

yindaojingtupu

阴道镜图谱

第2版

张志胜 主编

yindaojingtupu



人民卫生出版社

阴道镜图谱

第 2 版

顾 问 孙定祥

主 编 张志胜

副主编 徐立礼 刘凤英

编 者 张志胜 徐立礼 刘凤英 伍海南
刘毅智 吴宜林 孙定祥



人民卫生出版社

阴道镜图谱

第 2 版

主 编: 张志胜
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)
地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网 址: <http://www.pmph.com>
E-mail: pmph@pmph.com
印 刷: 北京金盾印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 889 × 1194 1/16 印张: 14.25
字 数: 308 千字
版 次: 1984 年 2 月第 1 版 2000 年 11 月第 2 版第 2 次印刷
印 数: 6 301—9 300
标准书号: ISBN 7-117-03746-6/R·3747
定 价: 150.00 元

版权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

二 版 前 言

妇科内窥镜的使用在国内已有长足发展，宫颈癌的发病率仍居我国女性生殖器官恶性肿瘤的首位，阴道镜在防治宫颈癌中尚未取得它应有的地位。其原因有二：第一，基层单位的妇科防癌普查多依赖细胞学筛选，因条件的限制，细胞学异常或漏诊者不一定有机会作阴道镜检查；第二，工具书阴道镜图谱脱销多年，影响推广，对此我们深感遗憾。

第二版仍以图谱为主，本书基本的编写目的是指导阴道镜的使用，识别各种阴道镜图像，对图像作出恰当解释。要求图像清楚，文字简洁、准确。十多年来阴道镜学有了很大发展，国内外许多学者用阴道镜及组织学对宫颈癌前病变及浸润癌的形态学作了有价值的研究，故新版每一章均增加新内容并重新书写。增加了阴道镜的组织学基础，妊娠期阴道镜图像，人类乳头瘤病毒感染，电子阴道镜电圈切除术（LLETZ）等章节内容。还介绍了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。图像的解释多数根据Kolstad, StafI, Coppleson Burghardt及Dexues的观点。

原有图像有的太小，有的欠清楚，故此增加了141张彩图，其中有电子阴道镜的106张图像，共计彩图265张。本次再版仍借用Kokstad及StafI（1977）第二版图谱中几张免疫组织化学及5张彩色图像，这些已得到StafI教授的同意，特此致谢。

首先应感谢人民卫生出版社的大力支持使第二版图谱能早日与读者见面。本书的出版得到本院及本科领导同志的关心，得到兄弟院校同道的鼓励及指导，还有年轻医生及研究生在收集图像及文献检索等方面的帮助，在此一一致谢。

最后对美国威龙公司及北京英硕力科技有限公司给予本书出版的支持表示感谢。

第二版酝酿虽有多年，动手写作时仍感时间有限，材料不够丰富，难免有一些错误及纰漏，敬请读者批评指正。

张 志 胜

2000年6月

目 录

第1篇 阴道镜的基本知识	(1)
第1章 概念.....	(3)
一、历史及现状.....	(3)
二、阴道镜的使用价值及范围.....	(5)
第2章 名词定义及分类.....	(6)
一、组织学名词.....	(6)
二、阴道镜名词.....	(8)
第3章 阴道镜图像的组织学基础.....	(12)
一、阴道镜图像的基本构成.....	(12)
二、正常转化区、不正常转化区及非典型转化区.....	(16)
三、早期浸润癌、浸润癌.....	(21)
四、湿疣.....	(21)
第4章 诊断标准.....	(22)
一、诊断标准及鉴别诊断.....	(23)
二、阴道镜图像的分级.....	(24)
三、阴道镜诊断时的注意事项.....	(25)
第5章 器械.....	(27)
一、阴道镜.....	(27)
二、诊室及附属器械.....	(29)
第6章 方法及制度.....	(32)
一、阴道镜检查的指征.....	(32)

二、图像的位置及分类	(32)
三、检查方法	(33)
四、特殊检查	(34)
五、人员培训	(37)
六、记录及随访	(38)

第2篇 图谱 (41)

第7章 正常宫颈图像 (43)

一、原始鳞状上皮	(44)
二、柱状上皮	(44)
三、正常转化区	(45)

第8章 异常宫颈图像 (73)

