

温岭市已婚妇女宫颈癌组织筛查分析

An Analysis of Cervical Cancer Screening for Married Women in Wenling, Zhejiang

LIN Su-yun, LIU Fen-qin, DU Xian, et al.

林素云, 刘芬琴, 杜 献, 彭婉平, 张 颖

(温岭市妇幼保健院, 浙江 温岭 317500)

摘 要: [目的] 了解温岭市已婚妇女宫颈癌筛查情况, 探讨其筛查价值。[方法] 2010 年 4~10 月参加宫颈病变筛查妇女 21 566 例, 以液基细胞学(TCT)、人乳头瘤病毒(HPV)和阴道镜为筛查方法, 活检组织病理学为诊断金标准。[结果] 21 566 例患者中检出细胞学阳性共 1 024 例, 988 例行 HPV-DNA 检测 HPV 感染 405 例, 病理诊断宫颈上皮内瘤样变(CIN) I 139 例, CIN II~III 83 例, 鳞状细胞癌(SCC) 1 例。农村居民宫颈病变患病率明显高于城镇居民 ($\chi^2=16.65, P<0.05$)。[结论] 通过有组织地对已婚妇女行宫颈癌筛查, 可早期发现宫颈病变。

关键词: 宫颈肿瘤; 筛查; 液基细胞学; 人乳头瘤病毒; 宫颈上皮内瘤变

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)02-0146-02

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤, 在全球女性恶性肿瘤中位居第二, 在发展中国家则居首位, 全世界范围内每年新增病例 45~50 万^[1]。宫颈癌筛查包括组织性筛查和机会性筛查。组织性筛查是有组织地对目标人群施行的最大范围筛查, 筛查面广, 不易漏诊; 机会性筛查是一种被动筛查, 是在患者有症状而就医过程中, 对具有高危因素的人群进行的筛查^[2]。本文分析温岭市已婚妇女宫颈癌筛查情况, 探讨组织性筛查对早期发现宫颈病变的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 4~10 月由温岭市妇联组织的在温岭市妇幼保健院行宫颈癌筛查的已婚妇女 21 566 例, 年龄 30~59 岁, 平均 39.2±12.4 岁, 农村 11 386 例, 城镇 10 180 例。文化程度: 高中以上 9 894 例, 高中以下 11 672 例。

1.2 研究方法

1.2.1 干预方法

我院专门组织妇科医护人员成立妇女病普查小组, 对凡筛查的妇女建立健康档案, 由专人面对面询问并填写问卷调查, 内容包括: 一般情况、月经史、婚姻生育史、人工流产史及对宫颈癌筛查的认知情况, 并宣教宫颈癌筛查的相关知识, 发放关于宫颈癌预防和筛查的宣传册。

1.2.2 评判标准

液基细胞学检查 (TCT) 按 2001 年 Bethesda 系统报告。

TBS 报告范畴: (1) 未见恶性上皮细胞或上皮内病变。(2) 异常上皮细胞: 鳞状细胞: ①不典型鳞状细胞 (ASC); 不明意义的鳞状细胞 (ASC-US); 不排除高度鳞状上皮内病变 (ASC-H)。②低度鳞状上皮内病变 (LSIL)。③高度鳞状上皮内病变 (HSIL)。④鳞癌。对应病理报告为: ASC 包含炎症或 HPV 感染, LSIL 包含 HPV 感染、湿疣 和 CIN I, HSIL 包含较高级别的 CIN (CIN II~CIN III), 鳞癌。

TCT 报告除未见恶性上皮细胞或上皮内病变外均属异常或阳性。HC-2 (第二代杂交捕获检测) HPV-DNA 检测, 正常参考值小于 1, 大于 1 者为阳性。

1.2.3 临床检查

①对接受筛查的患者行阴道分泌物常规检查, 宫颈细胞学检查即液基细胞学检查 (TCT), TCT 报告按 2001 年 TBS 命名系统描述诊断。②凡 TCT 异常者均行 HC-2 HPV-DNA 和阴道镜检查, HC-2 检测 HPV-DNA。③电子阴道镜检查, 行阴道镜检查时, 对可疑病变图像镜下取活检, 若镜下未发现可疑病变部位, 常规在转化区 3、6、9、12 点处活检及行宫颈管搔刮病检; ④病理组织学诊断为金标准, 最终判断宫颈病变性质。

