

患癌女性生育困境：“母亲梦”遥不可及？

超半数医生和患者处在“生育力保护”的认知盲区



医师报讯（融媒体记者 管颜青 秦苗）近年来，“生育力保护”这一话题引起了学术界与社会的广泛关注。据统计，我国每年约有180万名女性被新诊断为肿瘤患者，其中育龄期和育龄前期的女性占据了显著比例，约有26万人。更令人忧心的是，在全球高发的十大肿瘤中，竟有五种与女性的生殖系统息息相关，它们分别是乳腺癌、宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢癌和血液病。

日前，在北京大学人民医院举办的“恶性肿瘤患者生育保护”媒体见面会上，北京大学人民医院王建六教授指出，许多女性在尚未完成生育使命，或仍有生育的梦想时，却不幸遭遇了癌症的侵袭。她们不仅要勇敢地与病魔抗争，还可能面临丧失生育能力的残酷现实。这种身心的双重打击，对她们的心理和生活质量造成了难以言喻的巨大冲击。

郑州大学第三附属医院管一春教授团队公布的最新调查结果，则揭示了残酷的另一面：新诊断的肿瘤患者在面对紧迫的治疗选择时，往往需要在极短的时间内做出关于生育力保护的决策。这无疑增加了她们的心理负担，使得她们在迷茫与恐惧中挣扎。更令人遗憾的是，只有不足半数的患者能够从肿瘤科医生那里获得关于生育力保护的宝贵信息。而肿瘤复发的阴影，以及卵巢刺激药物可能促进肿瘤细胞生长的恐惧，更成为她们踏上生育力保护之路的初始障碍。

“为什么医生没有说？”

2023年，首都医科大学附属北京妇产医院妇科内分泌科主任阮祥燕团队发起一项问卷调查，涵盖全国各地491名医务工作者和440名患者。这项调查不仅引发了对女性生育力保护的深刻反思，更揭示了当前医疗体系在这一领域的巨大盲区。数据表明，超过半数的患者或患者家属表示，在肿瘤治疗的紧要关头，医生并未明确告知治疗可能对卵巢功能带来的负面影响，也未提供关于生育力保护的宝贵信息。

一方面，近年来，疾病治疗过程中的医源性因素，尤其是癌症的放化疗，对女性卵巢功能的不可逆影响日益受到社会的关注。数据显示，我国女性中肿瘤的发病率逐年增高，并且呈现出年轻化的趋势。尽管肿瘤死亡率每年下降2%，其中15~44岁肿瘤患者的生存率高达60%~82%，但在这份生存的喜悦背后，却隐藏着另一个沉重的现实：80%的肿瘤生存患者在经过治疗后，不幸罹患不孕症。

“特别是对于血液系统恶性肿瘤患者来说，化疗后卵巢功能衰竭的比率高达65%~86%；而对于40岁以下的乳腺癌患者来说，化疗后约有15%的人无法恢复正常月经”北京大学人民医院妇产科副主任田莉在接受《医师报》记者采访时，透露出深深的忧虑和无奈。

另一方面，王建六提到，在我国当前的医疗体系中，肿瘤医生和生殖医生往往各司其职，肿瘤医生主要专注于肿瘤的治疗，而生殖医生则更关注生殖健康与生育问题。这两个学科之间的合作尚不够紧密，缺乏有效的沟通与协作机制。因此，对于那些同时面临肿瘤治疗和生育力保护需求的患者来说，他们往往发现自己处于一个被忽视的交叉地带。导致他们经常发出“为什么大夫从没跟我说过生育力保护的事”的疑问。



生育力保护并非一个科室能完成

近年来，无论是国内还是国外各大学协会都十分关注女性生育力保护问题。王建六指出，目前专家共识一致认为对于年龄≤40岁、生存可能性大、健康状况可以耐受后续妊娠的患者，如果抗肿瘤治疗可能导致生育力丧失的风险较高，且保护生育力的治疗对患者健康风险低，那么可以考虑进行生育力保存。

北京大学人民医院妇产科副主任刘国莉教授以子宫内膜癌患者的生育力保护为例，详述了医院整个孕期的管理流程。一般流程为：孕前需由妇科肿瘤、生殖内分泌及产科专家联手，全面评估患者的子宫内状况、卵巢功能以及最适宜的受孕方法，并识别血栓风险、肝功能状况、体重问题以及代谢综合征等潜在风险；妊娠期中要注重监控肿瘤内科并发症、宫颈健康及胎盘状况，并根据需要决定是否进行抗凝治疗。至于分娩和产褥期，多学科团队会基于产科情况确定最佳的分娩时机和方式。只有整个流程紧密合作，才能确保患者安全并尽可能保留其生育能力。

