

为妇女提供持续性的服务与治疗

- 如果妇女被诊断为生殖道感染，应根据WHO规范立即开始治疗。
- 虽然最好在明确CIN诊断后给予治疗，但在许多资源缺乏的地方，可根据阴道镜所见在第一次阴道镜检查后可开始治疗，以扩大治疗范围。
- CIN1病变的临床处理采用下述方法之一：（1）立即治疗；（2）随访病人，如病变在18~24月后持续存在或进展再给予治疗。
- 所有CIN2和CIN3的妇女均应给予冷冻或LEEP治疗。
- 诊断为浸润癌的妇女应立即治疗。
- 妊娠期诊断高度CIN在孕28周左右可重复检查，如病变稳定，可在产后2~3个月复查，通过活检明确诊断并适当处理病变。
- CIN治疗后9~12个月复查。

在进行初次阴道镜评价后制定相应的医疗管理措施是阴道镜学者的重要责任，让妇女参与决策是合适的。治疗常取决于阴道镜所见与病理报告相结合的最终评价，也取决于妇女是否妊娠。治疗计划在病历记录中应予详述，并尽早与病人进行清晰的交流。理想的话，在阴道镜检查3周内应获得病理报告（活检、ECC、LEEP标本、细胞学）。在这本手册中讨论了两种治疗方法：冷冻或LEEP（见十二、十三章），但必须强调每种方法都有其应用指征，而且只有当病人符合某种治疗的所有合格标准后才可应用。适合于资源缺少地区的一个总的治疗计划见图11.1。

通常最好能在决定并实施治疗前明确CIN的诊断，然而也可有例外。例如，在许多地区尤其

发展中国家，根据阴道镜评价，在初次阴道镜检查时就进行治疗以最大程度提高治疗覆盖率（否则许多失访的病人将无法获得治疗）。如果决定用冷冻治疗，在治疗前应取活检，因为这种治疗不会提供组织学标本供病理检查。进行消融治疗前取组织标本有助于其后治疗的病变的组织学性质。在一些地区，有经验的阴道镜医师用这种方法可扩大治疗范围并减少临床观察的次数。然而这种方法会导致严重的过度治疗，即使假定这些治疗方法如冷冻和LEEP是安全的，不太会有远期后遗症和并发症，但这种过度治疗的远期影响仍需进一步明确。另一方面，由于去除了绝大部分CIN病变发生的移行区，过度治疗在一定程度上可防止CIN的发展。

