

33 000 例妇女宫颈癌普查结果分析

徐志琴(重庆市璧山县妇幼保健院 402760)

【摘要】 目的 探讨大范围妇女进行宫颈癌普查的意义及普查方法的选择。**方法** 选取 2010 年 9 月至 2012 年 12 月在本院进行“两癌”筛查的适龄妇女 33 000 例,均行阴道镜检查,异常者选取病变较重区域做多点活检。**结果** 在 33 000 例中行组织病理学检查的 580 例,其中,宫颈癌 20 例(年龄 34~69 岁),宫颈上皮内瘤变 I 级(CIN I 级)26 例,CIN II 级 50 例,CIN III 级(包括原位癌)96 例。**结论** 对大范围不同阶层的妇女进行阴道镜普查是早期发现宫颈癌的一种有效、可行的方法。

【关键词】 宫颈癌; 宫颈癌前病变; 普查; 预防

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)13-1684-02

Analysis of 33 000 cases women's cervical cancer screening results XU Zhi-qin(Maternal and Child Health Hospital of Bishan County, Chongqing 402760, China)

【Abstract】 Objective To investigate the meaning of cervical cancer screening of a wide range of women and the choice of methods. **Methods** From September 2010 to December 2012 in our hospital were selected 33 000 reproductive age women who would taken the screening of "cervical cancer and breast cancer", all of them have taken colposcopy, and the abnormalities would proceed multipoint biopsies of serious area. **Results** 580 cases took histopathological examination in 33 000 cases. Including 20 cases cervical cancer patients (minimum age 34 years old, biggest 69 years old), CIN I level 26 cases, CIN II level 50 cases, CIN III level (including carcinoma in situ) 96 cases. **Conclusion** Cervical cancer is a preventable, treatable disease, early detection, early diagnosis, early treatment is the key to prevent cervical cancer. Colposcopy census on a wide range of different class woman is feasible and effective method for early detection of cervical cancer.

【Key words】 cervical cancer; cervical precancerous lesion; screening; prevention

宫颈癌的发生、发展是一个缓慢的过程,是由量变到质变、渐变到突变的过程,理论上需要 10 年左右的时间^[1]。及时发现宫颈癌前病变及早期宫颈癌,及时恰当处理,治愈率可达 100%^[2]。因此宫颈癌是一种可预防、可治愈的疾病。早发现、早诊断、早治疗是预防宫颈癌发生的关键。本文旨在讨论宫颈癌普查的意义及其采用阴道镜结合组织病理学检查的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 9 月至 2012 年 12 月在本院进行宫颈癌筛查的适龄妇女 33 000 例。普查对象为所有有性生活的适龄妇女。按照中国癌症研究基金会推荐方案:(1)任何有 3 年性行为或大于 21 岁有性行为的妇女;(2)起始年龄为 25~30 岁,高危人群适当提前;(3)终止年龄为 65 岁(本县放宽到 70 岁以下)。高危人群包括:(1)性生活紊乱;(2)过早性生活(<16 岁);(3)患有其他性传播疾病;(4)口服避孕药;(5)人类免疫缺陷病毒感染;(6)有过宫颈病变、宫颈癌、子宫内膜癌、阴道癌、外阴癌等。人员组织来源于 3 个方面:(1)本院医务人员对本县的一些企事业单位人员进行联系并就“两癌”知识进行宣传;(2)由门诊医务人员对前来本院就诊的患者进行宣传;(3)由社区、乡镇、村或医疗站点的计生人员或妇幼医生对所管辖的人员通知到位,本院组织卫生工作者对检查对象进行宫颈癌相关知识的宣教,树立全民的防癌意识,提高其对宫颈癌普查对自身健康重要性的认识。安排具有阴道镜专业知识技能及经验的医务人员进行阴道镜检查。并对特殊病例监督治疗和追踪随访。

