临床研究 DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001421

下生殖道多中心上皮内瘤变 53 例阴道镜诊断分析

龙 馨[1],周德平[1],王 彬[2],吕江涛[1],颜 丽[1],杨 君[1]
(重庆市妇幼保健院 1. 宫颈病特色专科;2. 病理科,重庆 401120)

【摘 要】**目的**:探讨女性下生殖道多中心上皮内瘤变的阴道镜图像特点及诊断要点。**方法**:回顾分析 2008 年 3 月至 2016 年 12 月重庆市妇幼保健院宫颈病特色专科门诊收治的 53 例下生殖道多中心上皮内瘤变的临床资料及阴道镜图像,采用卡方检验和 Spearman 等级相关分析比较不同等级病变的差异及相关性。**结果**:①宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia,CIN)合并阴道上皮内瘤变(vaginal intraepithelial neoplasia,VAIN)52 例,CIN+VAIN+外阴上皮内瘤变(vulvar intraepithelial neoplasia,VIN)1 例。②79.25%(41/53)的病灶为同时检出,20.75%(12/53)的病灶为先后检出。③CIN 行宫颈锥切术后检出 VAIN 的平均间隔时间[(14.33 ± 10.46)月]早于 CIN 行全子宫切除术后检出阴道残端 VAIN 的平均间隔时间[(46.00 ± 22.46)月](t=-2.885,P=0.034)。④CIN Ⅱ~Ⅲ合并 VAIN Ⅱ~Ⅲ的比例(65.79%,25/38)高于合并 VAIN Ⅰ(34.21%,13/38)(χ^2=6.644,P=0.009);随着 CIN 病变级别升高,VAIN 病变级别呈升高趋势,呈正相关(r=0.354,P=0.009)。⑤50 例(94.34%)CIN 累及多个象限,25 例(47.17%)VAIN为多发病灶;44 例 VAIN(83.02%)病灶位于阴道上 1/3。⑥VAIN Ⅱ~Ⅲ病灶与 CIN 病灶连续分布出现率(58.62%)高于 VAIN Ⅰ(25.00%),而 VAIN Ⅰ病灶与 CIN 病灶间断分布出现率(75.00%)高于 VAIN Ⅱ~Ⅲ(41.38%)(χ^2=6.043,P=0.014)。**结论**:女性下生殖道多中心上皮内瘤变以高级别病变联合存在最为常见,病变呈多象限累及,连续分布多见;应加强对高级别 CIN 患者术前阴道镜评估及术后阴道上皮病变的监测。

【关键词】下生殖道;上皮内瘤变;多中心;阴道镜
【中图分类号】R711.7 【文献标志码】A 【收稿日期】2017-05-25

Colposcopic diagnosis of 53 patients with multicentric intraepithelial lesions in lower genital tract

Long Xin[1], *Zhou Deping*[1], *Wang Bin*[2], *Lü Jiangtao*[1], *Yan Li*[1], *Yang Jun*[1]
(*1. Special Department of Cervical Disease*;
2. Pathology Department, Chongqing Health Center For Women and Children)

【Abstract】***Objective***: To explore colposcopic characteristics and diagnostic points of female patients with multicentric intraepithelial lesions in lower genital tract. ***Methods***: A retrospective review of clinical data and colposcopic evaluation of 53 patients with multicentric intraepithelial lesions in lower genital tract in our department of cervical disease from March 2008 to December 2016 was conducted, and chi-square test and Spearman's correlation coefficient for ranked data were used to compare the difference and correlation between different grades of lesions. ***Results***: ①Fifty-two patients were diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) combined vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN), and one patient was diagnosed with CIN+VAIN+VIN. ②Among all lesions, 79.25%(41/53) were synchronous, and 20.75%(12/53) were metachronous. ③The mean interval of VAIN[(14.33 ± 10.46) months] after CIN following cervical conization was earlier than the mean interval of VAIN[(46.00 ± 22.46) months] after CIN following total hysterectomy (t=-2.885, P=0.034). ④The ratio of CIN Ⅱ-Ⅲ combined with VAIN Ⅱ-Ⅲ (65.79%, 25/38) was higher than that with VAIN Ⅰ (χ^2=6.644, P=0.009); with the progression of CIN lesion grade, the grade of VAIN lesion showed an upward trend, which was positively correlated (r=0.354, P=0.009). ⑤Fifty(94.34%) patients with CIN were involved in multiple quadrants, 25(47.17%) patients with VAIN had multiple lesions, and 44(83.02%) patients with VAIN lesions located in the upper 1/3 vagina. ⑥The continuous occurrence rate of VAIN Ⅱ-Ⅲ and CIN lesions(58.62%) was significantly higher than that of VAIN1(25.00%), and the intermittent occurrence rate of VAIN Ⅰ (75.00%) and CIN lesions was significantly higher than that of VAIN Ⅱ-Ⅲ (41.38%) (χ^2=6.043, P=0.014). ***Conclusion***: Women with multicentric intraepithelial lesions in lower genital tract combined with high-grade lesions are the most common, which is characterized by multi-quadrant involvement and continuous distribution of most people; preoperative colposcopy evaluation and postoperative monitoring of vaginal epithelial lesions in patients with advanced-grade CIN should be strengthened.