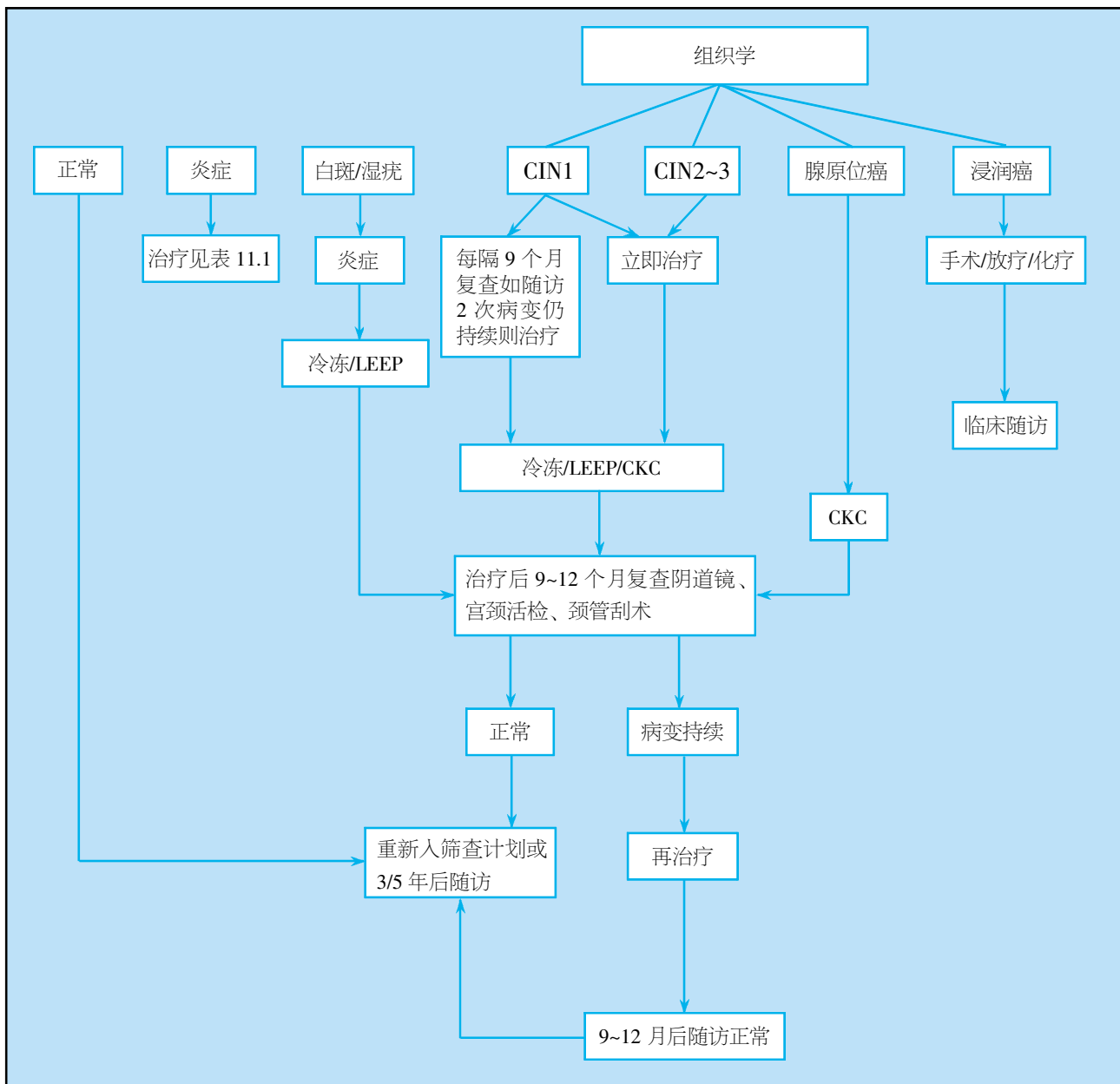


图 11.1 资源缺乏地区 CIN 和其他情况处理流程 (CIN: 宫颈上皮内瘤变; LEEP: 环状电切术; CKC: 冷刀锥切)

阴道镜评价的结果

正常阴道镜结果

大多数妇女宫颈正常，可获得满意的阴道镜检查。如果鳞柱交界可见，阴道镜检查未发现 CIN 和浸润癌的证据，而且该妇女所在地区正在进行筛查（许多发展中国家尚未开展），可不再进行阴道镜随访，宜重新加入到筛查项目中，否则建议 3~5 年后复查。

生殖道感染

如果被诊断为生殖道感染应参照 WHO (2001) 规范立即开始治疗，妊娠和非妊娠妇女的治疗方案见表 11.1。在孕早期禁止口服甲硝唑，但在孕中晚期可安全使用。应告知服用甲硝唑时及服药后 24 小时内不宜饮酒。晚期梅毒病人须延长抗生素使用时间。对于生殖道疱疹病毒感染没有治愈的方法，但应用阿昔洛韦或其类似物进行全身治疗可改善症状。

表 11.1: 生殖道感染的治疗

生殖道感染	治疗方案	
	非妊娠妇女	妊娠妇女
阴道毛滴虫感染	甲硝唑 400mg, 口服, Bidx7 天 或替硝唑 500mg, 口服, Bidx7 天 或甲硝唑 2g, 顿服 或替硝唑 2g, 顿服	孕早期: 0.75%甲硝唑凝胶 5g 阴道内用 Bidx7 天 孕中、晚期: 同非妊娠妇女
白色念珠菌感染	克霉唑或米康唑 200mg 阴道内用, QDx3 天 或氟康唑 150mg, 顿服	克霉唑或米康唑 200mg 阴道内用, QDx3 天
细菌性阴道病	甲硝唑 400mg 口服, BIDx7 天	0.75%甲硝唑凝胶 5g, 阴道内用, BIDx7 天 或克林霉素 300mg 口服, BIDx7 天
衣原体感染	强力霉素 100mg 口服, BIDx7 天 或阿奇霉素 1g, 顿服	红霉素 500mg 口服, QIDx7 天 或阿莫西林 500mg 口服, TIDx7 天
淋球菌感染	环丙沙星 500mg, 顿服 或阿奇霉素 2g, 顿服	头孢克肟 200mg 一次口服 或头孢曲松 125mg 一次肌注
梅毒	苄星青霉素 240 万单位, 一次肌注 过敏患者: 多西环素 100mg 口服, BIDx15 天	长效西林 240 万单位, 一次肌注 过敏患者红霉素 500mg 口服, Qidx15 天
淋巴肉芽肿	多西环素 100mg 口服, BIDx14 天 或红霉素 500mg 口服, QIDx14 天	红霉素 500mg 口服, QIDx14 天
软下疳	环丙沙星 500mg, Bidx3 天 或红霉素 500mg 口服, Qidx7 天 或阿奇霉素 1g, 一次口服	红霉素 500mg 口服, QIDx7 天
腹股沟肉芽肿	阿奇霉素 1g 一次口服 多西环素 100mg 口服, BIDx14 天	红霉素 500mg 口服, QIDx7 天
盆腔炎 (PID)	头孢曲松 250mg, 一次肌注; 加多西环素 100mg 口服, Bidx14 天 或头孢克肟 800mg, 一次口服; 服加多西环素 100mg 口服, Bidx14 天 或环丙沙星 500mg, 一次口服; 加多西环素 100mg 口服, BIDx14 天	红霉素 500mg 口服, QIDx14 天

白斑 (过度角化)

