

义[J]. 医学临床研究, 2012, 29(12): 2370-2371.

[5] 周秀红, 黄水英, 张伟珍, 等. 鼓励患者及家属参与护理安全管理的实践[J]. 护理学报, 2012, 19(13): 32-33.

[6] 徐相婷. 家属参与性护理计划对产妇自我效能感及分娩方式的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(2): 319-321.

[7] 申宏, 罗鑫. 家属共同参与原发性高血压健康管理的效果观察[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(8): 897-898.

[8] 谢爱群. 护理干预对妊娠高血压分娩结局的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(5): 803-805.

[9] Kayemba-Kay's S, Peters C, Geary MP, et al. Maternal

hyperinsulinism and glycaemic status in the first trimester of pregnancy are associated with the development of pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes [J]. Eur J Endocrinol, 2013, 168(3): 413-418.

[10] 王青, 黄明媚, 陈妙玲, 等. 综合护理干预对妊娠高血压综合征患者的临床影响[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(8): 1162-1163.

(收稿日期: 2015-03-15 修回日期: 2015-06-03)

• 临床探讨 •

# 高危型 HPV 宫颈癌宫颈活检及宫颈脱落细胞病理检查结果分析

王 力(陕西省商洛市第二人民医院病理科 726000)

**【摘要】目的** 分析高危型人类乳头状瘤病毒(HPV)宫颈癌宫颈活检及宫颈脱落细胞病理检查结果。**方法** 对2012年5月至2015年3月商洛市第二人民医院妇科收治的接受宫颈脱落细胞病理检查的7271例患者临床资料进行回顾性分析。**结果** 活检病理学和宫颈脱落细胞病理学具有较高的鳞状细胞癌阳性诊断率,达91.5%; HPV阳性患者宫颈脱落细胞病理学低度鳞状上皮病变以上阳性率64.4%(459/714),活检病理学宫颈上皮内瘤样病变(CIN) I以上阳性率67.3%(511/760),二者之间无统计学意义( $P > 0.05$ )。30~50岁是宫颈病变发生的主要年龄段,慢性炎症占最高比例,为53.4%;其次为CIN I,占29.2%;再次为CIN II、CIN III,分别占9.1%、5.3%;鳞状细胞癌占有比例最低,仅为3.2%。**结论** 高危型 HPV阳性宫颈癌宫颈活检及宫颈脱落细胞病理检查能够提升宫颈病变诊断率,值得临床重视。

**【关键词】** 高危型人类乳头状瘤病毒; 阳性宫颈癌; 宫颈活检; 宫颈脱落细胞; 病理检查

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.061 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3591-02

在对妇女健康造成严重威胁的恶性肿瘤中,宫颈癌居第2位<sup>[1]</sup>。近年来,我国宫颈癌的发生率越来越高,同时发病年龄也越来越小,每年发病增长速度达到了2%~3%<sup>[2]</sup>。美国癌症协会统计,发达国家和发展中国家2002年宫颈癌5年生存率分别为61%和41%,要想对宫颈癌进行有效防治,关键是要及时高效筛查并准确处理宫颈上皮内瘤样病变(CIN)及早期癌<sup>[3-4]</sup>。本研究对2012年5月至2015年3月本院妇科收治的接受宫颈脱落细胞病理检查的7271例患者临床资料进行回顾性分析,分析了高危型人类乳头状瘤病毒(HPV)阳性宫颈癌宫颈活检及宫颈脱落细胞病理检查结果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2012年5月至2015年3月本院妇科收治的接受宫颈脱落细胞病理检查的患者7271例,其中1631例患者因发现细胞学异常接受阴道镜活检及HPV-DNA检测,年龄18~72岁,平均(35.6±10.2)岁。将最后诊断标准设定为病理组织学,714例患者呈阳性(CIN I、CIN II、CIN III或宫颈癌),917例患者呈阴性(慢性炎症或正常宫颈黏膜)。

