



医药学院 610 2 12034060

北京市宫颈癌筛查

技术与管理指导手册

主 编 宋学红

副主编 齐庆青 韩历丽



人民卫生出版社



医药学院 610 2 12034060

北京市宫颈癌筛查

技术与指导手册

主 编 宋学红

副主编 齐庆青 韩历丽

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁 辉 毕 蕙 刘朝晖 齐庆青 吴玉梅
宋学红 赵 娟 徐小红 曹 箭 曹连元
董翠英 韩历丽 潘 迎 潘秦镜 魏丽惠



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

北京市宫颈癌筛查技术与管理指导手册/宋学红主编.

—北京: 人民卫生出版社, 2010. 12

ISBN 978-7-117-13610-5

I. ①北… II. ①宋… III. ①子宫颈疾病: 癌—
诊疗-手册 IV. ①R737.33-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 218411 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

北京市宫颈癌筛查技术与管理指导手册

主 编: 宋学红

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 5

字 数: 97 千字

版 次: 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13610-5/R · 13611

定 价: 16.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前言

子宫颈癌在我国甚至全世界,都是危害妇女健康且发病率与死亡率极高的恶性肿瘤。据世界卫生组织国际癌症研究中心 2008 年公布的统计与估算数据:全世界 2008 年子宫颈癌的发病数为 529 000 例、死亡人数为 27 500 例、88% 发生在发展中国家;我国 2008 年子宫颈癌的发病统计数为 7 万例、估算数为 13.15 万例、死亡数约为 3 万例。

近几十年来,我国子宫颈癌的死亡率有所下降,但发病数与局部地区的死亡数却并没有下降。近年来,这一癌症的发病年龄正呈现年轻化趋势。根据最新统计,全世界生育年龄妇女患宫颈癌的比例占 10%~15%。大多数死于宫颈癌的妇女,正处于生命中的黄金年华(小于 45 岁)。在她们的生前,要抚育孩子、照顾家庭、从事社会与经济活动。因癌症死亡不仅是其个人的悲剧,对于她们的家庭、特别是遗留的子女而言,更是一个令人痛心的损失!

子宫颈癌的防治工作正面临着新的挑战!

子宫颈癌是发生在宫颈阴道部与宫颈管内被覆上皮的恶性肿瘤。高危型(致癌型)人乳头瘤病毒(HPV)的持续性感染,是导致宫颈浸润癌及其高等级癌前期病变的主要原因。从 HPV 持续性感染,发展到宫颈癌前期病变,再发展到宫颈浸润癌,通常需要 10~20 年。近几十年来,世界各国在防治宫颈癌的发病率和死亡率方面,已经取得并积累了大量经验和证据。通过以各国政府为主导的、有组织的、有规律的、对适龄妇女(25~65 岁)进行宫颈癌筛查,对发现的宫颈癌前期病变或早期浸润癌,进行规范化的早诊早治,是防治宫颈癌的有效手段。

通过以政府为主导的子宫颈癌的防治工作,不仅可以逐步降低子宫颈癌的发病率与死亡率;还可以让那些年轻的患宫颈癌的妇女,通过早诊早治,不仅能有效地治愈癌症,还能在治愈后生育儿女,过上幸福的生活。

为保障北京市辖区妇女的生命健康与生活质量,对严重危害妇女生命健康的子宫颈癌进行早诊早治,北京市政府在总结 2008 年 3 个试点区(朝阳区、西城区、怀柔区)子宫颈癌筛查工作经验的基础上,结合我市的实际情

况,决定为全市 25~65 岁户籍妇女进行子宫颈癌自愿免费检查(筛查与确诊)。通过在全市开展为户籍适龄妇女的子宫颈癌筛查:

- 掌握北京市妇女的健康状况;
- 对子宫颈癌进行早诊早治;
- 对子宫颈癌的高危人群实施预防性保护措施;
- 提高广大妇女自我保健意识与健康素养;
- 探索建立以政府为主导、多部门协作、区域医疗资源整合、全社会参与的妇女常见病防治模式与协作机制;
- 为北京市子宫颈癌防治的长远规划提供科学依据。

