

# 阴道镜检查对接触性出血宫颈病变的诊断价值

## Value of colposcopy in diagnosis of patients with cervical contact bleeding

葛彦欣, 贺桂秀, 林 雪 (山东省日照市人民医院妇科, 日照 276826)

[关键词] 阴道镜检查; 宫颈接触性出血; 诊断

[中图分类号] R 711.74 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)05-0576-02

宫颈接触性出血(cervical contactive bleeding, CCB)是妇科疾病常见的病症之一,炎症、湿疣、宫颈上皮内瘤样变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)及宫颈癌均可为其病因。目前宫颈癌患者趋向年轻化,早期诊断、治疗宫颈HPV感染及CIN对预后影响极大。阴道镜检查是实现早期诊断不可缺少的技术之一。本研究对260例CCB患者行阴道镜检查,并在异常图像及碘阴性区取组织送病检,对照分析阴道镜异常图像、阴道镜下定位活检的病理结果,用阳性预测值、阴性预测值、敏感性和特异性四个指标来评价阴道镜检查对CCB患者诊断的准确性。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 日照市人民医院2005年7月至2006年10月收治的CCB患者,共260例,年龄20~68岁,其中30岁以下34例,占13.08%;31~40岁110例,占42.31%;41~50岁89例,占34.23%;50岁以上27例,占10.38%。肉眼观察宫颈光滑15例,轻度糜烂88例,中度糜烂110例,重度糜烂47例。均有详细的阴道镜和宫颈标本组织病理学检查结果。

1.2 方法 常规妇科检查,发现急性炎症者先予治疗。阴道镜检查前先做宫颈细胞学检查进行初筛,以备反复细胞学阳性而阴道镜无可见病变时行颈管内搔刮术。采用德国LEICA-MZ6电子阴道镜成像系统,由专门医生操作,暴露宫颈,拭净宫颈表面分泌物。对焦后观察宫颈形态、色泽,对比醋酸实验前后宫颈的变化,着重观察转化区的上皮颜色、境界清晰度及绿色滤光镜下的血管形态等,分别在异常阴道镜图像区及碘阴性区取组织活检,送组织病理检查。

1.3 电子阴道镜诊断标准 正确评估阴道镜图像是阴道镜诊断的必要条件。采用1990年(Rome)第七次世界宫颈病理及阴道镜会议上通过的国际阴道镜名词及分类标准描述。参照张志胜<sup>[1]</sup>主编的《阴道镜图谱》作为阴道镜拟诊标准。微乳突样白色上皮:位转化区内、外甚至穹隆部的醋酸白色上皮厚而浊,呈珍珠样白色,表面见微乳突及中央的小血管襻,碘试验呈斑驳、点彩样着色,拟诊宫颈湿疣;淡薄白色上皮:淡薄的醋酸白色上皮半透明,边界欠清晰,对醋酸反应消失快,拟诊非特异炎症;平坦白色上皮+模糊镶嵌:平坦白色增厚上皮,边界模糊,可有模糊的镶嵌,拟诊CIN I;厚白色上皮+细镶嵌:边界较为清楚的突起醋酸白色上皮,伴低平、细小的镶嵌,醋酸白色上皮消失速度较慢,拟诊CIN II;苍白白色上皮+粗镶嵌+点状血管:醋酸白色上皮边界清楚、污浊、

苍白厚重,持续时间较长,伴粗糙的镶嵌和排列密集的点状血管,拟诊CIN III;脑回状、猪油状改变伴异型血管的出现,提示宫颈浸润癌的存在。

1.4 统计学处理 以宫颈组织学诊断为金标准,用阳性预测值、阴性预测值、敏感性、特异性4项指标评价阴道镜在宫颈病变中的诊断价值。敏感性=阳性/(阳性+假阴性)×100%;特异性=阴性/(阴性+假阳性)×100%;阳性预测值=阳性/(阳性+假阳性)×100%;阴性预测值=阴性/(阴性+假阴性)×100%。

### 2 结果

活检标本由有经验的病理科医生阅片,作为确诊依据。阴道镜诊断与病理诊断对照见表1。260例CCB患者中,除阴道镜下拟诊非特异性炎症121例外,程度不等的异常图像约占53.46%(139/260);经活检证实,非特异性炎症占69.62%(181/260),湿疣、CIN及浸润癌分别占3.46%(9/260)、25.00%(65/260)、1.92%(5/260)。异常阴道镜图像对CIN、癌、宫颈湿疣及非特异性炎症的诊断价值见表2、表3。评价阴道镜对CIN和浸润癌的诊断价值时,“炎症”及“湿疣”为非癌前病变,定义为“阴性”,“CIN”及“浸润癌”为“阳性”;评价阴道镜对宫颈湿疣及非特异性炎症的诊断价值时,根据病理诊断结果,确诊者为阳性,余为阴性。

### 3 讨论

CCB是指性交或妇查时接触性宫颈出血,是宫颈疾病最常见的临床表现之一。多种宫颈疾病均可引起CCB,本文260例CCB患者,其病因由炎症、湿疣、CIN及浸润癌构成,除阴道镜下拟诊非特异性炎症121例外,不正常阴道镜图像占53.46%。经活体组织病理检查证实,湿疣、CIN及浸润癌分别占CCB患者的3.46%、25.00%、1.92%,提示对此主诉有阴道镜检查的指征<sup>[2]</sup>。

结合活体组织病理学结果与阴道镜下所见图像分析,不同阴道镜图像的诊断准确性不同。本组260例患者中,阴道镜拟诊宫颈非特异炎症的阳性预测值及敏感性分别为90.91%(110/121)和60.77%(110/181),可见镜下以淡薄、易消退的醋酸白色上皮诊断宫颈非特异炎症有较高的可靠性,但是其敏感性不高。与组织学结果相比,阴道镜下根

