

南川地区宫颈癌筛查的研究^{*}

曾令先, 田 闾[△], 谢 艳(重庆市南川区人民医院妇产科 408400)

【摘要】 目的 通过调查南川地区已婚妇女实施正规宫颈癌筛查的现状和发病率, 得出一套科学、合理的针对南川地区实施规范化宫颈癌筛查的管理模式。**方法** 将 2011 年 8 月至 2012 年 5 月来就诊的城区已婚妇女进行宫颈癌筛查 500 例与妇科医生前往南川偏远地区(以金山镇为试点)对当地已婚妇女进行宫颈癌筛查的 500 例进行宫颈癌及癌前病变发病率的对比分析。**结果** 金山镇绝大部分妇女从未定期正规进行宫颈癌筛查, 无人建立健康档案。1 000 例妇女 HPV 感染率: 16.9%(169/1 000), 其中城区妇女感染率为 9.2%(92/1 000), 金山镇感染率为 7.7%(77/1 000)。细胞学结果异常[未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(ASCUS)及以上]为 5.2%(52/1 000), 其中城区妇女 55.8%(29/52), 金山镇妇女 44.2%(23/52)。将细胞学异常者进行电子阴道镜下宫颈组织活检。宫颈腺癌前病变为 14‰(14/1 000), 其中宫颈上皮内瘤变(CIN)Ⅰ级为 7‰(7/1 000), CINⅡ级为 3‰(3/1 000), CINⅢ级为 4‰(4/1 000)。城区妇女宫颈腺癌前病变为 7‰(7/1 000), 金山镇妇女宫颈腺癌前病变为 7‰(7/1 000)。宫颈鳞癌为 1‰(1/1 000), 来自城区。两组筛查妇女宫颈癌患病率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 南川偏远地区与城区妇女宫颈病变发病率无差异。为加强偏远地区妇女宫颈癌筛查率, 可开展“对乡镇卫生院进行宫颈癌第一阶梯筛查的知识与技术培训, 并对当地妇女进行第一阶梯筛查, 上级医院实施第 2、3 阶梯筛查, 逐层逐阶梯建立妇女健康档案”的宫颈癌筛查管理模式。

【关键词】 宫颈癌; 筛查; 重庆

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.028 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)02-0208-03

宫颈癌是女性生殖道最常见的恶性肿瘤, 从正常上皮到宫颈上皮内瘤变(CIN)到浸润癌大多需经过一个缓慢的演变过程, 所以宫颈癌的早期筛查至关重要^[1]。我国现阶段对宫颈癌筛查多采用“三阶梯筛查”, 即细胞学→阴道镜→宫颈组织病理学检查。本课题将 2011 年 8 月到 2012 年 5 月来本院就诊的城区已婚妇女 500 例进行宫颈癌筛查的资料和本院妇科医生前往南川偏远地区(以金山镇为试点)对当地已婚妇女进行宫颈癌筛查的 500 例资料进行宫颈癌及癌前病变发病率的对比研究, 以规范宫颈癌高危人群的筛查与管理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 8 月至 2012 年 5 月在本院妇产科就诊的 500 例城区已婚妇女和本院妇科医生前往金山镇对当地进行检查的 500 例已婚妇女参加本次宫颈癌筛查。参加筛查的标准: (1) 18~70 岁的已婚妇女; (2) 南川本地居民; (3) 无智力障碍; (4) 性生活正常; (5) 24 h 内无性生活, 3 d 内无阴道上药, 处于非月经期及非妊娠期; (6) 宫颈完整, 若行过宫颈手术需术后 3 个月以上。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查 对所有参与筛查妇女进行自愿问卷调查, 问卷内容包括居住地、年龄、月收入、文化水平、性伴侣数、婚产次、临床症状、妇科检查频次等。

1.2.2 宫颈分泌物人乳头瘤病毒(HPV)定量分型检查 对随机抽查的 1 000 例妇女进行宫颈分泌物 HPV 定量分型检查, 由妇科医生取标本, 取出宫颈分泌物放入特定保存液中。

1.2.3 宫颈薄层液基细胞学检查(TBS 分类法)^[2] 宫颈薄层液基细胞学检查诊断标准采用 TBS 分类法^[3], 宫颈细胞学异常包括未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(ASCUS)、不排除高度病变的不典型鳞状上皮细胞(ASC-H)、未明确诊

