



治痛还是保肠? 一个也不能少

本报记者 张冰清 通讯员 孙美燕 魏安东 金薇薇

女生痛经能有多痛?原发性的痛经已经让人难以忍受,如果是继发性疾病带来的,疼痛程度又将呈指数级上升。

浙大妇院妇二科徐萍副主任医师见过这种疼痛的具象化表现——不少因子宫内膜异位症导致痛经的患者,肚子上都有一块暗红色的皮肤,那是常年用热水袋热敷留下的色素沉着。

子宫内膜异位症被称为痛苦不堪的“良性癌症”,一直是妇科领域难题。徐萍迎难而上,啃下这块硬骨头。



为痛经全欧洲求医未果 海外华人艰难回国治疗

徐萍介绍说,子宫内膜异位症是指有活性的内膜细胞种植在子宫内以外的位置而形成的妇科疾病,内膜细胞本该生长在子宫腔内,但由于子宫腔通过输卵管与盆腔相通,使得内膜细胞可经由输卵管进入盆腔异位生长。当内膜细胞发生局部远处转移,与周围组织产生粘连,就可能对其他组织或器官造成侵袭和破坏。

久居意大利的华人阿玲(化名)有很长的痛经史,程度日益加重,还伴随肛门坠胀、大便稀薄,当地医院检查后才发现患了子宫内膜异位症,并已经侵犯到肠道。意大利医生提出要剔除内异病灶,切除部分直肠,同时进行保护性回肠造瘘术,术后3个月再次回纳肠管。

阿玲无论如何都无法接受,于是又辗转了欧洲多个国家求医,然而医生都给出了几乎一致的答案,于是阿玲就想回国寻找专家。因为疫情,阿玲着手报备、审批、隔离,经过几个月的辗转,跨越几万公里终于回到祖国,经人推荐后来到了浙大妇院。

隐藏深部的内异症被揪出 多年盆腔痛终获对症解决

当不听话的内膜细胞离开“老家”子宫腔,最易侵犯卵巢,形成卵巢型内异症,即通俗说的巧克力囊肿,大约占80%左右;分布在盆腔腹膜和各个脏器表面的是腹膜型内异症,约占10%~15%;深部浸润型内异症可侵犯阴道穹隆、直肠阴道隔、直肠或结肠壁,也可累及膀胱壁和输尿管,约占子宫内膜异位症的10%~15%;此外还有侵犯其他部位的内异症。

徐萍强调说,深部浸润型内异症病情最重、预后最差,临床上又难以发现。由于位置太深,它甚至能逃过精密的影像学检查,更考验医生的经验和技巧。

一个多年盆腔痛的患者,一直按照慢性盆腔炎治疗,最终辗转来到浙大妇院。徐萍给她做经阴道、直肠、腹部的三合诊检查时摸到了许多硬性的小结节,组织质地很硬,一碰就产生剧痛,触痛感明显,这是典型的



经过徐萍所在的妇二科团队综合评估后,确定了最后的手术方案——采用腹腔镜下剔除盆腔内异病灶,并尽可能避免肠道切除及造瘘。

术中真实的情况比预想的还要复杂——内异症不仅侵犯了直肠,还侵犯了双侧输尿管。通过精细的微创手术,团队完成了直肠内异症病灶的圆盘状切除,并完美地修补了肠管,最终的结果是解决了病灶,既没有造瘘,也没有留下难看的刀疤,同时保护了盆腔内的脏器。

深部内异症表现。但患者对此将信将疑。

于是徐萍选了个折中的办法,先开两个疗程抑制卵巢功能的药物,停掉一个月的月经,观察盆腔痛是否会消失。结果如她所料。患者这才遵医嘱继续服药控制,解决了多年的盆腔痛。

徐萍说,子宫腺肌病也会导致进行性加重的痛经、经量增多严重贫血、子宫增大及生育力下降。药物治疗效果因人而异,药物治疗效果不良的弥漫性子宫腺肌病患者在以往只能选择根治性子宫切除术。

但是现在,弥漫性子宫腺肌病灶剔除术在徐萍所在的妇二科团队已经是一种常规开展的术式了,在最大限度去除病灶的前提下,帮助患者保留子宫,甚至改善反复辅助生殖技术助孕失败的腺肌病患者的生育力,让她们最终实现为人母的心愿。

