

阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用效果研究

姚春梅

贵州省贵阳市乌当区妇幼保健院 贵州 贵阳 550000

摘要: 目的: 研究阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用效果。方法: 本次研究有 500 例宫颈癌的患者, 这 500 例患者入院治疗的时间在 2021 年 2 月到 2022 年 2 月。所有的患者在入院的时候都应用 TCT 检测进行筛查, 对这些患者中具有细胞学阳性的患者应用阴道镜检查同时还要取活检进行病理分析。对比两种检查模式的结果, 宫颈癌病变和年龄的关系。结果: 检查出共有 400 例患者在 ASC-US 及以上病变, 其中有 194 例患者 ASC-US2 病变, 有 90 例患者 LSIL 病变, 有 68 例患者 HSIL 病变, 有 28 例患者 SCC 病变, 有 20 例患者 CA 癌症。年龄在 18-69 岁之间的患者通过组织学确证有例 234 例患有宫颈癌疾病, 一共分为 6 个年龄阶段, 实施比较。在 18-19 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 16 例, 占比为 6.84%; 在 20-29 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 48 例, 占比为 20.51%; 在 30-39 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 78 例, 占比为 33.33%; 在 40-49 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 64 例, 占比为 27.35%; 在 50-59 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 20 例, 占比为 8.55%; 年龄大于 60 岁的患者产生宫颈癌疾病的有 8 例, 占比为 3.42%。结果表明 30-39 岁年龄段和在 40-49 岁年龄段是患有宫颈癌疾病的高峰期, 处于这两个阶段的人们是筛查宫颈癌疾病的主要人群。结论: 阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用效果比较显著, 某种检查模式联合使用可以提升检查出宫颈癌疾病的几率, 同时还是筛查诊断宫颈癌疾病的模式, 提升宫颈癌疾病患者早期进行诊断的几率, 检查该疾病之后需要立刻的进行治疗, 防止病情恶化。

关键词: 阴道镜活检; TCT 检测; 宫颈癌

妇科经常产生的肿瘤疾病就有宫颈癌, 该疾病发病的几率是女性生殖系统肿瘤的第二位^[1]。由于我国治疗的水平不断的发展, 而且患者卫生保健的意识也比较强, 大多数患者经常应用宫颈细胞学和阴道镜筛查疾病, 在一定程度上降低产生宫颈癌的几率, 同时还可以减少宫颈癌疾病死亡的几率^[2]。宫颈癌癌前病变的宫颈上皮内瘤样病变(CIN)转为宫颈癌疾病的时间大约在十年左右, 以至于早期发现宫颈上皮内瘤样病变有利于预防宫颈癌疾病^[3]。筛查和诊治宫颈疾病的标准程序为宫颈细胞学, 阴道镜以及组织学病理活检三阶梯式诊断程序^[4]。液基细胞学检查模式(thinprep cytologic test, TCT)是通过把脱落的细胞保存在液体中, 同时应用特殊的设备把细胞均匀分散, 之后贴附在载玻片上制成图片的检测操作, 在一定程度上提升癌前病变的检出几率^[5]。因此, 本次研究阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用效果, 具体操作方法如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究有 500 例宫颈癌的患者, 这 500 例患者入院治疗的时间在 2021 年 2 月到 2022 年 2 月。所有的患者在入院的时候都应用 TCT 检测进行筛查, 对这些患者中具有细胞学阳性的患者应用阴道镜检查同时还要取活检进行病理分析。其中年龄最小的患者在 18 岁, 年龄最大的患者在 65 岁, 患者年龄均在 (49.62 ± 5.67) 岁, 所有的研究人员都已婚。

1.2 方法

TCT 检测: 把细胞刷插入患者宫颈管 1cm 的位置, 围绕患者的子宫以顺时针方向旋转五圈, 把患者宫颈和宫颈管内的细胞采集出来, 之后立刻把毛刷放到细胞保存液中, 送到病检处进行检查。本次研究使用全自动细胞检测仪进行检查, 患者的标本进行分散、过滤、制片、调色以及阅片。而阴道镜活检检查: 该检查模式必须在患者非月经期进行检查, 在检查之前的 24 小时之内禁止进行阴道操作。把患者的宫颈完全的暴露出来, 把宫颈表面的分泌物擦净, 之后进行初步的观察, 之后要涂上 5% 的冰醋酸, 还需要涂上 2% 碘溶之后仔细的查看患者阴道宫颈上皮和血管的情况, 还需要在查

