



早期子宮頸癌的手術治療選擇

癌症的趨勢

癌症不是絕症，癌症有救！在 2006 年，癌症被世界衛生組織（WHO）定義為可控的慢性病；2011 年，世界衛生組織提出，40%癌症可預防、40%的癌症可治癒、20%可長期帶瘤生存。子宮頸癌是全世界女性常見的癌症之一，多年以來也是台灣女性十大癌症疾病之一。台灣由於子宮頸抹片篩檢推行成效很好，可以在癌症早期階段被發現，因此如何在早期階段選擇合適的治療方式，對於疾病的預後有很重要的因素。

QR Code 連結：

適用對象 / 適用狀況

早期子宮頸癌患者，包含第 0 期、第 IA1 期、第 IA2 期、第 IB1 期、第 IB2 期，以及癌症患者家屬。

正準備評估手術治療是否保留子宮之前的考慮階段。

介紹

(一) 對子宮頸癌的了解

子宮頸是位在子宮的下方三分之一，與陰道相接並突出於陰道中，而子宮頸癌就是發生於此處的惡性病變。目前知道會促成罹患子宮頸癌的主要原因，包含：人類乳突病毒（Human Papilloma Virus，簡稱 HPV）感染、初次性行為年紀早、性關係複雜、女性荷爾蒙變化…等因素。

然而，子宮頸抹片檢查一直都是世界各國用在預防子宮頸癌篩檢的主要方式，國外統計指出，女性一生中，若都不做抹片，得到子宮頸癌機會大約 3%，如果每年做抹片，可以降至 0.1%。

依據國民健康署在 2017 年 12 月公告全國子宮頸癌新發生統計，總共有 3,942 名女性罹患子宮頸癌，其中依序是 66.74%發生在第 0 期為最多、7.89%發生在第 IB1 期次之、5.50%發生在第 IIB 期為第三位；如果以發生年齡分析，則是發生在 30~60 歲年齡的人數最多。

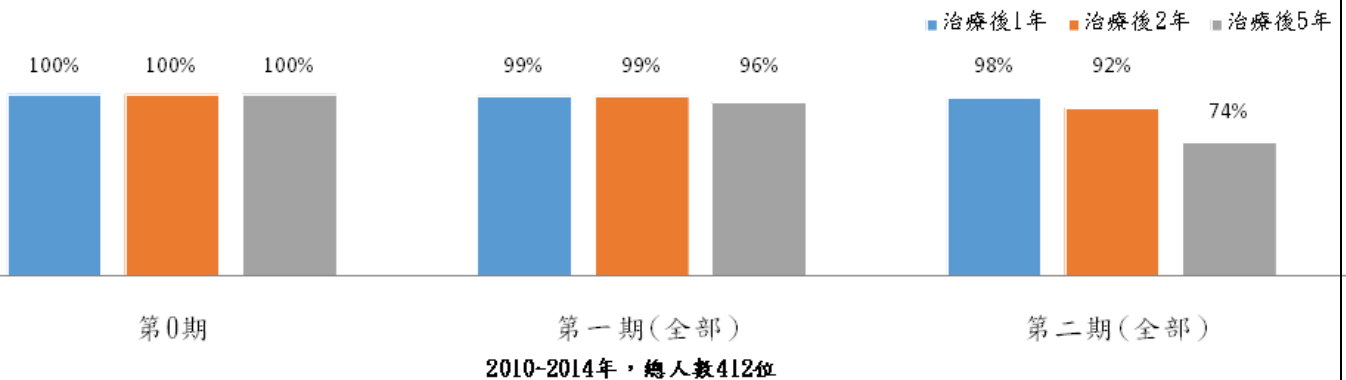


中山醫學大學附設醫院

醫病共享決策輔助評估表

醫學界已有共同的共識，越早期接受癌症治療，治療的效果會更好。在我們醫院接受治療的早期子宮頸癌病患，近幾年的治療成功率都可以維持持續在 85% 以上，越早期接受治療，治療成功率越高。我們的治療成功率，遠高於全國平均的 70%。

本院早期子宮頸癌相對存活率



(二) 治療方式介紹

早期子宮頸癌手術治療的方式分別有 2 種：保留子宮與不保留子宮。每一種的治療方式適合，需要由病患自己、主治醫師、醫療團隊、家屬，依據身體機能負荷、接受治療方式的意願、過去疾病史等因素共同討論，再做決定。

現在常有年輕女性不幸罹患婦科癌症，尤其是罹患子宮頸侵襲癌，手術時必須把子宮切除，主要原因就是因為子宮頸與子宮是相連接的，為了完整切除癌症，不得已必須把子宮卵巢一併切除，使得她們失去了生育的功能，失去了女性的特質、人生變成黑白.....

