

妇产科 诊疗基础与临床处置要点

(上)

薛晓英等◎主编

主编简介



薛晓英

1971年出生。解放军第251医院，副主任护师资格。2003年毕业于第四军医大学，从事护理管理工作。主研的《军队医院护理病区独立运行的实践与效果评价》荣获军队科技进步三等奖。撰写护理学术论文50余篇，参编著作6部。



宗秀红

1973年出生。大学本科学历，主治医师。1998年毕业于潍坊医学院，同年于黄岛区中医医院工作，从事妇产科专业。擅长妇科肿瘤和内分泌疾病的诊治。曾在北京协和医院进修一年，发表专业文章数篇，参编著作3部。



伦巍巍

1981年出生。2008年硕士毕业于郑州大学妇产科，2008年开始工作于郑州大学第三附属医院至今，主治医师。主要擅长妇科常见病、多发病的诊断、治疗、手术，妇科肿瘤的化疗，产科高危妊娠、产前诊断及遗传咨询等。2012年开始任第一届河南省围产医学委员会委员、郑州市中医妇科学会委员。目前参与尚未结项的科技厅项目2项。

编 委 会

主 编 薛晓英 宗秀红 伦巍巍
龚水萍 芦延峰 阿艳妮

副主编 张 越 文 芳 梁江红 凡爱华
彭传琴 沈 慧 李淑娟 程 莉

编 委 (按姓氏笔画排序)

凡爱华 湖北省孝感市妇幼保健院
马繁华 河南省南阳市中心医院
文 芳 湖北省荆州市中心医院
伦巍巍 郑州大学第三附属医院
芦延峰 河南科技大学第一附属医院
李淑娟 河南省安阳地区医院
沈 慧 湖北省孝感市中心医院
张 越 郑州市中医院
张金荣 郑州人民医院
阿艳妮 青岛市妇女儿童医院
宗秀红 青岛市黄岛区中医医院
胡 俊 湖北省孝感市中心医院
胡 萍 湖北省孝感市中心医院
秦彩云 中国人民解放军第一五三中心医院
袁修琼 十堰市太和医院
(湖北医药学院附属医院)
龚水萍 南昌市中西医结合医院

崔明华 十堰市太和医院
(湖北医药学院附属医院)

梁江红 十堰市太和医院
(湖北医药学院附属医院)

彭传琴 三峡大学第一临床医学院
宜昌市中心人民医院

程 莉 长春中医药大学附属医院

薛晓英 中国人民解放军第二五一医院

前 言

近年来,随着现代分子生物学、肿瘤学、遗传学、生殖内分泌学及免疫学等医学基础理论的深入研究和临床医学诊疗检测技术的进步,拓宽和深化了妇产科学的发展,对保障妇女身体和生殖健康及防治各种妇产科疾病起着重要的作用。

本书第一篇介绍妇产科的各种检查和治疗,第二篇介绍妇科各种常见疾病的诊断和治疗,第三篇介绍了常见产科各种疾病的诊断和治疗,第四篇详细地介绍了常见妇产科疾病的护理和护理管理。内容新颖,实用性强。有助于临床医师对疾病做出准确的判断和恰当的处理。

