

明在 ASCUS 中仍存在较严重的宫颈病变, 不应对宫颈不典型鳞状上皮细胞放松警惕^[8]。

3.4 HPV 载量与病变严重程度 目前的研究结果显示 HPV 含量与宫颈病变严重程度的关系存有争议。赵方辉等^[9]研究表明, 高危型 HPV 负荷量与子宫颈病变程度之间存在着明显的剂量反应关系, 即病毒负荷量越高, 子宫颈病变加重的危险越大。Lorincz 等^[2]在 2002 年的研究指出高危型 HPV 感染大大增加了发生 CIN 以上的宫颈病变的风险, 而高的病毒负荷却不能在此基础上进一步预测 CIN III 以上的宫颈病变的风险。该研究表明 HPV 载量与宫颈病变级别没有明显关联, 宫颈病变级别与病毒载量高低没有相关性, 与报道的^[10,11]有差别, 病毒载量与后期宫颈病变转归是否相关还需进一步的研究观察。总之, 宫颈高危 HPV 感染应予重视, 根据患者情况可进行早期干预, 使宫颈癌阻断在 CIN 阶段。

4 参考文献

- 1 Bekkers BL, Massuger LF, Bumen J, et al. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer (J). *Rev Med Virol*, 2004, 14 (2): 95
- 2 Lorincz AT, Castle PE, Sherman ME, et al. Viral load of human papillomavirus and risk of CIN3 or cervical cancer (J). *The Lancet*, 2002, 360 (9328): 228
- 3 Dalstein V, Riethmullet D, Pretet JL, et al. Persistent and load of high

-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: A longitudinal French cohort study (J). *Int J Cancer*, 2003, 106 (3): 396

- 4 樊庆泊, 郎景和, 沈 铿. 子宫颈环型电切除操作在宫颈上皮内瘤变诊治方面的应用 (J). *现代妇产科进展*, 2002, 11 (6): 472
- 5 陈琪珍, 左万兴, 孙廷慰 et al. 308 例宫颈病变诊断及治疗的研究 (J). *实用诊断与治疗杂志*, 2008, 22 (5): 335
- 6 张洁文, 蔺 莉, 王建捷. LEEP 治疗 CIN 伴高危型 HPV 感染的临床观察 (J). *中国妇产科临床杂志*, 2008, 9 (2): 90
- 7 杨丽华. 宫颈 LEEP 环切治疗宫颈上皮内瘤样变的评价 (J). *中国临床实用医学*, 2007, 1 (11): 36
- 8 王冬娜, 陈升平, 王香平. 宫颈不典型鳞状细胞和腺细胞的临床意义及相关因素的分析 (J). *实用妇产科杂志*, 2007, 23 (3): 148
- 9 赵方辉, 戎寿德, 乔友林. 宫颈癌及其癌前病变筛查方法现状 (J). *中国医学科学院学报*, 2001, 23 (6): 638
- 10 张金玲, 杨菊芳, 黄思谦. 高危型乳头瘤病毒与不同级别宫颈上皮内瘤变的关系 (J). *实用医学杂志*, 2007, 23 (24): 3861
- 11 岑坚敏, 钱德英, 曾仁海 et al. 高危型乳头瘤病毒负荷量与宫颈癌及癌前病变的相关性研究 (J). *中国实用妇科与产科杂志*, 2007, 7 (3): 533

(2009-12-04 收稿)

(编校 薛丽萍)

