

中国癌症

筛查及早诊早治技术方案

..... (试行)
.....

顾 问 王陇德 彭 玉

主 编 董志伟

副主编 乔友林

中国癌症

筛查及早诊早治技术方案

(试行)

编 委 王树强 王 毅
主 编 王树强
副主编 王 毅

人民卫生出版社

CHINA

中国癌症筛查及早诊早治 技术方案 (试行)

顾问 王陇德 彭 玉

主 编 董志伟

副主编 乔友林



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国癌症筛查及早诊早治技术方案(试行)/董志伟主编.
—北京:人民卫生出版社,2009.8

ISBN 978-7-117-12044-9

I. 中… II. 董… III. 癌-诊疗-方案 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 100600 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

中国癌症筛查及早诊早治技术方案(试行)

主 编: 董志伟

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 14

字 数: 265 千字

版 次: 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12044-9/R·12045

定 价: 27.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

中国癌症筛查及早诊早治技术方案

(试 行)

顾 问 王陇德 彭 玉

主 编 董志伟

副主编 乔友林

编 委 董志伟 乔友林 王国清 郑 树

钱耕荪 唐步坚 游伟程

编写人员名单(以姓氏笔画为序)

于志坚 江苏南通大学附属医院

万德森 广州中山大学肿瘤医院

王全红 山西省肿瘤医院

王国清 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所

王贵齐 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所

卞美璐 北京中日友好医院

吕 宁 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所

朱小东 广西医科大学附属肿瘤医院

朱雄增 上海复旦大学附属肿瘤医院

乔友林 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所

刘继红 中山大学肿瘤医院

许剑民 上海复旦大学中山医院

孙桂菊 东南大学公共卫生学院

玛依努尔·尼牙孜 新疆维吾尔自治区人民医院

李吉友 北京大学临床肿瘤学院

李隆玉 江西省妇幼保健院

李联昆 辽宁省肿瘤医院

沈锡中 上海复旦大学中山医院

张 询 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所

张 联 北京大学临床肿瘤学院
张立玮 河北医科大学第四医院
张齐联 北京大学第一附属医院
张苏展 浙江大学医学院附属第二医院
陆建华 江苏启东肝癌防治研究所
陈 坤 浙江大学医学院
陈丽荣 浙江大学医学院附属第二医院
陈建国 江苏启东肝癌防治研究所
陈陶阳 江苏启东肝癌防治研究所
岳惠芬 广西医科大学附属肿瘤医院
周 琦 重庆市肿瘤医院
郑 树 浙江大学肿瘤研究所
赵方辉 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所
柳 青 广州中山大学肿瘤防治研究中心
洪明晃 广州中山大学肿瘤防治研究中心
袁 媛 中国医科大学肿瘤研究所
钱耕荪 上海市肿瘤研究所
唐步坚 广西医科大学附属肿瘤医院
黄天壬 广西医科大学附属肿瘤医院
曹秀峰 江苏省人民医院
崔 英 广西医科大学附属肿瘤医院
章文华 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所
梁安民 广西医科大学附属肿瘤医院
董志伟 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所
程晓东 浙江大学妇产科医院
游伟程 北京大学临床肿瘤学院
靳家玉 北京友谊医院
蔡善荣 浙江大学肿瘤研究所
魏文强 中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所
魏丽惠 北京大学附属人民医院

审 校 孟祥柱 李纪宾



《中国癌症预防与控制规划纲要》(2004—2010 年)确定的重点工作之一是制定癌症早期发现、早期诊断及早期治疗计划并组织实施。自 2005 年起,中央财政补助地方卫生专项资金逐步支持子宫颈癌、食管癌、大肠癌、肝癌、鼻咽癌、胃癌、乳腺癌 7 种癌症筛查及淮河流域癌症早诊早治,项目点已覆盖全国。中国癌症基金会作为前 6 种癌症早诊早治项目的国家级技术支持单位,成立了相应的专家组织,在“中国癌症筛查及早诊早治指南”(试行)的基础上,制定了各种癌症的“中国癌症筛查及早诊早治技术方案”(试行),并据此培训技术队伍、开展筛查及早诊早治工作。现在出版的“中国癌症筛查及早诊早治技术方案”(试行)是在几年实践中不断完善的版本,可供癌症筛查及早诊早治工作参考。

