



2025

中国宫颈癌诊疗现状

白皮书

中国抗癌协会宫颈癌专业委员会

北京整合医学学会



CONTENTS

目录

前言

- **01** 主要发现
- **02** 宫颈癌患者收治情况
- **03** 生物标志物检测
- **04** 局晚期治疗
- **05** 晚期、复发或转移性宫颈癌一线治疗
- **06** 晚期、复发或转移性宫颈癌二线及后线治疗
- **07** ADC药物
- **08** 白皮书调研总结及倡议

附录

前言

宫颈癌仍是威胁我国女性生命健康的重大公共卫生挑战，中国每年新发高达15.07万例，死亡5.57万例^[1]，且发病率仍在攀升^[2]。随着 HPV 疫苗接种与筛查体系的持续完善，免疫治疗、抗体偶联药物（ADC）等创新疗法的问世与应用，也为局晚期及复发或转移性宫颈癌带来了全新的治疗格局，推动临床策略不断优化。在多学科协作（MDT）模式持续深化的背景下，真实世界中临床医生的诊疗选择、患者构成变化及各阶段治疗路径的差异性，正成为理解当前宫颈癌治疗现状的重要基础。

本白皮书旨在了解中国宫颈癌的临床诊疗现状，尤其是复发或转移性宫颈癌系统性治疗的应用情况。通过调研临床医师在治疗方案上的选择偏好、生物标志物检测的实际应用，及其对ADC等新型药物的认知，以明确当前临床实践中的未满足需求。本次调研由中国抗癌协会宫颈癌专业委员会和北京整合医学学会共同合作，采用“线上问卷+线下访谈”相结合的方式，于2025年7月12日项目启动时间，8月至9月期间完成数据收集。

全国共 300 位医师参与本项目，其中 30 位专家接受深度访谈，围绕局晚期治疗决策、复发或转移性宫颈癌治疗、标志物检测及新技术应用展开讨论。另有 270 名医师完成线上问卷，反映了不同地区、不同医院类型的真实诊疗情况，确保调研结果的代表性与全面性。调研内容涵盖宫颈癌患者的疾病分期及病理类型分布、生物标志物检测的使用现状、局晚期及复发及转移性宫颈癌的治疗策略的实际应用，以及临床医师对免疫治疗、ADC创新疗法的认知、关注与期待，为全面理解我国宫颈癌诊疗格局提供数据支撑与专家洞见。

我们希望，《2025中国宫颈癌诊疗现状白皮书》不仅能够帮助理解当前诊疗体系的现状与痛点，也能够推动循证证据、创新疗法与规范化路径更好地融入临床实践，为提升宫颈癌患者的生存质量和长期管理水平贡献力量。

1. Han B, Zheng R, Zeng H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. J Natl Cancer Cent, 2024, 4(1): 47-53. DOI: 10.1016/j.jncc.2024.01.006.
2. Zhu B, Gu H, Mao Z, et al. Global burden of gynaecological cancers in 2022 and projections to 2050[J]. J Glob Health, 2024, 14: 04155. DOI: 10.7189/jogh.14.04155.

《2025中国宫颈癌诊疗现状白皮书》资料与方法

1.访谈环节，内容共三部分：

- 第一部分为访谈内容介绍及当前科室宫颈癌患者收治情况概述
- 第二部分聚焦于（局）晚期宫颈癌患者诊疗现状
- 第三部分围绕ADC类药物在宫颈癌治疗中的应用观点展开访问。每次访谈时间约为一小时

2.调研环节，问卷共包含三个部分：

- 第一部分为问卷基本情况及填写说明
- 第二部分为甄别问卷，用于收集参与医师的基本信息并筛选符合纳入标准的调研对象
- 第三部分为调研问题主体，具体涵盖：
 - I. 宫颈癌患者分期、病理类型及生物标志物检测情况；
 - II. （局）晚期宫颈癌患者的治疗方案考量及选择。问卷共设26项调研问题。

3.统计方法：

访谈分析将对访谈结果进行文字描述性归纳总结。

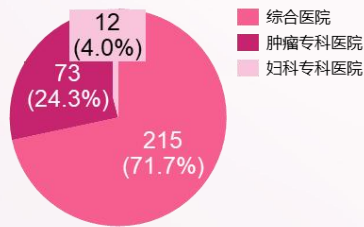
问卷排除无效问卷，如存在数据填写遗漏，不符合实际情况的极端数值，或答题时间异常（3分钟内完成填写）。统计分析采用SPSS软件完成。对每位参与者的反馈采用描述性统计进行汇总，分类变量以频数和构成比（%）表示。

《2025中国宫颈癌诊疗现状白皮书》数据来源

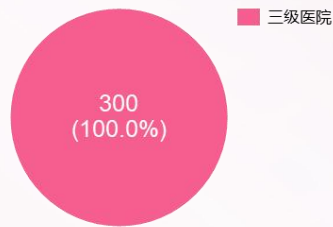
医生分布 N=300

在全国范围内共300位医生有效参与，其中30位专家进行了现场深度访谈，270医生完成了线上问卷调研。

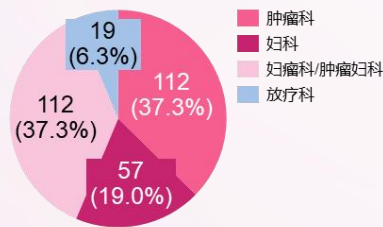
医院类型分布



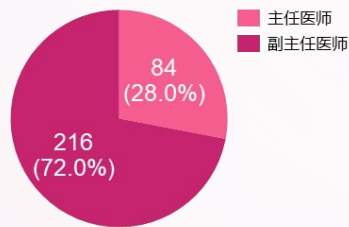
医院等级分布



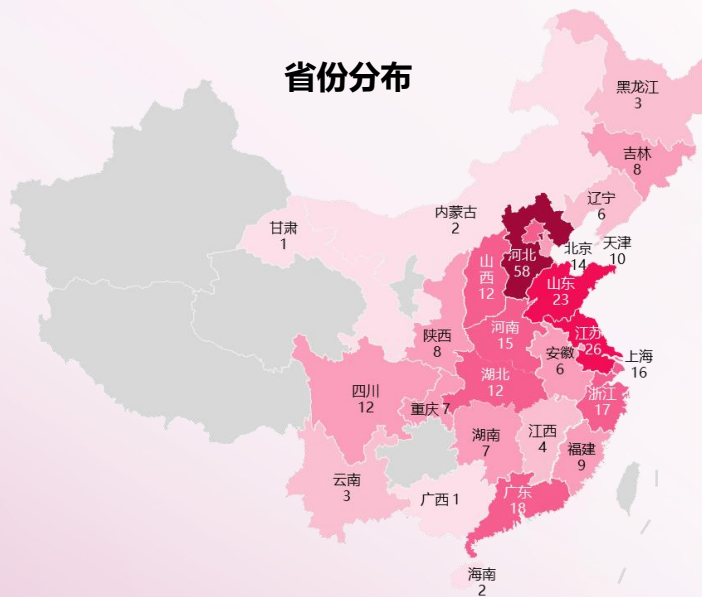
科室分布



职称分布



省份分布



第一部分 主要发现

一、访谈的主要发现

<p>患者规模</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 肿瘤专科医院宫颈癌收治量高于综合医院和妇产医院，鳞癌是宫颈癌主要病理类型（70~90%） <ul style="list-style-type: none"> □ 妇产医院早期患者比例更高，综合医院局晚期患者比例更高，肿瘤医院复发或转移性宫颈癌患者比例更高
<p>生物标志物</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ PD-L1检测已成为局晚期宫颈癌检测常规，如果患者经济情况允许，也会完善TMB、MSI、dMMR等免疫相关检测 ■ 医生更倾向于复发或转移后再进行检测HER-2、TROP2、Nectin4、Claudin 18.2等标志物，但随着ADC普及检测率会上升
<p>局晚期治疗</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 同步放化疗±免疫是当前首选的局晚期治疗方式 ■ 33%患者在局晚期联合免疫治疗，III、IV期患者、高复发风险患者，是多数医生考虑联合免疫的主要条件，在免疫治疗中，PD-L1阳性患者可使用免疫单抗，PD-L1阴性患者则更多使用双抗
<p>复发或转移一线治疗</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 化疗+免疫±抗血管是一线首选治疗方案，是否联合免疫主要取决于患者经济水平 <ul style="list-style-type: none"> □ 免疫药物的选择：约56%患者在一线使用单免治疗，约25%使用双抗治疗 □ 免疫药物的选择依据：PD-1单抗主要适用于PD-L1阳性患者，安全性更好；双抗适用于所有患者，但多数医生主要用于PD-L1表达阴性患者，其他包括经治复发、有远处转移、体能较好的患者；有少数医生更倾向于使用双抗，因为疗效更好、价格更便宜 ■ 疗效评估为SD后，一半医生选择继续原方案治疗；一半医生会对当前治疗方案中增加或调整药物
<p>复发/转移二线及后线治疗</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 对于二线及后线治疗的患者，既往治疗史、患者体能状态、药物疗效对治疗选择有重要影响，治疗方案选择多样，以联合方案为主 ■ 未接受过免疫治疗的二线患者，首选化疗联合方案，包括化疗+免疫±抗血管治疗，化疗±抗血管；其次ADC±免疫/小分子TKI；最后是临床研究或单药 ■ 免疫经治的二线患者，首选含ADC±免疫/小分子TKI，但目前市面上可选择的ADC类药物还相对较少；其次化疗+免疫±抗血管。既往使用过免疫单抗的患者复发后，~70%医生认为可再次免疫治疗
<p>ADC认知与关注</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医生对ADC认知较高，认可其高效、低毒的特点，且认为ADC相关不良事件不会影响医生对ADC的使用 ■ 免疫经治、不能耐受化疗、有对应靶点表达（HER2 ADC）、经济条件允许的患者或是ADC首选人群。靶向组织因子（TF），滋养层细胞表面抗原2（Trop2）ADC治疗宫颈癌不需检测。 ■ 超过一半医生会考虑联合用药，主要与免疫/抗血管生成药物联用，以提高疗效 ■ 短期内ADC可以凭借等效/优效化疗方案的证据在二线应用，未来需凭借优效与标准方案对比的证据才能在一线应用

