

阴道镜诊断宫颈病变88例临床应用价值评价思路构建

张新景

石家庄循环化工园区医院

[摘要]目的: 在宫颈病变诊断中应用阴道镜, 并评价其临床应用价值。方法: 选取2018年3月-2020年2月, 在我院治疗的88例宫颈病变患者, 所有患者均进行阴道镜检查, 比较病理学诊断及阴道镜活检的诊断情况。结果: 经病理学诊断后确诊慢性宫颈炎54例, 宫颈癌前病变27例, 宫颈癌7例, 而阴道镜诊断符合率为96.59%, 与病理学诊断结果无明显差异($P>0.05$); 经病理学诊断后确诊LSIL、HSIL患者分别为17例、10例, 阴道镜对宫颈癌前病变分级的诊断结果与病理学诊断无明显差异($P>0.05$)。结论: 阴道镜诊断宫颈病变的准确度较高, 且在SIL分级诊断方面也有较高价值, 是宫颈癌以及癌前病变筛查诊断的有效手段。

[关键词] 宫颈病变; 阴道镜; 宫颈癌

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6261.2020.02.763

宫颈癌是威胁女性生命健康的常见的生殖系统恶性肿瘤, 其发病率较高, 仅次于乳腺癌。研究发现, 高危型人乳头瘤病毒(HR-HPV)持续感染、性生活过早或性伴侣过多, 均是宫颈癌的危险因素^[1]。在HPV持续刺激下, 可引起宫颈细胞形态异常, 且其癌前病变期较长, 也就是宫颈上皮内瘤变, 当其感染至间质层时, 则会引起宫颈浸润癌, 该过程较为缓慢, 可长达数年或数十年。因此, 若能够早期发现并进行治疗则能够减少宫颈癌发生, 改善患者预后。目前, 临床上诊断、筛查宫颈癌的方法较多, 包括宫颈细胞学检查、HPV检测、阴道镜、组织病理学检查等, 其中, 阴道镜能够利用强光源放大宫颈部位, 并利用3%~5%醋酸溶液, 对宫颈表面的血管上皮进行直接观察, 同时可进行活检, 诊断价值较高。因此, 本文将在宫颈病变诊断中应用阴道镜, 并评价其临床应用价值, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选取2018年3月-2020年2月, 在我院治疗的88例宫颈病变患者。纳入标准: 1. 经病理学诊断确诊; 2. 有接触性出血、不规则阴道出血、白带增多、阴道分泌物增加、外阴炎症、下腹坠痛等症状; 3. 可配合检查及研究, 对本次研究知情且同意。排除标准: 1. 有宫颈治疗史患者; 2. 严重系统疾病患者, 例如肝、肾、心脑血管等; 3. 依从性较差患者等。患者年龄为22~49岁, 平均(35.54±6.70)岁; 病程2个月~4年, 平均(1.12±0.40)年; 孕次1~5次, 平均(2.32±0.67)次。

(二) 方法

所有患者均进行阴道镜检查, 使用理邦LD-Y-20型阴道镜, 检查时间安排在月经干净后3 d, 嘱咐患者检查前24h禁止进行冲洗、上药以及性生活。指导患者排空膀胱, 调整为膀胱截石位, 常规进行消毒、铺巾等操作, 随后使用窥视器, 使宫颈充分暴露, 注意避免损伤宫颈。仔细清除宫颈表

面分泌物, 在阴道镜下对宫颈外形、血管以及颜色进行观察, 完成初步诊断。使用经3%~5%醋酸浸湿的棉球湿敷宫颈表面, 时间3min, 随后对宫颈表面颜色进行观察, 尤其是上皮细胞区域, 检查有无点状血管、异常血管或镶嵌, 观察血管形态以及其分布情况, 对病变范围、性质进行判断, 随后应用复方碘液着色, 取1~4块可疑区域的组织, 大小约为0.5cm³。同时, 在正常转化区域取材, 部位为移行带3、6、9、12点位置, 标本送病理学检查。

(三) 评价标准

比较病理学诊断及阴道镜活检的诊断情况。参考WHO女性生殖器肿瘤分类(2014), 采用子宫颈鳞状上皮内病变(SIL)分类法, 分为高级别与低级别鳞状上皮内病变(HSIL、LSIL), LSIL相当于CIN 1, HSIL包含大部分CIN 2~CIN 3。

(四) 统计学方法

数据应用SPSS22.0软件处理, 计数资料采用(%)表示, 应用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异, 有统计学意义。

二、结果

(一) 诊断结果分析

经病理学诊断后确诊慢性宫颈炎54例, 宫颈癌前病变27例, 宫颈癌7例, 而阴道镜诊断符合率为96.59%, 与病理学诊断结果无明显差异($P>0.05$), 见表1。

