

妇产科急症 与常见病治疗学

(上)

张晓云等◎主编



张晓云

1971年出生。甘肃省酒泉市人民医院妇产科，副主任医师。兰州大学临床医学专业，本科毕业，从事妇产科专业20余年。曾先后在广州中山医科大学第一附属医院、甘肃省妇幼保健院妇产科进修学习。从事妇产科临床工作及科研教学工作多年，主持完成的5项科研技术，荣获酒泉市科技进步一、二等奖，先后撰写论文10余篇，发表在国家级及省级专业杂志上。对妇科良恶性肿瘤的手术治疗与保守治疗、妇科内分泌、不孕症及产科高危疑难疾病的诊治等方面有了较深的研究并积累了丰富的临床经验。擅长妇科腹腔镜、宫腔镜等微创手术治疗。



王静芳

1974年出生。主治医师，1998年毕业于山西医科大学医疗系，2006年获妇产专业硕士学位。从事妇产科临床工作多年，具有丰富的临床经验及教学经验，专业方向为妇科肿瘤，尤其擅长宫颈癌的早期诊断和治疗。已熟练掌握腹腔镜下子宫肌瘤剔除术、卵巢囊肿手术、全子宫切除、盆腔淋巴结清扫术等以及宫腔镜下粘膜下子宫肌瘤电切、子宫内膜息肉电切、子宫中隔电切等微创手术治疗。为妇科腔镜基地培训老师。每年独立完成手术约400余台。近5年发表省级及国家级论文5篇，承担省级科研项目1项，参编《卵巢疾病》等国家级及省级著作3部。



周晓景

1972年出生。郑州大学附属洛阳中心医院（洛阳市中心医院）生殖医学中心，医学硕士，在读博士，副主任医师。毕业于郑州大学。长期从事生殖医学及妇产科临床工作。熟练掌握宫腔内人工授精、体外受精-胚胎移植（“试管婴儿”）等助孕技术。擅长多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症、月经失调、不孕不育及妇科肿瘤的诊断及治疗。擅长宫腔镜检查术、宫腔镜下输卵管插管通液术、宫腔镜微创手术去除子宫内膜息肉及粘膜下子宫肌瘤、宫腔粘连分离术等。擅长腹腔镜手术：腹腔镜下输卵管修复、整形再通术及卵巢囊肿剥除术等妇科微创手术。发表专业论文10余篇。

编 委 会

主 编 张晓云 王静芳 周晓景
 韩 爽 周晓亮 杨 勇

副主编 王 锋 禹 彬 刘成藏 杜亚萍
 田普宁 杨 眉 崔明华 李晓曦

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 锋	十堰市太和医院 湖北医药学院附属医院
王静芳	山西医科大学第二附属医院
田普宁	甘肃省白银市第一人民医院
吕净上	漯河市中心医院
刘成藏	河南中医药大学第三附属医院
杜亚萍	湖北省荆州市第二人民医院
杜佳秋	佳木斯大学附属第一医院
李晓曦	长春中医药大学附属医院
杨 眉	襄阳市中心医院 湖北文理学院附属医院
杨 勇	青岛市第三人民医院
张晓云	酒泉市人民医院
周宇涵	湖北医药学院附属襄阳医院
周晓亮	河南科技大学第一附属医院
周晓景	郑州大学附属洛阳中心医院
禹 彬	内蒙古民族大学附属医院
崔明华	长春中医药大学附属医院
韩 爽	河西学院附属张掖人民医院

前 言

近年来，随着医学科学的迅猛发展，医疗新技术、新方法如雨后春笋般涌现，诊疗仪器设备也同时更新，新药更是频频问世，治疗方案日新月异，妇产科各类疾病的治愈率也逐步提高。因此，每位妇产科医师要不断充实相关知识与技能，提高诊治水平，这样才能更好的保护妇女健康、降低孕产妇的发病率和死亡率。

本书内容密切联系临床，力求实用，第一篇为基础篇，主要介绍了妇产科常用的诊断检查及腔镜治疗；第二篇为妇科篇，主要介绍了妇科常见疾病的诊断治疗及生殖技术；第三篇为产科篇，主要介绍了产前诊断及产科常见病的处理；第四篇为护理篇，介绍了妇科、产科常见病的护理。

