恶性生殖细胞肿瘤辅助治疗及随访
- (十九) 恶性生殖细胞/性索-间质肿瘤的全身治疗方案
- (二十) 恶性生殖细胞/性索-间质肿瘤的监测与随访

二. 诊疗原则

- (一) 手术原则
 - (二) 病理检查原则
 - (三) 全身治疗原则
 - (四) 药物反应处理原则
- 附录:**
- (一) WHO组织学分类
 - (二) 卵巢癌手术-病理分期

三. 讨论

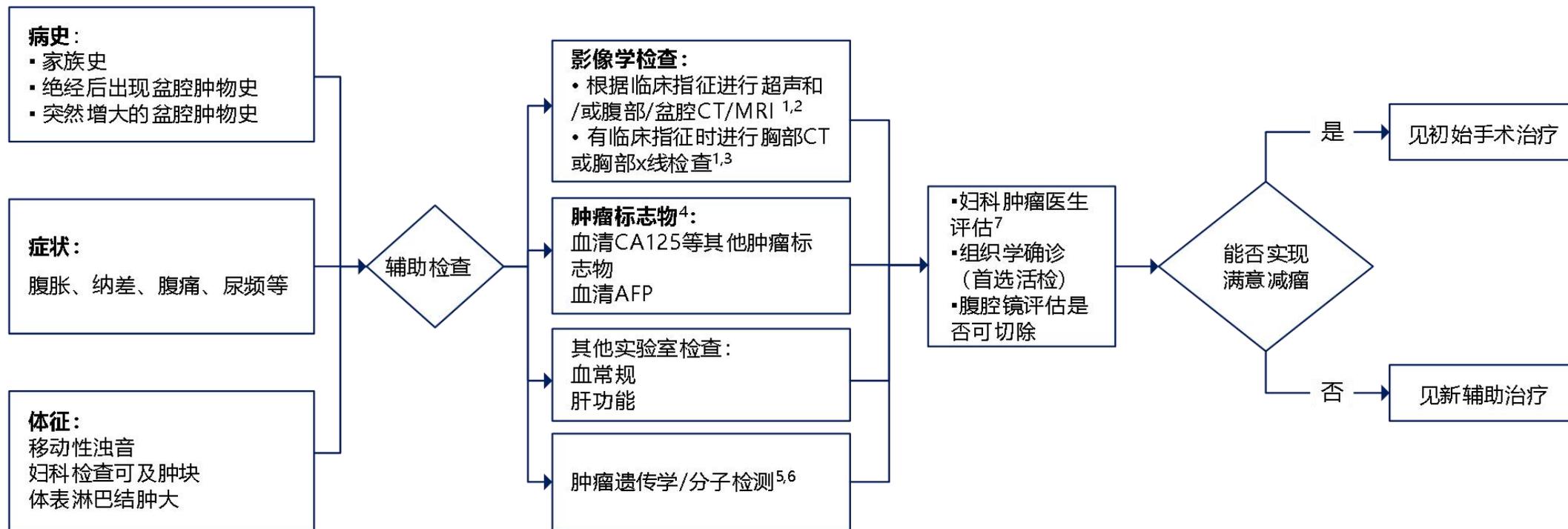
- (一) 概述
- (二) 流行病学、危险因素
- (三) 临床特征与筛查
- (四) 诊断、病理与分期
- (五) 手术治疗
- (六) 全身治疗
- (七) 监测与随访
- (八) 疾病复发与治疗
- (九) 少见卵巢恶性肿瘤



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

卵巢癌诊断、评估



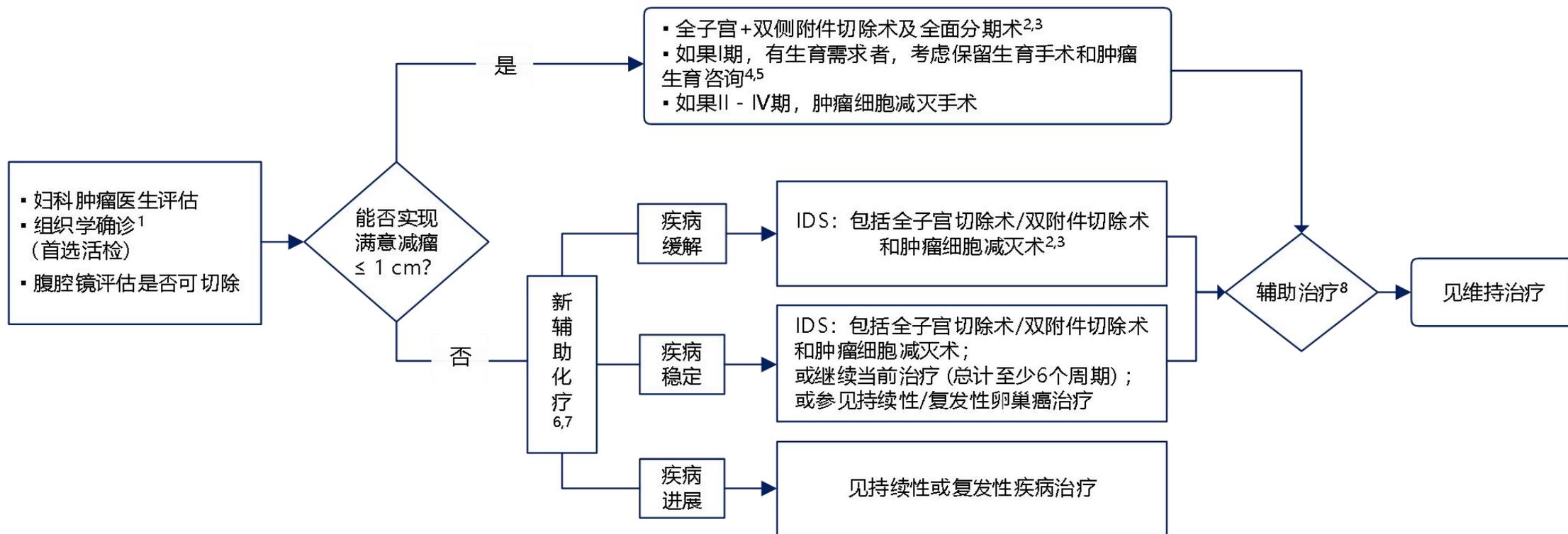
1. 根据需要，如无禁忌，应行强化检查。
2. 必要时可行PET/CT, MRI,或PET/MRI检查以明确诊断。
3. 若涉及转移性或播散性疾病，首选胸部CT检查。
4. 其他肿瘤标志物可能包括HE-4、抑制素、 β -人绒毛膜促性腺激素(β -hCG)、甲胎蛋白、乳酸脱氢酶(LDH)、癌胚抗原(CEA)和CA 19-9。
5. 胚系和体系BRCA1/2状态，决定维持治疗。
6. 在不存在BRCA1/2突变的情况下，同源重组(HR)状态可提供PARP抑制剂(PARPi)治疗获益程度的信息。
7. 评估内容还应包含身体、营养状况等(如ECOG评分、合并症)。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

初次手术治疗



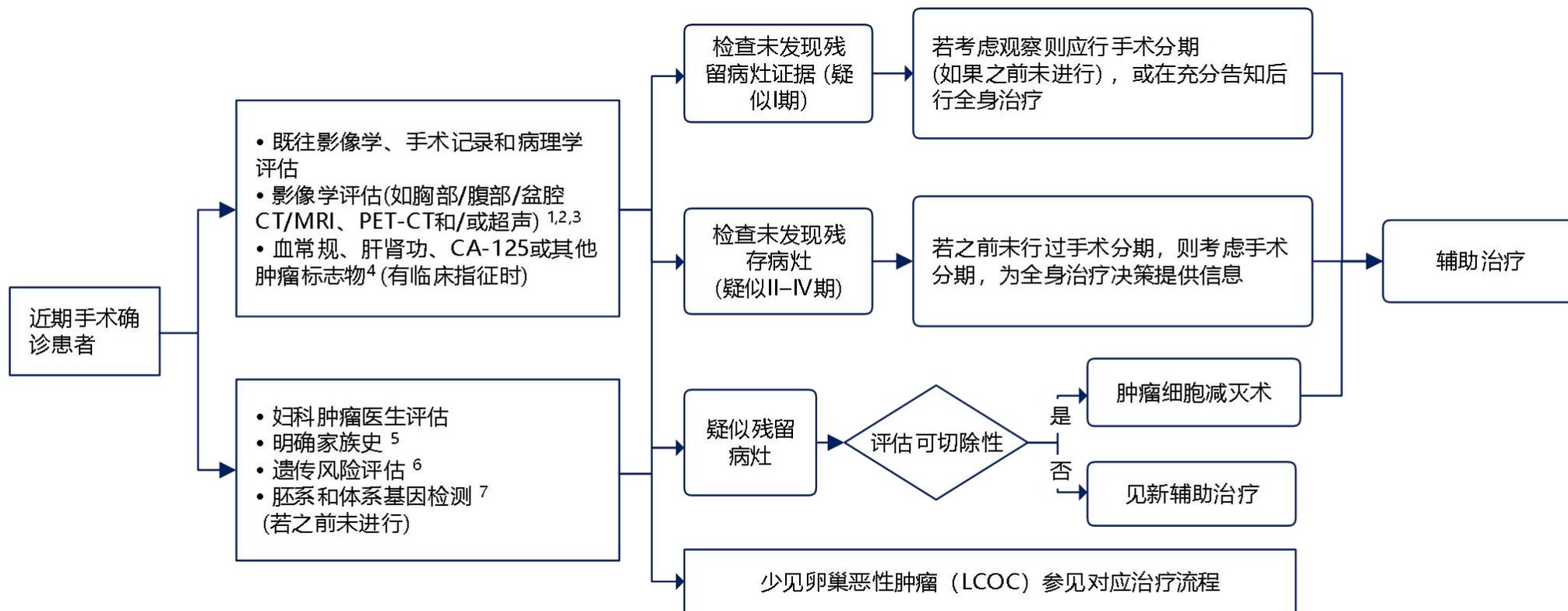
1.若活检不可行, 可进行腹水或胸腔积液细胞学检测, 联合CA125/CEA>25来替代组织学活检; 还可将腹水或胸腔积液内细胞沉渣石蜡包埋后进行病理学检测。
2.参见手术原则。
3.参见病理检查原则。
4.适用于IA、IB和部分组织学类型的IC期患者。
5.保留子宫以备将来辅助生殖。
6.首选在3-4个周期后完成手术; 根据妇科肿瘤学家的临床判断, 也可在4-6个周期后进行手术。
7.参见全身治疗原则和药物管理。
8.对于III期疾病, 在IDS时可考虑顺铂(100mg/m²)腹腔热化疗(HIPEC)。



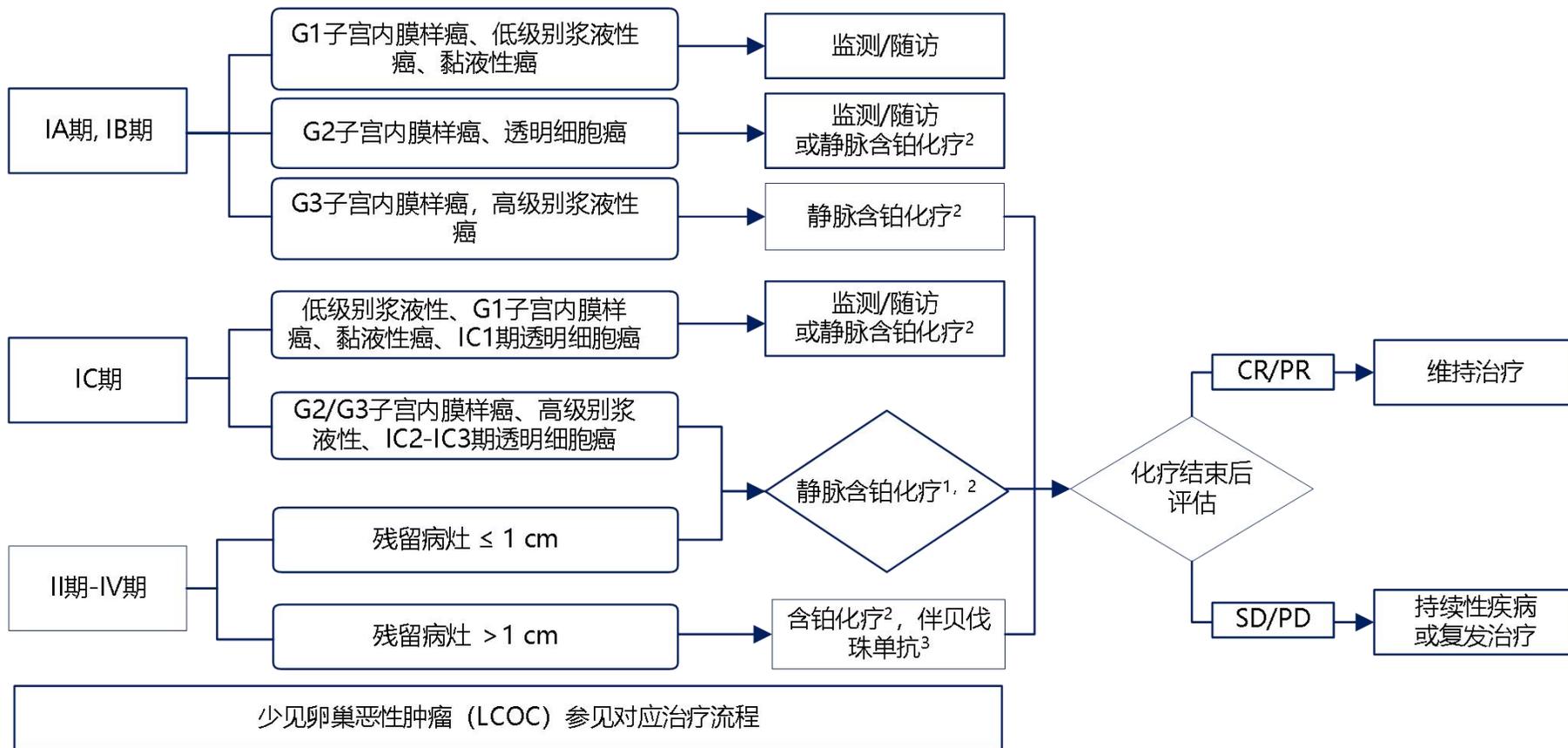
中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

明确诊断后的治疗



1. 根据需要, 采用口服和静脉造影剂(除非禁忌)和直肠造影。
2. 必要时可行(PET)/CT, MRI,或PET/MRI检查以明确诊断。
3. 若涉及转移性或插散性疾病, 首选胸部CT检查。
4. 其他肿瘤标志物包括抑制素、β-人绒毛膜促性腺激素(β-hCG)、甲胎蛋白、乳酸脱氢酶(LDH)、癌胚抗原(CEA)和CA 19-9等。
5. 参考乳腺、卵巢、胰腺和结直肠癌相关的遗传/家族性高风险评估指南。
6. 胚系和体系BRCA1/2状态, 决定维持治疗。
7. 在不存在BRCA1/2突变的情况下, 同源重组(HR)状态可提供PARP抑制剂(PARPi)治疗获益程度的信息。



1. 参考IC期及II-IV期疾病的全身治疗原则；晚期卵巢癌肿瘤细胞减灭术后残留病灶≤1cm可联合贝伐珠单抗 (2B类), 参见《妇科肿瘤抗血管内皮生长因子单克隆抗体临床应用指南(2022版)》。

2. 初次化疗患者的监测：每1-3个周期行体格及盆腔检查；血清CA-125或其他肿瘤标志物；血生化；胸部/腹部/盆腔增强CT或增强MRI、PET/CT。

3. 晚期卵巢癌肿瘤细胞减灭术后残留病灶 > 1cm可联合贝伐珠单抗 (1类), 参见《妇科肿瘤抗血管内皮生长因子单克隆抗体临床应用指南(2022版)》；参考全身治疗原则。



