

专家共识

DOI: 10.19538/j.fk2024060113

子宫内膜癌手术治疗质量控制与评价标准 中国专家共识(2024年版)

中国抗癌协会子宫体肿瘤专业委员会

中国妇产科精准医学协会

长三角地区妇科质控委员会

上海市妇科临床质控中心

关键词: 子宫内膜癌; 手术; 质量控制; 质量指标

Keywords: endometrial cancer; surgery; quality control; quality indicators

中图分类号: R737.3 文献标志码: A

子宫内膜癌是常见的妇科恶性肿瘤,其发病与高脂高热饮食、肥胖症、糖尿病等密切相关,近10年发病率在全球呈逐年升高趋势,发病也呈年轻化趋势。在欧美等国家和中国部分经济发达城市子宫内膜癌的发病率已超过子宫颈癌,成为发病率最高的妇科恶性肿瘤。2018年我国子宫内膜癌发病率居女性恶性肿瘤的第7位,2022年我国估计新发病例7.77万例,死亡病例1.35万例。手术是子宫内膜癌的主要治疗手段,可根据术后病理评估复发转移风险,给予相应辅助治疗。为保证子宫内膜癌手术治疗质量,从术前评估、术中评估、手术操作、术后病理评估到辅助治疗和随访方案制定,均应遵循严格的质量控制标准。因此,有必要制定子宫内膜癌手术治疗单病种质量控制方案,建立配套的质量评价指标体系,推动各诊疗中心的标准化诊疗和质量持续改进。中国抗癌协会子宫体肿瘤专业委员会、中国妇产科精准医学协会、长三角地区妇科质控委员会及上海市妇科临床质控中心基于国际妇产科联盟(FIGO)2023^[1]和FIGO2009^[2]子宫内膜癌手术病理分期、欧洲妇科肿瘤学会(ESGO)/欧洲放射肿瘤学会(ESTRO)/欧洲病理学会(ESP)子宫内膜癌诊治指南(2020)^[3]、美国国立综合癌症网络(NCCN)子宫体肿瘤指南(2024)^[4]、欧洲妇科肿瘤学会子宫内膜癌手术治疗质量标准(2022)^[5]、国家卫生健康委员会子宫内膜癌诊治指南(2022)^[6]等,制定了本共识,旨在规范子宫内膜癌诊疗,保

障医疗安全,提高综合诊治质量和预后。

1 适用范围

本质量控制与质量评价标准中国专家共识适用于经病理明确诊断的子宫内膜癌(不包括子宫肉瘤),需行根治性/非根治性手术治疗(包括保留生育功能治疗)的病例。

2 子宫内膜癌的手术病理分期和组织学分类

采用FIGO2009^[2]/FIGO2023^[1]子宫内膜癌手术病理分期、美国癌症联合会(AJCC)TNM分期(2017年第8版)^[7]和2020年世界卫生组织(WHO)女性生殖系统病理分类。

3 子宫内膜癌的评估

3.1 临床评估 临床评估内容应包括患者意愿、一般情况、病史和体检、妇科检查、病理学检查(或外院会诊病理切片)、影像学检查、生化检查、糖脂代谢等。可能存在心肺功能障碍者进行心肺功能评估。存在内外科合并症病例进行相关专科评估。建议测量体重指数(BMI)。有约3%的子宫内膜癌为遗传性肿瘤,故应详细询问患者肿瘤家族史。按要求进行体能评分和血栓风险评分并记录,对血栓高风险患者进行肺栓塞、下肢静脉血栓等评估。

3.2 影像学评估 (1)子宫内膜活检明确诊断的子宫内膜癌患者应完善以下影像学检查:胸部CT(不强调增强);腹/盆腔增强CT或磁共振成像(MRI)检查评估有无转移病灶及范围。子宫未切除前,首选盆腔增强MRI,判断肿瘤来源(子宫颈管或宫腔)及累及范围。(2)全子宫切除术后意外发现的子宫内膜癌或不全手术分期术后伴危险因素子宫内膜癌病例,行胸部CT及腹/盆腔增强CT或MRI检查评估有无残留和转移病灶。(3)高度怀疑转移的病例,行相应影像学检查如PET-CT。

基金项目:国家重点研发计划(2022YFC2704305);国家自然科学基金面上项目(82071611);上海市2020年度“科技创新行动计划”医学创新研究专项项目(20Z11900700)

通信作者:华克勤,复旦大学附属妇产科医院妇产科,上海200090,电子信箱:huakeqin@126.com;刘继红,中山大学肿瘤防治中心,广东广州510060,电子信箱:liujih@mail.sysu.edu.cn;陈晓军,同济大学附属第十人民医院妇产科,上海200072,电子信箱:cxj-hjj@163.com

3.3 病理评估/分子检测评估 (1)子宫:必须描述病理类型和组织学分级,如子宫内膜样癌(G1、G2和G3)、非内膜样癌(浆液性癌、透明细胞癌及癌肉瘤等)。必须描述肿瘤大小及部位、肌层浸润深度、子宫颈间质及子宫浆膜有无累及、有无淋巴管间隙浸润(LVSI),并评估LVSI为局灶性或广泛性[在至少1张苏木精-伊红(HE)染色切片上有≥5个有LVSI的脉管]。(2)其他组织/器官(包括输卵管/卵巢、阴道、宫旁组织、腹膜、大网膜等):有无癌灶累及。(3)腹水或腹腔冲洗液细胞学检查结果。(4)如切除淋巴结,需描述检获淋巴结部位及数目,有无转移、转移灶大小(宏转移或微转移)。行前哨淋巴结切除者,应进行病理超分期,并描述有无孤立肿瘤细胞或微转移。(5)子宫内膜癌病灶应进行错配修复(mismatch repair, MMR)蛋白/微卫星不稳定检测,如MMR蛋白(MLH1、MSH2、MSH6及PMS2)免疫组化法检测。(6)子宫内膜癌病灶应进行以下指标免疫组化检测:雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)、p53;建议行PTEN、Ki67、β-catenin及LICAM等检测。不能排外其他组织/器官来源时,可考虑行WT-1检测。(7)建议对所有子宫内膜癌病例进行分子分型检测,条件有限时,对低危类型(子宫内膜样癌G1~G2, I A期)可省略POLE检测,但仍应进行MMR和p53评估。(8)对于Ⅲ期及以上的子宫内膜浆液性癌或癌肉瘤病例,建议行HER2检测。

3.4 遗传咨询 以下情况建议进行遗传咨询,必要时行基因检测。(1)肿瘤组织检测存在MMR蛋白(MLH1、MSH2、MSH6及PMS2)中1个或几个表达缺失,或存在微卫星不稳定。(2)有显著子宫内膜癌和(或)结肠癌家族史或个人史者,无论有无MMR蛋白表达缺失。