二、调研问卷的主要发现

患者规模与分布	<ul style="list-style-type: none"> ■ 参与调研医生月均接诊21.6名宫颈癌患者，鳞癌患者占比最多，可达75%，腺癌患者占比16% <ul style="list-style-type: none"> □ 肿瘤专科医院患者量多，复发转移/局晚期患者占比高 □ 肿瘤科、妇瘤科接诊宫颈癌患者多；妇科接诊初治、早期患者占比更高，肿瘤科接诊复发或转移性宫颈癌患者占比更高 □ 一、二线城市接诊宫颈癌患者更多，复发或转移性宫颈癌患者占比更高
标志物检测	<ul style="list-style-type: none"> ■ ~54%宫颈癌患者可接受PD-L1等生物标志物检测 <ul style="list-style-type: none"> □ 肿瘤专科医院、肿瘤科、一线城市推荐生物标志物检测推荐率及实际检测率均较高 ■ 医生认为更有临床意义的生物标志物第一位是免疫相关标志物，对HER2等ADC用药相关标志物也有一定的认可度 <ul style="list-style-type: none"> □ 不同医院、科室及城市医生对生物标志物的认可度趋势基本一致
局晚期治疗	<ul style="list-style-type: none"> ■ 局晚期治疗时，医生关注度更高的因素依次为：有效延长OS、循证证据充分/有指南推荐、有效延长PFS ■ 同步放化疗+免疫是当前最多医生首选的治疗方案，26%医生首选同步放化疗，19%医生首选同步放化疗+免疫 <ul style="list-style-type: none"> □ 妇科医生更多首选手术治疗，肿瘤科医生更多首选新辅助化免+手术
复发或转移一线治疗	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一线治疗时，医生关注度更高的因素依次为：有效延长OS、循证证据充分/有指南推荐、有效延长PFS，与局晚期治疗相比，医生对患者生活质量、药物耐受性关注度提升，与对ORR、CR及DOR的重视程度相似 ■ 免疫+化疗±抗血管生成药物在一线阶段已广泛应用，71%的医生在其首选方案中已将免疫纳入治疗组合
复发/转移二线及后线治疗	<ul style="list-style-type: none"> ■ 二线及后线治疗时，医生关注度更高的因素依次为：有效延长OS、循证证据充分/有指南推荐、有效延长PFS ■ 免疫经治的患者 <ul style="list-style-type: none"> ■ ~77%联合方案：首选化疗为主联合，化疗+免疫，化疗+抗血管生成药物；其次为ADC+免疫，ADC+抗血管生成药物 ■ ~23%单药方案：依次为双抗、化疗、抗血管生成药物、ADC、免疫单抗 ■ 非免疫经治患者 <ul style="list-style-type: none"> ■ ~75%联合方案：以免疫为主联合，免疫+化疗，免疫+化疗+抗血管生成药物，免疫+抗血管生成药物，免疫+ADC ■ ~25%单药方案：免疫为主，双抗，单抗，化疗，ADC
ADC认知与关注	<ul style="list-style-type: none"> ■ 对于ADC类药物，医生关注度更高的因素依次为：有效延长OS、有效延长PFS、循证证据充分/有指南推荐、ORR、副作用处理容易以及3期临床结果；提示临床医生对现有ADC类2期临床证据等级的满意度不高

第二部分 宫颈癌患者收治情况

一、宫颈癌患者收治情况与构成

1. 访谈结果分析

从医院类型层面的患者量来看，肿瘤专科医院的宫颈癌收治规模高于其他类型医院，年中位收治量约达 1000 例，综合医院和妇产医院约 500 例/年。患者首诊时的疾病分期相对较早，仍以早期及局晚期病例为主。在病理构成方面，鳞状细胞癌依旧是最主要的组织学类型，占比普遍在 70%–90% 之间。然而，随着近年来 HPV 疫苗接种率逐步提高、疾病谱发生变化，腺癌的相对比例有所上升，目前约占 10%–25%，显示宫颈癌病理类型构成正向更复杂和多样化演变。

科室年宫颈癌患者量

- 肿瘤专科医院年接诊宫颈癌患者量 **500-2000例/年** (中位1000)
- 综合医院年接诊宫颈癌患者量 **300-1000例/年** (中位500)
- 妇产医院专科医院年接诊宫颈癌患者量 **300-600例/年** (中位500)

按分期分类

早期 (IA-IB2) : 20-60%
局晚期 (IB3-IVA) : 30-50%
 对“局部晚期”定义目前存在一定争议：部分医生放疗为主的IB-IVA属局晚期，部分医生认为有手术机会的IB3-IIA2属局晚期
晚期/复发转移 : 10-30%

按病理分类

鳞癌 : 70-90%，近年占比下降
腺癌 : 10-20%
 近年随着HPV疫苗使用增多，腺癌患者占比上升
其他类型 : 5-10%
 如腺鳞癌、透明细胞癌、神经内分泌癌等

	综合医院	肿瘤医院	妇产医院
早期	5-50% (23%)	20-75% (38%)	40-50% (45%)
局晚期	40-90% (66%)	15-60% (34%)	35-55% (42%)
晚期	5-20% (11%)	5-60% (28%)	0-25% (13%)

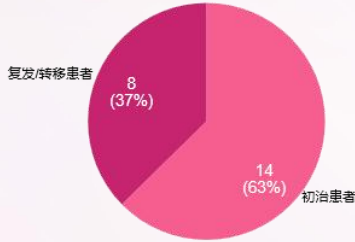
	综合医院	肿瘤医院	妇产医院
鳞癌	70-90% (83%)	70-90% (81%)	70-80% (75%)
腺癌	10-20% (14%)	5-20% (13%)	20% (20%)
其他	2-10% (3%)	5-10% (6%)	5% (5%)

2. 调查问卷结果分析

在本次调研中，参与医生每月平均接诊宫颈癌患者约 21.6 名，患者构成以初治病例为主，占比约 63%，复发或进展病例约占 37%。从分期分布来看，早期、局晚期以及复发或转移性宫颈癌人群的比例大体相当，提示当前临床诊治需求应覆盖疾病全过程。在病理类型方面，鳞状细胞癌仍为最主要的组织学类型，占比约 75%；腺癌比例亦不可忽视，约为 16%，反映出临床中组织学异质性的存在及不同病理类型的诊疗需求。

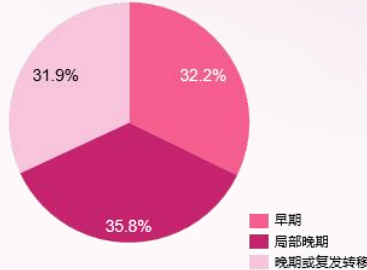
宫颈癌患者收治数量

月均接诊宫颈癌患者
21.6人/月
初治占比63%；复发转移占比37%



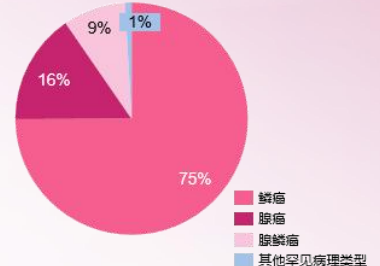
宫颈癌分期

早期、局晚期、晚期/复发转移患者占比相当



宫颈癌病理

鳞癌患者占比最多，可达75%，腺癌患者占16%



S8. 请问在过去3个月内，您大约接诊多少位初治宫颈癌患者？复发/转移性宫颈癌患者呢？

A1. 请问在过去3个月内，您接诊的宫颈癌患者中，经影像和临床评估后确诊患者分期的下列患者比例分别占多少？【填空】

A2. 您接诊的宫颈癌患者中，各病理类型患者比例分别占多少？【填空】

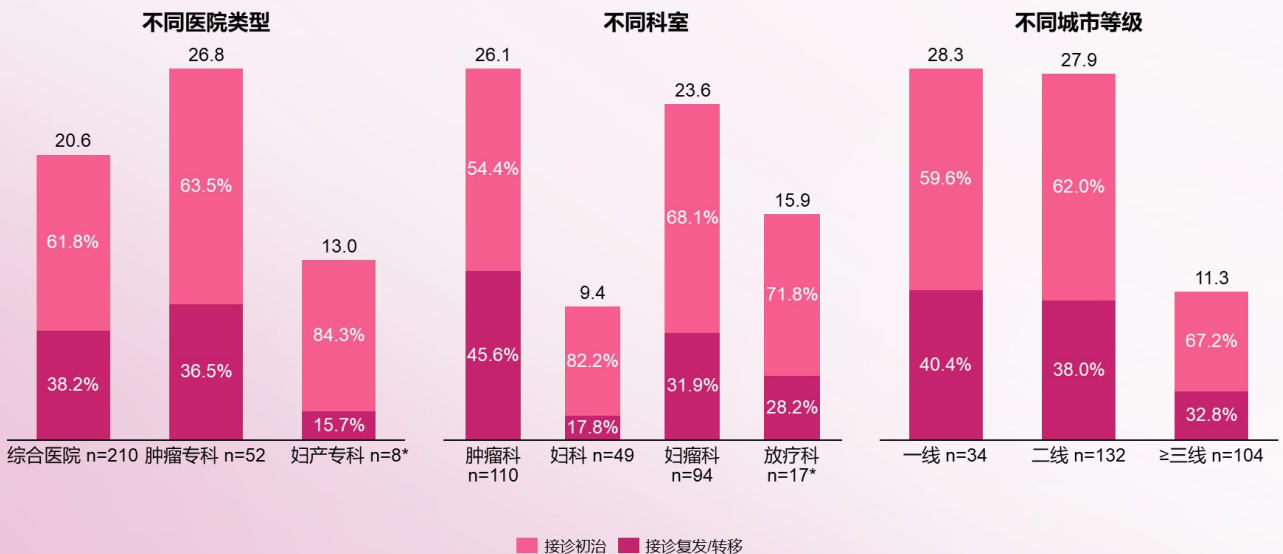
二、初始和复发/转移性患者占比亚组分析

调查问卷结果分析

从医院类型特征来看，肿瘤专科医院在宫颈癌诊疗中承担着更高的患者接诊量，反映其在疾病管理中的核心角色。

科室分布而言，肿瘤科与妇瘤科是宫颈癌患者的主要收治科室，覆盖初治及复发进展阶段；而妇科由于与筛查、初诊流程紧密相关，接诊的多为初治患者。

在城市等级维度上，一、二线城市的医院接诊宫颈癌患者数量明显高于其他地区，提示医疗资源集聚区域在疾病诊疗中发挥着主导作用。



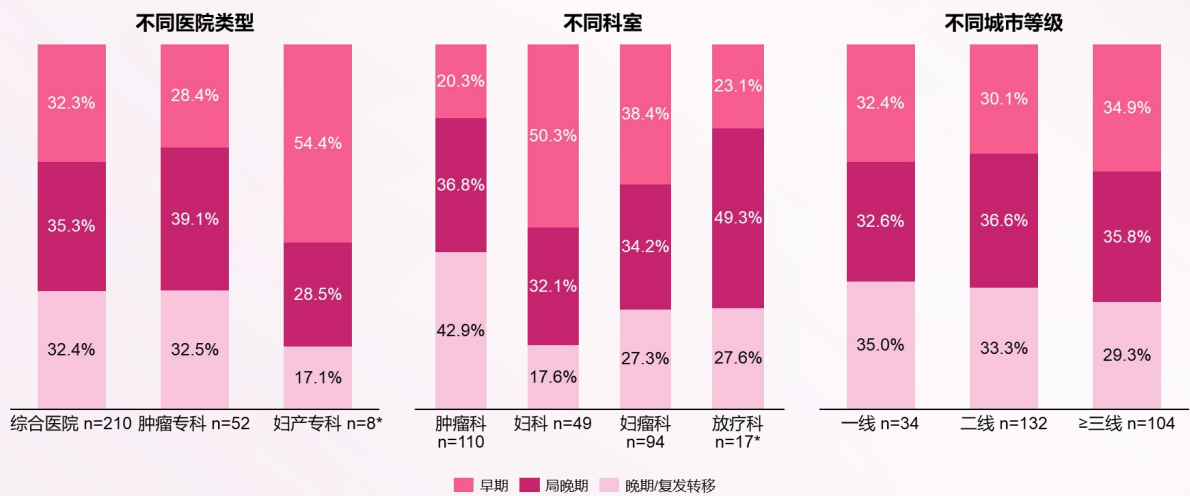
S8. 请问在过去3个月内，您大约接诊多少位初治宫颈癌患者？复发/转移性宫颈癌患者呢？

三、不同疾病分期分布亚组分析

调查问卷结果分析

不同医院类型和科室在宫颈癌患者分期构成上呈现出一定差异。妇产医院因承担更多筛查及初诊工作，接诊的多为早期患者，早期病例占比相对更高；而肿瘤科更多负责局晚期及复发或转移性宫颈癌患者的综合治疗，其复发或转移性宫颈癌患者占比明显高于妇科。

城市等级维度上，一、二线城市医院类型中复发或转移性宫颈癌患者占比反而更高，可能与大型医疗中心的转诊机制、患者流动性增强及复杂病例向高水平医院聚集的趋势有关，显示城市医疗资源在高风险与复杂病例管理中发挥了重要作用。