【Key words】lower genital tract; intraepithelial lesions; multicenter; colposcopy

作者介绍:龙 馨,Email:4261749@qq.com,
研究方向:宫颈病变。
通信作者:杨 君,Email:850495017@qq.com。
基金项目:重庆市卫计委重点资助项目(编号:2013-1-043)。
优先出版:http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20171128.1701.026.html (2017-11-28)

近年来，随着宫颈细胞学筛查、人乳头瘤病毒（human papillomavirus，HPV）检测普及和阴道镜技术的提高，女性下生殖道上皮内瘤变的检出率呈上升趋势[1]。女性下生殖道上皮内瘤变包括宫颈上皮内瘤变（cervical intraepithelial neoplasia，CIN）、阴道上皮内瘤变（vaginal intraepithelial neoplasia，VAIN）和外阴上皮内瘤变（vulvar intraepithelial neoplasia，VIN），不同部位病灶可单独或同时存在。1960 年国外学者首先提出了下生殖道上皮内瘤变或癌变多中心起源的理论[2-3]。目前，国外学者将下生殖道多中心上皮内瘤变的诊断标准定义为 CIN 合并 VAIN 和（或）VIN（病变可同时或先后检出）[4]，但相关研究较少。本研究就 53 例下生殖道多中心上皮内瘤变的临床特点及阴道镜图像进行总结分析，以指导临床诊治。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察对象的纳入标准：①2008 年 3 月至 2016 年 12 月在重庆市妇幼保健院宫颈病专科门诊诊断的 CIN 合并 VAIN 和（或）VIN 患者；②病变可同时或先后检出；③有完整的临床、细胞学、HPV 检测、组织病理学资料、阴道镜图片及随访记录；④组织病理学等级按最高级别诊断。纳入标准符合下生殖道多中心上皮内瘤变的诊断标准[4]。排除标准：①患者资料不完整；②术后病理升级为癌（包括微浸润癌）。本研究共有 53 例下生殖道多中心上皮内瘤变患者，其中 CIN 合并 VAIN 患者 52 例（CIN+VAIN）；宫颈、阴道及外阴同时存在上皮内瘤变患者1 例（CIN+VAIN+VIN）。患者年龄 24~72岁，平均年龄（47.28 ± 11.26）岁，其中<40 岁 13 例，40~49 岁 18 例，50~59 岁 13 例，>60 岁 9 例，绝经患者 24 例。

1.2 方法与诊断标准

宫颈或阴道残端细胞学检查采用薄层液基细胞学检查（TCT），细胞学分类标准采用 2014 年 Bethesda 诊断系统（the Bethesda system，TBS）。HPV 分型采用 21 种 HPV 基因分型检测。阴道镜检查采用 Leisegang 光电一体阴道镜，按照国际宫颈病理与阴道镜联盟（International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy，IFCPC）2011 年的阴道镜术语进行判读。下生殖道上皮内瘤变病理学诊断采用 2003 年 WHO 分级系统分为 CIN Ⅰ、CIN Ⅱ、CIN Ⅲ、VAIN Ⅰ、VAIN Ⅱ、VAIN Ⅲ及 VIN Ⅰ、VIN Ⅱ、VIN Ⅲ。以上均由 2 名细胞学、病理学及阴道镜医师共同诊断。

