子宫内膜癌与子宫颈癌、卵巢癌并称为女性生殖道三大恶性肿瘤，近年来，随着环境等致癌因素的不断增加，发病率在世界范围内呈上升趋势。临床现象表明，子宫内膜癌患者大多为绝经后女性，平均发病年龄60岁，75%发生于50岁以上妇女，但是约5%的患者小于40岁，多见于肥胖、不育、多产、多囊卵巢综合征、因乳腺癌长期应用他莫昔芬史、高血压、糖尿病等。平常最多见病理类型是子宫内膜腺癌，也就是临床医生说的I型子宫内膜癌，这种类型一般发展比较缓慢，主要表现为不规则阴道流血及阴道排液增多；另外，相对少见类型为II型子宫内膜癌，包括浆液性乳头状腺癌、透明细胞癌、癌肉瘤等。手术是子宫内膜癌最主要的治疗方法，相当一部分早期患者仅行规范的手术治疗即可，而经手术病理分期确定存在高危复发风险的患者术后仍需要辅助治疗，包括化疗、放疗或放化疗等。

****1.子宫内膜癌的分期****

目前，子宫内膜癌的分期，采用国际妇产科联盟（FIGO，2009年）修订的手术病理分期，分为以下四期：

（1）Ⅰ期：肿瘤局限于子宫体。

ⅠA：肿瘤浸润深度＜1/2肌层

ⅠB：肿瘤浸润深度≥1/2肌层

（2）Ⅱ期：肿瘤侵犯宫颈间质，但无宫体外蔓延。

3）Ⅲ期：肿瘤局部和（或）区域扩散。

ⅢA：肿瘤累及浆膜层和（或）附件

ⅢB：阴道和（或）宫旁受累

ⅢC：盆腔淋巴结和（或）腹主动脉淋巴结转移

ⅢC1：盆腔淋巴结阳性

ⅢC2：腹主动脉旁恶性淋巴结阳性伴（或）不伴盆腔淋巴结阳性

（4）Ⅳ期：肿瘤侵及膀胱和（或）直肠粘膜，和（或）远处转移。

ⅣA：肿瘤侵及膀胱和（或）直肠粘膜

ⅣB：远处转移，包括腹腔内和（或）腹股沟淋巴结转移

****2.子宫内膜癌的治疗****

子宫内膜癌的治疗原则的制定，系依据肿瘤累及的范围及组织学类型，结合患者年龄及全身情况综合制定，也就是通常说的个体化原则。早期患者以手术为主，术后根据病理结果是否存在高危因素而选择相应的辅助治疗。影响子宫内膜癌预后的高危因素有：①年龄＞60岁；②低分化癌（G3）；③子宫肌层浸润深度≥1/2；④淋巴脉管浸润（LVSI）；⑤子宫下段或宫颈腺体浸润；⑥肿瘤直径＞2cm。晚期患者采用手术及放疗、化疗等综合治疗。

****2.1 手术治疗****

对于子宫内膜癌患者来说，如果综合评估后身体可以耐受手术手术，手术当然是最主要的治疗方法。手术治疗的目的是切除病变子宫及可能存在的转移病灶，进行规范的手术病理分期，确定病变范围与预后相关因素，从而进一步选择合适的术后辅助治疗方案。手术中切除标本，医生需常规剖开检查，初步确定肌层侵犯深度，并进行冰冻切片检查，以进一步在手术台上决定手术范围。这是对病人手术创伤范围的关键步骤。另外，切除的标本常规进行病理学检查，并进行雌孕激素受体的免疫组织化学检测，作为术后选用辅助治疗的依据。对于低危型子宫内膜癌（Ⅰ期子宫内膜样腺癌、G1-G2、肌层浸润＜50%、LVSI阴性）的患者，不推荐进行辅助治疗。

****2.2 放射治疗****

放射治疗也是治疗子宫内膜癌的有效方法之一，应该摒弃只有手术才能治病的理念。放射治疗分为腔内照射和体外照射两种。盆腔外照射放疗是高危型子宫内膜癌患者的标准疗法，能够最大限度地增加盆腔放射控制率。对于Ⅰ期高危和Ⅱ期内膜癌，术后辅助放疗可能使有深肌层浸润、G3及存在淋巴结转移的患者获益。对于Ⅲ期和Ⅳ期的晚期子宫内膜癌患者，可以通过手术后放疗和化疗联合应用，提高疗效，改善预后。单纯放疗仅适用于有手术禁忌症或原发肿瘤无法手术切除的晚期患者，对于不适合手术的Ⅰ期子宫内膜癌患者，放疗的两年局部控制率可以超过90%。

****2.3 化学治疗****

相对来说，子宫内膜癌属于化疗敏感性疾病，蒽环类、铂类和紫杉烷类药物的活性最高。化疗是晚期或复发子宫内膜癌综合治疗措施之一。对于初始治疗后阴道或盆腔淋巴结复发的患者，以及有全身复发的高危因素患者，可以考虑联合放化疗。常用的化疗药物有顺铂、紫杉醇、环磷酰胺等，可单独或联合应用，也可与孕激素类药物合并应用。

****3.子宫内膜癌的随访****

75%-95%的子宫内膜癌复发在术后2-3年内，但也可出现远期复发，需要长期随访，特别是对于术后接受了放化疗的患者，定期探望自己的主诊医生是一件非常重要的事情。随访内容包括详细的病史、盆腔检查、阴道细胞学涂片、胸部X线摄片、血清CA125检测等。一般术后3年内每3个月随访1次，3年后每6个月1次，5年后每年1次。

说了这么多，大家一定对子宫内膜癌术后辅助治疗的选择有所了解，但是，在临床工作中，仍需要结合患者的年龄、病情及全身情况进行个体化治疗。尽快恢复健康的身体和正常的生活是每一位患者和医者所共同期望的，因此，积极配合医生正规的治疗，并定期门诊随访，是十分重要的。