尽管编者倾尽全力编写此书,但在医学知识日新月异的今天,编撰中仍然会存在一些不足之处,望同道们不吝赐教。

编 者
2016年3月

目 录

第一篇 妇产科常用检查及治疗

第一章 妇产科检查	1
第一节 生殖道细胞学检查	1
第二节 女性生殖器官活组织检查	7
第三节 输卵管通畅检查	12
第四节 常用穿刺检查	17
第二章 妇科特殊检查	23
第一节 基础体温测定	23
第二节 分泌物检查	24
第三节 阴道脱落细胞检查	29
第四节 活组织检查	38
第五节 输卵管通气术及通液术	42
第三章 妇产科一般治疗	44
第一节 激光疗法	44
第二节 冷冻治疗	45
第三节 高热疗法	50
第四节 光治疗	54
第五节 高频电疗法	55
第四章 妇产科的超声诊断	57
第一节 超声的物理特性、诊断原理及常用方法	57
第二节 妇科超声诊断	58
第三节 产科超声诊断	70
第四节 计划生育科的超声诊断	78
第五节 不孕不育的超声诊断	80
第六节 彩色多普勒超声和三维超声	81
第五章 妇产科常见疾病的中医治疗	87
第一节 月经先期	87
第二节 月经后期	90
第三节 月经先后无定期	94
第四节 月经过多	96

第五节 月经过少	99
第六节 妊娠腹痛	102
第七节 产后血晕	105
第八节 产后痉证	108
第九节 产后腹痛	110
第十节 产后恶露不绝	113
第十一节 产后发热	116
第六章 妇产科内镜治疗	122
第一节 宫外孕的腹腔镜手术治疗	122
第二节 输卵管疾病的腹腔镜手术治疗	125
第三节 卵巢囊肿的腹腔镜手术治疗	131
第四节 子宫内膜异位症的腹腔镜手术治疗	132
第五节 子宫肌瘤的腹腔镜手术治疗	136
第六节 子宫恶性肿瘤的腹腔镜手术治疗	140
第七节 宫腔镜治疗	146

第二篇 常见妇科疾病

第七章 妇科常见症状	149
第一节 白带	149
第二节 下腹痛	155
第三节 阴道出血	160
第四节 下腹包块	168
第五节 更年期综合征	175
第六节 外阴症状	176
第七节 阴道症状	189
第八章 外阴阴道肿瘤	197
第一节 外阴肿瘤	197
第二节 阴道肿瘤	204
第九章 子宫肿瘤	213
第一节 宫颈癌	213
第二节 子宫肌瘤	228
第三节 子宫内膜癌	232
第四节 子宫肉瘤	236
第十章 卵巢肿瘤	240
第一节 卵巢肿瘤概述	240
第二节 卵巢上皮性肿瘤	248
第三节 卵巢性索-间质肿瘤	251
第四节 卵巢生殖细胞肿瘤	252

第五节 卵巢继发性肿瘤·····	254
第十一章 输卵管肿瘤·····	256
第一节 输卵管良性肿瘤·····	256
第二节 输卵管恶性肿瘤·····	257
第十二章 子宫内膜异位性疾病·····	265
第一节 子宫内膜异位症·····	265
第二节 子宫腺肌病·····	272
第十三章 女性生殖内分泌疾病·····	274
第一节 女性性分化和性发育异常·····	274
第二节 经前期综合征·····	284
第三节 功能失调性子宫出血·····	289
第四节 痛经·····	294
第五节 闭经·····	296
第六节 多囊卵巢综合征·····	302
第十四章 妇科性传染性疾病·····	310
第一节 急性女性生殖道淋菌感染·····	310
第二节 女性生殖道梅毒螺旋体感染·····	313
第三节 生殖器疱疹·····	316
第四节 获得性免疫缺陷综合征·····	318
第五节 女性生殖道沙眼衣原体支原体感染·····	325
第十五章 妊娠滋养细胞肿瘤·····	327
第十六章 妇科恶性肿瘤合并妊娠·····	333
第十七章 围绝经期及绝经期有关疾病·····	342
第一节 绝经期综合征·····	342
第二节 骨质疏松·····	349
第三节 绝经与心血管疾病·····	353
第四节 绝经与阿尔茨海默病综合征·····	354
第五节 围绝经期及老年期性行为特点·····	356
第十八章 女性不孕症·····	359
第一节 输卵管性不孕·····	359
第二节 排卵障碍·····	362
第三节 其他原因引起的不孕症·····	372