为保障全市子宫颈癌筛查工作的顺利实施,科学规范子宫颈癌筛查工作的技术流程与管理流程,特为从事本项工作的技术人员与管理人员制定本手册。

本手册力图使阅读者得到最新、最为有用的知识,如:

- 尽可能详细地介绍了妇科盆腔检查的细节(参考 WHO2006 子宫颈癌综合防治基本实践指南)。
- 对宫颈细胞学筛查结果阳性妇女的转诊与临床处理流程提供了最新的循证医学指南(2006ASCCP)。
- 对阴道镜检查技术首次提供了技术规范(草案)(参考美国 ASCCP2004 年阴道镜学教科书)与质量控制标准。
- 提供了统一的阴道镜图文报告(国内首次)。
- 附件 6 中 6.1、6.3 和 6.4 的内容被卫生部采纳用于国家重大公共卫生服务项目:对 1000 万中国农村妇女进行免费子宫颈癌检查项目。

本手册在编写的过程中,曾得到以下专家的大力支持与帮助,他们是:

北京妇幼保健院 丁辉教授(前副院长)

北京大学人民医院妇产科 魏丽惠教授

中国医学科学院肿瘤医院病理科细胞学室主任 潘秦镜教授

北京大学第一医院妇产科 刘朝晖教授

北京妇产医院 徐小红博士

以及北京妇幼保健院和北京市卫生局有关领导和工作人员的大力支持与无私奉献,在此表示衷心的感谢!由于时间仓促,编写内容中难免存在问题与错误,望广大同仁不吝赐教与指正。

编 者

2010 年 11 月于北京

目 录

第一章 子宫颈癌筛查概述	1
一、子宫颈癌筛查目的	1
二、筛查对象与筛查间隔	1
三、筛查工作的范围	2
四、筛查项目	2
第二章 子宫颈癌筛查与确诊的技术流程	4
一、确定筛查对象	4
二、健康教育与知识问卷调查	5
三、检查内容与方法	5
第三章 子宫颈筛查结果阳性妇女临床处理循证医学指南	10
一、对未明确意义非典型鳞状上皮细胞(ASC-US)的临床处理	11
二、对不典型鳞状上皮细胞 - 不除外高度病变(ASC-H)的临床处理	11
三、对低度鳞状上皮内病变(LSIL)的临床处理	11
四、对高度鳞状上皮内病变(HSIL)的临床处理	12
五、对不典型腺上皮细胞(AGC)的临床处理	14
第四章 北京市阴道镜检查技术规范(草案)	16
一、阴道镜检查指征	16
二、阴道镜检查的基本内容与技术操作规范	17
三、资质要求	30
四、阴道镜专业工作的质量控制与考核	32
第五章 子宫颈癌筛查工作的管理	34
一、组织管理职责	34

二、筛查机构及人员基本要求.....	35
三、筛查流程管理.....	37
四、筛查质量控制.....	39
五、可疑病例的转诊管理.....	40
六、登记、统计及上报制度	41
附件.....	43
附件 1 北京市为户籍适龄妇女提供子宫颈癌、乳腺癌免费筛查 实施方案	43
附件 2 宫颈癌筛查组织管理流程	49
附件 3 宫颈癌筛查技术流程	50
附件 4 巴氏染色法	51
附件 5 TBS (the Bethesda system) 分类系统 (2001 年)	52
附件 6 筛查用表格	56
附件 7 阴道镜检查图文报告单	69
参考文献.....	73

第一章

子宫颈癌筛查概述

一、子宫颈癌筛查目的

1. 子宫颈癌是通过定期的筛查可以早期发现并能有效治愈的癌症,因此是一个可防可治的癌症。《中华癌症预防与控制规划纲要》(2004—2010)将子宫颈癌列为我国重点防治的癌症之一。

