专家共识指南

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.08.053

子宫内膜癌保留生育功能中西结合专家共识

中国抗癌协会中西整合子宫内膜癌专委会

摘要:结合子宫内膜癌发病率特点及保育功能的迫切要求,同时参考本领域国内外的指南及最新临床研究成果,结合中医药诊疗经验,形成了子宫内膜癌保留生育功能中西结合专家共识,旨在为子宫内膜癌保育患者提供中西协同治疗方案,供各医疗机构根据实际情况参考应用。

关键词:子宫内膜癌;保留生育;中西医结合;专家共识
中图分类号:R273.733 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)08-0254-05

Expert Consensus on Integrative Traditional Chinese – Western Medicine for Fertility Preservation in Endometrial Cancer

China Anti – Cancer Association Endometrial Cancer Integration Committee

Abstract: This consensus document addresses the incidence patterns of endometrial cancer and the urgent need for fertility preservation. Drawing on global clinical guidelines, cutting – edge research findings and traditional Chinese medicine therapeutic expertise, it establishes a coordinated treatment protocol that integrates both Western and traditional Chinese medical approaches. The guidelines are designed to support fertility – preserving patients with endometrial cancer. Medical institutions are encouraged to adapt and implement these recommendations based on their specific clinical contexts.

Keywords: endometrial cancer; fertility preservation; integrated traditional Chinese and western medicine; expert consensus

子宫内膜癌(Endometrial cancer,EC)是女性生殖系统常见恶性肿瘤之一。我国癌症中心发布数据显示,2022年中国子宫内膜癌发病人数约7.7万例,死亡1.35万例,发病率7.03/10万人,病死率1.06/10万人[1]。近年来,年轻育龄女性的发病率亦呈上升趋势,45岁以下女性占7.1%。随着我国育龄期女性平均生育年龄的延迟以及"三孩"政策全面实施,该人群中有80%女性在确诊时尚未完成生育。因此,年轻EC患者保留生育功能治疗已成为妇瘤领域的研究热点。

中国抗癌协会中西整合子宫内膜癌专委会组织国内妇科肿瘤学、病理学、遗传学、影像学、中医妇科学专家,根据临床实践指南和相关文献,并结合中医药防治妇科肿瘤领域及保育助孕方面的优势,讨论并制定了本共识。以期中西协同指导EC患者在生育保留中的应用。

1 子宫内膜癌保育治疗的多学科建议

子宫内膜癌保育治疗团队应包含妇科肿瘤专家、中医妇科学专家、病理科专家、影像科专家、生殖医学专家、内分泌专家、肿瘤心理学专家、专科护士等。通过整合多学科专业力量,为年轻子宫内膜癌患者提供诊疗服务。其本质是在"控制肿瘤"与"保留生育"之间寻求最佳平衡点。从初筛评估、药物治疗、疗效监测,到完成生育后的最终手术,需要各学科在不同阶段紧密衔接[2]。

2 子宫内膜癌保留生育功能适应证

EC患者保留生育功能人群需满足以下基本条件[3-4]:(1)年龄:原则上≤40岁,最大不超过45岁(需结合卵巢功能及生育潜力综合评估);(2)病理类型:仅限于子宫内膜样腺癌(G1级,高分化),不包括浆液性癌、透明细胞癌、癌肉瘤等高危类型;(3)分期与分级:FIGO2023版分期为IA期(无肌层浸润或浅肌层浸润≤2 mm)且为G1,G2级患者需慎重选择并充分知情同意;(4)影像学评估:MRI(首选)或经阴道超声确认病灶局限于子宫内膜,无肌层浸润、附件受累或远处转移征象;(5)激素受体状态:雌激素受体(Estrogen receptor,ER)/孕激素受体(Progesterone receptor,PR)阳性者对孕激素治疗反应更好,但阴性并非绝对禁忌;(6)遗传因素:Lynch综合征(Lynch syndrome,LS)患者需个体化评估,告知其复发风险较高;(7)无妊娠或药物治疗禁忌:无孕激素使用禁忌证(如血栓性疾病、严重肝肾功能不全),无不可纠正的不孕因素。

3 遗传学咨询

遗传咨询能够帮助评估EC患者及其家系成员患病风险,从而识别高风险个体,制定针对性的筛查和预防策略。

3.1 子宫内膜癌遗传咨询中的遗传风险评估

MLH1相关携带者患子宫内膜癌风险为34%~54%,错配修复蛋白2(Postmeiotic segregation increased 2,PMS2)相关携带

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号);辽宁省科技计划联合计划项目(应用基础研究项目)(2023JH2/101700149);沈阳市科技创新平台项目(2021)