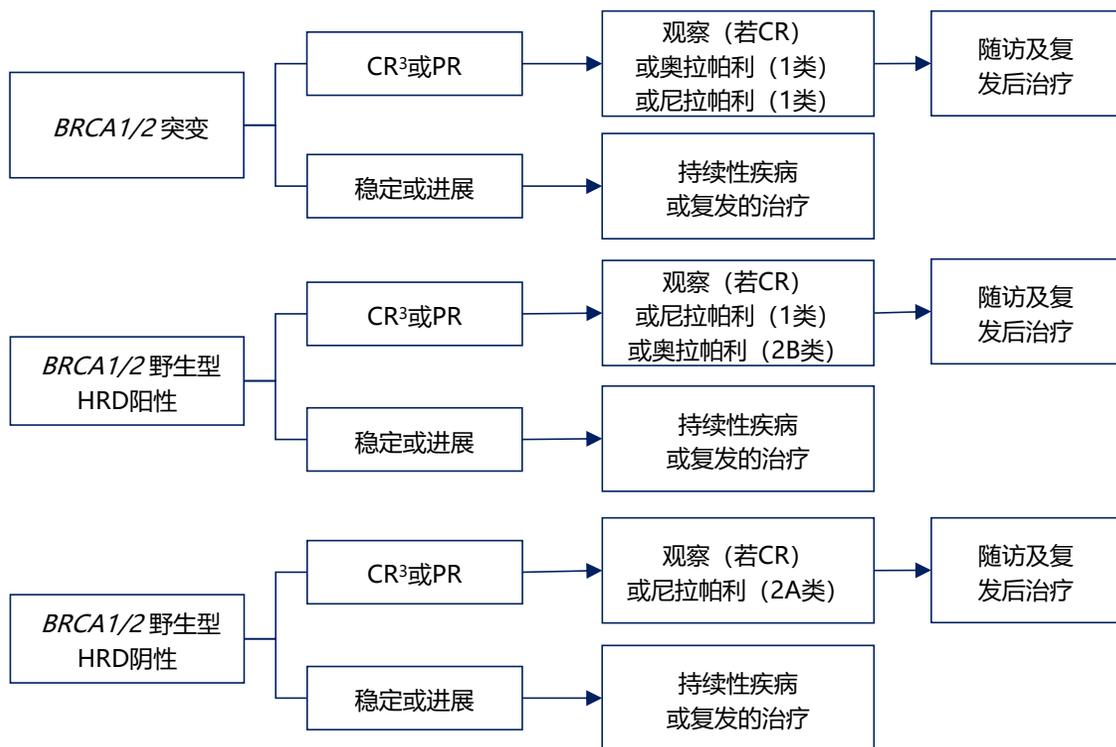
中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

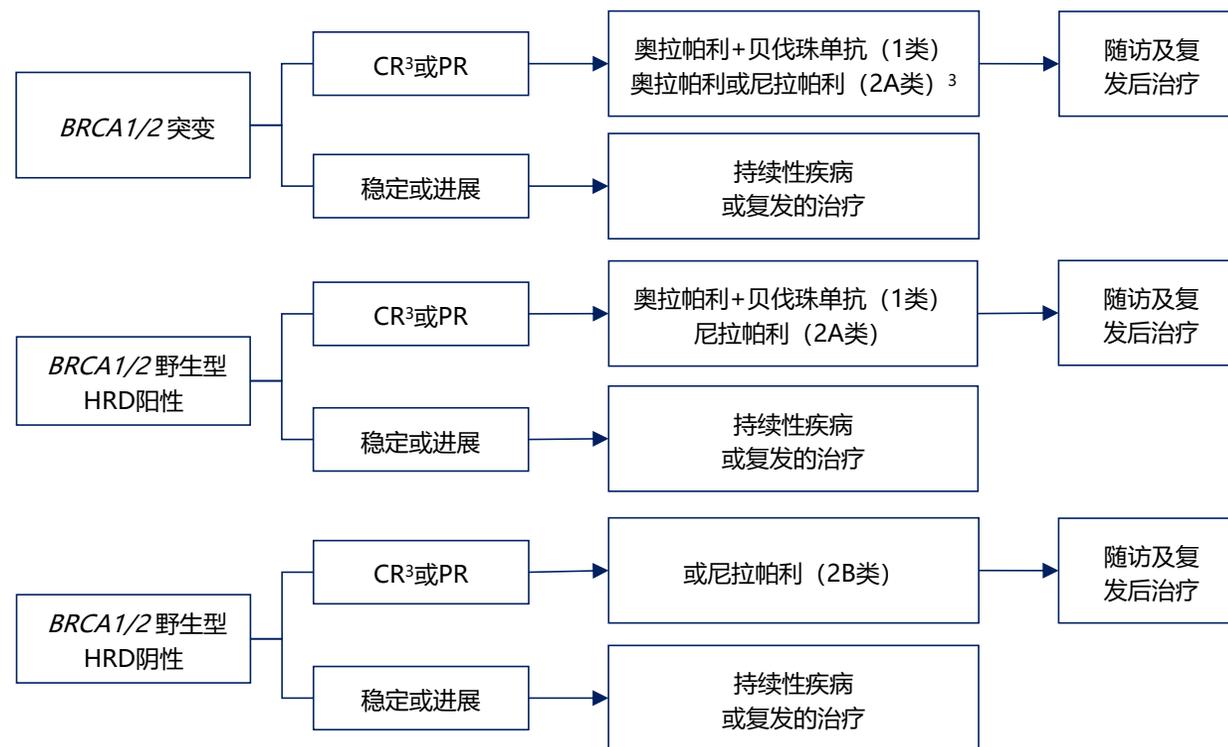
II-IV期初始治疗后维持治疗

II-IV期初始治疗后维持治疗¹

初始治疗未联合贝伐珠单抗



初始治疗联合贝伐珠单抗²



1. 推荐用于III-IV期卵巢癌、输卵管癌和原发性腹膜癌患者 (1类), 也适用于II期患者 (2B类), 对于I期患者不予推荐; 主要适用于高级别浆液性癌和子宫内膜样癌组织学类型 (1类), 也适用于BRCA1/2突变的其他EOC组织学类型 (2B类)。

2. KELIM评分可以用于筛选并评估维持治疗方案中是否加用贝伐珠单抗并从中获益的患者。

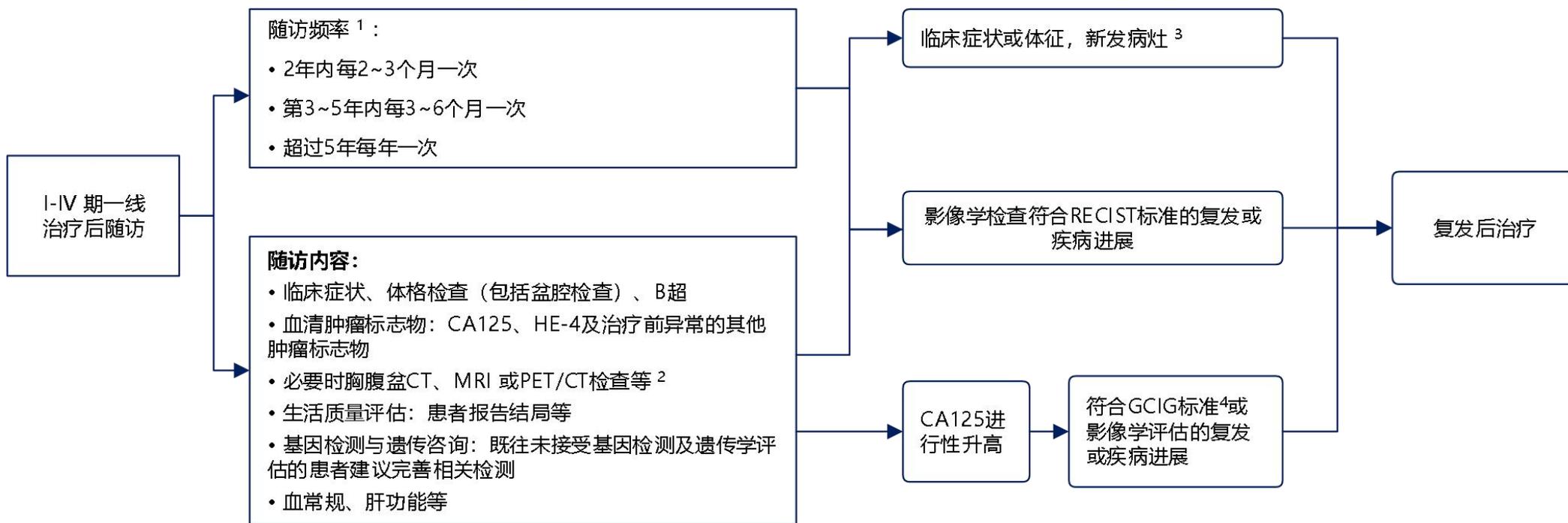
3. 国内已获批铂敏感复发 (PSR)患者维持治疗的PARP抑制剂有奥拉帕利、尼拉帕利和氟唑帕利。基于美国NOVA研究, 针对PSR患者尼拉帕利适应证在美国被FDA限制在gBRCAm人群。在中国尼拉帕利相应临床注册研究已由NOVA研究变更为NORA研究, PSR人群适应证未发生变化。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

监测与随访



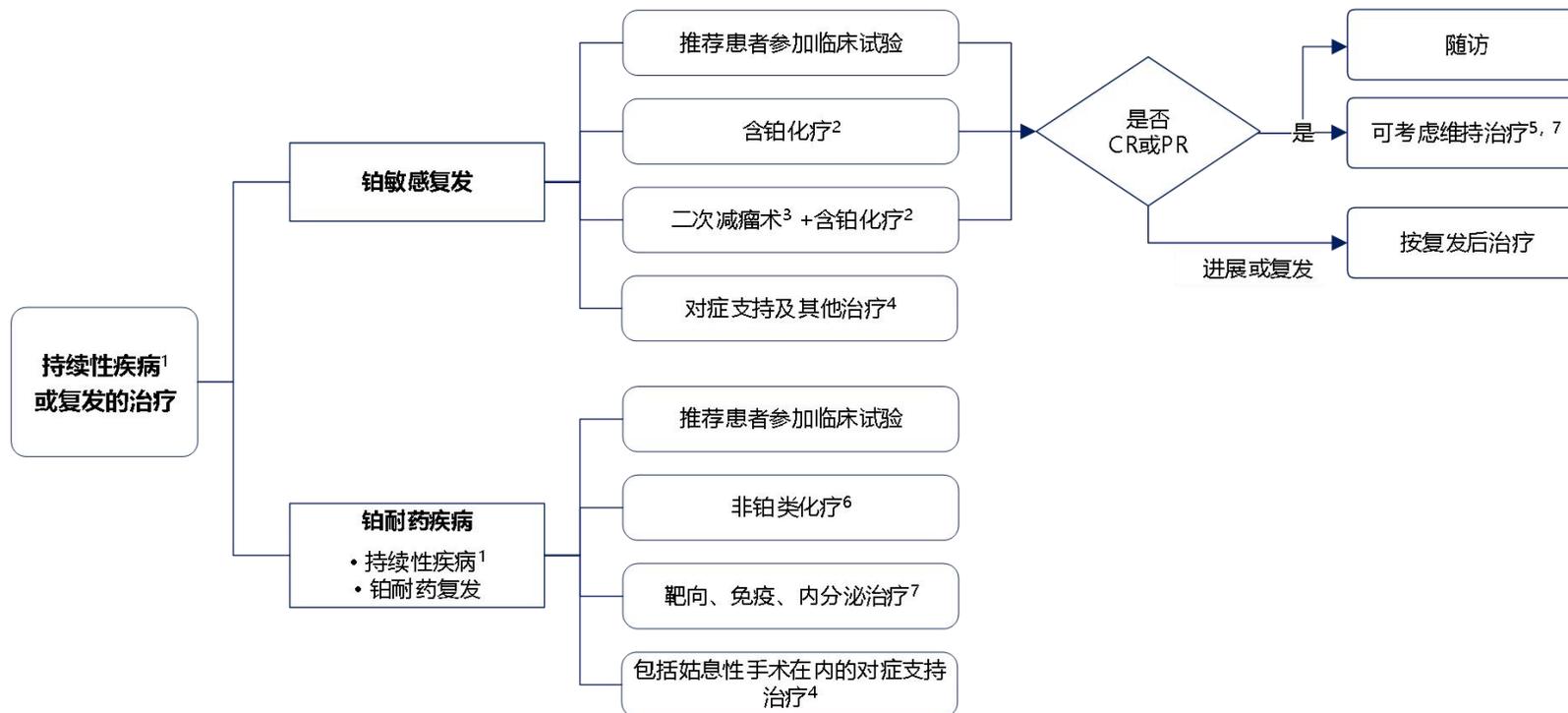
1. 对于具有复发手术条件的医院和依从性较好的患者，5年内建议2-3个月随访一次，以提供患者更多的治疗选择（2B类证据）。
2. 对于靶向维持治疗，尤其是PARP抑制剂后的亚临床复发的诊断需重视。
3. 包括和基线比较一般状况的恶化，再次出现或进展的恶性胸水或腹水，体格检查发现腹盆腔肿物、浅表淋巴结肿大等。
4. 当仅满足GCIG标准诊断疾病进展或复发时，应在2周内采取影像学检查，必要时PET/CT检查，若疾病进展达到RECIST标准，疾病进展时间记为影像学检查时间（Int J Gynecol Cancer 2011;21(2):419-23）。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

持续性疾病及复发的治疗



1. 持续性疾病，即疾病未控状态，指第一次手术残留部位的肿瘤进展或稳定，或前线以铂类药物为基础的化疗后肿瘤未达到临床缓解，仍进展或稳定。
2. 铂敏感复发患者化疗首选铂类药物为基础的化疗方案，化疗联合或不联合贝伐珠单抗。
3. 基于三项随机对照临床研究证据，肿瘤完全切净的铂敏感初次复发患者是二次减瘤术的获益人群。应避免不恰当的手术。除患者选择标准外，同时应评估手术中心条件。
4. 其他治疗包括非铂类化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等，仅在特定情况下选择。
5. 国内已获批铂敏感复发（PSR）患者维持治疗的PARP抑制剂有奥拉帕利、尼拉帕利和氟唑帕利。基于美国NOVA研究，针对PSR患者尼拉帕利适应证在美国被FDA限制在gBRCAm人群。在中国尼拉帕利相应临床注册研究已由NOVA研究变更为NORA研究，PSR人群适应证未发生变化。
6. 铂敏感与铂耐药难以准确定义，可根据临床需要选择铂类为基础的化疗，每2-4个周期化疗后应行疗效评估。
7. 参考《卵巢癌PARP抑制剂临床应用指南(2022版)》、《妇科肿瘤免疫检查点抑制剂临床应用指南(2023版)》、《妇科肿瘤抗血管内皮生长因子单克隆抗体临床应用指南(2022版)》等。



1. 德国AGO评分标准

评分项	推荐二次减瘤术 ¹
初治手术术后残留病灶	切净
ECOG体力状态评分	0
复发时是否有腹水	腹水<500ml

2. 基于国际多中心研究的风险评分模型 (iMODEL评分)

评分项	iMODEL评分 ²					
	0	0.8	1.5	1.8	2.4	3.0
FIGO分期	I/II	III/IV				
初治手术术后残留病灶	切净		未切净			
无疾病进展间期(月)	≥16				<16	
ECOG体力状态评分	0-1				2-3	
复发时血清CA125水平(U/ml)	≤105				>105	
复发时是否有腹水	无					有

