DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.16.029
第25卷第16期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 16
1470 2003年8月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Aug. 2003

论著

文章编号:1000-5404(2003)16-1470-03

阴道镜在诊断宫颈癌前期病变中的价值

常 青,任玉香,王 琳,龙 琳,梁志清 (第三军医大学附属西南医院妇产科,重庆 400038)

提 要:目的 分析CIN患者阴道镜诊断、阴道镜下定点活检组织学诊断及手术后病理诊断符合情况,探讨阴道镜诊断宫颈上皮内瘤变(CIN)的相关影响因素。方法 回顾性分析经病理检查确诊的195例CIN患者,有44例接受宫颈物理治疗(电熨或激光)。接受宫颈锥切26例,占13.3%,经腹部手术的25例,占12.8%,术中行冰冻切片病理检查13例。结果 阴道镜诊断的准确率为94.4%,镜下活检的准确率为98.5%。冰冻切片诊断符合率为53.8%(7/13)。阴道镜误诊组患者阴道镜检查的时间、宫颈活检数量与阴道镜诊断符合组患者比较,无显著性差异($P>0.05$)。误诊组已绝经的患者较多。结论 阴道镜诊断的准确性与阴道镜检查的时间、阴道镜下活检的数量、术前CIN分级无显著差异。阴道镜下活检不能代替锥切,CIN患者手术中冰冻切片检查仍不能完全避免误诊。

关键词:宫颈上皮内瘤变;阴道镜;诊断
中图法分类号:R711.73;R737.33 文献标识码:A

Value of colposcopy in the diagnosis of early pathological changes of cervical intraepithelial neoplasia

CHANG Qing, REN Yu-xiang, WANG Lin, LONG Lin, LIANG Zhi-qing (Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To compare the results of colposcopy and histological diagnosis with those of pathological diagnosis after operation on patients with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and to evaluate the related influencing factors of colposcopy in the diagnosis of CIN. Methods The data of 195 patients with CIN confirmed pathologically were retrospectively analyzed. In these 195 cases, 44 patients received physiotherapy (electrocoagulation and laser) and 26(13.3%) and 25(12.8%) patients underwent cervical conization and hysterectomy, respectively. Pathological examination of the cervices was performed on 13 patients during operation. Results The accurate rates of colposcopy and histological examination with colposcopic biopsy were 94.4% and 98.5%, respectively. However, the accurate rate of biopsy was 53.8%(7/13). There was no significant difference in the time for colposcopy, and the quantity of cervical biopsies between misdiagnosed CIN patients and finally diagnosed CIN patients ($P>0.05$). There were more menopausal cases in misdiagnosed patients. Conclusion The accurate rate of colposcopy is not significantly correlated with the time for colposcopy, the quantity of cervical biopsies and the preoperative grading of CIN. Histological diagnosis with colposcopic biopsy can not be used for the replacement o

Key words: cervical intraepithelial neoplasia; colposcope; diagnosis

宫颈癌前期病变即宫颈上皮内瘤变(Cervical intraepithelial neoplasia, CIN),包括宫颈非典型增生及宫颈原位癌。CIN患者通过早期恰当的治疗,可明显改善患者的预后,使宫颈癌的发生率和病死率明显下降。CIN患者一般无明显临床症状,部分患者白带增多,或白带带血,接触性出血等[1]。目前CIN的诊断方法主要通过宫颈脱落细胞检查、阴道镜检查、子宫颈活检、子宫颈管搔刮术、宫颈锥切术等。阴道镜检查对患者无创伤,临床应用广泛。为探讨阴道镜诊断CIN的价值及相关影响因素,我们回顾性分析了在我院阴道镜门诊确诊的CIN患者病历资料,以期提高阴道镜诊断的准确率。

1 资料与方法

1.1 病例来源

我院妇产科门诊自2000年9月至2003年3月间共作阴道

作者简介:常 青(1963-),女,湖南省长沙市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事妇产科临床方面的研究,发表论文15篇。电话:(023)68754409

收稿日期:2003-05-31;修回日期:2003-07-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

