

数码电子阴道镜在诊断宫颈疾病的价值

刘微

讨论

1. 由于患者炎症及检查前 24 h 内有性生活、阴道冲洗、宫颈用药、急性宫颈炎、阴道炎、阴道出血等可导致阴道镜拟诊 CIN 的敏感性增高，特异性降低，容易“过度诊断”。因此要严格掌握禁忌症、适应症。其次阴道镜作为一种视觉检查技术，操作者对阴道镜图像的理解有一定的主观性，常存在个人判断误差，可能影响到诊断和活检部位的选择，从而影响阴道镜检查的结果。
2. 数码电子阴道镜在诊断 CIN 的意义：CIN 是与宫颈浸润癌密切相关的一组癌前病变，它反映宫颈癌发生发展中的连续过程，CIN 有 2 种不同的结局，一是病变自然消退；二是病变具有癌变潜能，可能发展为浸润癌。由于其病变持续时间较长，一般 10 年左右，所以对 CIN 的早期诊断十分重要。但 CIN 肉眼往往无特殊变化，与宫颈糜烂无法区别，甚至表现为宫颈光滑。数码电子阴道镜的重要作用在于数码电子阴道镜可以将宫颈放大 20~40 倍，对宫颈表面上皮和血管情况运用冰醋酸和卢戈氏碘溶液进行观察找到可疑病变部位并取活检，可以发现早期宫颈病变，大大降低了以往常规 3、6、9、12 点活体组织检查的盲从性和漏诊率，另外阴道镜图像可存储，可随时调出、反复比较、集体会诊，可对宫颈病变进行追踪、随访，观察 CIN 的进展与消退。
3. 电子阴道镜在诊断 HPV 感染的意义：近年来，随着人们开放意识的增强，性生活开始过早过频及多性伴的出现导致性传播疾病的感染率增加。本研究发现 HPV 感染病例在 19~30 岁之间占 52.9% (9/17)，31~40 岁之间占 35.3% (6/17)。说明在性活跃期 HPV 感染高发。目前国际癌症研究中心 (IARC) 专题讨论会 (1995) 明确提出，HPV 感染是宫颈癌的主要危险因素。有研究报道 [4]，宫颈癌患者中 94.0% 有 HPV 感染。HPV 感染和亚临床 HPV 感染 (SPI) 在阴道镜下有典型征象，通过边界清的醋白上皮呈微小乳头状凸起或碎石状表面粗糙及碘试验阴性或涂碘后呈点彩状，可诊断 HPV 感染。本研究中尖锐湿疣病例 17 例，敏感性高 (93.3%) 特异性高 (82.3%)。及早发现 HPV 感染，积极治疗，可以降低 CIN 和宫颈癌的发病率。
4. CIN 的发病年龄原来集中在 30~40 岁之间，宫颈癌年龄在 45~59 岁之间。近年来有报道称，近 2 年来 ≤35 岁患者中 CIN 与宫颈癌的检出率呈上升趋势 [2]。本研究中 CIN 的发病年龄有 17 例在 19~30 岁之间，29 例在 31~40 岁之间，与其基本相符。CIN 的治疗原则为，CIN I 大多能自然消退，故每 6 个月随访 1 次，复查 TCT 及组织学，若病变持续存在应进行物理治疗；CIN II 和 CIN III 均应进行治疗。目前效果较好的方法为宫颈环形电切除术 (Leep 术) 经宫颈锥切确诊。年龄较大、无生育要求的 CIN III 也可行全子宫切除术 [3]。
5. 数码电子阴道镜在诊断宫颈疾病中的缺点及影响因素：数码电子阴道镜的缺点是不能看到宫颈管内的病变，在诊断绝经后妇女宫颈病变方面作用有限，因为这些妇女的宫颈萎缩，鳞柱交界缩到颈管内看不清，对这些病人需作颈管诊刮等以明确诊断。

子宫颈癌是目前中国妇女主要的恶性肿瘤之一，发病率仅次于乳腺癌，位于第 2 位。子宫颈癌是目前可以早期发现、早期治疗且能治愈的妇科恶性肿瘤之一。由于宫颈癌的发生发展有

一较长的癌前病变演变过程,因此防治宫颈癌、降低死亡率的关键是早期发现宫颈癌的癌前病变,早期治疗。目前较常用的检测方法有阴道液基脱落细胞学检查(thinprep cytologic test, TCT)、高危人乳头瘤样病毒(human papillomavirus, HPV)检测、阴道镜下活检送病理检查,检查方法的不同直接影响疾病的检出率。本研究对可疑宫颈病变患者行数码电子阴道镜检查,并于数码电子阴道镜下取活检送病理检查,现将结果报道如下。

对象与方法

1. 对象:2008年7月~2009年4月在本院妇科门诊就诊的可疑宫颈病变而行数码电子阴道镜检查,于数码电子阴道镜下取活检送病理检查的患者149例,年龄19~65岁。所有对象为,(1)宫颈细胞学异常。巴氏分级II级以上者或TCT检查为未明确意义的不典型鳞状上皮细胞(ASC拟US)及以上者[1];(2)临床可疑者。接触性出血,异常排液,慢性宫颈炎久治不愈;(3)高危HPV拟DNA检测阳性者;(4)临床上肉眼检查发现可疑病灶或不能确诊的新生物。检查禁忌为24h内有性交、阴道上药、阴道冲洗者;外阴、阴道、宫颈和盆腔炎患者;大量阴道出血者。

2. 阴道镜诊断标准:(1)正常宫颈图像。转化区内外未见醋白上皮、异型血管及异常腺体开口;(2)炎症。宫颈充血,边界欠清的薄的醋白上皮,并不限于转化区,可见葡萄样外观;(3)宫颈湿疣。外凸生长的乳头状或丘疹样白色上皮;(4)宫颈上皮内瘤(CIN)I级(CIN I)。边界清楚的平滑醋白区,但不规则,消失得较慢,可有细小点状血管;(5)CIN II。多见白嵌三联征,转化区内见醋白上皮,伴细小镶嵌或伴密集细小点状血管,醋白上皮消失较慢;(6)CIN III。见白嵌点三联征,转化区见边界清楚厚重的醋白上皮,持续时间长,可伴有粗镶嵌,粗点状血管及异型血管;(7)宫颈癌。在CIN III图像的基础上可伴有猪油样,脑回样改变,可伴有上皮下出血坏死灶。

结果

1. 宫颈病变检出比例:以病理学诊断为标准,宫颈病变CIN I占19.5%(29/149),CIN II占13.4%(20/149),CIN III占3.4%(5/149),宫颈癌占2.0%(3/149),尖锐湿疣占11.4%(17/149),炎症占50.3%(75/149)。阴道镜拟诊与病理结果比较,CIN I、CIN II、CIN III、宫颈癌、尖锐湿疣、炎症的符合率分别为82.8%(24/39)、80.0%(16/20)、80.0%(4/5)、66.7%(2/3)、82.4%(14/17)、90.7%(68/75),见表1。表1 阴道镜拟诊与病理结果比较

2. 宫颈病变发病年龄分布:以病理学诊断为标准,宫颈病变主要集中在31~40岁年龄组,其次为19~30岁,见表2。表2 宫颈病变发病年龄分布