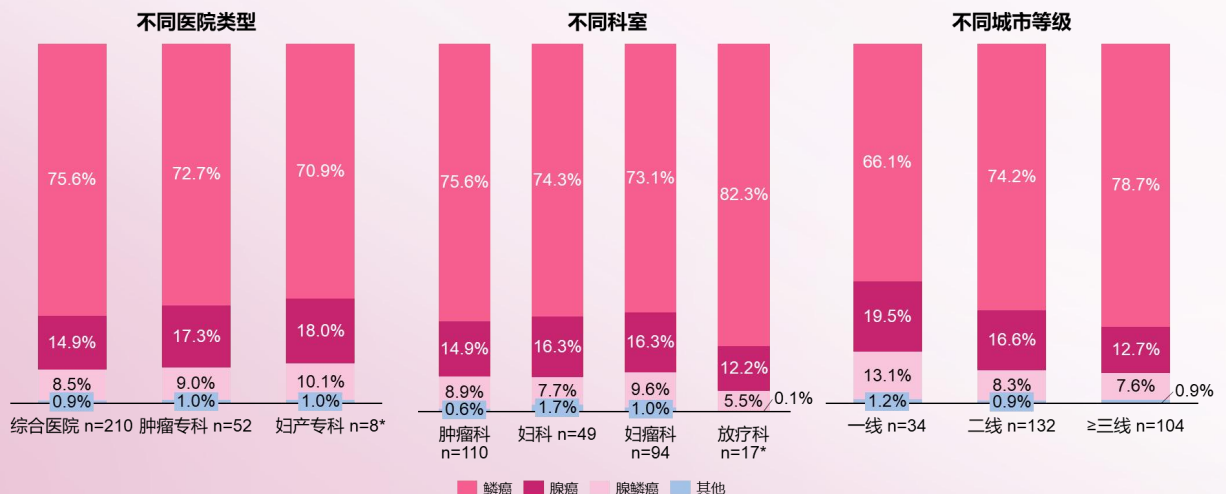


A1. 请问在过去3个月内，您接诊的宫颈癌患者中，经影像和临床评估后确诊患者分期的下列患者比例分别占多少？【填空】

四、病理类型分布亚组分析

调查问卷结果分析

不同医院类型、科室及地区城市医院中，宫颈癌病理类型基本一致，以鳞状细胞癌患者为主。



A2. 您接诊的宫颈癌患者中，各病理类型患者比例分别占多少？【填空】

第三部分 生物标志物检测

一、生物标志物检测情况

1. 访谈结果分析

在宫颈癌的初诊/局晚期与复发或转移阶段，生物标志物检测的应用策略和目的有显著不同。

早期/局晚期初始诊断时

- 约80%医生对宫颈癌患者开展PD-L1常规检测，但可能因费用问题被患者拒绝
- 如果患者经济条件好，医生也建议完善TMB、MSI、dMMR等其他免疫相关检测
- 大多数病理科可以进行HER2检测，因此对ADC类药物有较多了解的医生也会建议初始进行HER2检测

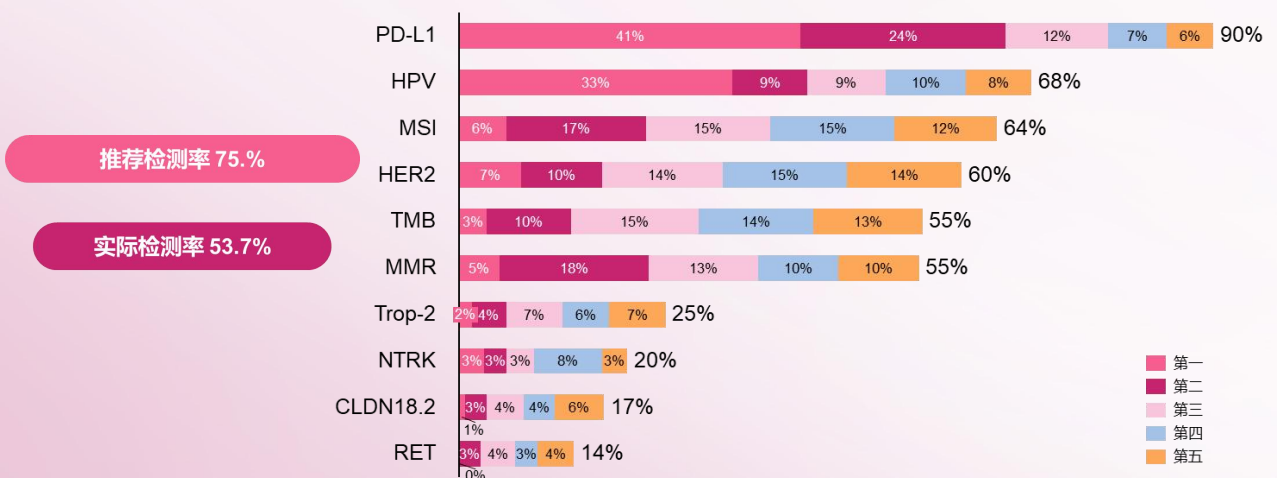
复发或转移时

- 对复发或转移性宫颈癌患者，多数医生推荐进行ADC相关检测，如HER2、TROP2、Nectin4、Claudin 18.2等
- 后线复发或转移性宫颈癌患者，较多医生会建议进行大panel的NGS检测，以期待发现NTRK、RET等已经成药的靶点突变，为患者选择更好的治疗方案

2. 调查问卷结果分析

尽管 75% 的受访医生表示会推荐宫颈癌患者进行 PD-L1 检测，但实际临床检测率仅为 53.7%，提示推荐意愿与真实执行之间仍存在显著差距。在进一步的有序多选排序中，免疫治疗相关生物标志物的关注度最高，推荐比例超过 50% 的依次为 PD-L1 (90%)、MSI (64%)、TMB (55%) 和 MMR (55%)。在非免疫相关标志物中，HPV (68%) 和 HER2 (60%) 同样获得较高推荐比例，显示出其在临床诊疗中的重要性逐步提升。

医生认可更有意义的生物标志物



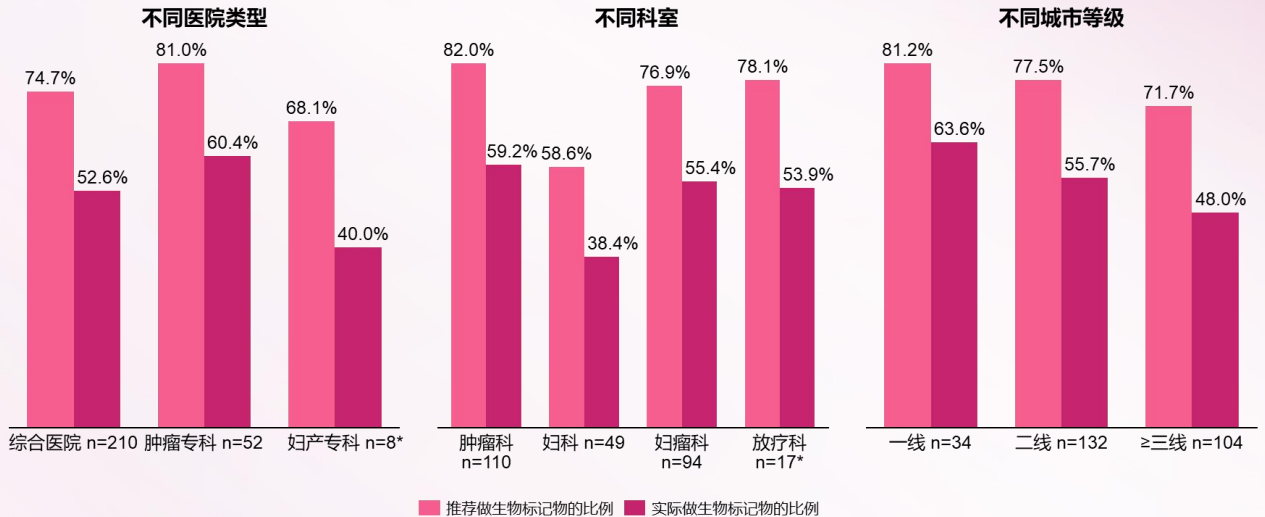
A3. 请问在过去3个月内，您接诊的宫颈癌患者中，您推荐做PD-L1等生物标志物的患者占比多少？实际做了PD-L1等生物标志物的患者占比多少？【填空】

A4. 您认为宫颈癌检测哪些生物标志物更有临床指导意义？请选择您认为具有临床指导意义的生物标志物并从高到低进行排序【排序】

二、生物标志物检测情况亚组分析

调查问卷结果分析

从不同医院类型、科室和城市等级的实践情况来看，最常见的生物标志物是PD-L1，检测的推荐度与实际执行率在各类医院之间存在差异。肿瘤专科医院、肿瘤科以及位于一线城市的医院，检测推荐比例及实际检测率均高于其他医院/科室类型。

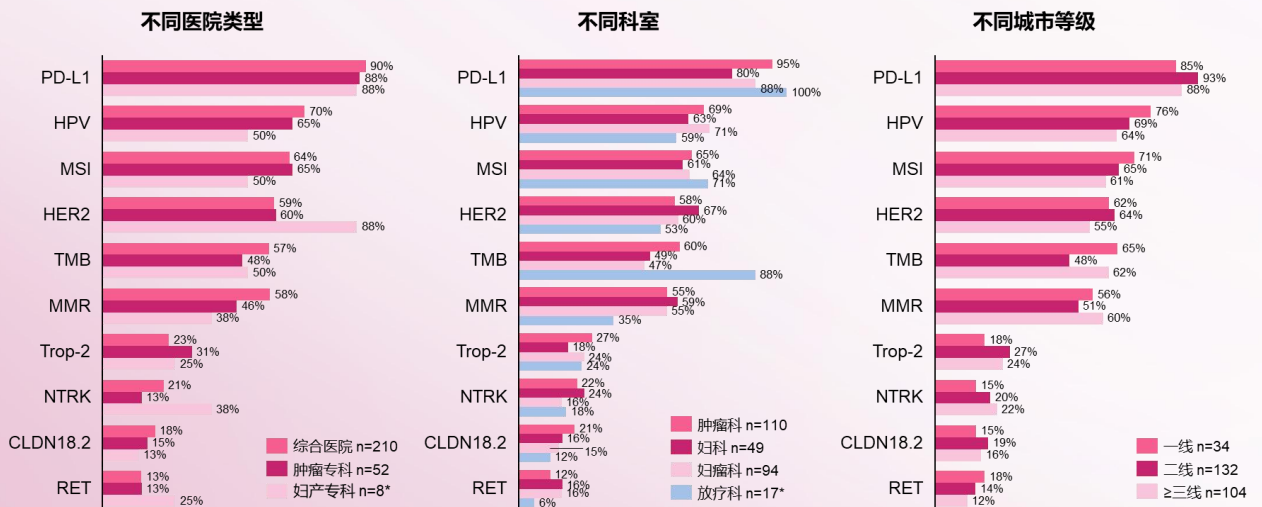


A3. 请问在过去3个月内，您接诊的宫颈癌患者中，您推荐做PD-L1等生物标志物的患者占比多少？实际做了PD-L1等生物标志物的患者占比多少？【填空】

三、生物标志物认可度亚组分析

调查问卷结果分析

不同医院类型、科室以及城市等级的医师在生物标志物的重要性认知上呈现出较为一致的趋势，反映出生物标志物在宫颈癌管理中的临床共识已逐渐形成。



A3. 请问在过去3个月内，您接诊的宫颈癌患者中，您推荐做PD-L1等生物标志物的患者占比多少？实际做了PD-L1等生物标志物的患者占比多少？【填空】

A4. 您认为宫颈癌检测哪些生物标志物更有临床指导意义？请选择您认为具有临床指导意义的生物标志物并从高到低进行排序【排序】

第四部分 局晚期治疗

一、局晚期治疗现状的访谈结果分析

局晚期治疗选择及其考量因素

同步放化疗依然是局晚期宫颈癌的首选标准方案，但临床医生普遍认为其在非鳞癌患者中的疗效有限，因此病理类型已成为重要的治疗考量因素。免疫联合治疗应用逐步增加，尤其在 III-IV 期及 PD-L1 阳性患者中更受医生认可，部分医院已将其纳入常规实践，目前约三分之一的局晚期患者接受了免疫联合治疗。相比之下，诱导化疗的临床接受度较低，部分医生认为现有证据尚不足以支持其广泛应用。