所以婦女如果不幸罹患婦科癌症，尤其是對年輕婦女，對生育與性生活的打擊很大。現今醫學最重大的發展就是高階新手術技術，這技術就是：**【保留子宮】**的子宮頸癌根除手術。

針對早期的子宮頸侵襲癌，新技術可以將子宮與子宮頸癌切除下來後，將癌症完整剷除乾淨，再將子宮重新接種回去，復原以後，月經一樣正常、婦女仍然可以保有生育能力與正常性生活。



治療選擇 1：【保留子宮】的子宮頸癌根除手術

- ★ 手術特色：可以保留子宮、手術後可以懷孕，日後懷孕機會有 30%~40%。
- ★ 適合的條件：第 0 期、第 IA1 期、第 IA2 期、第 IB1 期，同時腫瘤體積小於 2 公分
- ★ 手術時間：大約 3 小時。
- ★ 手術出血量：250 cc 以內
- ★ 切除範圍：子宮頸和陰道上前端。
- ★ 可能的副作用/併發症：副作用低。由於手術是將腫瘤切除之後，再將子宮和陰道進行對切縫合，子宮承載的重量會降低，容易早產，因此日後若有懷孕，需安排癌症妊娠特別照護。手術後需要放幾日尿管。

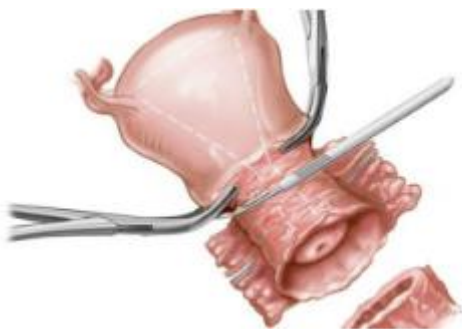


圖 1：將腫瘤部位與子宮分割



圖 2：子宮成形手術



治療選擇 2：【不保留子宮】的子宮頸癌根治手術

神經保護式的子宮頸癌根治手術

- ★ 手術特色：避免周圍神經的傷害、減少漏尿機會
- ★ 適合的條件：第 0 期、第 IA1 期、第 IA2 期、第 IB1 期、第 IB2 期
- ★ 手術時間：大約 3 小時
- ★ 手術出血量：250 cc 以內
- ★ 切除範圍：新式的神經保護式子宮根治手術，保護好骨盆腔神經，避免日後漏尿或尿失禁，當然也需要切除雙側輸卵管，與骨盆腔淋巴腺。
- ★ 可能的副作用/併發症：因為手術會保護神經，所以手術後解尿問題減少，避免了漏尿機會。



圖 3：子宮頸周圍神經組織

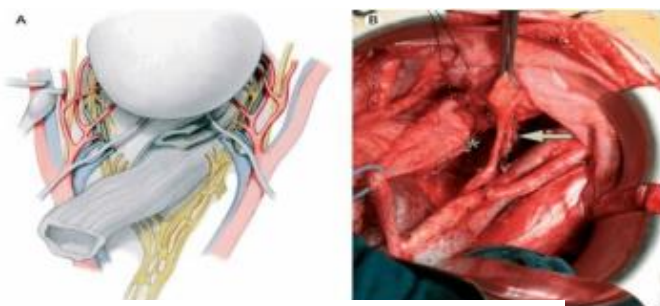


圖 4：實際保護的神經位置

傳統子宮頸癌根治手術

- ★ 手術特色：傳統子宮全部根治手術
- ★ 適合的條件：第 IA2 期、第 IB1 期、第 IB2 期
- ★ 手術時間：大約 2 小時 30 分鐘
- ★ 手術出血量：250 cc 以內
- ★ 切除範圍：一併切除雙側輸卵管、與骨盆腔淋巴腺。
- ★ 可能的副作用/併發症：因為手術會破壞神經，所以手術後需要注意解尿問題，為了避免漏尿，需要放置尿管與膀胱訓練，學習解尿。