看患者血管的时候, 还需要增加绿光镜片, 在患者疑似病变的位置取活检, 若是患者的检查图像不典型, 同样也需要在患者宫颈 3、6、9、12 点等位置取活检, 之后把标本送到病理进行检查, 诊断的标准为高级别病变。

1.3 判断指标

1.3.1 液基细胞学诊断标准: 应用国际通用的 TBS (the Bethesda system) 进行系统分级, 通过患者的细胞异型的严重程度依次诊断为正常范围(WNL); 不典型鳞状细胞(ASC-US); 低度鳞状上皮内病变(LSIL), 比如 HPV 感染、轻度非典型增生以及 CIN I; 高度鳞状上皮内病变(HSIL), 比如中度非典型增生和重度非典型增生, 原位癌或 CIN II 和 CIN III; 鳞状细胞癌(SCC); 不典型腺细胞腺癌(AGC)。细胞学阴性是指 TBS 报告正常或者炎症, 细胞学阳性是指 ASC 及以上病变。

1.3.2 阴道组织活检和病理学诊断: 正常或者炎症反应; 宫颈上皮内瘤变, 轻度不典型增生(CIN I)、中度不典型增生(CIN II) 重度不典型增生(CIN III) 以及原位癌是根据轻、中、重分别的; 浸润癌。为了把细胞学和组织学诊断的标准进行统一, 依据 TBS 的标准 LSIL 即 CIN I, HSIL 为 CIN II 和 CIN III。

1.4 统计学分析

采用 SPSS25.0 软件进行数据处理, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 组间用独立样本 t 检验, 组内用配对样本 t 检验; 计数资料以百分数和例数表示, 2 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

本次研究所有的患者通过 TCT 检测进行筛查, 500 例患者中有 100 例需要重新采取样本, 剩余患者的样本基本满意, 把患者的资料进行讨论, 总满意率占比为 80.00%。检查出共有 400 例患者在 ASC-US 及以上病变, 其中有 194 例患者 ASC-US2 病变, 有 90 例患者 LSIL 病变, 有 68 例患者 HSIL 病变, 有 28 例患者 SCC 病变, 有 20 例患者 CA 癌症。

2.1 对比 TCT 阳性结果和阴道下活检组织病理结果
详细信息见表 1。

表 1 对比 TCT 阳性结果和阴道下活检组织病理结果 [例 (%)]

TCT/病理	炎症及鳞状上皮	CIN I	CIN II	CIN III或者原位癌	鳞癌	腺癌	合计
ASC-US	127 (65.46%)	34 (17.53)	22 (11.34)	8 (4.12)	3 (1.55)	0 (0.00)	194
LSIL	28 (31.11)	42 (46.67)	10 (11.11)	6 (6.67)	4 (4.44)	0 (0.00)	90
HSIL	12 (17.65)	16 (23.53)	17 (25.00)	16 (33.33)	4 (5.88)	3 (4.41)	68
SCC	3 (4.41)	0 (0.00)	5 (17.86)	8 (28.57)	12 (42.86)	0 (0.00)	28
CA	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (25.00)	10 (50.00)	5 (25.00)	0 (0.00)	20
合计	170	92	59	48	28	3	400

2.2 宫颈癌病变和年龄的关系

年龄在 18-69 岁之间的患者通过组织学确证有例 234 例患有宫颈癌疾病，一共分为 6 个年龄阶段，实施比较。在 18-19 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 16 例，占比为 6.84%；在 20-29 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 48 例，占比为 20.51%；在 30-39 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 78 例，占比

为 33.33%；在 40-49 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 64 例，占比为 27.35%；在 50-59 岁年龄段产生宫颈癌疾病的有 20 例，占比为 8.55%；年龄大于 60 岁的患者产生宫颈癌疾病的有 8 例，占比为 3.42%。结果表明 30-39 岁年龄段和在 40-49 岁年龄段是患有宫颈癌疾病的高峰期，处于这两个阶段的人们是筛查宫颈癌疾病的主要人群，详细信息见表 2。

表 2 宫颈癌病变和年龄的关系 [例 (%)]

年龄组	CIN I	CIN II	CIN III或者原位癌	鳞癌	腺癌	合计
18-19 岁	8 (50.00)	4 (25.00)	4 (25.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	16
20-29 岁	26 (54.17)	16 (33.33)	4 (8.33)	0 (0.00)	2 (4.17)	48
30-39 岁	46 (58.97)	20 (25.64)	10 (12.82)	2 (2.56)	0 (0.00)	78
40-49 岁	24 (37.50)	16 (25.00)	12 (18.46)	10 (15.62)	2 (3.12)	64
50-59 岁	10 (50.00)	4 (20.00)	0 (0.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	20
大于 60 岁	2 (25.00)	4 (50.00)	0 (0.00)	2 (25.00)	0 (0.00)	8
合计	116	62	32	18	6	234