断意义的不典型腺细胞(AGUS)、低度鳞状上皮内病变(LSIL)、高度鳞状上皮内病变(HSIL)和宫颈鳞癌(SCC)。

1.2.4 电子阴道镜检查 采用改良 Reid 阴道镜 RCI 评分诊断标准^[4]: 0 分为正常或慢性宫颈炎, 1~2 分为 CINⅠ级, 3~4 分为 CINⅡ级, 5~6 分为 CINⅢ级, 对评分大于或等于 1 分者行宫颈活检。

1.2.5 宫颈组织细胞学检查 在电子阴道镜下于病变处钳取宫颈组织送病检^[5], 根据细胞异型性的程度和范围分为良性细胞改变(BCC)、CIN 和鳞状细胞癌(SCC), 其中 CINⅠ级为细胞学诊断的 LSIL, CINⅡ级、CINⅢ级为细胞学诊断的 HSIL。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对各项资料进行统计学分析, 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 宫颈薄层液基细胞学结果 1 000 例已婚妇女进行宫颈薄层液基细胞学检查, 结果异常者(ASCUS 及以上)占 5.2%(52/1 000)。ASCUS: 占 65.38%(34/52), 其中城区 58.82%(20/34), 金山镇 41.18%(14/34)。LSIL: 占 21.15%(11/52), 其中城区 36.36%(4/11), 金山镇 63.64%(7/11)。HSIL: 占 11.55%(6/52), 其中城区 66.67%(4/6), 金山镇 33.33%(2/6)。SCC: 占 1.92%(1/52), 其中城区 100.00%(1/1), 金山镇 0.00%(0/1)。

2.2 HPV-DNA 结果 1 000 例妇女进行筛查, HPV 阳性率为 16.9%, 主要致病型为 16 型。其中城区妇女感染率为 9.2%(92/1 000), 金山镇感染率为 7.7%(77/1 000)。

2.3 电子阴道镜下宫颈组织病理学结果 宫颈腺癌前病变 CIN 为 14‰(14/1 000), 城区妇女宫颈腺癌前病变为 7‰(7/1 000), 金山镇妇女宫颈腺癌前病变 7‰(7/1 000)。其中 CINⅠ级为 7‰(7/

1 000),平均年龄 40 岁,城区 4 例,金山镇 3 例。CINⅡ级为 3‰(3/1 000),平均年龄 39 岁,其中城区 1 例,金山镇 2 例。CINⅢ级为 4‰(4/1 000),平均年龄 47 岁,城区 2 例,金山镇 2 例。SCC 为 1‰(1/1 000),为城区妇女。城区卫生院筛查结果与本院筛查结果差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.4 问卷调查结果 宫颈癌的发生与年龄、经济条件、婚产次、性伴侣数等多因素相关。发病人群多为文化程度较低,产次、性伴侣较多,无固定工作、不注重妇科检查者。症状多表现

为白带异常(多、黄、异味、带血)、性交出血、溢液。见表 2。

表 1 不同地区筛查宫颈病变情况[n(%)]

地区	筛查总数	正常	CINⅠ级	CINⅡ级	CINⅢ级	SCC
金山镇妇女	500	493(98.6)	3(0.6)	2(0.4)	2(0.4)	0(0.0)
城区妇女	500	492(98.4)	4(0.8)	1(0.2)	2(0.4)	1(0.2)
合计	1 000	985(98.5)	7(0.7)	3(0.3)	4(0.4)	1(0.1)

表 2 宫颈癌及癌前病变的相关因素(n)

宫颈疾病	筛查总数	产次(次)			性伴侣(个)			妇检频次(年/次)			症状			
		≤1	2	≥3	≤1	2	≥3	≤1	2	≥3	无	白带异常	性交出血	溢液
CINⅠ级	7	2	4	1	2	3	2	0	3	4	3	4	0	0
CINⅡ级	3	1	1	1	0	2	1	1	0	2	0	2	1	0
CINⅢ级	4	0	1	3	2	1	1	0	2	2	1	1	2	0
SCC	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
合计	15	3	7	5	4	7	4	1	5	9	4	7	4	0

续表 2 宫颈癌及癌前病变的相关因素(n)

宫颈疾病	筛查总数	家庭收入(元/月)		文化程度		婚次			职业	
		≤1 000	>1 000	高中及以下	大学及以上	≤1	2	≥3	固定职业	无固定职业
CINⅠ级	7	2	5	6	1	4	2	1	2	5
CINⅡ级	3	2	1	3	0	1	2	0	0	3
CINⅢ级	4	2	2	4	0	2	1	1	0	4
SCC	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1
合计	15	6	9	14	1	8	5	2	2	13