一、白色上皮	(73)
二、点状血管	(73)
三、镶嵌	(74)
四、白斑	(74)
五、异型血管	(75)
六、碘阴性区	(75)
七、真性糜烂	(75)
八、白环及白色腺体	(75)
九、早期浸润癌及浸润癌	(76)
十、腺癌	(76)

第9章 宫颈良性病变 (135)

一、急性宫颈炎	(135)
二、滴虫阴道炎	(135)
三、老年性阴道炎(萎缩性阴道炎)	(136)
四、宫颈真性糜烂	(136)
五、宫颈息肉	(136)
六、宫颈湿疣	(137)
七、宫颈乳头瘤	(137)
八、亚临床HPV感染(SPI)	(137)

九、宫颈结核及疱疹病毒感染	(137)
十、宫颈梅毒	(137)
十一、宫颈活检、电熨或冷冻后的图像	(138)
十二、宫颈子宫内膜异位	(138)
十三、放射治疗后的图像	(138)
第10章 外阴及阴道疾病	(170)
一、外阴尖锐湿疣	(170)
二、外阴乳头瘤	(170)
三、外阴假性湿疣	(171)
四、外阴疱疹	(171)
五、外阴扁平疣	(171)
六、阴道腺病	(171)
第11章 妊娠期阴道镜	(190)
一、妊娠期宫颈的生理变化	(190)
二、妊娠期宫颈的阴道镜图像	(190)
三、妊娠对宫颈病变的影响	(191)
第12章 几种可疑的或生理性的非典型阴道镜图像	(197)

第3篇 新进展 (201)

第13章 阴道腺病及透明细胞癌	(203)
一、阴道上皮	(203)
二、阴道腺病	(204)
三、透明细胞腺癌	(206)
第14章 人乳头瘤病毒感染	(207)
一、生殖道湿疣及假性湿疣	(207)
二、HPV感染与宫颈癌	(211)
参考文献	(214)

第
1
篇

阴道镜的基本知识

阴
道
镜
图
谱

第

1

章

概

念

一、历史及现状

阴道镜于1925年由德国学者 Hans Hinselmann 发明,他经过多年的实践和改进,使阴道镜在认识子宫颈癌的形态形成方面起到重要的作用,也为妇科病理学家提供了新的资料。但过去很长一段的时间,仅在欧洲和拉丁美洲部分国家中被采用,而在说英语的国家中,除澳大利亚以外却少用。其原因可能与语言隔阂有关,但主要原因是很多人将阴道镜检查与细胞学检查视为等同的诊断方法,并认为细胞学的检查方法简单,易于掌握;而阴道镜操作技术较难,需要专门训练,因此有了细胞学的检查方法就满足了。其实不然,细胞学检查是一种实验室诊断方法,而阴道镜是一种临床诊断方法,前者是在显微镜下作细胞学检查,来估计癌瘤的发生和发展;而后者是在阴道镜下,观察病变的表面形态和终末血管网 (terminal vascular network) 的变化来估价的。

60年代欧洲学者热衷于阴道镜器械的改进,并已开始有国际交流。70年代细胞学普及,大多数国家用细胞学作初筛,有可疑者才转诊至阴道镜门诊,而许多欧洲国家仍将阴道镜作为妇科首诊检查的一部份,作完阴道镜再取涂片。因患者来源不同,后者检查的以正常图像及良性疾病为主,原位癌及早期浸润癌各占0.1%。应用细胞学初筛后,癌前病及早期浸润癌的发现率约6%~14%,本院为7.11%。由于异常及可疑的图像发现率高,参加阴道镜研究工作的学者大增,如 Burghardt、Holzer、Coppleson、Kostad、

Coupez.Stafl等,他们有些人是病理学家。Burghardt在Hinselmann研究的基础上首先提出醋酸白色上皮(aceto white epithelium)的概念,他十分注重上皮颜色的变化,Kostad等注意血管改变,Stafl(1962)用组织化学方法使终末血管的碱性磷酸酶着色,显示非典型上皮整层的血管图像,使阴道镜下表层血管的发现得到完整的观察。Holzer及Burghardt(1975)等一批病理学及阴道镜学者,将大量锥形切除的组织连续切片与阴道镜下不同区域的不同图像,及不同区域的不同病变作比较,发现不同的图像其上皮的非典型性可以是相同的,最重要的发现则是非典型上皮都来自底层细胞,在承认有癌前病即CIN,原位癌及早期浸润癌的分级的前提下,否认浸润癌都需在一个部位经CIN从轻到重发展而来,即是后来许多人阐明的,致癌基因不是在不正常转化时中间插入的,而是一开始就已接受了启动因子的作用。Holzer等还发现转化区周边的病变多半是高分化的非典型增生,原位癌也是如此,低分化原位癌更靠近子宫颈口或伸入颈管。