1.3 统计学方法

所有数据建立 Excel 数据库，应用统计学软件 SPSS 17.0 进行分析。计量资料用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，计数资料用构成比表示。两组间均数比较采用两独立样本 t 检验；两样本率的比较采用卡方检验或 Fisher 确切概率法；两变量之间的相关性采用 Spearman 等级相关分析。检验水准 α=0.05。

2 结 果

2.1 临床症状

67.92%（36/53）的患者无临床症状，其中 31 例体检发现，5 例术后随访发现；32.08%（17/53）的患者出现各种不同临床症状，其中 1 例不规则阴道流血，2 例绝经后阴道流血，4 例同房后阴道流血，2 例阴道分泌物增多，4 例白带异常，1 例下腹痛伴腰痛，1 例外阴阴道干燥，1 例外阴瘙痒，1 例外阴赘生物。

2.2 细胞学结果

53 例患者均行细胞学检查，75.47%（40/53）的患者细胞学异常。

2.3 HPV 检测结果

其中 43 例患者行 HPV 分型检测，感染率为 86.05%（37/43），单一感染 16 例，二重感染 11 例，三重感染 6 例，四重感染 2 例，六重感染 2 例，多重感染所占比例为 56.82%（25/37）。HPV 感染型别以 16 型为首，单一及合并其他型别的HPV16 型感染率为 44.19%（19/43）。

2.4 CIN 合并 VAIN、VIN 检出时间

CIN+VAIN 同时检出共 41 例，包括 1 例 CIN Ⅲ+VAIN Ⅰ+VIN Ⅲ。CIN 与 VAIN 先后检出共 12 例，全部为 CIN 治疗后随访过程中检出 VAIN，分别为 6 例 CIN Ⅲ全子宫切除术后检出阴道残端 VAIN，6 例 CIN Ⅱ~Ⅲ宫颈锥切术后检出 VAIN，其中 4 例为 CIN 复发同时检出 VAIN。CIN Ⅲ全切术后检出 VAIN 的平均间隔时间为（46.00 ± 22.46）月；CIN Ⅱ~Ⅲ宫颈锥切术后检出 VAIN 的平均间隔时间为（14.33 ± 10.46）月，其中 2 例 CIN 患者术后半年内检出 VAIN。CIN 行宫颈锥切术后检出 VAIN 的平均间隔时间早于 CIN 行全子宫切除术后检出阴道残端 VAIN 的平均间隔时间（t=-2.885，P=0.034）。

2.5 CIN 合并 VAIN、VIN 病变级别

20.75%（11/53）的患者 CIN 与 VAIN 同为低级别病变；47.17%（25/53）的患者 CIN 与 VAIN 同为高级别病变；32.08%（17/53）的患者 CIN 与 VAIN 为不同级别病变。其中仅发现 1 例宫颈、阴道、外阴均存在病变（CIN Ⅲ+VAIN Ⅰ+VIN Ⅲ）。VAIN Ⅱ~Ⅲ合并 CIN Ⅱ~Ⅲ的比例明显高于合并 CINI（χ^2=6.644，P=0.009）。随着 CIN 病变级别升高，VAIN 病变级别呈升高趋势，呈正相关（r=0.354，P=0.009）。CIN 合并 VAIN 病变级别的关系见表 1。

表 1 53 例患者 CIN 合并 VAIN 病变级别的关系（n，%）

Tab.1 Relationship between CIN and VAIN lesion grade in 53 patients（n，%）

病变级别	CIN Ⅰ（n=15）	CIN Ⅱ~Ⅲ（n=38）
VAIN Ⅰ	11（73.33）	13（34.21）
VAIN Ⅱ~Ⅲ	4（26.67）	25（65.79）

2.6 CIN 病变累及象限

94.34%(50/53) 的 CIN 累及多个象限，CIN Ⅱ～Ⅲ 累及象限数量≥3 个的比例高于 CIN Ⅰ，差异有统计学意义(χ^2=13.209，P=0.000)。随着 CIN 病变级别升高，病变累及象限数量呈增多趋势，呈正相关(r=0.499，P=0.000)，见表 2。

