文章编号:1000-5404(2009)09-0873-01

个案与短篇

妊娠合并宫颈上皮内瘤变 9 例

徐长娟[1],谭文华[2],张小玉[1]　([1]北安市第一人民医院妇产科,黑龙江 北安 164000;[2]哈尔滨医科大学附属第二医院妇产科,哈尔滨 150000)

妊娠合并宫颈上皮内瘤样病变(CIN)比妊娠合并宫颈浸润癌多见,妊娠期 CIN 发病率为 0.93% ~5%[1],86% 妊娠期 CIN 属于低度鳞状上皮内瘤变,其中大部分为人乳头瘤病毒(HPV)感染,14% 为高度鳞状上皮内瘤变[2]。近年来,我院妇产科共发现 9 例妊娠期宫颈细胞学涂片检查异常的患者,现报告如下。

1　资料与方法

2004 年 1 月 1 日至 2007 年 10 月 31 日在我院妇产科门诊因孕期宫颈糜烂、出血等原因行宫颈细胞学检查异常的患者共 9 例,年龄 21 ~29 岁,平均 24 岁。均在阴道镜指导下取活组织检查,病理结果为 CINⅠ ~Ⅲ级。除 1 例要求终止妊娠外,其余患者均于孕期每 8 周复查,病情无进展患者至足月分娩后做进一步随诊处理。

病例 1,孕期及产后 3 个月阴道镜下活检结果均为 CINⅡ,于产后 7 个月行宫颈锥切术,术后病理与术前一致。病例 2,于产后 4 个月宫颈刮片及阴道镜检查示炎症,行冷冻治疗。病例 3,孕期活检结果为 CINⅢ,要求终止妊娠,人流术后 3 个月行阴道镜下活检病理相同,行锥切术,术后病理仍为 CINⅢ,随访 4 年,每年的宫颈刮片结果均正常。病例 4,孕期活检为原位癌累腺,于孕 37 周行剖宫产术,术后 2 个月病理检查仍是原位癌累腺,故行子宫全切术,术后病理相同。病例 5 及病例 9,孕期细胞学检查为 CINⅠ ~Ⅱ,活检结果为慢性宫颈炎伴急性炎症,产后行物理治疗。病例 6,孕期活检为 CIN Ⅲ,剖宫产术后 2 个月行阴道镜下活检为 CIN Ⅲ累腺,行子宫全切,术后病理与术前一致。病例 7,孕期宫颈细胞学检查为 CINⅡ,阴道镜下活检为 CINⅠ,剖宫产术后 2 个月行 TCT 检查仍为 CINⅠ,行激光治疗。病例 8,孕期细胞学与病理活检均为 CINⅡ,剖宫产后 3 个月行阴道镜指导下活检,病理无变化,行锥切术,术后随诊 3 年无异常。

2　讨论

2.1　妊娠期 CIN 筛查的意义

CIN 是与宫颈浸润癌相关的一组癌前病变。宫颈癌可以预防,早期诊断后可以治愈。防治的关键在于对 CIN 的筛查。宫颈脱落细胞学筛查是公认的、可靠的普查方法。近年来液基薄层细胞学检查改变了常规涂片操作方法,诊断敏感性明显提高,更加方便、准确。孕期宫颈变化虽然有其特点,但正常的宫颈不会因行涂片检查而诱发大出血,更不会诱发流产。若宫颈本身已有癌前病变,那么宫颈涂片检查就更加重要。

2.2　妊娠期 CIN 的诊断过程

妊娠期 CIN 的筛查与非妊娠期相同,首先是对妊娠妇女的临床检查,单凭肉眼检查无法诊断 CIN,因此细胞学检查是必要的,单纯阴道镜检查仍有缺陷,阴道镜下活检已被广泛认同,提倡 4 点或多点活检。本组 9 例妊娠期活检均无严重的合并症,出血经局部压迫止血治疗后即好转,与文献[3]报道一致,因此这是一种安全可靠的诊断方法,且阴道镜下活检可在任何孕周进行,但妊娠时禁止宫颈管搔刮活检。宫颈锥切术因易造成流产、早产、感染、出血等多种并发症,故孕期应严格控制宫颈锥切术的指征。

2.3　妊娠期 CIN 的处理原则

妊娠不是加速宫颈 CIN 进展的危险因素,绝大多数病变于产后自行缓解或无进展,仅 6% ~7% 的病变升级[3]。CINⅠ及 CINⅡ的孕妇可在严密观察下至足月分娩,产后 6 周若仍为 CINⅠ或 CINⅡ,可行激光、冷冻、电凝等治疗[4]。CINⅢ应根据妊娠周数,患者对胎儿要求的迫切程度来决定;没有生育要求的可先终止妊娠,半个月后行宫颈活体检查,如仍为 CINⅢ,则行宫颈局部手术治疗或全子宫切除术。如患者年轻,要求生育可继续随访,观察胎儿具有出生存活能力后行剖宫产,产后 6 ~8 周宫颈活检,确认为 CINⅢ级,按上述方法处理,如为中晚期妊娠先行剖腹取胎再行子宫切除术。

妇产科医师应利用产前检查的良好时机,进行广泛的防癌普查,提高 CIN 合并妊娠的检出率,降低宫颈癌的发病率。

关键词:妊娠并发症;宫颈上皮内瘤样病变
中图法分类号:R714.25　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] Economos K, Perez-Veridiano N, Delke I, *et al*. Abnormal cervical cytology in pregnancy: a 17-year experience[J]. Obstet Gynecol, 1993,81(6):915 -918.

[2] Yost P N, Santoso J T, McIntire D D, *et al*. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia Ⅱ and Ⅲ lesions[J]. Obstet Gynecol,1999, 93(3): 359 -362.

[3] Palle C, Bangsboll S, Andreasson B. Cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2000, 79(4): 306 -310.

[4] Wright T C Jr, Cox J T, Massad L S, *et al*. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia[J]. Am J Obstet Gynecol, 2003, 189(1):295 -304.

作者简介:徐长娟,女,黑龙江省北安市人,硕士研究生,主治医师,主要从事妇产科方面的研究。E-mail:jinyu19740728@163.com

收稿日期:2008-12-16;**修回日期**:2009-03-03

(编辑　张　维)