## 1.2 方法

**1.2.1 HPV-DNA检测** 将一定量标本取出,进行DNA半小时抽取,PCR基因进行2h扩增,采用导流杂交仪、运用HPV-DNA导流杂交技术进行15min导流杂交和5min显色。

**1.2.2 宫颈脱落细胞病理检查** 在非月经期取材,取材前3d内不对患者进行阴道检查或阴道上药,2d内督促患者不要同房。在宫颈外1:3及宫颈表面用特制毛刷进行5周轻柔旋转,方向为顺时针,进行10s停留后向标本保存液中转移用毛

刷采集脱落细胞。采用“子宫细胞学 Bethesda 报告系统”检查,即正常范围(NL),意义不明的非典型鳞状上皮细胞(ASC-US)、非典型鳞状上皮细胞,不除外高级别鳞状上皮病变(ASC-H)、低度鳞状上皮病变(LSIL)、高度鳞状上皮病变(HSIL)、鳞状细胞癌(CA)、意义不明确的不典型腺细胞(AGUS)、腺癌(AC)。

**1.2.3 经阴道镜活检** 将阴道镜充分利用起来,对宫颈阴道部及阴道穹窿周围等情况进行仔细观察,然后用3%冰醋酸棉球对宫颈进行涂抹,对转化区认真检查,看是否有醋白上皮、点状血管等出现,最后进行碘染色试验。在宫颈取材活检过程中将异常部位多点取出。

**1.3 评定标准** 将标准设定为宫颈活检组织病理诊断,细胞学阳性评定标准为ASC-US以上病变,依据国际原则设定分级标准,即细胞学和组织学可以相差一级<sup>[5]</sup>。

**1.4 统计学处理** 采用SPSS20.0统计学软件对本研究所得数据进行统计分析,计数资料以n(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ ,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 活检病理学和宫颈脱落细胞病理学检查结果比较** 见表1。活检病理学和宫颈脱落细胞病理学具有较高的CA阳性诊断率,达91.5%。

**2.2 高危型 HPV-DNA 阳性结果统计** 见表2。HPV阳性患者宫颈脱落细胞病理学LSIL以上阳性率64.4%(459/714),活检病理学CIN I以上阳性率67.3%(511/760),二者之间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 1 活检病理学和宫颈脱落细胞病理学检查结果比较[n(%)]

宫颈脱落细胞病理学检查	n	活检病理学				
		炎症或正常	CIN I	CIN II	CIN III	CA
ASC-US	917	658(71.8)	209(22.8)	27(3.0)	18(2.0)	3(0.4)
LSIL	526	201(38.2)	237(45.0)	56(10.6)	29(5.4)	5(0.9)
HSIL	147	12(8.5)	27(18.3)	65(44.1)	37(25.1)	6(4.1)
CA	41	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)	2(6.1)	38(91.5)
合计	1 631	871(53.4)	473(29.0)	149(9.1)	86(5.3)	52(3.2)

表 2 高危型 HPV-DNA 阳性结果统计[n(%)]

宫颈脱落细胞病理学检查	n	阳性分布		活检病理学	n	阳性分布	
		LSIL	HSIL			CA	合计
LSIL	526	293(55.9)		CIN I	473	254(53.7)	
HSIL	147	126(85.4)		CIN II	149	126(84.9)	
CA	41	40(97.6)		CIN III	86	80(91.9)	
合计	714	459(64.4)		CA	52	51(100.0)	
—	—	—		合计	760	511(67.3)	

注：—表示无数据。

2.3 不同年龄宫颈病变分布情况 见表 3。0~50 岁是宫颈病变发生的主要年龄段,慢性炎症占最高比例,为 53.4%;其次为 CIN I,占 29.2%;再次为 CIN II、CIN III,分别占 9.1%、5.3%;CA 占有比例最低,仅为 3.2%。

表 3 不同年龄宫颈病变分布情况[n(%)]

年龄(岁)	n	活检病理学				
		炎症或正常	CIN I	CIN II	CIN III	CA
<30	230	169(73.3)	32(13.9)	16(7.2)	12(5.2)	1(0.4)
30~	712	412(57.9)	193(27.1)	76(10.7)	19(2.7)	11(1.5)
40~	402	175(43.6)	168(41.8)	22(5.5)	19(4.7)	18(4.4)
50~	224	93(41.1)	59(26.3)	30(13.1)	24(10.7)	19(8.5)
60~	63	22(34.9)	21(33.3)	5(7.9)	12(19.0)	3(4.8)
合计	1 631	871(53.4)	473(29.0)	149(9.1)	86(5.3)	52(3.2)