治疗决策还受到患者经济能力的显著影响，半数专家认为这是决定是否联合免疫治疗的关键因素；约三分之一医生建议依据 PD-L1 状态选择免疫治疗，但也有少数医生认为无论 PD-L1 表达情况如何均可获益。对于仍具局部治疗机会的患者，部分专家更倾向于后续手术或追加放疗以强化局部控制。

治疗选择考量因素

- ① 指南推荐 / 专家共识 (27/30)
- ② 病理类型 (24/30)
 - 非鳞癌患者同步放化疗效果较差
- ③ 患者经济能力 (24/30)
 - 决定患者是否联合使用免疫治疗的主要因素
- ④ 药物疗效数据 (23/30)
 - 医生对PFS、OS、ORR等指标关注度各有不同
- ⑤ 药物安全性 (19/30)
- ⑥ 具体分期、手术可能性 (17/30)
 - 如可以手术，医生都更倾向于手术治疗，再根据分期决定，手术后是否需要联合放疗
- ⑦ 患者体能状态、器官功能等 (11/30)
- ⑧ 年龄/生育意愿 (10/30)

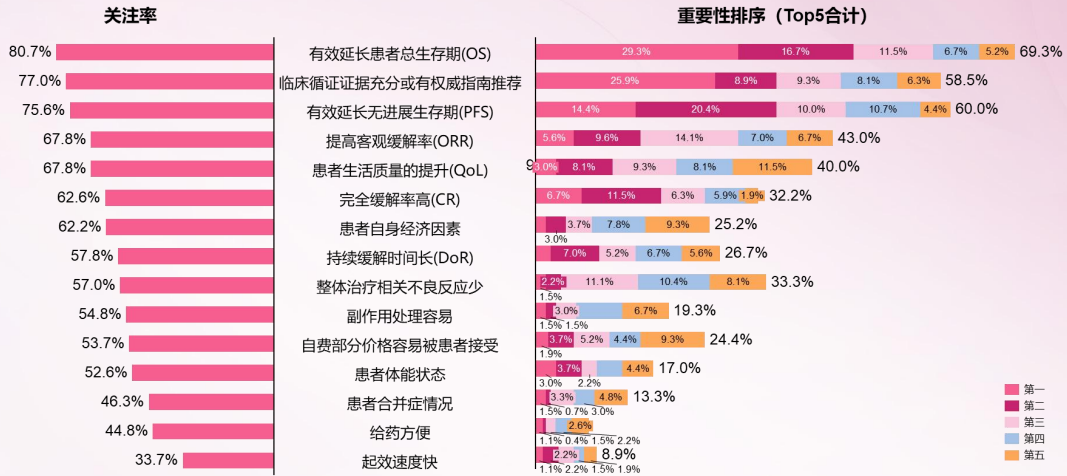
治疗选择

- ① 同步放化疗 (30/30)
 - >60%患者接受同步放化疗治疗
- ② 联合免疫治疗 (33%) (22/30)
 - III、IV期患者、高复发风险患者是联合免疫治疗的主要条件
 - 经济原因是限制患者使用免疫治疗的重要因素
 - 个别医院将免疫作为常规治疗手段，也有个别医院几乎不联合免疫治疗
 - 7/30提到是否联合免疫由放疗科医生决定
 - 免疫药物的选择：① 8/22选择有适应症的帕博利珠单抗，因为医患纠纷风险小；② 14/22认为各种免疫药物均可使用，需要考量患者经济承受能力；③ PD-L1表达水平决定了是否使用双抗
- ③ 手术±新辅助/辅助 (14/30)
- ④ 诱导化疗+同步放化疗 (12/30)
 - 对于巨块型肿瘤（多指直径>6cm），医生会考虑诱导化疗
 - 也有较多医生认为诱导化疗仅有一项研究证实疗效，数据不充分，临床上暂不考虑使用

二、局晚期治疗现状的调研结果分析

1. 局晚期治疗考虑因素

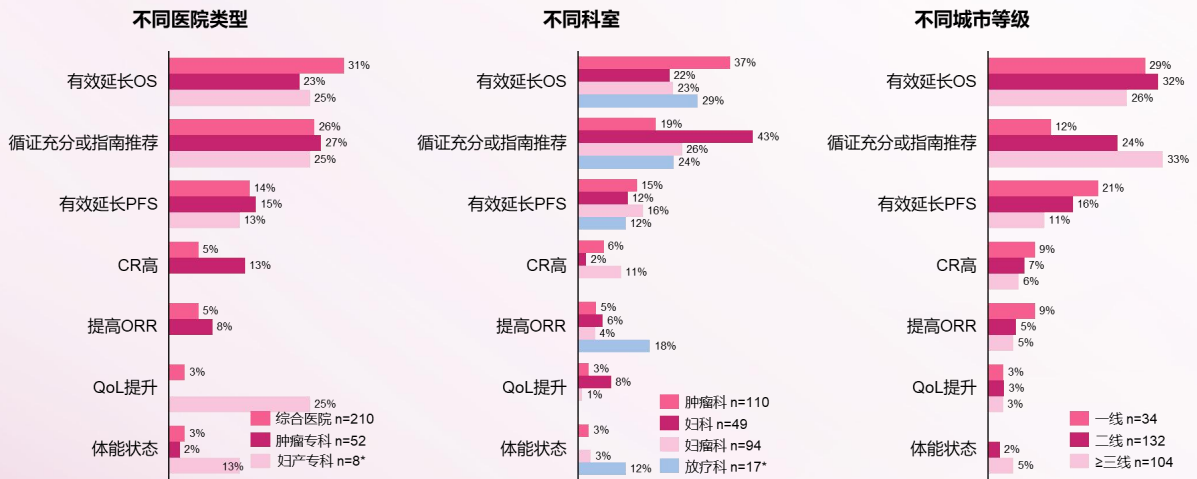
临床医生最关注的因素主要集中在对患者生存获益和循证依据的评估。调研结果显示，OS是医生最为看重的指标，其次是循证证据充分或得到权威指南推荐，反映出规范化与证据驱动的治疗理念已成为临床共识。此外，PFS、ORR亦是重要考量，而QoL作为长期患者管理的重要目标，也被纳入综合权衡体系中，构成局晚期治疗策略选择的关键框架。



B1.在为局晚期宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

2. 局晚期治疗考虑因素亚组分析 (TOP1考量因素)

从不同医院类型、科室以及城市等级的调研结果来看，临床医生对于局晚期宫颈癌治疗的核心考量因素高度一致。体现出临床医生在治疗价值判断上更加聚焦于明确的生存获益与循证证据支持，体现了局晚期治疗决策日益规范化和证据导向的特点。

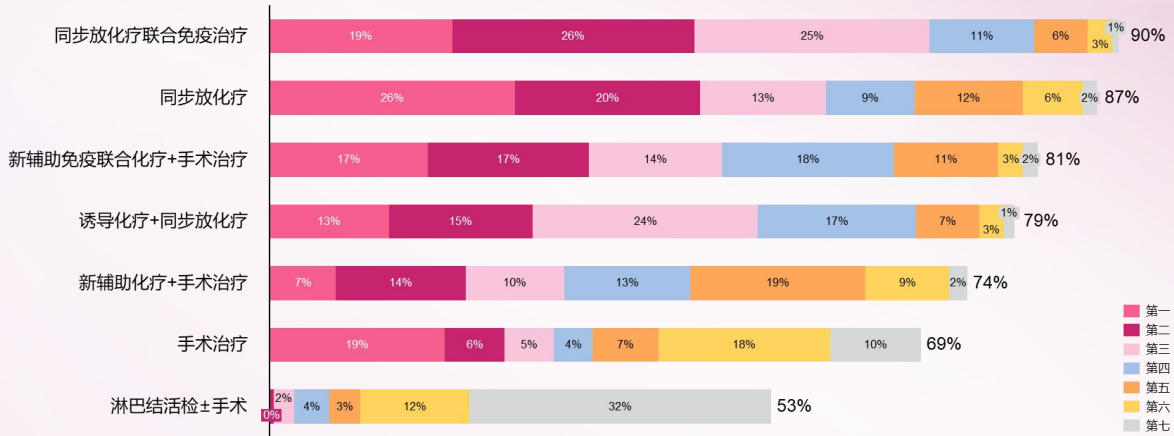


B1.在为局晚期宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

3. 局晚期治疗选择

同步放化疗是局晚期宫颈癌的首选临床治疗方式，也是指南推荐的标准方案。其中，26%的医生首选单纯同步放化疗，另有19%的医生将同步放化疗联合免疫作为首选策略，体现出部分医生决策依据最新研究结果，更新较快。3期临床试验阳性结果，适应证获批和指南推荐，使得免疫联合在局晚期中逐步应用。

除上述方案外，部分医生在特定条件下更倾向选择手术治疗，以及新辅助免疫联合化疗后行手术、或诱导化疗联合同步放化疗等综合策略，反映出局晚期基于具体分期，个体化治疗的多样性。

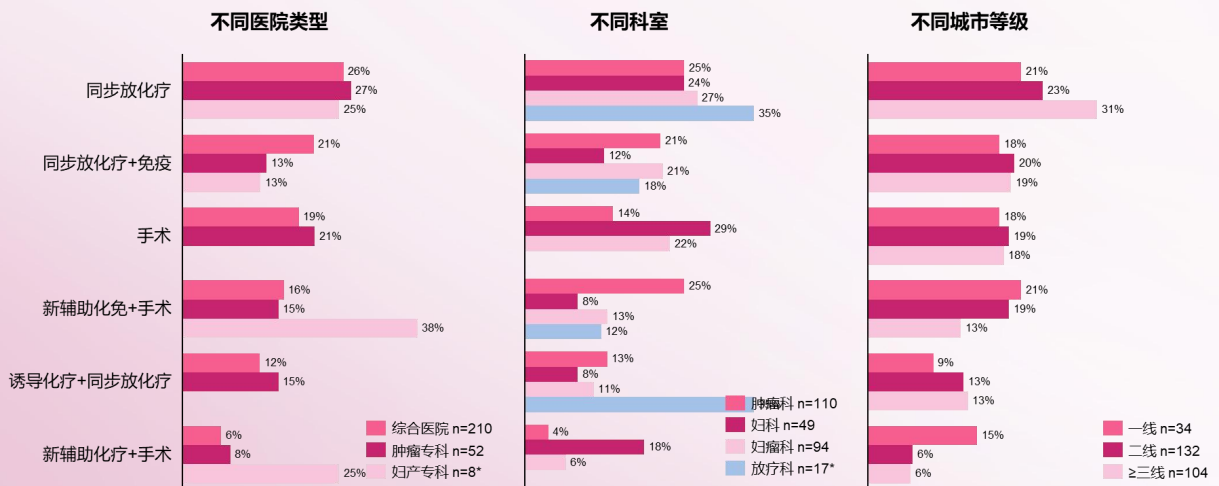


B2.对于局晚期治疗阶段的宫颈癌患者，您选择以下治疗方案的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

4.局晚期治疗选择亚组分析 (TOP1治疗选择)