第三篇 常见产科疾病

第十九章 妊娠期症状·····	376
第一节 恶心与呕吐·····	376
第二节 早期妊娠腹痛·····	379
第三节 早期妊娠阴道出血·····	382

第四节	中、晚期妊娠腹痛	385
第五节	中、晚期妊娠阴道出血	390
第六节	胎动频繁	393
第七节	胎动消失	395
第二十章	产前阴道大量出血	398
第一节	流产	398
第二节	前置胎盘	407
第三节	胎盘早剥	411
第二十一章	早产及胎膜早破	415
第一节	早产	415
第二节	胎膜早破	419
第二十二章	异常分娩	421
第一节	产力异常	421
第二节	产道异常	423
第三节	胎位异常	426
第四节	难产的诊断与处理	435
第二十三章	异常产褥	438
第一节	产褥感染	438
第二节	晚期产后出血	442
第三节	产后尿潴留	445
第四节	子宫复旧不良	449
第五节	产后抑郁症	450
第二十四章	分娩期并发症	454
第一节	羊水栓塞	454
第二节	子宫破裂	458
第三节	脐带脱垂	463
第四节	胎儿窘迫	467
第五节	产后出血	475
第六节	产后休克	479
第七节	产后 DIC	486
第八节	软产道损伤	489
第二十五章	产科手术	495
第一节	会阴切开缝合术	495
第二节	产钳术	496
第三节	胎头吸引术	499
第四节	臀位牵引术	501
第五节	剖宫产术	503
第六节	脐带脱垂复位术	508
第七节	产后出血手术	509

第八节 毁胎术·····	513
--------------	-----

第四篇 妇产科疾病的常见护理及管理

第二十六章 妇科疾病的护理·····	517
第一节 妊娠滋养细胞疾病·····	517
第二节 闭经·····	526
第三节 痛经·····	529
第四节 围绝经期综合征·····	531
第五节 子宫内膜异位症·····	534
第六节 子宫脱垂·····	537
第七节 妊娠期高血压疾病·····	540
第八节 妊娠期肝内胆汁淤积症·····	547
第二十七章 正常产褥期妇女的护理·····	550
第一节 产褥期妇女的身心变化·····	550
第二节 产褥期妇女的护理·····	551
第三节 正常新生儿的护理·····	552
第二十八章 生殖系统炎症妇女的护理·····	559
第一节 概述·····	559
第二节 外阴部炎症·····	561
第三节 阴道炎症·····	563
第四节 子宫颈炎·····	569
第五节 盆腔炎·····	571
第二十九章 外阴、阴道手术妇女的护理·····	575
第一节 外阴、阴道创伤·····	575
第二节 先天性无阴道·····	577
第三节 尿瘘·····	579
第四节 盆底功能障碍性疾病·····	581
第五节 外阴、阴道手术护理·····	585
第三十章 护理质量管理·····	587
第一节 概述·····	587
第二节 护理质量管理的基本方法·····	589
第三节 护理质量评价·····	591
第四节 医院分级管理与护理标准类别·····	595
第三十一章 护士长管理·····	600
第一节 护士长的角色·····	600
第二节 护士长的工作方法·····	603
第三节 护士长的职责·····	606

第三十二章	护理管理经济效用	608
第一节	护理成本控制	608
第二节	预算管理	611
第三十三章	病区科和急诊科护理管理制度	616
第一节	病区管理制度	616
第二节	急诊科护理管理制度	636
第三十四章	重症监护病房的管理与护理	652
第一节	概述	652
第二节	重症监护病房护理工作	656
第三节	常用监护技术	659
第三十五章	康复护理管理与护理	672
第一节	康复病房管理	672
第二节	康复护理文档管理	673
第三节	康复护理	677
第三十六章	异常产褥的护理	680
第一节	产褥感染	680
第二节	晚期产后出血	682
第三十七章	异常分娩的护理	684
第一节	产力异常	684
第二节	产道异常	689
第三节	胎位异常	694
参考文献		703