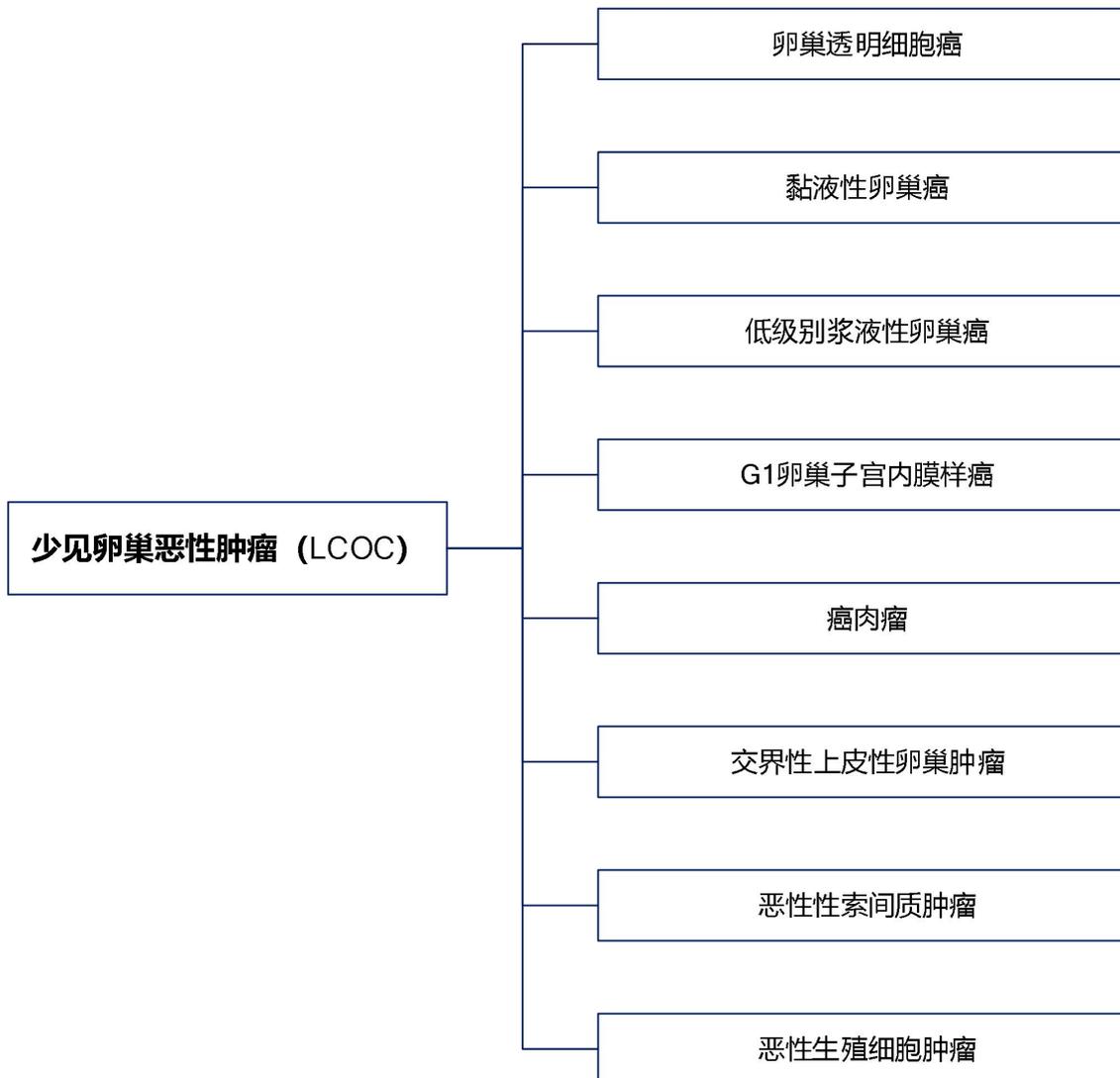
1. 三项均符合, 推荐行二次减瘤术 (Ann Surg Oncol 2006;13:1702-10)

2. ≤4.7分适合二次减瘤术 (Ann Surg Oncol 2012;19:597-604)



卵巢癌

少见卵巢恶性肿瘤组织学分类

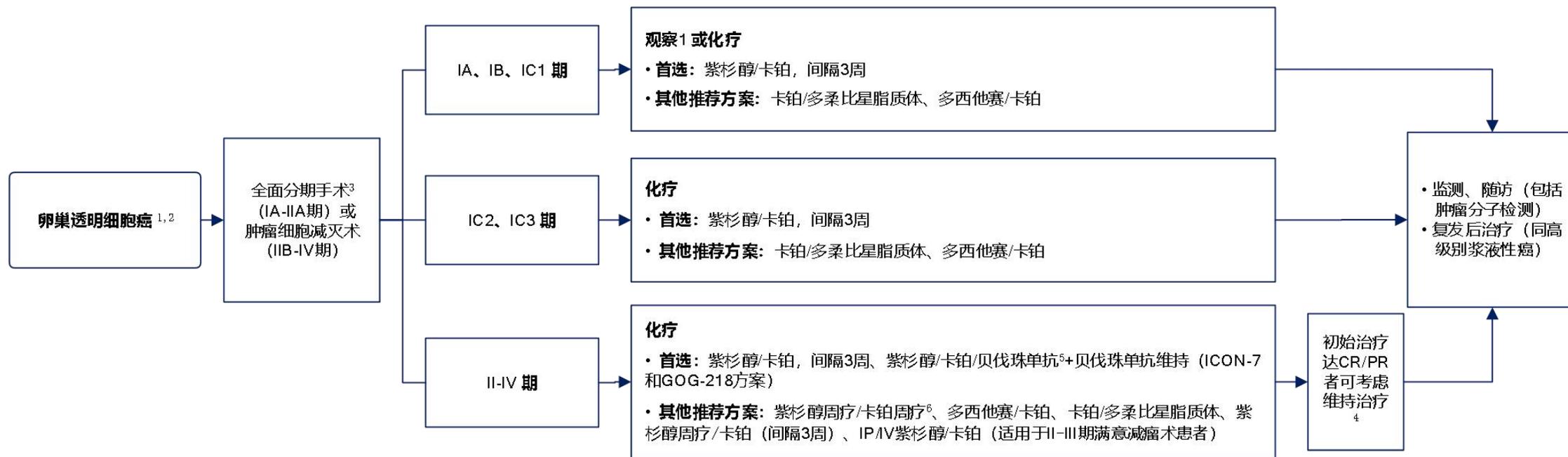




中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

透明细胞癌



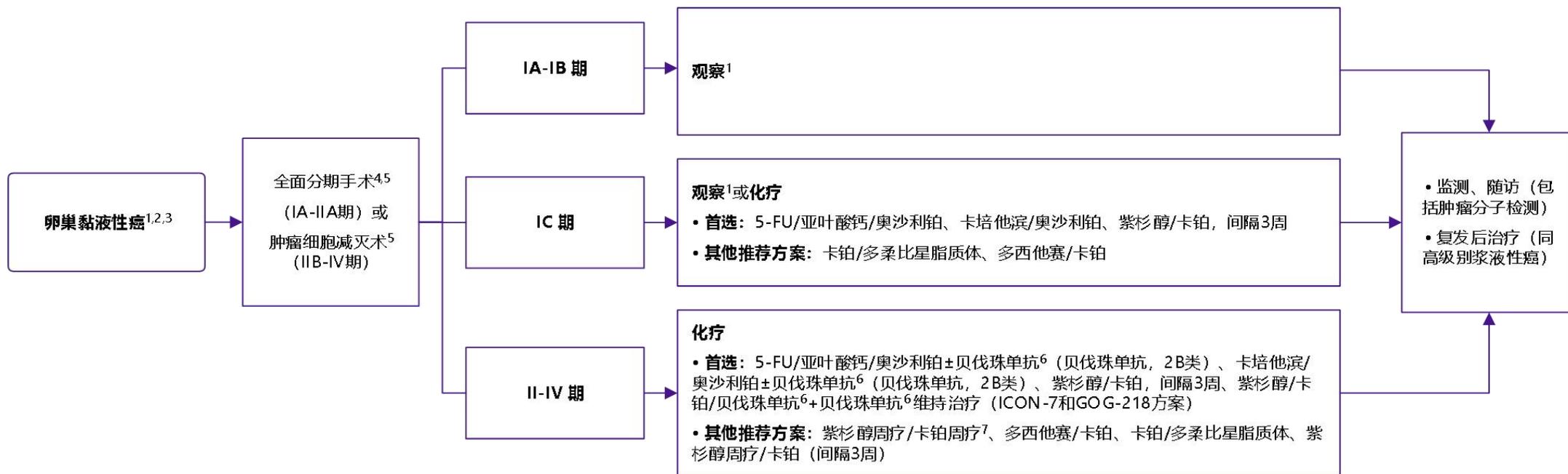
1. 若已接受不全分期术, 应考虑行再分期手术和残余病灶切除术。
2. 推荐行肿瘤分子检测。
3. 不建议卵巢透明细胞癌患者行保留生育功能手术, 但若生育意愿强烈且具有严密随访条件的IA期患者, 可考虑行保留生育功能手术。
4. 参考II-IV期高级别浆液性癌初始治疗后维持治疗。
5. 贝伐珠单抗及其生物类似物。
6. 更适合身体状态差的患者。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

卵巢黏液性癌



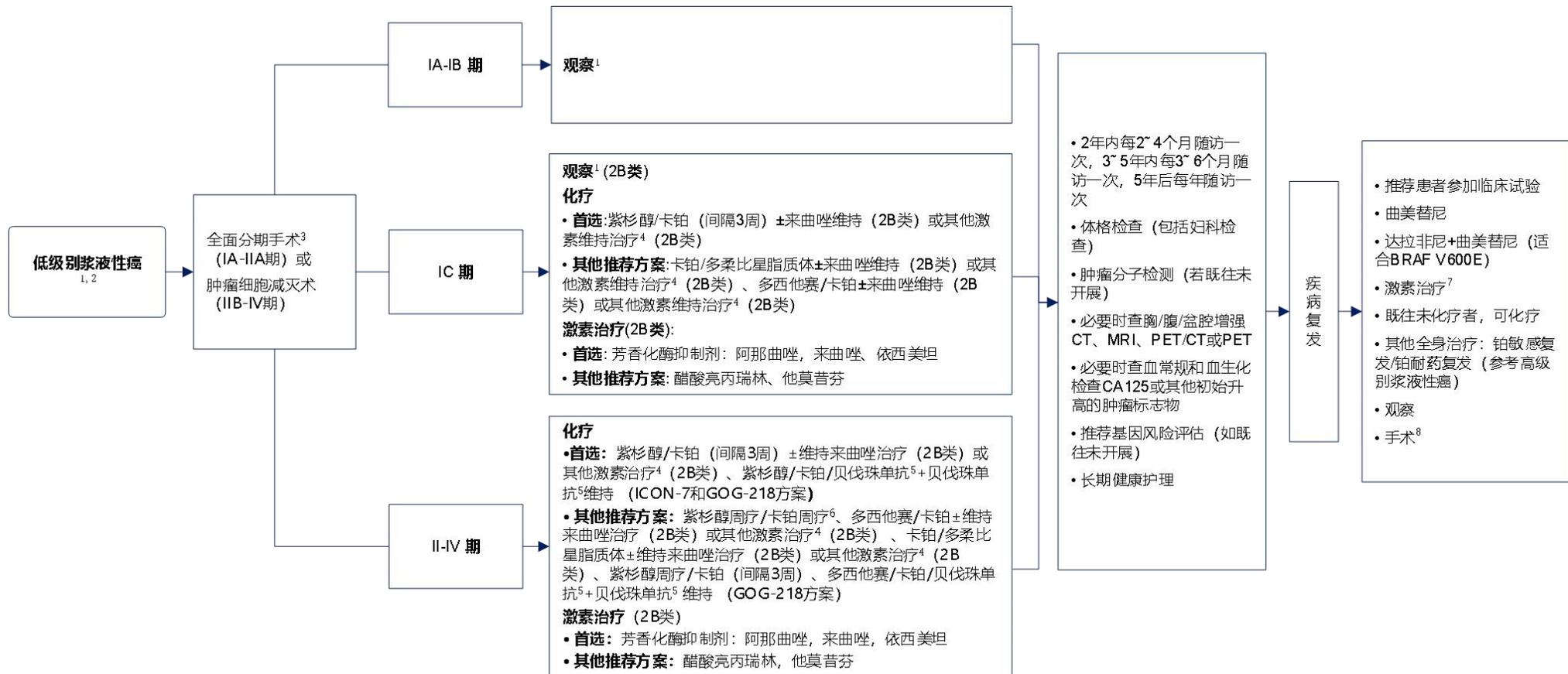
1. 若已接受不全分期术, 应考虑行再分期手术和残余病灶切除术。
2. 若既往未查, 建议进行充分的胃肠道评估和CEA、CA19-9、CA125等。
3. 可考虑行肿瘤分子检测。
4. I期有生育意愿者, 可行保留生育功能手术。
5. 建议消化道内镜鉴别转移性胃肠道恶性肿瘤和原发性黏液性卵巢癌; 术前或术中评估无可疑淋巴结, 可不进行系统性淋巴结切除术; 建议术中同时切除阑尾。
6. 贝伐珠单抗及其生物类似物。
7. 更适合身体状态差的患者。



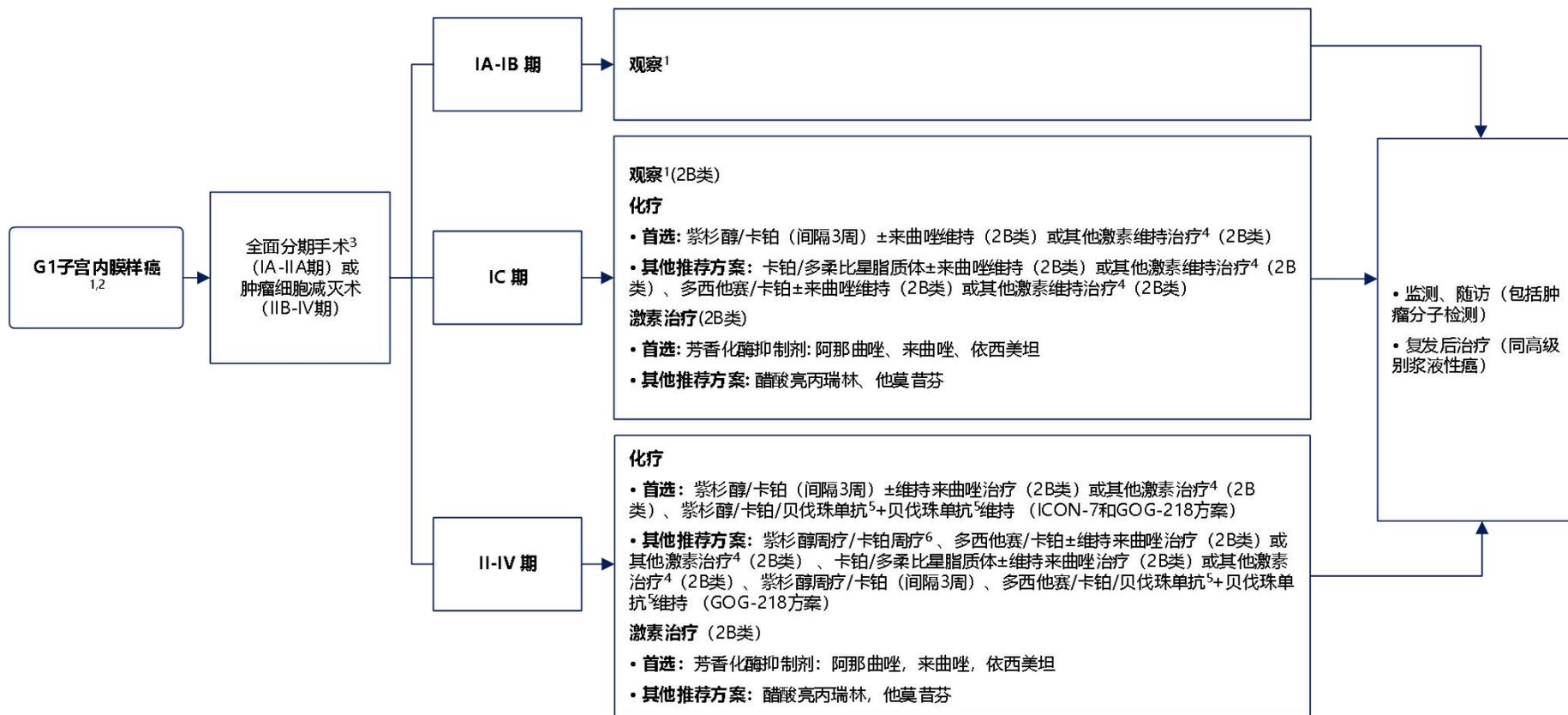
中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