不同医院类型、不同城市等级之间对于局晚期宫颈癌的首选治疗方案整体分布较为接近，显示出各级医院在治疗策略上的一致性。

按科室划分，妇科医生更倾向于将手术作为首选方案，而肿瘤科医生则更常选择新辅助化疗联合免疫后手术的综合治疗路径，或与就诊患者疾病分期谱，及对手术的把握和理念存在差异有关。



B2.对于局晚期治疗阶段的宫颈癌患者，您选择以下治疗方案的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

第五部分 复发或转移性宫颈癌一线治疗

一、一线治疗现状的访谈结果分析

一线的治疗选择及其考量因素

在一线治疗中，化疗联合免疫治疗（±抗血管药物）是临床医生普遍采用的首选方案。其中，患者经济能力被认为是决定是否联合免疫治疗的关键因素，直接影响方案的可及性与实施比例。在免疫药物的具体选择上，超过半数医生会综合考量 PD-L1 表达水平、肿瘤负荷及患者经济状况，以决定使用单抗或双抗方案；仍有少部分医生因经验或条件限制，目前尚未开展双抗治疗。对于仍具局部治疗机会的患者，临床更倾向于选择后续手术或补充放疗，以期获得更佳的局部控制和总体治疗效果。

治疗选择考量因素

- ① 指南推荐 / 专家共识 (23/30)
 - 个别医生还会关注指南推荐等级
- ② PD-L1表达 (18/30)
 - 超半数医生认为使用单抗需要有考虑PD-L1表达情况，但仅11名医生主动提及
 - 1-2位医生认为无论PD-L1是否表达，联合单抗都有很高效果
- ③ 患者经济能力 (15/30)
 - 对于晚期患者，医生会把所有可选的治疗方案告知患者，由患者自行决定
- ④ 疗效 (13/30)
 - PFS、OS较ORR可能更为重要
- ⑤ 局部治疗可能性 (10/30)
- ⑥ 安全性 (6/30)
- ⑦ 其他考量因素还包括：前线治疗方案、药物适应症、患者体能状态、QoL等

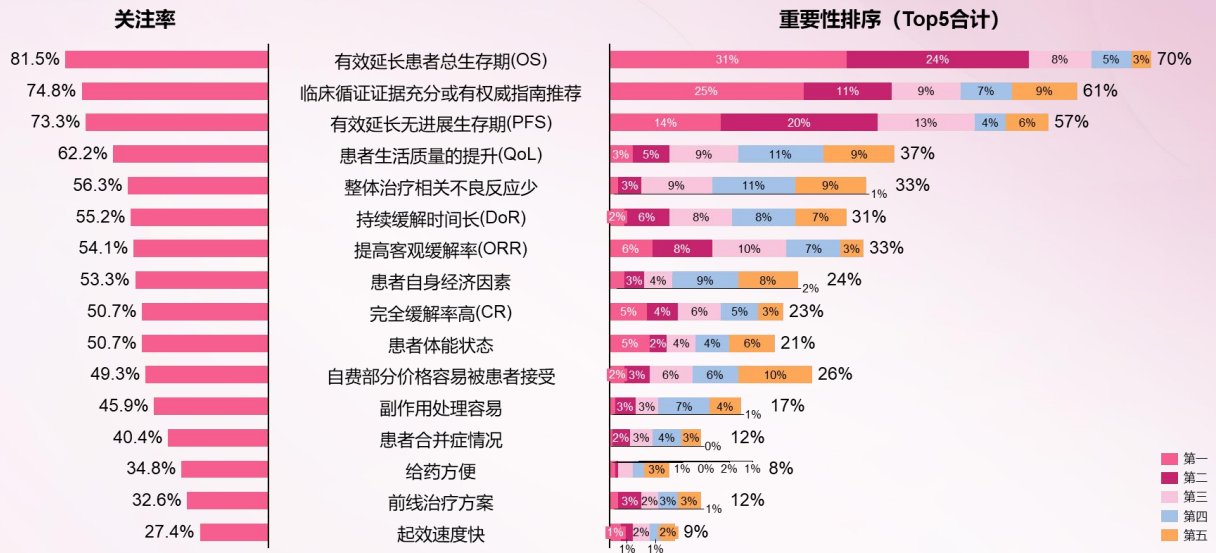
治疗选择

- ① 化疗+免疫±抗血管 (26/30)
 - 56%患者在晚期一线使用单免治疗，25%一线使用双抗治疗，是否联合免疫主要取决于患者经济水平
 - PD-1单抗主要适用于PD-L1阳性患者，安全性更好
 - 免疫双抗适用于所有患者，但多数医生主要用于PD-L1表达阴性患者，也可适用于经治复发、有远处转移、体能较好的患者，有少数医生更倾向于使用双抗，因为疗效更好、较帕博利珠单抗更便宜
 - 是否联合抗血管主要取决于出血/瘘发生风险
- ② +放疗 (11/30)
 - 局部复发/转移患者医生会考虑优先使用放疗治疗
- ③ +手术 (3/30)
 - 部分患者如仍有手术机会，也可再次手术
- ④ 化疗±抗血管 (3/30)
 - 仅少数医生考虑仅化疗治疗，主要由于当地患者经济水平
- ⑤ 免疫+抗血管 (1/30)

二、一线治疗现状的调研结果分析

1. 一线治疗考虑因素

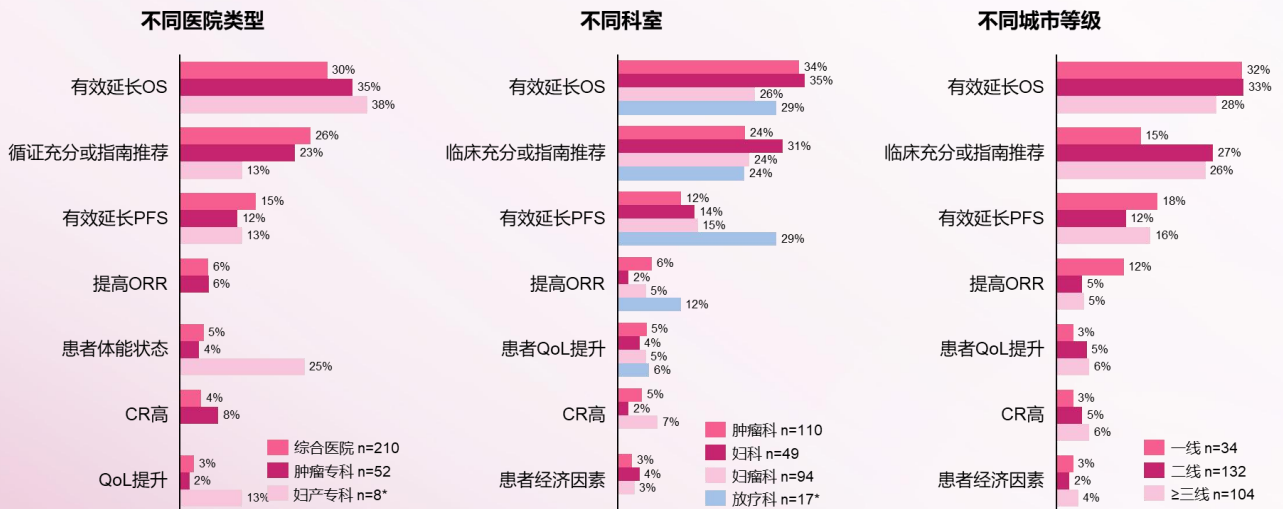
临床医生最关注的核心因素仍集中于生存获益与循证证据，其中OS是最重要的考量，其次为循证证据充分或得到权威指南推荐以及PFS。与局晚期治疗相比，医生在一线阶段对QoL和药物耐受性的关注度提升，与对ORR、CR及DOR的重视程度相似。这一变化反映出在疾病晚期，治疗目标在疗效基础上，加入生活质量作为考虑因素。



C1.在为晚期一线宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

2. 一线治疗考虑因素亚组分析 (TOP1考量因素)

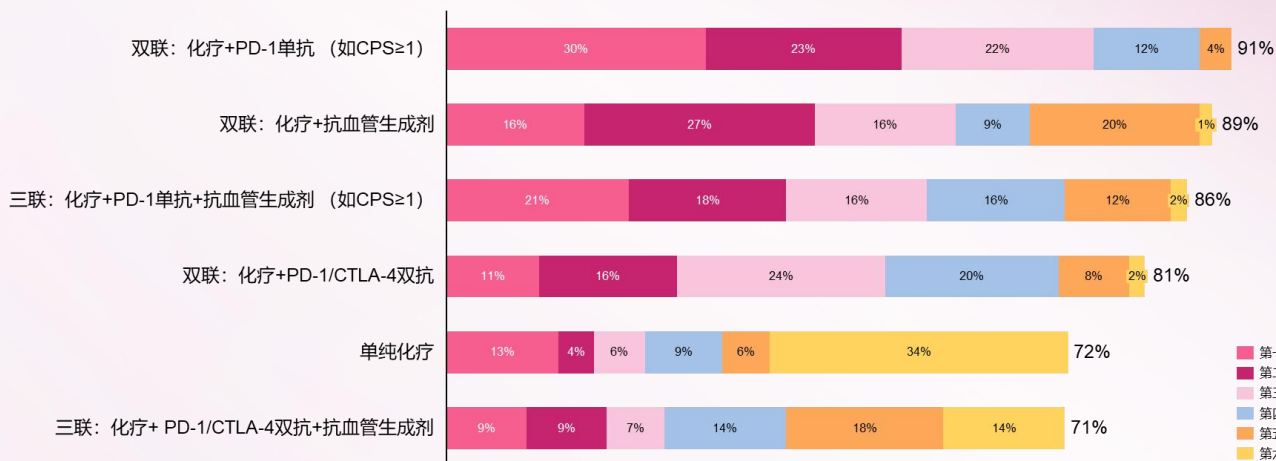
不同医院类型、科室及城市等级的医生在一线治疗的关键考量因素上表现出高度一致性。这意味着生存获益与证据支撑仍是临床制定治疗方案的核心框架。



C1.在为晚期一线宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

3. 一线治疗选择

化疗联合 PD-1 单抗 (±抗血管生成药物) 已成为当前宫颈癌一线治疗的首选方案, 占比约 51%, 免疫双抗在一线中的首选比例约为 20%。整体来看, 免疫治疗在一线阶段已广泛应用, 71% 的医生在其首选方案中已将免疫治疗纳入治疗组合, 体现出免疫药物在一线治疗体系中的标准治疗地位。



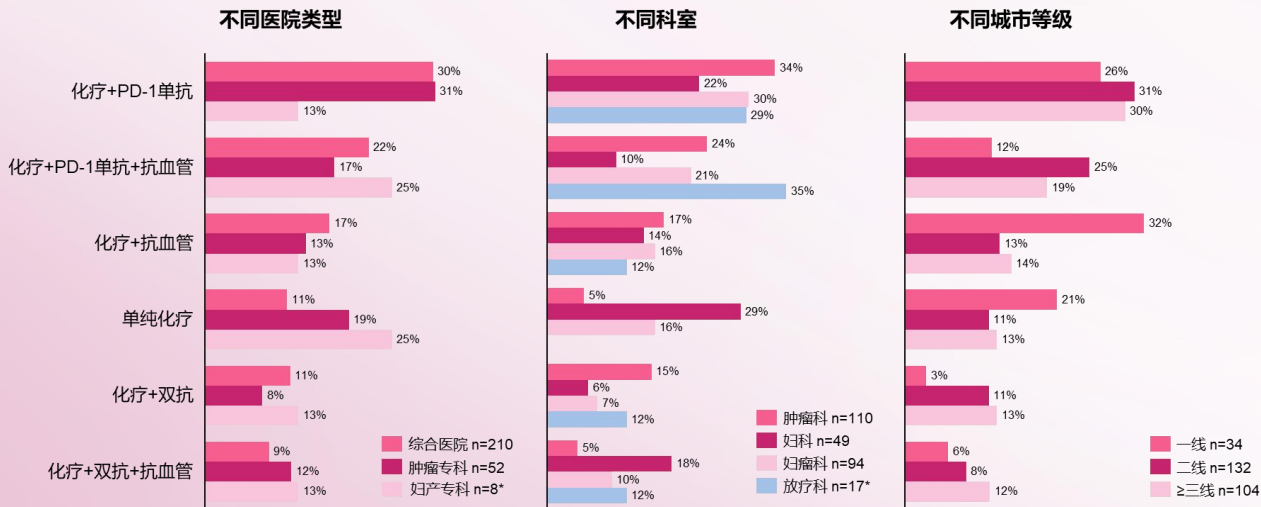
C2.对于晚期一线治疗阶段的宫颈癌患者, 您选择以下治疗方案的比例按照从高到低排序依次为? 【排序, 治疗方案占比最高的排第一位, 依次类推】