镜 5 710 例。发现不同级别 CIN 及宫颈原位癌的患者 195 例。

1.2　仪器与方法

仪器: 采用德国 双目阴道镜。

方法: 患者先除外妊娠。阴道镜检查的时间一般安排在月经干净后第 2～14 天, 对部分就诊不便、高度怀疑 CIN 或宫颈癌的妇女则未选择时间。患者作阴道镜检查前常规取阴道分泌物查滴虫、念珠菌, 除外下生殖道急性、亚急性炎症。用阴道镜作外阴、阴道、宫颈检查, 根据宫颈的颜色、病变边界和表面构形、血管及碘染色情况进行评分(REID 阴道镜评分标准 RCI)[2]。对可疑的病变部位在阴道镜直视下定点取活检, 送病理检查。所有 CIN 的患者均经病理活检确诊。

根据细胞异常的程度将 CIN 分为 3 级。CIN Ⅰ(轻度非典型增生)异形细胞局限在鳞状上皮细胞的下 1/3; CIN Ⅱ(中度非典型增生)异形细胞占鳞状上皮细胞层的下 2/3; CIN Ⅲ(重度非典型增生)异形细胞几乎累及或全部累及上皮细胞层[2]。

1.3　统计学方法

数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 行 t 检验。

2　结果

2.1　患者年龄与绝经状况

患者多为生育期妇女, CIN 分级越高, 年龄大于 35 岁患者增多, 见表 1。

表 1　患者年龄与绝经状况

Tab 1　Data of age and menopause

Age(year)	CIN Ⅰ(128)	CIN Ⅱ(43)	CIN Ⅲcarcinoma *in situ*(24)
≤35	70	15	9
>35	53	26	13
Menopause	5	2	2

2.2　阴道镜下特点及评分

阴道镜检查发现 CIN 患者宫颈醋酸白色上皮最常见, CIN 分级增高, 出现异形血管、镶嵌比例增加, 腺管开口分级增高, 并出现醋酸白色上皮、异形血管、镶嵌“三联征”。采用 REID 阴道镜评分标准(RCI)结果: CIN Ⅰ 0～2 分, CIN Ⅱ 3～5 分, CIN Ⅲ 6～8 分, 与宫颈病变分级诊断评分系统标准一致[3], 见表 2。

表 2　阴道镜下宫颈特点及阴道镜 REID 评分

Tab 2　Features of the cervix by colposcopy and REID scoring

	Acetowhire Epithelium	Atypical vessels	Mosaic	Adenous open (grade)					RCI ($\bar{x}\pm s$)
				Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	
CIN Ⅰ	122	36	60	127	60				1.644±1.035
CIN Ⅱ	41	36	33	39	39	6			3.823±1.086
CIN Ⅲ carcinoma *in situ*	24	26	11	9	6	13	9	15	6.409±1.221

2.3　诊断

阴道镜诊断正确的 CIN 患者共有 184 人, 准确率为 94.4%。阴道镜误诊的 13 例 CIN 患者中有 5 例阴道镜诊断 CIN 分级高于病理分级; 2 例阴道镜诊断为宫颈息肉, 病理诊断为 CIN Ⅰ, 4 例阴道镜诊断 CIN 分级低于病理分级; 2 例阴道镜及活检诊断均为宫颈原位癌, 1 例术后病理报告为宫颈癌Ⅱb, 另 1 例为 CIN Ⅰ。阴道镜下活检诊断准确的 CIN 患者有 192 人, 镜下活检的准确率为 98.5%。CIN Ⅰ 的部分患者采用宫颈物理治疗, 39 名 CIN Ⅱ、CIN Ⅲ、原位癌的患者行手术治疗(分别采用宫颈锥切术、宫颈部分切除、子宫切除术), 其中有 13 名患者术中宫颈组织冰冻切片, 所有患者术后宫颈组织再作病理切片诊断, 对不同级别 CIN 患者诊断结果为:

2.3.1　CIN Ⅰ 诊断　　确诊 CIN Ⅰ 的 128 名患者中有 121 例阴道镜诊断与活检后的病理诊断一致。诊断不符的 7 例患者中有 5 例阴道镜诊断为 CIN Ⅱ, 2 例阴道镜诊断为宫颈息肉。

2.3.2　CIN Ⅱ 诊断　　确诊 CIN Ⅱ 的 43 名患者中有 39 例阴道镜诊断与宫颈活检病理诊断一致。诊断不符的 4 例患者中有 1 例阴道镜诊断为 CIN Ⅰ, 宫颈活检诊断为 CIN Ⅱ, 此例病人失访。CIN Ⅱ 的 43 名患者中有 24 例行宫颈锥切术, 其中有 22 例阴道镜诊断, 宫颈活检病理诊断, 宫颈锥切术后的病理诊断相符, 3 例阴道镜、宫颈活检病理诊断为 CIN Ⅱ, 宫颈锥切病理诊断为 CIN Ⅲ、宫颈原位癌。