1.2 普查内容及方法 普查内容包括(1)个人基本信息资料;(2)询问病史:月经婚育史、避孕情况、有无接触性出血或白带异常、既往史及亲属中有无肿瘤病史;(3)妇科检查:包括内外生殖器的常规检查。本院采用的普查方法包括(1)阴道镜检查:5%醋酸溶液湿敷宫颈、阴道 30 s 后,用放大技术(即阴道镜)动态记录宫颈/阴道被覆上皮 180 s 变化,以检查有无癌及癌前病变。由于异常上皮细胞其核容量增加,在醋酸作用下使细胞暂时脱水,核蛋白出现可逆性凝固反应,影响上皮透光性,阻止光线透过上皮层,不容易看到皮下血管,从而形成白色上皮即醋白上皮,核浆比越大,醋白上皮越厚,维持时间越长,甚至出现凝固厚重白上皮,病变部位严重程度^[3]。并在其指引下对可疑病变部位取活检标本。用蘸取 5%复方碘溶液的棉棒或小棉球轻轻地、触压式地、依次涂抹在宫颈/阴道的观察区域。观察 1~2 min 宫颈上皮的染色反应。阴道镜图像满意者(子宫颈转化区位于宫颈阴道部),在阴道镜指引下对病变最严重的部位多点取材;阴道镜图像不满意者(子宫颈转化区位于宫颈管内,如宫颈萎缩、狭窄等),则结合宫颈脱落细胞学检查,有异常者除需在宫颈管外口病变最严重的部位取多点活检外,还应行宫颈管内膜刮取术。(2)病理检查:按病理学诊断标准^[4],根据细胞异型性的程度和范围依次为良性细胞改变,宫颈上皮内瘤变(CIN I、CIN II、CIN III)、宫颈浸润癌。

2 结果

33 000 例中行组织病理学检查的为 580 例。普查结果为:确诊宫颈癌 20 例(年龄最小 34 岁,最大 69 岁),CIN I 级 26

例, CIN II 级 50 例, CIN III 级(包括原位癌)96 例。宫颈癌:30~40 岁 1 例;40~50 岁 10 例;50~60 岁 3 例;60~70 岁 6 例;年龄最小 34 岁,最大 69 岁。宫颈上皮内瘤变(CIN):20~30 岁 26 例;30~40 岁 58 例;40~50 岁 86 例;50~60 岁 2 例。

3 讨 论

3.1 发病概况 根据检查结果提示本县宫颈癌高发年龄在 40~50 岁(10 例),其次 60~70 岁(6 例)。宫颈上皮内瘤变(CIN)的高发年龄在 40~50 岁(86 例),其次 30~40 岁(58 例)。宫颈病变程度以 CIN III 级检测率最高为 96 例。发病区域:从事皮革加工制造、火炮制作、或在其区域生活的有 136 人,可见有化工污染或粉尘污染企业所在乡镇或区域发病率高于无污染企业区域。

3.2 普查意义

3.2.1 预防和控制宫颈癌的发生 (1)子宫颈的解剖位置易于暴露,便于观察、触诊及取材。(2)宫颈癌病因明确。研究表明宫颈癌是感染性癌瘤,人乳头瘤病毒(HPV)感染与宫颈癌的发生密切相关,持续高危型 HPV 感染是发生宫颈癌前病变和宫颈癌的前提条件^[5]。针对病因进行检查和治疗,可以遏制宫颈癌的发生。(3)疾病演变时间长。从宫颈感染 HPV 病毒到宫颈癌前病变,再到最终的宫颈癌,大约需要十年左右的时间,且癌前病变有双向发展的可能性,此期的及时诊断和正确处理是预防和治愈宫颈癌的关键^[6]。(4)有效成熟的干预方法。针对病因,宫颈癌前病变的不同阶段,进行有效的治疗,遏制宫颈癌发生发展。上述因素使癌前病变和早期宫颈癌易于早发现和诊断,及早进行有效的干预,控制早期宫颈癌的进一步发展。

3.2.2 许多宫颈癌前病变和早期宫颈癌临床表现无特殊性,没有任何临床症状和体征。许多妇女自认为身体健康而不去医院,延误了病情。宫颈癌普查的对象是所有适龄妇女,不论有无临床症状,通过普查,可以发现普通人群中潜在的危险。