[作者简介] 葛彦欣,硕士,主治医师。

E-mail:geyanxin2001@126.com

表 1 阴道镜拟诊与病理诊断对照

病理诊断	阴道镜拟诊						合计
	宫颈湿疣	非特异性炎症	CIN I	CIN II	CIN III	浸润癌	
宫颈湿疣	7	1	1	0	0	0	9
非特异性炎症	1	110	62	6	2	0	181
CIN I	0	10	28	5	2	0	45
CIN II	0	0	0	10	3	0	13
CIN III	0	0	0	2	5	0	7
浸润癌	0	0	0	0	1	4	5
合计	8	121	91	23	13	4	260

表 2 异常阴道镜图像对 CIN 和浸润癌的诊断价值

异常镜下图像 (拟诊)	阳性预测值	阴性预测值	特异性	敏感性
平坦白色上皮+模糊镶嵌(CIN I)	30.77	75.14	66.84	40.00
厚白色上皮+细镶嵌(CIN II)	73.91	77.64	96.84	24.29
亚白色上皮+粗镶嵌+点状血管(CIN III)	84.61	76.11	98.95	15.71
脑回状、猪油状改变+异型血管(浸润癌)	100.00	74.21	100.00	5.71

表 3 阴道镜图像对宫颈湿疣及非特异性炎症的诊断价值

异常镜下图像 (拟诊)	阳性预测值	阴性预测值	特异性	敏感性
微乳突样白色上皮(湿疣)	87.50	99.20	99.60	77.78
淡薄白色上皮(非特异性炎症)	90.91	48.92	85.08	60.77

据异常图像诊断 CIN I、II、III 的阳性预测值分别为 30.77% (28/91)、73.91% (17/23)、83.33% (10/12), 这说明异常图像的数目越多, 诊断其恶性程度的可靠性越高, 3 种以上异常阴道镜图像有重大临床意义。又阴道镜下诊断 CIN I、II、III 的特异性分别为 66.84% (127/190)、96.84% (184/190)、98.95% (188/190), 可见阴道镜检查对低度上皮内瘤变 (CIN I) 的敏感性和特异性不高, 容易漏诊或过度诊断, 这与 Mitchell 等<sup>[3]</sup>的 Meta 分析结果相似, 因此需结合宫颈细胞学或活体组织病理学以提高筛查的敏感度和特异性; 然而阴道镜检查诊断高度上皮内瘤变和浸润癌的特异性很高, 这对排除 CIN II、CIN III 和浸润癌有重要临床意义。

目前 HPV 感染可视为与 CIN 相关的早期病变, 其中肉眼不能识别的亚临床感染 (SPI) 远远多于有明显临床症状的 HPV 感染。宫颈湿疣中的乳头疣及尖头疣呈簇状的粗大乳突或成堆的钉状突起, 易于辨认。而亚临床湿疣 (SPI) 肉眼难识别, 但在阴道镜下可见微乳突, 涂布醋酸后, 微乳突中央的小血管祥可见散在点状出血, 上皮呈珍珠样白色, 边界清楚, 消退极慢。其病灶多发, 可位于转化区外, 据此可与 CIN 相鉴别<sup>[4]</sup>。本组资料显示, 阴道镜检查对宫颈湿疣诊断的特异性、阳性预测值及阴性预测值高达 99.59%、87.50%、99.19%, 诊断符合率为 98.82% (252/255)。可见阴道镜对诊断宫颈湿疣, 尤其对 SPI 的检出具有重要意义<sup>[5]</sup>。

阴道镜检查主要通过观察醋酸及碘作用下宫颈转化区的血管与上皮形态变化, 来初步判断宫颈病变的性质。醋酸试验后, 异常改变与正常转化区的区别更为明显, 往往在临

床上怀疑恶变, 经阴道镜检查即可消除这一顾虑。但一部分肉眼观察宫颈光滑者, 阴道镜下可有明显的异常改变。本组资料 47 例重度宫颈糜烂病例中, 有 28 例镜下仅见柱状上皮, 经活检证实均为非特异性炎症改变。相反, 6 例肉眼观察宫颈光滑的病例, 镜下为不同形态和程度的白色上皮、镶嵌及点状血管等异常改变, 活检证实 4 例为 CIN, 2 例为宫颈湿疣。因此, 阴道镜检查结合定位活检对有接触性出血患者能提高宫颈病变的检出率, 特别是宫颈肉眼观察无明显异常改变的宫颈癌前病变更有诊断价值。

[参考文献]

[1] 张志胜. 阴道镜图谱[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 109-112.

[2] Sellors J W, Sankaranarayanan R. 宫颈上皮内瘤变的阴道镜检查和治疗[M]. 章文华 主译. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 27-28.

[3] Mitchell M F, Schottenfeld D, Tortoler-Luna G. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis [J]. Obstet Gynecol, 1998, 91: 626-631.

[4] 曾建华, 钟玲, 林明杰, 等. 宫颈上皮内瘤样病变与宫颈湿疣阴道镜图像的对比分析[J]. 重庆医学, 2006, 35: 1490-1491.

[5] Rokyta Z. Diagnostic reliability of prebioptic methods in the prediction of a histological basis of cervical lesions and its correlation with accuracy of colposcopically directed biopsy in patients with cervical neoplasia[J]. Eur J Gynaecol, 2000, 21: 484-486.

[收稿日期] 2007-01-19 [修回日期] 2007-04-11  
[本文编辑] 孙岩