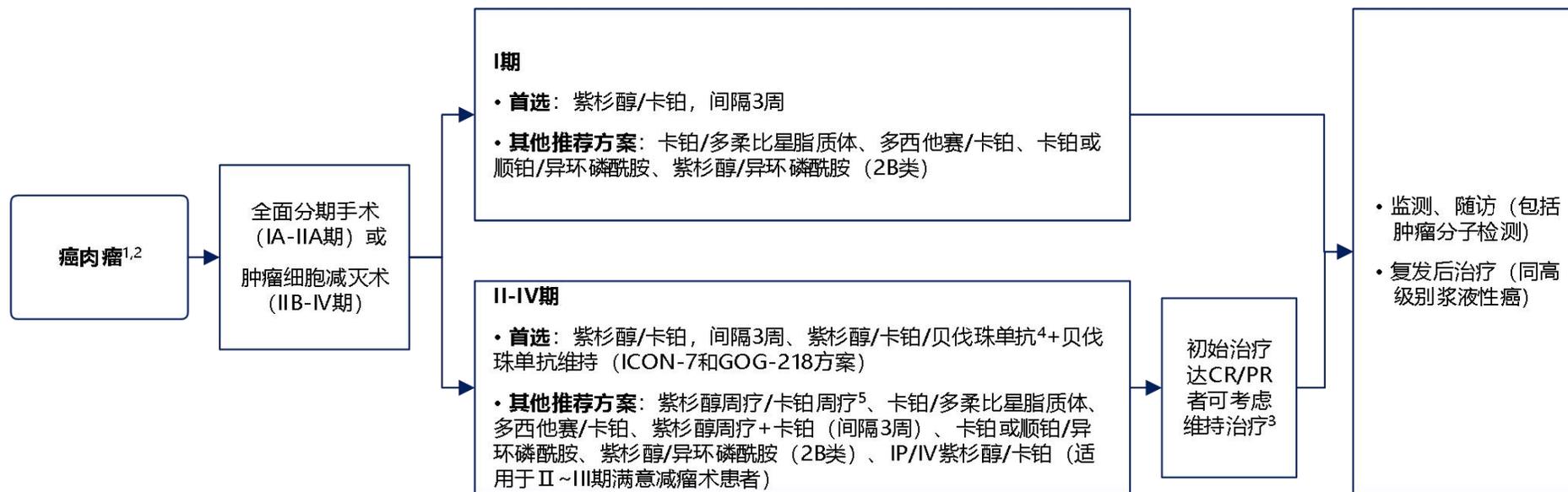
低级别浆液性癌



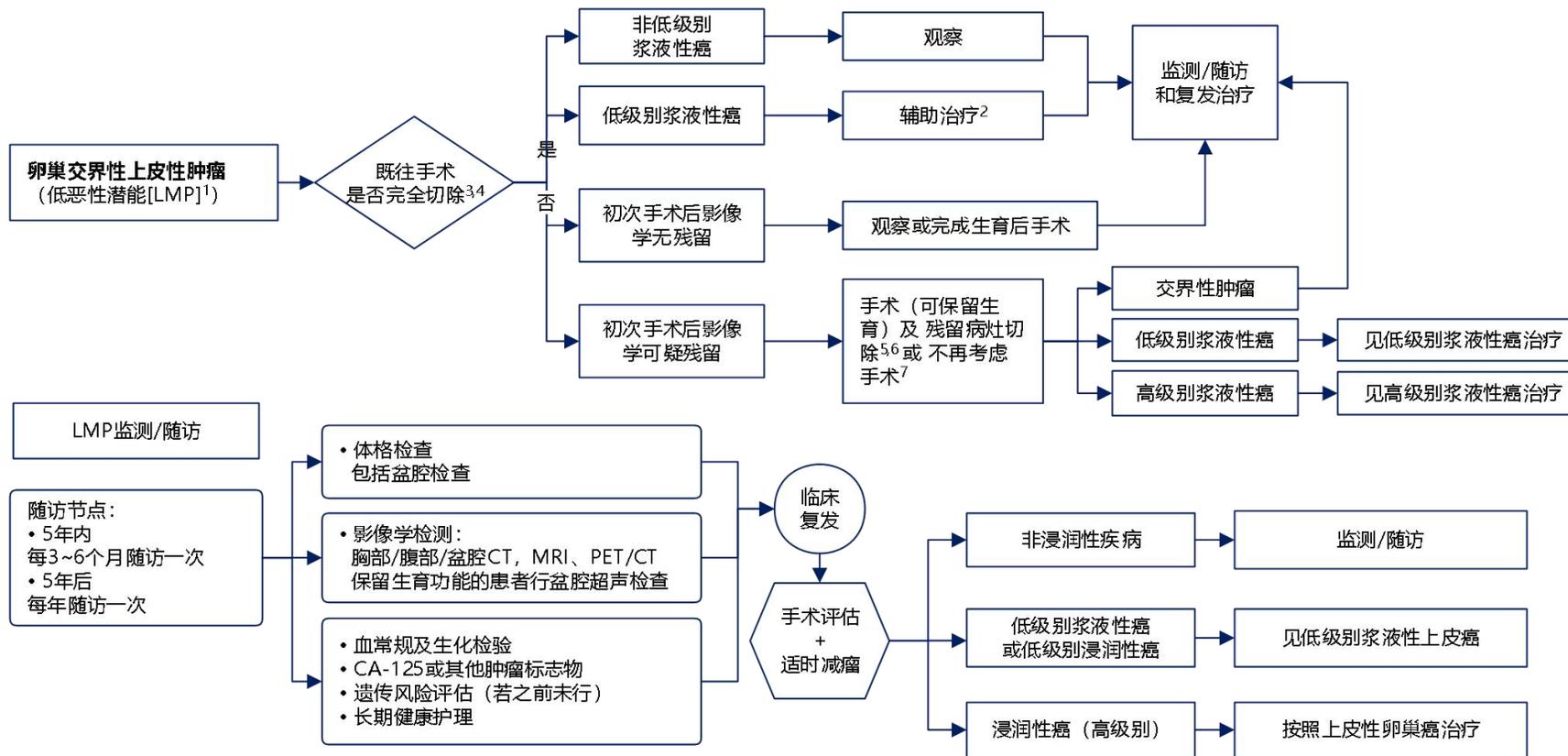
1. 若已接受不全分期术, 应考虑行再分期手术和残余病灶切除术。
2. 推荐行肿瘤分子检测。
3. I期 (IB、IC, 2B类) 患者如有生育意愿, 可行保留生育功能手术。
4. 其他激素治疗: 芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑, 依西美坦)、醋酸亮丙瑞林或他莫昔芬。
5. 贝伐珠单抗及其生物类似物。
6. 更适合身体状态差的患者。
7. 可应用芳香化酶抑制剂, 若既往未使用。若既往已使用芳香化酶抑制剂, 现可考虑使用他莫昔芬或醋酸亮丙瑞林。
8. 对于具有较长无病间期、孤立病灶和 (或) 肠梗阻者可考虑行二次肿瘤细胞减灭术。



1. 若已接受不全分期术, 应考虑行再分期手术和残余病灶切除术。
2. 推荐行肿瘤分子检测, 包括MSI/MMR检测。
3. I期 (IB、IC, 2B类) 患者如有生育意愿, 可行保留生育功能手术。
4. 其他激素治疗: 芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑, 依西美坦)、醋酸亮丙瑞林或他莫昔芬。
5. 贝伐珠单抗及其生物类似物。
6. 更适合身体状态差的患者。



1. 若已接受不全分期术, 应考虑行再分期手术和残余病灶切除术。
2. 推荐行肿瘤分子检测。
3. 参考 II~IV期高级别浆液性癌初始治疗后维持治疗。
4. 贝伐珠单抗及其生物类似物。
5. 更适合身体状态差的患者。



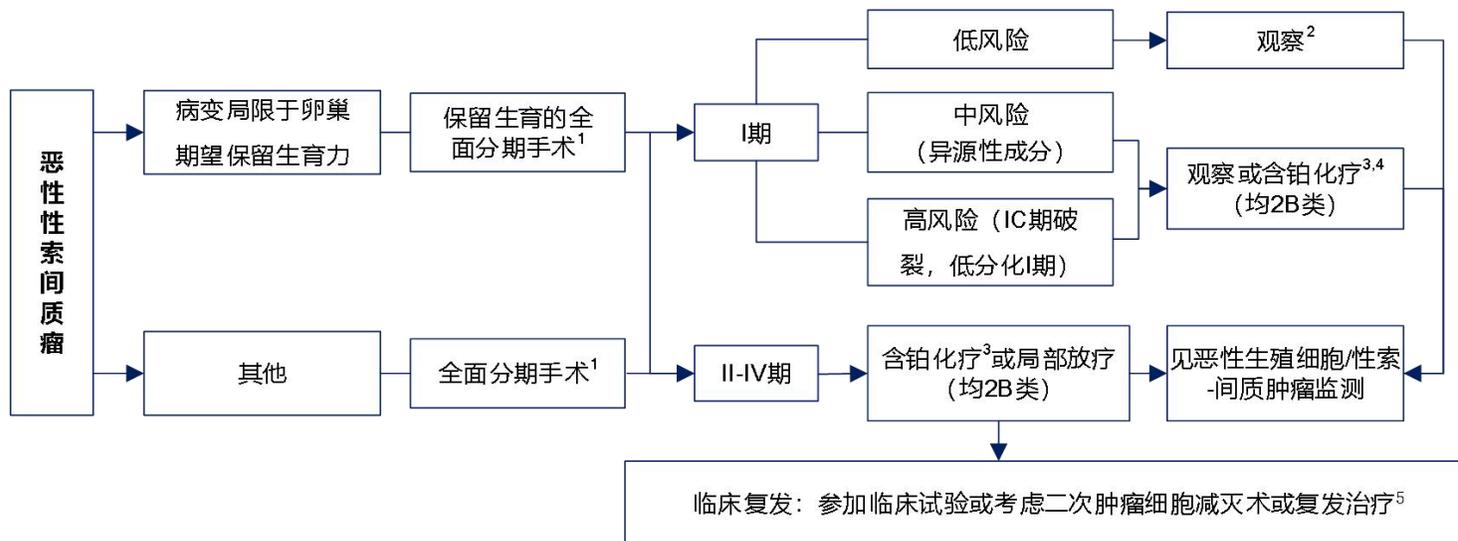
1. 参见WHO 组织分类。
2. 化疗 (IV或IP) 尚未显示对卵巢交界性上皮性肿瘤(LMP)有益。
3. 见手术原则。
4. 病理检查原则。
5. 对于病理证实的卵巢交界性上皮性肿瘤, 可根据具体情况考虑进行淋巴结评估
6. 在接受USO的患者中, 考虑在完成生育后完成手术(例如对侧USO、子宫切除术)(2B类)或严密随访。
7. 如果患者在医学上不适合, 或有不可切除的残留病灶。



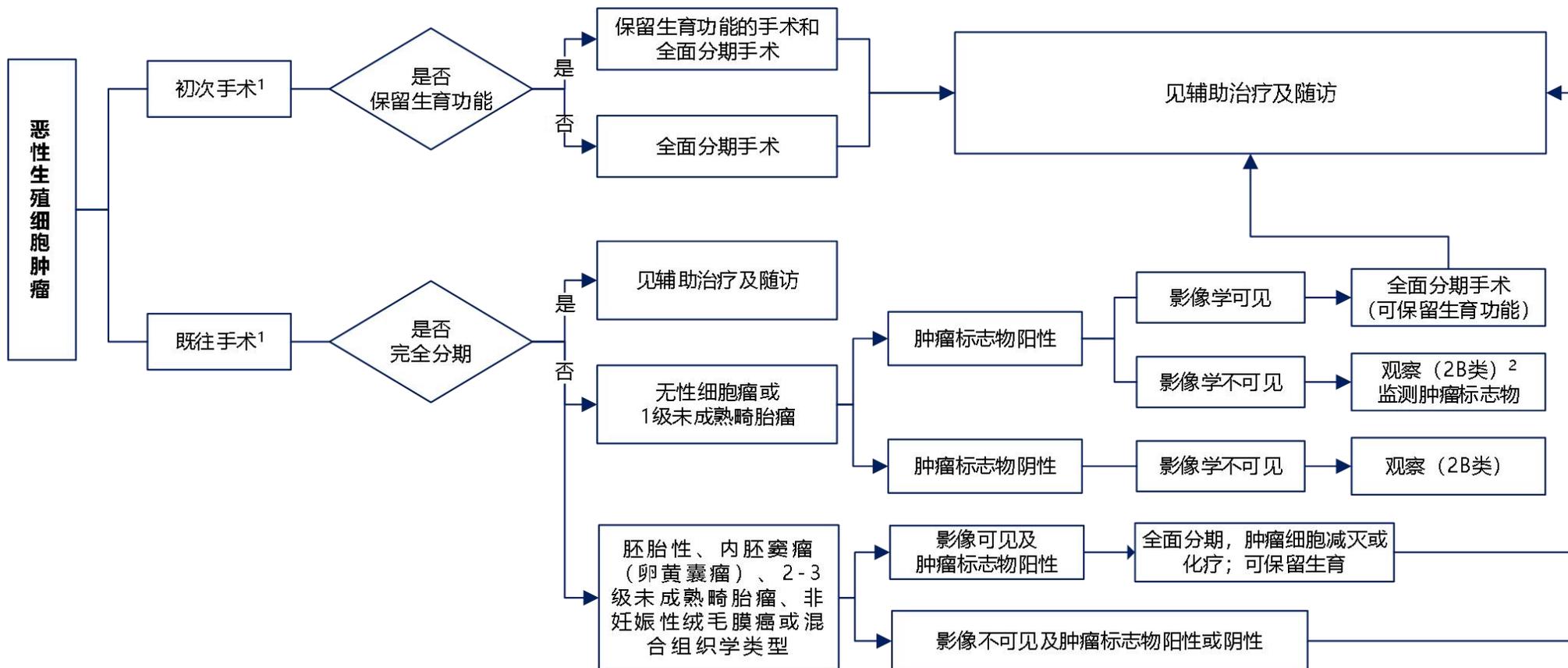
中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