3.2.3 改善患者预后,提高生存质量。认真定期的宫颈癌普查,可以及早发现早期宫颈癌,采取相应治疗,阻止其发展为中晚期宫颈癌,减少根治性治疗和治疗费用,改善患者预后,提高生存质量。

3.2.4 提高广大妇女对宫颈疾病的认识。对宫颈癌预防及治疗相关认识的提高,增强自身保健意识,树立全民的防癌意识,也是关注国家公共卫生和提高妇女健康水平的重要举措。

3.3 普查方法的选择 在宫颈癌普查时根据本地区的实际情况选择有效的筛查方案,本院采取阴道镜检查,必要时辅以细胞学检查相结合的方案。阴道镜检查原理:原始鳞状上皮多数位于宫颈外口的远端,呈光滑的粉红色,醋酸试验呈阴性反应;正常/成熟分化的鳞状上皮的中、表层细胞浆内富含糖原,可被复方碘溶液染成褐色或黑色,为复方碘染色阳性反应。这是正常鳞状上皮与成熟分化鳞状上皮的表現。柱状上皮:在生理盐水的作用下呈现肉红色,在 5%醋酸作用下呈现短暂的苍白水

肿,即“葡萄串”状结构,90 s 内白色消失。柱状上皮含糖原,对复方碘溶液不起反应。由于异常上皮细胞其核容量增加,在醋酸作用下使细胞暂时脱水,核蛋白出现可逆性凝固反应,影响上皮透光性,阻止光线透过上皮层,不容易看到皮下血管,从而形成白色上皮即醋白上皮,核浆比越大,醋白上皮越厚,维持时间越长,出现凝固厚重白上皮,表明病变部位严重程度。异常的上皮几乎不含或没有糖原,涂碘后有不同程度的不着色呈淡黄色、芥末黄或暗黄色^[7]。由本院对 33 000 例适龄妇女检查的结果看,阴道镜检查是有效可行的方法。具有无创性和较高的敏感性。且宫颈染色后图像直观、易于识别和掌握,若需进一步检查,也可即刻进行(在其直视下定位活检比盲目活检的准确率高,其活检的准确率达 83.6%~99.5%^[8-10])。减少了患者的就诊时间及次数,患者依从性高。也可作为治疗后长期随访的工具,术后 2 年内阴道镜结合细胞学检查可获得较高的检测率,降低复发病灶漏诊危险。

参考文献

- [1] 杨伶俐,杨慧琳,杜雪梅,等.未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞临床处理方法的探讨[J].实用妇产科杂志,2011,27(1):31-33.
- [2] 郎景和.子宫颈上皮内瘤变的诊断与治疗[J].中华妇产科杂志,2001,36(5):261-263.
- [3] John W. Sellors, R. Sankaranarayanan. 宫颈上皮内瘤变的阴道镜诊断和治疗[M].北京:人民卫生出版社,2005:25-40.
- [4] 刘志红,乌兰那,张礼婕,等.人乳头瘤病毒辅助细胞学宫颈瘤[J].罕见疾病杂志,2004,11(1):12-13.
- [5] Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer[J]. N Engl J Med, 2003, 348(6): 669-670.
- [6] 李琴,卞美璐,姚吉龙.子宫颈疾病[M].北京:人民军医出版社,2012:32-37.
- [7] 郑英,刘玉玲.阴道镜图谱[M].2版.郑州:河南科学技术出版社,2009:1-2.
- [8] 官莹,赵璐,等.黑龙江省铁力市育龄妇女宫颈癌前病变筛查的研究[J].现代妇产科进展,2010,19(1):12-14.
- [9] 王芳,张友忠,李莉,等.宫颈 Belinson 活检钳在阴道镜下宫颈病变活检中的临床应用价值[J].实用妇产科杂志,2011,27(8):616-617.
- [10] 黄燕,李春梅.260 例电子阴道镜下图像特点与宫颈活检病理诊断的关系[J].实用妇产科杂志,2012,28(5):387-389.

(收稿日期:2013-01-24 修回日期:2013-02-12)

欢迎投稿

欢迎订阅