3 讨论

人乳头瘤病毒 (HPV) 感染性疾病之一就有宫颈癌，但是该疾病疾病可以提前进行预防和治愈的一种疾病。现如今，我国妇科恶性肿瘤疾病患病率的首位就是宫颈癌，而且该疾病发病的几率以年轻化走向，宫颈癌疾病是根据患者的宫颈 CIN III 到早期浸润癌到浸润癌的漫长连续发展过程 [6]。有相关研究表明，宫颈的上皮内瘤样病变从 CIN I 到 CIN II 到 CIN III 到宫颈浸润癌的自然演变时间大概在十年，以至于宫颈癌疾病是可以进行预防，同时也可以进行治愈的一种疾病，该疾病的关键就是在早发现、早治诊断以及立即的治疗等方面 [7]。现如今，由于宫颈细胞学的创建，还有持续的改善，全球的宫颈癌疾病都获得了有效的预防和抑制，特别是应用液基细胞学制片技术和宫颈细胞学报告模式，可以提升检查出宫颈癌疾病的几率，可以成功的预防宫颈癌 [8]。有相关研究表明，应用液基细胞学制片技术进行检查容易产生假阴性和假阳性。炎症、物理化学刺激、细胞损伤等导致细胞肿胀、空泡变以及和核异型等因素导致的，还有可能是因为临床取材不正确或者细胞学习是对病变的认知能力比较低所导致的，无法把该检查模式当做最终诊断来为患者制定治疗的模式 [9]。若是应用 TCT 检查模式产生异常的患者，则需要根据细胞学、阴道镜以及组织学等三阶梯诊断程序进行检查，该检查模式依据阴道镜下活检实施组织学诊断模式可以弥补细胞学检查的缺点，减少产生误诊和漏诊的几率，同时还有利于医生对患者实施阻断性治疗 [10]。有相关研究表明，使用阴道镜联合宫颈细胞学检查模式的敏感度可以达到 96%。宫颈细胞学检查模式的诊断率比较高，在联合阴道镜下活检检查模式可以尽早的发现患者宫颈病变，同时也属于预防宫颈癌产生最有效的操作，目前这两种检查联合模式是国内外经常筛查宫颈癌疾病的方式，在一定程度上减少我国宫颈癌疾病死亡的几率和发病的几率。

综上所述，阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用效果比较显著，某种检查模式联合使用可以提升检查出宫颈癌疾病的几率，同时还是筛查诊断宫颈癌疾病的模式，提升宫颈癌疾病患者早期进行诊断的几率，检查该疾病之后需要立刻的进行治疗，防止病情恶化。

参考文献

[1] 邓俊, 陈燕, 唐雍华. HR-HPV、TCT 检测联合电子阴道镜下宫颈活检用于临床筛查宫颈癌前病变及宫颈癌的效果 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(11): 147-148, 246.

[2] 郭恒琼. HPV、TCT 检测联合阴道镜下定位活检在宫颈癌及癌前病变筛查中的临床价值 [J]. 妇儿健康导刊, 2021, 11(8): 36-37.

[3] 崔佳胜. 阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中应用价值分析 [J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29(8): 66-68.

[4] 崔佳胜. 阴道镜活检联合 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用价值 [J]. 四川生理科学杂志, 2022, 44(1): 86-88.

[5] 杨贺叶. HPV、TCT 检测结合阴道镜下定位活检在宫颈癌及癌前病变筛查中的应用研究 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2018, 5(1): 62, 64.

[6] 霍红. 高危型 HPV 检测联合 TCT 检查、阴道镜下宫颈活检在宫颈病变诊断中的价值 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(22): 58-60.

[7] 汪宁, 付盼盼. HR-HPV、TCT 联合检测在早期宫颈癌中的诊断价值分析 [J]. 贵州医药, 2022, 46(4): 629-630.

[8] 诸莉. 阴道镜下活检、TCT 及 HPV 检测对宫颈病变的诊断价值 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(11): 135-136.

[9] 翟艳丽. HPV 与 TCT 检测在宫颈癌筛查中的应用价值分析 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2022, 9(20): 74-76.

[10] 见永康, 吴泽俊, 庄雅丽. 宫颈癌筛查联合阴道镜活检防治宫颈癌前病变的价值研究 [J]. 医学信息, 2023, 36(16): 117-120.