恶性性索间质肿瘤

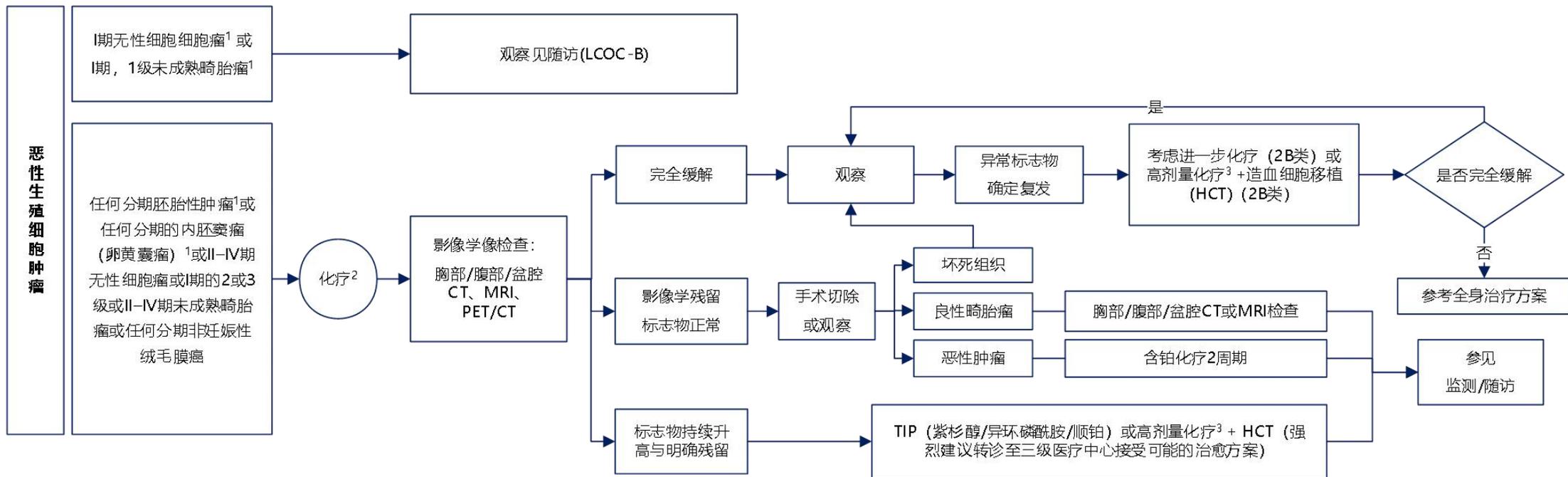


1. 可省略淋巴结切除术。
2. 颗粒细胞瘤可跟踪抑制素水平。
3. 可接受的治疗选择包括紫杉醇/卡铂（首选）、EP（依托泊苷、顺铂）或BEP（博来霉素、依托泊苷、顺铂）（2B类）。
4. 见全身治疗原则和恶性生殖细胞/性索间质瘤的全身治疗方案。
5. 可考虑姑息性局限性放疗。



1. 儿童/年轻成人患者的手术原则可能与成人患者不同，参见手术原则。

2. 若肿瘤标志物显著异常或升高，则复查影像。如果影像学检查阳性，则按照上述途径进行处理。



1. 针对儿科/青少年患者，观察、定期随访。

2. 见恶性生殖细胞肿瘤的主要全身治疗方案。

3. 高剂量化疗方案因机构而异，一些患者使用HCT可能治愈；复发性生殖细胞肿瘤患者若存在治愈可能，应转诊三级医疗机构接受HCT或可能治愈的方案。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

恶性生殖细胞/性索-间质肿瘤的全身治疗方案

全身治疗方案¹

恶性生殖细胞肿瘤^{1,2,3}

首选方案

初始治疗

- BEP (博来霉素、依托泊苷、顺铂)⁴ 博来霉素30 U IV每周一次加依托泊苷100 mg/m²IV每日一次第1-5天加顺铂20mg/m²IV每日一次第1-5天, 每21天重复一次; 对于低风险, 持续3个周期 (2B类), 对于高风险, 持续4个周期。

其他推荐方案

无

特定情况有效

- 依托泊苷/卡铂¹ (用于旨在减少化疗毒性的IB-III期已手术切除的无性细胞瘤患者) ▶ 第1天给予卡铂400mg/m² IV, 第1、2和3天给予依托泊苷120 mg/m²IV, 每28天一次, 共3个周期。

复发治疗 (可能治愈)

- 高剂量化疗²
- TIP (紫杉醇、异环磷酰胺、顺铂)

(仅姑息治疗)

- 顺铂/依托泊苷 (若先前未使用)
- 多西他赛
- 多西他赛/卡铂
- 依托泊苷 (口服)
- 依托泊苷/异环磷酰胺/顺铂 (VIP)
- 吉西他滨/紫杉醇/奥沙利铂
- 吉西他滨/奥沙利铂
- 紫杉醇
- 紫杉醇/卡铂
- 紫杉醇/吉西他滨
- 紫杉醇/异环磷酰胺
- 帕博利珠单抗 (如果MSI-H/dMMR或TMB-H)

- VeIP (长春新碱, 异环磷酰胺, 顺铂)
- VAC (长春新碱、更生霉素、环磷酰胺)
- 支持性治疗

恶性性索-间质肿瘤^{1,3}

初始治疗

- 紫杉醇/卡铂

- 依托泊苷/顺铂 (EP)

- BEP (2B类)⁴

复发治疗

- 紫杉醇/卡铂

- EP (若先前未使用)
- 紫杉醇/异环磷酰胺
- 多西他赛
- 紫杉醇
- 仅支持治疗 (参见支持性治疗)
- 靶向治疗: 贝伐珠单抗⁵ (单药)

- 芳香化酶抑制剂 (即阿那曲唑、依西美坦、来曲唑)
- 醋酸亮丙瑞林 (用于颗粒细胞瘤)
- 他莫昔芬
- BEP (2B类)⁴, 若既往未应用
- VAC(2B类)

1. 见全身治疗原则(OV-C), 参考文献见讨论。

2. 高剂量化疗方案因机构而异。一些患者使用HCT可能治愈。患有潜在可治愈的复发性生殖细胞疾病的患者应转诊至三级医疗机构进行HCT咨询和潜在治愈性治疗。

3. 参见WHO组织学分类(OV-E)。

4. 如果考虑博来霉素, 建议进行肺功能检查。

5. 贝伐珠单抗及其生物类似物。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

恶性生殖细胞/性索-间质肿瘤的监测与随访

监测

恶性生殖细胞瘤

	第1年	第2年	第3年	第4-5年	5年后
无性细胞瘤					
体格检查和血清肿瘤标志物	每2-3个月一次	每3-4个月一次	每6个月一次	每6个月一次	每年一次
影像学成像	腹部/盆腔CT(每3-4个月)	腹部/盆腔CT(每6个月一次)	腹部/盆腔CT(每年)	腹部/盆腔CT(每年)	根据临床指征
非无性细胞瘤					
体格检查和血清肿瘤标志物	每2个月一次	每2个月一次	每4-6个月	每6个月一次	每年一次
影像学成像	胸部/腹部/盆腔CT(每3-4个月)	胸部/腹部/盆腔CT(每4-6个月)	腹部/盆腔CT(每6-12个月)	腹部/盆腔CT(每6-12个月)	根据临床指征

恶性性索间质瘤³

	0-2年	2年后
体格检查	根据基于分期的临床指征(即, 如果是早期、低风险疾病, 6-12个月; 如果是高风险疾病, 4-6个月)	根据基于分期的临床指征(即, 如果是早期低风险疾病, 6-12个月; 如果是高风险疾病, 4-6个月)
血清肿瘤标志物 ¹	· 如适用, 根据临床指征进行检测 · 如果进行, 频率基于分期(即, 6-12个月, 如果早期、低风险疾病; 如果是高风险疾病, 4-6个月)	· 如适用, 根据临床指征进行检测 · 如果进行, 频率基于分期(即, 6-12个月, 如果早期、低风险疾病; 如果是高风险疾病, 4-6个月)
影像学成像 ²	用于有症状、生物标志物升高的患者, 或体格检查有可疑发现	用于有症状、生物标志物升高的患者, 或体格检查有可疑发现

1. 标记物: CA-125及其他肿瘤标志物可能包括抑制素、β-人绒毛膜促性腺激素(β-hCG)、甲胎蛋白、乳酸脱氢酶(LDH)、癌胚抗原(CEA)和CA 19-9。

2. 胸部X线、胸部/腹部/盆腔CT、MRI、PET/CT或PET; 若无禁忌, 行增强检查。

3. Salani R, Khanna N, Frimer M, et al. An update on post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncology (SGO) recommendations. Gynecol Oncol 2017;146(1):3-10.



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

手术治疗原则

卵巢癌手术治疗原则			
初始分期	IA-IIA	IIB及以上	IDS 接受3-4个周期的NACT有效或稳定后
手术目标	最大减瘤效果	最大减瘤效果 (< 1 cm的残留病变定义为满意肿瘤细胞减灭)	最大减瘤效果
腹水细胞学	腹水细胞学检查	腹水细胞学检查 (如有)	--
腹膜活检	<ul style="list-style-type: none"> 任何怀疑存在转移的腹膜表面或粘连均应选择性切除或活检 若无可疑的转移性病灶, 则在盆腔、结肠旁沟和膈肌表面腹膜进行随机腹膜活检 	--	--
腹主动脉旁淋巴结	腹主动脉旁淋巴结清扫应至少剥离双侧腔静脉和主动脉的淋巴结组织至肠系膜下动脉水平, 最好至肾血管水平	切除术前影像学或手术探查中发现的可疑和/或增大的淋巴结, 不需要切除临床阴性淋巴结	应切除可疑和/或增大的淋巴结。初诊时发现具有潜在转移风险的淋巴结, 即使目前没有可疑或增大, 也应该切除
盆腔淋巴结	切除双侧覆盖髂总血管表面及前侧面的淋巴结、覆盖髂外血管及其间的淋巴结、覆盖髂内血管及其间的淋巴结以及从闭孔窝向前至少到闭孔神经的淋巴结。		
网膜	应进行网膜切除术		
其他	<ul style="list-style-type: none"> 为获得最佳的外科减瘤术(所有期别) 可能包含: 肠切除术和/或阑尾切除术、膈肌或其表面腹膜剥脱术、脾切除术、部分膀胱切除术和/或输尿管膀胱吻合术、部分肝切除术、部分胃切除术、胆囊切除术和/或胰体尾切除术等肿瘤侵犯部位的切除。 所有腹膜表面均应探查, 任何怀疑存在转移的腹膜或粘连均应选择性切除或活检。 在侵袭性上皮性卵巢癌或腹膜癌肿瘤细胞减灭术后存在较小残留病变的患者是腹腔化疗的适应证人群。可以考虑给这些患者在初次手术时放置IP导管。 Ⅲ期疾病IDS满意减瘤时可考虑顺铂(100 mg/m²)腹腔热灌注化疗(HIPEC)。 硫代硫酸钠可在灌注开始时给药, 然后持续输注, 以便在HIPEC期间保护肾脏。 		



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

手术治疗原则

特殊情况

降低风险的输卵管卵巢切除术(RRSO)	盆腔冲洗液进行细胞学检查；切除输卵管卵巢自卵巢悬韧带2cm至宫角处，并切除包围卵巢和输卵管的所有腹膜，特别是与盆壁粘连区域下面的腹膜；尽量减少对输卵管和卵巢的器械操作，以避免细胞创伤性剥脱；应按照SEE-FIM方案对卵巢和输卵管进行处理；单纯输卵管切除术的预防益处目前尚未得到证实。
保留生育功能	明显为早期疾病和/或低风险肿瘤(早期浸润性上皮肿瘤、交界性肿瘤、恶性生殖细胞肿瘤、黏液性及恶性性索间质瘤)且希望保留生育能力的患者；可以考虑采用USO（保留子宫和对侧卵巢）或BSO（保留子宫）进行保留生育能力的手术。同时，请生殖内分泌科医生进行评价和咨询。但对于儿童、青少年和年轻成人患者，明确的早期恶性生殖细胞肿瘤可省略全面分期手术。
黏液性肿瘤	<ul style="list-style-type: none">卵巢原发性浸润性黏液性肿瘤少见，应仔细评估上消化道和下消化道，以排除隐匿性消化道原发疾病伴卵巢转移。阑尾切除术仅在疑似或确诊卵巢黏液性肿瘤的患者阑尾看似异常时进行。若阑尾外观正常，不需要行手术切除。若术中冰冻组织学证实为黏液性且无可疑淋巴结转移，可不行淋巴结切除术。
卵巢交界性上皮(LMP)肿瘤	<ul style="list-style-type: none">尽管数据显示淋巴结切除术提高分期，但淋巴结切除术不影响总生存期。网膜切除术和腹膜多点活检可能使约30%的患者分期上调，可能影响预后。
二次减瘤术	<ul style="list-style-type: none">根据AGO、iMODEL评分筛选患者是否行二次减瘤术。二次减瘤术可根据具体情况采用开放或微创途径。
辅助姑息性手术	<ul style="list-style-type: none">腹腔穿刺/留置腹腔导管胸腔穿刺术/胸膜固定术/视频辅助胸腔镜检查/留置胸膜导管输尿管支架/肾造口术胃造瘘管/肠支架/手术缓解肠梗阻



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

病理检查原则

病理检查原则	
WHO分类	WHO组织学分类(见WHO OV-E组织学分类)
诊断方法	<ul style="list-style-type: none">大多数卵巢癌, 包括LCOC通常在活检或手术标本病理分析后诊断的对于推测为早期疾病的卵巢癌患者, 应避免细针穿刺(FNA)诊断, 防止囊肿破裂和恶性肿瘤细胞溢出进入腹腔。对于不适合初始减瘤术的巨块型疾病患者, FNA可能是必要的
CAP方案	CAP方案是病理学报告的有用工具。病理学评估应包括: 肿瘤部位、肿瘤大小、其他组织/器官受累、卵巢/输卵管肿瘤表面受累(存在/不存在/无法确定)、标本完整性(包膜/浆膜完整/断裂/破碎)、组织学类型和分级、扩散和/或种植病灶(取样)、细胞学、淋巴结、隐匿性恶性肿瘤或浆液性输卵管上皮内癌(STIC)、子宫内膜异位症和/或输卵管内膜异位症
肿瘤分子检测	<ul style="list-style-type: none">初始治疗时, 若无胚系BRCA突变, 肿瘤的体系检测至少应包括BRCA1/2、杂合性缺失(LOH)或同源重组修复缺陷(HRD)状态复发时, 肿瘤分子检测主要用于评估靶向治疗的潜在获益性, 建议行包括但不限于BRCA1/2、HRD状态、MSI、TMB、和NTRK、BRAF、FRα、RET和NTRK(若既往未行相关检测), 最好选择最近一次可获取的肿瘤样本进行检测对于少见肿瘤, 更全面的检测更加重要
LCOC	<ul style="list-style-type: none">交界性肿瘤是一种原发性上皮病变, 细胞学特征提示恶性肿瘤, 但无明显浸润透明细胞癌是一种源于子宫内膜异位症的高级别恶性肿瘤, 大多数表达NapsinA, 但WT1和雌激素受体原发性黏液性卵巢癌和胃肠道转移肿瘤组织学上难以区分, 原发性卵巢癌PAX8常呈阳性, 转移性结直肠癌CK20和CEA常呈阳性, 而SATB2提示肠道来源。子宫内膜样癌可能与子宫内膜异位症相关。CK7、PAX8、CA-125和雌激素受体呈阳性。其外观与性索间质肿瘤非常相似大多数病理学家认为卵巢癌肉瘤(MMMTs)是一种分化较差的上皮性卵巢癌(化生癌)
特殊情况	其他常累及附件的癌症包括子宫恶性肿瘤、宫颈癌、消化道(小肠和大肠, 胰腺)恶性肿瘤、淋巴瘤等。施行降低风险的手术后, 病理评估内容应包括: 输卵管取材需采用SEE-FIM法(伞端切片和全面检查), 所取材的输卵管和卵巢也应审慎进行切片、处理及评估