表 2 CIN 累及象限数量（n,%）

Tab.2 CIN involved quadrant numbers（n,%）

病变累及象限数量	CIN Ⅰ（n=15）	CIN Ⅱ～Ⅲ（n=38）
1、2 个	10（66.67）	6（15.79）
3、4 个	5（33.33）	32（84.21）

2.7 VAIN 病变部位及病灶数量

VAIN 病例中 83.02%(44/53)的病灶位于阴道上 1/3，64.15%(34/53)累及阴道穹窿，5.67%(3/53)位于阴道下 1/3，3.77%(2/53)位于阴道中 1/3。47.17%(25/53)的 VAIN 为多发病灶，多发病灶在 VAIN Ⅱ～Ⅲ 中的比例高于 VAIN Ⅰ，差异有统计学意义(χ^2=16.377，P=0.000)。随着 VAIN 病变级别升高，病灶数量呈增多趋势，呈正相关(r=0.556，P=0.000)，见表 3。

表 3 VAIN 病灶数量（n,%）

Tab.3 VAIN lesion number（n,%）

病灶数量	VAIN Ⅰ（n=24）	VAIN Ⅱ～Ⅲ（n=29）
单一病灶	20（83.33）	8（27.59）
多发病灶	4（16.67）	21（72.41）

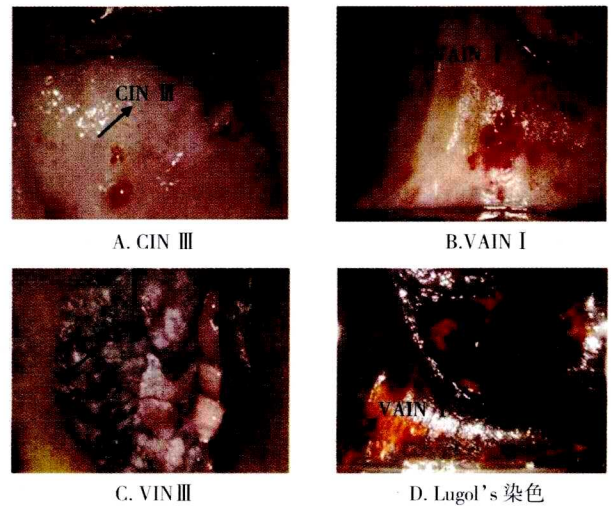
2.8 阴道镜图像特征

VAIN Ⅱ～Ⅲ 级病变，醋酸白色上皮厚，粗镶嵌/点血管出现率高于 VAIN Ⅰ（P<0.01）；微乳头状结构更常见于 VAIN Ⅰ 中（P<0.05）；VAIN Ⅱ～Ⅲ 病灶与 CIN 病灶连续分布出现率高于 VAIN Ⅰ，而 VAIN Ⅰ 病灶与 CIN 病灶间断分布出现率高于 VAIN Ⅱ～Ⅲ（P<0.05）。VAIN 阴道镜图像特征见表 4。1 例 CIN Ⅲ+VAINI+VIN Ⅲ，宫颈、阴道及外阴均存在上皮内瘤变，阴道镜图像如图 1 所示。

表 4 VAIN 阴道镜图像特征（n,%）

Tab.4 VAIN colposcopy evaluation（n,%）

阴道镜评估	VAIN Ⅰ（n=24）	VAIN Ⅱ～Ⅲ（n=29）	χ^2 值	P 值
1级病变	219(79.17)	5(17.24)	20.324	0.000
2级病变	5(20.83)	24(82.76)		
薄醋白	19(79.17)	7(24.14)	15.912	0.000
厚醋白	5(20.83)	22(75.86)		
细镶嵌/点血管	7(29.17)	5(17.24)	Fisher	0.001
粗镶嵌/点血管	2(8.33)	21(72.41)		
碘不染色	24(100.00)	29(100.00)	-	-
微乳头状结构	10(41.67)	3(10.34)	Fisher	0.011
与 CIN 病灶间断	18(75.00)	12(41.38)	6.043	0.014
与 CIN 病灶连续	6(25.00)	17(58.62)		