2. 北京市子宫颈癌的筛查工作是根据《北京市人民政府办公厅关于印发北京市 2009 年在直接关系群众生活方面拟办重要实事的通知》(京政办发[2009]6号)的要求,由北京市政府及区县政府提供专项资金,本着妇女自愿的原则,为北京 25~65 岁的户籍妇女,免费提供子宫颈癌的筛查。

3. 开展此项工作是保障北京地区妇女生命健康的重大公共卫生服务项目。

4. 北京妇幼保健院在北京市卫生局的领导下,承担此项工作的具体实施与管理。

5. 子宫颈癌的筛查工作内容

(1) 定期对适龄妇女提供有关子宫颈癌防治的健康教育与咨询指导。

(2) 对子宫颈癌的筛查进行专项医学检查。

(3) 对筛查结果提供医学意见。

(4) 对筛查结果阳性妇女提供转诊、随访等医疗保健服务。

6. 开展子宫颈癌筛查工作的目的

(1) 提高北京地区妇女自我保健意识,促进健康素养形成,提高主动接受宫颈癌筛查的积极性。

(2) 让北京市适龄妇女能够获得公平、可及的子宫颈癌防治的技术服务。

(3) 促进子宫颈癌防治技术的普及与推广,逐步降低北京市子宫颈癌的发病率与死亡率。

(4) 提供北京地区宫颈癌及其癌前期病变与妇女常见病的发病信息。

二、筛查对象与筛查间隔

1. 筛查对象 25~65 岁北京市户籍妇女。妊娠期或因子宫良性疾病行全

子宫切除术后的妇女不再列入免费筛查。

2. 筛查间隔 鉴于目前子宫颈癌筛查技术存在一定比例的假阴性,因此适龄妇女应能定期参加子宫颈癌的筛查,筛查的间隔建议为每2年1次。

3. 筛查方法 子宫颈癌筛查的主要方法是宫颈巴氏涂片(宫颈细胞学)检查。

三、筛查工作的范围

子宫颈癌筛查工作的范围是围绕着子宫颈癌及其癌前期病变(特指宫颈上皮内瘤变[cervical intraepithelial neoplasia, CIN]2~3级和宫颈腺原位癌[adenocarcinoma in situ, AIS],即 $\geq$ CIN2及(或)AIS]的早诊早治,为适龄妇女定期进行健康教育、医学检查、咨询指导、筛查后的管理与随访等系列医疗保健服务。

1. 健康教育 健康教育是子宫颈癌筛查工作的重要内容之一。它贯穿于筛查工作的全过程,可以在医学检查前、中、后的任一过程中进行。围绕着子宫颈癌防治的方法、途径、意义等内容开展,达到提高妇女自我保健的意识和采取健康行为的能力。

2. 筛查前准备 为了做好子宫颈癌筛查工作,提供规范的服务和完善的信息管理,特制定相关的管理制度(详见第五章)。

3. 医学检查

(1) 宫颈巴氏涂片(宫颈细胞学)检查。

(2) 妇科盆腔检查。

(3) 相关实验室检查。

(4) 在进行子宫颈癌筛查的同时,也要对女性生殖道的常见疾病进行筛查。

常见妇科疾病包括:

1) 子宫颈疾病:宫颈癌前期病变[$\geq$ CIN2及(或)AIS]与宫颈浸润癌。

2) 常见生殖道感染性疾病:外阴阴道炎、宫颈炎、盆腔炎性疾病等。

3) 其他:盆腔包块(子宫肌瘤、卵巢肿物)、子宫脱垂/阴道前后壁膨出等。

4. 筛查后的管理、转诊与随访

(1) 对筛查结果阳性或可疑的妇女,首先应将检查结果进行认真的核对。

(2) 提出医学建议,告知服务对象。

(3) 安排转诊事宜,制订保健指导。

(4) 对服务对象的转诊与接受医学建议的落实情况,进行跟踪随访与管理。

四、筛查项目

1. 基本筛查项目(必须对筛查对象提供的检查项目,为免费检查项目)