由于编者水平有限，书中难免会存在缺点和错误，殷切希望读者予以批评改正，欢迎读者在使用本书的过程中不断提出宝贵的意见和建议。

编 者
2016 年 6 月

目 录

第一篇 基础篇

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 妇产科内镜检查	23
第一节 羊膜镜检查	23
第二节 胎儿镜检查	25
第三节 阴道镜检查	26
第四节 宫腔镜检查	31
第三章 妇产科一般治疗	36
第一节 激光疗法	36
第二节 冷冻治疗	37
第三节 高热疗法	42
第四节 光治疗	46
第五节 高频电疗法	47
第四章 妇产科的超声诊断	49
第一节 超声的物理特性、诊断原理及常用方法	49
第二节 妇科超声诊断	50
第三节 产科超声诊断	62
第四节 计划生育科的超声诊断	70
第五节 不孕不育的超声诊断	72
第六节 彩色多普勒超声和三维超声	73
第五章 妇产科内镜治疗	79
第一节 宫外孕的腹腔镜手术治疗	79
第二节 输卵管疾病的腹腔镜手术治疗	82
第三节 卵巢囊肿的腹腔镜手术治疗	87
第四节 子宫内膜异位症的腹腔镜手术治疗	89
第五节 子宫肌瘤的腹腔镜手术治疗	92

第六节 子宫恶性肿瘤的腹腔镜手术治疗	97
第七节 腹腔镜手术并发症诊断与治疗	103
第六章 女性不孕不育检查	116
第七章 宫腔镜手术	127
第一节 宫腔镜检查术	127
第二节 子宫内膜息肉切除术	130
第三节 子宫内膜电切术	132
第四节 子宫肌瘤切除术	134
第五节 宫腔内异物取出术	138
第六节 第二代子宫内膜去除术	141
第七节 宫腔镜手术并发症的诊断和治疗	142

第二篇 妇科篇

第八章 妇科急腹症	147
第一节 异位妊娠	147
第二节 卵巢破裂	160
第三节 卵巢肿瘤蒂扭转	163
第四节 出血性输卵管炎	166
第五节 盆腔脓肿	168
第九章 女性生殖系统炎症	171
第一节 外阴及阴道炎症	171
第二节 宫颈炎症	182
第三节 盆腔炎性疾病	185
第四节 性传播疾病	192
第五节 阴道炎	197
第十章 女性生殖器官肿瘤	207
第一节 外阴肿瘤	207
第二节 阴道肿瘤	214
第三节 子宫肌瘤	222
第四节 子宫内膜癌	226
第五节 卵巢肿瘤	230
第六节 输卵管肿瘤	240
第七节 宫颈癌	250
第八节 绒毛膜癌	265
第十一章 妊娠滋养细胞疾病	270
第一节 葡萄胎	270
第二节 妊娠滋养细胞肿瘤	273
第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	277

第十二章 女性生殖内分泌疾病	279
第一节 女性性分化和性发育异常	279
第二节 经前期综合征	289
第三节 功能失调性子宫出血	294
第四节 痛经	299
第五节 闭经	301
第六节 多囊卵巢综合征	307
第十三章 女性不孕不育症	315
第一节 概述	315
第二节 卵巢性不孕	317
第三节 子宫性不孕不育	320
第四节 输卵管性不孕	322
第五节 排卵障碍	323
第六节 免疫性不孕症	333
第十四章 生殖辅助技术	335
第一节 辅助生殖的伦理问题	335
第二节 超促排卵	338
第三节 人工授精技术	344
第四节 常规体外受精-胚胎移植技术	352
第十五章 体外受精-胚胎移植衍生技术	364
第一节 卵胞浆内单精子注射技术	364
第二节 睾丸、附睾采集精子卵胞浆内注射助孕技术	369
第三节 囊胚培养	375
第四节 冻融胚胎	378
第五节 辅助孵化	383
第六节 卵子、胚胎赠送以及代孕技术	387