在此同时de Zeiguer等作了胚胎、女童及少女的阴道镜检查,Coppleson、Stafl、Townsend等还报道了阴道腺病及少女和青年妇女的阴道透明细胞癌,与母亲孕期使用己烯雌酚(DES)安胎的宫内DES暴露史有关,当时发现较多病例,而引起多方关注。

70年代初已形成了正常转化区与不正常转化区的概念,在1975年(Graz)第二次世界宫颈病理及阴道镜会议上建议废除Hinselmann原用的一些名词,包括真性糜烂、碘阴性区等,确立了不正常转化区为癌前病发生的主要部位,其阴道镜图像为白斑、白色上皮、点状血管、镶嵌及异型血管,为此成立了国际阴道镜名词委员会,起草国际阴道镜名词及分类,于1978年(Orlando)第三次世界会议上通过。

80年代以来阴道镜不仅是一种检查方法,应用它及组织学、细胞学、电子显微镜等开展了大量研究,对1975年拟定的名词分类提出质疑:①所谓可疑图像,如白色上皮、点状血管及镶嵌同样可出现于转化区外鳞状上皮上;②它们还可出现于外阴、阴道、口腔粘膜及皮肤上,这些并不是从柱状上皮转化而来,违背了鳞状上皮发生鳞癌的原则;③病毒等致癌基因,特别是HPV的感染虽在阴道镜下可以看见,但不局限于转化区内,研究其致癌基因E₆、E₇与阴道镜图像的关系尚无重大突破。1987年(Sao Paulo)第六次世界会议上再次酝酿修改名词分类,将图像分为转化区内及转化区外,又再将点状血管等图像分为重要的及次要的两类,于1990(Rome)第七次世界宫颈病理及阴道镜会议上通过。

阴道镜照相经过许多人的努力已成功地代替了文字记录,可对图像作追踪观察及比较,也可用于会诊。电子阴道镜于1993年由美国Welch Allyn公司首次推出,电子成像,图像十分清晰,可随意放大,即时拍照及用电脑储存,当然也可用于教学及远程会诊。

阴道镜在全世界广泛应用已有40多年,在我国50年代已开始应用,我院于1974年开始使用,重点用于妇科学普查细胞学筛选后的病人,国内罗琬华、康映渠、蔡体强、章文华等都有重要论文发表。时间总会淘汰一些陈旧的东西及不正确的概念,它仍然会保留一些基本的、正确的东西,并不断更新发展。阴道镜已不仅是一种临床诊断方法,它与细胞学、病理学联合应用,将对宫颈癌前病及宫颈癌的形态学基础研究作出重要贡献。未来无限,但对于前辈人的辛勤劳动及潜心钻研的丰硕成果,我们认为是宝贵的而给予高度的尊重。

二、阴道镜的使用价值及范围

阴道镜检查 and 细胞学检查为两种诊断技术。这两种技术的优点同样是可以多次重复而不影响病变，但两种方法都有漏诊的病例。如著名阴道镜专家 Burghardt 曾将两种诊断方法作了对比，其结果是单纯用细胞学方法诊断的病例中有 10% ~ 15% 的癌瘤病例被漏诊，后为阴道镜所发现；另有甚至更多的病人由于是宫颈管内癌变，因单纯采用阴道镜检查被漏诊。如果两种方法合并使用，在细胞学检查有怀疑或阳性时，辅以阴道镜检查，必要时在阴道镜下选择病变的准确部位取活检，最后由组织学作出诊断，这样就可大大提高诊断的正确率。这当然要求细胞学不论是阅片或取材都要提高水平，否则有些患者会在涂片筛查时就造成漏诊；在病人经济上可以承受，有指征或有要求时，可先作阴道镜，作完后即时涂片，欧洲的许多学者仍然这样做，这样能节约时间，待细胞学及组织学结果回报后作出最后判断。两种方法的结合可以减少不必要的处理，如宫颈锥形切除术，子宫切除术等。许多阴道镜专家主张宫颈锥形切除术应仅用于那些阴道镜检查有可疑和宫颈内膜刮为阴性，但细胞学反复检查为阳性的病例。