(1) 妇科盆腔检查:包括对外阴、阴道、宫颈的检查、宫颈/阴道脱落细胞学

标本取材和盆腔检查。

(2) 巴氏涂片(宫颈细胞学)检查:用宫颈细胞刷(或刮板),刷(刮)取宫颈鳞、柱交界(转化区)和宫颈管内脱落细胞,经制片、染色、封片后,由专职人员对宫颈细胞学涂片进行检查和报告。报告采用 TBS 诊断标准(见附件 5)。

(3) 巴氏 5 级分类方法已不再推荐使用。

2. 推荐筛查项目(在基本筛查项目的基础上,可以增加或替换的检查项目)

(1) 宫颈液基细胞学检查:该制片法不同于传统手工涂片法,因提高了标本中细胞的收集率,因此,在一定程度上提高了病变的检出率。

(2) 高危型人乳头瘤病毒(human papillomavirus, HPV)DNA 检测:推荐使用二代杂交捕获试验(hybrid capture-2, HC-2)或 HPV 基因分型试验(凯普导流杂交法)。

(3) 宫颈阴道分泌物的实验室检查

1) 对于阴道分泌物性状异常的妇女,可以行阴道分泌物涂片,湿片显微镜检查或革兰染色显微镜检查,检测最常见的 3 种阴道炎:假丝酵母菌性阴道炎、滴虫性阴道炎、细菌性阴道病。

2) 对宫颈分泌物性状异常的妇女,可以采集宫颈管内分泌物,进行病原学检查,包括:淋病奈瑟菌培养、沙眼衣原体抗原检测等。

(4) 盆腔超声检查:对于体检中盆腔检查有异常发现者可行盆腔超声检查。

第二章

子宫颈癌筛查与确诊的技术流程

- 子宫颈癌筛查的技术流程主要包括：
 - 对接受宫颈癌筛查的妇女进行健康教育和问卷调查
 - 采集病史与妇科盆腔检查
 - 宫颈巴氏涂片(宫颈细胞学)检查
 - 对巴氏涂片(宫颈细胞学)结果阳性或可疑病例进行转诊、随访
 - 信息收集、整理与上报
- 高危型 HPV 的持续性感染,是引起宫颈癌及其癌前期病变的主要元凶。
- HPV 感染在年轻妇女中很常见,多数为一过性。
- 针对 HPV 感染的治疗是不必要的,因为多数 HPV 感染可以不治自愈。
- 子宫颈癌的发展速度很慢,从癌前期病变发展到宫颈浸润癌,通常需 10~20 年。宫颈浸润癌在 30 岁以前相对少见。
- 子宫颈癌筛查的目的是:早期检出宫颈癌前期病变[$\geq$ CIN2 及(或) AIS]并给予有效的治疗。这些病变如果不治疗,就可能发展成为宫颈浸润癌。
- 患有宫颈癌前期病变的妇女,绝大多数没有任何症状。
- 早诊早治:对筛查结果阳性的妇女要进行转诊、确诊及相应的治疗。对确诊为宫颈癌前期病变[$\geq$ CIN2 及(或) AIS]或早期浸润癌的妇女,应予以积极有效、规范化的治疗和治疗后的长期随访。
- 筛查子宫颈癌的主要方法是巴氏涂片(宫颈细胞学)法,这是唯一经全世界大规模人群筛查子宫颈癌已被证明可以有效降低子宫颈癌发病率和死亡率的有效筛查方法。其他方法如:VIA/VILI 和高危型 HPV DNA 筛查,虽有一定的发展前景,但其有效性还缺乏临床对照研究的证据,大样本的前瞻性研究还在进行中。
- 不管采用何种筛查方法,积极有效地进行子宫颈癌的防治,关键在于使尽可能多的适龄妇女得到高质量的筛查与治疗。

