

宫颈癌保育手术：留住生命的土壤

复旦大学附属肿瘤医院肿瘤妇科 陈小军

宫颈癌是最常见的女性生殖系统肿瘤。根据最新的流行病学调查，我国每年宫颈癌新发病例 15.1 万，而近 30 年来，宫颈癌发病趋于年轻化，育龄期女性约占 40%。因此，越来越多就诊的宫颈癌患者提出保留生育功能的诉求，宫颈癌保育手术的出现为这一群患者带来了生育希望。

一、什么是宫颈癌保育手术？

女性内生殖器主要包括附件（卵巢和输卵管）、子宫和阴道，而子宫以子宫峡部为界，分为子宫体和子宫颈。受精卵在输卵管形成后，被输送至子宫体，然后在子宫内膜“着陆”，逐步发育成胚胎，而宫颈峡部在妊娠终末发展成为宫体下段，扩大宫腔，而宫颈内口松弛或者宫颈过短，可导致胎膜破裂引起晚期流产。可以说宫体是胎儿发育的土壤，宫颈是保卫胎儿安全的城门。当宫颈上发生癌症，传统意义上的根治性手术需要将宫体连同宫颈一起切除，以达到手术安全范围。此外，还需要根据肿瘤累及的范围选择性切除淋巴结和子宫周围组织，甚至部分阴道。这种较为彻底的切除方

式，也让患者彻底失去了生育能力。

20 世纪 80 年代起，外科医生们不断探索既能保住胎儿发育的子宫体，又能使肿瘤切除达到安全范围的手术方法。简单来说，保育手术就是在传统手术范围基础上，完整保留子宫体，并将子宫体和阴道上端相连。或许有人会问，虽然守住了土壤，但是维系胎儿安全的城门该怎么办？外科医生们创造性地将不可吸收的缝线环扎于宫体残端，像收紧口袋一样，用于预防孕期流产或早产。

另外，部分患者在宫颈切除后，可能会发生宫颈口粘连，从而导致月经排出不畅或者受孕困难。后来，外科医生们创新性地将 T 型节育环去除铜丝后置于宫腔内，在有效预防宫颈粘连的同时，不影响后续磁共振等影像检查。

二、哪些患者适合保育手术？

对于哪些患者可以施行保育手术，需要从患者本身和肿瘤两方面去考虑。

1. 患者因素包括生育意愿和生育能力。强烈的生育意愿是宫颈癌保育手术开展的前提，此外 40 岁以上的女性需慎重考虑保育手术。

一般来说，卵巢储备功能随着年龄的增长而逐年下降，同时术后部分患者需接受化疗，而化疗也会进一步损伤卵巢功能，显著降低妊娠成功率。

2. 肿瘤因素包括肿瘤大小和淋巴结转移、远处转移情况等。前文提到切除宫颈后，需要在术中或者妊娠早中期在残端做宫颈环扎，有研究表明术后残留宫颈小于1 cm时，胎膜早破和早产风险显著提高。同时，目前一般认为距离肿瘤8 mm以上是安全切缘。因此，从肿瘤角度而言，肿瘤太大，距离宫颈内口过近，是不适合做保育手术的。此外，肿瘤发生淋巴结转移或者远处转移，是保育手术的禁忌症。因此在术前需要完善盆腔磁共振检查，来明确肿瘤上缘和宫颈内口的关系以及是否存在淋巴结转移，此外还需要完善胸部影像检查或者PET/CT，排除肺等远处器官转移。

经过20年探索，“复旦标准”对于宫颈癌患者中可接受保育手术的进行明确界定：

① 年龄 \leq 45岁，有保育需求，且没有临床证据提示不孕症；

② 病理诊断明确的宫颈浸润性鳞癌、腺癌、腺鳞癌；

③ 病灶局限于宫颈，无区域淋巴结转移，无远处转移；

④ 按照国际妇产科分期联盟（FIGO）分期标准2009版IA1期伴脉管癌栓或者切缘阳性，并且锥切后宫颈阴道结构破坏；分期为IA2和IB1期（肿瘤大小 \leq 4 cm）；

⑤ 锥切术后4~6周，急性炎症期消退；

⑥ 不适合阴道手术。

三、宫颈癌保育手术会有哪些风险？

虽然保育手术可以留住子宫，在带来希望的同时，仍有不少患者存在顾虑。

1. 保育手术，会不会切不干净？增加复发风险？

就笔者所在的医疗机构，回顾性分析了333例经开腹保育手术治疗的宫颈癌患者，仅有3.7%的患者5年内复发，98.6%的患者存活时间超过5年，与传统宫颈癌根治手术相比，并无显著差异。所以开腹保育手术具有很高的安全性。此外，一般认为宫颈癌鳞癌、腺癌、腺鳞癌与激素水平无关，怀孕并不会增加患者复发风险。本中心保育术后怀孕的宫颈癌患者中并无孕期出现复发的案例。

2. 术后多久可以备孕？

对于术后病理无危险因素的患者，可在术后半年开始备孕。若患者存在肿瘤直径 \geq 3 cm，深肌层浸润，淋巴脉管间隙浸润这3个危险因素，建议患者补充化疗，并且在化疗结束至少半年至一年再尝试怀孕。

3. 备孕成功率有多少？宫颈癌保育手术是否会让母体和胎儿面临额外的风险？

就妊娠结局而言，国外曾报道3 000多人的大样本研究，因为社会、心理等多方面的原因，最终仅有40%的人选择备孕。而这1 200余人中，因为宫颈狭窄、排卵障碍、男性因素等等，最后有55.4%的人成功怀孕。怀孕的人当中，约有70%的人成功分娩。保育术后残留宫颈缩短，对应的宫颈黏液也减少，容易发生上行性绒毛膜羊膜炎或者胎儿感染，胎膜早破

等。文献提示残留的宫颈小于 1 cm，早产率会高达 66.7%。

4. 患者在产前产后需额外注意哪些问题？有哪些需要注意的问题？

宫颈保育术后的每次妊娠都应视作高危妊娠。如果妊娠前未行宫颈环扎，应在妊娠 14 周时考虑宫颈环扎。孕中晚期注意休息，如果有宫颈功能不全或者宫缩的迹象，应考虑住院保胎治疗。在妊娠 37 周起选择进行剖宫产。产后可正常哺乳，但仍需定期随访宫颈癌相关检查。

手术和辅助生殖技术的发展助力更多年轻宫颈癌患者实现生育愿望，同时达到肿瘤根

治的目的。需要强调的是，即便我们有诸多治疗手段，我们仍不能掉以轻心。90% 以上的宫颈癌是由 HPV 病毒持续感染造成的，病因明确。

此外，从 HPV 感染发展至宫颈癌是一个缓慢的过程，所以宫颈癌理论上是可防、可控的恶性肿瘤。定期行宫颈癌筛查可及早发现和治理宫颈癌前病变或者早期宫颈癌，对于减轻患者疾病负担和提高保育手术成功率具有重要意义。

“留住生命的土壤”不仅仅是妇科肿瘤医生的奋斗目标，每个女性自身也需重视宫颈癌筛查，共同努力以完成国家“加速消除宫颈癌行动计划”。

