

Discussion on the Protection Measures of Female Fertility Ability

Guolan Wang Ling Peng

Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Public Health Medical Treatment Center, Chongqing, 400010, China

Abstract

The net population growth in China has been decreasing year by year in the past five years, and under the promotion of policies, there is currently no upward trend in 2023. Fertility and willingness to conceive are key factors, this paper explores the reduction of fertility caused by gynecological malignancies, reproductive tract infections, endocrine diseases, infectious diseases, etc., in order to improve female fertility. It delves into the protection of female fertility, improvement of fertility, and quality of birth.

Keywords

increase the population; gynecological tumor; infectious diseases; preconception care

浅谈女性生育能力保护对策

汪国兰 彭灵

重庆市公共卫生医疗救治中心妇产科, 中国·重庆 400010

摘要

中国人口净增长近5年逐年递减,在政策推动下,2023年暂无上升趋势。生育能力及生育意愿是关键,论文从妇科恶性肿瘤、生殖道感染、内分泌疾病、传染性疾病等导致生育力下降的方面,为提高女性生育力而探讨,深入对保护女性生育力、提高生育能力及出生人口质量的探讨。

关键词

提升人口数量; 妇科肿瘤; 传染性疾病; 孕前保健

1 引言

从妇产科角度,女性生育能力及生育意愿的下降是出生率下降的主要因素,论文对有生育愿望、但无生育能力的人群,如妇科恶性肿瘤患者,对影响妊娠及妊娠结局疾病的诊治,传染性疾病妊娠相关的指导,孕前保健及产前诊断的精细化管理进行等逐一探讨。

2 妇科恶性肿瘤患者生育力的保护

谈癌色变,癌症患者通常以保命为主,要求术中能切多少切多少,无暇顾及保留生育能力(子宫、卵巢)。现如今肿瘤患者年轻化,保留生育意愿人群增加,在保留生育能力前,需要妇科、肿瘤及生殖等多学科对患者年龄、肿瘤的类型及分期、时间限制、是否卵巢转移、解剖因素、全身状态及夫妇双方生育能力等制定个性化治疗方案。

2.1 子宫颈瘤

它保留生育功能指征:1A1期无脉管浸润可行子宫颈锥切术;1B1期、1B2期的鳞癌,可行根治性子宫颈切除术。

锥切加腹腔镜下淋巴结评估可能是早期宫颈癌患者保留生育能力治疗的一种安全可行的保守选择。早期子宫颈瘤的子宫颈锥切或子宫颈广泛切除,是可以保留子宫及卵巢的,即保留了生育能力。当然,按照宫颈疫苗接种原则,提高宫颈疫苗接种和宫颈癌筛查覆盖率,减少宫颈癌发生,一级预防为最佳。

2.2 子宫内膜癌

它保留生育功能指征:患者年轻,无妊娠禁忌,经专业病理医师诊治的G1级子宫内膜样癌,病灶局限在内膜,无肌层侵犯,影像学排除转移。子宫内膜癌保育治疗前需要进行:病理、临床、影像学、宫腔镜、遗传等评估。据研究,对于子宫内膜非典型增生(EAH),LNG-IUS(曼月乐)较MA(甲地孕酮)或LNG-IUS联合MA效果更佳;子宫内膜癌(EC),口服高效孕激素系统治疗是EC保育的首选方案。早期子宫内膜癌的内分泌治疗是可以保留子宫及卵巢;中分化Ia期子宫内膜癌患者经过保留生育功能治疗,能够获得较高的完全缓解率和一定的妊娠率。

2.3 卵巢癌

它保留生育功能指征:①卵巢交界性上皮性肿瘤,只要子宫和对侧卵巢正常,均可保留生育功能。双侧交界性肿

【作者简介】汪国兰(1981-),女,土家族,中国重庆人,本科,主治医师,从事生育能力研究。

瘤也可行肿瘤切除术以保留生育功能。②生殖细胞肿瘤,保留生育功能的手术是安全的。③性索间质肿瘤,1期患者可保留生育功能。④卵巢上皮性癌1A期、G1/G2级卵巢浆液性癌和子宫内膜样癌可行患侧附件切除+全面分期手术(保留子宫和对侧附件)。1B期患者可切除双侧附件和全面分期手术,保留子宫。