通讯作者:高宏(1973-),女,辽宁沈阳人,主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合妇科恶性肿瘤基础与临床。E-mail:lnzy_gaohong@163.com。
徐丛剑(1966-),男,江苏淮安人,主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:妇科肿瘤及内分泌与营养。E-mail:xucj@hotmail.com。

者患子宫内膜癌风险为13%～26%，MSH2/EPCAM相关携带者患子宫内膜癌的风险为21%～57%，MSH6相关携带者患子宫内膜癌的风险为16%～49%，其他综合征相关基因变异如PTEN基因变异（Cowden综合征）可使子宫内膜癌风险增加至19%～28%，STK11基因变异（Peutz－Jeghers综合征）与9%的子宫内膜癌相关。

3.2 子宫内膜癌遗传咨询的内容与流程[5-6]

遗传检测前咨询：需详细采集患者个人病史、家族肿瘤史，绘制家系图，记录至少三代家族成员肿瘤发病情况，初步判断患者存在遗传性肿瘤综合征的可能性。

基因检测技术选择：检测技术可选择高通量测序（Next－generation sequencing，NGS），Sanger测序或多重连接依赖探针扩增（Multiplex ligation－dependent probe amplification，MLPA）。

遗传检测结果解读：对于阳性结果应明确遗传风险并制定个性化管理方案，对于阴性结果或意义未明的变异，需结合家族史和其他风险因素综合评估，并建议进一步检测或随访。

高风险人群随访：对于子宫内膜癌高风险患者，例如年龄≥45岁、有遗传性肿瘤家族史、肥胖、高血压或糖尿病、未孕或不育、长期处于雌激素暴露下的女性，建议高风险人群每1～2年进行子宫内膜癌筛查，并结合其他相关肿瘤（如结直肠癌）筛查。

降风险和干预措施选择：如林奇综合征（LS）可能涉及子宫内膜癌、卵巢癌和结直肠癌风险，需MDT合作制定方案。

生殖健康管理与咨询：对携带遗传性子宫内膜癌相关基因致病变异的高风险女性，需在充分沟通基础上提供个性化生育计划指导。

4 基于分子分型指导的子宫内膜癌保留生育功能治疗

一项荟萃分析研究分子分型对子宫内膜癌和非典型增生保育结局的影响，纳入363例子宫内膜癌和非典型增生患者，发现各分子亚型之间在完全缓解率和复发率方面存在显著差异，其中无特异性分子谱（Non－specific molecular profile，NSMP）完全缓解率和复发率分别为78.4%和18.4%；dMMR型分别为48.8%和42.8%，POLE超突变型（POLE mutation，POLEmut）分别为66.6%和14.3%，P53突变型（P53 abnormality，p53abn）分别为50%和33%。两两比较分析显示，错配修复系统缺陷型（MMR deficiency，dMMR）完全缓解率低于NSMP，且复发率更高，P53突变型的完全缓解率也低于NSMP。POLEmut与其他组相比，在治疗成功率上并未表现出优势。这些证据显示不同分子分型内膜癌存在保留生育功能治疗疗效和预后上的差异[7]，分子分型对于协助判断患者能否进行保育治疗有重要参考价值，且有助于预测内分泌治疗疗效。

4.1 POLEmut型

POLE mut型子宫内膜癌主要特征包括高突变负荷和独特的特征性突变模式。由于POLE mut型子宫内膜癌预后最佳，因此曾被认为是保留生育功能治疗中最具优势和潜力类型[8]，但由于其也是最不常见的分子亚型，约占所有子宫内膜癌6%～10%，在年轻女性子宫内膜癌中仅占3%左右[9]，因此该类型患者保留生育功能治疗经验非常有限，目前文献均仅为个案报道。CHUNG Y S等[10]一项荟萃分析纳入54例接受保留生育功能治疗EC患者，其中2例为POLE mut型，1例在完全缓解66个月后出现复发，另1例在药物治疗过程中出现疾病进展，2例均接受子宫切除术。因此，POLE mut型在保留生育功能治疗中的安全性仍需进一步的验证。