影響選擇治療方式的其他原因

原因 1：什麼時候需要切除骨盆腔淋巴腺？

除了子宮及其附屬器官外，有時為了治療的需要，癌症期別分別具有下列期別時，當在手術進行的同時，需進行切除骨盆腔淋巴腺。

★ 第 IA1 期合併有淋巴管侵潤、第 IA2 期、第 IB1 期、第 IB2 期、第 IIA 期。

原因 2：什麼時候需要切除卵巢？

有以下 2 項因素存在時，我們建議需要切除卵巢，以增加治癒的成功率，降低復發機會。★ 年齡大於 40 歲並且是子宮頸腺癌、年齡大於 45 歲。

原因 3：我還想保留子宮，有辦法做得到嗎？

目前醫學最重大的發展，就是運用高階新式手術技術，這項技術是『可以保留子宮』的子宮頸癌手術，讓女性不會因癌症而失去了子宮，也可以懷孕。

這項新式的保留子宮的子宮頸癌手術，需要有精湛細緻的手術技巧，才能夠在手術的過程中，針對第 IA1 期、第 IA2 期、腫瘤體積小於 2 公分第 IB1 期的子宮頸侵襲癌，將子宮頸癌完整切除，除了可以將癌症完整剷除乾淨，也可以保留子宮，手術復原以後，月經一樣恢復正常，女性仍然可以保有生育能力與正常性生活。我們從 2007 年開始採用保留子宮的子宮頸癌手術到現在，總共有超過 85 位病患接受手術，由於接受這項新式的子宮保留子宮頸根除手術之後，手術都很成功，子宮都有保留下來，癌症有痊癒，不僅生命保住了，月經一樣正常來，在疾病預後與子宮復原能力都有很好的成效，至今治療成功率和安全性，與傳統根除手術相同，至今沒有復發的個案發生。

原因 4：接受子宮頸癌治療後，我還可以生小孩嗎？

早期子宮頸癌患者只要還有子宮存在，對於懷孕生子的願望，分別在第 IA1 期子宮頸圓錐手術，以及在第一期和第二期接受保留子宮的子宮頸癌手術，在我們的治療之後，現在已經是可以達到的技術。

值得慶賀的是，接受保留子宮的子宮頸癌手術患者，在有懷孕計畫的患者中，已有多位成功懷孕，並且順利產下 26 位健康新生兒的案例。全台灣針對這項手術後，我們是成功懷孕和順利生產數最高的醫院。



原因 5：我已經沒有生育需求，有哪些選擇？

針對早期子宮頸癌(第 IA2 期、第 IB1、IB 2 期)，您可以接受子宮根除手術，完整切子宮與癌症。手術方式有開腹、或是腹腔鏡式。第 IA1 期，您可以接受單純的子宮切除手術，或是單純的子宮頸切除手術。子宮頸癌零期，您可以接受單純的子宮頸圓錐切除手術。

原因 6：手術過程需要輸血嗎？

通常手術時不需要輸血，但是除了以下情況，則是建議接受輸血比較適宜：

- ★ 手術前抽血檢查的紅血球不足(血紅素小於 8)。
- ★ 凝血功能不佳。
- ★ 手術過程大量異常出血、止血不易。

相關醫療資源

【網路資源】本院婦癌醫療網 www.csh.org.tw/dr.tcj/index.htm

【影音頻道】

1. 子宮頸癌順利懷孕生子 <https://www.youtube.com/watch?v=QEzDjdh7pHl>
2. 中廣愛健康
 - 第 1 集 <https://goo.gl/XE2rFt>
 - 第 2 集 <https://goo.gl/s3CE5M>
 - 第 3 集 <https://goo.gl/uUEj8j>
 - 第 4 集 <https://goo.gl/8JBu2o>

您目前比較想要選擇的方式是：

- 【保留子宮】的子宮頸癌根除手術
- 【不保留子宮】的子宮頸癌根除手術
- 目前還不清楚

～後面尚有題目，請繼續回答，謝謝～



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一：醫療選項的比較

1.【保留子宮】的子宮頸癌切除手術

治療方式	適合的條件	優點	風險、副作用
保留子宮的子宮頸癌切除手術	0、IA1、IA2 IB1(腫瘤<2公分)	可以保留子宮，術後懷孕	術後懷孕，需癌症妊娠照護

2.不保留子宮的子宮頸癌切除手術

治療方式	適合的條件	優點	風險、副作用
(1)神經保護式子宮頸癌根治手術	0、IA1、IA2 IB1、IB2	減少神經破壞，避免手術後出現漏尿	手術後疼痛
(2)子宮頸癌根治手術	IA2、IB1、IB2	傳統子宮全部根治手術	會破壞神經，術後需注意解尿，需要放尿管與膀胱訓練
◆合併骨盆腔淋巴腺切除手術	IA1+淋巴管侵潤、IA2、IB1、IB2	淋巴腺切除乾淨	手術時間長，切除範圍多
◆合併卵巢切除手術	超過 45 歲腺癌和超過 40 歲	大幅降低復發或轉移的機會	可能會有停經症狀

步驟二：您選擇醫療方式會在意的項目有什麼?以及在意的程度為何?