一、确定筛查对象

1. 确定的原则 本项工作是以人群为基础开展子宫颈癌筛查,因此必须明

确检查对象:持北京市户籍 25~65 岁有性生活的妇女。建议管理者从辖区派出所获得检查地区的总人口、适龄妇女数,并登记接受子宫颈癌筛查妇女的详细信息。合理计划和分配应接受筛查的妇女人群,应保证适龄妇女每 2~3 年接受一次子宫颈癌筛查。对不愿接受子宫颈癌筛查的妇女,应记录其拒绝的原因。

2. 检查人群的编号

(1) 对所有接受子宫颈癌筛查的个人资料进行统一编码。

(2) 统一编码共计 12 位:

第 1~2 位为年份编码;

第 3~4 位为区县编码;

第 5~6 位为街乡编码;

第 7~8 位为社区编码;

第 9~12 位为检查对象顺序编码(即:被抽样行政居委会 / 村内检查对象的顺序编码)。

二、健康教育与知识问卷调查

1. 应在辖区内对子宫颈癌防治的重要意义进行广泛宣传,应逐步提高广大适龄妇女对子宫颈癌防治知识的知晓率 and 自我保健意识,促进健康素养形成,提高主动接受宫颈癌筛查的积极性。

2. 对接受宫颈癌筛查的部分妇女,进行宫颈癌防治知识的问卷调查。

3. 按照统一制定的宫颈癌防治知识问卷及评价标准,对接受宫颈癌筛查的妇女,进行子宫颈癌知晓率的调查评价。

4. 回答正确率达 70% 以上为知晓。

三、检查内容与方法

检查内容与方法包括:采集相关病史;妇科盆腔检查;宫颈阴道分泌物涂片显微镜检查;宫颈巴氏涂片(宫颈细胞学)检查;宫颈筛查结果阳性或可疑者转诊阴道镜检查;宫颈活检术。

1. 采集相关病史 年龄、受教育程度、妊娠次数、分娩及活产数、月经史、避孕史、既往疾病史、家族肿瘤史。应特别注意记录:过去子宫颈癌筛查史、筛查时间和结果,以及任何提示子宫颈癌或其他疾病的症状与体征。

2. 妇科盆腔检查 包括:外生殖器检查、阴道窥器检查、双合诊、记录检查结果,并将结果告诉受检者。

(1) 外生殖器检查:主要观察外阴部有无红斑、包块、肿胀、异常分泌物、触痛以及外阴肛周皮肤有无湿疣、裂伤或瘢痕等。这些异常所见可能是性传播疾病的体征。

(2) 阴道窥器检查

1) 暴露宫颈阴道:将窥器两叶合拢,可蘸取少许生理盐水,轻轻斜向滑入阴道,尽量勿碰尿道口和阴蒂,因为这些区域非常敏感。当窥器放入一半时,旋转窥器使手柄向下,轻轻撑开窥器以暴露宫颈,轻柔地、缓慢地移动窥器将宫颈全部暴露,固定螺丝,使窥器保持在适当的位置上。

2) 检查宫颈阴道:正常宫颈应为粉红色,圆形,光滑,可有小的黄色囊肿,宫颈外口周围发红,或有透明黏液样分泌物。

应注意观察有无以下异常情况:①阴道分泌物多及阴道壁红肿:为阴道炎常见的体征。如果分泌物为豆渣状,多为念珠菌感染。②溃疡、疼痛或水疱:生殖器溃疡可由梅毒、软下疳、疱疹病毒引起,在某些情况下,癌症也可以导致溃疡。疼痛或水疱一般由疱疹病毒感染所致。③宫颈接触性出血或黏稠脓性分泌物为宫颈感染的体征。④宫颈或阴道壁肿块,特别是菜花状有出血的肿块,可能是宫颈癌。