1.3 统计学处理

采用 SPSS13.0 软件, 组间差异性采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 筛查结果

筛查的 21 566 例妇女中, 妇检及 TCT 和白带常规检查无异常者 10 902 例, 建议 1 年后随访, 异常 10 664 例。TCT 阳性 1 024 例, 其中不明意义的鳞状细胞 (ASC-US) 636 例, 占 62.11% (636/1 024), 不排除高度鳞状上皮内病变 (ASC-H) 112 例, 占 10.94% (112/1 024), 低度鳞状上皮内病变 (LSIL) 199 例, 占 19.43% (199/1 024), 高度鳞状上皮内病变 (HSIL) 76 例, 占 7.42% (76/1 024), 宫颈鳞状细胞癌 (SCC) 1 例。TCT 阳性 1 024 例中, ASC-US 36 例拒绝 HPV 检测, 余 988 例均行 HPV-DNA 检测, 其中 405 例 HPV 阳性, 总感染率为 40.99% (405/988)。TCT 阳性并接受 HPV 检测的 988 例, 均接受了阴道镜/宫颈活检, 病理结果: CIN I 139 例, CIN II~

基金项目: 温岭市财政专项资金温岭市妇女健康公益行动项目资助
收稿日期: 2011-06-23; **修回日期:** 2011-08-08

Ⅲ 83 例,SCC 1 例,其余 765 例均为炎症,其中 225 例见挖空细胞。

2.2 TCT 异常病理诊断结果的关系

TCT 异常级别越高其宫颈 CIN 程度也越高,HSIL 者病理为 CIN Ⅱ~Ⅲ者比例明显升高($\chi^2=185.07, P<0.05$)。见表 1。

表 1 TCT 异常与病理诊断结果关系

TCT	例数	病理诊断结果				
		炎症	见挖空细胞	CIN I	CIN Ⅱ~Ⅲ	SCC
ASC-US	600	596	129	4	0	0
ASC-H	112	107	42	5	0	0
LSIL	199	62	54	130	7	0
HSIL	76	0	0	0	76	0
SCC	1	0	0	0	0	1
合计	988	765	225	139	83	1

2.3 不同病理患者与 HPV 感染率比较

宫颈病变程度越高,HPV 感染率越高,各级病变的 HPV 感染率比较差异有统计学意义($\chi^2=193.25, P<0.05$)。见表 2。

表 2 不同病理诊断结果患者 HPV 感染率比较

病理诊断	例数	HPV+	HPV-	阳性率(%)
炎症	765	225	540	29.41
CIN I	139	104	35	74.82
CIN Ⅱ~Ⅲ	83	75	8	90.36
SCC	1	1	0	100.00
合计	988	405	583	40.99

2.4 农村与城镇妇女宫颈病变患病率比较

农村居民宫颈病变患病率明显高于城镇居民,差异有显著性($\chi^2=16.65, P<0.05$)。见表 3。

表 3 农村与城镇妇女宫颈病变患病率比较

地区	例数	CIN I	CIN Ⅱ~Ⅲ	SCC	患病例数	患病率(%)
农村	11386	92	55	1	148	1.30
城镇	10180	47	28	0	75	0.74
合计	21566	139	83	1	223	1.03

3 讨论

预防和早期发现宫颈癌的关键在于有效的筛查和对癌前病变的正确处理^[3]。宫颈病变的诊断或宫颈癌的筛查目的是发现宫颈上皮内瘤变(CIN)。美国妇产科学院(ACOG)1995 年 3 月的建议是“所有有性生活的或年龄超过 18 岁的妇女,都应每年进行一次宫颈细胞学涂片检查,当连续 3 次以上检查均正常者,医生可决定对低度危险者减少检查次数。”2006 年 WHO 关于宫颈癌筛查的建议中提出健康教育应该成为宫颈癌全面防治的内容之一^[4]。而 ACOG 最新通告指出,宫颈癌细胞学筛查的起始年龄不应早于 21 岁^[5]。本组妇女宫颈癌筛查的起始年龄为 30 岁,经过组织宫颈癌筛查防治知识宣教,不同文化程度的妇女对宫颈癌的认知均有提高,在接受宫颈癌的筛查后,大部分 TCT 异常妇女同时接受 HC-2 HPV-DNA 及阴道镜的进一步检查。