A. CIN Ⅲ　B.VAIN Ⅰ

C. VIN Ⅲ　D. Lugol's 染色

图 1 同一患者 CIN Ⅲ+VAIN Ⅰ+VIN Ⅲ 阴道镜图像

Fig.1 CIN Ⅲ+VAIN Ⅰ+VIN Ⅲ colposcopy images of one patient

3 讨 论

本研究中下生殖道多中心上皮内瘤变患者共 53 例，其中 52 例为 CIN+VAIN，1 例为 CIN+VAIN+VIN，宫颈与阴道上皮内瘤变合并存在相对常见；宫颈与外阴上皮内瘤变合并存在仅发现 1 例。

3.1 病变筛查与诊断

本研究中下生殖道多中心上皮内瘤变患者有临床症状者为 32.08%，细胞学异常率为 69.81%，HPV 感染率为 84.91%。De Vuyst 等[5]的荟萃分析显示 HPV 感染率在外阴/阴道上皮内瘤样病变和癌中分别为 67.8%和 85.3%。外阴/阴道上皮内瘤变和癌存在 HPV 诱导和非 HPV 诱导的 2 种发病模式[6]。本研究中 HPV16 型感染率达 44.19%。蒋湘等[7]在 32 例下生殖道多中心上皮内瘤变的研究中发现 4 例 CIN+VAIN+VIN，均存在免疫抑制因素，宫颈、阴道、外阴 HPV 负荷均高于 1 000 RLU/CO。提示多中心上皮内瘤变患者宫颈、阴道或外阴感染高负荷 HPV 或感染高致病性 HPV 可能是其发病诱因。单纯细胞学筛查漏诊率较高，联合 HPV 检测可提高诊断率。发现单一病灶时需警惕多中心病变存在的可能，特别是免疫抑制患者。阴道镜检查中应重视对女性宫颈、阴道、外阴以及肛周进行全面检查、评估，以防止漏诊多中心病变。

3.2 病变检出时间

女性下生殖道多中心上皮内瘤变不同部位病变可以同时或先后检出。本研究中 77.36%(41/53)

的病例为同时检出，22.64%(12/53)的病例为先后检出。Hampl 等[8]研究指出下生殖道多中心病变同时或先后发生的模式：①同一型别 HPV 持续感染诱发不同部位同时发生独立病灶；②多重不同型别 HPV 重复独立的感染诱发不同部位不同等级病灶；③同一型别 HPV 持续感染导致细胞克隆从以前的宫颈部位移位至邻近部位，潜伏一段时间后癌基因表达形成相同克隆的异时病变。Frega 等[9]对 55 例女性下生殖道多中心上皮内瘤变为期 3 年的随访研究中，发现 31 例同时病变，24 例异时病变，指出免疫缺陷和 HPV 多重感染和同时病变相关，治疗后 HPV-DNA 和 HPV-mRNA 阳性预示着异时病变的出现，且 HPV-mRNA 预测更有效。CIN 行全切术后检出阴道残端 VAIN 的平均时间为(46.00 ± 22.46)月；而 CIN 行宫颈锥切术后检出 VAIN 的平均时间为(14.33 ± 10.40)月，异时病变出现的高峰时间集中在术后 1~5 年。CIN 行宫颈锥切术后检出 VAIN 的时间早于 CIN 行全切术后检出阴道残端 VAIN，CIN 宫颈锥切术后的复发高峰时间也在术后 2 年内[10]，CIN 复发时可同时合并VAIN。CIN 术后半年内检出的 VAIN，考虑有病灶残留，术前漏诊可能[11]。应加强术前阴道镜评估及术后监测随访，宜采用细胞学+HPV 检测+阴道镜联合检查，术后 5 年是检测的重点。