4. 一线治疗选择亚组分析 (TOP1治疗选择)

不同医院类型之间对于宫颈癌一线治疗的首选治疗方案整体分布较为接近。

在科室层面, 不同科室医生在一线治疗上的选择呈现一定差异。妇科医生更倾向于选择单纯化疗作为一线方案首选。

不同地区城市医院, 一线城市首选以化疗+抗血管, 化疗+PD-1单抗为主。



C2.对于晚期一线治疗阶段的宫颈癌患者, 您选择以下治疗方案的比例按照从高到低排序依次为? 【排序, 治疗方案占比最高的排第一位, 依次类推】

三、未来一线免疫使用预测

访谈结果分析

对于免疫治疗的未来应用，临床预期总体积极，约 90% 的医生认为免疫在宫颈癌治疗中的使用比例将持续上升，免疫治疗在一线治疗体系中的地位有望进一步强化。然而，患者经济承受能力仍被视为限制免疫治疗进一步普及的主要因素之一，可能持续影响免疫治疗在真实世界中的可及性与使用比例。

未来一线免疫使用预测

显著上升至 >70% (27/30)

大多数医生认为，未来化疗+免疫+抗血管生成药物治疗比例会继续升高

- 大半医生认为免疫单抗会是主要选择，因为价格更经济，且安全性更好，双抗使用仍需更多证据支持
- 小半医生认为免疫双抗会是主要选择，因为双抗效果更好

可能维持当前水平10-60% (3/30)

- 少数医生认为，患者经济情况、医保政策支持可能仍是未来免疫使用的主要阻碍，因此使用量可能与现在相当，或仅略有增长

四、一线治疗SD处理

访谈结果分析

对疾病稳定（SD）时的处理策略较为清晰。约半数医生倾向继续维持原有治疗方案，另一半医生会在现有方案基础上进行药物增加或调整，而直接更换至二线治疗的比例较低。

部分医生认为应更换方案，因为一线治疗如不能很好的控制病情，二线及后线治疗效果可能会更差，改善疗效也有利于增加患者治疗信心

方案选择：

- 如患者既往未使用化疗+免疫+靶向，医生会选择加上尚未使用的药物
- 部分医生也会考虑调整化疗/免疫治疗药物

调整时机：

- 多数医生会等第二次评估后（6个周期后）调整治疗方案
- 少数医生在第一次评估后（3个周期后）调整治疗方案



第六部分 复发或转移性宫颈癌二线及后线治疗

一、二线及后线治疗考量

1. 访谈结果分析

在二线及后线治疗的决策中，临床医生普遍强调多个关键因素对方案选择具有重要影响。其中，患者的完整既往治疗史为判断后续治疗路径提供基础信息；患者的体能状态在确定治疗强度与可耐受性方面发挥决定性作用；药物疗效影响后续方案的优先级与组合方向。

治疗选择考量因素

① 患者治疗史 (29/30)

- 不同的前线用药方案会产生不同的后线选择
- 14/29医生还关注患者初始分期、是否手术/放疗，前线治疗维持时间等完成情况

② 患者体能状态/耐受性 (15/30)

后线患者体能状态较前明显下降，可能无法耐受化疗或多药联合方案

③ 药物疗效 (13/30)

- 4/13医生更重视OS，认为生存获益更重要
- 4/13医生更重视ORR或DOR，因为目前二线及后线研究仅有ORR/DOR数据

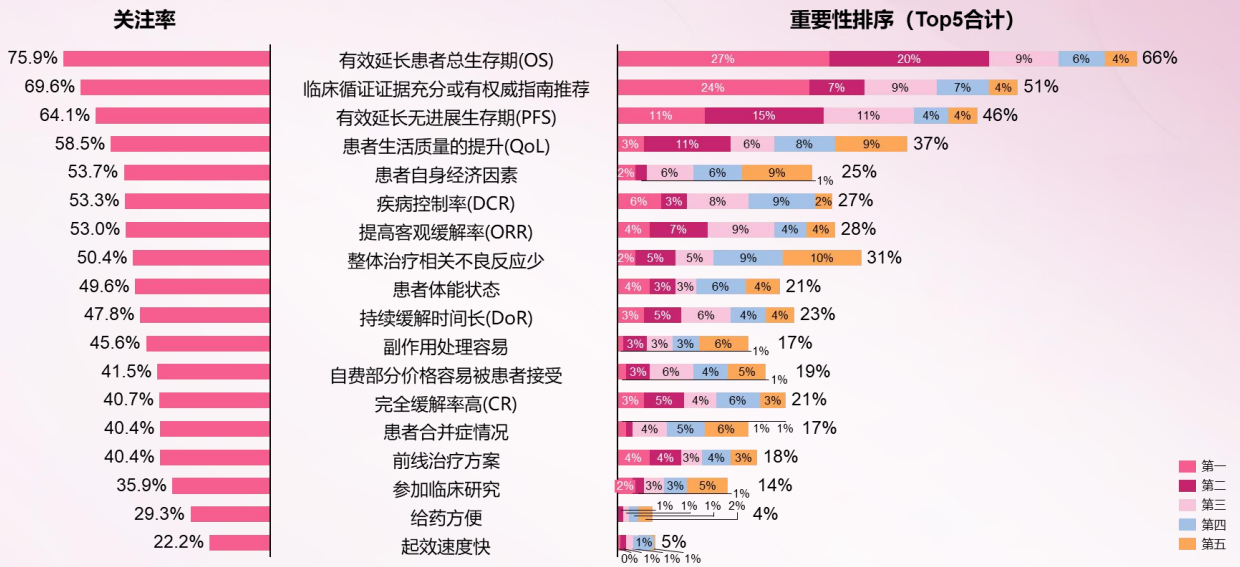
④ 患者经济能力 (13/30)

如患者经济水平较好，会推荐ADC类药物

⑤ 其他考量因素还包括：标志物表达情况、生活质量、肿瘤与其他脏器位置关系等

2. 调查问卷结果分析

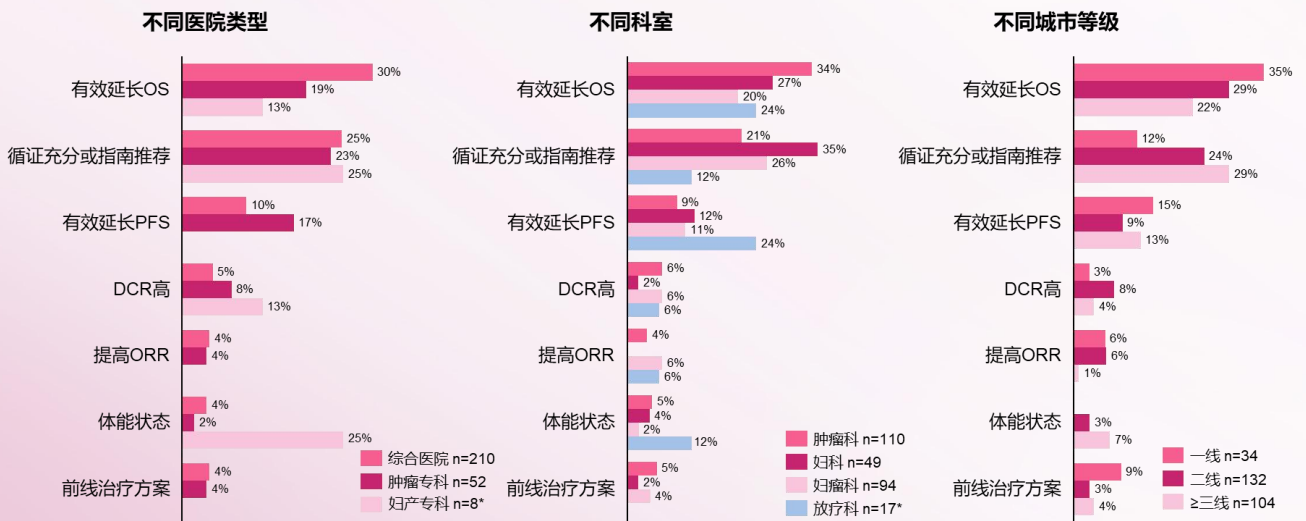
调研显示，OS依旧是最重要的考量因素，其次为循证证据充分或获得权威指南推荐以及PFS、QoL。随着治疗线次的推进，医生对患者自身经济因素的关注度有所提升。



C3.在为晚期二线及以上宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

3. 二线治疗考虑因素亚组分析 (TOP1考量因素)

不同医院类型、科室和城市等级的医生对于关键考量因素展现出一致的判断，即有效延长OS、循证证据充分/有指南推荐、有效延长PFS。这提示生存获益与证据基础仍然是指导晚期治疗决策的共同框架，也是跨区域、跨机构的临床共识。



C3.在为晚期二线及以上宫颈癌患者选择药物治疗时，您主要会考虑哪些因素？请选择5项您认为更重要的因素，并进行排序，最重要的排第一。【多选排序】

二、免疫经治二线及后线治疗选择

1. 免疫经治二线及后线治疗选择的访谈结果分析

对于免疫经治后的二线患者，ADC 相关方案成为首选，其中“ADC±免疫/小分子TKI”被认为有治疗潜力的策略，其后依次为“化疗+免疫±抗血管生成治疗”等综合方案。整体来看，ADC 类药物在免疫经治人群中显示出更核心的治疗地位。

① ADC±免疫/小分子TKI (10/30)

- HER2阳性可使用维迪西妥单抗或德曲妥珠单抗
- TF ADC维替索妥尤单抗及TROP2 ADC芦康沙妥珠单抗或戈沙妥珠单抗不需检测
- 部分药物可能需要患者参加临床研究使用

② 化疗+免疫±抗血管 (9/30)

- 如一线使用单抗，二线可换用双抗，或抗PD-L1单抗，也可根据前线治疗缓解期决定是否继续使用PD-1单抗
- 如一线使用双抗，二线可换用单抗

③ 临床研究 (6/30)