4 子宫内膜癌的治疗

4.1 手术分期 手术是初发子宫内膜癌首选治疗方法,手术治疗的目的是进行全面的手术-病理分期,切除子宫及有可能转移或已经转移的病灶。术后根据手术病理分期评估复发转移风险,决定是否辅助治疗和具体方案以及随访。(1)对无生育要求的子宫内膜癌病例,全子宫及双侧输卵管切除±双卵巢切除是基本术式。(2)手术可经腹、经阴道、腹腔镜或机器人实施,在不引起肿瘤播散的前提下首选微创手术。(3)进入腹腔后在尽量不干扰子宫的前提下闭合双侧输卵管,全面仔细探查盆腹腔,尤其是腹膜及膈下,有无子宫外肉眼可疑病灶,并做详细记录,应对任何可疑病灶进行活检并行病理诊断。(4)推荐腹腔冲洗液/腹水细胞学检查并单独报告。(5)完整取出子宫。微创手术时如无法完整取出,必须将子宫放入取物袋中,在密闭取物袋内经阴道或腹部小切口取出。禁忌无保护的碎瘤。(6)术中探查情况、手术具体实施内容及术后有无肿瘤残留,残留病灶部位、大小等情况都应在手术记录中详细记录。(7)淋巴结评估可根据具体情况选择前哨淋巴结定位切除或盆腔淋巴结切除±腹主动脉旁淋巴结活检或淋巴结切

除。应切除任何盆腔及腹主动脉旁区域肿大及可疑转移淋巴结。(8)前哨淋巴结定位切除适用于术前或术中评估肿瘤明显局限于子宫的病例。不建议术中对前哨淋巴结进行快速冰冻病理诊断。对所有切除的前哨淋巴结均应进行病理超分期。(9)未绝经病例如术前评估为低危子宫内膜癌(子宫内膜样癌G1或G2,浅肌层浸润),可考虑保留卵巢。(10)术前评估为低危子宫内膜癌,术中无异常发现者,可考虑省略淋巴结活检或淋巴结切除。(11)浆液性癌、透明细胞癌和癌肉瘤应行大网膜活检或切除。(12)术前评估肿瘤局限于子宫,但累及子宫颈间质的非侵袭性子宫内膜癌(子宫内膜样癌G1~G2),首选全子宫切除术。如肿瘤累及范围较大,为确保手术切缘阴性,需要进行更大范围的手术,如广泛性子宫切除术。(13)晚期(Ⅲ~Ⅳ期)子宫内膜癌,如经多学科团队综合评估,在技术力量可及、预计经全部病灶切除(无残留病灶)后患者有生存率和生存质量获益时,可考虑手术切除肿瘤(包括切除肿大的淋巴结)。(14)Ⅳ期子宫内膜癌病例在经过多学科会诊认为恰当的情况下,也可行姑息性全子宫+双附件切除。

4.2 放射治疗 (1)子宫内膜癌术后辅助放疗主要包括盆腔外照射放疗(external beam radiotherapy, EBRT)±顺铂同步化疗和(或)阴道近距离放疗(vaginal brachytherapy, VBT)。一般来说,EBRT是直接针对盆腔内原发肿瘤、转移灶及盆腔淋巴结引流区域,伴或不伴主动脉旁区域。VBT用于预防阴道残端复发。(2)应根据手术病理分期及子宫内膜癌复发转移的危险因素,判断复发风险和最可能发生复发的部位,针对性制定放疗方案。(3)放疗和化疗可同时进行或序贯进行。(4)立体定向体部放疗(SBRT)和插植放疗可用于部分合适的局部转移或复发病例。

4.3 全身治疗 (1)子宫内膜癌全身治疗包括化疗、免疫检查点抑制剂、靶向药物和激素治疗等,适用于手术后高危病例辅助治疗或复发病例治疗。(2)化疗首选方案为紫杉醇/卡铂(TC方案)。或者以铂为增敏剂的同步放疗联合TC方案化疗。(3)对于Ⅲ期、Ⅳ期及复发性子宫内膜癌,TC联合免疫检查点抑制剂为一线治疗方案。(4)对于HER2阳性的Ⅲ期、Ⅳ期及复发性子宫内膜浆液性癌或癌肉瘤,TC联合曲妥珠单抗治疗也是首选治疗方案。(5)复发/转移性子宫内膜癌的全身治疗选择还包括:紫杉醇/卡铂、多西他赛/卡铂、紫杉醇/卡铂/贝伐(珠)单抗等联合方案。(6)对错配修复系统缺陷或微卫星不稳定的复发性子宫内膜癌,可选择免疫检查点抑制剂治疗。(7)对于无错配修复系统缺陷或微卫星不稳定的复发性子宫内膜癌,可考虑免疫检查点抑制剂联合小分子酪氨酸激酶抑制剂。(8)对于复发性/转移性子宫内膜癌,ER/PR阳性表达者可选择激素治疗,如芳香化酶抑制剂(来曲唑)或高效孕激素等。(9)可根据肿瘤分子特征选择合适的靶向治疗方案,如对HER2阳性肿瘤采用针对HER2的抗体偶联药物、NTRK融合基因阳性患者采用相应靶向治疗药物等。(10)子宫内膜癌靶向/生

物治疗具体方案可参照相关高质量临床试验。(11)鼓励复发性/转移性子官内膜癌患者加入临床试验。

4.4 姑息治疗 (1)姑息治疗是指在无法进行根治性手术或放疗的情况下,通过控制病情发展以缓解症状、提高生存质量、延长生存期并减轻病痛。(2)对于雌激素受体阳性的子宫内 膜癌,可使用雌激素阻断剂或抗雌激素药物,延缓肿瘤的生长和扩散。(3)对无法手术者,可采用适度放疗控制局部肿瘤生长,减轻症状并提高生存质量。(4)对无法手术经评估能耐受化疗者,可采用卡铂/紫杉醇方案进行姑息性化疗,控制肿瘤进展,减轻症状。(5)疼痛管理是姑息治疗的重要组成部分,可通过三阶梯镇痛原则进行止痛治疗,必要时结合姑息放疗改善疼痛,更好地帮助患者减轻痛苦。(6)呼吸困难:使用氧疗、药物、呼吸机等治疗缓解症状,应注意避免体液过载和呼吸道分泌物过多的情况。(7)恶病质:可进行营养支持,包括肠内和肠外营养等。(8)心理支持:晚期病例常伴随情绪困扰、焦虑、抑郁等心理问题,建议提供心理支持和咨询服务,减轻患者心理负担。(9)临终关怀:建议提供由包括医生、护士、心理咨询师、社工等专业医疗团队共同参与的临终关怀服务,根据患者具体情况和需求制定个性化的关怀计划。

5 子宫内 膜癌保留生育功能治疗原则

对于年轻、有强烈保留生育功能要求的子宫内 膜癌患者,经谨慎选择符合保留生育功能条件者可进行保留生育功能治疗。需充分告知保留生育功能治疗不是子宫内 膜癌的标准治疗方式及保留生育功能治疗的相关风险,明确知情同意后可实施保留生育功能治疗。治疗前需进行全面评估,仔细了解病史、月经史及婚育史、家族史,有无高血压/糖尿病/血脂血症等合并症,有无肥胖症和血栓风险,进行包括卵巢储备功能在内的生育力评估。对有遗传性肿瘤风险的病例应进行遗传咨询。应由包括妇科肿瘤、生殖、病理、影像等在内的多学科团队实施保留生育功能评估和治疗。