3 讨 论

宫颈癌的发病率仅次于乳腺癌,居女性恶性肿瘤的第 2 位。全世界每年约 20 万女性死于宫颈癌,而新发宫颈癌病例达(45.9~50.0)万人^[6],其中我国每年新发现的病例 13.15 万,占世界新发病例的 28.7%^[7],发病呈年轻化趋势。它是目前惟一病因明确的癌症,由 HPV 引起,其发病与早婚、早育、多产及性生活紊乱等相关,有长达十多年的潜伏期,CIN 发展为浸润性宫颈癌概率约为 15%,早期可能没有任何症状,规范的宫颈癌筛查可有效预防其发生。我国一些区域开展了对已婚女性宫颈癌的免费筛查工作,很大程度上发现和遏制了癌前病变。但由于管理模式和操作的不规范导致了部分患者的漏诊和国家医疗资源的浪费。南川地理偏远,人均收入低,宫颈癌的发病率高。此次研究中来本院就诊的城区已婚妇女及本院妇科医生前往南川偏远地区(以金山镇为试点)对当地已婚妇女进行的宫颈癌筛查均按正规的“三阶梯筛查”模式,将所有妇女的生活习惯、年龄、妇科检查情况、症状等进行了对比分析,两地发病率差异无统计学意义($P>0.05$),但问卷调查显示文化程度较低,产次、性伴侣较多,无固定工作、不注重妇科检查者发病率高。

为了达到同样的宫颈癌筛查率,结合本地的实际情况以及宫颈癌的高危因素,可组织各个乡镇卫生院医务人员定期进行宫颈癌筛查的相关知识培训。由于宫颈分泌物 HPV 定量分型和宫颈薄层液基细胞学采样方法简单,可在各乡镇卫生院

开展每年 1 次宫颈薄层液基细胞学取样,对高危人群筛查 HPV 定量分型。乡镇卫生院不具备病理医师及实验室,标本可统一送至本院病理科进行阅片。对结果异常的由本院经过专业培训的医生行电子阴道镜及宫颈活检。同时对行宫颈癌筛查的妇女建立健康档案,逐层、逐阶梯完成档案,做到严密随访。对于没有 CIN 和宫颈癌高危因素的妇女,筛查不必过于频繁。对于年龄低于 29 岁的妇女,每 2 年筛查 1 次,对于 30 岁以上的妇女,如果连续 3 次宫颈细胞学正常,可每 3 年 1 次。加强对偏远地区妇女宫颈癌知识的宣传教育,建立良好的生活方式预防宫颈癌的发生,包括执行计划生育、规范性行为、讲究个人卫生等,让偏远地区的妇女对宫颈癌有一定的认识,能够积极、自愿参加正规的宫颈癌筛查。通过正规宫颈癌筛查减少南川地区宫颈癌的发病率。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:263-268.

[2] 余小琴. 液基细胞学在宫颈癌筛查中的应用[J]. 临床输血与检验,2011,13(3):254-257.

[3] 朱素文. 子宫颈病变筛查的研究进展[J]. 医学理论与实践,2011,24(7):774-775.

[4] 张淑增. 改良 Reid 阴道镜评分对宫颈上皮内瘤变的诊断[J]. 中国误诊学杂志,2004,4(4):528-529.

- [5] 田杨顺. 妇科肿瘤临床病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 96-121.
- [6] 殷霞, 狄文. 宫颈癌筛查的新进展[J]. 国外医学: 妇幼保健分册, 2005, 16(2): 103-105.
- [7] 赵春兰, 张会辰, 王建, 等. 宫颈细胞 DNA 定量分析、HPV-DNA 检测与液基细胞学检查在宫颈癌筛查中的应用价值[J]. 河北医药, 2013, 35(6): 860.
- (收稿日期: 2013-06-12 修回日期: 2013-10-14)

• 临床研究 •

中山地区儿童空肠弯曲菌流行情况及耐药性分析*

谭 南, 袁春雷, 杨晓华, 林爱心 (南方医科大学附属中山市博爱医院, 广东中山 528403)

【摘要】 目的 了解中山地区急性腹泻患儿空肠弯曲菌的感染及耐药情况。**方法** 对南方医科大学附属中山市博爱医院 2011 年 1 月至 2012 年 12 月门诊及住院的 1 865 例急性腹泻患儿的粪便标本进行空肠弯曲菌的分离培养, 并对分离菌株进行耐药试验。**结果** 1 865 例腹泻患儿粪便标本共检出 127 株空肠弯曲菌, 分离率为 6.8%, 以 0~3 岁检出率最高, 共检出 109 株, 占总数的 85.8%; 小儿急性腹泻全年均可检出空肠弯曲菌, 以夏、秋季检出率较高, 冬、春季较少。该菌对亚胺培南、头孢哌酮/舒巴坦、丁胺卡那和阿奇霉素敏感(敏感率超过 90%), 对氨苄西林、克林霉素较耐药(敏感率在 20%~60%), 而对头孢噻肟、庆大霉素、红霉素中度敏感(敏感率 60%~90%), 对青霉素 G、头孢唑啉、头孢克罗和头孢哌酮耐药(敏感率小于 10%)。**结论** 临床应结合药敏试验结果选择抗菌药物对空肠弯曲菌感染进行治疗。

