

保留妇科肿瘤患者生育功能的四重考虑

这不仅是单纯的医疗问题，而是一个‘医学－社会－心理’问题

▲ 本报记者 赛洁 见习记者 南婉清

二胎开放、妇科肿瘤患者趋向年轻化，她们的生育保留问题引发越来越多的关注。随着科技的发展，各种新的治疗手段层出不穷，让业界看到了希望。本报特邀妇产科领域两位权威专家，就肿瘤患者的生育保留展开深入讨论。

话题一：二胎放开，保留妇科肿瘤患者生育功能面临什么现状？

保留肿瘤患者生育功能日渐迫切

狄文教授：妇科肿瘤患者日趋年轻化，保留其生育功能已成为重要问题。如何在不影响肿瘤治疗效果的前提下，选择合适的治疗手段，尽可能地保留患者生育功能是临床医生的难题。这不是单纯“一刀切”的问题，应强

调充分评估、综合治疗、终生随访。

育龄女性宫颈癌高发，子宫内膜癌患者数量也呈上升趋势，有25%的患者发病是在绝经前。对于这些患者来说，既要治疗肿瘤，又强烈希望保留生育功能，这无

论对她们个人还是家庭关系的稳定都有重要意义。

薛敏教授：宫颈癌位列全球女性恶性肿瘤的第三位，近年呈明显的年轻化趋势。由于现代社会女性生育年龄推迟及二胎政策的开放，很多宫颈患者有着强烈的生育要求。

卵巢癌是致死率最高的妇科恶性肿瘤，其中90%为上皮性卵巢癌。虽然上皮性卵巢癌的高发年

龄为56~60岁，但约12%发生在生育期年龄，其中许多女性有生育要求。由于对肿瘤生物学行为的不断认识和治疗手段的不断改进，上皮性卵巢癌的预后有了较大的改观，尤其早期病例的5年生存率已达90%以上。因此，保留其生育功能的治疗成为可能。

话题三：保留妇科肿瘤患者生育功能的具体措施有哪些？

肿瘤手术是生育保存的根本

狄文教授：对于早期宫颈癌，在排除其他高危因素情况下，可以考虑保留生育能力。但对于每位患者，医生需要个体化的分析、彻底的风险评估、充分的医患沟通，才能制定合理的治疗方案。而且治疗后需要严密的随访，例如早期的子宫内膜癌患者采用大剂量孕激素治疗期间，需要随时监测患者的病情，有些甚至需要每个

月到医院随访评估病情是否进展；而对于没有随访条件的患者需要谨慎选择治疗方案，激素治疗并不可取。

早期的卵巢恶性肿瘤或卵巢交界性肿瘤患者保留生育功能手术后，完成生育后需要进行全面的手术，这部分患者的复发概率还是非常高的，肿瘤一旦复发将会严重影响患者的预后。

薛敏教授：关于早期宫颈癌保留生育功能的手术适应证，虽然已趋于一致，但仍存在争议。目前，早期宫颈癌保留生育功能的手术治疗可简单分为广泛性宫颈切除术和保守性手术（宫颈锥切、单纯性宫颈切除）。

中美指南推荐保守性手术

2014年美国国立综合癌症网络指南推荐

2014年中华医学会妇科肿瘤分会建议

(1) I A1期，无淋巴血管间隙受侵；
(2) I A1期，伴淋巴血管间隙受侵或 I A2期。

(1) I A1期和 I A2期子宫颈鳞癌；
(2) I A1期子宫颈腺癌。

国内广泛性宫颈切除术适应证

01 渴望生育的年轻患者；

患者不存在不孕的因素；

03 肿瘤≤2cm；

临床分期为 I A2 ~ B1期；

05 鳞癌或腺癌；

阴道镜检查未发现子宫颈内口上方有肿瘤浸润；

07 未发现区域淋巴结有转移。考虑性广泛性宫颈切除术。

话题二：保留妇科肿瘤患者生育功能最应考虑什么？

保留生育需医患双方共同努力

狄文教授：妇科肿瘤患者保留生育功能已经不仅是一个医疗问题，而是一个“医学－社会－心理”问题，对患者的身心有重要影响。作为一名

合格的医生，需要在全面评估患者病情的前提下，严格掌握保留生育功能手术的指征。

绝不能因为患者的不合理性要求而作出错误的选择，带来无法挽回的

伤害。

对于保留生育功能的妇科肿瘤患者的治疗，我们更强调医患双方充分沟通、专业评估、适时干预、终身随访，才能让患者获益最大化、风险最小化。

薛敏教授：宫颈癌的发病呈年轻化趋势，保留生育功能的同时获得良好的肿瘤结局与生育结局是患者与医师共同的追求。应根据患者宫颈癌分期，术者的经验，以

及医院硬件选择安全适宜的手术方式。纵观卵巢癌治疗现状，对保守性治疗的认同度在不断提高，保留生育功能治疗已成为年轻早期患者治疗决策中不可或缺的组成部分。

话题四：保留妇科肿瘤患者生育有何新进展？

辅助生殖技术助力生育保留

狄文教授：对于进行保留生育功能手术的患者，术后原则上建议尽快完成生育，许多患者手术后往往需要借助辅助生育技术。例如人工授精、试管婴儿才能尽快受孕；怀孕后除了需要正规的产检外，还需要做一些特殊检查，例如宫颈癌的患者术后往往宫颈管非常短，宫颈机能不全，妊娠期间需要进行

宫颈缝扎预防流产；一旦完成生育，有些妇科肿瘤要求患者再次进行全面完整的手术，包括切除卵巢及子宫。

在上海市仁济医院妇产科，此类患者往往是纳入妇科肿瘤多学科治疗评估体系，对临床上病例每周组织各个学科专家会诊、专人随访、生育期间严密监测、生育后的评估。

薛敏教授：随着辅助生殖技术（宫腔内人工授精、体外受精与胚胎移植和单精子卵泡浆注射等）的开展，不孕已不是保留生殖功能手术治疗的绝对禁忌证，但是术前需对夫妻双方生育能力综合评估。

临床认为，只有肿瘤≤2cm可用保留生育功能手术。但研究认为，肿瘤>2cm也可行此类手术。通过术前行新辅助化疗缩小癌灶、降低肿瘤分期后，再行根治性宫颈切除术，但目前还存在很多争议。