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

全身治疗原则	
内容	建议
参与临床试验	鼓励卵巢癌患者参与, 以获取最新、最有效的治疗方式。
评估器官功能和体能状态	在推荐化疗前, 应充分评估患者肾、肝等重要器官的功能状况及全身体能状况, 确保其能够承受化疗。
初次肿瘤细胞减灭术(PCS)的候选者	对于所有疑似ⅢC或Ⅳ期侵袭性上皮性卵巢癌的女性患者, 在开始治疗前应由妇科肿瘤学家进行评估, 以确定其是否为初次肿瘤细胞减灭术(PCS)的候选者。
保留生育能力	希望保留生育能力的育龄期患者应转诊至适当的生育专家, 进行评估和咨询。
讨论全身治疗目标	开始任何治疗前, 应详细讨论患者的全身情况及治疗目标, 并寻求多学科医生的意见。
化疗期间观察和调整	在化疗期间, 应密切观察患者生命体征、病情变化及药物毒副作用, 进行必要的治疗干预。同时, 应定期监测血液指标等生化检查, 根据实际情况适当调整用药剂量。
化疗后评估并监测	化疗结束后, 应对患者进行全面检查, 评估其在学习期间及之后的反应, 及时处理并发症, 并定期进行随访和检查以及监测可能的长期并发症。
生物标志物测定	使用化疗敏感性/耐药性和/或其他生物标志物测定, 以便在有多种等效化疗选择的情况下, 用于与未来化疗相关的决策。但当前证据水平不足以替代标准化疗。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

定义

辅助治疗	指癌症手术后的药物、放疗或其他形式的补充治疗，旨在降低疾病复发的风险或主要治疗手术细胞减灭术后的残留病灶。
新辅助治疗	指癌症手术前给予的旨在降低肿瘤负荷以准备手术的药物、放疗或其他形式的治疗。
复发治疗	指在初始治疗后出现癌症复发的临床、生化或影像学证据时，用于治疗癌症复发、控制症状或延长生存期和/或提高生活质量的药物、放疗或其他形式的治疗。

新诊断的卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者

不同主要治疗选择	若可以接受化疗，应告知患者现有的不同主要治疗选择，例如IV化疗、IP和IV化疗联合治疗或临床试验，以便患者可以决定哪种是最合适的选择。
IP和IV联合方案	在IP和IV联合方案给药前，必须告知患者联合方案的毒性较单独使用IV化疗增加(骨髓抑制、肾毒性、腹痛、神经病、胃肠道毒性、代谢毒性和肝毒性增加)。
考虑患者条件	考虑接受IP顺铂和IP/IV紫杉醇方案的患者，在开始治疗前应具有正常的肾功能，并根据IP/IV方案的预期的毒性确定医学上适当的体能状态，且既往无证据表明存在可能在化疗期间显著恶化的医学问题(例如，既存神经病变)。
给予足量的IV液体	在接受每个周期的IP顺铂之前和之后，需要给予足量的IV液体以防止肾毒性。每个周期完成后，需要密切监测患者的骨髓抑制、脱水、电解质丢失、终末器官毒性(如肾和肝损害)和所有其他毒性。患者在门诊通常需要化疗后IV补液，以预防或帮助治疗脱水。
毒性数据、剂量	完整的毒性数据、剂量，请参见原始参考文献，了解给药方案和剂量调整。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

I期上皮性卵巢/输卵管/原发性腹膜癌初始全身治疗方案			
I期	首选方案	次选方案	用于某些情况的方案
高级别浆液性癌	紫杉醇/卡铂, 3周疗, 6个周期 ^{3,4}	卡铂/多柔比星脂质体, 4周疗, 6个周期 多西他赛/卡铂, 3周疗, 6个周期	
子宫内膜样癌 (G2/3) 透明细胞癌 癌肉瘤	紫杉醇/卡铂, 3周疗, 3-6个周期 ^{3,4}	卡铂/多柔比星脂质体, 4周疗, 3-6个周期 多西他赛/卡铂, 3周疗, 3-6个周期 癌肉瘤: <ul style="list-style-type: none">卡铂/异环磷酰胺顺铂/异环磷酰胺紫杉醇/异环磷酰胺	多西他赛+奥沙利铂+贝伐珠单抗 ⁶ +贝伐珠单抗维持治疗 (针对IB/IC期), 3周疗, 6个周期。之后继续使用贝伐珠单抗, 3周疗, 直至完成一年治疗
黏液性癌 (IC期)	氟尿嘧啶 (5-FU) /甲酰四氢叶酸/奥沙利铂、卡培他滨/奥沙利铂、紫杉醇/卡铂, 3周疗, 3-6个周期 ^{3,4}	卡铂/多柔比星脂质体, 4周疗, 3-6个周期 多西他赛/卡铂, 3周疗, 3-6个周期	多西他赛+奥沙利铂+贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗 (2B类), 3周疗, 6个周期, 后继续使用贝伐珠单抗, 3周疗, 直至完成一年治疗
低级别浆液性癌 (IC期) ^{1,2} 子宫内膜样癌 (G1, IC期) ¹	紫杉醇/卡铂, 3周疗, 3-6个周期 ^{3,4} ± 来曲唑或其它激素治疗 (2B类) ⁵ 激素治疗 [芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑, 来曲唑, 依西美坦)] (2B类)	卡铂/多柔比星脂质体±来曲唑或其它激素治疗 (2B类) ⁵ 多西他赛/卡铂, 3周疗, 3-6个周期±来曲唑或其它激素治疗 (2B类) ⁵ 激素治疗 (醋酸亮丙瑞林, 他莫昔芬, 氟维司群)	

1. 全身治疗方案的数据有限
2. 浸润性植入的交界性肿瘤科作为低级别浆液性肿瘤进行治疗
3. 白蛋白结合型紫杉醇可用于对紫杉醇存在过敏反应的患者, 但是不能避免所有的输液反应。
4. 70岁以上或患有合并症的患者可能对推荐的联合化疗方案不耐受。
5. 其他激素治疗方案包括: 芳香化酶抑制剂、醋酸亮丙瑞林或他莫昔芬。
6. 可用获批的同类药物代替贝伐珠单抗。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

II~IV期上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌初始全身治疗方案

II~IV期	首选方案	次选方案	用于某些情况的方案
高级别浆液性癌 子宫内膜样癌 (G2/3) 透明细胞癌 癌肉瘤	紫杉醇/卡铂, 3周疗, 6周期 ^{1,2} 紫杉醇/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 (ICON-7或GOG-218方案) ³	紫杉醇, 周疗/卡铂, 周疗 ^{1,2,5} 多西他赛/卡铂 卡铂/多柔比星脂质体 紫杉醇周疗/卡铂, 3周疗 ¹ 多西他赛/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 (GOG-218方案) 腹腔/静脉紫杉醇/卡铂 (II~III期满意减瘤术患者) 癌肉瘤: 卡铂/异环磷酰胺、顺铂/异环磷酰胺、紫杉醇/异环磷酰胺 (2B类)	多西他赛+奥沙利铂+贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗, 3周疗, 6个周期。之后继续使用贝伐珠单抗, 3周疗, 直至完成一年治疗
黏液性癌	5-FU/甲酰四氢叶酸/奥沙利铂±贝伐珠单抗 (贝伐珠单抗2B类) 卡培他滨/奥沙利铂±贝伐珠单抗 (贝伐珠单抗2B类) 紫杉醇/卡铂, 3周疗, 6周期 ^{1,2} 紫杉醇/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 (ICON-7或GOG-218方案) ³	紫杉醇, 周疗/卡铂, 周疗 ^{1,2} 多西他赛/卡铂 卡铂/多柔比星脂质体 紫杉醇, 周疗/卡铂, 3周疗 多西他赛/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 (GOG-218)	
低级别浆液性癌 子宫内膜样癌 (G1)	紫杉醇/卡铂, 3周疗, 6周期 ^{1,2} ±来曲唑或其它激素治疗 (2B类) ⁴ 紫杉醇/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 激素治疗 (芳香化酶抑制剂[阿那曲唑, 来曲唑, 依西美坦]) (2B类)	紫杉醇, 周疗/卡铂, 周疗 ^{1,2} 多西他赛/卡铂±来曲唑或其它激素治疗 (2B类) 卡铂/多柔比星脂质体±来曲唑或其它激素治疗 (2B类) ⁴ 紫杉醇周疗/卡铂, 3周疗 多西他赛/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持 (GOG-218) 激素治疗 (醋酸亮丙瑞林, 他莫昔芬, 氟维司群) (2B类)	多西他赛+奥沙利铂+贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗 (2B类), 3周疗, 6个周期。之后继续使用贝伐珠单抗, 3周疗, 直至完成一年治疗

1. 白蛋白结合型紫杉醇可用于对紫杉醇存在过敏反应的患者, 但是不能避免所有的输液反应。
2. 70岁以上或患有合并症的患者可能对推荐的联合化疗方案不耐受。
3. 可用获批的同类药物代替贝伐珠单抗。
4. 其他激素治疗方案包括: 芳香化酶抑制剂、醋酸亮丙瑞林或他莫昔芬。
5. 用于一般情况较差的患者。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌主要全身治疗的推荐剂量

• 紫杉醇/卡铂 3周疗¹:

D1: 紫杉醇175mg/m²静脉滴注随后卡铂 (AUC5~6) 静脉滴注², 每21天重复, 3~6周期³

• 静脉/腹腔 紫杉醇/顺铂:

D1: 紫杉醇135mg/m²持续静脉滴注⁴;

D2: 顺铂75~100mg/m²腹腔注射;

D8: 紫杉醇60mg/m²腹腔注射, 每21天重复, 共6周期

• 紫杉醇周疗/卡铂3周疗:

D1, D8, D15: 紫杉醇80mg/m²静脉滴注随后卡铂 (AUC5~6) 静脉滴注;

D1: 紫杉醇80mg/m²静脉滴注;

每21天重复, 共6周期

• 紫杉醇周疗/卡铂周疗:

D1, 8, 15: 紫杉醇60mg/m² 静脉滴注随后卡铂 (AUC2) 静脉滴注每周1次, 连用18周⁵

• 多西他赛+奥沙利铂+贝伐单抗+贝伐珠单抗维持治疗

多西他赛75mg /m² 静脉滴注, 随后奥沙利铂85mg /m² 静脉滴注和贝伐珠单抗15mg /kg 静脉滴注每21天重复, 6个周期。后继续给予贝伐珠单抗, 每21天重复, 至完成一年治疗。

• 多西他赛/卡铂:

D1: 多西他赛60~75mg/m²静脉, 随后卡铂 (AUC 5~6) 静脉滴注, 每21天重复, 3~6周期⁵。

• 卡铂/多柔比星脂质体³:

卡铂AUC5静脉+聚乙二醇化多柔比星脂质体30mg/m²静脉滴注,每28天重复, 3~6周期³。

• 紫杉醇/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗 (ICON-7) ⁶:

D1: 紫杉醇175mg/m²静脉滴注, 卡铂 (AUC5~6) 静脉滴注, 贝伐珠单抗7.5mg/kg静脉滴注 每21天重复, 5~6周期, 停化疗后继续贝伐珠单抗维持治疗12次周期

• 紫杉醇/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗 (GOG-218) :

D1: 紫杉醇175mg/m²静脉滴注, 随后卡铂 (AUC6) 静脉滴注, 每21天重复, 6周期, 第2周期的第1天开始加用贝伐珠单抗15mg/kg静脉滴注每21天重复, 至多22次周期

多西他赛/卡铂/贝伐珠单抗+贝伐珠单抗维持治疗 (GOG-218) :

D1: 多西他赛75g/m²静脉滴注, 随后卡铂 (AUC6) 静脉滴注, 每21天重复, 6周期第2周期的第1天开始加用贝伐珠单抗15mg/kg静脉滴注每21天重复, 至多22次周期

70岁以上和 (或) 有其他合并症患者

• 紫杉醇135mg/m²/卡铂: 紫杉醇135mg/m²静脉滴注+卡铂 (AUC5) 静脉滴注, 每21天重复, 3~6周期³

• 紫杉醇周疗/卡铂周疗: D1, 8, 15: 紫杉醇60mg/m²静脉滴注 (1小时以上), 随后卡铂 (AUC2) 静脉滴注 (30分钟以上), 每周1次, 连用18周

1. 白蛋白结合型紫杉醇可用于对紫杉醇存在过敏反应的患者, 但是不能避免所有的输注反应。

2. 由于肌酐算法的改变, 可以考虑调整卡铂剂量。

3. I期: 高级别浆液性类型建议6个周期; 其他类型建议3-6个周期。II-IV期: 建议6个周期。

4. 已发表的随机试验方案中紫杉醇静脉滴注时间大于24小时。

5. 用于一般情况较差的患者。

6. 可用获批的同类药物代替贝伐珠单抗。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

新辅助化疗原则	
新辅助化疗前决策	综合考虑原发肿瘤的病理类型以及对初始化疗的潜在反应来评估是否采用新辅助化疗
IDS前方案选择	任何适用于II~IV期高级别浆液性癌患者的静脉化疗方案都可以用于新辅助化疗后肿瘤细胞减灭术前的新辅助化疗；IDS术前新辅助化疗最好3-4个周期，但不超过6个周期
含贝伐珠单抗的方案使用	IDS前应慎用含贝伐珠单抗的方案，因为可能影响术后切口的愈合。如果将贝伐珠单抗用作新辅助治疗方案的一部分，则在IDS前停用贝伐珠单抗4-6周。
IDS后化疗方案	新辅助治疗和IDS后，可以选择适用于高级别浆液性癌的静脉或腹腔/静脉化疗方案。
腹腔化疗IP	新辅助治疗和IDS后使用IP化疗方案的数据有限。以下是IDS后额外给予的IP方案：紫杉醇135mg/m ² 静脉输注3小时，第1天；卡铂 AUC 6 腹腔注射，第1天；紫杉醇60mg/m ² 腹腔注射，第8天 ¹ 。
建议治疗周期	建议至少化疗6个周期，包括IDS后至少辅助治疗3个周期。耐受治疗的疾病稳定患者可在6个周期后继续接受治疗。

1. Provencher DM, Gallagher CJ, Parulekar WR, et al. OV21/PETROC: A randomized Gynecologic Cancer Intergroup phase II study of intraperitoneal versus intravenous chemotherapy following neoadjuvant chemotherapy and optimal debulking surgery in epithelial ovarian cancer. Ann Oncol 2018;29:431-438.



