

# JUSO 子宫内膜取样器在诊断子宫内膜病变中的临床价值分析

胡艳 杨将 李环 杜辉 宋婧 王纯 朱云娟 唐金龙 吴瑞芳

**【摘要】 目的** 探讨 JUSO 子宫内膜取样器(取样器)相对于诊断性刮宫(诊刮)在诊断子宫内膜病变中的临床价值。**方法** 选取需行子宫内膜活组织检查的 117 例患者,分别采取取样器和诊刮获取子宫内膜组织,比较 2 种方法的标本满意度、子宫内膜病变检出率、医师操作时间和患者疼痛指数。**结果** 取样器与诊刮的标本满意度及对子宫内膜病变的检出率比较差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。取样器和诊刮取材时间分别为  $(3.9 \pm 2.1)$  min 和  $(10.0 \pm 5.0)$  min,疼痛指数分别为  $3.67 \pm 2.04$  和  $6.86 \pm 2.38$ ,取样器的取材时间短于诊刮,其疼痛指数也低于诊刮( $P$  均  $< 0.01$ )。**结论** 在子宫内膜病理学检查中,使用取样器进行子宫内膜取样的操作简易、患者疼痛轻,且诊断效果与传统诊刮相近,临床价值较高。

**【关键词】** 子宫内膜活组织检查; JUSO 子宫内膜取样器; 诊断性刮宫

**Evaluation of clinical application of JUSO endometrial sampling device in diagnosis of endometrial pathology** Hu Yan, Yang Jiang, Li Huan, Du Hui, Song Jing, Wang Chun, Zhu Yunjuan, Tang Jinlong, Wu Ruifang. Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen Technical Research and Development Cancer on Gynecologic Oncology, Shenzhen 518035, China  
Corresponding author, Li Huan, E-mail: szbdh@163.com

**【Abstract】 Objective** To compare the clinical values between JUSO endometrial sampling device and diagnostic dilation and curettage in the diagnosis of endometrial lesions. **Method** In total, 117 patients received endometrial biopsy via JUSO endometrial sampling device and diagnostic dilation and curettage. Sampling quality, diagnostic rate of endometrial lesions, sampling time and pain index were statistically compared between two groups. **Results** No statistical significance was identified in terms of sampling quality and diagnostic rate of endometrial lesions (both  $P > 0.05$ ). The sampling time of JUSO endometrial sampling device was  $(3.9 \pm 2.1)$  min, significantly shorter compared with  $(10.0 \pm 5.0)$  of diagnostic dilation and curettage ( $P < 0.01$ ). The pain index of JUSO endometrial sampling device was  $3.67 \pm 2.04$ , significantly lower than  $6.86 \pm 2.38$  of diagnostic dilation and curettage ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** JUSO endometrial sampling device is a convenient technique for the diagnosis of endometrial lesions, which yields lower pain index, higher clinical value and similar diagnostic accuracy compared with diagnostic dilation and curettage.

**【Key words】** Endometrial biopsy; JUSO endometrial sampling device; Dilation and curettage

子宫内膜癌的发病率逐年攀升,在欧美国家及我国发达城市已经超过宫颈癌,成为妇科最常见的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。子宫内膜癌的确诊依赖于子宫内膜活组织检查(活检)的病理结果,目前,在我国诊断性刮宫(诊刮)依然是临床上最为常用的子宫内膜活检取材方式。虽然有学者认为,宫腔镜直视下

活检有望成为诊断子宫内膜病变的金标准,但由于其创伤大、操作繁琐、费用不菲,并未在临床广泛应用<sup>[2]</sup>。在国外,已被广泛应用的子宫内膜活检的取材方式还有微型子宫内膜取样,如在欧美被认可的 Pipelle 子宫内膜取样器就具有创伤小、操作简单、在诊断子宫内膜高级别病变方面具有和诊刮

相同临床价值的特点<sup>[3]</sup>。近年,国产的 JUSO 子宫内膜取样器(取样器)开始在临床应用,为探讨其在诊断子宫内膜病变的临床价值,本研究对取样器及传统诊刮的标本满意度、子宫内膜病变检出率、医师操作时间和患者疼痛指数进行比较,现报告如下。

对象与方法

一、研究对象

2014 年 12 月至 2015 年 12 月在北京大学深圳医院妇科门诊就诊,由于各种原因行子宫内膜病理活检的 117 例患者。纳入标准为:年龄 35~65 岁,临床症状表现为不规则阴道流血、阴道异常排液及绝经后阴道出血,B 超提示子宫内膜增厚(绝经前内膜≥11 mm,绝经后内膜≥5 mm)<sup>[4]</sup>。排除标准为:合并其他系统严重疾病或伴有急性盆腔炎。本研究经北京大学医学伦理委员会批准,患者在取样前均已签署知情同意书。