2.3.3　CIN Ⅲ、原位癌　　确诊为 CIN Ⅲ、原位癌的所有 24 例患者阴道镜诊断与活检病理诊断均一致, 2 例患者失访, 1 例未育 CIN Ⅲ、宫颈尖锐湿疣患者行宫颈激光治疗, 现治疗后 3 月随访, 宫颈光滑。余 20 名患者于我院行子宫全切、宫颈部分切除, 1 例行宫颈锥切, 有 2 名患者术后诊断与阴道镜诊断及宫颈活检诊断不符, 1 例为宫颈鳞癌Ⅱb, 1 例为 CIN Ⅰ。

2.3.4　术中冰冻切片　　有 13 例 CIN Ⅱ, CIN Ⅲ、原位癌患者术中将宫颈组织送冰冻切片, 有 6 例冰冻切片的病理结果与术后病理结果不符, 有 4 例冰冻切片提示为 CIN Ⅰ、CINⅡ, 术后病理诊断为宫颈原位癌; 2 例冰冻提示为 CIN Ⅰ、慢性宫颈炎, 术后病理诊断为 CIN Ⅱ。

2.4　影响阴道镜诊断的因素

对阴道镜诊断与病理诊断不符的 CIN 患者的分析见表 3(阴道镜检查的时间从月经干净时计算), 两组患者阴道镜检查时间及阴道镜下活检数量上无明显差异($P>0.05$)。阴道镜诊断不符组内已绝经的患者较多。

表 3　影响阴道镜诊断的相关因素

Tab 3　Related factors affecting colposcopic diagnosis

	Age(year)	menopause/no menopause (case)	Time of colposcopy	quantity of cervix biopsy
Accurate diagnosis	35.62±7.62	5/143	8.38±3.35	2.89±1.07
misdiagnosis	40.69±5.90 *	2/13	9.53±3.63 *	2.83±1.28 *

*: $P>0.05$ *vs* accurate diagnosis

3　讨论

阴道镜用于临床已有近 80 年的历史, 其最主要的临床应用价值是可进一步发现和评价异常细胞, 在阴道镜指示下定点活检, 提高活检的阳性率, 明显提高宫颈癌的早期诊断率。文献[3]报道宫颈四点常规活检正确率仅 50%, 而镜下活检诊断正确率为 88.3%。我们临床观察发现阴道镜诊断的准确率为 94.4%, 镜下活检的准确率为 98.5%, 阴道镜检查结合定点活检病

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

理诊断明显提高 CIN 诊断率。CIN 具有可逆性及进展性,积极治疗 CIN 可有效降低宫颈癌的发病率。对不同级别的 CIN 患者治疗方法不同,特别是对未婚未育患者。因此,术前诊断极为重要[4]。在本组阴道镜误诊的 13 例 CIN 患者中有 5 例阴道镜诊断 CIN 分级高于病理分级;2 例阴道镜诊断为宫颈息肉,病理诊断为 CIN Ⅰ,4 例阴道镜诊断 CIN 分级低于病理分级;2 例阴道镜及活检诊断均为宫颈原位癌,1 例术后病理报告为宫颈癌Ⅱb,另 1 例为 CIN Ⅰ,可能阴道镜下组织活检已取尽宫颈局部的癌灶,因此临床上处理该类患者时术前应充分让患者知情,结合患者的年龄、生育情况及患者的需求决定手术范围,避免手术范围过大,对患者造成伤害。

分析该组患者的年龄、阴道镜检查的时间、宫颈活检数量与阴道镜诊断符合组患者比较,无明显区别。误诊组已绝经的患者较多,是否与此相关,因例数较少,仍需进一步观察。临床上确定经阴道镜及活检诊断为 CIN 部分患者治疗方案仍较为困难,因宫颈原位癌的病变极为局限,可能在阴道镜下活检已将病灶全部切除,或因活检所取的组织少不易鉴别有无间质浸润[5]。本研究显示 CIN 患者手术中行冰冻切片病理检查仍不能避免误诊,本组患者中有 13 例 CIN 患者术中作冰冻切片,诊断符合率仅为 52.8%(6/13)。因此,在不能完全除外宫颈癌时应行宫颈的锥切,待标本石蜡切片进一步明确诊断,尽量避免手术范围过大或过小,特别是对未生育的年轻患者。

阴道镜检查能较迅速鉴别良恶性病变如宫颈肥大、增生等。可避免不必要的活检,并能选择活检的类型、协助 CIN 病变处理的选择[6]。但阴道镜下活检诊断 CIN 目前仍不能完全替代宫颈锥切。患者绝经后因宫颈移形带内移可能对阴道镜的诊断有影响。

参考文献:

[1] Rosenthal A N, Panoskaltsis T, Smith T, *et al*. The frequency of significant pathology in women attending a general gynaecological service for postcoital bleeding[J]. BJOG, 2001, 108(1): 103-106.