### 3 讨论

CIN 属于一组癌前病变,直接而深刻地影响宫颈浸润癌发生,CIN 能够将宫颈癌发生过程的连续过程有效反映出来,通常情况下 25~35 岁妇女是高发人群<sup>[6-8]</sup>。相关医学学者研究表明,拉丁美洲、东南亚等是宫颈癌的高发地区<sup>[9]</sup>。我国达到了 27/100 000 的发病率,发病率较高。现阶段,大量相关医学学者研究证实,宫颈癌 1 项极为重要的危险因素就是高危型 HPV<sup>[10]</sup>。从 HPV 感染向 CIN 发展,然后再向宫颈癌发展需要经历较长的时间,通常情况为 10 年。同时 CIN I 属于可逆转病变,早期宫颈癌患者 90% 达到 5 年生存率,因此对宫颈病变患者进行早期诊断和治疗具有极为重要的临床意义。

本研究结果表明,活检病理学和宫颈脱落细胞病理学具有较高的 CA 阳性诊断率;HPV 阳性患者宫颈脱落细胞病理学 LSIL 以上阳性率和活检病理学 CIN I 以上阳性率之间差异无统计学意义( $P>0.05$ );30~50 岁是宫颈病变发生的主要年

段,慢性炎症占有最高比例;其次为 CIN I;再次为 CIN II、CIN III;CA 占有最低比例。充分说明了 30~50 岁是宫颈病变的高发年龄段,高危型 HPV 感染直接而深刻地影响宫颈病变的发生。

高危型 HPV 阳性宫颈癌宫颈活检及宫颈脱落细胞病理学检查能够提升宫颈病变诊断率,值得临床充分重视。

### 参考文献

- [1] 黄军旗. HPV 检测在宫颈癌筛查防治及判断预后中的临床分析[J]. 中国社区医师, 2011, 13(30): 219.
- [2] 彭劲珺, 古云霞. 高危型人乳头瘤病毒与 TCT 联合检测用于宫颈病变筛查[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(5): 111.
- [3] 罗招云, 杨立业, 林敏, 等. 潮州地区高危型人乳头瘤病毒载量与宫颈病变的关系[J]. 临床与实验病理学杂志, 2012, 28(5): 526-529.
- [4] 段芬, 王英红, 张文杰, 等. 新疆维汉妇女 HR-HPV 载量与不同宫颈病变的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(20): 3070-3073.
- [5] 商宇红, 刘慧源, 聂磊, 等. 高危型人乳头瘤病毒负荷量与宫颈病变级别关系的研究[J]. 中国医学创新, 2012, 9(18): 13-15.
- [6] 赵虹, 卢丹. 冷冻术治疗宫颈高危型人乳头瘤病毒感染疗效研究[J]. 中国全科医学, 2011, 23(14): 1526-1528.
- [7] 吴世木, 陈俊, 杨瑞宾, 等. 单核苷酸位点 C19007T 多态性与宫颈癌易感性的相关性分析[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(4): 495-496.
- [8] 李琦, 胡昌华, 张婧. 宫颈脱落细胞 RASSF1A 基因甲基化在宫颈癌中的临床意义[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(12): 1518-1519.
- [9] Kuji S, Hirashima Y, Komeda S, et al. Feasibility of extended-field irradiation and intracavitary brachytherapy combined with weekly cisplatin chemosensitization for IB2-III B cervical cancer with positive paraaortic or high common iliac lymph nodes: a retrospective review[J]. Int J Clin Oncol, 2014, 19(2): 341-347.
- [10] Tai CJ, Cheng CW, Su HY, et al. Thrombomodulin mediates the migration of cervical cancer cells through the regulation of epithelial-mesenchymal transition biomarkers [J]. Tumor Biol, 2014, 35(1): 47-54.