癌症早诊早治项目实施的经验充分说明,癌症的筛查和早诊早治是一项技术性很强的系统工程。技术队伍的水平决定项目的质量,项目的质量将最终决定项目的效果,而技术规范或筛查方案是保证质量的基础。我国地域广阔,经济社会发展水平千差万别,我们鼓励各专业机构在实践中不断探索有科学依据和符合中国国情的技术方案,以推动我国癌症早诊早治工作的健康发展。

卫生部疾病预防控制局

2009 年 1 月

前 言

2002 年中国癌症基金会和全国肿瘤防办在江苏启东举办“全国癌症高发现场研讨会”，会上专家们估计，仅约 1/3 现场能够维持正常工作。我和卫生部有关负责同志交换意见后，认为早诊早治可以作为推动癌症现场防治及癌症预防与控制的“切入点”或“抓手”。专家们建议，癌症早诊早治应该从总结经验和提出技术方法入手。2004 年，中国癌症基金会邀请多年从事癌症筛查及早诊早治的知名专家撰写子宫颈癌、乳腺癌、大肠癌、食管癌、肝癌、胃癌、鼻咽癌、前列腺癌及肺癌的筛查及早诊早治文章，并举办一系列的学术研讨会，对各专题文章进行讨论、提出修改意见。2004 年年底，这些文章汇集成册，出版了《中国癌症研究进展 7 卷—中国主要癌症的筛查及早诊早治》。在此基础上，经多次修改及反复征求意见，2005 年初出版了《中国癌症筛查及早诊早治指南》(试行)。卫生部疾病预防控制局对该书的出版给予了极大的关注与支持，并撰写了序言。2006 年中央财政补助地方卫生专项资金(转移支付)支持的癌症早诊早治项目实施时，《指南》就成为编写各种癌症筛查及早诊早治技术方案的基础。

至 2008 年底，基金会作为国家级技术支持单位负责的转移支付癌症早诊早治项目，包括 6 种癌症，项目点 59 个，遍及全国 31 个省(市)自治区。累计筛查高危人群 25 万余人，发现需要治疗的癌前病变及癌症患者 2 千余人，早诊率及治疗率均达 85% 左右，深受群众欢迎，被当地政府视为民心工程。然而实践过程表明，癌症早诊早治是一个复杂的系统工程，涉及流行病学、组织病理学及各临床诊治学科的紧密合作。由初筛至诊断，再到治疗及随访，是一个连续不断的过程。各种癌症的早诊早治技术规范在实施时，要求学识与经验的有机结合，灵活运用。因此，在专业队伍中就癌症的早诊早治技术规范形成共识，不断提高一线人员的技术水平，成为癌症早诊早治项目可持续发展的重要支撑条件。希望本书的出版有助于癌症早诊早治技术规范共识的形成，进一步推动一线人员的技术培训。

此次出版的《中国癌症筛查及早诊早治技术方案》(试行)是在总结国内外进

展及转移支付癌症早诊早治项目实践的基础上形成的,共六章,包括子宫颈癌、食管癌、胃癌、大肠癌、肝癌及鼻咽癌 6 种癌症的筛查及早诊早治。每章内容包括:技术方案、并发症及处理、知情同意书、基线调查用表、筛查及早诊早治用表、工作考核指标及用表、小结等。其中,技术方案是重点,内容包括:人群选择、筛查对象、筛查方法、筛查流程、组织病理诊断标准、治疗及随访原则、质控等。本书表格较多,基线调查用表,用于群众癌症防治知识和当地医院癌症早诊早治情况的摸底,便于前后对比。筛查及早诊早治用表,是筛查及早诊早治工作的主要记录,便于分析、总结、提高。工作考核指标及用表,是为评价工作而设置的。使用这些表格时,可根据实际情况调整。末尾的小结,由相关专家指出方案的优缺点及使用中应注意的问题,当属经验之谈。本书有较强的可操作性,但亦如其他医学技术一样,实际应用时必须由具有实践经验的工作人员指导。

在癌症筛查及早诊早治技术方案的各种研讨会上,专家们经常意见相左,有时虽达成一致,实施过程中又经常反复,这就涉及技术方案的评价标准和评价方法的问题。我和科技部的有关负责同志交换意见后,争取到“十一·五科技支撑计划”课题:“子宫颈癌与食管癌筛查及早诊早治技术方案的评价研究”,课题依托转移支付癌症早诊早治项目,内容包括绩效评价和卫生经济学评价。课题仍在进行,希望有更多类似的课题,使政府推行的防病治病措施置于科学的基础之上,而不足之处也能不断完善。

《中国癌症筛查及早诊早治技术方案》(试行)虽然经过众多专家的努力及实践检验,但不足之处仍多,我们希望听到不同的意见,并在今后的实践中继续完善。此外,科学技术日新月异,也希望更有效、更简便的方法加入到技术方案中,使癌症的早诊早治更为有效,更为普及。借此机会对为我国癌症预防与控制辛勤工作的同志们表示崇高的敬意!