5.1 保留生育功能治疗适应证 子宫内 膜癌保留生育功能适应证应同时符合以下条件:(1)年龄小于45岁,有强烈保留生育功能意愿。(2)子宫内 膜活检病理诊断为分化良好的子宫内 膜样癌(G1),ER表达阳性,并经病理专家会诊证实。(3)MRI(首选)或超声检查显示肿瘤局限于子宫内 膜层,无肌层浸润证据;MRI或CT未见子宫外转移证据。(4)无保留生育功能治疗使用药物的禁忌证或妊娠禁忌证。(5)不合并其他生殖系统恶性肿瘤。

5.2 治疗方案 以高效孕激素为主的药物联合宫腔镜治疗。推荐的药物有醋酸甲地孕酮、醋酸甲羟孕酮和左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)等,还可选择促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)、来曲唑等。应注重合并症的全身治疗,鼓励加入临床试验。

5.3 宫腔镜手术 (1)宫腔镜具有直视下全面评估、精准

去除病灶和避免损伤正常子宫内 膜的优势,故子宫内 膜癌保留生育功能治疗首选宫腔镜下病灶去除术。(2)宫腔镜下应全面充分评估子宫内 膜病变部位、范围和性质,尤其是两侧宫角及宫腔下段近子宫颈管部位。并详细记录可疑病灶部位、大小、性质、病灶基底部范围。病灶以外子宫内 膜情况也应评估及记录。(3)全面评估子宫内 膜情况后,应去除可疑病灶,同时尽量保护正常子宫内 膜,尤其是子宫内 膜基底层。(4)建议采用冷刀或剪刀逐个去除病灶,对不同部位病灶分别送检,有利于明确最严重病灶部位。(5)根据盆腔增强MRI准确定位可疑肌层浸润病灶的位置、范围及可能浸润深度。在宫腔镜下对可疑肌层受累病灶进行进一步电切或者冷刀切除,将可疑子宫内 膜病灶、其下方基底层及1~3mm肌层一并切除以助于准确判断有无肌层浸润。该方法仅用于判断有无肌层浸润,不建议大面积子宫内 膜切除或损伤肌层过深,因可能导致子宫内 膜损伤严重而无法妊娠或发生妊娠期子宫破裂。可考虑术后宫腔内注入交联透明质酸钠凝胶等预防宫腔粘连。(6)宫腔镜术中应尽量降低膨宫压力,维持最低有效膨宫压,或保持膨宫压力在95~115mmHg(1mmHg=0.133kPa)以下。应遵循宫腔镜手术规范,避免手术时间过长导致水中毒。

5.4 疗效评估 保留生育功能治疗期间,每3~6个月进行1次超声检查,并在宫腔镜下进行子宫内 膜评估和活检,以评估疗效,应注意保护子宫内 膜,不建议每次复查常规行诊断性刮宫。早期子宫内 膜样癌在未达到完全缓解前建议每6个月进行盆腔和上腹部影像学检查,评估有无子宫肌层浸润、子宫外转移或合并其他生殖系统肿瘤。

5.5 子宫切除术指征 经12~15个月规范治疗仍未达到完全缓解和(或)治疗期间有证据显示疾病进展者,应考虑为治疗失败,建议手术切除子宫。

5.6 辅助生殖技术和预防复发 子宫内 膜癌完全缓解后应积极进行辅助生殖技术治疗,尽早完成生育。在辅助生殖技术治疗期间应注意采用孕激素保护子宫内 膜,预防复发,如LNG-IUS放置宫腔同时取卵。如患者暂时无生育要求,也应采用孕激素保护子宫内 膜。

完成生育后可考虑手术切除子宫;若仍有保留子宫意愿,在充分告知风险后建议采用孕激素保护子宫内 膜以预防复发,并严密随访子宫内 膜情况。

5.7 随访 应长期随访直至导致子宫内 膜癌的危险因素去除或子宫切除。随访期间每6个月进行超声检查,必要时行子宫内 膜活检。如出现异常子宫出血、宫腔占位性病 变等情况,应及时进行子宫内 膜评估。

6 子宫内 膜癌手术治疗通用原则

6.1 医师资质 手术主刀医师应具备四级手术资质。

6.2 血栓评估与预防 妇科恶性肿瘤患者是静脉血栓栓塞症(VTE)的高危人群,同时,妇科恶性肿瘤患者也常合并高龄、高BMI、长期应用皮质类固醇激素、制动和血液高凝

状态等VTE独立危险因素。因此,对实施子宫内肿瘤手术的血栓高危病例要重视预防性抗凝治疗。术前应常规进行VTE评分,根据评分给予高危人群机械性和药物双重预防性抗凝治疗。术后应再次进行VTE评分,根据评分及有无出血风险选择相应预防措施。

6.3 手术安全核查 由有资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方,分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前,共同对患者身份和手术部位等内容进行核查。

6.4 预防性抗菌药物选择与使用时机 子宫内肿瘤手术属于Ⅱ类切口手术,涉及阴道等开放性器官,若术后继发感染,会增加住院时间和住院费用。遵循《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》,围术期预防性应用抗菌药物可显著降低术后感染的发生率。(1)预防性抗菌药物品种选择:一、二代头孢菌素(可加用甲硝唑),或头霉素类。(2)给药方法:给药途径为静脉输注,应在皮肤、黏膜切开前0.5~1h内或麻醉开始时给药。(3)预防用药维持时间:抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。如手术时间超过3h或超过所用药物半衰期的2倍以上,或出血量超过1500mL,术中应追加1次。清洁-污染手术和污染手术的预防用药时间为24h,污染手术必要时可延长至48h。

6.5 加速康复外科(ERAS)应用 基于多学科协作及循证医学证据,对一系列围术期处理措施予以优化,以实现减少手术应激反应、减轻术后疼痛、降低围术期并发症发生风险、促进患者术后加速康复、改善生存质量的目标;另一方面,实施ERAS可缩短住院时间、降低医疗费用,给医患双方带来成本效益。可对早期病例开展加速康复围术期管理,遵循ERAS围术期管理相关流程。

7 老年病例的治疗

老年无明确年龄界定,通常认为≥65岁为老年。应当根据肿瘤患者的生理年龄和机体功能进行综合评估判断。

7.1 可以耐受手术者 首选手术治疗,术后根据具体情况进行治疗。

7.1.1 术前评估 老年病例术前需充分评估心肺功能及重要器官功能,除常规术前检查外,尚需进行心脏彩超、动态心电图、动态血压、动脉血气分析、肺功能检查。合并心脏疾病患者应根据具体情况选择心肌酶谱、脑钠肽(BNP)及冠脉计算机体层成像血管造影(CTA)等检查;存在其他内外科合并症者应行相应器官功能评估,并监测血压及血糖,避免剧烈波动。术前需请相关科室及麻醉科会诊进行手术及麻醉风险评估,改善重要器官功能,并与家属充分沟通。对于严重内外科合并症无法纠正、手术及麻醉风险极大的病例应放弃手术,改选其他可替代治疗方法。