二、方 法

1. 活检取样

患者取截石位,常规消毒外阴及阴道,窥阴器暴露子宫颈,宫颈钳固定子宫颈,消毒子宫颈管,将取样器(图 1)吸管置入子宫腔内,回抽连接吸管另一端的注射器形成负压获取子宫内膜组织装瓶送检;然后使用宫颈扩宫棒将子宫颈扩张至 6.5 号,用 6 号刮匙全面搔刮子宫腔再次获取子宫内膜组织,另装瓶送检。



图 1 JUSO 子宫内膜取样器

2. 观察指标

记录医师从窥阴器暴露宫颈至取样结束后的操作时间(取材时间),并由同一名医师根据 Wong-Baker 面部表情疼痛量表评价 2 种方法取样时患者的疼痛指数。

3. 病理结果评价

取样器与诊刮获取的子宫内膜组织标本制片,然后分别交由 2 位病理医师阅片,病理学结果分为 5 类:①正常(包括不同月经周期子宫内膜及老年

萎缩性内膜);②子宫内膜息肉;③子宫内膜增生(包括单纯性增生和复杂性增生);④子宫内膜非典型增生及子宫内膜癌(包括高级别子宫内膜);⑤不合格标本(包括由于内膜组织过少或其他原因造成病理医师无法做出诊断的内膜)<sup>[5]</sup>。综合 2 种取样方法的病理结果,如结果不同,则以阅片的高级别病变为最终诊断,以此对比评价 2 种取样方法对子宫内膜病变的诊断价值。

三、统计学处理

使用 SPSS 19.0 分析数据。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用配对  $t$  检验;计数资料以百分率表示,采用配对  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

结 果

一、117 例行子宫内膜活检患者的一般资料

117 例行子宫内膜活检患者的年龄为  $(45.0 \pm 8.2)$  岁,BMI 为  $(24.0 \pm 3.6)$  kg/m<sup>2</sup>;不规则阴道出血 94 例,绝经后阴道出血 10 例,子宫内膜增厚 13 例;子宫内膜厚度为  $(12.2 \pm 5.0)$  mm;高血压病 8 例,糖尿病 2 例。

二、取样器与诊刮的标本满意度及子宫内膜病变检出率比较

117 例中,不合格标本 9 例,正常子宫内膜 55 例,子宫内膜息肉 8 例,子宫内膜增生 33 例,子宫内膜非典型增生及子宫内膜癌 12 例。取样器的标本满意度为 86% (101/117),诊刮的标本满意度为 92% (108/117),两者比较差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 2.194, P = 0.139$ )。取样器与诊刮对子宫内膜病变的检出率比较差异亦无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ),见表 1。

表 1 取样器与诊刮对子宫内膜病变的检出率比较 例 (%)

子宫内膜类型	例数	取样器组	诊刮组	$\chi^2$ 值	$P$ 值
正常	55	50	54	2.821	0.093
子宫内膜息肉	8	4	7	2.618	0.106
子宫内膜增生	33	27	28	0.109	0.741
子宫内膜不典型增生及子宫内膜癌	12	7	8	0.178	0.673
合计	108	88(81)	97(90)	3.051	0.081

三、取样器与诊刮的操作时间及患者疼痛指数比较

与诊刮相比,医师使用取样器获取子宫内膜组

织的时间较短、患者疼痛指数较低（ $P$  均  $< 0.01$ ），见表 2。

表 2 取样器与诊刮的医师操作时间及患者疼痛指数比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组 别	例数	取材时间（min）	患者疼痛指数
取样器组	117	3.9 ± 2.1	3.67 ± 2.04
诊刮组	117	10.0 ± 5.0	6.86 ± 2.38
$t$ 值		12.366	11.008
$P$ 值		<0.001	<0.001

讨 论

子宫内膜癌是危害广大妇女身体健康的恶性疾病，对其早期诊断及治疗可达到临床治愈的效果，预后良好；如若中晚期发现，则治疗效果差，甚至危及生命。然而，子宫内膜癌的临床症状缺乏特异性，尤其是在疾病早期，多数患者仅表现为不规则阴道出血、绝经后阴道出血或排液以及子宫内膜增厚等。因此，当患者出现上述症状时，排除子宫内膜恶性疾病就成为临床医师首要考虑的问题<sup>[6]</sup>。