但在临床具体实施中也面临诸多问题。王建六指出，相比国外完整的实践体系，我国的生育力保护工作起步较晚，由于该工作涉及“多个链条”的相互协助配合，才能顺利实施，并非某一个科室就能单独完成。这些“混杂因素”是一直未能形成统一且有效的实践体系的原因。这可能是导致患者在面临生育力受损风险时，未能及时采取保存措施的主要原因。“生育力保护是一项系统性工作，其中任何环节稍有差池，都将前功尽弃。”王建六说，以上每个流程不仅加重了患者的心理和经济负担，这些因素也是影响患者是否选择并坚持进行生育力保存的充分必要条件。

保命还是保生育？

保护生命与保留生育的权衡

回想起初次听闻医生提议切除子宫的那一刻，刘欣（化名）的心情依旧五味杂陈，难以言表。作为一位子宫内膜癌患者，她的求子之路挣扎多年。结婚多年，她屡屡尝试却未能如愿怀孕，而医院的检查结果更是如同晴天霹雳，给她带来了子宫内膜癌的噩耗。在辗转多家医院求诊的过程中，医生的建议无一不是：“若想保命，必须切除子宫。”这对她来说，无疑是沉重的打击。

尽管丈夫认为即使没有孩子，生活依然可以继续，但刘欣心中的“妈妈梦”却始终难以割舍。幸运的是，命运之神最终为她开启了一扇希望之窗。在王建六团队的精心治疗下，刘欣不仅保住了子宫，更圆了她梦寐以求的母亲梦。当孩子呱呱坠地的那一刻，她仿佛获得了新生，重新找回了面对生活挑战的勇气和力量。

然而，并非每个人都能如此幸运。王建六还清晰地记得，十多年前，另一位已婚未孕子宫内膜癌患者在面临摘除子宫的选择时，他内心的犹豫与挣扎。尽管他深知手术意味着要切除子宫，但患者及家人的坚

决态度最终还是让他选择了手术。然而，遗憾的是，术后没几年，患者便因无法生育而遭遇了离婚的变故。当他再次见到患者和她年迈的父母，得知她的现状时，内心不禁充满了痛惜之情。他耳边时常回响着患者父母当年的话语：“她以后没有孩子，我们也都老了，留下她一个人该怎么办啊？”

王建六在接受《医师报》记者采访时感慨，这两位女患者的遭遇只是众多年轻女性肿瘤患者面临生育困境的一个缩影。她们所经历的痛苦和挣扎，实际上反映了这一群体共同面临的问题——肿瘤患者的生育力该如何得到保护和实现？

生育保护理念更迭

生育力保护是个统称，通常分为生育力保留、生育力保护和生育力保存这三种技术，每种技术适用的人群因人而异。如生育力保留是在肿瘤治疗中尽量采取保守性手术（如单侧附件切除、双侧卵巢肿物剥除术）、保守性药物治疗（如大剂量孕激素治疗子宫内膜癌），尽量减少对卵巢的损伤；生育力保护是指在化疗前做特殊处理，使用药物来抑制卵巢功能，减少卵巢功能损害；生育力保存是指通过辅助生殖技

术获取精子、胚胎或卵母细胞或卵巢组织并将其冷冻保存，待患者后期有生育需求时再将其移回体内。

“在生育力保护方面，我们最新的理念是尽可能逆转肿瘤，而非彻底杀灭或破坏它。”王建六强调，“这既需要确保治疗效果显著，又要尽可能帮助患者实现生育的愿望。”因此，“逆转肿瘤”成为最关键的一步。基于此理念，王建六团队创新性地提出了“子宫内膜癌保育治疗4R理念”，即“逆转肿瘤-保留器官-重塑功能-完成生育”。这四个步骤紧密相连，通过先进的治疗技术尽可能保留患者的器官功能，并通过重塑生理功能最终实现生育愿望。王建六补充，针对不同的妇科肿瘤患者，获得保育治疗后应进行个体化综合治疗策略。如子宫内膜癌患者主要采用以药物保育（如孕激素）为主的保育方案，包括一线方案 and 二线联合方案，维持治疗方案等；宫颈癌患者则根据不同阶段采用不同保育手术，治疗重点是优化手术方案和保障生殖功能；卵巢癌患者需要在手术时保留卵巢，并在化疗期间预防治疗，以防药物对生殖功能的损伤。