虽然理论上风险较低，但由于目前并无大样本数据支持，建议符合传统保育治疗指征者可考虑保留生育功能治疗。另外，根据2023年FIGO新分期，POLE mut型EC患者可能存在两种降分期的情况：①从ⅠB及ⅠC期降为IAm－POLE mut期：保育功能治疗可在全面评估后谨慎进行。治疗前应进行多维度评估，包括MRI用于评估肌层浸润深度、必要时正电子发射断层显像－计算机断层扫描排除远处转移，以及腹腔镜分期手术确认无腹膜播散。当所有评估结果均显示无保育高危因素，且患者有强烈生育意愿时，方可考虑尝试保育治疗。②从Ⅱ期降为IAm－POLE mut期：通常为肿瘤侵犯子宫颈间质（ⅡA），但无子宫体外扩散，或存在大量淋巴脉管间隙浸润（Lymph－vascular space invasion，LVSI）（ⅡB），或为侵袭性组织类型侵犯子宫肌层（ⅡC）。尽管这些患者具有POLE mut突变所带来的生物学特征，但由于其伴随肌层浸润、大量LVSI以及子宫颈复合腺体－间质双重侵犯的解剖学风险，增加了病灶残留和区域进展的潜在可能性，因此目前仍不建议此类患者接受保育功能治疗。

4.2 dMMR型

dMMR型EC患者因MMR系统功能缺陷导致微卫星不稳定性（Microsatellite instability－high，MSI－H）和高肿瘤突变负荷（High tumor mutation burden，TMB－H），其病理类型多为子宫内膜样癌，但也可表现为透明细胞癌、混合性癌等其他类型，与POLE突变型和NSMP型相比，其通常预后中等，但异质性较强，治疗反应和预后存在较大差异。

有研究显示，dMMR型EC患者雌激素受体及孕激素受体阳性率较低，对孕激素治疗的反应率较低，且复发风险较高。Chung报道接受孕激素治疗的dMMR型患者完全缓解率为44.4%，显著低于p53野生型患者的88.2%；6个月完全缓解率仅11.1%，而其他类型可达53.3%[10]。

宫腔镜下充分去除病灶可提升dMMR型内膜癌完全缓解率。在使用宫腔镜全面清除病灶后，dMMR型内膜癌保育完全缓解率与NSMP型相似，但复发率仍较后者显著升高[11]。由于该类型肿瘤突变负荷高，对免疫检查点抑制剂敏感，提示免疫检查点抑制剂单药或联合孕激素可能是dMMR型子宫内膜癌保留生育功能的有效治疗方案[12]，但目前其有效性及对生育潜力的影响尚需进一步研究验证。

基于以上原因，关于dMMR型EC患者是否适合保育目前仍存在一定争议，推荐符合传统保留生育功能治疗指征者可在谨慎评估后接受保育治疗，但需要密切随访评估其治疗有效性及安全性，并在完成生育后行子宫切除术。LS并不是保留生育功能绝对禁忌[13]，但需与患者及家属充分知情告知并选择个体化保留生育功能治疗策略，可行胚胎植入前遗传学检测，阻断致病基因垂直传播，并在保育之前完善胃肠镜检查，以排除胃肠道肿瘤。

4.3 NSMP型

多项研究也证实，NSMP型EC患者保留生育功能治疗具有较高的完全缓解率和妊娠成功率[14-15]。王益勤等[16]的研究显示，NSMP型EC患者的完全缓解率可达76%（25/33）。CHUNG Y S等[10]的荟萃分析发现，在45例NSMP亚型患者中，37例获得完全/部分缓解，缓解率高达82.2%。宫腔镜下病灶切除术联合药物治疗已成为NSMP型子宫内膜癌保留生

育功能的主要治疗策略。研究表明,宫腔镜手术联合口服药物或联合左炔诺酮宫内节育器,较单一药物治疗效果更好,治疗缓解率和妊娠率更高。在进行宫腔镜手术时,应尽可能保护子宫内膜,缩短操作时间、并注意降低膨宫压力防止医源性肿瘤种植,以及预防宫腔粘连。

符合保育指征的 NSMP 型 EC 患者可进行保留生育功能治疗,但雌激素受体阴性、高级别子宫内膜样癌或非内膜样癌、L1 细胞黏附分子(L1 cell adhesion molecule,L1CAM)表达阳性、特殊病理类型(如中肾样腺癌)均为 NSMP 型子宫内膜癌复发转移高危因素。其中 L1CAM 是一种跨膜蛋白,与细胞迁移和黏附有关,研究显示其可能与 TP53 突变、高肿瘤分级和淋巴血管间隙浸润相关;中肾样腺癌病理形态类似分化良好的内膜样癌,但免疫组化雌孕激素受体表达缺失,大部分存在 KRAS 突变,容易早期发生远处转移尤其是肺转移。对于以上高危因素患者,则不建议进行保留生育功能治疗。