宫颈/阴道检查结束后,轻轻退出窥器,当窥器离开宫颈后,闭合双叶,将窥器从阴道内取出。

(3) 双合诊检查可触诊腹腔内的生殖器官

1) 检查宫颈有无举痛:戴手套后将示指和中指放入受检者阴道内,手心向上,可感觉到宫颈为圆柱形,然后将两手指分别放在子宫颈的两侧,轻轻移动宫颈同时注意受检者的面部表情,如果该操作导致受检者疼痛,提示宫颈有举痛,表明受检者有子宫、输卵管或卵巢部位的感染(即盆腔炎症)。如果感觉宫颈变软,提示有妊娠的可能。

2) 另一只手轻压下腹部,使子宫、输卵管及卵巢移向阴道内的手指,可确定子宫为前位或后位、子宫的大小及形状。

3) 正常情况下,子宫为实性,表面光滑,比一个柠檬略小些。

4) 如果子宫增大变软,提示可能妊娠。

5) 如果子宫凹凸不平并变硬,提示可能为子宫肌瘤或其他肿瘤。

6) 如果触诊子宫时被检者感觉疼痛,提示可能有感染。

7) 如果子宫固定不动,可能为既往感染后形成粘连性瘢痕。

8) 触诊输卵管与卵巢:正常情况下,一般不能触及。如感觉有大于杏仁的包块或受检者明显感觉疼痛,提示可能有感染或其他需立即处理的疾病。如果在附件区有痛性包块伴有月经推迟,提示有宫外孕的可能,应立即转诊上级医院处理。

9) 移动阴道内的手指,确定有无异常包块、裂伤或疼痛。

10) 让受检者咳嗽或像排便样用力,检查是否有组织突出于阴道口外,以判断有无子宫脱垂或阴道前、后壁膨出(脱垂)。

(4) 记录检查结果并将结果告诉受检者

1) 将所有的检查结果记录于个案记录卡内。

- 2) 告知受检者检查结果是否正常。
- 3) 如有异常,应及时向受检者解释异常发现可能的临床意义。
- 4) 应根据本手册的相关内容给予适宜的医疗建议。

3. 宫颈阴道分泌物涂片显微镜检查

(1) 目的:对宫颈阴道分泌物性状异常者提供实验室检查,明确有无以下感染:假丝酵母菌、滴虫、线索细胞、淋病奈瑟菌。

(2) 方法:阴道或宫颈管分泌物显微镜检查

1) 用棉棒蘸取两侧阴道壁上 1/3 段分泌物,涂抹在载玻片上,直接用显微镜进行检查。

2) 将棉棒插入宫颈管内 1~2cm,稍用力旋转一周,停留 10~30 秒后取出,涂抹在载玻片上,行革兰染色后显微镜下检查。

4. 宫颈巴氏涂片(宫颈细胞学)检查 宫颈细胞学检查是子宫颈癌筛查工作中的核心部分。

(1) 目的

- 1) 检查宫颈脱落细胞的形态为正常或异常。
- 2) 以 TBS 分类系统报告巴氏涂片(宫颈细胞学)的检查结果。
- 3) 通知受检妇女该项检查的结果。

(2) 宫颈巴氏涂片取材

1) 用特制的宫颈细胞刷(或刮板)取材:在宫颈管下段和宫颈移行带(区)两处,用特制的宫颈细胞刷(或刮板)刷取宫颈脱落细胞。

2) 取材时应注意:①宫颈移行带的所有区域都应取样,因为这里是宫颈浸润癌及 CIN 的好发部位。②满意的巴氏涂片要求宫颈细胞数量充足且保存固定良好,应能提供鳞、柱状(或化生上皮细胞)两种上皮细胞成分。③将收集的细胞标本顺序涂抹在载玻片上,涂抹要均匀,不宜太厚,切忌反复涂抹。④将涂片立即放入 95% 的酒精固定液内,固定时间不能少于 15 分钟。⑤最好不要将几个人的标本放在同一容器里固定。⑥经常测定固定液浓度,应保持浓度在 90% 以上。⑦如需将巴氏涂片外送检查,可将固定的涂片取出后晾干、装寄。⑧所有涂片均应清晰标记并应准确无误,检查申请单应完整填写。⑨建议妇女月经期、急性感染期推迟巴氏涂片检查。