中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

卵巢癌

全身治疗原则

PARP抑制剂维持治疗原则

类别	情况	获益情况	说明
初始治疗后	新诊断的II~IV期高级别浆液性癌、G2/3级子宫内膜样癌，或BRCA1/2突变的透明细胞癌和癌肉瘤患者，若在手术和以铂类为基础的一线治疗后可达到完全缓解或部分缓解	接受PARP抑制剂维持治疗或能获益	但是II期患者和少见病理类型患者初始治疗后PARP抑制剂维持治疗的数据目前有限
复发治疗后	经基于铂类的化疗达到CR和PR后，以及既往使用PARP抑制剂后无进展的复发患者	可能从复发治疗后使用PARP抑制剂维持治疗中获益	但目前关于之前接受PARP抑制剂或贝伐单抗复发治疗后患者继续使用维持PARP抑制剂的数据仍然有限
使用注意事项	须密切监测血常规和肝肾功能。尼拉帕利须监测血压，其他PARP抑制剂也推荐进行血压监测。应根据毒性反应及时调整剂量。少见病理类型卵巢癌患者中PARP抑制剂维持治疗相关数据有限。PARP抑制剂推荐用法见下表。		



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

PARP抑制剂用于一线维持治疗推荐级别¹

生物标志物状态	初始化疗未联合使用贝伐珠单抗	初始化疗联合使用贝伐珠单抗
BRCA1/2 突变	奥拉帕利 (1类) 尼拉帕利 (1类)	奥拉帕利 + 贝伐珠单抗 (1类) 尼拉帕利 + 贝伐珠单抗 (2A类) 奥拉帕利或尼拉帕利 (2A类)
BRCA1/2 野生型 / HRD阳性	尼拉帕利 (1类) 奥拉帕利 (2B类)	奥拉帕利 + 贝伐珠单抗 (1类) 尼拉帕利 + 贝伐珠单抗 (2A类) 尼拉帕利 (2A类) 奥拉帕利 (2B类)
BRCA1/2 野生型 / HRD阴性	尼拉帕利 (2A类)	尼拉帕利 + 贝伐珠单抗 (2B类) 尼拉帕利 (2B类)

1.上述推荐主要适用于Ⅲ~Ⅳ期卵巢癌、输卵管癌和原发性腹膜癌患者(1类),也适用于Ⅱ期患者(2B类),对于Ⅰ期患者不予推荐;主要适用于高级别浆液性癌和子宫内膜样癌组织学类型(1类),也适用于BRCA1/2突变的其他EOC组织学类型(2B类);适用于CR和PR患者(1类),不适用于SD和PD患者;维持治疗须在末次化疗血常规恢复正常后进行;PARP为多腺苷二磷酸核糖聚合酶;HRD为同源重组缺陷;BRCA为乳腺癌易感基因;EOC为上皮性卵巢癌;CR为完全缓解;PR为部分缓解;SD为疾病稳定;PD为疾病进展。



中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

卵巢癌

全身治疗原则

PARP抑制剂用于一线、铂敏感复发后维持治疗和后线治疗的药物用法¹

治疗	奥拉帕利	尼拉帕利	氟唑帕利	帕米帕利
维持治疗				—
规格	100mg/片或 150mg/片	100mg/胶囊	50mg/胶囊	
给药途径	口服	口服	口服	
用法	300mg, 2次/d	300mg或200mg, 1次/d ²	150mg, 2次/d	
用药前评估	肿瘤标志物和影像学评估（有其他远处转移者酌情评价该处转移灶），为后续评价疗效提供基线情况			
起始时间	化疗结束后患者经过评估达到部分缓解或完全缓解，血常规恢复正常后尽早开始用药，一般在化疗结束后4~8周			
停药时间	一线维持持续使用2年（奥拉帕利） ³ /3年（尼拉帕利）；或出现疾病进展；或对药物不耐受铂敏感复发后维持、PARP抑制剂再次维持：持续使用至疾病进展或对药物不耐受			
后线治疗				
规格	100mg/片 或150mg/片	100mg/胶囊	50mg/胶囊	20mg/胶囊
给药途径	口服	口服	口服	口服
用法	300mg, 2次/d	300mg或200mg, 1次/d ²	150mg, 2次/d	60mg, 2次/d
用药前评估	肿瘤标志物和影像学评估（有其他远处转移者酌情评价该处转移灶），为后续评价疗效提供基线情况			
起始时间	临床评估肿瘤复发，无用药禁忌证即可开始使用			
停药时间	持续使用至疾病进展， 或对药物不耐受			

1. 《卵巢癌PARP抑制剂临床应用指南(2022版)》

2. 基线体重 $\geq 77\text{kg}$ 且血小板计数 $\geq 150 \times 10^9/\text{L}$ 者起始剂量为300mg, 1次/d, 其余患者起始剂量为200mg, 1次/天。

3. 2年治疗后，完全缓解（影像学无肿瘤证据）的患者应停止治疗，影像学显示有肿瘤且临床医生认为患者能从持续治疗中进一步获益的情况下可以继续治疗超过2年。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

复发治疗原则	
分子检测	若之前并未进行肿瘤分子检测，推荐检测
方案确定	须与患者及护理人员讨论所选择的具体化疗方案、可能的毒性反应和潜在益处 对患者宣教，包括并发症的预防措施，以降低并发症严重程度和持续时间
药物选择	在对复发患者进行化疗前，临床医生应熟知每种化疗药物的代谢方式（例如，肝脏或肾脏代谢），明确患者适合使用的药物类型。临床医生须熟知药物不良反应的处理以及适当药物减量
药物毒性	既往使用过铂类药物者再次联用铂类等骨髓毒性药物，骨髓抑制在复发患者中的发生率更显著
过敏风险	反复使用卡铂和（或）顺铂的患者发生致命性过敏反应的风险增加。因此，须告知患者发生过敏反应的风险、相关症状和体征 一旦发生，应由经验丰富医生在有合适医疗设备的医院进行救治
临床试验	告知患者目前可参加临床试验，包括各种治疗方法的风险和益处，取决于患者先前接受的化疗情况、患者当前的一般状况、重要脏器的功能状态和既往治疗的毒性反应。 如若合适，姑息治疗可能是另一种治疗方案



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

铂敏感复发上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌的全身治疗¹

首选方案	次选方案
<p>化疗药物 卡铂/吉西他滨±贝伐珠单抗^{2,3}、 卡铂/多柔比星脂质体±贝伐珠单抗²、 卡铂/紫杉醇±贝伐珠单抗^{2,3}、顺铂/ 吉西他滨</p> <p>靶向治疗 (单药) 贝伐珠单抗</p>	<p>化疗药物 卡铂、卡铂/多西他赛、卡铂/紫杉醇 (周疗)、卡培他滨、顺铂、环磷酰胺、多柔比星、异环磷酰胺、伊立替康、美法仑、奥沙利铂、紫杉醇、白蛋白紫杉醇、培美曲塞、长春瑞滨、卡铂/白蛋白紫杉醇 (紫杉烷过敏)、卡铂/紫杉醇 (年龄>70岁)、伊立替康/顺铂 (用于透明细胞癌)</p> <p>黏液癌 • 5-FU/甲酰四氢叶酸/奥沙利铂±贝伐珠单抗 (贝伐珠单抗, 2B类)、卡培他滨/奥沙利铂±贝伐珠单抗 (贝伐珠单抗2B类)</p> <p>靶向治疗 尼拉帕利/贝伐珠单抗(2B类)、尼拉帕利 (2B类)⁴、奥拉帕利 (2A类)⁵、培唑帕尼 (2B类)、氟唑帕利 (2B类)⁵、帕米帕利 (2B类)⁵、恩曲替尼或拉罗替尼 (<i>NTRK</i>基因融合阳性肿瘤)、达拉菲尼⁶+曲美替尼⁷ (<i>BRAF</i> V600E基因阳性肿瘤)、塞普替尼 (<i>RET</i>基因融合阳性肿瘤)⁸、曲美替尼 (低级别浆液性癌)⁷</p> <p>激素疗法 芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑、依西美坦、来曲唑)、醋酸亮丙瑞林、醋酸甲地孕酮、他莫昔芬、氟维司群 (低级别浆液性癌)⁹</p>

1. 以下许多单药方案在接受现代化疗方案治疗的患者中尚未进行实验。

2. 胃肠道穿孔风险增加的患者禁用。

3. 若化疗后应答, 贝伐珠单抗可以继续作为维持治疗, 直到疾病进展或出现不可接受的毒性反应。在使用PARPi开始维持治疗之前, 停止贝伐珠单抗。

4. 可用于经三线及以上化疗HRD阳性的铂敏感复发卵巢癌患者。

5. 可用于经二线及以上化疗BRCA突变的铂敏感复发卵巢癌患者。

6. 达拉菲尼是一种特异性BRAF抑制剂。

7. 曲美替尼是一种口服的丝裂酶原活化细胞外信号调节激酶(MEK) 1/2可逆性抑制剂。

8. 塞普替尼是一种高效的靶向RET原癌基因的选择性广谱抗癌药。

9. 氟维司群是一种雌激素受体拮抗剂 (雌激素受体下调剂类抗肿瘤治疗药物)。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

铂耐药复发上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌全身治疗方案

首选方案	次选方案
<p>化疗药物 环磷酰胺 (口服) / 贝伐珠单抗、多西他赛、依托泊苷 (口服)、吉西他滨、多柔比星脂质体、多柔比星脂质体/贝伐珠单抗、紫杉醇 (周疗)、紫杉醇 (周疗) / 贝伐珠单抗、拓扑替康、拓扑替康/贝伐珠单抗</p> <p>靶向治疗 (单药) 贝伐珠单抗 索星-米妥昔单抗 (Mirvetuximab Soravtansine, MIRV) (限FR-α阳性)</p>	<p>化疗药物 卡培他滨、卡铂¹、卡铂/多西他赛¹、卡铂/紫杉醇 (周疗)¹、卡铂/吉西他滨\pm贝伐珠单抗¹、卡铂/多柔比星脂质体\pm贝伐珠单抗¹、卡铂/紫杉醇\pm贝伐珠单抗¹、环磷酰胺、多柔比星、吉西他滨/贝伐单抗、顺铂/吉西他滨¹、异环磷酰胺、伊立替康、伊沙匹隆/贝伐珠单抗 (2B类)²、美法仑、奥沙利铂、紫杉醇、白蛋白紫杉醇、培美曲塞、索拉非尼/拓扑替康、长春瑞滨、卡铂/紫杉醇 (年龄>70岁)¹、卡铂/白蛋白紫杉醇 (紫杉烷过敏)¹</p> <p>靶向治疗 尼拉帕利 (2B类)³、奥拉帕利 (2B类)³、培唑帕尼 (2B类)、帕米帕利 (2B类)⁴、恩曲替尼或拉罗替尼 (<i>NTRK</i>基因融合阳性肿瘤)、达拉菲尼+曲美替尼 (<i>BRAF</i>V600E基因阳性肿瘤)、塞普替尼 (<i>RET</i>基因融合阳性肿瘤)、曲美替尼 (低级别浆液性癌)、尼拉帕利联合安罗替尼 (2B类)、尼拉帕利联合帕博利珠单抗 (3类)、索星-米妥昔单抗 (Mirvetuximab Soravtansine, MIRV) (限FR-α阳性) + 贝伐珠单抗</p> <p>激素疗法 芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑、依西美坦、来曲唑)、醋酸亮丙瑞林、醋酸甲地孕酮、他莫昔芬、氟维司群 (低级别浆液性癌)</p> <p>免疫疗法 帕博利珠单抗 (TMB-H和dMMR//MSI-H) 帕博利珠单抗治疗 (既往治疗失败的卵巢透明细胞癌, 3类)⁵</p>

1. 不推荐用于铂难治患者。

2. 可用于既往接受紫杉烷治疗的患者。

3. 可用于经三线及以上化疗的*BRCA*突变患者。

4. 可用于二线及以上*gBRCA*突变患者。

5. 中华医学会妇科肿瘤学分会《妇科肿瘤免疫检查点抑制剂临床应用指南 (2023版)》



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

全身治疗原则

药物不良反应	类型和严重程度	相关药物	准备措施
输液反应	轻度症状 (例如, 潮热、皮疹)	卡铂、顺铂、多西他赛、多柔比星脂质体、奥沙利铂、紫杉醇	告知患者药物反应的可能性和症状, 为可能发生的药物反应做好准备, 准备适当的医疗设备
过敏反应	更严重的症状 (例如呼吸急促、全身性荨麻疹/瘙痒、血压变化)	铂和紫杉烷类药物	告知患者药物反应的可能性和症状, 为可能发生的药物反应做好准备, 遵循急性心肺骤停、标准复苏 (ACLS) 程序, 必要时使用肾上腺素进行治疗
极重度过敏反应	危及生命	铂和紫杉烷类药物	在过敏症专科医生或具有脱敏经验的专科医生的指导下, 可慎重再次使用相关药物
药物反应时间	输注期间或输注完成后 (甚至可能在几天后发生)	-	告知患者药物反应的可能性和症状, 为可能发生的药物反应做好准备
引起不良反应的常见药物	卡铂、顺铂、多西他赛、多柔比星脂质体、奥沙利铂、紫杉醇		
应对措施	告知患者报告药物反应的任何体征和症状, 临床医生和护理人员应做好每次给患者输注药物时发生药物反应的准备		
脱敏治疗	使患者对变应原反应的可能性降低的过程		



输液反应	
症状	潮热、皮疹、发热、胸闷、轻度血压变化、背痛、寒战
处置方法	降低输液速率，停止输注后迅速消退
特殊药物反应	卡铂、顺铂或奥沙利铂有轻度反应的患者，即使铂类药物缓慢输注，也可能发生更严重的反应，需咨询专科医生
紫杉醇输液反应	较常见（27%的患者）
多柔比星脂质体反应	轻度
既往紫杉醇输液反应后再次接受紫杉醇治疗	<ul style="list-style-type: none">• 若发生轻度输液反应，患者充分知情同意后且配备急救措施的前提下可考虑再次应用紫杉醇• 通常紫杉醇输注可以以更慢的速度重启，根据主治临床医生的判断，速度可根据耐受情况缓慢增加。注意，这种缓慢输注与脱敏不同。
制定相应操作流程指导既往发生过输液反应者，如何重新输注药物	

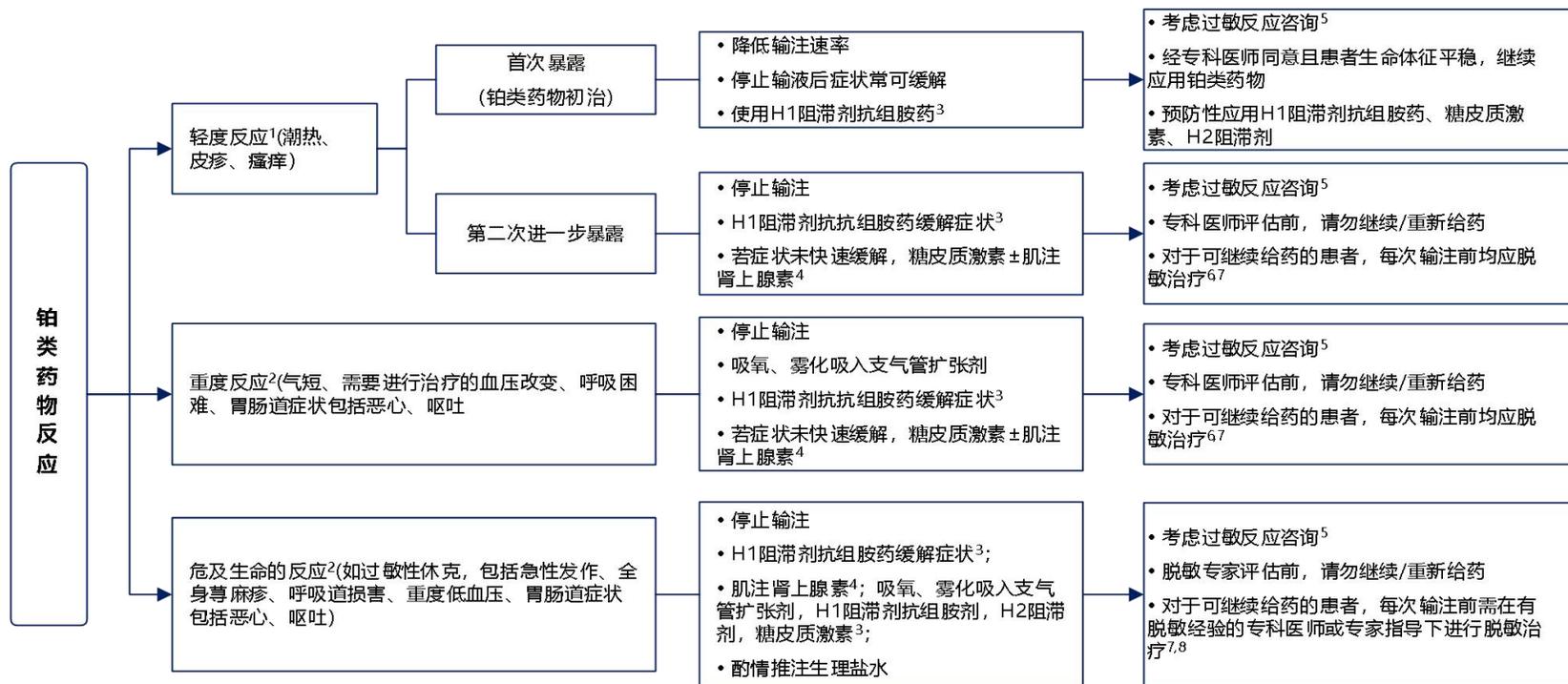


中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

药物反应处理原则

过敏反应	
症状	皮疹、水肿、呼吸急促（支气管痉挛）、晕厥或先兆晕厥、胸痛、心动过速、荨麻疹/瘙痒、血压变化、恶心、呕吐、寒战、肠道功能变化和偶发的濒死感
持续时间	停止输注和/或治疗干预后，症状可能持续存在
铂类药物	卡铂（16%的患者）、顺铂、奥沙利铂等过敏反应较常见
过敏反应高危因素	<ul style="list-style-type: none">• 间隔一段时间后再次用药及多次用药• 药物IV给药，而不是口服或IP给药• 对其他药物过敏• 既往发生过反应的患者
既往过敏反应患者的处置	<ul style="list-style-type: none">• 对于发生铂类药物反应（例如，卡铂超敏反应）的患者，考虑咨询过敏症专科医生并进行皮肤试验• 发生轻度反应的患者即使缓慢输注铂类药物，也可能发生更严重的反应• 对于更严重或危及生命的反应，例如涉及血压变化、呼吸困难、心动过速、广泛荨麻疹、过敏反应或缺氧的反应，除非在有脱敏经验的专家指导下，否则不应再次使用相关药物• 如果适合再次给药，即使症状已消退，患者在恢复化疗前也应进行脱敏治疗。如果患者既往发生过药物反应，则每次输注必须脱敏。