[2] 汴美璐, 刘树范. 子宫颈疾病的诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001. 41-212.

[3] 石一复. 子宫颈疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1-39.

[4] 常 青, 任玉香, 龙 玲, 等. 87 例宫颈上皮内瘤变的临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2002, 24(12): 1468-1470.

[5] 戴丽玉. 阴道镜与病理诊断不符原因探讨[J]. 中国急救医学, 2000, 20(2): 106.

[6] Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2002, 23(4): 269-277.

(编辑 王 红)

(上接 1469 页)

3 讨论

心悸是临床上常见的症状,其病因既可为各种器质性心脏病,也见于无明显器质性的心脏神经官能症。本组 441 例患者均主诉突发快速性心悸不适,66.9% 食管电生理检查为正常;故对主诉有突发快速性心悸患者,其他检查均未发现异常者,常规作食管心脏电生理检查可明确病因。

115 例行心腔内电生理检查,结果证实食管电生理检查的准确率达 95%。本组有 3 例 AVRT 行食管电生理检查为正常。这与受检时植物神经张力状态、诱发带过窄、旁道只能逆传等因素有关,故对于食管电生理检查正常者,而临床症状象 PSVT 者,仍需行心腔内电生理检查来最后确诊。

本组 115 例经心腔内电生理检查 99 例诱发 PSVT;而食管电生理检查仅诱发 58 例,食管电生理检查对 PSVT 的诱发率 58.6%,在 PSVT 中房室结双径路占 37.4%,此与文献[1]报道相近。室上速的诱发受各径路的传导功能状态、不应期的长短、植物神经张力等因素影响。

本组 1 例房速误诊为 AVNDP,此为食管电生理检查诱发 PSVT 时可见跳跃现象,体表心电图常规Ⅱ导联看不到 P 波,误为房室结双径路的跳跃现象;而在心腔内电生理检查诱发 PSVT 时可见 A 波,为房内折返性心动过速,故遇此情况在记录体表心电图时,应选在 P 波清楚的导联记录并仔细加以辨别。

1 例 AVNRT 被误诊为 AVRT,由于在判断 PSVT 时,因 V_1 及食管导联逆行 P 波,起始部常常难以辨认而导致测量误差;在食道 P 波不清或重叠时,可将心电图纸走速调至 50 mm/s;亦可采用同步描记 V_1 和食管导联来测量 V_1-ESO P,终末部的最大转折来比较时距差,确定是否有偏心现象[2],或仔细辨别 V_1 导联的伪 r′ 波及Ⅱ、Ⅲ、avF 导联的伪 s 波,因这两项指标诊断 AVNRT 的特异性达 100%[3]。对该例食管电生理记录回顾性分析发现其在 S_1S_1 刺激时有 S_1R 跃增≥60 ms,现认为 S_1S_1 刺激时,某一频率刺激下相邻的 S_1R 跃增≥60 ms 也应作为诊断 DAVNP 的诊断标准。

综上,食道心房调搏通过多指标的综合分析对绝大多数有阵发性心动过速的心悸患者可作正确诊断,对于少数食管电生理检查正常者,仍有必要进行心腔内电生理检查进一步确诊。

关键词:食管电生理检查;心腔内电生理检查;阵发性心悸
中图法分类号:R540.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] 王敏武. 张永祥. 预激综合征及室上性心动过速的患病调查[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2002, 16(1): 43-44

[2] 陈 芳. 杨 波. 205 例房室结折返性心动过速患者的电生理特点分析[J]. 临床心电学杂志, 2001, 10(1): 19-21

[3] 夏 豪. 伪 r_{V_1}S Ⅱ、$Ⅲ_{avF}$ 波在 AVNRT 中的诊断价值[J]. 中华心律失常杂志, 1998, 82(1): 44-45.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net