妇产科常用检查及治疗

第一章 妇产科检查

第一节 生殖道细胞学检查

女性生殖道细胞包括来自阴道、宫颈、子宫和输卵管的上皮细胞。生殖道脱落细胞包括阴道上段、宫颈阴道部、子宫、输卵管及腹腔的上皮细胞，其中以阴道上段、宫颈阴道部的上皮细胞为主。临床上常通过生殖道脱落细胞检查来反映其生理及病理变化。生殖道上皮细胞受性激素的影响出现周期性变化，因此，检查生殖道脱落细胞可反映体内性激素水平。此外，此项检查还可协助诊断生殖器不同部位的恶性肿瘤及观察其治疗效果，既简便又经济实用。但是，生殖道脱落细胞检查找到恶性细胞只能作为初步筛选，不能定位，还需要进一步检查才能确诊。

一、生殖道细胞学检查取材、制片及相关技术

（一）涂片种类及标本采集

采取标本前 24 小时内禁止性生活、阴道检查、灌洗及阴道用药，取材用具必须清洁干燥。

1. 阴道涂片 主要目的是了解卵巢或胎盘功能。对已婚妇女，一般在阴道侧壁上 1/3 处用小刮板轻轻刮取浅层细胞（避免将深层细胞混入影响诊断），薄而均匀地涂于玻片上；对未婚阴道分泌物极少的女性，可将卷紧的已消毒棉签先经生理盐水浸湿，然后伸入阴道，在其侧壁上 1/3 处轻轻卷取细胞，取出棉签，在玻片上向一个方向涂片。涂片置固定液内固定后显微镜下观察。值得注意的是，因棉签接触阴道口可能影响涂片的正确性。

2. 宫颈刮片 是筛查早期宫颈癌的重要方法。取材应在宫颈外口鳞柱状上皮交接处，以宫颈外口为圆心，将木质铲形小刮板轻轻刮取一周，取出刮板，在玻片上向一个方向涂片，涂片经固定液固定后显微镜下观察。注意应避免损伤组织引起出血而影响检查结果。若白带过多，应先用无菌干棉球轻轻擦净黏液，再刮取标本。该取材方法获取细胞数目较少，制片也较粗劣，故目前应用已逐渐减少。

1996 年美国 FDA 批准了改善的制片技术——薄层液基细胞学（liquid-based cytology）

技术,以期改善由于传统巴氏涂片上存在着大量的红细胞、白细胞、黏液及脱落坏死组织等而造成的 50% ~ 60% 假阴性。目前有 Thinprep 和 AutoCyte Prep 两种方法,两者原理类似。液基细胞学与常规涂片的操作方法不同在于,它利用特制小刷子刷取宫颈细胞,标本取出后立即洗入有细胞保存液的小瓶中,通过高精密度过滤膜过滤,将标本中的杂质分离,并使滤后的上皮细胞呈单层均匀地分布在玻片上。这种制片方法几乎保存了取材器上所有的细胞,且去除了标本中杂质的干扰,避免了细胞的过度重叠,使不正常细胞更容易被识别。利用薄层液基细胞学技术可将识别宫颈高度病变的灵敏度和特异度提高至 85% 和 90% 左右。此外,该技术一次取样可多次重复制片并可供作 HPV DNA 检测和自动阅片。

3. 宫颈管涂片 疑为宫颈管癌,或绝经后的妇女由于宫颈鳞-柱交接处退缩到宫颈管内,为了解宫颈管情况,可行此项检查。先将宫颈表面分泌物拭净,用小型刮板进入宫颈管内,轻刮一周作涂片。此外,使用特制“细胞刷”(cytobrush)获取宫颈管上皮细胞的效果更好。将“细胞刷”置于宫颈管内,达宫颈外口上方 10mm 左右,在宫颈管内旋转 360°取出,旋转“细胞刷”将附着于其上的细胞均匀地涂于玻片上,立即固定。小刷子取材效果优于棉拭子,而且其刮取的细胞被宫颈管内的黏液所保护,不会因空气干燥造成细胞变性。