7.1.2 手术方式 筋膜外全子宫及双附件切除是基本术式,可结合患者病情及对手术的耐受程度选择是否行盆腔/腹主动脉旁淋巴结切除,以及淋巴结切除的方式(系统性淋巴结切除、前哨淋巴结定位活检、仅切除可疑或肿大

的淋巴结)。手术可经腹、腹腔镜、机器人或经阴道进行,需遵循无瘤原则,病灶局限于子宫(临床Ⅰ/Ⅱ期)、能够耐受人工气腹及陡峭头低臀高位者首选腹腔镜手术。病变超出子宫(临床Ⅲ/Ⅳ期或临床Ⅱ期累及主骶韧带)或子宫颈病灶直径超过2cm、子宫体积大于妊娠3个月、因阴道狭窄等原因经阴道取出子宫困难,以及因体质因素无法耐受腹腔镜手术者首选开腹手术。

7.1.3 术后管理 监测生命体征、维持体液平衡及出入量平衡,在保证有效循环血容量、保证微循环灌注和组织氧供的基础上,控制补液总量及补液速度,重视心肺基础性病变,预防肺水肿。及时纠正电解质紊乱、防治感染。鼓励尽早活动,促进胃肠功能恢复,重视VTE防治。

7.1.4 术后辅助治疗 根据手术病理高危因素及患者体能状态综合评估,经多学科团队评估,制定个体化辅助治疗方案。

7.2 不能耐受手术者 根据临床分期及全身情况进行选择放疗和(或)系统治疗。治疗方案为EBRT±VBT±系统治疗或系统治疗。系统治疗包括化疗、内分泌治疗、靶向治疗、免疫治疗等。用药剂量可根据病例年龄、肝肾功能、耐受程度适当调整。

8 多学科诊疗(MDT)

针对子宫内肿瘤疑难病例,如保留生育功能治疗、晚期、复发、无有效治疗方案、有严重合并症及并发症等,可根据临床需要,由涉及的多学科(如临床手术科室、病理科、护理部、放射科、超声科、肿瘤内科、放疗科、心内科、麻醉科、产科、泌尿外科、普外科、内分泌科、乳腺科、辅助生殖科等)开展全面评估和讨论,制定个体化的诊治方案^[8-9]。参加讨论的学科应≥3个,具体学科根据病例具体情况决定。

9 健康教育和随访

9.1 健康教育 (1)为子宫内肿瘤患者提供术前、术后、出院时健康教育,进行心理指导,增强治疗信心,提高生存质量。(2)交与患者的“出院小结”需明确告知以下五要素:①出院时的病情及相关风险;②生活方式指导,包括性健康、预防血栓等健康教育;③告知子宫内肿瘤复发可能的症状,帮助患者提高早期识别能力;④告知相关治疗对患者的近期和远期影响;⑤告知治疗后需终身随访,相关随访间隔和随访内容等信息。

9.2 随访 (1)随访间隔:术后或辅助治疗结束后每3~6个月随访1次,持续2~3年;以后每6~12个月1次至第5年;此后每年1次。根据患者具体情况调整随访频率与随访项目。(2)随访内容:病史询问,有无可疑复发相关症状。妇科检查和体格检查。参照术前肿瘤标志物异常情况选择术后监测的肿瘤标志物。术后3个月即可开始盆腹腔超声检查。根据症状和临床需要进行CT、MRI、PET-CT检查等。对无症状病例,不再建议行阴道细胞学检查。

10 其他质控内容

以下内容需纳入质控环节,并在病史首页、病程记录和随访档案中准确记录。(1)不良事件的记录及报告:包括术中出血量>1000mL;器官损伤(输尿管、膀胱、肠管、神经损伤等);严重感染;非计划二次手术等。一旦发生以上事件需及时填报不良事件报告单,汇报科主任及医院质量安全部门。(2)术后切口愈合情况:出院切口达甲级愈合,非甲级愈合需说明原因。(3)病例资料填报:认真填写病案首页及随访相关数据,以便相关信息的编码提取。(4)住院天数与住院费用:依据当地医疗机构平均水平进行评价。平均住院日与均次住院费用可以侧面反映医疗质量的高低与工作效率。其中,费用监测包括住院总费用、药费、手术治疗费用、手术一次性医疗材料费用。(5)对服务满意度评价结果:通过对患方满意度的调查,可以了解整体医疗

过程,有利于提高服务水平,调整服务方式,让患者得到更满意的服务。(6)随访质量:所有肿瘤病例均应纳入医院随访系统,进行长期随访,随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院等。随访频率至少1次/年。

基于以上关键环节质量控制原则,专家组制定子宫内膜癌手术治疗质量控制指标及评价标准、子宫内膜癌手术治疗质量检查表、子宫内膜癌手术治疗质量自查表及子宫内膜癌结构化病例核心字段(表1~4),以便各诊疗中心进行自我质量评价和改进。同时,以此子宫内膜癌单病种标准化质量控制指标及评价标准为基础,设计了子宫内膜癌住院结构化病例建议模板和核心字段表,供各医疗机构制定结构化病例时参考,提升数据采集与分析的标准化水平,实现质控指标的信息化监测。

表1 子宫内膜癌手术治疗质量控制指标及评价标准(适用于子宫内膜癌手术中心综合评价)

序号	指标名称	指标类型	具体内容	要求	目标值
指标1	医生资质	过程指标	医院认可的有资质的医师是指经过专业培训的能开展妇科肿瘤手术的医师 分子:有资质医师主刀的子宫内膜癌分期手术病例数 分母:接受子宫内膜癌分期手术的病例总数	≥95%为达标,否则为不达标	≥95%
指标2	复杂病例MDT完成率	过程指标	MDT团队建立:通常由妇科肿瘤科、内科、外科、影像科、病理科、化疗科、放疗科、心理科、营养科、护理部、麻醉科、产科、辅助生殖科、内分泌科等多学科参与共同构成,为复杂的子宫内膜癌病例提供全流程、个体化的诊治方案;参加MDT讨论的学科应≥3个,学科根据不同病例的具体需求而定 “复杂病例”是指有晚期、复发、特殊病理类型、需要保留生育功能的子宫内膜癌病例,以及接诊医生认为需要进行MDT的复杂病例 分子:由MDT团队进行治疗干预的子宫内膜癌病例数 分母:所有需要由MDT治疗干预的子宫内膜癌病例数	100%为100分; 91%~99%为90分; 81%~90%为80分 每降低10%扣10分,以此类推	初次治疗: 90% 复发治疗: 99%
指标3	术前评估完整率	结果指标	必须术前评估项目:(1)体格检查和盆腔检查;(2)血生化指标、糖、脂代谢指标;(3)盆/腹/胸腔影像学检查;(4)肿瘤标志物检查;(5)子宫内膜吸取活检或诊刮,或宫腔镜下诊刮病理活检;(6)患者一般情况评分;(7)若有血栓高危因素者,建议计算机体层成像血管造影(CTA)检测 分子:术前完成以上评估的子宫内膜癌病例数 分母:所有接受手术治疗的子宫内膜癌病例数	缺0项为100分 缺1项为80分 缺2项为60分 缺3项及以上为0分	90%
指标4	术后分期升级率	结果指标	1. I期(FIGO 2009):肿瘤局限于子宫体 2. I期(FIGO 2023):肿瘤局限于子宫和卵巢 3. II期(FIGO 2009):肿瘤侵犯子宫颈间质,但无子宫体外蔓延 4. II期(FIGO 2023):肿瘤侵犯子宫颈间质但无子宫体外扩散,或广泛LVSI,或侵袭性组织类型肿瘤侵犯子宫肌层 5. IVB期(FIGO 2009):远处转移,包括腹腔内和(或)腹股沟淋巴结转移 6. IVC期(FIGO 2023):远处转移,包括转移至任何腹腔外淋巴结或腹腔内肾血管水平以上的淋巴结,肺,肝,脑或骨 分子:术前评估为I~II期,术后升级到IVC期(FIGO 2023)或IVB(FIGO 2009)的病例数 分母:所有术前评估为I~II期接受手术的子宫内膜癌病例数		<5%

