

主委访谈

杨清:疾病诊治与生育力保护须做“精准评估”

● 李春雨

“女医生和女患者之间,有一种天然的信任感。”视频连线采访时,中国医科大学附属盛京医院原副院长杨清刚结束一台手术,手术服还没来得及换下。

“有时候看书到很晚,就会在这里休息。”她回到病房的工作室,顺手将采访镜头转向一旁,一张单人床映入眼帘。镜头继续前移,落在房间中央的一张长桌上。她边说边指了指桌边的位置:“我和学生们的组会、病例讨论,基本都在这里进行。”转身时,镜头掠过柜子上方几张照片,那是她赴非洲冈比亚参与医疗援助时留下的照片。

从这间小小的工作室,到照片里的远方,杨清的工作场景不断延展。她指过的地方看似分散,实则叠合着她不断切换的多重身份——临床医生、教师、导师,以及一名走出国门参与医疗援助的中国医生。

身份在变,所处位置在变,但她反复面对的,始终是同一种情境:在有限时间、复杂风险与多重选择之间,做出当下最稳妥的判断与最恰当的处理方案。

外科手术正在进入微创时代

回顾自己的从医选择,杨清将其归结为兴趣与责任的结合。作为女医生,她深知妇科疾病对女性生活质量和人生规划的深远影响。这份责任,也成为她三十年坚守妇科微创道路的动力源泉。

从开腹到腔镜,从“能不能把病灶做干净”,到“如何为女性守住未来的生育力”,妇科手术方式与医学理念的演变,在杨清三十多年的临床生涯中清晰铺展。

“我于1989年毕业、留校的时候,妇科手术几乎全部是开腹。”回忆起职业生涯的起点,杨清仍清楚记得自己第一次被腹腔镜“震撼”的情景。那时,医院最先进的设备是一台从德国引进的霍普金斯镜,主要用于输卵管结扎手术。

杨清真正系统接触腹腔镜手术,是在上世纪90年代中期赴国外进修期间。彼时,腹腔镜主要用于不孕症相关操作,规模不大,却让她敏锐意识到,“外科手术将进入微创时代。”

1996年回国后,杨清在所在医院率先申请成立妇科微创病房。没有成熟的师承体系,也缺乏完整的操作规范,她和同事们只能在实践中不断摸索,通过国内外学术交流逐步建立起技术路径。

在她看来,技术的演进不只是器械和手法的改变,更深刻地重塑了妇科疾病的治疗目标。杨清指出,微创手术之所以逐渐成为主流,并不仅因为“创伤小、恢复快”,而在于一种新的医学理念逐渐确立:在治疗疾病的同时,最大限度保护女性的生育功能和长期生活质量。这种变化标志着妇科手术的关注点已从单一的“切除病灶”,转向更长期、整体性的生殖健康考量。

在疾病控制与生育力保护间找到平衡

随着微创技术的成熟,其适应证也在不断拓展。早期,腹腔镜主要用于卵巢囊肿、子宫肌瘤等良性疾病;近年来,逐步延伸至部分早期子宫内膜癌、宫颈癌的保育手术,以及部分早期卵巢癌的规范化治疗。在病种结构变化中,杨清尤为关注子宫内膜异位症及相关疾病。

她表示,随着女性初次生育年龄的延迟,临幊上这类疾病的发病率也在升高。过去许多女性20多岁就完成生育,如今不少女性30岁甚至35岁以后才开始考虑怀孕,长期未孕、未系统检查,在反复月经刺激下,子宫内膜异位症(子宫腺肌病、卵巢子宫内膜异位囊肿)等问题逐渐显现。等到因痛经或不孕就诊时,疾病往往已发展到较明显阶段。

而子宫内膜异位症与不孕之间存在复杂的相互影响。“越晚要孩子,越容易发生这些疾病;而疾病本身,又会进一步降低受孕机会。”杨清解释道。

正是在这一类患者身上,妇科微创面临着当前最具挑战性的临床难题之一——如何在疾病控制与生育力保护之间找到平衡。

杨清将此类情况喻为一架天平:一端是对疾病的有效控制,另一端是对生

育力的最大保留,任何一方失衡都可能带来新的风险。

寻找平衡的前提,是对疾病与生育力的“双向精准评估”。一方面,需精细判断病灶范围、侵袭深度,以及卵巢储备功能;另一方面,要合理规划生育时机。杨清强调,这并非手术完成后才开始的工作,而应从治疗一开始,就将“怀孕时机”纳入整体方案考虑。

在具体实践中,杨清团队遵循共识和指南中的“阶梯式原则”——先保守,后手术;先控症状,再备孕。对于症状轻、病灶小、卵巢储备好的患者,优先通过药物治疗控制症状、缩小病灶,为尽早受孕争取时间。“若能在不手术的情况下尽快怀孕,这是最理想的结果。”

然而,并非所有患者都适合保守治疗策略。随着影像学手段的发展,尤其是磁共振在病灶定位和范围评估中的应用,高风险病例可以更早被识别。“有些患者若继续等待,病灶进展可能影响妊娠结局,甚至增加流产风险。”此时,手术成为保护生育力的必要手段。

妇科微创医生的核心能力有三项

在病种日益复杂的同时,微创技术的快速迭代,对临床医生提出了新的要求。高清4K成像、荧光标记、机器人辅助手术等新技术不断涌现,显著提升了镜下操作的可能性。

然而,设备升级并不意味着“拿来即用”。杨清指出,“我们必须清楚围绕先进技术设备的结构、原理和适用边界,知道什么时候该用、如何安全使用。”这要求医生持续接受系统培训,并及时跟进最新专家共识和操作规范,避免因认知滞后带来的风险。

与此同时,接受微创手术的患者结构也发生变化。随着高龄和/或多系统疾病合并的患者比例明显上升,微创手术难度和风险进一步增加。杨清强调:“现在的问题已经不是‘我能不能做’,而是‘我能不能在复杂背景下规范、精准地做’。”在这种情况下,多学科协作成为保障微创手术安全的重要前提。

技术和患者条件的变化,对医生提



名医简介

杨清:二级教授、主任医师,博士生导师。

中国医科大学妇产科学学科带头人,中国医科大学附属盛京医院妇产科教研室主任、中国医师协会妇产科医师分会副会长、中华医学会计划生育分会副主任委员、中华医学会妇产科学分会委员/微创妇科专委会委员、中国人体健康科技促进会妇科微创专业委员会主任委员、国家妇产疾病临床医学研究中心分中心主任、辽宁省妇科疾病临床医学研究中心主任、《中国实用妇科与产科杂志》副主编。

出了更高的综合能力要求。为此,杨清将妇科微创医生的核心能力概括为三项:立体、精准的解剖认知,对风险的动态预判与处置能力,与患者建立信任关系的沟通能力。

“精准解剖是安全基础,风险预判是保障,而良好沟通,则让治疗成为医患合力。”她认为,成熟的微创体系应让患者在安全、高效的治疗中切实感受专业的力量与医疗的温度。

前不久,杨清当选为中国人体健康科技促进会妇科微创专业委员会主任委员。她表示,未来专业委员会的工作将以“学术引领、规范赋能、技术普惠、医患共赢”为总体方向,将“体系化能力建设”的理念进一步延伸至学科与行业层面,推动学科发展与技术应用更好地服务临床与患者。