3.3 阴道镜评估

宫颈、阴道及外阴的阴道镜评估采用 2011 年 IFCPC 阴道镜术语。低级别病变：1 级病变，薄醋白，细镶嵌/点血管；高级别病变：2 级病变，厚醋白，粗镶嵌/点血管[12]。本研究提示新阴道镜术语评估阴道病变等级差异显著。本研究 VAIN 病例碘不染色率达到 100%，碘不染色部位与正常部位界限清晰，碘染色评估定位 VAIN 病灶意义重大。微乳头状结构更常见于 VAINI 中，微乳头状改变考虑为亚临床湿疣的表现。Sopracordevole 等[13]对VAIN 的阴道镜模式研究中指出 VAINⅢ中 2 级病变和血管结构出现率明显高于 VAINⅡ或 VAINⅠ，微乳头状结构在 VAINⅠ中较在 VAINⅡ~Ⅲ中更为常见。血管结构的出现提示阴道高级别病变，而微乳头状结构则是阴道低级别病变的表达。高级别病变进展为阴道浸润癌的风险约 12%，平均时间需要 64 月；而低级别病变进展为癌的风险较低[14]。高级别 VAIN 与 CIN 病灶多为连续分布，考虑病变由宫颈延伸至阴道，易延伸至阴道穹窿或阴道上 1/3，宫颈上皮与阴道上 1/3 有共同的胚胎起源——泌尿生殖窦可能是其原因。而低级别 VAIN 与 CIN 病灶多为间断分布，考虑为低致病性 HPV 感染所引起的散发病灶。

3.4 病变部位

女性下生殖道多中心病变可累及宫颈、阴道、外阴及肛周。Hampl 等[8]对 52 例下生殖道多中心上皮内瘤变患者，不同部位共进行了 130 处活检，结果为 30 处 CIN，21 处 VAIN，53 处 VIN，26 处肛门上皮内瘤变(anal intraepithelial neoplasia，AIN)，同一患者不同部位病变类型及等级为 2~7 种；其中 1 例为 CIN+VAIN+VIN+AIN。130 例标本中有 121 例存在 HPV DNA(93%)，HPV16 型在 VIN、VAIN 和AIN 中的感染率分别为 73%、60% 和 77%，在 CIN 中的感染率仅为 37%；多中心病变同一型别 HPV感染比例为 46%。本研究中 94.34%的 CIN 累及多个象限，47.17%的 VAIN 为多发病灶，同一患者不同部位可出现不同等级的病灶，且 VAIN 病变级别与 CIN 病变级别呈正相关(r=0.354，P=0.009)。随着病变等级的增高，病变累及象限增多，表明病变越重累及范围越大。阴道穹窿及上 1/3 段为阴道病变好发部位。阴道镜检查应对整个下生殖道进行全面检查和仔细评估，尤其是阴道穹窿的检查，应用窥器抚平阴道皱褶并旋转窥器，不要漏诊任何一处病灶。

综上所述，女性下生殖道多中心上皮内瘤变主要为 HPV 感染女性下生殖道，诱发不同部位同时或先后发生不同等级病灶，呈多部位，多象限累及，阴道镜医师的视角应从专注宫颈转向把女性下生殖道作为一个整体进行评估诊治。阴道镜检查可以评估女性下生殖道多中心病变部位、程度、范围、大小以及宫颈、阴道、外阴及肛周病变合并情况，对于防止漏诊及指导临床治疗具有重要意义。

参 考 文 献

[1] Judson PL, Habermann EB, Baxter NN, et al. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma[J]. Obstet Gynecol, 2006, 107(5): 1018-1022.

[2] Marcus SL. Multiple squamous cell carcinomas involving the cervix, vagina, and vulva: the theory of multicentric origin[J]. Am J Obstet Gynecol, 1960, 80: 802-812.

[3] Steahmann FS. Multicentric carcinoma in-situ of the vagina and vulva following carcinoma in-situ of the cervix[J]. SD J Med Pharm, 1964, 17: 19-21.