4.4 p53abn 型

p53abn 型子宫内膜癌虽然只占所有内膜癌患者 15% 左右,但却是预后最差亚型,在子宫内膜癌死亡患者中占比高达 50% ~70%。其分子特征以 TP53 基因突变和 p53 蛋白异常表达为核心标志,病理类型常表现为高级别肿瘤,如浆液性癌、透明细胞癌或高级别子宫内膜样癌,具有较强侵袭性特性,易发生 LVSI、深肌层浸润和远处转移,因此,对于此型患者原则上不建议保留生育功能。

对于仅局限于子宫内膜层的 p53abn 型患者,有少数个案报道提示保育治疗可能有效。王益勤等[16]报道 2 例 p53 突变型患者在接受保守治疗后均获得了完全缓解。但需要警惕的是,即使仅局限于子宫内膜,p53abn 型 EC 患者保留生育功能后也表现出较强复发倾向,且复发模式多为远处转移,而非局部复发,导致后期治疗更为棘手,从而可能影响患者预后。

欧洲妇科肿瘤学会指南明确指出,不建议对 p53abn 型患者行保留生育功能治疗,主要基于其侵袭性生物学行为、对孕激素治疗的低反应率、高复发风险以及相对最差的预后。在极其严格的筛选并且患者充分知情同意、承诺密切随访情况下,极个别患者可能在经验丰富的多学科团队指导下尝试个体化的保留生育功能治疗,但仅限于严格设计的临床研究范畴。

综上所述,在遵循传统子宫内膜癌保育适应证基本框架前提下,应充分参考内膜癌分子病理特征,适当调整保育适应证、禁忌证和相应的保育治疗方案。对于预后相对较好的 NSMP(低危类型)、POLEmut、dMMR,可考虑保留生育功能治疗;对于预后差的 NSMP(高危类型)和 p53abn 类型,则不建议进行保留生育功能治疗。

5 子宫内膜癌保留生育功能的西医治疗

5.1 药物治疗

5.1.1 孕激素治疗

孕激素是保育治疗的基石,通过抑制雌激素介导的内膜增殖、诱导肿瘤细胞凋亡发挥作用,适用于符合适应证的患者。常用药物包括口服制剂与局部制剂,二者在疗效与安全性上各具特点。口服孕激素以醋酸甲羟孕酮(Medroxyprogesterone acetate,MPA)和醋酸甲地孕酮(Megestrol acetate,MA)为主,关于确切治疗时间尚未形成共识。常用剂量为 MPA250 ~500 mg/d 或 MA 160 ~320 mg/d,口服。治疗后达完全缓解的中位时间为 4 ~6 个月,完全缓解率可达 78%,53% 患者可获得长期持续缓解[17-18]。左炔诺孕酮宫内释放系统(Levonorgestrel releasing intrauterine system,LNG - IUS)是一种宫内孕激素治疗方法。该系统通过逐日释放左炔诺孕酮持续作用于子宫腔局部,有效促使子宫内膜间质细胞发生蜕膜化反应,并导致子宫内膜腺体萎缩,从而达到治疗 EC 目的[19]。适用于不能耐受口服大剂量孕激素全身治疗的患者。

5.1.2 非孕激素治疗

根据相关指南和专家共识,对于无法耐受大剂量孕激素治疗、有孕激素治疗禁忌、治疗效果欠佳或体质量指数(Body mass index,BMI)过大的患者,可以考虑使用非孕激素药物治疗方案。如采用促性腺激素释放激素类似物(Gonadotropin - releasing hormone analogue,GnRHa)联合芳香化酶抑制剂进行治疗,以提高缓解率。也可采用二甲双胍治疗合并胰岛素抵抗的患者,以改善其内分泌环境,增强对孕激素的敏感性。该方法适用于 PCOS 和/或肥胖的患者[17-18]。