請圈選下列考量項目，以 1 到 5 分計分，分數越高表示您在意的程度越高

考量項目	感受程度				
	1分	→			5分
可以切除腫瘤，並是否可以保留子宮	不在意	不太在意	普通	在意	非常在意
	1	2	3	4	5
手術後，是否可以懷孕	不在意	不太在意	普通	在意	非常在意
	1	2	3	4	5



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

步驟三：您對治療的認知有多少？（請勾選√）

	對	不對	不確定
1. 我可以理解按照癌症期別，有不同的治療方式			
2. 越早開始治療，治療成功率越高			
3. 在疾病條件許可，有機會可以保留器官和生育能力			
4. 治療可能的副作用有哪些，以及影響日常生活的程度			
5. 有人可以和我一起討論、決定治療方式			

步驟四：您現在確認好想要的治療方式嗎？

1. 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：（下列擇一）

- 【保留子宮】的子宮頸癌根除手術
 【不保留子宮】的子宮頸癌根除手術

2. 目前我還無法決定

- 我想再與我的主治醫師討論我的決定
 我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者…)討論我的決定

3. 對於以上治療方式，我想要再了解更多，我的問題有：

完成以上評估後，您可以將此份結果與您的主治醫師討論。

主治醫師/SDM 教練：

患者/家屬簽名欄：

日期： 年 月 日

～感謝您撥空填寫，敬祝 順心～



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

最後，請花一點時間幫我們完成下列評估

您的肯定跟建議，是我們動力

醫療決定品質評估

	不同意	不太同意	普通	同意	非常同意
1. 在下決定前，幫助我知道每個選項的優點及缺點	1	2	3	4	5
2. 在下決定前，幫助我辨識想詢問醫生的問題	1	2	3	4	5
3. 在下決定前，幫助我表達疑慮與想法且受到醫療人員重視	1	2	3	4	5
4. 在決定治療方式時，了解在意問題的好處及壞處	1	2	3	4	5
5. 在決定治療方式時，得到足夠的幫助或建議來作決定	1	2	3	4	5
6. 在決定治療方式時，作了最適合的決定	1	2	3	4	5
7. 在協助你下決定時，醫療人員的努力程度	1	2	3	4	5
8. 這樣的醫病溝通方式，能減少我的焦慮	1	2	3	4	5
9. 這份決策輔助工具，是否有某些描述、圖片、呈現方式或題目，讓您不容易理解或作答？請簡述：					
10. 是否有想知道且關係到抉擇的問題，但這份決策輔助工具沒有說明？請簡述：					

參考：醫策會「病人安全共進計畫 成效評估調查問卷（民眾版）」

中山醫SDM小組/癌症中心/婦癌團隊

version 1：2020/12/30



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

有建議也歡迎提出

【參考文獻】

1. 美國國家子宮頸癌臨床指引 (NCCN Clinical Guidelines in Oncology)
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#cervical
2. Tseng CJ, Shen HP, et al. A prospective study of nerve-sparing radical hysterectomy for uterine cervical carcinoma in Taiwan. Taiwan J Obstet Gynecol. 2012;51(1):55-59.
3. Chen MF, Tseng CJ, et al. Adjuvant concurrent chemoradiotherapy with intensity-modulated pelvic radiotherapy after surgery for high-risk, early stage cervical cancer patients. Cancer J 2008;14: 200 – 206.
4. G Koliopoulos, A Sotiriadis, et al. Conservative surgical methods for FIGO stage IA2 squamous cervical carcinoma and their role in preserving women's fertility. Gynecologic Oncology. 2004;93(2):469-473.

【本院婦癌諮詢窗口】 婦癌團隊 E-mail : cshgyncancer@gmail.com

中山醫SDM小組/癌症中心/婦癌團隊
version 1 : 2020/12/30