4. 宫腔吸片 怀疑宫腔内有恶性病变时,可采用宫腔吸片检查,较阴道涂片及诊刮阳性率高。选择直径 1 ~ 5mm 不同型号塑料管,一端连于干燥消毒的注射器,另一端用大镊子送入宫腔内达宫底部,上下左右转动方向,轻轻抽吸注射器,将吸出物涂片、固定、染色。应注意的是,取出吸管时停止抽吸,以免将宫颈管内容物吸入。宫腔吸片标本中可能含有输卵管、卵巢或盆腹腔上皮细胞成分。另外,还可通过宫腔灌洗获取细胞。用注射器将 10ml 无菌生理盐水注入宫腔,轻轻抽吸洗涤内膜面,然后收集洗涤液,离心后取沉渣涂片。此项检查既简单、取材效果好,且与诊刮相比,患者痛苦小,易于接受,特别适合于绝经后出血妇女。

5. 局部印片 用清洁玻片直接贴按病灶处作印片,经固定、染色、镜检。常用于外阴及阴道的可疑病灶。

(二) 染色方法

细胞学染色方法有多种,如巴氏染色(papanicolaou stain)法、邵氏染色法及其他改良染色法。常用的为巴氏染色法,该法既可用于检查雌激素水平,也可用于查找癌细胞。

(三) 辅助诊断技术

包括免疫细胞化学、原位杂交技术、影像分析、流式细胞测量及自动筛选或人工智能系统等。

二、正常生殖道脱落细胞的形态特征

(一) 鳞状上皮细胞

阴道及宫颈阴道部被覆的鳞状上皮相仿,均为非角化性的分层鳞状上皮。上皮细胞分为表层、中层及底层,其生长与成熟受雌激素影响。因而女性一生中不同时期及月经周期中不同时间,各层细胞比例均不相同,细胞由底层向表层逐渐成熟。鳞状细胞的成熟过程是:细胞由小逐渐变大;细胞形态由圆形变为舟形、多边形;胞浆染色由蓝染变为粉染;胞浆由厚变薄;胞核由大变小,由疏松变为致密。

1. 底层细胞 相当于组织学的深棘层，又分为内底层细胞和外底层细胞。

(1) 内底层细胞：又称生发层，只含一层基底细胞，是鳞状上皮再生的基础。其细胞学表现为：细胞小，为中性多核白细胞的4~5倍，呈圆形或椭圆形，巴氏染色胞浆蓝染，核大而圆。育龄妇女的阴道细胞学涂片中无内底层细胞。

(2) 外底层细胞：细胞3~7层，圆形，比内底层细胞大，为中性多核白细胞的8~10倍，巴氏染色胞浆淡蓝，核为圆形或椭圆形，核浆比例1:2~1:4。卵巢功能正常时，涂片中很少出现。

2. 中层细胞 相当于组织学的浅棘层，是鳞状上皮中最厚的一层。根据其脱落的层次不同，形态各异。接近底层者细胞呈舟状，接近表层者细胞大小与形状接近表层细胞；胞浆巴氏染色淡蓝，根据储存的糖原多寡，可有多量的嗜碱性染色或半透明胞浆；核小，呈圆形或卵圆形，淡染，核浆比例低，约1:10。

3. 表层细胞 相当于组织学的表层。细胞大，为多边形，胞浆薄，透明；胞浆粉染或淡蓝，核小固缩。核固缩是鳞状细胞成熟的最后阶段。表层细胞是育龄妇女宫颈涂片中最常见的细胞。

(二) 柱状上皮细胞

又分为宫颈黏膜细胞及子宫内膜细胞。

1. 宫颈黏膜细胞 有黏液细胞和带纤毛细胞两种。在宫颈刮片及宫颈管吸取物涂片中均可找到。黏液细胞呈高柱状或立方状，核在底部，呈圆形或卵圆形，染色质分布均匀，胞浆内有空泡，易分解而留下裸核。带纤毛细胞呈立方形或矮柱状，带有纤毛，核为圆形或卵圆形，位于细胞底部，胞浆易退化融合成多核，多见于绝经后。