3 对影响妊娠及妊娠结局疾病的诊治

影响妊娠和妊娠结局的疾病、病种繁多复杂,解决妊娠率及抱娃率较低患者的重点难点问题需要个性化诊治。

3.1 生殖道感染

体内微生物平衡失调、通过性接触或医疗操作,使病原体由体外进入体内引起的生殖器感染。如生殖 MG/解脲 UU、CT、NG 等的微生物,引发急性的宫颈炎、内膜炎、输卵管炎,盆腔炎、不孕不育、胎膜早破等。据统计,女性不孕中输卵管因素及内膜因素约占 25%~33%,输卵管性不孕妇女的 CT 感染约 43%、MG 感染占 17%、NG 感染占 0.3%。以上病原体导致的生殖道通常 50% 为无症状感染,部分会有下腹痛、分泌物异常,甚至部分患者发现不孕后才重视,但此时常不可逆,需要经过漫长的全身或局部、物理、手术以及免疫相关的治疗才能恢复正常生育。生殖道炎症所致的受孕率及活产率下降也是导致人口出生下降的关键因素之一。由于通常为无症状感染,故需要对女性群体进行健康宣教,避免交叉感染;对孕前及有症状的患者进行各项病原体筛查:白带常规、CT、NG、MG、UU、BV,推荐 CT 阿奇霉素/多西环素、NG 头孢曲松钠及 MG 阿奇霉素或多西环素结合阿奇霉素的规范治疗。从而减少不孕不育、妊娠不良结局等的发生,提高育龄女性的生活幸福指数,提高妊娠率及活产率。

3.2 多囊卵巢综合征(PCOS)

PCOS:以雄激素过高的临床或生化表现、持续无排卵、卵巢多囊改变为特征,常伴有胰岛素抵抗和肥胖。PCOS 患者中 75% 稀发排卵或不排卵,50%~80% 发生不孕。它不仅妊娠率较低,且妊娠以后发生流产率为 21%,妊娠后发生妊娠高血压、先兆子痫、GDM、早产以及围产儿死亡等并发症均较高,即使行 IVF-ET 成功妊娠难度也较大,求子路上比较艰辛,难以承受经济、精神的压力以及服药打针的副反应而选择放弃妊娠计划。因此,PCOS 的患者,在生育期有生育要求的女性,可采用综合助孕策略:①生活方式调整,耗能锻炼,选择中、高强度的运动,150~250min/每周。②短效避孕药作为一线药物使用。③对于高胰岛素、胰岛素抵抗的患者,首选二甲双胍。在这些孕前的预处理基础上,再适时辅助生殖:氯米芬或来曲唑、氯米芬+溴隐亭、氯米芬/来曲唑+HMG 联合促排卵方式,必要时选择促性腺激素或腹腔镜下卵巢打孔术,这样能大幅度提高排卵率及活产率。经过规范治疗或辅助生殖的患者,成功妊娠并抱娃

率明显提高。

4 传染性疾病妊娠相关的指导

生殖器结核自然受孕相对困难,其他传染性疾​​病可正常受孕。但由于常被误解为传染病患者所生小孩会同时被感染,大多选择流产,HIV 和梅毒的居多。

4.1 HIV 感染

中国现有 HIV 感染者约 78 万,其中女性占比 27.8%。感染 HIV 的患者由于知识缺乏及难以启齿去咨询,选择不生育,事实上,HIV 感染者是可以得到自己宝贝的。HIV 感染者母婴传播方式:经胎盘宫内传播、分娩过程中接触到病毒感染的母体血液或其他体液而传播、经母乳传播。

妊娠者:①抗病毒治疗方案有三:AZT+3TC+LPV/r; TDF+3TC+EFV; TDF+3TC+LPV/r; 适时调整方案。②做好孕期保健工作,适当增加产前检查次数及项目。在妊娠期与分娩期最好避免对阳性产妇的创伤性操作,因为创伤性操作可能会增加胎儿暴露于 HIV 感染孕妇血液的概率,提高感染的可能性。③产时,有良好的自然分娩条件者可足月顺产。④作为新生儿喂养指导,出生后处理皮肤黏膜、鼻腔等,用流动清水清洗全身,提倡人工喂养,避免母乳喂养,杜绝混合喂养。新生儿出生后 6~12h 内服用齐多夫定糖浆或奈韦拉平糖浆 4~6 周,出生后 42d,3 个月做早期诊断,18 个月做 HIV- 抗体检测,服药过程中严密监控。研究报道,欧洲地区通过开展艾滋病母婴传播干预工作,母婴传播率低于 2%,国内研究显示降至 3.17%。

4.2 结核

中国高发,结核分枝杆菌(MTB)感染肺部后,约 1 年可经血行传播导致女性生殖器结核(FGT),女性不孕患者中患 FGT 者占 25%~28.4%,而输卵管结核占 FGT 的 90% 及以上,输卵管纤毛损伤不可逆。即使通过自然妊娠或辅助生殖,妊娠期结核复燃发病率为 2%~8%,且易继发重症,妊娠失败率较高,围生期死亡率高达 30%~40%。是影响女性生育力的重要因素。