5.2 手术治疗

宫腔镜下病灶切除可降低肿瘤负荷,有利于孕激素的后续作用,可提高疾病完全缓解率。2021 年发布的 ESGO - ESTRO - ESP 指南中强调,宫腔镜下病变的完全切除联合后续口服药物或使用 LNG - IUS 可作为早期 EC 保留生育功能治疗方案。也有多项研究表明,宫腔镜手术联合孕激素治疗较单一孕激素可显著提升效果。然而,在实施手术时,需留意手术操作时间、膨宫压力等潜在问题,尽量保护子宫内膜,防止医源性肿瘤扩散,并注意预防宫腔黏连[17,19]。

5.3 疗效评估和长期管理

保留生育功能治疗期间,每 3 ~6 个月做 1 次超声检查,并在宫腔镜下进行子宫内膜评估和活检,以评估疗效。应注意保护子宫内膜,不建议每次复查常规行诊断性刮宫。早期子宫内膜样癌在未达到完全缓解前建议每 6 个月进行盆腔和上腹部影像学检查,评估有无子宫肌层浸润、子宫外转移或合并其他生殖系统肿瘤。经 12 ~15 个月规范治疗仍未达到完全缓解和(或)治疗期间有证据显示疾病进展者,应考虑为保守治疗失败,建议手术切除子宫。应长期随访直至导致 EC 危险因素去除或子宫切除。随访期间每 6 个月进行超声检查,必要时行子宫内膜活检。如出现异常子宫出血、宫腔占位性病变等情况,应及时进行内膜评估[20-21]。

5.4 辅助生殖术和预防复发

辅助生殖技术(Assisted reproductive technology,ART)有助于提高妊娠率,与自然受孕相比,ART 的妊娠率和活产率更高。因子宫内膜癌患者常合并多囊卵巢综合征(Polycystic ovary syndrome,PCOS)、肥胖、胰岛素抵抗、卵巢储备功能下降等,可能影响自然妊娠成功率,建议尽早接受 ART 助孕治疗。ART 是否增加肿瘤复发风险存在争议,卵巢刺激期间升高的雌激素水平有可能增加肿瘤复发风险,因此宜用低剂量促性腺激素方案诱导排卵,有专家推荐使用芳香化酶抑制剂等药物进行高雌激素控制。在辅助生殖技术治疗期间应注意采用孕激素保护子宫内膜,预防复发,如 LNG - IUS 放置宫腔同时取卵。如患者暂时无生育要求,也应采用孕激素保护子宫内膜。完成生育后可考虑手术切除子宫,若仍有保留子宫意愿,在充分告知风险后建议采用孕激素保护子宫内膜以预防复发,并严密随访内膜情况。由于保留生育功能治疗肿瘤仍然有复发、进展等可能性,因此在建议完成生育后切除子宫,尤其是对于有高危

因素的患者，建议行手术切除子宫。如患者强烈要求保留子宫，则需要长期密切随访[20]。

6 子宫内膜癌保留生育功能的中医药治疗

子宫内膜癌属中医“癥瘕”“崩漏”“带下病”范畴，核心病机为本虚标实，脾肾亏虚、冲任失调为本，瘀血、湿浊、毒邪互结为标。基于分子分型对EC精准诊断和风险评估，为EC患者保留生育功能提供核心依据，结合中医整体调节与辨证论治特长，发挥中医治疗扶正培本、调和气血冲任优势，孕后积极对症善后安胎，通过分阶段、全周期干预，即在协同西医治疗减毒增效同时，致力于改善内膜、调经助孕、防复安胎，优化治疗全流程。本部分旨在构建一个与分子分型相适应、病证结合、分期论治、重在协同的中医辅助治疗框架，为提升EC患者保留生育功能成功率与安全性提供中西医诊疗方案。

6.1 分阶段中医治疗与助孕策略

中医对于EC患者保留生育功能的干预需遵循“分期论治、助孕导向”原则，全周期协同配合现代诊疗方案。

6.1.1 西医治疗期(激素治疗或其他方案治疗期)

本阶段中医干预的首要目标为“减毒增效”，即针对西医治疗不良反应与机体耐受性，在辨证基础上酌情选用抗肿瘤中药，协同抑制肿瘤，同时减轻西医治疗带来的不良反应，保障治疗顺利进行，固护生育根本[22-23]。