宫颈巴氏涂片在过去 70 余年中一直是宫颈癌筛查的主

要方法。近年来,宫颈薄层液基细胞学检查(TCT)被引入到宫颈癌筛查中,它能显著提高标本的满意度和宫颈异常细胞的检出率,逐渐取代巴氏涂片成为宫颈细胞学检查的主要方法^[3]。本组筛查结果 TCT 报告 LSIL 199 例,HSIL 76 例,SCC 1 例,ASC-H 112 例;经病理组织活检证实 CIN I 139 例,CIN Ⅱ~Ⅲ 83 例,SCC 1 例。对高级别宫颈病变极早处理是预防宫颈癌发生发展的重要手段。本研究也提示 TCT 在宫颈癌筛查中可提高宫颈癌前病变的检出率,提高了筛查效应。

宫颈癌发生的主要危险因素是人乳头瘤病毒(HPV)感染,HPV 感染是导致宫颈癌及癌前病变的必要条件^[6]。几乎所有的妇女在其一生中都会受到 HPV 侵袭,但是,只有很少量的感染会进一步发展成与 HPV 有关的癌前病变或者癌症^[7]。Sherman 等^[8]大规模 NCI-Portland 队列研究结果显示,HPV 检测对宫颈癌有很好的阴性预测值。HPV 感染大多数是一过性的,可以被机体自动清除,约 10%~15% 的 35 岁以上女性有持续感染的情况^[9]。本组研究中提示宫颈病变中 HPV 感染率随 CIN 级别增高而增加。对宫颈细胞学异常者进行 HC-2 HPV-DNA 检测可降低宫颈病变的漏诊率,提高筛查效应,及早干预宫颈癌前病变,对宫颈癌的早诊早治有非常重要的意义。我院本次筛查者,首先均接受 TCT 筛查,TCT 异常者中再进一步做 HC-2 HPV-DNA 检测及阴道镜三阶梯筛查模式。但在 TCT 无异常者中,可能漏掉了 HPV 感染人群,因此这种筛查模式也有待进一步改善。

本组筛查中还发现,文化程度高者对宫颈癌的相关知识认知程度高,而文化程度低者对宫颈癌的相关知识普遍缺乏。农村居民宫颈病变的患病率明显高于城镇居民,可能与其生活习惯、卫生习惯、性伴侣卫生习惯及早婚早育等有关。因此在农村基层地区大力宣传防癌普查知识,提高妇女对宫颈癌的认识并接受筛查很有必要。

参考文献:

- [1] 丰有吉.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2007.276-283.
- [2] 隋霜,玛依努尔尼牙孜.宫颈癌机会性筛查的应用与探讨[J].现代妇产科进展,2010,19(6):438-440.
- [3] 谭先杰.宫颈癌的筛查和癌前病变的处理[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(9):654-656.
- [4] 卞美璐,WHO(2006 年)宫颈癌综合防治实践指南简介[J].中国实用妇科与产科杂志,2007,23(7):557-560.
- [5] ACOG.Practice bulletin no.109: cervical cytology screening[J]. Obstet Gynecol, 2009, 114(6): 1409-1420.
- [6] 孙伟,肖长义.宫颈病变中 HPV-DNA 的物理状态和病毒载量的研究进展[J].现代妇产科进展,2010,19(6):461-464.
- [7] Song SH, Lee JK, Oh MJ, et al. Risk factors for the progression or persistence of untreated mild dysplasia of uterine cervix[J]. Int J Gynecol Cancer, 2006, 16(4): 1608-1613.
- [8] Dehn D, Torkko KC, Shroyer KR. Human papillomavirus testing and molecular markers of cervical dysplasia and carcinoma[J]. Cancer, 2007, 111(7): 345-346.
- [9] 陈观娣,钱德英,岑坚敏,等.宫颈高度鳞状上皮内病变治疗后高危型人乳头瘤病毒的消退规律[J].中国实用妇科与产科杂志,2011,27(1):42-44.