373 例宫颈/阴道脱落细胞学检查结果 ASCUS 或以上病理结果分析

王 贞 常瑞云 陈秀荣 太钢总医院 (山西 太原) 030003

中国图书分类号 R711.74 文献标识码 A 文章编号 1001-4411 (2012) 01-0033-02

【摘要】 目的: 分析宫颈/阴道细胞学检查结果为 ASCUS 或以上患者的组织病理, 提高临床医生和病理医生诊断宫颈上皮瘤变及早期宫颈癌的水平, 预防宫颈浸润癌。方法: 2007 年 1 月~2008 年 12 月, 在太钢总医院妇女病普查中, 用 TBS 分类法报告宫颈/阴道脱落细胞学检查结果为 ASCUS 或以上的病例 373 例, 在阴道镜下取活组织进行病理检查。结果: 炎症 264 例 (70.8%); CIN 78 例 (20.9%), 其中 CIN I 40 例, CIN II 22 例, CIN III 16 例。宫颈癌 31 例 (8.3%), 其中宫颈原位癌 16 例, 宫颈原位癌累腺 12 例, 宫颈原位癌早浸 2 例, 宫颈癌术后阴道残断癌 1 例。宫颈 CIN 及宫颈癌的高发年龄 31~50 岁。宫颈光滑者 CIN 及宫颈癌占 ASCUS 及以上患者的 62.9%。结论: 采用三阶梯技术提高宫颈癌的筛查率, 对于宫颈/阴道脱落细胞学检查结果为 ASCUS 及以上患者, 临床医生一方面要提高阴道镜的诊断技术, 另一方面要重视病史的采集, 多与病理医生沟通, 有条件时做 HPV 的检测, 提高宫颈 CIN 的诊断率, 预防宫颈浸润癌, 提高妇女生存质量。

【关键词】 ASCUS 病理检查 CIN 宫颈癌

宫颈浸润癌是由宫颈癌前病变 (CIN) 发展而来的, 约需要 8~10 年。因此, 早期检出 CIN 受到广泛重视。宫颈/阴道脱落细胞学检查是宫颈癌筛查的重要手段, TBS 系统进行细胞学分类, 提高了细胞学诊断的准确性和敏感性, 因为报告内容直观, 易懂和具体, 使临床医生较准确地决定对所检患者进一步的处理^[1]。太钢总医院于 2007 年 1 月~2008 年 12 月对在太钢总医院妇女病普查中, TBS 分类法报告宫颈/阴道脱落细胞学检查 ASCUS 及以上的患者 373 例, 在阴道镜下取宫颈组织进行病理检查, 现将病理检查结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 资料 选择 2007 年 1 月~2008 年 12 月在太钢总医院的妇女病普查, 共查 29 506 例, 宫颈/阴道脱落细胞学检查, TBS 分类法报告筛出 ASCUS 及以上病例 373 例。年龄 25 岁~35 岁, 平均年龄 41.4 岁。

1.2 标本采集 每位受检者均行宫颈刮片脱落细胞学检查, 将特质刮片插入颈管内, 在宫颈外口鳞状上皮与柱状上皮交界处, 以外口为中心, 围绕宫颈旋转 360°, 将刮出物均匀地涂在备好的载玻片上, 放无水酒精中固定 30 min, 然后染色,

在电脑分析系统帮助下进行阅片。

1.3 细胞学诊断 按全国宫颈癌防治协作会议规定, 宫颈/阴道脱落细胞学检查用 TBS 描述诊断要求进行报告, 主要内容包括含有感染性细胞改变, 反应性细胞改变, 上皮细胞异常 (ASCUS、LSIL、HSIL); 腺癌 (AGCUS)。

1.4 阴道镜下取组织病理诊断, 病理诊断报告分为: 炎症: CIN I, CIN II, CIN III; 宫颈原位癌; 宫颈浸润癌; 宫颈腺癌。

1.5 统计学方法 率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病检结果 2 年共筛出 ASCUS 或以上者 373 例, 373 例全部在阴道镜下取宫颈组织, 送病理检查, 病理结果, 宫颈炎症 264 例 (70.8%)。CIN 78 例 [CIN I 40 例 (10.7%), CIN II 22 例 (5.9%) CIN III 16 例 (4.3%)], 宫颈原位癌 16 例 (有 3 例连续 2 年宫颈/阴道脱落细胞学检查报告 ASCUS, 但第 1 年病检结果为炎症, 第 2 年病检结果宫颈原位癌), 宫颈原位癌累腺 12 例 (3.2%), 宫颈癌局部早浸 2 例 (0.5%), 宫颈癌术后 10 年残留癌变 1 例 (0.3%)。

2.2 年龄分布 宫颈/阴道脱落细胞学检查 ASCUS 及以上, 宫颈病检结果在不同年龄组的分布见表 1。31 岁 ~ 50 岁年龄组宫颈/阴道脱落细胞学 ASCUS 或以上筛出率最高。病检结果, CIN 及宫颈癌的年龄分布也是这两个年龄组, 30 岁以下, 50 岁以上两个年龄组患病率明显下降, 统计学上有显著差异 ($\chi^2 = 933.9, P < 0.010$)。

表 1 ASCUS 及以上患者病检后宫颈病变年龄分布 (n (1/万))