(1)瘀毒互结型：临床表现：阴道流血淋漓不尽，或带下量多，色淡质稀，神疲乏力，腰膝酸软，食欲不振，面色无华。舌淡胖，边有齿痕，或见瘀点，苔白腻，脉沉细涩。

治疗原则：健脾补肾，解毒化瘀。

中药汤剂：四妙勇安汤(《验方新编》)合膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减。

辨证加减：出血不止者，加仙鹤草、蒲黄炭以化瘀止血；呕吐频繁者，加半夏、陈皮以降逆止呕；失眠焦虑者，加酸枣仁、远志以养心安神；兼阴虚盗汗、口干者，加生地黄、麦冬、地骨皮以滋阴清热。

(2)肝肾阴虚型：临床表现：阴道不规则出血，色红质稠，或带下赤白，潮热盗汗，五心烦热，口干咽燥，头晕耳鸣，腰膝酸软，失眠心悸，舌红少苔或有裂纹，脉细数。

治疗原则：滋补肝肾，养阴清热，解毒化瘀。

中药汤剂：知柏地黄丸(《医宗金鉴》)合丹栀逍遥散(《内科摘要》)加减。

辨证加减：若兼有月经不调，加女贞子、墨旱莲以补益肝肾、调理冲任；失眠严重者，加酸枣仁、合欢皮、首乌藤以养心安神；情绪波动显著者，加郁金、厚朴以疏肝解郁。

(3)肝郁血瘀型：临床表现：阴道不规则出血，色暗有块，带下量多色黄或赤白相间，情志抑郁，烦躁易怒，胸胁胀痛。舌黯红，苔黄腻，脉弦涩。

治疗原则：疏肝理气，化瘀解毒利湿。

中药汤剂：丹栀逍遥丸(《内科摘要》)合桂枝茯苓丸(《金匮要略》)加减。

辨证加减：若兼见水肿，小便不利者，加猪苓、白术、车前子以健脾利水；血块多者，加莪术、三棱以散结消癥。

6.1.2 子宫内膜修复期

本阶段瘀毒渐清，冲任胞宫亏虚，临床多表现为子宫内膜薄、月经不调、排卵障碍等，中医治疗重心转向“扶正助孕”[23]，治疗目标为补肾活血、培土种子、调经助孕。对于低拷贝型等复发风险相对较高的患者，酌情保留解毒散结之品，扶正不忘祛邪，助孕防复。

(1)肾气不足型：临床表现：月经不调或停闭，经量或多或少，经色黯，头晕耳鸣，腰膝酸软，精神疲倦，小便清长。舌淡苔薄，脉沉细尺弱。

治疗原则：补肾填精，调补冲任。

中药汤剂：毓麟珠(《景岳全书·妇人规》)加减。

辨证加减：若经来量多者，加阿胶、炒艾叶；若经来量少不畅者，加丹参、鸡血藤；腰酸腿软甚者，加续断、桑寄生。

(2)肝气郁结型：临床表现：月经周期先后不定，量或多或少，色暗，有血块，经行腹痛，或经前乳房胀痛，情志抑郁，或烦躁易怒，舌淡红，苔薄白，脉细弦。

治疗原则：疏肝解郁，养血调经。

中药汤剂：开郁种玉汤(《傅青主女科》)加减。

辨证加减：若乳胀明显甚至有结块者，加王不留行、川楝子、橘核以通络行滞；痛经严重者，加蒲黄、五灵脂以祛瘀止痛；经行不畅者，加益母草、川芎、红花以活血化瘀。

(3)痰湿壅阻证：临床表现：月经后期，甚或闭经，带下量多，色白质黏，形体肥胖，胸闷呕恶，心悸头晕，舌淡胖，苔白腻，脉滑。

治疗原则：燥湿化痰，理气调经。

中药汤剂：苍附导痰丸(《叶氏女科证治》)加减。

辨证加减：若腰膝冷痛者，加鹿角胶、杜仲、独活以温肾助阳，祛湿通络；月经后期或闭经者，加丹参、泽兰以活血调经。

6.1.3 保胎治疗期

EC患者妊娠后属高危妊娠，需高度重视，本阶段治疗目标为固冲安胎，防复防堕，保胎治疗应持续至孕12周或以上，以防堕胎小产[24]。治疗应补肾健脾，益气养血，清热安胎，动态观察母体和胎元之情况。

