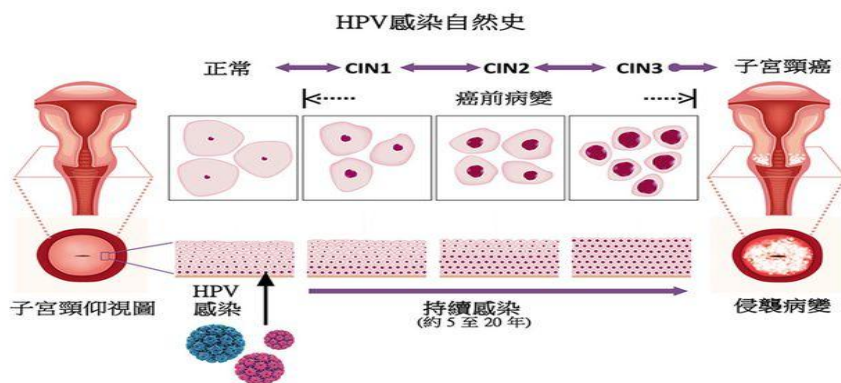


宫颈病变怎么处理，既有效又省钱？

广东省妇幼保健院病理科 秦艳

宫颈癌前病变指该部位癌症发生前发生的病变，是指宫颈上皮细胞发生异型改变，但是这种变化并没有达到癌的程度。子宫颈癌的前驱病变；主要由高危型 HPV 病毒感染后引起，尤其是高危型 HPV16/18 型感染最为严重。高危型 HPV 病毒的持续感染，一般认为超过 2 年，是导致宫颈癌前病变的重要原因。宫颈病变最常见的是宫颈鳞状上皮内病变，可分为 CIN1、CIN2、CIN3 三级。还有一种分类方法是二分类法，即宫颈高级别鳞状上皮内病变（HSIL）包括 CIN2、CIN2-3、CIN3 和宫颈低级别鳞状上皮内病变（LSIL）即 CIN1。特别指出，只有 HSIL 高级别病变才属于癌前病变，LSIL（CIN1）病变还属于良性病变，暂时不属于癌前病变哦。

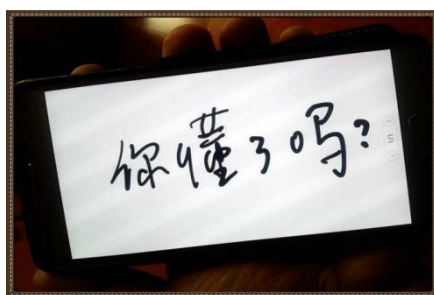


我们知道，HPV 感染没有特效药，更不用说已经发生病变了，不能靠药物来治疗，所以大家不要把钱浪费在买药上面去，真正既有效又省钱的治疗方案主要有：1、如果是低级别鳞状上皮内病变（LSIL/CIN1），完全可以不用花钱，不靠药物，也不靠手术，加强锻炼，保持良好的心态，靠身体的自我免疫力，有 50-60%的病例一年之后自己能消退；20-30%维持现状，仅 10%会在 2 年内进展为 HSIL。如果你年轻，平时又没有同房出血等不舒服的症状，完全可以给自己一点时间，半年到一年再复查；如果一年之后还是 LSIL, 可以考虑做物理治疗（子宫颈消融治疗）：冷冻治疗、激光治疗和电凝治疗等；如果物理治疗好几回一直不好，或者年纪偏大，或者没有密切随访的条件，LSIL 有时候也可以考虑做一个小的 LEEP 手术。

2、如果它进展成为高级别鳞状上皮内病变（HSIL）；或者本身一查出来就是 HSIL, 那我们需要积极治疗。但是, <30 岁的年轻女性 CIN2 则有 60% 的机率自然消退、23% 持续存在以及 11% 继续进展。CIN3 具有更高进展为癌的风险, 模型估计未经治疗的 CIN3, 平均 13 年有 15%~23% 会发展为浸润性癌, 终身风险为 40%。回顾性队列研究显示, 未正规治疗的 CIN3 患者 30 年内有 31% 的进展为浸润癌; 而接受常规治疗的妇女 30 年内子宫颈或阴道穹隆患癌的风险仅为 0.7%。由此可见, 对 CIN3 常规治疗可使子宫颈癌的发病率明显下降。



