

# 妇科恶性肿瘤保留生育功能临床诊治指南

李文芸 卓倩

新疆医科大学附属肿瘤医院 新疆 乌鲁木齐 830000

**摘要：**目的：分析妇科恶性肿瘤患者保留生育功能的治疗方法及其效果。方法：选择我院纳入的妇科恶性肿瘤患者作为观察对象，患者均通过手术治疗，对照组采取宫颈癌根治术，观察组采取保留生育手术，对比患者生活质量及并发症情况、手术相关指标。结果：观察组手术时间及出血量相比对照组， $p>0.05$ ；观察组患者生活质量高于对照组， $p<0.05$ ，观察组与对照组并发症发生率对比， $p>0.05$ 。结论：通过保留生育手术治疗，患者生活质量有所改善，但手术指标及并发症与常规手术相比差异不大，患者在术后妊娠率较高。

**关键词：**妇科恶性肿瘤；保留生育功能；诊治指南

伴随妇科肿瘤发病率增高，年轻女性在治疗肿瘤的同时，对保留生育功能有一定的要求。妇科恶性肿瘤以手术治疗及放疗为主，此类治疗方法会破坏患者的生殖功能，治疗后部分患者丧失生育能力。在恶性肿瘤治疗过程中，年轻患者对保留生育功能有一定的需求。对此，还需根据患者病情早期诊断及及时治疗，为保留生育功能提供条件。医生在治疗肿瘤过程中，需结合患者情况综合考虑。妇科肿瘤疾病治疗涉及多个学科，包括心理学及社会学等学科。在妇科肿瘤治疗过程中，传统治疗方式关注患者病情，现代医学治疗方式关注以人为本。在治疗时保护患者的心理及生理功能，为患者提供综合诊疗。对此，将我院收治的宫颈癌患者作为观察对象，观察组采取保留生育手术治疗取得显著的效果，以下为详细报告。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院2018年3月-2021年5月纳入的宫颈癌患者作为观察对象，据患者手术方式分组，两组各有30例。患者年龄在24-45岁，平均年龄(36.41±3.54)岁，其中，宫颈癌I期22例、宫颈癌II期25例、宫颈癌III期13例。组间一般资料对比， $p>0.05$ 。

**纳入标准：**产妇均同意相关的手术方式，经病理学检验确诊。

**排除标准：**将合并甲状腺疾病及免疫系统疾病的妇女排除。

### 1.2 方法

**对照组：**全身麻醉后，采取宫颈癌根治术，取膀胱截石位，保留宫颈，完成锥形切除，缝合切口，并清扫盆腔淋巴结。

**观察组：**采取保留生育功能手术治疗，全麻后，将患者侧腹膜开启，游离髂动脉及输卵管，将腹膜区域暴露，切除盆腔淋巴结，观察患者为病理阴性后完成手术，手术过程中，开启腹膜，并进入宫颈口，切除宫颈膀胱韧带周围的子宫动脉，将输卵管调整到宫口位置缝合，对子宫动脉行电切分离，重建宫颈外口，缝合腹腔。

### 1.3 观察指标

观察手术指标，包括手术时间及术中出血量，对比患者生活质量(SF-36)，包括生理功能、心理功能、躯体疼痛及精神健康。对比患者并发症发生率，包括感染及宫颈粘连、膀胱功能异常。

### 1.4 统计学处理

选择统计学软件spss22.0处理，计数资料标准差±表示， $t$ 值检验，计数资料概率%表示，卡方检验， $p<0.05$ 差异有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 组间手术指标对比

观察组手术时间及出血量相比对照组差异不明显， $p>0.05$ ，见表1。

表1 组间手术指标对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

分组	n	手术时间(min)	出血量(ml)
对照组	30	174.54±31.56	150.41±10.54
观察组	30	173.88±30.55	151.31±10.52
$t$		1.541	1.682
$p$		0.068	0.075

### 2.2 组间生活质量评分对比

观察组生活质量评分高于对照组， $p<0.05$ ，见表2。

表2 组间生活质量评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

分组	生理功能	心理功能	躯体疼痛	精神健康
对照组(n=30)	45.41±4.54	45.24±4.85	46.41±4.12	44.41±4.25
观察组(n=30)	56.12±5.41	57.41±5.45	56.41±5.41	54.41±4.85
$t$	10.545	9.421	8.456	9.541
$p$	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.3 组间并发症发生率对比

观察组并发症发生率低于对照组， $p>0.05$ ，见表3。

表3 组间并发症发生率对比 (n, %)

分组	n	感染	宫颈粘连	膀胱功能异常	发生率
对照组	30	1	2	1	4(13.33)
观察组	30	1	0	2	3(10.00)
$\chi^2$					1.024
$P$					0.065

## 3. 讨论

宫颈癌是临床常见妇科疾病，在诊断过程中，应当完成以下检查。

①阴道检查：在检查过程中，主要观察患者宫颈外形及病灶形态、大小、是否发生溃疡等，通过阴道指诊有利于了解病灶情况及范围，思考患者是否发生接触性出血。②双合诊：在诊断过程中，需要掌握子宫位置、形状、活动度，掌握附件区及宫旁组织是否存在结节或者包块。③阴道镜检查：此类检查对宫颈细胞学异常的患者具有适用性，可观察阴道组织情况，通过阴道镜检查宫颈柱状交界位置是否存在异常，根据检查结果完成组织学检查，从而提升检查准确性。在诊断过程中，观察宫颈良性病变及恶性病变等，自细胞学确诊宫颈组织活性，以此诊断宫颈病变情况。

宫颈癌保留生育功能的手术主要是宫颈锥切术、广泛宫颈切除术、单纯性宫颈切除术，国际妇产科联盟针对宫颈癌疾病提出相关的分期标准，根据分期标准完成保留生育功能治疗，比如，肿瘤直径在2cm以下的宫颈癌患者，处于IB1期及选择性IB2期年轻患者并具有强烈意愿的情况下可以采取保留生育治疗。

妇科恶性肿瘤在临床较为常见，年轻女性发生恶性肿瘤后，需要尽可能保留生育功能，但保留生育功能具有风险，肿瘤专家应当根据患者的情况，思考治疗患者的风险性，从而推荐相关的治疗方案，在保证患者生命健康的前提下完成保留生育功能治疗，进一步提升患者的生活质量及预后效果。本文对宫颈癌患者进行研究，观察组采取包括生育功能手术治疗取得显著效果，观察组患者生活质量优于对照组，对此，针对有生育要求的恶性肿瘤患者，采取保留生育功能手术治疗具有重要意义。

### 参考文献

- [1] 文秋月, 杨一华, 刘博, 韦植耀, 黄银, 邓荣, 冯铿, 覃爱平. 年轻妇科恶性肿瘤患者保留生育力及再生育治疗的研究进展[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2019, (10):853-858.
- [2] 刘雪兰, 郭华, 哈春芳. GnRH-a 对保护年轻妇科恶性肿瘤患者化疗后卵巢功能的研究[J]. 现代妇产科进展, 2018, 27(09):657-660+664.
- [3] 杨佳欣, 沈铿, 王遥. 妇科恶性肿瘤保留生育功能治疗的现状与展望[J]. 山东大学学报(医学版), 2018, 56(05):1-7.