第三篇 产科篇

第十六章 产前咨询与处理以及遗传学诊断	395
第一节 孕前咨询	395
第二节 孕期检查	400
第三节 营养指导	415
第四节 产前筛查与诊断	418
第五节 产前诊断技术	421
第六节 产前细胞遗传学诊断和母血清筛查	436
第七节 单基因遗传病和神经管缺陷的产前诊断	452
第八节 利用母血中胎儿细胞或细胞游离 DNA 进行的产前诊断	461
第九节 植入前遗传学诊断	468

第十七章 异常妊娠	486
第一节 先兆流产.....	486
第二节 复发性流产.....	493
第三节 稽留流产.....	498
第十八章 妊娠并发症	505
第一节 妊娠剧吐.....	505
第二节 异位妊娠.....	507
第三节 前置胎盘.....	510
第四节 胎盘早剥.....	512
第五节 母子血型不合.....	515
第六节 胎儿宫内生长受限.....	519
第七节 妊娠期高血压疾病.....	528
第八节 妊娠期肝内胆汁淤积症.....	538
第九节 羊水过多.....	546
第十节 羊水过少.....	552
第十九章 分娩期并发症	559
第一节 羊水栓塞.....	559
第二节 子宫破裂.....	563
第三节 脐带脱垂.....	568
第四节 胎儿窘迫.....	572
第五节 产后出血.....	580
第六节 产后休克.....	584
第七节 产后 DIC	591
第八节 软产道损伤.....	594

第四篇 护理篇

第二十章 妇科疾病的护理	600
第一节 妊娠滋养细胞疾病.....	600
第二节 闭经.....	609
第三节 痛经.....	612
第四节 围绝经期综合征.....	614
第五节 子宫内膜异位症.....	618
第六节 子宫脱垂.....	620
第二十一章 产科护理	624
第一节 产褥期产妇的护理.....	624
第二节 母乳喂养.....	626
第三节 正常新生儿的护理.....	628
第四节 早产的护理.....	631

第五节 过期妊娠的护理	632
第六节 羊水量异常的护理	633
第七节 多胎妊娠的护理	636
第八节 妊娠合并糖尿病的护理	638
第九节 妊娠合并贫血的护理	640
第十节 产后出血的护理	642
第十一节 子宫破裂的护理	644
第十二节 羊水栓塞的护理	645
第十三节 胎儿宫内窘迫的护理	647
第十四节 晚期产后出血的护理	650
第十五节 妊娠期呕吐的护理	651
第十六节 妊娠期阴道流血的护理	657
第十七节 妊娠期腹痛的护理	664
参考文献	669

基础篇

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。

(三) PAPNET 电脑涂片系统

近年来, PAPNET 电脑涂片系统, 即计算机辅助细胞检测系统 (computer - assisted cytology test, CCT), 在宫颈癌早期诊断中得到广泛应用。PAPNET 电脑涂片系统装置包括三部分, 即自动涂片系统、存储识别系统和打印系统, 是利用电脑及神经网络软件对涂片进行自动扫描、读片、自动筛查, 最后由细胞学专职人员做出最后诊断的一种新技术, 其原理是基于神经网络系统在自动细胞学检测这一领域的运用。

PAPNET 可通过经验来鉴别正常与不正常的巴氏涂片。具体步骤为: 在检测中心, 经过上机处理的细胞涂片每百张装入片盒送入计算机房; 计算机先将涂片分为 3 000 ~ 5 000 个区域不等, 再对涂片上 30 万 ~ 50 万个细胞按区域进行扫描, 最后筛选出 128 个最可疑细胞通过数字照相机进行自动对焦录制到光盘上, 整个过程需 8 ~ 10 分钟; 然后将光盘送往中间细胞室, 经过一套与检测中心配套的专业高分辨率解像设备, 由细胞学家复验。如有异议或不明确图像, 可在显示器帮助下, 显微镜自动找到所需观察位置, 细胞学家再用肉眼观察核实。最后, 采用 1991 年 TBS 分类法做出诊断报告及治疗意见, 并附有阳性图片供临床医生参考。PAPNET 方法具有高度敏感性和准确性, 并能克服直接显微镜下读片因视觉疲劳造成的漏诊, 省时省力, 适用于大量人工涂片检测的筛选工作。

(王静芳)