(二) 宫颈癌前病变分级诊断情况比较

经病理学诊断后确诊LSIL、HSIL级患者分别为17例、10例, 阴道镜对宫颈癌前病变分级的诊断结果与病理学诊断无明显差异($P>0.05$), 见表2。

三、讨论

目前, 在宫颈癌发病机制方面, WHO已经明确指出, HR-HPV持续感染是宫颈癌与癌前病变的主要病因。由于HR-HPV的E6、E7蛋白表达出现异常, 可引起细胞基因的一系列变化, 导致宿主细胞出现异常, 转化为恶性细胞^[2]。当机体

表1 阴道镜与病理学诊断结果分析[n (%)]

组别	例数	慢性宫颈炎	宫颈癌前病变	宫颈癌	诊断准确率
病理学诊断	88	54 (61.36)	27 (30.68)	7 (7.95)	88 (100.00)
阴道镜诊断	88	52 (59.09)	26 (29.55)	7 (7.95)	85 (96.59)
χ^2	--	0.09	0.03	0.00	3.05
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表2 宫颈癌前病变分级诊断情况比较[n (%)]

组别	例数	LSIL	HSIL
病理学诊断	27	17 (62.96)	10 (37.04)
阴道镜诊断	27	16 (59.26)	10 (37.04)
χ^2	--	0.08	0.00
P	--	>0.05	>0.05

感染HPV后, 可能被机体的免疫机制自行清除, 因此很多情况下, HPV 感染无明显症状, 属于一过性的, 但当免疫力低下时, HR-HPV难以被清除, 在持续感染下则会诱发宫颈上皮内瘤变, 最终进展为宫颈癌。从其癌变进程上看, SIL持续的时间较长, 且该阶段可逆、可控, 因此若能够早期识别、诊断 SIL, 及时采取恰当的干预措施, 则能够避免宫颈癌发生。

阴道镜是临床上宫颈癌诊断的常用方式, 更适用于未婚有性生活或已婚女性, 尤其是存在宫颈糜烂、宫颈细胞学检查结果呈阳性、有接触性出血史等患者, 阴道镜检查更具价值。同时, 该检查方式操作简单, 患者无痛苦, 可重复性较高, 因此在临床上应用较多。宫颈转化区是宫颈癌或SIL 发生的主要区域, 但在病变早期很难经肉眼识别。在以往的宫颈活检时, 主要选取3、6、9、12点方向采集组织标本, 但漏诊率较高, 约为22.9%~37.4%^[3]。而应用阴道镜检查后, 能够利用光学原理将宫颈放大, 能够更加清晰的识别转化区, 并利用醋酸染色法, 对宫颈表面上皮血管进行观察, 对其明显异常的病灶识别率较高。同时, 在阴道镜辅助下在可疑区域采集组织标本, 也能够提高诊断准确度, 减少漏诊发生。在本次研究中, 经病理学诊断后确诊慢性宫颈炎54例, 宫颈癌前病变27例, 宫颈癌7例, 而阴道镜诊断符合率为96.59%, 与病理学诊断结果无明显差异 ($P>0.05$); 经病理学诊断后确诊LSIL、HSIL患者分别为17例、10例, 阴道镜对宫颈癌前

病变分级的诊断结果与病理学诊断无明显差异 ($P>0.05$), 也证实了阴道镜的诊断能力较强, 对SIL分级也有较高的诊断准确率。从阴道镜图像上可见, 慢性宫颈炎可见正常转化区, 基本呈碘阴性, 个别可见点状血管、白斑等表现, 醋酸白色上皮较常见。而宫颈癌患者以及HSIL级患者则一般无正常转化区, 碘阴性较少, 可能有点状血管、异常血管、镶嵌、醋酸白色上皮、白斑等表现。LSIL级患者介于两者之间, 可能有正常转化区, 部分呈碘阴性结果或可见醋酸白色上皮, 同时也可见其他病变征象, 因此可能出现误诊, 应注意鉴别区分。

综上所述, 阴道镜诊断宫颈病变的准确度较高, 且在SIL 分级诊断方面也有较高价值, 是宫颈癌以及癌前病变筛查诊断的有效手段。

参考文献:

- [1]徐雪翔. 阴道镜联合利普刀治疗宫颈高级别病变的可行性及安全性评估[J]. 中外女性健康研究, 2019 (24): 194-195.
- [2.]丁建芹. 阴道镜下活体组织检查在宫颈疾病筛查中的临床价值探讨[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 7 (01): 190-191.
- [3]邓传鹏. 研究阴道镜在宫颈HPV感染诊断中的价值[J]. 中国现代药物应用, 2018, 14 (02): 57-58.