保大还是保小? 一个也不能少

本报记者 张冰清 通讯员 孙美燕 魏安东

十年肿瘤科生涯,栗宝华偶尔会感到沮丧,尤其是看到终末期患者病情恶化却无能为力时,不免感到无奈;转行产科后,他从陪伴病人最后一程变成迎接新生命第一道曙光,每一次新生儿的啼哭都让他倍感幸福。

作为一个具备妇科肿瘤丰富诊治经验的产科医生,浙大妇院产五科栗宝华主任医师不仅能沉着应对危急重症产妇生产时的突发状况,更擅长救治妊娠合并宫颈癌的产妇。

当他深耕多年的两大专业强强联合时,孩子得以顺利降临人世,母亲的癌症也能得到有效控制。



36岁终于艰难怀孕 生产前查出宫颈癌

宫颈癌是妊娠期最常见的恶性肿瘤,大约每10万次妊娠中可发生1~10例。伴随着国人性生活年龄提前、生育年龄推后,以及开放三孩生育政策等,妊娠期合并宫颈癌的比例呈上升趋势。

栗宝华说,其实宫颈癌是一种相对惰性的癌症,它有明确的癌前病变症状,从感染HPV病毒到宫颈癌,往往需要几年的时间。但产妇妊娠期雌激素水平上升、子宫血供增加,这些都会大大加速宫颈癌的进展。

36岁的刘女士(化名)是一名不孕不育患者,曾经流产过一次,后来通过“试管婴儿”好不容易才怀上

了宝宝。她在孕29周+时子宫异常出血,当地医院B超检查发现了一个五六公分的肿块,随即转院到浙大妇院,经磁共振等检查后确诊为“妊娠合并宫颈恶性肿瘤ⅡA2期(中分化腺癌)”。

刘女士如遇晴天霹雳,当母亲的快乐一扫而空,取而代之的是对疾病的恐惧和对胎儿的担心。尽管如此,她对医生说的第一句话仍然是,“一定要保住孩子。”

栗宝华说,“我们理解患者的心情,但还是要结合产妇和胎儿双方的情况,综合定制个性化的治疗方案。”

保大同时也要保小 剖宫产后切除肿瘤

浙大妇院组织多个科室进行了多学科联合会诊(MDT),医院党委书记、妇科肿瘤专家吕卫国,院长、妇科肿瘤专家汪辉也参与了讨论,最后专家组给出了三个治疗方案——

第一个,促胎分娩,剖宫产后进行肿瘤根治切除,再进行放疗化疗。这样宝宝无法足月生产,需要新生儿科悉心的监护和支持;

第二个,在医生严密监护下,暂缓治疗,延长孕周,宝宝足月生产后再治疗宫颈癌。这个方案对宝宝最好,但妈妈可能发生癌细胞肝转移、肺转移,加大后续治疗的难度;

第三个,先打化疗,同时延长孕周,这样可以规避癌细胞转移的风险,但宝宝也许会受到化疗的影响;

一开始,爱子心切的刘女士想选择第二种方案。但栗宝华劝她,浙大妇院拥有强大、成熟的新生儿科团队,许多低体重的早产儿因此都能像其他孩子一样健康成长,建

议她考虑第一种方案。

最终,刘女士同意了方案,在孕30周+时同时接受了剖宫产和宫颈癌根治术。手术从早上9点一直做到下午1点,主刀的栗宝华先将宝宝剖宫产产出,紧急转运到新生儿重症监护室(NICU)的保温箱里看护,接着和妇科肿瘤专家胡东晓主任医师一起,一点点仔细剥离肿瘤、清扫盆腔,确保没有残留。

术后,刘女士在重症监护室(ICU)醒来,迷迷糊糊中第一句话就问,“宝宝怎么样,多少斤?”医护告诉她,孩子1560克,新生儿评分10分,正在NICU香甜地睡着呢。

栗宝华说,每次接诊妊娠期合并宫颈癌的患者,他都感到十分惋惜,因为这本完全可以通过预防和筛查有效避免。

在发达国家几乎所有孕产妇都会进行常规的妊娠期宫颈癌筛查;而国内这项检查的普及还有待提高,比如浙江省的妊娠期宫颈癌筛查数,还不足孕产妇总数的1%。

国内外的诊治指南一致建议,妊娠前一年内未进行宫颈癌筛查的孕产妇,都应该在孕期或产后进行筛查。

为此,浙大妇院专门开设了“妊娠期宫颈疾病筛查门诊”,为有生育计划及已经怀孕的有需要孕妇,提供有针对性的检查和治疗。