续表1

序号	指标名称	指标类型	具体内容	要求	目标值
指标5	早期子宫内膜癌全子宫切除后无瘤取出率	结果指标	子宫必须完整取出,避免术中子宫破裂、切碎以及旋切等操作;在微创手术中如子宫过大无法完整取出,应置于标本袋或全封闭取物袋中取出,避免盆腹腔播散;是否保证无瘤操作应在手术记录中体现 分子:临床早期子宫内膜癌切除子宫病例中无瘤原则取出子宫病例数 分母:临床早期(I~II期)子宫内膜癌接受手术切除子宫的病例数		99%
指标6	早期子宫内膜癌成功微创手术率	结果指标	成功实施子宫内膜癌微创手术的定义是指,术中无因手术操作导致的盆腹腔肿瘤播散、破碎或粉碎;无中转开腹手术;如果经阴道取出有子宫破裂的风险,应采取其他措施取出子宫(如腹部小切口或使用腹腔镜取物袋);经腹部小切口取出子宫属于微创 分子:临床早期子宫内膜癌成功实施微创手术的病例数 分母:临床早期(I~II期)子宫内膜癌接受手术治疗的病例总数		最佳目标: ≥80% 最低目标: 60%
指标7	微创中转开腹手术率	结果指标	子宫内膜癌微创手术包括腹腔镜手术或机器人手术;经腹部小切口取出子宫不属于中转开腹 分子:子宫内膜癌微创手术中转开腹的病例数 分母:所有实施子宫内膜癌微创手术的病例数		<10%
指标8	术中损伤率	结果指标	术中损伤指实施子宫内膜癌手术中发生的与手术相关的肠道、泌尿道、大血管、神经或其他器官系统损伤或功能障碍 分子:子宫内膜癌手术病例发生术中损伤的病例数 分母:所有接受子宫内膜癌手术治疗的病例数		<2%
指标9	临床早期II型子宫内膜癌横结肠下大网膜切除/活检率	结果指标	II型子宫内膜癌指子宫内膜浆液性、透明细胞、癌肉瘤或未分化癌等病理类型;术前或术中评估局限子宫的II型子宫内膜癌应行横结肠下大网膜切除/活检术 分子:接受横结肠下大网膜切除/活检术的临床早期II型子宫内膜癌病例数 分母:所有接受手术的临床早期(I~II期)II型子宫内膜癌病例数		≥90%
指标10	临床早期高-中危或高危子宫内膜癌淋巴结手术分期率	结果指标	临床早期子宫内膜癌应进行手术淋巴结分期;前哨淋巴结切除和系统盆腔淋巴结切除均可作为手术淋巴结分期依据;是否行腹主动脉旁淋巴结切除不纳入本指标的考核内容;术前或术中评估明显局限于子宫的、具有高-中危或高危因素的子宫内膜癌可行前哨淋巴结切除替代系统淋巴结切除 临床早期定义:术前影像学评估和术中评估肿瘤局限于子宫,无明确子宫外转移 高-中危或高危因素定义:术前评估存在至少以下1种情形时应被认为是高-中危或高危病例:子宫内膜样癌G3,深肌层浸润,子宫颈间质累及,非内膜样癌,分子分型为p53abn(如术前已知晓) 分子:接受淋巴结分期的临床早期高-中危或高危子宫内膜癌病例数 分母:所有接受手术的临床早期(I~II期)高-中危或高危子宫内膜癌病例数		>85%
指标11	淋巴结手术分期病例中前哨淋巴结切除实施率	结果指标	早期子宫内膜癌淋巴结分期包括前哨淋巴结切除和(或)系统盆腔淋巴结切除 分子:实施前哨淋巴结切除的早期子宫内膜癌病例数 分母:所有施行淋巴结分期的早期子宫内膜癌病例数		90%
指标12	前哨淋巴结双侧显影率	结果指标	分子:前哨淋巴结双侧显影的临床早期(I~II期)子宫内膜癌病例数 分母:施行前哨淋巴结切除的临床早期(I~II期)子宫内膜癌病例数		≥75%