- 对于免疫经治患者，医生推荐参加临床研究意愿更高

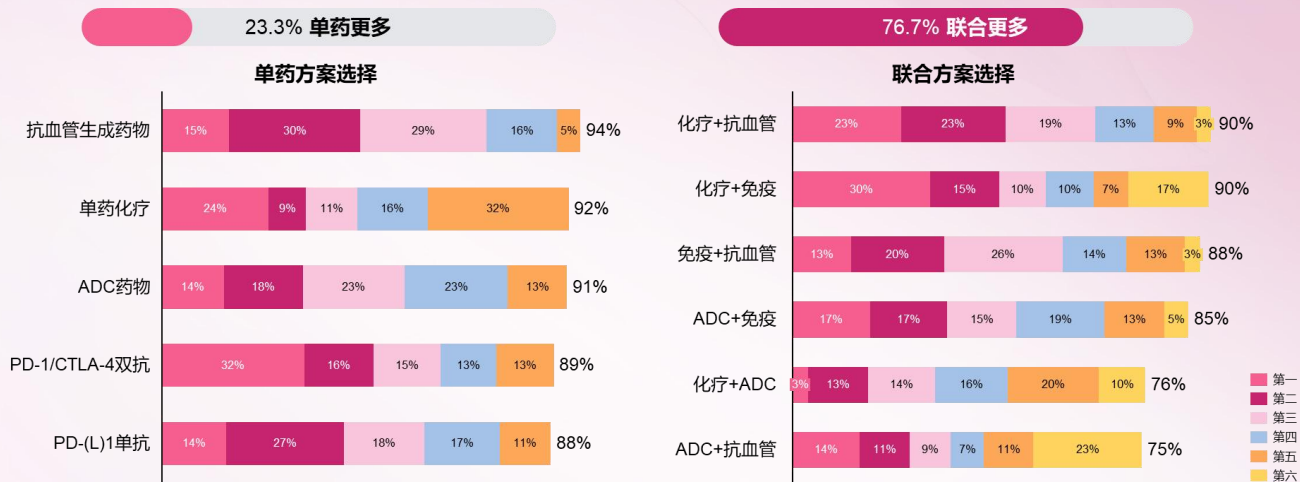
④ 单纯化疗 (3/30)

⑤ 局部治疗 (2/30)

2. 免疫经治二线及后线治疗选择的调查问卷结果分析

在二线及后线治疗的方案选择中，联合治疗仍占主导地位，约 77% 的医生倾向选择联合方案。其中，以首选化疗为基础的组合最为常见，包括“化疗+免疫”和“化疗+抗血管治疗”占据前两位。以 ADC 为核心的联合方案紧随其后，其中“ADC+免疫”和“ADC+抗血管生成药物”显示出较高的临床接受度。

在单药治疗方面，首选比例最高的是免疫双抗，其次为化疗、抗血管生成药物、ADC 单药和免疫单抗。



C4.对于既往使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药和联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

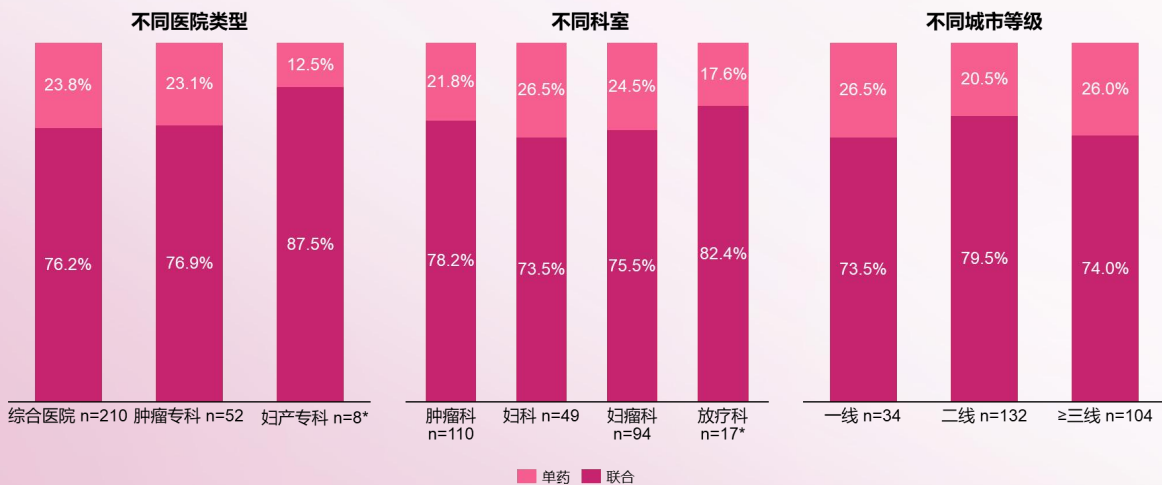
C5.对于既往使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

C6.对于既往使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

总体来看，无论在专家访谈还是问卷调研中，ADC在免疫经治后的二线治疗中均展现出突出的临床地位。医生在后线治疗中仍以联合方案为主，其中化疗联合免疫或抗血管仍占据主要比例，但以ADC为核心的联合或单药方案的使用意愿和接受度正持续提升，显示出ADC在未来≥二线治疗体系中的重要性将进一步增强。

3. 免疫经治二线及后线治疗选择亚组分析

在不同医院类型、科室及城市等级之间，二线及后线治疗中选择单药或联合方案的比例整体保持相对一致。



C4.对于既往使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药和联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

三、免疫能否再挑战？

访谈结果分析

对于既往已接受免疫单抗治疗，免疫治疗能否再次使用？目前缺乏前瞻性、大样本数据，医生通常会进行经验性给药，根据前线治疗的疗效与耐受性，决定是否继续使用免疫单抗或在后续治疗中转换为免疫双抗方案。值得关注的是，对于在前线已使用免疫治疗但随后出现疾病进展的患者，约 70% 的医生表示会在后续治疗中考虑免疫“再挑战”，显示出免疫治疗在实际临床场景中的持续价值与探索空间。

免疫再挑战可行性

可进行再挑战 (21/30)

- 患者前线免疫单抗治疗有效维持>6个月，免疫停药后进展、治疗期间无严重免疫相关不良反应，可以考虑再次使用免疫单抗，但需要更换具体药物

不建议再挑战 (9/30)

- 如果患者前线接受过免疫单抗治疗，无论有效性如何，都不应再次使用免疫单抗，但可以考虑更换免疫双抗，除非有进一步证据支持可进行免疫再挑战

四、非免疫经治二线及后线治疗选择

1. 非免疫经治二线及后线治疗选择的访谈结果分析

未接受过免疫治疗的二线患者，化疗仍是最常见的首选基础方案，其中以“化疗+免疫±抗血管生成治疗”的组合应用最为普遍，其次为“化疗±抗血管治疗”。在免疫尚未使用的情况下，ADC 联合免疫或小分子 TKI 也被部分医生视为可选方案，而临床研究或单药治疗通常作为更后序的备选路径。

① 化疗+免疫±抗血管 (12/30)

- PD-1单抗：PD-L1阳性
- 双抗：二线首选双抗（医保）

② 化疗±抗血管 (10/30)

- 可能更换或不更换化疗方案
- 抗血管包括贝伐珠单抗和小分子TKI（如安罗替尼等）

③ ADC±免疫/小分子TKI (7/30)

- HER2阳性可使用维迪西妥单抗或德曲妥珠单抗
- TF ADC维替索妥单抗及TROP2 ADC芦康沙妥珠单抗或戈沙妥珠单抗不需检测
- 部分药物可能需要患者参加临床研究使用

④ 临床研究 (5/30)

- 在开展临床研究的医院，更倾向于先推荐后线患者入组

⑤ 免疫单药 (4/30)

- 二线免疫单药治疗效果不佳，仅不愿意/不耐受化疗患者使用

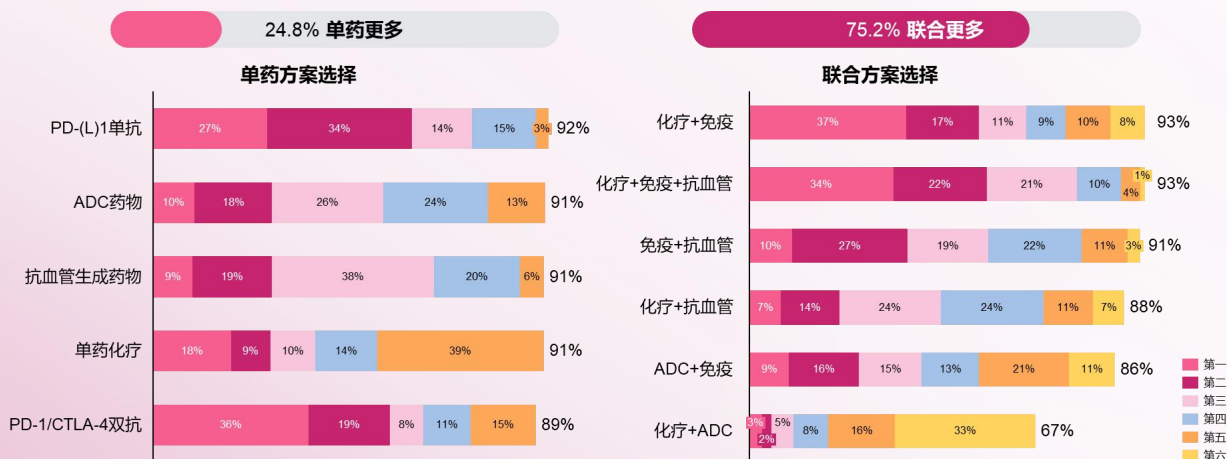
⑥ 局部治疗 (3/30)

- 包括放疗和手术

2. 非免疫经治二线及后线治疗选择调查问卷结果分析

非免疫经治在二线及后线治疗的方案选择中与免疫经治相同，仍以联合治疗（75%）占据主导地位，其中首选免疫为主的组合最为普遍。“化疗+免疫”与“化疗+免疫+抗血管治疗”为最常见的两类方案，其次为“免疫+抗血管生成药物”和“ADC+免疫”显示免疫联合在临床实践中的广泛应用。

在单药治疗部分，免疫类药物同样占主要地位。双抗单药与免疫单抗为最主要选择，其后依次为化疗和ADC单药。这一趋势表明，无论在单药还是联合治疗策略中，免疫治疗已成为晚期治疗体系的关键组成部分。



C7.对于既往未使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药和联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

C8.对于既往未使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

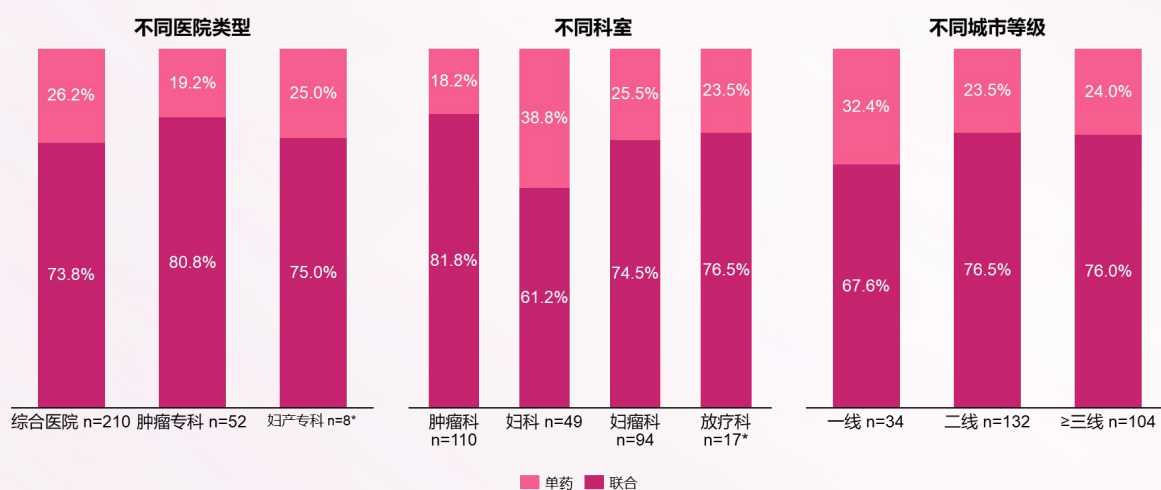
C9.对于既往未使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

总体来看，对于前线未接受免疫治疗的二线患者，临床实践仍以联合治疗为主，其中化疗+免疫（±抗血管）是最普遍的选择。免疫药物在单药与联合方案中均占据核心地位，ADC相关方案虽次于免疫组合，但已展现一定应用潜力。