脾肾亏虚型：临床表现：神疲乏力，头晕耳鸣，腰酸膝软，精神萎靡，心悸气短，夜尿频多，面色晦黯，舌淡，苔白，脉沉弱或细弱。

治疗原则：补肾安胎，益气健脾养血。

中药汤剂：寿胎丸(《医学衷中参西录》)合泰山磐石散(《景岳全书》)加减。

辨证加减：若阴道流血量多者，去当归，酌加阿胶、炒艾叶以固冲止血。

6.1.4 健康管理期

EC患者应建立个体化健康档案，根据体质偏颇及分子分型特点，进行饮食、运动、情志指导，定期调理，预防复发。

6.2 其他疗法

针刺治疗：以“任主胞宫”理论为指导，通过补肝肾、调冲任、健脾胃、调神的协同作用达到助孕目的。穴位可选取关元、中极、三阴交、子宫、气海、足三里等穴，随证加减。

6.3 常用中成药

①桂附地黄丸，适用于肾阳虚证。②六味地黄丸[25]、坤泰胶囊[26-27]，适用于肾阴虚证。③五子衍宗丸[28-29]，适用于肾气虚证。④定坤丹[30-31]、逍遥丸，适用于肝郁血虚证。⑤桂枝茯苓丸[32-33]，适用于瘀滞胞宫证。

执笔人：高宏(辽宁中医药大学附属医院)、徐丛剑(西湖大学附属杭州市第一人民医院)。

专家组成员(按姓氏笔画排序)：王永鹏(辽宁省肿瘤医

院);王学谦(中国中医科学院广安门医院);王琦苑(湖北省中医院);王瑶(上海交通大学医学院附属第九人民医院);邢向荣(辽宁中医药大学附属医院);朱颖(辽宁中医药大学附属医院);李小松(重庆大学黔江中心医院);李龙婕(大连医科大学附属第一医院);李佳(大连医科大学附属第一医院);李佳(空军军医大学西京医院妇产科);李政(辽宁省肿瘤医院);李莉(新疆医科大学肿瘤医院);李鹤(上海交通大学医学院附属仁济医院);杨君(辽宁中医药大学附属医院);何海新(福建省肿瘤医院);张蓉(复旦大学附属中山医院);欧阳玲(中国医科大学附属盛京医院);易萍(重庆医科大学附属第一医院妇产科);罗祎(重庆医科大学附属第一医院妇产科);周立江(辽宁中医药大学附属医院);闻强(浙江省肿瘤医院);高庆蕾(华中科技大学同济医学院附属同济医院);郭华(广西中医药大学第一附属医院);黄永文(中山大学肿瘤防治中心);崔晓楠(大连医科大学附属第一医院);康玉(西湖大学附属杭州市第一人民医院);谭布珍(南昌大学第二附属医院);翟东霞(海军军医大学附属第一医院)。