2. 子宫内膜细胞 较宫颈黏膜细胞小，细胞为低柱状，为中性多核白细胞的1~3倍；核呈圆形，核大小、形状一致，多成堆出现；胞浆少，呈淡灰色或淡红色，边界不清。

(三) 非上皮成分

如吞噬细胞、白细胞、淋巴细胞、红细胞等。

三、生殖道脱落细胞在内分泌检查方面的应用

阴道鳞状上皮细胞的成熟程度与体内雌激素水平成正比，雌激素水平越高，阴道上皮细胞分化越成熟。因此，阴道鳞状上皮细胞各层细胞的比例可反映体内雌激素水平。临床上常用四种指数代表体内雌激素水平，即成熟指数、致密核细胞指数、嗜伊红细胞指数和角化指数。

(一) 成熟指数 (maturation index, MI)

是阴道细胞学卵巢功能检查最常用的一种。计算方法是在低倍显微镜下观察计算300个鳞状上皮细胞，求得各层细胞的百分率，并按底层/中层/表层顺序写出，如底层5、中层60、表层35、MI应写成5/60/135。若底层细胞百分率高称左移，提示不成熟细胞增多，即雌激素水平下降；若表层细胞百分率高称右移，表示雌激素水平升高。一般有雌激素影响的涂片，基本上无底层细胞；轻度影响者表层细胞<20%；高度影响者表层细胞>60%。在卵巢功能低落时则出现底层细胞：轻度低落底层细胞<20%；中度低落底层细胞占20%~40%；高度低落底层细胞>40%。

（二）致密核细胞指数（karyopyknotic index, KI）

即鳞状上皮细胞中表层致密核细胞的百分率。计算方法为从视野中数 100 个表层细胞及其中致密核细胞数目，从而计算百分率。例如其中有 40 个致密核细胞，则 KI 为 40%。KI 越高，表示上皮细胞越成熟。

（三）嗜伊红细胞指数（eosinophitic index, EI）

即鳞状上皮细胞中表层红染细胞的百分率。通常红染表层细胞在雌激素影响下出现，所以此指数可以反映雌激素水平，指数越高，提示上皮细胞越成熟。

（四）角化指数（cornification index, CI）

是指鳞状上皮细胞中的表层（最成熟的细胞层）嗜伊红性致密核细胞的百分率，用以表示雌激素的水平。

四、阴道涂片在妇科疾病诊断中的应用

（一）闭经

阴道涂片可协助了解卵巢功能状况和雌激素水平。若涂片检查有正常周期性变化，提示闭经原因在子宫及其以下部位，如子宫内膜结核、宫颈或宫腔粘连等；若涂片中中层和底层细胞多，表层细胞极少或无，无周期性变化，提示病变在卵巢，如卵巢早衰；若涂片表现不同程度雌激素低落，或持续雌激素轻度影响，提示垂体或以上或其他全身性疾病引起的闭经。

（二）功血

1. 无排卵型功血 涂片表现中至高度雌激素影响，但也有较长期处于低至中度雌激素影响。雌激素水平高时右移显著，雌激素水平下降时，出现阴道流血。

2. 排卵性功血 涂片表现周期性变化，MI 明显右移，中期出现高度雌激素影响，EI 可达 90% 左右。但排卵后，细胞堆积和皱褶较差或持续时间短，EI 虽有下降但仍偏高。

（三）流产

1. 先兆流产 由于黄体功能不足引起的先兆流产表现为 EI 于早孕期增高，经治疗后 EI 下降提示好转。若再度 EI 增高，细胞开始分散，流产可能性大。若先兆流产而涂片正常，表明流产非黄体功能不足引起，用孕激素治疗无效。