在我国，子宫内膜癌的确诊依赖于子宫内膜组织的镜下病理活检结果。虽然，在日本子宫内膜细胞学是诊断子宫内膜癌的主要方法，但由于子宫内膜细胞在不同的月经周期差异较大，并且病理医师对细胞学的诊断主观性较大，仍未被广泛接受<sup>[7]</sup>。诊刮作为一种传统的子宫内膜取样方法，具有操作技术要求低、费用低廉等优势，适用于基层医疗机构对疾病的诊断，但由于使用该法时患者有一定的疼痛，故不适合用于高危人群的筛查<sup>[8]</sup>。宫腔镜直视下活检有望成为诊断子宫内膜病变的金标准，其优势在于宫腔镜直视下定点活检准确性更高，适用于高度怀疑子宫内膜恶性疾病的诊断，但由于操作技术要求高、费用昂贵，难以普及<sup>[2]</sup>。为此，临床妇科医师及患者都渴望采用一种微创、少痛、操作简便、经济适用的方法进行筛查，达到子宫内膜病变早诊、早治的目标。

取样器宫腔内微取样就是这样一种符合上述特点的技术操作，故问世以来得到广大妇科医师及患者接受。在欧美广泛使用的 Pipelle 取样器主要采用负压吸引的原理获取子宫内膜组织，其标本满意度为 73.9% ~ 100%，子宫内膜病变的检出率为 62.0% ~ 96.9%，故在诊断子宫内膜高级别病变方面具有和诊刮相同的临床价值<sup>[9]</sup>。但该法一直未能在我国普及并用于高危人群的筛查，其原因在于

进口的取样器价格尚高、物流不便、售后服务不及时，而近年国产取样器已在国内投放。研究表明，其取材满意度为 86%，检出率为 92%，这与 Pipelle 子宫内膜取样器相关研究的数据一致，且与传统诊刮比较差异均无统计学意义，而其取材时间及患者疼痛指数方面均优于子宫内膜诊刮。

取样器与诊刮均为盲刮，无任何的影像学引导，本研究是先采用取样器获取子宫内膜，然后使用诊刮，从理论上说，前者势必影响后者的取材效果，但取样器采取的是微取样活检，而其后的诊刮为全面搔刮，前者有漏吸的可能性，特别是对于组织结构很好的良性疾病如息肉、增生期子宫内膜，塑料吸管可能无力吸出，但对于组织相对疏松的子宫内膜非典型增生及子宫内膜癌，微吸的力量完全可将部分组织吸出并足以送检，这也是取样器对于子宫内膜高级别病变诊断的价值所在。

虽然取样器与诊刮在子宫内膜高级别病变诊断的病理标本获取上有同等的价值，但取样器在操作过程中无需扩张子宫颈，操作获取的子宫内膜组织直接流入注射器内，因此患者的疼痛指数较低、医生操作时间较短，相对于诊刮，具有微创、操作简便等优点，适合高危人群的筛查，可达到早期诊断的目的。

综上所述，在诊断子宫内膜高级别病变方面，取样器具有与诊刮相同的病理诊断价值，但由于其微创、操作简便，因此比诊刮更适用于患者的子宫内膜活检并进行高危人群的筛查。

参 考 文 献

[1] 魏丽惠. 关于子宫内膜癌筛查的思考. 中国计划生育和妇产科, 2015, 7 (1): 26-28.

[2] 李小毛, 杨晓辉, 杨越波, 叶辉霞, 叶敏娟. 宫腔镜辅助分段诊刮术在子宫内膜癌诊断中的价值. 中华妇产科杂志, 2015, 50 (2): 120-124.

[3] Piątek S, Panek G, Wielgoś M. Assessment of the usefulness of pipelle biopsy in gynecological diagnostics. Ginekol Pol, 2016, 87 (8): 559-564.

[4] Breijer MC, Peeters JA, Opmeer BC, Clark TJ, Verheijen RH, Mol BW, Timmermans A. Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol, 2012, 40 (6): 621-629.

[5] Kazandi M, Okmen F, Ergenoglu AM, Yeniel AO, Zeybek B, Zekioglu O, Ozdemir N. Comparison of the success of histopathological diagnosis with dilatation-curettage and Pipelle endometrial sampling. J Obstet Gynaecol, 2012, 32 (8): 790-794.

[6] 公苓苓, 郭杨, 孙浩罡, 王英红. 子宫内膜癌的治疗进展.

中国妇幼保健, 2015, 30 (11): 1797-1799.

[7] Fujiwara H, Suzuki M. Endometrial cytology for endometrial cancer screening. Nihon Rinsho, 2012, 70 (Suppl4): 345-348.

[8] 刘穗玲, 李小毛. 分段诊断性刮宫在子宫内膜癌中应用的再认识. 新医学, 2011, 42 (11): 701-704.

[9] Du J, Li Y, Lv S, Wang Q, Sun C, Dong X, He M, Ulain Q,

Yuan Y, Tuo X, Batchu N, Song Q, Li Q. Endometrial sampling devices for early diagnosis of endometrial lesions. J Cancer Res Clin Oncol, 2016, 142 (12): 2515-2522.

(收稿日期: 2017-01-05)

(本文编辑: 林燕薇)