【关键词】 空肠弯曲菌; 腹泻; 儿童

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 02. 029 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)02-0210-03

空肠弯曲菌是一种微需氧的革兰阴性杆菌, 能引起散发性和地方流行性的胃肠炎暴发, 是引起婴幼儿急性腹泻的主要病原菌之一, 是目前世界上普遍存在的重要食源性病原菌^[1]。现将中山地区儿童空肠弯曲菌肠炎的流行情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院儿科门诊或住院的急性腹泻患者 1 865 例, 其中男 1 180 例, 女 685 例, 年龄 0~13 岁, 平均 2.7 岁。

1.2 材料 Cary-Blair 运送培养基为杭州天和微生物试剂有限公司产品, 绵羊血平板培养基由广州迪景提供、45 μm 一次性无菌滤膜为 MILLIPORE 产品, 药敏纸片均为英国 Oxoid 公司产品, 微需氧袋和 NH 生化鉴定卡为法国生物梅里埃公司产品。

1.3 方法 将无菌棉签在灭菌生理盐水中润湿蘸取患儿粪便的黏液或脓血部分, 立即置于 Carry Blair 运送培养基中送检。标本送至实验室后, 取出标本拭子置于含有 2 mL 无菌生理盐水的试管中, 搅拌混匀, 使标本液化成标本混悬液。将已消毒的 0.45 μm 无菌微孔滤膜直接放在血平板培养基上, 吸取适量标本悬液滴置滤膜上, 放 37 ℃ 停留 30 min 后, 用镊子把滤膜取出弃去, 血平板放微需氧袋 42 ℃ 培养 48 h。经 42 ℃ 24~48 h 孵育后, 空肠弯曲菌可形成两种菌落: (1) 圆形凸起, 半透明针尖状, 有光泽的单个细小菌落。(2) 扁平, 灰色湿润, 边缘不规则。将可疑单个菌落同时接种到 2 个血平板, 一个平板置于 37 ℃ 需氧条件培养 24 h; 另一个血平板置于 42 ℃ 微需氧条件培养 48 h; 若需氧条件下不生长, 微需氧条件下生长者, 可作进一步生化反应。采用革兰染色及用 VITEK 2 Compact 系统的 NH 鉴定卡作全面生化鉴定。

1.4 药敏试验 药物选用青霉素 G、氨苄西林、头孢唑啉、头孢克罗、头孢噻肟、头孢哌酮、庆大霉素、丁胺卡那、头孢哌酮/舒巴坦、红霉素、阿奇霉素、克林霉素和亚胺培南, 方法采用 2010 年美国临床和实验室标准化协会(CLSI) 推荐使用的琼脂扩散(Kirby Bauer) 法。将被检菌制成 0.5 麦氏单位的菌悬液, 均匀涂抹在不含抗菌药物、不加血、厚度为 4 mm 的 Campy-BAP 培养基上, 42 ℃ 平衡 10 min, 贴抗菌药物纸片, 置微需氧盒 42 ℃ 孵育 48 h 后按 CLSI 标准判读结果, 抑菌环的边缘以肉眼见不到细菌明显生长为限。

2 结 果

2.1 不同年龄段病原菌检出情况 见表 1。对感染性腹泻患儿的 1 865 份粪便标本进行空肠弯曲菌分离培养, 共检出病原菌 127 株, 检出率为 6.8%。3 岁以内儿童共检出 109 株, 检出率为 8.2%, 占病原菌总数的 85.8%; 5 岁以内儿童共检出 124 株, 检出率为 7.1%, 占病原菌总数的 97.6%。

表 1 不同年龄段病原菌检出情况

年龄组(岁)	检出菌株数	检查人数	阳性率(%)
≤1	45	548	8.2
>1~2	42	483	8.7
>2~3	22	301	7.3
>3~5	15	425	3.5
>5~8	2	66	3.0
>8~13	1	42	2.4
合计	127	1 865	6.8

2.2 不同月份检出菌株结果 见表 2。在本研究中, 患儿检

* 基金项目: 广东省中山市卫生局科研立项课题(2010078)。