中国癌症基金会理事长

彭 玉

2009 年 1 月



一、关于早诊率

本书将早诊率定义为“可干预的癌前病变及早期癌在可干预的癌前病变及以上病变中所占的百分比”。这一定义的意义在于，癌症筛查的目的不仅在于发现癌症于早期阶段，更重要的在于发现病变于癌前阶段，并给予有效的处置。不同种类癌症，其“可干预的癌前病变”的定义各异，取决于对其癌前病变的认识及多年形成的临床诊治规范。

二、关于重度异型增生/原位癌

在病理上，异型增生与不典型增生、上皮内瘤变及上皮内肿瘤是同义语。重度异型增生和原位癌都是癌前病变，二者演变为浸润癌的概率是基本相同的，临床处理原则亦应相同，本书表述为重度异型增生/原位癌（或高级别上皮内肿瘤）。

三、关于早期癌

指处于早期阶段的浸润癌，经适当治疗后预后较好，有比较高的五年生存率。早期癌的定义因不同种类癌症而异，既与病变的转归有关，也与多年形成的临床诊治规范有关。如食管癌的早期癌，包括黏膜内癌和黏膜下癌，无淋巴结转移证据；而胃癌的早期癌，包括黏膜内癌和黏膜下癌，无论有无淋巴结转移证据。

编者

2009年3月

目 录

第一章	子宫颈癌筛查及早诊早治技术方案·····	1
第二章	食管癌/贲门癌筛查及早诊早治技术方案·····	45
第三章	胃癌筛查及早诊早治技术方案·····	86
第四章	大肠癌筛查及早诊早治技术方案·····	123
第五章	肝癌筛查及早诊早治技术方案·····	154
第六章	鼻咽癌筛查及早诊早治技术方案·····	185

第一章

子宫颈癌筛查及早诊早治

■ 技术方案 ■

本章介绍的技术方案的核心内容是采用肉眼观察和阴道镜检查相结合的筛查方案,对 30~59 岁的妇女连续筛查两年。对发现的子宫颈癌前病变及癌患者进行及时治疗。所有病变的诊断及转归的判定均以组织病理学检查为依据。技术方案根据实施细节又分为两类:一类适用于有多年子宫颈癌防治工作基础的地区,在项目实施中设有对照人群,收集相关的流行病学资料,可进行评价;另一类适用于刚开展子宫颈癌防治工作的地区,重点放在培训临床技能和开展工作方面。

技术方案(一)的评价指标为:任务完成率 $\geq 100\%$ 、顺应性 $\geq 70\%$ 、早诊率 $\geq 90\%$ 、治疗率 $\geq 90\%$ 、诊断及治疗时效达标率均 $\geq 95\%$ 、复查率 $\geq 85\%$ 。

技术方案(二)的评价指标为:任务完成率 $\geq 100\%$ 、顺应性 $\geq 50\%$ 、早诊率 $\geq 80\%$ 、治疗率 $\geq 80\%$ 、诊断及治疗时效达标率均 $\geq 95\%$ 、复查率 $\geq 75\%$ 。

备注:1. 任务完成率=实际筛查人数/任务人数;

2. 顺应性=目标人群实际筛查人数/目标人群应筛查人数;

3. 早诊率=(CIN 2+CIN 3/原位癌+早期癌)/(CIN 2 及以上病变);

4. 治疗率=实际治疗例数/应治疗例数;

5. 诊断时效达标率=(活检至病理报告 ≤ 1 个月者)/病理报告数;

6. 治疗时效达标率=(病理报告至治疗 ≤ 1 个月者)/实际治疗例数;

7. 复查率=实际复查人数/应复查人数;

8. 早期癌系指 Ia 期子宫颈癌。

第一节 技术方案(一)