2. 过期流产 EI 升高，出现圆形致密核细胞，细胞分散，舟形细胞少，较大的多边形细胞增多。

（四）生殖道感染性疾病

1. 细菌性阴道病 常见的病原体有阴道嗜酸杆菌、球菌、加德纳尔菌和放线菌等。涂片中炎性阴道细胞表现为：细胞核呈豆状，核破碎和核溶解，上皮细胞核周有空晕，胞浆内有空泡。

2. 衣原体性宫颈炎 涂片上可见化生的细胞胞浆内有球菌样物及嗜碱性包涵体，感染细胞肥大多核。

3. 病毒性感染 常见的有单纯疱疹病毒 II 型（HSV - II）和人乳头状瘤病毒（HPV）。

（1）HSV 感染：早期表现为：感染细胞的核增大，染色质结构呈“水肿样”退变，染

色质变得很细,散布在整个胞核中,呈淡的嗜碱性染色,均匀,有如毛玻璃状,细胞多呈集结状,有许多胞核。晚期可见嗜伊红染色的核内包涵体,周围可见一清亮晕环。

(2) HPV 感染:鳞状上皮细胞被 HPV 感染后具有典型的细胞学改变。在涂片标本中见挖空细胞、不典型角化不全细胞及反应性外底层细胞。典型的挖空细胞表现为上皮细胞内有 1~2 个增大的核,核周有透亮空晕环或壁致密的透亮区,提示有 HPV 感染。

五、生殖道脱落细胞在妇科肿瘤诊断上的应用

(一) 癌细胞特征

主要表现在细胞核、细胞及细胞间关系的改变。

1. 细胞核的改变 表现为核增大,核浆比例失常;核大小不等,形态不规则;核深染且深浅不一;核膜明显增厚、不规则,染色质分布不均,颗粒变粗或凝聚成团;因核分裂异常,可见双核及多核;核畸形,如分叶、出芽、核边内凹等不规则形态;核仁增大变多以及出现畸形裸核。

2. 细胞改变 细胞大小不等,形态各异。胞浆减少,染色较浓,若变性则内有空泡或出现畸形。

3. 细胞间关系改变 癌细胞可单独或成群出现,排列紊乱。早期癌涂片背景干净清晰,晚期癌涂片背景较脏,见成片坏死细胞、红细胞及白细胞等。

(二) 宫颈/阴道细胞学诊断的报告形式

主要为分级诊断及描述性诊断两种。目前我国多数医院仍采用分级诊断,临床常用巴氏 5 级分类法:

1. 巴氏分类法

(1) 其阴道细胞学诊断标准。

1) 巴氏 I 级:正常。为正常阴道细胞涂片。

2) 巴氏 II 级:炎症。细胞核普遍增大,淡染或有双核,也可见核周晕或胞浆内空泡。一般属良性改变或炎症。临床分为 II A 及 II B。II B 是指个别细胞核异质明显,但又不支持恶性;其余为 II A。

3) 巴氏 III 级:可疑癌。主要是核异质,表现为核大深染,核形不规则或双核。对不典型细胞,性质尚难肯定。

4) 巴氏 IV 级:高度可疑癌。细胞有恶性特征,但在涂片中恶性细胞较少。

5) 巴氏 V 级:癌。具有典型的多量癌细胞。

(2) 巴氏分级法的缺点。

1) 以级别来表示细胞学改变的程度易造成假象,似乎每个级别之间有严格的区别,使临床医生仅根据分类级别来处理患者,实际上 I、II、III、IV 级之间的区别并无严格的客观标准,主观因素较多。