参考文献

[1] 郑荣寿, 陈茹, 韩冰峰, 等. 2022 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2024, 46(3): 221 - 231.
[2] 谢娅, 王欣欣, 董方莉, 等. 子宫内膜癌保留生育功能多学科诊疗临床路径(2024 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024, 40(11): 1114 - 1120.
[3] 陈晓军,陈刚,刘继红,等. 基于分子特征的子宫内膜癌保留生育功能诊治中国专家共识(2025 版)[J]. 现代妇产科进展,2025, 34(7):481 - 488.
[4] RODOLAKIS A, SCAMBIA G, PLANCHAMP F, et al. ESGO/ESHRE/ESGE Guidelines for the fertility - sparing treatment of patients with endometrial carcinoma[J]. Int J Gynecol Cancer, 2023, 33(2): 208 - 222.
[5] 徐丛剑, 康玉. 实用妇科肿瘤遗传学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2025.
[6] 中华医学会妇科肿瘤学分会. 妇科肿瘤遗传咨询指南(2025 版)[J]. 现代妇产科进展,2025,34(9):641 - 654.
[7] FERRARI F A, UCCELLA S, FRANCHI M, et al. Performance of molecular classification in predicting oncologic outcomes of fertility - sparing treatment for atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer[J]. Int J Gynecol Cancer, 2025, 35(1): 100016.
[8] TANOS P, DIMITRIOU S, GULLO G, et al. Biomolecular and genetic prognostic factors that can facilitate fertility - sparing treatment (FST) decision making in early stage endometrial cancer (ES - EC): a systematic review[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(5): 2653.
[9] HU Z,WU Z,LIU W,et al. Proteogenomic insights into early - onset endometrioid endometrial carcinoma: predictors for fertility - sparing therapy rsponse[J]. Nat Genet,2024,56(4):637 - 651.
[10] CHUNG Y S, WOO H Y, LEE J Y, et al. Mismatch repair status influences response to fertility - sparing treatment of endometrial cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 2021, 224(4): 370. e1 - 370.
[11] XU Y, ZHAO M M, ZHANG L, et al. Outcomes of fertility preservation treatments in patients with endometrial cancer with different molecular classifications based on an NGS panel[J]. Front Oncol, 2023, 13: 1282356.
[12] YANG X T, XUE Y, SHAO W Y, et al. Fertility - sparing treatment outcomes using immune checkpoint inhibitors in endometrial cancer patients with Lynch syndrome[J]. J Gynecol Oncol, 2025, 36(4): e59.
[13] REID H W, YOUNG A N, YIN S H, et al. Clinical and fertility outcomes in lynch syndrome patients with endometrial carcinoma or endometrial Intraepthelial neoplasia treated with fertility sparing management[J]. Gynecol Oncol Rep, 2025, 59: 101768.
[14] KOMMOSS S, MCCONECHY M K, KOMMOSS F, et al. Final validation of the ProMisE molecular classifier for endometrial carcinoma in a large population - based case series[J]. Ann Oncol, 2018, 29(5): 1180 - 1188.
[15] RAN X T, HU T, LI Z Y. Molecular classification in patients with endometrial cancer after fertility - preserving treatment: application of ProMisE classifier and combination of prognostic evidence[J]. Front Oncol, 2022, 12: 810631.
[16] 王益勤, 康南, 李立伟, 等. 分子分型在早期子宫内膜癌及子宫内膜非典型增生患者保留生育功能治疗中的意义[J]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(9): 692 - 700.
[17] 中华医学会妇科肿瘤学分会. 中国妇科肿瘤临床实践指南(2024 版)[M]. 北京:科学技术文献出版社,2024.
[18] 中国研究型医院学会妇产科专业委员会. 早期子宫内膜癌保留生育功能治疗专家共识(2022 年版)[J]. 中国妇产科临床杂志,2023,24(2):215 - 219.
[19] 郝敏, 侯勇丽. 子宫内膜癌保留生育功能治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2025, 41(3): 280 - 284.
[20] 中国抗癌协会. 子宫内膜癌诊治指南(2025 版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2025.
[21] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)子宫内膜癌诊疗指南 - 2024[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024.
[22] 霍磊, 张大伟, 马丽亚, 等. 基于“有故无殒, 亦无殒也”探讨妊娠病用药思路[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(1): 56 - 58.
[23] 郭霖霖, 刘雁峰. 基于“土爰稼穑”探讨《傅青主女科》助孕安胎特色[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(5): 2404 - 2408.
[24] 刘语涵, 李莉. 从预培其损看《妇人规》对《内经》治未病思想的继承[J]. 新中医, 2017, 49(3): 157 - 158.
[25] 乔巍. 六味地黄丸联合雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片治疗卵巢早衰肾阴虚证的临床疗效[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(11): 1878 - 1880.
[26] 陈光乐, 冀开元, 刘利敏. 坤泰胶囊预处理联合两种冷冻载杆对卵巢功能减退患者胚胎移植结局的影响[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(11): 69 - 74, I0009.
[27] 王秀萍, 乔献伟, 徐冰. 坤泰胶囊联合雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片治疗卵巢储备功能减退的临床观察[J]. 中国药房, 2025, 36(5): 589 - 593.
[28] 何金群, 刘凤萍, 黄亚玲, 等. 五子衍宗丸加减联合西药对排卵障碍性不孕患者的促孕效果[J]. 世界中医药, 2021, 16(9): 1463 - 1467.
[29] 纪利娜, 张秀艳, 梁紫影, 等. 加味五子衍宗丸周期分期治疗对卵巢低反应肾虚证患者助孕结局的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(14): 106 - 110.
[30] 齐金羚. 定坤丹联合归肾丸加味治疗肾虚血瘀型不孕症临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(2): 203 - 207.
[31] 赵星丽. 定坤丸对子宫内膜发育不良所致不孕症患者妊娠率的影响[J]. 中医临床研究, 2017, 9(19): 116 - 117.
[32] 蒋葵, 王春荣, 毛欣, 等. 桂枝茯苓丸加味配合宫腔镜手术对子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度与生殖激素指标的影响[J]. 中医药学报, 2025, 53(6): 82 - 87.
[33] 朱丽萍, 金方, 张琳, 等. 桂枝茯苓丸加味联合来曲唑治疗多囊卵巢综合征所致不孕症临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(4): 5 - 9.