[4] Ait Menguellet S, Collinet P, Houfflin Debarge V, et al. Manage-

临床研究 DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001453

分离（转换）障碍 53 例儿童青少年患者抑郁焦虑情绪分析

兰兴会[1],梅其霞[2],周新雨[3],蒲俊材[4],张玉清[4],谢 鹏[4]
（重庆医科大学附属儿童医院 1. 神经内科;2. 心理科,重庆 400014;
重庆医科大学附属第一医院 3. 精神科;4. 神经内科,重庆 400016）

【摘 要】目的:探讨儿童青少年分离(转换)障碍患者的临床表现和个性特征与抑郁焦虑情绪关系。**方法**:回顾性分析重庆医科大学附属儿童医院心理科 53 例患者的临床资料、艾森克个性问卷儿童版(eysenck personality questionnaire,EPQ)评分、儿童抑郁自评量表(depression self rating scale for children,DSRSC)和儿童焦虑性情绪障碍筛查量表(screen for child anxiety relate emotional disorders,SCARED)分数。**结果**:本组病例中 34 例(64.2%)伴发抑郁焦虑情绪。单因素分析显示青少年比儿童更易伴发抑郁情绪(64.5% vs. 14.8%, χ^2=12.307,P=0.000),情绪不稳定的患者更易伴发焦虑情绪(56.4% vs. 11.1%, χ^2=6.013,P=0.014),且抑郁情绪与焦虑情绪显著相关(51.9% vs. 23.1%, χ^2=4.668,P=0.031)。二元逻辑回归分析显示情绪不稳定与伴发焦虑情绪相关(OR=13.390,95%CI=1.352~132.624,P=0.027),而年龄越大,患者越容易出现抑郁情绪(OR=1.534,95%CI=1.133~2.078,P=0.006)。**结论**:儿童青少年分离(转换)障碍患者的抑郁焦虑情绪检出率较高,情绪不稳定个性特质的儿童青少年分离(转换)障碍患者易伴发焦虑情绪,年龄大的患者易伴发抑郁情绪。

【关键词】分离(转换)障碍;个性;抑郁;焦虑
【中图分类号】R749.99 **【文献标志码】**A **【收稿日期】**2017-01-01

作者介绍:兰兴会,Email:sjdsl2012@163.com,
研究方向:神经心理和神经电生理。
通信作者:谢 鹏,Email:xiepeng973@126.com。
基金项目:国家重大科学研究(973)计划资助项目(编号:2009CB918302)。
优先出版:http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20171130.1011.006.html (2017-11-30)

ment of multicentric lesions of the lower genital tract[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2007,132(1):116-120.

[5] De Vuyst H,Clifford GM,Nascimento MC,et al. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva,vagina and anus:a meta-analysis[J]. Int J Cancer,2009,124(7):1626-1636.

[6] Siegler E,Segev Y,Mackuli L,et al. Vulvar and vaginal cancer, vulvar intraepithelial neoplasia 3 and vaginal intraepithelial neoplasia 3:experience of a referral institute[J]. Isr Med Assoc J,2016,18(5):286-289.

[7] 蒋 湘,潘凌亚,金 滢. 下生殖道多中心上皮内瘤变 32 例临床分析[J]. 现代妇产科进展,2013,22(7):557-560.

[8] Hampl M,Wentzensen N,Vinokurova S,et al. Comprehensive analysis of 130 multicentric intraepithelial female lower genital tract lesions by HPV typing and p16 expression profile[J]. J Cancer Res Clin Oncol,2007,133(4):235-245.

[9] Frega A,Sesti F,Sopracordevole F,et al. Multiple intraepithelial neoplasias of the lower female genital tract:the reliability of HPV mRNA test[J]. J Lower Genit Tract Dis,2014,18(2):174-181.

[10] 李 倩,洪 颖,周丽丽. 宫颈上皮内瘤变锥切术后复发高危因素研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(3):220-222.

[11] 隋 龙,陈丽梅. 阴道上皮内瘤变复发临床诊治策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2016,32(11):1057-1060.

[12] Bornstein J,Bentley J,B?sze P,et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy[J]. Obstet Gynecol,2012,120(1):166-172.

[13] Sopracordevole F,Barbero M,Clemente N,et al. Colposcopic patterns of vaginal intraepithelial neoplasia:a study from the Italian Society of Colposcopy and Cervico-Vaginal Pathology[J]. Eur J Cancer Prev, 2016[Epub ahead of print].

[14] Hodeib M,Cohen JG,Mehta S,et al. Recurrence and risk of progression to lower genital tract malignancy in women with high grade VAIN[J]. Gynecologic Oncology,2016,141(3):507-510.

（责任编辑:冉明会）