续表1

序号	指标名称	指标类型	具体内容	要求	目标值
指标 13	高-中危/高危病例前哨淋巴结未显影侧盆腔淋巴结切除率	结果指标	<p>实施前哨淋巴结切除的高-中危或高危病例中,如单侧或双侧前哨淋巴结显影失败,应行该侧盆腔淋巴结切除;同一病例中如双侧淋巴结显影失败,按1例病例计算;本指标不纳入不符合高-中危或高危标准的低危病例</p> <p>分子:高-中危/高危病例行前哨淋巴结切除显影失败侧盆腔淋巴结切除病例数</p> <p>分母:高-中危/高危病例行前哨淋巴结切除显影失败病例数</p>		>90%
指标 14	前哨淋巴结病理超分期率	结果指标	<p>前哨淋巴结病理超分期可以发现传统方法无法检测到的小转移灶,应对前哨淋巴结进行病理超分期,虽然目前尚无国际普遍认可的病理超分期方案,但通常需要对前哨淋巴结大体进行薄的连续切片,并检查所有前哨淋巴结蜡块的多个HE染色切片,加或不加细胞角蛋白免疫组织化学染色</p> <p>分子:施行前哨淋巴结超分期的子宫内膜癌病例数</p> <p>分母:所有施行前哨淋巴结切除的子宫内膜癌病例数</p>		≥99%
指标 15	Ⅲ~Ⅳ期子宫内 膜癌初 治以治 愈为目 的的手 术切除 R0率	结果指标	<p>在晚期子宫内膜癌(Ⅲ~Ⅳ期)中,如经评估可行全部病灶切除(无残留病灶),且在病例生存率可提高、生存质量可保证时应考虑手术切除肿瘤,包括切除肿大的淋巴结;初始手术前应进行全面的术前评估,并由多学科团队进行讨论;本指标包括术前进行新辅助化疗的病例</p> <p>分子:接受肿瘤细胞减灭术并完成肉眼完全切除的原发性晚期(Ⅲ~Ⅳ期)子宫内膜癌病例数</p> <p>分母:接受肿瘤细胞减灭术的原发性晚期子宫内膜癌(Ⅲ~Ⅳ期)病例数</p>		≥75%
指标 16	局部复发(孤立盆腔复发或淋巴结复发)手术切除 R0率	结果指标	<p>复发性子宫内膜癌病例的治疗涉及多学科,包括手术、放疗和(或)全身治疗,具体取决于病例的健康状况和意愿、肿瘤扩散模式和既往治疗方案;对所有复发病例均应经MDT讨论后制定治疗方案;对初始治疗为放疗的病例,是否手术需考虑病例的生存和意愿、可用的非手术治疗和医疗资源;还应考虑初次治疗和复发之间的间隔时间;复发的病例(包括盆腹腔和淋巴结复发),只有当预计在病例可以耐受、且能够完全切除肉眼可见的病灶时才考虑进行手术;对于之前接受过放射治疗(外照射±后装)的局部复发病例,当患者有意愿完全切除并达到切缘阴性时,可考虑进行包括切除术在内的根治性手术</p> <p>分子:局部复发子宫内膜癌利用手术切除所有肉眼可见病灶子宫内膜癌病例数</p> <p>分母:所有因局部复发(孤立性盆腔或淋巴结复发性疾病)接受手术的子宫内膜癌病例数</p>		≥85%
指标 17	子宫内 膜癌进 行分 子分 型率	过程指标	<p>子宫内膜癌分子分型:(1)POLE突变型:具有POLE致病性突变,倾向认为具有良好的预后;(2)MMRd型:预后介于第1组及第4组之间;(3)NSMP:预后介于第1组及第4组之间;(4)p53abn:具有高拷贝数变化和TP53突变,预后不良</p> <p>分子:接受分子分型检测的子宫内膜癌病例数</p> <p>分母:所有子宫内膜癌病例数</p>		最佳目 标:≥ 90% 最低目 标:≥ 50%
指标 18	辅助放 疗方案 制定告 知率	结构指标	<p>有辅助治疗指征的患者制定辅助治疗方案并告知患者的比例</p> <p>分子:有辅助治疗指征的子宫内膜癌患者制定辅助治疗方案并告知的病例数</p> <p>分母:有辅助治疗指征的子宫内膜癌病例数</p>	100%为100分, 95%~99%为80分, 90%~94%为60分, <90%为0分	60%

续表1

序号	指标名称	指标类型	具体内容	要求	目标值
指标19	按照指南接受初始手术后辅助治疗率	结果指标	基于FIGO 2023子宫内膜癌分期辅助治疗原则如下： 低危：观察（低危组定义：I A期、非侵袭性组织学类型或分子分型为POLE突变型；I C期，侵袭性组织学类型或分子分型为p53abn 中危：首选VBT或观察（中危组定义：I B期、非侵袭性组织学类型） 高-中危：EBRT ± 全身治疗（高-中危组定义：II A期：非侵袭性组织学类型，累及子宫颈间质；II B期：非侵袭性组织学类型，伴广泛LVSI） 高危：全身治疗 ± EBRT ± VBT（高危组定义：II C期，侵袭性组织学类型或分子分型为p53abn；III期/IV期，任意分化、任意病理类型） 分子：根据指南建议实际接受辅助治疗的子宫内膜癌病例数 分母：根据指南建议应行辅助治疗的子宫内膜癌病例数		≥90%
指标20	手术记录规范率	过程指标	手术记录结构化，需描述：(1)手术途径；(2)术中探查情况；(3)腹腔冲洗液是否留取；(4)手术范围描述；(5)是否保留卵巢；(6)是否行前哨淋巴结切除，若为前哨淋巴结切除，必须描述前哨淋巴结部位；(7)淋巴结是否分区取出（分为髂总、盆腔、腹主动脉旁）；(8)是否遵循无瘤原则；(9)术中剖视宫腔；(10)手术基本数据（手术时间、术中出血等）；(11)术中并发症情况（类型、程度及处理） 分子：手术记录包含以上所有必须要素的子宫内膜癌手术病例数 分母：所有接受手术的子宫内膜癌病例总数	100%为达标，否则为不达标	≥99%
指标21	抗菌药物使用规范率	过程指标	预防性抗菌药物选择与使用的规范率：(1)术前预防性抗菌药物的种类为第一、二代头孢菌素（可加用甲硝唑），或头霉素类；(2)手术预防性使用抗菌药物应在皮肤、黏膜切开前0.5~1h内或麻醉开始时给药；(3)手术超过3h，或失血量≥1500mL，术中加用1次抗菌药物；(4)术后24h内停止使用抗菌药物，合并感染高危因素者可延长至48h 分子：预防性抗菌药物选择与使用规范的子宫内膜癌手术病例数 分母：所有使用抗菌药物的子宫内膜癌手术病例数	100%符合为达标，否则为不达标	100%
指标22	病理报告规范率	过程指标	详细的病理报告单必须包括以下内容：(1)标本的大体描述（完整、剖开、碎块及其他）；(2)在子宫切除标本中肉眼可见的肿瘤部位；(3)肿瘤大小、浸润深度或肌层厚度；(4)肿瘤组织学及病理分级；(5)淋巴脉管间隙是否受累，并进行量化评估；(6)子宫颈间质有无受累，如有，请注明间质受累深度；(7)其他组织或器官是否受累，如输卵管，卵巢，阴道，宫旁，腹膜，大网膜等；(8)腹水或腹腔冲洗液细胞学检查结果；(9)淋巴结状态，包括前哨淋巴结状态（前哨淋巴结要求病理超分期）、切除淋巴结总数、阳性淋巴结数目和位置，存在囊外扩散的淋巴结：微转移（>0.2~2mm）报告为pN1(mi)，局部淋巴结中肿瘤径线≤0.2mm应报告为pN0(i+)，每个区域阳性的淋巴结数目应单独报告；(10)对肿瘤组织标本进行必要的分子指标评估，包括雌孕激素受体、MMR、p53等 分子：病理报告包含以上必须要素的子宫内膜癌手术病例数 分母：所有接受手术的子宫内膜癌病例数	100%为100分，95%~99%为80分，90%~94%为60分，<90%为0分	≥99%
指标23	术后30d内因并发症再次手术率	结果指标	术后30d内，因与手术相关的并发症，如肠道、泌尿道、大血管或其他器官系统严重损伤或功能障碍等接受再次手术 分子：术后30d内因手术并发症再次手术子宫内膜癌病例数 分母：子宫内膜癌手术病例数		≤2%
指标24	每年召开不良事件和死亡病例讨论的次数	结果指标	与手术相关的近期或远期肠道、泌尿道、大血管或其他器官系统严重损伤或功能障碍等并发症、再入院、再手术；与手术相关的休克、死亡		最佳目标：1年4次 最低目标：1年2次