整体趋势显示，无论患者是否接受过免疫治疗，二线治疗策略均呈现多样化特征，以联合治疗为主，且目前尚未形成统一的标准路径。

3. 非免疫经治二线及后线治疗选择亚组分析

不同医院类型、科室及地区城市医院中，医生首选方案以联合方案为主。



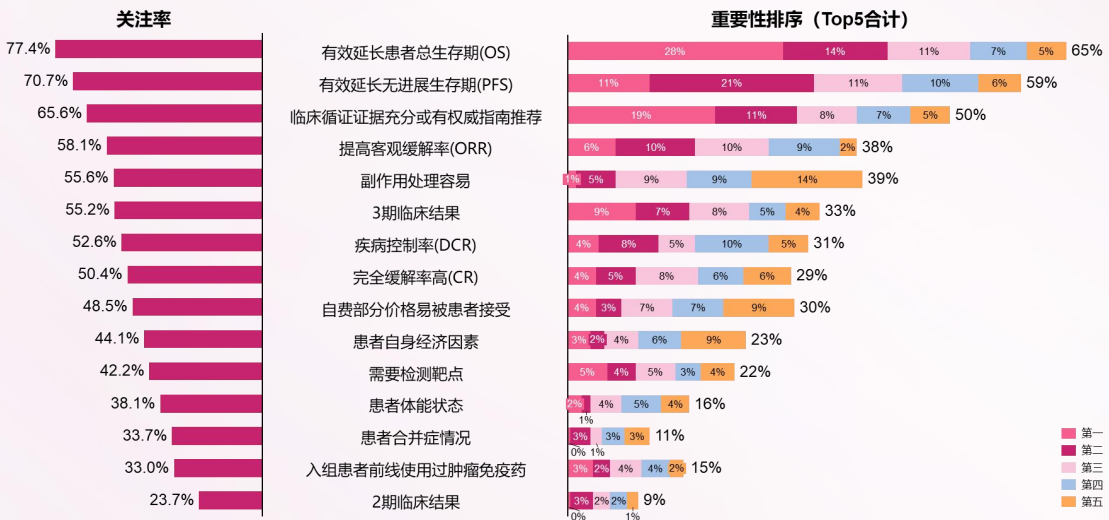
C7.对于既往未使用过免疫药物的患者，晚期二线及以上治疗阶段，您单药和联合药物的比例按照从高到低排序依次为？【排序，治疗方案占比最高的排第一位，依次类推】

第七部分 ADC药物

一、ADC药物考量因素调查问卷结果分析

1. 调研结果分析

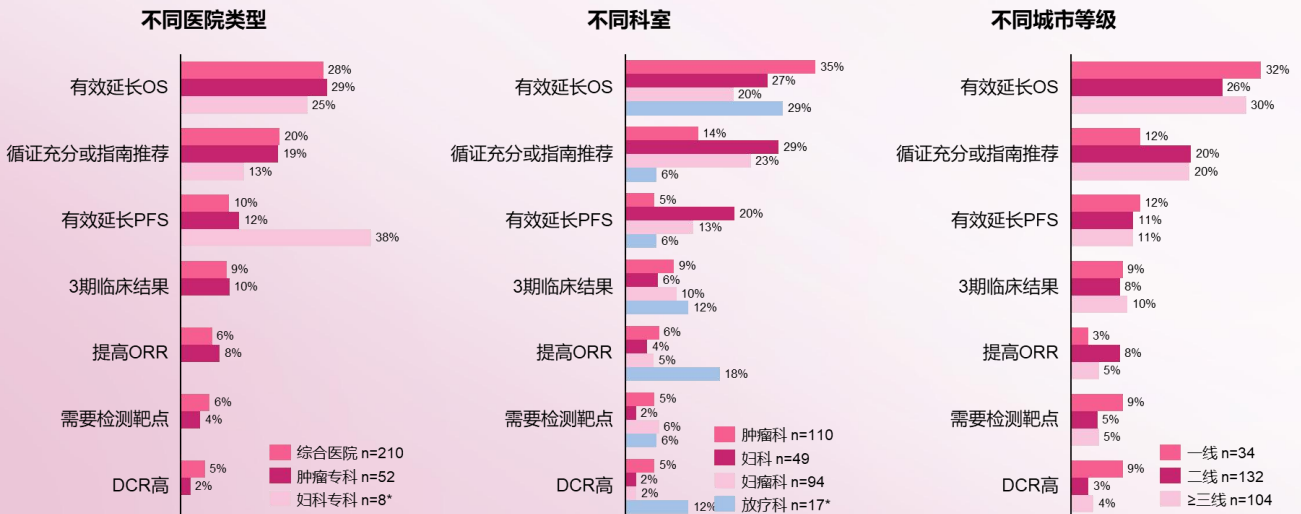
在ADC的评价维度中，临床医生最为关注的核心因素依次为OS、PFS、循证证据充分或得到权威指南推荐、ORR、副作用处理容易以及3期临床结果。这一关注顺序显示，医生在选择ADC时更强调明确的生存获益和扎实的循证基础，访谈中多位医生表示期待更多ADC药物3期高证据级别数据。



您对于ADC药物，更关注药物的哪个方面？

2. ADC类药物关注项亚组分析 (TOP1考量因素)

不同医院类型、科室以及城市等级的医生均展现出高度一致的判断，普遍将OS、循证证据充分或得到权威指南推荐、PFS视为最重要的决策依据。这一跨机构、跨区域的一致性趋势表明，生存获益与证据质量依然是推动ADC应用的核心临床框架。



二、ADC药物考量因素访谈结果分析

访谈中，几乎所有医生都知晓ADC类药物，普遍认为ADC类药物是一种精准的靶向化疗，ADC药物载荷具有细胞毒性可以直接杀伤肿瘤细胞，但对ADC类药物对旁观者效应及免疫激活的作用机制不了解。

目前宫颈癌二线及后线治疗选择有限，临床医生普遍认为ADC药物相较于传统治疗更具确定性的疗效优势，是宫颈癌二线及后线的重要治疗选择。ADC首选人群：免疫经治、不能耐受化疗、有对应靶点表达（若有要求）、经济条件允许。目前靶向人表皮生长因子受体2（HER2）ADC需要检测，HER2阳性患者可用，HER2检测在妇科肿瘤中标准不统一、病理标本的时间/空间异质性不同，需要进一步完善。靶向组织因子（TF），滋养层细胞表面抗原2（Trop2）ADC治疗宫颈癌不需检测，不受限于标本取材，临床应用更便捷。超过一半医生会考虑联合用药，主要与免疫/抗血管生成药物联用，以提高疗效。

绝大多数医生不会考虑在短期内将ADC用于宫颈癌一线治疗方案，证据等级不足、价格等都是用药阻碍，但认为一线是ADC未来发展方向。需要与目前标准治疗方案化疗±免疫相比有优效性3期临床证据才可以支持ADC药物在一线的使用。

与此同时，医生认为ADC药物有其特殊的不良反应，但安全性基本是可控的。也强调了ADC的特殊不良反应需得到充分关注，尤其是间质性肺炎。对于其他眼部毒性、口腔炎、腹泻及其他不良反应，医生普遍认为需要在临床实践中建立更明确的监测和管理路径，以确保治疗的安全性与可控性。

ADC	提及	疗效	特异性毒性
维替索妥单抗	12	拥有3期临床研究，OS获益明确，有指南推荐，不需检测	眼部毒性、出血风险
维迪西妥单抗	9	实际使用有效，临床常用，对HER2低表达也有效，价格相对便宜，可及性好	总体耐受性较好，不良反应谱与化疗接近
德曲妥珠单抗	7	疗效数据经验、强阳性患者效果好	间质性肺炎（顾虑大）
戈沙妥珠单抗*	6	后线疗效可，TROP2在宫颈癌中表达率高，不需检测	腹泻、中性粒细胞减少
索米妥昔单抗	5	效果可能与叶酸水平表达相关	眼部毒性
芦康沙妥珠单抗*	4	后线疗效可，TROP2在宫颈癌中表达率高，不需检测	口腔炎

*戈沙妥珠单抗、芦康沙妥珠单抗目前以临床研究应用为主

第八部分 白皮书调研总结及倡议

1

生物标志物检测

发现

- 以PD-L1为主免疫相关标志物推荐比例最高，其次HPV及ADC相关检测

倡议

- 规范生物标志物检测，统一检测范围和时机
- 对于PD-L1和HER2等生物标志物检测，完善检测样本要求、统一检测标准和方法

2

局晚期宫颈癌诊疗

发现

- 同步放化疗±免疫是首选治疗方案，免疫首选比例19%

倡议

- 同步放化疗+免疫有显著临床获益，明确免疫优势人群，规范药物使用

3

复发或转移性宫颈癌一线治疗

发现

- 免疫在一线广泛使用，71%医生首选方案中包含免疫治疗

倡议

- 免疫+化疗±抗血管生成药物为主要方案，未来几年更多免疫药物3期研究公布，需规范免疫药物的剂量、疗程，避免随意停药或换药

4

复发或转移性宫颈癌二线及后线治疗

发现

- 二线治疗方案多样，以联合为主，无标准方案
- 对于新型ADC药物有认知，临床实践少，对特殊AE处理有顾虑

倡议

- ≥二线治疗需明确前线治疗史，合理选择对应治疗方案
- 加强妇科肿瘤ADC指南巡讲，促进规范化诊疗落地，尤其特殊AE的预防及处理，期待更多3期临床数据

附录

城市级别对应的城市分布（2024年版）

2013年，《第一财经周刊》首次提出了“新一线”城市的概念。他们认为行政级别和GDP已经不能恰当地反映城市商业魅力和经济增长潜力，他们用170个品牌和19家互联网公司的城市数据，已连续3年做出了覆盖338个中国城市的榜单。2024年5月30日第一财经发布了《2024年新一线城市魅力排行榜》，并对评价体系作了一轮较大的改版，榜单仍采用与15家互联网公司和数据机构合作的方式，结合新一线城市研究所自有的商业和产业大数据，围绕商业资源集聚度、城市枢纽性、城市人活跃度、新经济竞争力和未来发展潜力五大一级维度来评估337座地级及以上城市的综合魅力表现。

一线城市							
北京市	上海市	深圳市	广州市				
新一线城市							
成都市	杭州市	重庆市	苏州市	武汉市	西安市	南京市	
长沙市	天津市	郑州市	东莞市	无锡市	宁波市	青岛市	合肥市
二线城市							
佛山市	沈阳市	昆明市	济南市	厦门市	福州市	温州市	常州市
大连市	石家庄市	南宁市	哈尔滨市	金华市	南昌市	长春市	南通市
泉州市	贵阳市	嘉兴市	太原市	惠州市	徐州市	绍兴市	中山市
台州市	烟台市	珠海市	保定市	潍坊市	兰州市		
三线城市							
乌鲁木齐市	临沂市	海口市	湖州市	扬州市	盐城市	洛阳市	唐山市
济宁市	廊坊市	泰州市	赣州市	呼和浩特市	镇江市	芜湖市	汕头市
邯郸市	江门市	淄博市	银川市	南阳市	淮安市	绵阳市	连云港市
阜阳市	新乡市	咸阳市	三亚市	威海市	桂林市	漳州市	遵义市
宜昌市	宿迁市	沧州市	衡阳市	柳州市	襄阳市	莆田市	九江市
菏泽市	滁州市	湛江市	上饶市	德州市	肇庆市	揭阳市	邢台市
泰安市	周口市	株洲市	岳阳市	聊城市	宁德市	商丘市	荆州市
常德市	宜春市	六安市	蚌埠市	东营市	枣庄市	马鞍山市	丽水市
鄂尔多斯市	安庆市	信阳市	包头市	南充市	安阳市		