3) 宫颈细胞学筛查的准确性:取决于技术操作质量,包括:标本采集与固定、实验室制片与读片质量。在发达国家,条件最好的实验室或在科研条件下,传统的巴氏涂片可以发现 84% 的宫颈癌前期病变和宫颈浸润癌。而在条件较差的实验室,其敏感性可以降低至 38%。巴氏涂片的特异性通常超过 90%。

4) 液基细胞学(liquid-based cytology, LBC):这是对传统细胞学采集与制片技术的改良,始于 20 世纪 90 年代,现今被广泛推广于发达国家的一些设备良好的实验室。目前,北京地区绝大多数二级与三级医院采用液基细胞学技术。医

务人员用特制的宫颈细胞刷,将刷取的脱落细胞,经宫颈刷直接转移到装有保存液的小瓶中,再送到实验室制片,而不再将细胞涂抹在载玻片上。LBC 较传统巴氏涂片价格昂贵,实验室人员须经特殊培训,但较传统涂片有如下优势:①标本中脱落细胞数量充足,不满意的标本较少,假阴性的结果少。②液基制片去除了标本中的黏液与血,使细胞在显微镜下更清晰,因此缩短了阅片时间,提高了工作效率与性价比。③收集的标本还可用于检测 HPV DNA。

(3) 巴氏涂片染色的注意事项:①收到寄送来的标本后,应将标本重新放入固定液。②按照巴氏染色要求的步骤进行染色。③染液要新鲜,染液和洗液要经常更换(一般 500ml 染液染 1000 例)。④染色后的涂片要立即用树胶和盖玻片封闭,以防污染或磨损。⑤结果阴性的涂片应保存一年。⑥结果阳性的涂片要长期保存。

(4) 巴氏涂片(宫颈细胞学)的读片与报告:准确的宫颈细胞学读片与报告是子宫颈癌筛查计划成功的关键。读片应在病理科医生的指导下,由实验室中经过培训的细胞学医师初筛读片,病理科医生对最终的细胞学报告负责。考虑到目前国内专职从事宫颈细胞病理学医师的极度缺乏,本手册制定了巴氏涂片的读片与考核标准(见第五章)。

1) 本手册要求细胞学医师每日读片数量 ≤ 80 张。

2) 为监督、保证宫颈细胞学的读片质量,应定期随机抽取 5%~10% 的阴性及阳性涂片,由上级主管部门委托有关专家复读、审核、评估。

3) 参考发达国家的经验,为了维持读片的熟练程度并防止疲劳,细胞学医师每天在显微镜下读片不应超过 5 个小时,每年至少读片 3000 张。一个合格的细胞学实验室应能保证每年至少读片 15 000 张,方能确保实验室里的专业人员能够得到足够多的工作实践,并能不断提高读片水平。

4) TBS 诊断标准详见附件 5。

5. 宫颈巴氏涂片结果阳性或可疑者转诊阴道镜检查

(1) 下列情况需转诊阴道镜检查

1) TBS 分类诊断:①未明确意义的不典型鳞状上皮细胞(ASC-US)。②不典型鳞状上皮细胞 - 不除外高度鳞状上皮内病变(ASC-H)。③低度鳞状上皮内病变(LSIL)。④高度鳞状上皮内病变(HSIL)。⑤鳞状细胞癌(SCC)。⑥不典型腺上皮细胞(AGC)。⑦腺原位癌(AIS)。⑧腺癌。

