

阴道镜评估和初步诊断宫颈病变时 如何避免错误

- 对女性生殖道的解剖、病理生理和疾病自然史的全面了解是避免阴道镜诊断错误的关键。
- 严格遵循诊断程序与认识到阴道镜的局限性也同样重要。
- 定期与病理学家和临床专家沟通有助于提高阴道镜检的质量。
- 我们提倡根据阴道镜所见进行初步诊断。

充分了解女性生殖道病理生理以及疾病（该病可经阴道镜诊断并提出治疗）的自然史对于进行满意的阴道镜检查是必备的，全面了解仪器、检查方法和专有名词也同样重要。通过充分的临床评估可使诊断CIN和排除浸润癌达到较高的准确度，严格遵从诊断标准和认识到阴道镜的局限性和缺陷都很重要。

缺乏有关意识和偏离已建立的阴道镜检程序常会发生错误。良好的训练、丰富的经验、内在的兴趣和已建立的诊断标准会减少出错的几率。这些因素在资源缺乏的地方尤为重要，那里会诊和继续教育的机会有限。阴道镜医师应努力达到组织病理学家对宫颈锥切标本诊断的准确性。

阴道镜实践中发生错误的常见原因在表10.1中列出。与病理学家和临床医师定期沟通，使阴道镜诊断和组织学诊断相联系，有助于提高阴道镜质量。学习使用锐利的活检钳在阴道镜指示下在转化区的适当部位取活检而不压碎标本的技巧很重要。如果鳞柱交界隐入宫颈管内，有必要进行ECC或锥切活检以正确评价颈管。充分应用醋酸后有必要等待60秒以使效应完全出现，应特别描述鳞柱交界及其邻近的醋白区部位。为了解宫颈病变的延伸，也应仔细检查阴道，最好在每次检查结束取出窥器

表 10.1 阴道镜检错误的常见原因

培训不充分，经验不足
对病变的自然史了解不够
不能应用已建立的阴道镜诊断标准或偏离其标准
无法使用最大的窥具
由于擦伤造成假性鳞柱交界
不能选择适当的活检部位和活检不充分
可疑部位未活检
使用钝的、不锋利的活检钳获取组织标本
未在阴道镜指引下活检
湿疣或白斑区未行活检
未等醋酸完全反应
未使用 Lugol 碘液检查
病变边界或 SCJ 看不见时未能充分检查颈管
看不见病变边界时，未行 ECC
病变边界用颈管窥器看不见或 ECC 可疑或阳性时，未实施切除
怀疑镜下浸润时，未实施切除
未检查阴道、外阴
阴道镜所见记录不恰当或不明确
未与病理学家交流
未能将组织学和阴道镜结果联系起来
疑难病例未请专家会诊
未坚持继续教育
未进行自我审查

表 10.2 阴道镜所见指导初步诊断一览表

诊断	醋白上皮						血管	吸碘	触血	溃疡	白带
	颜色	边界	边缘	表面	与TZ、SCJ的关系	反应时间					
正常	·	·	·	·	·	·	正常血管形态	鳞状上皮呈黑色,柱状上皮不变色	无	无	从柱状上皮分泌透明白带
正常、未成熟化生	粉色或雪白色透明、斑片状醋白区	无	不清楚,与周围上皮相混	平坦,可见腺开口,柱状上皮小岛	限于TZ内,主要接近SCJ	<1分钟	正常血管形态	不吸碘或部分吸碘	无	无	从柱状上皮分泌透明白带
正常、成熟化生	淡粉红色,无融合的醋白区域	无	与周围上皮相混	平坦,可见腺开口、纳氏囊肿滤泡	限于TZ内	·	正常血管形态	吸碘,黑色或棕色	无	无	从柱状上皮分泌透明白带
炎症	苍白,斑片区,红区和/或坏死区相间	无	不清楚,与周围上皮相混	不规则,表现变化多端	不限于TZ,可广泛弥散	<2分钟	弥漫分布,细小点,累及宫颈和阴道	部分吸碘	可有	可出现	恶臭,大量黏液/浆液脓性,或无味、粘稠的白带
低度CIN	中等密度,发亮,不透明的薄层病变	界限清楚,病变融合	不规则,羽毛状,锯齿状,指状,角状或地图状	扁平,平坦或微小湿疣或微小乳头样	主要限于TZ内,邻近SCJ,很早期的病变可能在TZ外如卫星病灶	1-2分钟	醋白区内可见细小点状血管和/或镶嵌	不吸碘	无	无	无

续表

诊断	醋白上皮						血管	吸碘	触血	溃疡	白带
	颜色	边界	边缘	表面	与TZ、SCJ的关系	反应时间					
高度CIN	暗、厚、灰白色或牡蛎白色不透明病变	边界清楚的融合病变,内部可有分界	规则,平滑的轮廓,偶见隆起或卷曲	不平滑,更不规则,和/或偶见结节状	限于TZ内,紧靠SCJ	2-4分钟	醋白区内可见粗大点状血管和/或镶嵌;可见非典型血管(+)	不吸碘	严重病变可有	无	无
临床前浸润癌	奶白色、浓厚的不透明病变	边界清楚	隆起和卷曲的边缘	不规则,结节状或山谷样	可累及整个宫颈,大而复杂的病变覆盖了宫颈口	>3分钟	粗大隆起和/或断裂的镶嵌,和/或粗大点状,异型血管常见(+++++)	不吸碘	表面触血,渗出常见	可见到	由于继发感染可有白带
明显浸润癌	厚白区域,可为大量的出血掩盖	整个宫颈被肿瘤取代	整个宫颈被肿瘤替代	溃疡增生的肿瘤	整个宫颈被侵及邻近组织的肿瘤取代	白色被出血掩盖	常有异型血管(+++++)	不吸碘,但出血可掩盖碘类型	大量出血	有	由于继发感染可有恶臭、血带的脓性白带

的过程中检查阴道。阴道镜所见必须清楚明确地记录，应用客观评分方法如Reid评分（附录5）特别有助于初学者进行阴道镜诊断并选择合适部位活检。继续教育可使阴道镜医师跟上阴道镜的不断发展，避免浸润癌的漏诊或治疗不足，并确保提供适当的治疗很大程度上取决于阴道镜学者的技能。

阴道镜的初步诊断

我们鼓励阴道镜检查者根据阴道镜所见进行初

步诊断，可用正常、炎症、白斑、湿疣、低度CIN、高度CIN、早期浸润癌、明显的浸润癌和其他（萎缩、宫颈息肉、放射反应等）及不确定等词语。这些诊断基于对全部所见特征的评价，如醋白区、血管结构、碘试验后颜色改变、表面特征（如溃疡）及其他征象如触血、宫颈和阴道分泌物的性质、肛门外生殖器、腹股沟、下腹部的检查结果，这些已在第六至九章中有详细描述。一旦作出初步诊断，应拟定相应的治疗计划。表10.2汇总了阴道镜检的各种表现，有助于进行初步诊断。

（译者 李 华 章文华）