第二节 女性生殖器官活组织检查

活组织检查是指在机体的可疑病变部位或病变部位取出少量组织进行冰冻或常规病理检查, 简称为活检。在多数情况下, 活检结果可以作为最可靠的术前诊断依据, 是诊断的金标准。妇科常用的活组织检查主要包括外阴活检、阴道活检、子宫颈活检、子宫内膜活检、诊断性子宫颈锥形切除及诊断性刮宫。有时出于术中诊断的需要也可进行卵巢组织活检、盆腔淋巴结活检、大网膜组织活检以及盆腔病灶组织活检等, 本节不作赘述。

一、外阴活组织检查

1. 适应证

- (1) 外阴部赘生物或溃疡需明确病变性质, 尤其是需排除恶变者。
- (2) 外阴色素减退性疾病需明确其类型或排除恶变。
- (3) 疑为外阴结核、外阴尖锐湿疣及外阴阿米巴病等外阴特异性感染需明确诊断者。
- (4) 外阴局部淋巴结肿大原因不明。

2. 禁忌证

- (1) 外阴急性炎症, 尤其是化脓性炎。
- (2) 疑为恶性黑色素瘤。
- (3) 疑为恶性滋养细胞疾病外阴转移。
- (4) 尽可能避免在月经期实施活检。

3. 方法 患者取膀胱截石位, 常规外阴消毒, 铺无菌孔巾, 准备活检区域组织可用 0.5% 利多卡因作局部浸润麻醉。根据需要选取活检部位, 以刀片或剪刀剪取或切取适当大小的组织块, 有蒂的赘生物可以剪刀自蒂部剪下, 小赘生物也可以活检钳钳取。一般只需局

部压迫止血，出血多者可电凝止血或缝扎止血。标本根据需要作冰冻切片检查或以 10% 甲醛或 95% 酒精固定后作常规组织病理检查。

4. 注意事项

- (1) 所取组织须有足够大小，一般要求须达到直径 5mm 以上。
- (2) 表面有坏死溃疡的病灶，取材须达到足够深度以达到新鲜有活性的组织。
- (3) 有时需作多点活检。
- (4) 所取组织最好包含部分正常组织，即在病变组织与正常组织交界处活检。

二、阴道活组织检查

1. 适应证

- (1) 阴道壁赘生物或溃疡需明确病变性质。
- (2) 疑为阴道尖锐湿疣等特异性感染需明确诊断。

2. 禁忌证

- (1) 外阴阴道或宫颈急性炎症。
- (2) 疑为恶性黑色素瘤。
- (3) 疑为恶性滋养细胞疾病阴道转移。
- (4) 月经期。

3. 方法 患者取膀胱截石位，常规外阴消毒，铺无菌孔巾，阴道窥器暴露取材部位并再次消毒，剪取或钳取适当大小的组织块，有蒂的赘生物可以剪刀自蒂部剪下，小赘生物可以活检钳钳取。局部压迫止血、电凝止血或缝扎止血，必要时阴道内需填塞无菌纱布卷以压迫止血。标本根据需要作冷冻切片检查或以 10% 甲醛或 95% 乙醇固定后作常规组织病理检查。

4. 注意事项 阴道内填塞的无菌纱布卷须在术后 24 ~ 48 小时取出，切勿遗忘；其余同外阴活检。

三、宫颈活组织检查

1. 适应证

- (1) 宫颈糜烂接触性出血，疑有宫颈癌需确定病变性质。
- (2) 宫颈细胞学涂片 TBS 诊断为鳞状细胞异常者。
- (3) 宫颈脱落细胞涂片检查巴氏Ⅲ级或以上。
- (4) 宫颈脱落细胞涂片检查巴氏Ⅱ级，经抗感染治疗后反复复查仍为巴氏Ⅱ级。
- (5) 肿瘤固有荧光检查或阴道镜检查反复可疑阳性或阳性。
- (6) 宫颈赘生物或溃疡需明确病变性质。
- (7) 疑为宫颈尖锐湿疣等特异性感染需明确诊断。

2. 禁忌证

- (1) 外阴阴道急性炎症。
- (2) 月经期、妊娠期。

3. 方法

- (1) 患者取膀胱截石位，常规外阴消毒，铺无菌孔巾。