白斑应取活检送组织病理学检查, 以排除深部 (可能存在) 的宫颈肿瘤。

湿疣

湿疣应取活检, 位于宫颈阴道部的外生性病变

可用冷冻、电灼等消融方法或LEEP等切除治疗方法。

CIN1

如果最后诊断为CIN1, 临床处理可采用下述方法之一: (1) 立即治疗病变; 或者 (2) 随访细胞学和阴道镜, 如果18~24个月内病变持续存在或进

展则给予治疗，如果病变消退，可不再进行阴道镜随访。在发展中国家，由于许多人无法做到随访，可考虑给予治疗。如果决定给予冷冻或LEEP治疗，在治疗后9~12个月至少应随访一次（见第十二、十三章）。冷冻或LEEP治疗后3~4周宫颈大体愈合，细胞学和阴道镜仍将显示愈合或再生效应，持续约3个月。如果复查未发现病变持续存在，本地区已正在进行普查，病人可离开阴道镜门诊，建议参加筛查，否则建议3~5年内复查。如果复查中病变持续存在，应进行有关检查并采取适当的治疗如冷冻、LEEP或冷刀锥切。

CIN2~3

所有高度病变（CIN2或CIN3）均应严格遵从治疗规范，予冷冻或LEEP治疗，并在治疗后9~12个月随访（见第十二、十三章）。如果阴道镜或细胞学复查没有持续病变的证据，病人所在地区正在进行普查可离开阴道镜门诊，建议重新进入本地区筛查项目，或者3~5年后复查。如果发现持续病变，病人应接受适当的治疗。

如果任何级别的CIN给予LEEP治疗，而LEEP标本的病理报告显示宫颈阴道部或颈管边缘可能切除不充分，病人应在3、9、15个月进行3次细胞学检查，仔细评估，如有条件可行阴道镜检查，尤其

注意颈管，阳性切缘需仔细检查。如任何一次复查中发现持续病变，都应给予适当的治疗并继续随访。如果细胞学、ECC或阴道镜显示有持续病变，边界可见并在LEEP锥切范围内，可进行LEEP治疗；否则，应行冷刀锥切以保证彻底去除病变。如果3次随访结果均正常，病人可重新进入筛查项目或每3~5年随访一次。

浸润癌

浸润性鳞状细胞癌或腺癌需立即给予明确的治疗，如手术和/或放疗，合并或不合并化疗。

妇女需要进一步的诊断性检查

一些病例经阴道镜评价后，在治疗前需更进一步的诊断性检查，其中最主要的是冷刀锥切，其适应证见表11.2。如CIN病变深入颈管（超过1.5cm）或无法见到其上界，为冷刀锥切的指征。任何一次细胞学异常提示腺上皮非典型增生，除了阴道镜检查外还应行颈管刮术（ECC）。如果ECC未证实腺上皮病变（但细胞学阳性），亦为冷刀锥切的指征。如果细胞学提示腺癌或组织学证实腺上皮非典型增生或腺癌，应行冷刀锥切以充分评价病变的范围和程度。一旦发现腺癌，应尽早给予治疗。

表 11.2；冷刀锥切的指征

- 病变延伸至颈管，不能明确病变范围
- 病变延伸至颈管，病变最远处超过LEEP锥切的切除范围（最深为1.5cm）
- 病变延伸至颈管，病变最远处超过阴道镜所视的范围
- 细胞学检查多次显示异常，提示肿瘤，但宫颈、阴道的阴道镜检查以及活检结果与之不一致
- 细胞学提示的病变比所见和活检病理结果更严重
- 细胞学显示非典型腺细胞，提示有腺上皮非典型增生或腺癌的可能
- 阴道镜检查提示腺非典型增生或腺癌可能
- 宫颈管刮术显示异常组织学

妊娠妇女

宫颈癌筛查是产前检查的一部分，怀孕可能是妇女的第一次筛查机会。细胞学涂片异常后，孕妇会经常进行阴道镜检查直到妊娠中期。下面将讨论常见情况及相应的处理意见。

阴道镜医师应注意到妊娠期妇女产后宫颈因收

缩而变小，同时病变由于产后宫颈上皮内翻（外翻的相反方向）而移向宫口，因此产褥期随访可见病变缩小并由宫颈阴道部向颈管内移位，更局限于颈管。

现认为妊娠期以阴道镜诊断CIN即可，而无需活检证实。如怀疑病变可能是浸润癌时，应取活检。由于常在妊娠中期进行阴道镜检查，怀疑高度CIN者可在孕28周复查，两次检查均应行细胞学和阴道镜检查。如果孕期任何一次随访中细胞学或阴

道镜检发现病变趋于严重，应直接钳取活检。如病变稳定，可在产后2~3个月通过活检明确诊断，并给予适当处理。产后的治疗取决于最后诊断，与非妊娠妇女的处理相同。

如果证实有微小浸润癌或CIN，且有明确的产

后复查治疗计划，可允许经阴道分娩。产后8~12周应复查再评价。重复阴道镜检查前宫颈应完全复旧或愈合。

(译者 李 华 章文华)