续表1

序号	指标名称	指标类型	具体内容	要求	目标值
指标25	保留生育功能的医患沟通率	结构指标	有保留生育功能需求患者,经过充分评估和筛选可进行保留生育功能治疗者,有无与患者充分沟通讨论保留生育功能的风险、获益以及相应治疗方案 分子:可保留生育功能的子宫内膜癌患者进行书面沟通的病例数 分母:可行保留生育功能治疗的子宫内膜癌病例数	100% 为 100 分, 95%~99% 为 80 分, 90%~94% 为 60 分, <90% 为 0 分	100%
指标26	术后随访的宣教率	结构指标	进行术后随访时间间隔及随访内容、健康宣教的患者比例 分子:术后进行书面宣教的子宫内膜癌病例数 分母:所有的子宫内膜癌手术病例数	100% 为 100 分, 95%~99% 为 80 分, 90%~94% 为 60 分, <90% 为 0 分	100%
指标27	术后长期随访率	结果指标	术后5年按规范随访的病例数占同期所有手术患者的比例 分子:术后5年内按规范随访的子宫内膜癌病例数 分母:同期所有手术的子宫内膜癌病例数	≥60% 为 100 分, ≥30% 为 60 分, <30% 为 0 分	30%

表2 子宫内膜癌手术治疗质量检查表单

被检查医院:		住院号:		得分(满分100分):	
评分(分)	项目	具体内容	得分(分)		
术前质控 (40分)	5	病史录入	内外科合并症、手术史、用药史、过敏史、恶性肿瘤个人史、肿瘤家族史;缺1项扣0.5分,扣完为止		
	5	体格检查	完整的全身体格检查及妇科检查,按系统分;缺1项扣0.5分,扣完为止		
	5	实验室检查	生化7项、血常规、凝血功能、肿瘤标志物;缺1项扣0.5分,扣完为止		
	5	影像学评估	胸片或肺部CT;盆腔超声;盆/腹腔增强CT/MRI或PET-CT(可替代);缺1项扣1分,扣完为止		
	5	病理检查	如病理诊断不明确,需由三甲医院病理会诊明确诊断;缺者扣5分		
	3	围术期风险评估	病例身体状况欧洲肌力功能评定量表(ECOG)评估及相应内科疾病会诊并记录,包括:心肺功能评估、糖尿病围术期血糖管理、高血压围术期血压管理、VTE评估;身体状况评估采用ECOG;缺1项扣1分,扣完为止		
	6	术前讨论及小结	手术指征明确、手术方案及替代方案完善;缺1项扣2分,扣完为止		
6	术前知情同意	告知病例不同治疗方案、不同手术途径和术式的风险和益处明确;手术方案不规范、替代方案不合理,缺1项扣3分			
术中质控 (30分)	4	无瘤原则	记录无瘤原则的措施(如结扎双侧输卵管、是否在无法完整取出子宫时使用取物袋保护下取出子宫,是否用取物袋取出淋巴结),缺者扣4分		
	4	术中探查	描述盆腔及上腹部器官情况 [子宫及双侧附件、腹膜种植病灶(膀胱腹膜反折、直肠子宫陷凹及其他部位)、肠管表面是否受累、膈肌、大网膜、胃、肝脏、脾脏情况];不完全描述者扣2分,缺者扣4分		
	8	减瘤评估	手术记录:腹腔冲洗液或腹水送细胞学检查;术后有无肉眼可见的病灶残留,残留病灶部位、大小;不完全者扣4分,缺者扣8分		
	6	手术范围规范	手术范围需与分期相符合,否则扣6分		
	4	术中更改方案	术中及时征得患方知情同意,否则扣4分		
4	术中不良事件	非病灶因素而大血管、盆腹腔器官损伤者,扣4分			
术后质控 (30分)	10	病理描述	病理资料完善;病理回报并记录;缺1项扣5分		
	6	术后诊断	根据术后病理,明确术后FIGO/TNM分期,体现于记录中;缺1项扣6分		
	10	术后治疗方案	告知病例术后治疗方案并记录;治疗方案符合规范;缺1项扣5分		
	4	随访监测	出院小结需告知随访时间、内容、注意事项,并进行健康教育;缺1项扣1分		

注:本表单用于子宫内膜癌手术病例的个案检查,每个具体病例诊疗完成后,依据本表单进行全面评价,体现各质控环节是否规范

表3 子宫内膜癌手术治疗质量自查表单

住院号:	患者姓名:	检查日期:	检查者: _____	
项目	检查内容	是	否(相关理由)	
EC-1	术前患者一般情况评估			
EC-2	术前体格检查(妇科检查)			
EC-3	术前血肿瘤标志物检查			
EC-4	术前进行影像学评估			
EC-5	手术指征明确			
EC-6	手术方案合理规范			
EC-7	告知治疗替代方案			
EC-8	术中手术安全核查			
EC-9	术中手术范围合理			
EC-10	术中无瘤操作并记录			
EC-11	术中更改手术方案及时征得患者同意			
EC-12	预防性应用抗菌药物,手术超过3h有加固抗菌药物			
EC-13	手术记录有详细的术前和术毕的肿瘤病灶分布、大小描述			
EC-14	术后确认病理回报并记录			
EC-15	依据术后病理,修正诊断FIGO或TNM分期			
EC-16	依据术后病理,制定后续规范化辅助治疗随访方案			
EC-17	进行深静脉血栓评估,实施相关预防措施			
EC-18	未发生不良医疗事件 如发生不良医疗事件,有记录并上报			
EC-19	出院记录中有后续治疗方案、随访内容及随访时间			

注:本表单用于子宫内膜癌手术病例的个案自查,每个具体病例诊疗完成后,主诊医生依据本表单进行全面自查,评估各质控环节是否规范

表4 子宫内膜癌结构化病例核心字段

项目序号	内容	项目序号	内容
	一、子宫内膜癌基本临床信息	14	阴道
	人口学信息	15	子宫颈
1	姓名	16	宫体
2	入院日期	17	附件
3	出院日期	18	宫旁
4	身份证号	19	盆腔
5	出生日期	20	肛查
6	住院号	21	是否伴发全身系统疾病
7	门诊号	22	体能评估
8	联系电话	23	KPS评分
9	年龄	24	PS评分
	二、子宫内膜癌病史信息		四、子宫内膜癌实验室检查
10	本次发病日期	25	肿瘤标志物
11	症状	26	CA125术前
	三、子宫内膜癌体格检查	27	CA125术后
12	BMI	28	其他异常肿瘤标志物
	妇科检查	29	TCT/LCT(细胞学报告)
13	外阴	30	高危型人乳头瘤病毒(HPV)