2) 对癌前病变也无明确规定,可疑癌是指可疑浸润癌还是 CIN 不明确,不典型细胞全部作为良性细胞学改变也欠妥,因为偶然也见到 CIN I 伴微小浸润癌的病例。

3) 未能与组织病理学诊断名词相对应,也未包括非癌的诊断。因此巴氏分级法正逐步被新的分类法所取代。

2. TBS 分类法及其描述性诊断内容 为了使妇科生殖道细胞学的诊断报告与组织病理学术语一致,使细胞学报告与临床处理密切结合,1988 年美国制定宫颈/阴道细胞学 TBS (the Bethesda system) 命名系统。国际癌症协会于 1991 年对宫颈/阴道细胞学的诊断报告正式采用了 TBS 分类法。TBS 分类法改良了以下三方面:将涂片制作的质量作为细胞学检查结果报告的一部分;对病变的必要描述;给予细胞病理学诊断并提出治疗建议。这些改良加强了细胞病理学医师与妇科医师间的沟通。TBS 描述性诊断报告主要包括以下内容。

(1) 感染:

- 1) 原虫:滴虫或阿米巴原虫阴道炎。
- 2) 细菌:①球杆菌占优势,发现线索细胞,提示细菌性阴道炎;②杆菌形态提示放线菌感染;③衣原体感染:形态提示衣原体感染,建议临床进一步证实;④其他。
- 3) 真菌:①形态提示念珠菌感染;②形态提示纤毛菌(真菌样菌);③其他。
- 4) 病毒:①形态提示疱疹病毒感染;②形态提示巨细胞病毒感染;③形态提示 HPV 感染(HPV 感染包括鳞状上皮轻度不典型增生,应建议临床进一步证实);④其他。
- 5) 其他。

(2) 反应性细胞的改变:①细胞对炎症的反应性改变(包括化生细胞);②细胞对损伤(包括活组织检查、激光、冷冻和电灼治疗等)的反应性改变;③细胞对放疗和化疗的反应性改变;④宫内节育器(IUD)引起上皮细胞的反应性改变;⑤萎缩性阴道炎;⑥激素治疗的反应性改变;⑦其他。前 3 种情况下亦可出现修复细胞或不典型修复细胞。

(3) 鳞状上皮细胞异常:①不明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(atypical squamous cell undetermined significance, ASCUS);②鳞状上皮细胞轻度不典型增生(LSIL),宫颈上皮内瘤变(CIN) I 级;③鳞状上皮细胞中度不典型增生,CIN II;④鳞状上皮细胞重度不典型增生(HSIL),CIN III;⑤可疑鳞癌细胞;⑥肯定癌细胞,若能明确组织类型,则按下述报告:角化型鳞癌;非角化型鳞癌;小细胞型鳞癌。

(4) 腺上皮细胞异常:①子宫内膜细胞团-基质球;②子宫内膜基质细胞;③未明确诊断意义的不典型宫颈管柱状上皮细胞;④宫颈管柱状上皮细胞轻度不典型增生;⑤宫颈管柱状上皮细胞重度不典型增生;⑥可疑腺癌细胞;⑦腺癌细胞(高分子腺癌或低分化腺癌)。若可能,则判断来源:颈管、子宫内膜或子宫外。

(5) 不能分类的癌细胞。

(6) 其他恶性肿瘤细胞。

(7) 激素水平的评估(阴道涂片)。

TBS 报告方式中提出了一个重要概念——不明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(ASCUS),即既不能诊断为感染、炎症、反应性改变,也不能诊断为癌前病变和恶变的鳞状上皮细胞。ASCUS 包括不典型化生细胞、不典型修复细胞、与萎缩有关的不典型鳞状上皮细胞、角化不良细胞以及诊断 HPV 证据不足,又不除外者。ASCUS 术语因不同的细胞病理学家可能标准亦不够一致,但其诊断比例不应超过低度鳞状上皮内病变的 2~3 倍。TBS 报告方式要求诊断 ASCUS,指出可能为炎症等反应性或可能为癌前病变,并同时提出建议。若与炎症、刺激、宫内节育器等反应性有关者,应于 3~6 个月复查;若可能有癌前病变或癌存在,但异常细胞程度不够诊断标准者,应行阴道镜活检。