2) 肉眼观察见宫颈肿块、溃疡、怀疑宫颈浸润癌者。

(2) 阴道镜检查

1) 定义:阴道镜检查是用阴道镜对宫颈、阴道 and 外阴部位进行放大检查以确定有无病变;定位可疑病变部位;取活检。

2) 用阴道镜检查可以看到:阴道镜具有良好的照明与放大的功效,因此,可以将宫颈阴道被覆上皮放大至 5~40 倍进行观察。通过观察宫颈转化区经醋酸

和复方碘染色后所呈现的染色变化、表面轮廓、边界特征、血管特征等,对宫颈/阴道被覆上皮有无病变进行评估,对病变级别应能给予初步判断(拟诊)。

3) 阴道镜检查应由受过正规训练的、有经验的医生进行操作,才能获得较高的敏感性(大约 85%)与特异性(70%)。

6. 宫颈活检术

(1) 阴道镜检查怀疑为 CIN2、CIN3 或宫颈浸润癌者,应根据转化区的类型决定如何取宫颈活检。

(2) 活检应在阴道镜指引下进行,应在异常区域最严重的部位、用活检钳钳取一块或多块宫颈组织(直径 1~3mm,约绿豆大小)。

(3) 将活检组织用 10% 福尔马林液固定,放入标记好的容器中,送交病理科。

(4) 宫颈活检术包括:点活检、锥形切除活检及宫颈管内膜刮取术(ECC)。

(5) 如果一位妇女宫颈涂片结果阳性,而阴道镜检查未发现异常,病变可能位于宫颈管内,此种情况下可行 ECC:用特殊的宫颈管刮勺,从宫颈管内轻柔地刮取一些表层组织,送交病理检查。

第三章

子宫颈筛查结果阳性妇女临床处理循证医学指南

[本章内容参照美国阴道镜与子宫颈病理学会(ASCCP)2006 循证医学指南简写]

- 宫颈细胞学筛查结果不是临床确诊。宫颈筛查所面对的人群绝大多数为健康妇女,即使宫颈细胞学筛查结果阳性,经阴道镜检查与宫颈活检,最终会有相当数量的妇女无病或与最终的临床结果不符。
- 根据美国阴道镜与子宫颈病理协会(the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology,ASCCP)2006 年循证医学指南给出的证据,相同的宫颈细胞学筛查结果,在不同的女性人群中,检出 CIN2、CIN3 的风险可以不同。
- 应划分出以下不同的女性人群,给予不同的临床处理。这些女性人群包括普通人群和特殊人群。特殊人群包括:
 - 青春期(≤ 20 岁)
 - 妊娠期
 - 绝经期后
 - 免疫功能低下的妇女
- 对青春期女性的宫颈细胞学结果 ASC-US 和 LSIL,不主张行阴道镜检查,因为这会检出相当多的低级别病变,并可能因不必要的治疗而导致伤害。
- 对年轻的妊娠期妇女,即使宫颈细胞学结果为 HSIL,如果没有条件立即行阴道镜检查,也可以将阴道镜检查推迟到产后 6~8 周。
- 对绝经期后妇女的阴道镜检查,不满意的发生率至少达 40%,缺乏经验的医生常常将正常上皮错误地判断为癌症,因此,应将此类妇女转诊给临床经验丰富的医生处理。
- 免疫抑制妇女包括:HIV 感染者、因器官移植需长期服用免疫抑制剂或先天性免疫功能低下者。此类妇女对 HPV 易感且不易自动清除,宫颈细胞学异常与高级别 CIN 的发生率及患各种癌症的风险均明显增加。
- 宫颈细胞学结果为 ASC-H、HSIL 和 AGC 的妇女均应转诊阴道镜检查。
- 要特别注意检查评估宫颈管内的病变,尤应注意高级别 CIN 合并宫颈腺原位癌(AIS)。
- 对那些阴道镜检查未发现宫颈病变者,不仅应注意检查宫颈管内有无病变,还应注意检查阴道壁和(或)外阴、肛周部位有无癌或癌前期病变。