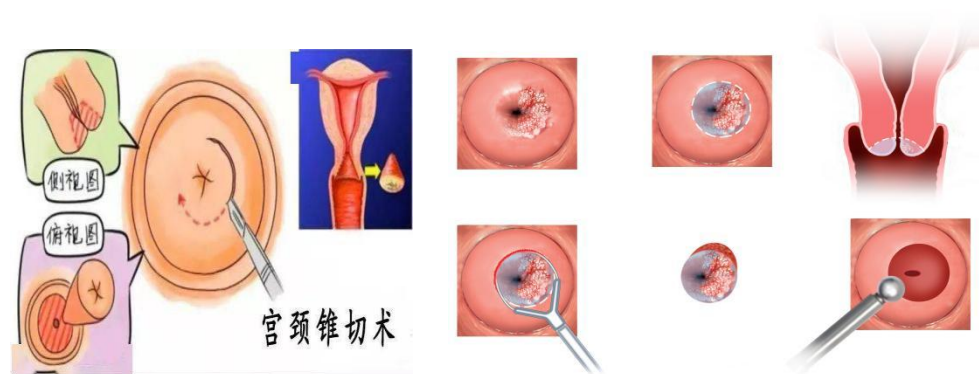
2019 年美国阴道镜和宫颈病理学会 (ASCCP) 指南, 宫颈癌筛查和癌症病变筛查、诊断及治疗原则是全面“基于风险而非结果”的管理模式。即时 5 年 CIN3+ 风险被视为临床决策的重要指标 (阴道镜转诊、快速治疗、监测等)。2019 年 ASCCP 指南指出在所有诊断为组织学性 HSIL (CIN3) 的非妊娠患者中, 建议进行治疗, 并且观察结果不可接受 (AII)。对于非妊娠组织 HSIL (CIN2) 的患者, 建议治疗, 除非患者对治疗对未来妊娠的影响的担忧超过对癌症 (BII) 的担忧。患者 ≥ 25 岁, 疾病进展风险较小, 对未来生育影响的担忧超过了对癌症的担忧的患者, 观察是可以接受的, 但前提是鳞柱交接部 (SCJ) 完全可见、宫颈管内未见 CIN2+ 或者未分级 CIN。



积极治疗也是分两个类型, 如果病人比较年轻, 然后病变又局限在宫颈的表面, 宫颈管里面没有病变, 也可以考虑刚才说的物理治疗 (子宫颈消融治疗); 冷冻治疗、激光治疗和电凝治疗等等。消融治疗具有操作简便、无需

麻醉或仅局部麻醉、治疗后恢复快等优势。但无法获取组织学标本，不能进行病理学评估。对组织病理学诊断 HSIL 的患者进行消融治疗有严格的适应证，在治疗前应排除浸润癌的可能性，需慎重选择。

当然更标准的就是做宫颈的锥切，锥切的方式可以是冷刀锥切或者 LEEP 到锥切，宫颈切除性治疗包括宫颈冷刀锥切术（CKC）和宫颈环形电切术（LEEP）。由专业医师根据患者病史、筛查结果、阴道镜及病理结果、生育要求、患者意愿、同时参考患者宫颈长度等进行个体化的宫颈切除治疗。



CKC 的优势：可提供原始状态的标本，切缘无电热灼伤，不影响病理诊断。其不足是需要住院、麻醉、手术时间较长；术后出血较多、宫颈可有狭窄、粘连和机能不全等并发症。

LEEP 的优势：可在门诊实施，局部麻醉，操作简便，手术时间短，安全，宫颈狭窄、粘连和机能不全等并发症少，目前已成为应用最广泛的宫颈锥切方法。病变广泛、宫颈裂伤严重等不适宜 LEEP 术者，需要进行冷刀锥切术。这些治疗方式都比较便宜，一般小几千就够了，还有一种比较新的治疗方式叫光动力治疗，其实也可以归类到物理治疗方面，但是它比较贵，所以不作为首选推荐，最后强调一点，我们看病做治疗一定要因地制宜，要看你去就诊的医院他们有什么治疗方式？医生的水平怎么样？如果人家没有激光，你一定要人家给你做激光，那没办法，除非你换医院，所以可以跟医生沟通，然后医生提的治疗建议，符合刚才说的几个原则就 OK 啦。

HSIL 治疗后的随访管理，HSIL 治疗后，无论切除标本的切缘状态如何，均推荐在术后 6 个月进行 HPV 检测。首次 HPV 检测阴性者，推荐每年进行一次 HPV 或联合检测，直到连续 3 次检测阴性，之后每间隔 3 年进行一次 HPV 检测，至少 25 年，即使超过 65 岁，如身体状况允许，也可继续每隔 3 年监

测一次。如果 HPV 监测阳性者，应进行阴道镜检查 and 适当的活检，也可行阴道镜检查 and 宫颈搔刮术（ECC）。切缘阳性的随访管理，研究发现，子宫颈 HSIL 在子宫颈切除性治疗后，切缘阳性和阴性者病变持续存在的发生率分别约为 18% 和 4.3%。然而，切缘阳性并非病灶持续的独立危险因素，特别是 LEEP 的程序化电凝可以清除边缘未切净的病灶，因此，应客观面对并了解切缘阳性与病灶残留的关系，一味试图通过无限扩大子宫颈去除范围以规避之或全部进行二次手术是不科学，也不可取的。故不支持对所有切缘阳性者进行重复性切除手术，应制定个体化治疗方案，更不应轻易判断病灶残留而切除子宫。对初次子宫颈切除术后切缘阳性患者的治疗，需要根据患者自身具体情况（个体化）来考虑，可选择的治疗方式有：①密切随诊；②再次宫颈病变诊断性切除术；③进行全子宫切除术。

总之，宫颈病变针对不同年龄，不同生育需求开展个体化的治疗。在战略上藐视它，在战术上重视它，使宫颈病变得得到规范的诊治。HPV 疫苗能够降低宫颈癌前病变及宫颈癌的发生，但无论是 2 价、4 价或 9 价疫苗都只能预防相应亚型的 HPV 感染，而不是涵盖所有亚型。因此，无论是否接种 HPV 疫苗，均需要定期妇科体检，做好宫颈癌筛查，发现问题后积极处理，将宫颈癌变扼杀在摇篮里。（配图来自网络，如有侵权，请联系删除）