为改变这些现状:①有结核病史的不孕患者,需警惕 FGT,建议妊娠前行 PPD 试验、痰涂片、IGRA、输卵管碘油造影,组织结核快培+罗氏培养、TB-PCR 测定等,必要时胸部 CT、痰培养,以排除 LTBI;若已诊断 LTBI,酌情选择给予预防性化学治疗。②妊娠合并结核分枝杆菌复燃者,临床症状不典型,隐匿,需要尽早联合多种检测手段早诊早治,明确是否 MTB 复燃,对怀疑有肺结核的孕妇应用铅衣遮盖腹部,对已明确诊断的患者根据相应孕周,进行正规抗结核治疗和告知终止妊娠的利弊,抗结核药物对胎儿影响较大的主要是在妊娠早期较敏感,胎儿发育成熟后影响较小。WHO 指南建议在怀孕期间对药物敏感的结核病进行一线标准治疗方案:2HREz/4HR。③分娩时间根据患者的全身情况是否耐受继续妊娠、是否有产科终止妊娠

指征为指导。

5 孕前保健及产前诊断技术的运用

妊娠期间,若产检出异常结果,胎儿的去留难以抉择,若选择终止引产,势必影响出生量,因此为提高出生量,减少出生缺陷,做好孕前保健及产前诊断。

5.1 孕前保健

孕前保健主要目标:识别对母亲、胎儿及妊娠的潜在风险;提供降低风险的干预措施和处理方法、生育替代方案等;宣教、面谈、优化疾病控制和专科医生转诊。适时转诊或给予对症干预处理。

5.2 产前诊断的运用

中国出生缺陷率约 5.6%。产前诊断是细胞遗传学、分子遗传学、生物化学和临床医学实践紧密结合的一门学科,通过介入性或非介入性获取胎儿信息,并进行综合分析,最终诊断胚胎是否患有某种疾病的一些技术。它适用于: > 35 岁、不良妊娠史、怀疑胎儿染色体、夫妇一方为染色体异常携带者或某种 X 连锁遗传病基因携带者、特殊致畸因子接触者、羊水异常者等。目的并非检查出有缺陷的胎儿而令其引产,每一位胎儿都有出生的权利,当接诊有引产意愿的家庭,医护需要有沟通技巧,使用数据、图谱及案例讲解,帮助其了解更多、减少顾虑,争取父母接受胎儿的现状。必要时围产儿外科进行宫内干预或产后无缝衔接转入 NICU 做进一步诊治,尽可能达到母子双赢的结局。产前诊断有利于进一步减少活产儿的严重出生缺陷,提高人口出生质量。

6 结语

女性生育状况对人类社会意义意义重大,但现状不容

乐观。全社会都在努力改善女性生育状况,《“健康中国 2030”规划纲要》提出,全方位,全周期保障人民身体健康,将妇女健康列为优先发展领域首位。作为妇产科人,在多学科帮助下,以保护生育力为中心。我们的工作远不止于此,还持续在内膜异位、输卵管疾病、异位妊娠、宫腔粘连、瘢痕子宫、反复流产、代谢综合征等保护女性生育力相关问题的探讨及落实;进一步探索生育力重构问题:卵巢移植、干细胞移植与诱导分化、人工卵巢、人造子宫及人造胚胎;个性化地制定诊治方案,最大限度保护生育力,提高人口出生率。同时需要做好胚胎遗传学检测,提高产前诊断技术,减少人口出生缺陷。还需要正确引导年轻女性的生育观、家庭和社会责任感。

参考文献

- [1] “因她而来,呵护她健康——生育健康促进计划”[Z].中国女医师协会妇产科专委会公益活动基层医师培训系列讲座.
- [2] 子宫颈癌诊断与治疗指南(2021年版)[J].中国癌症杂志,2021,31(6):501-512.
- [3] 李承尧,李圃.妇科常见恶性肿瘤保留生育功能的研究进展[J].国际妇产科学杂志,2022,49(2):196-200.
- [4] 中华医学会妇产科肿瘤学分会[J].中华妇产科杂志,2014(4):243-248.
- [5] 杨孝明,李玉宏.妇科常见恶性肿瘤保留生育功能的研究进展[J].中国优生与遗传杂志,2021,29(2):139-143.
- [6] 孙蕊蕊.妊娠合并肺结核的诊治及分娩结局研究进展[J].中外医学研究,2020(24):186-188.
- [7] 李竹.妊娠合并HIV感染患者预防母婴传播措施探讨[J].健康之友学术探讨,2020(5):77-78.