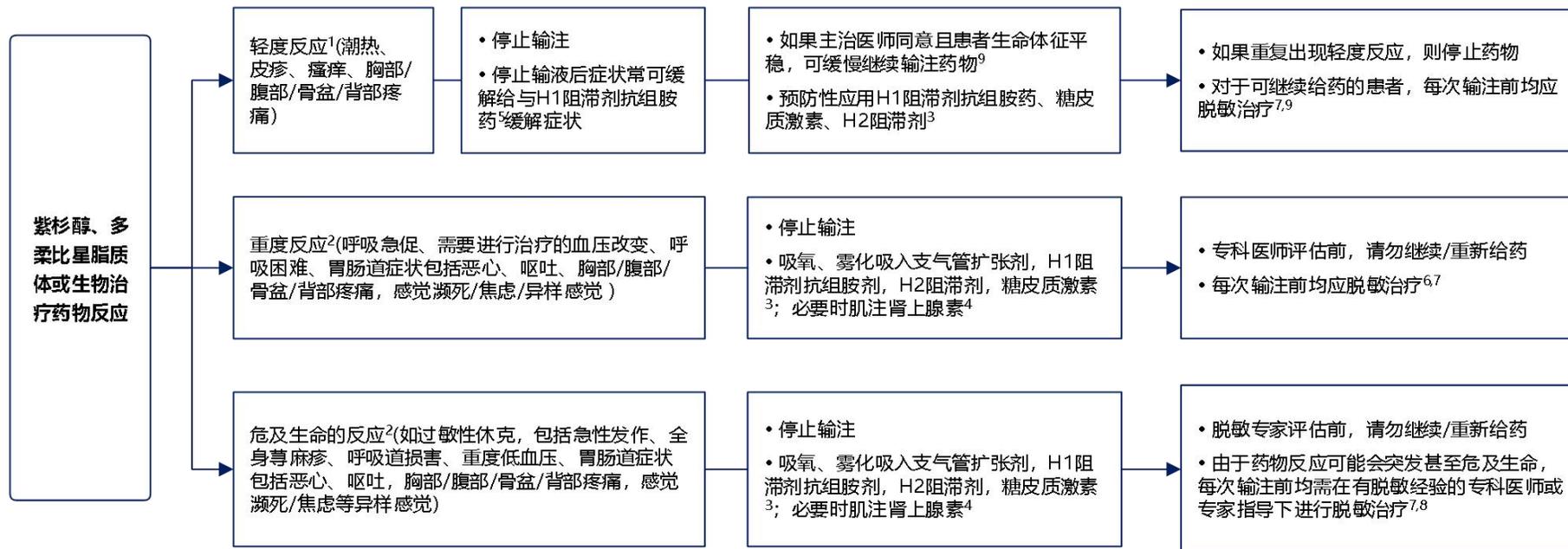
1. 大多数轻度反应是输液反应, 常见于紫杉类药物 (如多西紫杉醇、紫杉醇), 但使用铂类药物 (如卡铂、顺铂) 也会发生。
2. 大多数重度反应是过敏反应, 常见于铂类药物。
3. H1 阻滞剂抗组胺药物 (如苯海拉明或羟嗪); H2 阻滞剂 (如西米替丁、法莫替丁); 糖皮质激素 (如甲泼尼龙、氢化可的松、地塞米松)。
4. 如出现急性呼吸心跳骤停, 应遵循标准的心肺复苏 (ACLS) 流程。
5. 二次用药时, 轻度反应可进展为重度反应。过敏反应专科医师咨询可提供皮肤试验, 并评估致敏性以及发生重度反应的风险。
6. 对于发生重度反应的患者继续用药, 首选转诊至具有脱敏专业经验的学术中心。
7. Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. *J Allergy Clin Immunol*, 2008;122:574-580.
8. 如果患者应用紫杉类和铂类药物时均出现危及生命的药物反应, 但这些药物仍被考虑作为一线治疗方案, 所有这些患者均应进行评估并转诊至学术中心。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

药物反应处理原则



1. 大多数轻度反应是输液反应, 常见于紫杉类药物 (如多西紫杉醇、紫杉醇), 但使用铂类药物 (如卡铂、顺铂) 也会发生。
2. 大多数重度反应是过敏反应, 常见于铂类药物。
3. H1阻滞剂抗组胺药物 (如苯海拉明或羟嗪); H2阻滞剂 (如西米替丁、法莫替丁); 糖皮质激素 (如甲泼尼龙、氢化可的松、地塞米松)。
4. 如出现急性呼吸心跳骤停, 应遵循标准的心肺复苏 (ACLS) 流程。
5. 二次用药时, 轻度反应可进展为重度反应。过敏反应专科医师咨询可提供皮肤试验, 并评估致敏性以及发生重度反应的风险。
6. 对于发生重度反应的患者继续用药, 首选转诊至具有脱敏专业经验的学术中心。
7. Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. J Allergy Clin Immunol, 2008;122:574-580.
8. 如果患者应用紫杉类和铂类药物时均出现危及生命的药物反应, 但这些药物仍被考虑作为一线治疗方案, 所有这些患者均应进行评估并转诊至学术中心。
9. 由于医学因素 (如过敏反应), 考虑更换药物为紫杉醇 (白蛋白结合型) 或多西他赛, 但是没有证据表明更换为另一种紫杉类药物的安全性, 因为同一类药物之间也会发生交叉反应甚至危及生命, 因为紫杉醇引起的不良反应可能是由稀释剂引起的。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

附录：WHO组织学分类

世界卫生组织 (WHO) 卵巢肿瘤组织学分类 (2020) 1,2

组织学分类	形态学编码	组织学分类	形态学编码	组织学分类	形态学编码
浆液性肿瘤		浆黏液性交界性肿瘤	8474/1	卵巢间质细胞瘤	8650/0
浆液性囊腺瘤	8441/0	勃勒纳瘤		类固醇细胞瘤	8670/0
浆液性表面乳头瘤	8461/0	勃勒纳瘤	9000/0	恶性类固醇细胞瘤	8670/3
浆液性腺纤维瘤	9014/0	交界性勃勒纳瘤	9000/1	纤维肉瘤	8810/3
浆液性囊腺纤维瘤	9014/0	恶性勃勒纳瘤	9000/3	<i>单纯性索肿瘤</i>	
浆液性交界性肿瘤	8442/1	其他类型癌		成人型颗粒细胞瘤	8620/3
浆液性交界性肿瘤-微乳头亚型	8460/2	中肾管样腺癌	9111/3*	幼年型颗粒细胞瘤	8622/1
低级别非浸润性浆液性癌	8460/2	未分化癌	8020/3	支持细胞瘤	8640/1
低级别浆液性癌	8460/3	去分化癌	8020/3	环管状性索瘤	8623/1
高级别浆液性癌	8461/3	癌肉瘤	8980/3	<i>混合性性索-间质肿瘤</i>	
黏液性肿瘤		混合细胞腺癌	8323/3	支持-间质细胞瘤	
黏液性囊腺瘤	8470/0	间叶性肿瘤		高分化支持-间质细胞瘤	8631/0
黏液性腺纤维瘤	9015/0	低级别子宫内膜样间质肉瘤	8931/3	中分化支持-间质细胞瘤	8631/1
黏液性交界性肿瘤	8472/1	高级别子宫内膜样间质肉瘤	8930/3	低分化支持-间质细胞瘤	8631/3
黏液性癌	8480/3	平滑肌瘤	8890/0	网状型支持-间质细胞瘤	8633/1
子宫内膜样肿瘤		平滑肌肉瘤	8890/3	性索肿瘤	8590/1
子宫内膜样囊腺瘤	8380/0	恶性潜能未定的平滑肌肿瘤	8897/1	两性母细胞瘤	8632/1
子宫内膜样腺纤维瘤	8381/0	黏液瘤	8840/0	生殖细胞肿瘤	
交界性子宫内膜样肿瘤	8380/1	混合性上皮性和间叶性肿瘤		成熟性畸胎瘤	9080/0
子宫内膜样癌	8380/3	腺肉瘤	8933/3	未成熟性畸胎瘤	9080/3
浆黏液性癌	8474/3	性索-间质肿瘤		无性细胞瘤	9060/3
透明细胞肿瘤		<i>单纯间质肿瘤</i>		卵黄囊瘤	9071/3
透明细胞囊腺瘤	8443/0	纤维瘤	8810/0	胚胎性癌	9070/3
透明细胞囊腺纤维瘤	8313/0	富于细胞性纤维瘤	8810/1	绒癌	9100/3
透明细胞交界性肿瘤	8313/1	卵泡膜细胞瘤	8600/0	混合性生殖细胞瘤	9085/3
透明细胞癌	8310/3	黄素化卵泡膜细胞瘤	8601/0	<i>单胚层畸胎瘤和起源于皮样囊肿的体细胞型肿瘤</i>	
浆黏液性肿瘤		硬化性间质瘤	8602/0	恶性卵巢甲状腺肿	9090/3
浆黏液性囊腺瘤	8474/0	微囊性间质瘤	8590/0	甲状腺类癌	9091/1
浆黏液性腺纤维瘤	9014/0	印戒细胞样间质瘤	8590/0	囊性畸胎瘤	9080/0
				畸胎瘤恶性转化	9084/3
				<i>生殖细胞-性索-间质肿瘤</i>	
				性腺母细胞瘤	9073/1
				分割型性腺母细胞瘤	
				未分化性腺组织	
				混合性生殖细胞-性索-间质肿瘤	8594/1
				杂类肿瘤	
				卵巢网腺瘤	9110/0
				卵巢网腺癌	9110/3
				Wolffian肿瘤	9110/1
				卵巢实性假乳头状肿瘤	8452/1
				小细胞癌, 高钙型	8044/3
				小细胞癌, 大细胞变异型	
				Wilms肿瘤	8960/3
				瘤样病变	
				滤泡囊肿	
				黄体囊肿	
				较大孤立性黄素化滤泡囊肿	
				高反应性黄素化	
				妊娠黄体瘤	8610/0
				间质增生和卵泡膜细胞增殖症	
				纤维瘤病和巨块性水肿	
				间质细胞增生	
				卵巢转移性肿瘤	

1: 形态学编码采用国际肿瘤疾病分类 (International Classification of Diseases for Oncology, ICD-O-3.2)。编号/0指良性肿瘤, /1指非特异、交界性或不明确, /2指原位癌以及III级上皮内瘤变, /3指原发性恶性肿瘤, /6指转移恶性肿瘤。

2: 该分类为之前WHO卵巢肿瘤分类的改良版, 相关的改变表明对疾病的进一步认识。

*: 上述编码于2020年被IARC/WHO委员批准用于ICD-O。



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

附录：手术-病理分期

卵巢癌、输卵管癌、腹膜癌的手术-病理分期 (FIGO, 2013年)

肿瘤范围	
I 期	肿瘤局限于卵巢或输卵管
I A	肿瘤局限于一侧卵巢（包膜完整）或输卵管，卵巢或输卵管表面无肿瘤；腹水或腹腔冲洗液未找到癌细胞
I B	肿瘤局限于双侧卵巢（包膜完整）或输卵管，卵巢或输卵管表面无肿瘤；腹水或腹腔冲洗液未找到癌细胞
I C	肿瘤局限于一侧或双侧卵巢或输卵管，并伴有如下任何一项：
I C1	手术导致肿瘤破裂
I C2	手术前肿瘤包膜已破裂或卵巢、输卵管表面有肿瘤
I C3	腹水或腹腔冲洗液发现癌细胞
II 期	肿瘤累及一侧或双侧卵巢或输卵管并有盆腔内扩散（骨盆入口平面以下）或原发性腹膜癌
II A	肿瘤蔓延或种植到子宫和/或输卵管和/或卵巢
II B	肿瘤蔓延至其他盆腔内组织
III 期	肿瘤累及一侧或双侧卵巢、输卵管或原发性腹膜癌，伴有细胞学或组织学证实的盆腔外腹膜转移和/或证实存在腹膜后淋巴结转移
III A1	仅有腹膜后淋巴结阳性（细胞学或组织学证实）
III A1 (i)	淋巴结转移最大直径≤10mm
III A1 (ii)	淋巴结转移最大直径 > 10mm
III A2	显微镜下盆腔外（骨盆入口平面以上）腹膜受累，伴或不伴腹膜后淋巴结转移
III B	肉眼盆腔外腹膜转移，病灶最大直径≤2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结转移
III C	肉眼盆腔外腹膜转移，病灶最大直径 > 2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结转移（包括肿瘤蔓延至肝包膜和脾，但未转移到脏器实质）
IV 期	超出腹腔外的远处转移
IV A	胸水中发现癌细胞
IV B	器官实质转移和腹腔外器官转移（包括腹股沟淋巴结和腹腔外淋巴结转移）



中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

卵巢癌

附录：手术-病理分期

卵巢癌、输卵管癌和原发性腹膜癌的TNM和FIGO分期对照表 (AJCC, 2017年)

	T	N	M
I期	T1	N0	M0
IA期	T1a	N0	M0
IB期	T1b	N0	M0
IC期	T1c	N0	M0
II期	T2	N0	M0
IIA期	T2a	N0	M0
IIB期	T2b	N0	M0
IIIA1期	T1/T2	N1	M0
IIIA2期	T3a	NX/N0/N1	M0
IIIB期	T3b	NX/N0/N1	M0
IIIC期	T3c	NX/N0/N1	M0
IV期	任何T	任何N	M1



中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

卵巢癌

推荐等级

中华医学会妇科肿瘤学分会推荐等级及其意义

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	基于低级别临床研究证据，专家意见高度一致；或基于高级别临床研究证据，专家意见基本一致
2B类	基于低级别临床研究证据，专家意见基本一致；或基于高级别证据，专家意见存在争议
3类	不论基于何种级别临床研究证据，专家意见明显分歧

- (一) 概述
- (二) 流行病学、危险因素
- (三) 临床特征与筛查
- (四) 诊断、病理与分期
- (五) 手术治疗
- (六) 全身治疗
- (七) 监测与随访
- (八) 疾病复发与治疗
- (九) 少见卵巢恶性肿瘤

卵巢癌讨论2024年3月31日上线