一、人群的选择

(一) 队列的建立

本项目是以人群为基础的早诊早治工作,要求项目开展前就要明确筛查人群和对照人群,要求收集的基本人口信息的相关项目参见第五节基线调查用表(表 1-2)。建议从当地公安机关户籍部门获得目标人群、对照人群的总人口数并建立数据库,并随之开展项目覆盖县(区,乡)全人群的全死因监测。在全死因监测的基础上,重点做好肿瘤发病及死亡登记,肿瘤的发病及死亡登记按照《中国肿瘤登记工作指导手册》各项标准进行。同时收集当地医院子宫癌收治患者的基本情况,包括各期患者比例、治疗方法等。相应的医院诊治情况调查见表 1-3。

(二) 筛查人群的选择

在参加筛查的地区采用整群抽样的方法,选取子宫癌发病率和死亡率较高的区(乡)人口作为目标人群。筛查对象为 30~59 岁的已婚或有性生活的当地妇女(排除已经确诊的子宫癌患者,正在妊娠的妇女,已经行全子宫切除的妇女,正患有严重的内、外科疾病,无法耐受检查者),这些妇女均自愿参加并且有能力接受检查。所有筛查对象要填写癌症防治知识基线调查(表 1-5)、个人基本信息(表 1-6)及子宫癌相关的危险因素(表 1-7)。

(三) 对照人群的选择

对该地区全人口进行以肿瘤发病及死亡登记为主的全死因监测,以便最终评价早诊早治的绩效。此外选取小样本对照人群进行危险因素的监测,用于质控目标人群与对照人群的可比性。对照人群的各种基线情况(饮食习惯、社会经济状况等)应尽可能与目标人群一致。对照人群应该与干预人群同时开展基线调查和危险因素监测。对照人群的癌症防治知识基线调查、基本信息以及常见危险因素等见表 1-5、表 1-6 和表 1-7。对照人群的选取可按村分层随机抽样。样本的大小根据各现场的实际情况决定,但原则上要求不少于 600 人(每 5 岁一个年龄组,每个年龄组不少于 100 人)。对照人群和目标人群在地理上要有一定的缓冲区,以避免对照人群中的某些人参加早诊早治项目而造成偏倚。

二、筛查程序

(一) 知情同意

所有参加筛查的人群都必须参加知情同意程序,该程序包括两部分:首先,召集参加筛查的对象,集中宣讲筛查的目的、意义以及参加筛查的获益和可能的危险,宣读知情同意书,回答群众的问题。然后,向每一个参加筛查的对象说明筛查的相关情况,进一步回答筛查对象不明白的问题,最后在自愿的原则下签署知情同意书(详见第四节)。

(二) 流行病学调查

签署了知情同意书的人群首先要接受基线信息调查。基线信息调查包括癌症防治知识调查、个人基本信息及子宫颈癌危险因素调查三部分,统一由已接受过专业培训的调查人员进行。基线信息调查是评价项目绩效的基准,十分重要。

所有正式调查进行之前,应该根据当地实际情况进行预调查,以便熟悉调查项目,了解调查过程中可能出现的问题,并及时向癌症早诊早治项目专家组反映。

癌症防治知识调查包括癌症的综合知识和子宫颈癌的防治知识两部分(表 1-5),主要是了解开展早诊早治项目前当地群众的健康知识情况。危险因素调查(表 1-7)包括个人基本信息、子宫颈癌的相关危险因素、家族史以及简单的健康状况。应保证调查的隐秘性和真实性。以上基本信息基线调查表中的每一个项目,严格按照编码说明(附录 1-1)进行调查和填写。每天完成的调查表,要求随机抽取 10% 进行复查,复查后各项的符合率不得低于 90%。资料要求两遍录入,然后以原始调查表为基准,校对两遍录入的数据后,整理成最终数据库。数据库上报时要求同时上报字段及编码说明文件。

(三) 临床检查

受检对象由妇科医生用窥器检查子宫颈部。子宫颈暴露后分别进行醋酸染色后肉眼观察(visual inspection with acetic acid, VIA)及碘染色后肉眼观察(visual inspection with Lugol's iodine, VILI)。VIA 或 VILI 异常的妇女应做阴道镜检查,必要时在阴道镜指导下于可疑病变部位取活检并进行病理诊断。

1. 醋酸染色肉眼观察(VIA)

首先使用盐水棉球或干棉签轻轻擦拭子宫颈,注意不应太用力,避免子宫颈上皮破损。然后使用 5% 的冰醋酸(配制方法见附录 1-4)浸泡的棉球涂抹子宫颈,棉球应足够大,以全部覆盖子宫颈。轻轻用棉球上下左右按压子宫颈(包括子宫颈外口),使醋酸溶液充分渗透子宫颈上皮。一分钟后,用