年龄 (岁)	普查例数	筛出 ASCUS 及以上病例	病检结果			宫颈癌
			I	II	III	
~30	2 331	8 (34.3)	0	1 (4.3)	0	2 (8.6)
~40	12 217	158 (129.3)	18 (14.7)	9 (7.4)	4 (3.3)	13 (10.8)
~50	14 253	202 (141.7)	22 (15.4)	12 (8.4)	12 (8.4)	16 (11.2)
>50	705	5 (70.6)	0	0	0	0
合计	29 506	373 (126.4)	40 (13.6)	22 (7.5)	16 (5.4)	31 (10.5)

2.3 宫颈临床诊断与宫颈病理结果对照 见表 2。

表 2 宫颈临床诊断与宫颈病理结果对照

临床诊断	病理结果					合计
	炎症	CINI	CINII	CINIII	宫颈癌	
光滑	169	25	19	10	15	238
轻度糜烂	33	6	3	2	4	48
中度糜烂	20	1	3	1	5	30
重度糜烂	4	0	0	0	1	5
其他	38	6	2	1	3	50
无宫颈	1	0	0	0	1	2

在宫颈/阴道异常脱落细胞学患者中宫颈光滑组 63.8% (238/373), 轻度糜组 0.5% (20/373), 重度糜烂组 0.1% (5/373)。其他 (宫颈息肉、肥大、那囊、接触性出血) 13.4% (5/373)。110 例宫颈病变中, 宫颈光滑 69 例, 占 62.7% (69/110)。

3 讨论

TBS 描述诊断报告中, ASCUS 临床意义有: ①可能与炎症有关。②与刺激有关。③涂片采集、固定不好有关。④与宫内节育器有关。⑤可能有癌前病变, 但异常细胞程度不够诊断标准。⑥可能有癌存在, 但所取涂片中的癌细胞的异常不够明确诊断。本组资料表 1 表明 373 例异常脱落细胞学患者病检结果炎症 264 例, 占 70.8%, 阳性 109 例, 阳性率 29.2%。笔者认为为了提高诊断率, 临床医生在普查过程中要详细询问病史, 采集标本时动作轻柔, 避免操作时损伤宫颈上皮, 尤其对有宫颈炎症的患者, 涂片要做到均匀地涂在玻片上, 不要反复涂。病理医生在阅片时要结合病史做出较准确地诊断。同时病理医生和临床医生及时沟通, 避免漏诊和假阳性, 有条件时对筛出的 ASCUS 及以上的患者做 HPV 检测, 能更好地为临床医生提供对 ASCUS 及以上患者的处理。

宫颈癌、宫颈上皮内瘤变患者分布在 31 ~ 50 岁之间, 这与报道相同⁽²⁾。此次研究中有 3 例宫颈癌患者连续两年宫颈脱落细胞学筛查为 ASCUS, 但第一年病检报告炎症, 第二年再活检结果为宫颈原位癌, 且均在 31 ~ 40 岁年龄段, 近年来宫颈癌的发病率正趋年轻化。因此, 我们对筛出的 ASCUS 及以上的患者如果病检报告为炎症时, 应建立专案, 做好随访工作。

临床上一般较重视宫颈中、重度糜烂的患者的检查及治疗⁽³⁾。本组资料显示, 宫颈病变中宫颈光滑者占到 62.9%, 提示不能以临床肉眼见到的宫颈情况来诊断宫颈癌前病变及宫颈癌, 在普查过程中一定要做到每个人都要进行宫颈刮片进行脱落细胞学检查。

应用细胞学、阴道镜与组织学即三阶梯技术规范诊治管理女性下生殖的癌前期病变是目前国际公认的准则⁽⁴⁾。由于宫颈刮片脱落细胞学涂片无痛苦, 无损伤, 重复性好, 简便易行, 价格低廉, 适宜于普查, 尤其适宜于基层的妇幼保健部门。

4 参考文献

- 姚宇琪, 孙维钢. 宫颈/阴道细胞学诊断的 TBS 报告方式及临床应用的意义 (J). 实用妇产科杂志, 2001, 17 (2): 62
- 朗景和. 子宫颈癌及其普查 (J). 现代妇产科进展, 1994, 3 (3): 275
- 张建兰, 彭敏, 郭晓玲 et al. 阴道镜筛查宫颈病变 6 051 例临床分析 (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21 (11): 679
- 宋学红. 三阶梯技术规范诊治管理女性下生殖道癌前期病变, 2004, 20 (2) 69

(2011-09-05 修回)

(编校 狄宁)