续表4

项目序号	内容	项目序号	内容
	五、子宫内膜癌辅助检查(共25项)	78	是否累及腹主动脉旁淋巴结
31	妇科超声	79	主韧带宽度左(左宫旁组织宽,cm)
32	胸部CT	80	主韧带宽度右(右宫旁组织宽,cm)
33	上腹部增强CT	81	0点阴道壁切缘长度(cm)
34	MRI(盆腔增强磁共振)侵犯肌层	82	3点阴道壁切缘长度(cm)
35	PET-CT(I B1期以上患者)	83	6点阴道壁切缘长度(cm)
36	术前诊刮病理(组织类型,分级)	84	9点阴道壁切缘长度(cm)
	六、子宫内膜癌手术情况	85	切除淋巴结数量
	手术信息	86	累及淋巴结与否
37	手术日期	87	淋巴结阳性数量
38	术前诊断	88	累及淋巴结部位
39	术后诊断	89	免疫组化
40	术者(主刀医生)	90	FIGO(2009)/FIGO(2023)分期
	手术名称	91	TNM分期
41	子宫内膜切除		八、子宫内膜癌术后治疗
42	全子宫切除	92	术后抗菌药物停止使用时间
43	次广泛性子宫切除	93	导尿管拔除时间
44	广泛性子宫切除	94	引流管拔除时间
45	广泛性子宫颈切除	95	是否根治性放疗
46	前哨淋巴结切除	96	是否术后辅助治疗
47	盆腔淋巴结切除	97	是否同步放化疗
48	腹主动脉旁淋巴结(肠系膜下动脉水平)切除	98	是否化疗
49	腹主动脉旁淋巴结(肾静脉水平)切除	99	靶向药物
50	腹主动脉旁淋巴结活检	100	是否免疫治疗
51	是否开腹	101	是否行分子分型,具体分型
52	是否微创	102	术后是否有并发症
53	是否中转开腹		九、子宫内膜癌住院费用
54	术中出血量(mL)	103	住院天数
55	手术时间(min)	104	住院总费用
56	是否阴道延长		十、子宫内膜癌随访
57	是否保留卵巢	105	是否失访
58	术中输血(mL)	106	是否定期随访
59	是否有手术中并发症	107	随访次数
	七、子宫内膜癌病理情况	108	复发
60	标本类型:子宫内膜、全子宫切除、广泛性子宫切除	109	复发时间
61	标本大小(3个径线)、数量	110	复发部位
62	肿瘤组织学类型	111	复发证据
63	浸润子宫肌层深度:浅(<1/2)、深≥1/2	112	复发后治疗
64	子宫颈腺体侵犯	113	复发治疗方式
65	子宫颈间质侵犯	114	死亡
66	腹水/腹腔冲洗液细胞学检查是否阳性	115	死亡时间
67	淋巴管间隙是否阳性	116	死亡性质
68	标本肿瘤病灶大小	117	他因死亡详述

注:CA125(癌抗原 125);TCT(薄层液基细胞学检查);LCT(自动细胞学检测系统)

利益冲突:专家组所有成员均声明不存在利益冲突。

执笔者:陈晓军(同济大学附属第十人民医院);张剑峰(复旦大学附属妇产科医院);陆雯(同济大学附属妇产科医院);艾志宏(上海交通大学医学院附属第六人民医院);罗雪珍(复旦大学附属妇产科医院)

参与共识制定与讨论专家(按姓氏汉语拼音排序):曹冬焱(中国医学科学院北京协和医院);陈敦金(广州医科大学附属第三医院);陈刚(华中科技大学同济医学院附属同济医院);陈劼(中山大学孙逸仙纪念医院);程文俊(江苏省人民医院);狄文(上海交通大学医学院附属仁济医院);范江涛(广西医科大学附属第一医院);冯炜炜(上海交通大学医学院附属瑞金医院);冯艳玲(中山大学肿瘤防治中心);高国兰(中国科学院大学存济医学院);高庆蕾(华中科技大学同济医学院附属同济医院);郭瑞霞(郑州大学第一附属医院);哈春芳(宁夏医科大学总医院);华克勤(复旦大学附属妇产科医院);黄向华(河北医科大学第二医院);姜桦(复旦大学附属妇产科医院);姜洁(山东大学齐鲁医院);李斌(中国医学科学院肿瘤医院);李立安(解放军总医院第一医学中心);李凌(江西省妇幼保健院);李清丽(四川大学华西第二医院);李艳芳(中山大学肿瘤防治中心);李政(云南省肿瘤医院);林仲秋(中山大学孙逸仙纪念医院);凌斌(中日友好医院);刘继红(中山大学肿瘤防治中心);娄阁(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院);孟元光(解放军总医院第七医学中心);米鑫(北京市顺义区妇幼保健院);曲芃芃(天津市中心妇产科医院);任琛琛(郑州大学第三附属医院);沈杨(东南大学附属中大医院);孙阳(福建省肿瘤医院);孙贇(上海交通大学医学院附属仁济医院);滕银成(上海交通大学医学院附属第六人民医院);万小平(同济大学附属妇产科医院);汪辉(浙江大学医学院附属妇产科医院);王丹波(辽宁省肿瘤医院);王登凤(四川省肿瘤医院/电子科技大学附属肿瘤医院);王冬(重庆大学附属肿瘤医院);王建六(北京大学人民医院);王莉(河南省肿瘤医院);王世军(首都医科大学宣武医院);王玉东(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院);王育(同济大学附属妇产科医院);温灏(复旦大学附属肿瘤医院);吴大保

(中国科学技术大学附属第一医院);吴小华(复旦大学附属肿瘤医院);向阳(中国医学科学院北京协和医院);徐大宝(中南大学湘雅三医院);薛翔(西安交通大学第二附属医院);臧荣余(复旦大学附属中山医院);张师前(山东大学齐鲁医院);张蔚(武汉大学中南医院);张新(辽宁省肿瘤医院);张英丽(浙江省肿瘤医院);郑莹(四川大学华西第二医院);周怀君(南京大学医学院附属鼓楼医院)

参考文献

- [1] Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023 [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2023, 162: 383-394.
- [2] Koskas M, Amant F, Mirza MR, et al. Cancer of the corpus uteri: 2021 update [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2021, 155(Suppl 1): 45-60.
- [3] Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma [J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2021, 31(1): 12-39.
- [4] NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines) Uterine Neoplasms, Version 1. 2024 [EB/OL]. www.nccn.org.
- [5] Concin N, Planchamp F, Abu-Rustum NR, et al. European Society of Gynaecological Oncology quality indicators for the surgical treatment of endometrial carcinoma [J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2021, 31(12): 1508-1529.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会官方网站 2022. 子宫内膜癌诊治指南 [EB/OL]. www.nhc.gov.cn/zyygi/s2911/202204.
- [7] Abu-Rustum N, Yashar C, Arend R, et al. Uterine Neoplasms, Version 1.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2023, 21(2): 181-209.
- [8] 刘开江. 子宫内膜癌癌症基因组图谱分子分型临床价值: 机遇, 挑战与突破 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2023, 39(11): 1057-1061.
- [9] 曹瑾瑾, 李佳, 李奇灵, 等. 子宫内膜癌筛查策略 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2023, 39(11): 1062-1065.

(2024-04-11 收稿)