普通光源照明,直接观察子宫颈上皮对醋酸的反应。病变区域呈白色。根据白色病变的厚薄、边界、轮廓以及消失的快慢,做出初步诊断并且在临床检查表上记录检测结果(表 1-8)。检测结果分为 VIA 阴性、VIA 阳性及可疑癌。

2. 碘染色肉眼观察(VILI)

普通光源照明下,以 Lugol's 碘液(配制方法见附录 1-4)涂抹子宫颈,方法同 VIA。根据宫颈表面上皮着色异常区域的形态、边界、大小、着色异常的程度、着色异常区域与鳞柱交界的距离以及着色异常区域消退的速度等,做出初步诊断。正常子宫颈上皮在涂碘后为赤褐色或黑色,着色异常区可能为可疑病变区。CIN 病变(cervical intraepithelial neoplasia,宫颈上皮内瘤样病变)或浸润癌区域呈现厚重的芥末黄或橘黄色白斑。该检测结果分为 VILI 阴性、VILI 阳性及可疑癌。结果应记入临床检查表(表 1-8)。

3. 电子阴道镜检查

首先采用白光或滤光在放大子宫颈图像的情况下,仔细观察子宫颈表面上皮的鳞柱交界和移行带,同时注意子宫颈表面上皮有无可疑异型血管,然后用 5%的冰醋酸涂抹子宫颈(方法同 VIA),一分钟后,观察子宫颈表面上皮有无醋白上皮,重点检查鳞柱交界及移行区。如发现异常,应在病变最严重处取活检,并填写病理标本收集情况表(表 1-9)。子宫颈活检要在阴道镜直视下进行。应快速紧闭活检钳咬取标本,避免重复咬取和旋转活检钳。当阴道镜检查不满意时(看不清鳞柱交界,或病变延伸入颈管内口,或活检钳不能触及病变,或疑有腺体病变时)可进行颈管内膜刮取(endocervical curettage, ECC)。ECC 前必须擦干蓄积在阴道后穹隆的醋酸,以避免刮出的组织丢失。刮出物应迅速放入福尔马林保存液中,并填写病理标本收集情况表(表 1-9)。阴道镜检查时,应摄取子宫颈图像,同时医生要填写临床检查表(表 1-8)。如果在阴道镜检查中应用碘染色与醋酸染色相结合的方法,可以提高子宫颈癌前病变以及子宫颈癌的早期诊断率。

4. 注意事项

(1)医生取活检时,如遇到有阴道出血者应采取相应的止血措施,如直接使用硝酸银棒或者填塞纱布局部压迫止血,如果仍然有活动性出血应立即报告。必要时使用止血药和抗生素预防感染。医生要嘱咐接受子宫颈活检的妇女一些必要的注意事项,如告知子宫颈活检可能会引起腰腹部轻微的下坠感以及少量的不超过 1 周的阴道流血;活检后应注意休息,避免使用阴道产品;24~48 小时内及时把纱布取出,3~7 天内避免性交和盆浴。

(2)应严格诊室及器械的消毒(附录 1-3)。

(3)应严格注意无菌操作,防止交叉感染。

三、现场筛查流程图

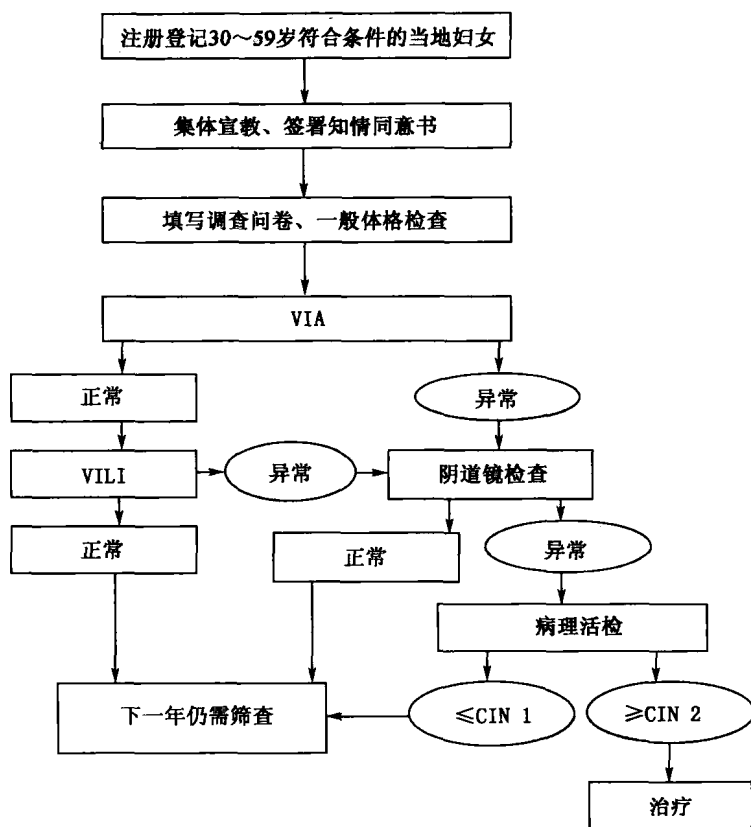


图 1-1 子宫颈癌筛查及早诊早治流程图

注：VIA：醋酸染色肉眼观察；VILI：碘染色肉眼观察；CIN 1：轻度宫颈上皮内瘤变；CIN 2：中度宫颈上皮内瘤变

四、标本处理与病理诊断

(一) 活检标本处理

活检标本取出时，立即将活检组织展平，使黏膜的基底面朝下贴附在滤纸上，即刻置入 10% 中性福尔马林中固定 16 到 24 个小时，然后进行包埋、切片、染色。标本经福尔马林固定后，可以在 70% 的酒精里做较长时间的储存。

病理观察不满意时，应作连续切片。病理各象限结果记录在病理检查结果表(表 1-10)，病理汇总结果记录在临床检查表的第 6 部分(表 1-8)。

(二) 病理诊断时间和标准

病理诊断报告应在筛查后 1 个月内告知筛查对象,诊断时效达标率不应低于 95%。子宫颈癌及其癌前病变的早诊率为 CIN 2、CIN 3/原位癌及镜下微小浸润癌(I a 期)在 CIN 2 及以上病变中所占的比例,不应低于 90%。

1. CIN 1:鳞状上皮上 2/3 有成熟现象,表浅层细胞一般为轻度异型性,可有 HPV 感染的细胞学表现,上皮全层有细胞核异型性,但异型性少,见于下 1/3,分裂象不多,罕见病理核分裂。

2. CIN 2:鳞状上皮上 1/2 有成熟现象,上层和下层细胞核异型性均明显,分裂象局限于下 2/3,可见病理核分裂。异型细胞累及鳞状上皮下 1/2 或至 2/3,个别异型细胞可散在鳞状细胞上 1/3,但表层上皮总体仍分化良好。

3. CIN 3/原位癌:鳞状上皮无成熟现象,或仅有表浅 1/3 有成熟现象,上皮 2/3 以上或全层为异型细胞所替代,但上皮基底膜仍清晰。分裂象多见,可出现于各层,常见病理核分裂。如全层均为异型性强的细胞时,则归入原位癌。由于 CIN 3 和原位癌发展成浸润癌的危险度是等同的,故其处理原则相同。

4. 微小浸润性鳞癌:限定标准为浸润间质深度小于 3 毫米,横向扩展范围在 7 毫米以内。

五、治疗及随诊原则

对于筛查发现的所有癌前病变及癌症患者均要填写《子宫颈癌前病变及癌症患者治疗情况登记表》,见表 1-12。需要治疗的患者,应在病理诊断报告发出后 1 个月内得到相应的治疗,治疗时效达标率不应低于 95%。治疗率为实际治疗的病例数占应治疗病例数的比例,不应低于 90%。

(一) 检查阴性者

VIA、VILI 或者阴道镜检查阴性的妇女下一年仍需接受检查。

(二) CIN 1

CIN 1 为可逆性病变,建议每年检查一次。根据检查结果做相应处理。

(三) CIN 2、CIN 3 及子宫颈癌

国际上 CIN 2、3 的治疗原则是等同的。但考虑到国内现状,作以下建议:

1. CIN 2 可行物理治疗(冷冻、激光或电灼)或子宫颈锥切术[环形电切(loop electrosurgical excision procedure, LEEP)、冷刀锥切或激光锥切]。

2. CIN 3/原位癌,甚或微小浸润癌(I a 期),如为年轻患者,欲保留生育功