阴道镜不仅在诊断子宫颈早期癌变和辨别肿瘤与炎症等方面有价值，而且在治疗方面，特别是在宫颈上皮内瘤样病变的治疗上，有特殊应用价值，因为阴道镜可以看到上皮变化的位置和范围。阴道镜照相术或计算机图像储存对宫颈病变的追踪观察非常重要。不但如此，阴道镜对宫颈良性病变的估价和治疗也有价值，甚至在阴道、尿道和外阴的检查方面，也可以从阴道镜得到更多的资料。阴道镜的新用途是它在诊断和治疗己烯雌酚 (DES) 引起的阴道和宫颈病变方面所起的作用，及对乳头瘤病毒 (HPV) 感染和亚临床 HPV 感染 (SPI) 与癌前病及宫颈癌发生的关系方面所作的研究。

阴道镜的缺点是不能看到子宫颈管内的病变，它在诊断绝经后妇女子宫颈病变方面的作用是有限的，因为这些妇女的宫颈萎缩，鳞柱状上皮交界缩到颈管内面看不清，对这些病人需作进一步检查，如子宫颈管内膜刮除术等，以明确诊断。但在鳞柱状上皮交界能看到的病人中，阴道镜检查结果为假阴性的发生率是很低的。

(孙定祥 张志胜)

第

2

章

名词定义及分类

一、组织学名词

历年来,文献中有关宫颈组织学的名词很多,而且特别混乱,为适应阴道镜学发展的需要,必须使这些名词简化而含义明确。本书采用国际妇产科协会(FIGO)和世界卫生组织(WHO)所推荐的、参照各家阴道镜专著的分类系统。

原始鳞状上皮(original squamous epithelium) 为被覆宫颈阴道部的复层鳞状上皮,有形成角质的潜能,与阴道穹隆上皮相连续。可分为三层。①底层(Basal layer):又分为内底层与外底层,前者为单层柱状细胞,呈栅栏状排列在基膜上;后者又称深棘层,为数层卵圆形的细胞,有细胞间桥,核较大而呈泡状。底层可见核分裂,为生发层。②中层(intermediate layer):又称浅棘层,细胞多边形或梭形,有间桥,胞浆多而淡染,含糖原多则透明,核呈泡状相对较小。③表层(superficial layer):细胞十分扁平,核浓缩,胞浆嗜酸性。

宫颈柱状上皮(cervical columnar epithelium) 为单层分泌粘液的高柱状上皮,少数细胞有纤毛,核卵圆形位于细胞的下1/3。基底部散在少数储备细胞。被覆宫颈管的内表面,或伸至宫颈阴道部,有绒毛状突起,并向基质内形成裂隙或腺体。

角化过度(hyperkeratosis) 鳞状上皮浅表层有多层无核的角化细胞形成,显著时可占上皮全层的一半以上。

角化不全(parakeratosis) 角化层内残留有细胞核,胞核常

固缩呈梭形，长轴与表面平行，可能由于角化过程紊乱所致。

角化不良 (dyskeratosis) 鳞状上皮棘细胞层内出现异常单个细胞角化，胞核固缩浓染，常伴随有非典型增生。

鳞状上皮增生 (squamous epithelial hyperplasia) 在某些慢性刺激作用下，特别是子宫脱垂患者，宫颈鳞状上皮层次增多，钉突宽而长，常伴有不同程度的角化过度与角化不全，细胞分化成熟。

棘层肥厚 (acanthotic epithelium) 或称棘上皮 鳞状上皮棘细胞层增厚，伴有上皮钉突增宽和延长，棘细胞与基底层分界明显，表面角化或角化不全，偶尔可见颗粒层，细胞无异型性，可能为鳞状细胞成熟障碍所致。

生理性化生上皮 (physiological metaplastic epithelium) 在生理情况下，如阴道内酸性环境和雌激素的刺激，柱状上皮外移，在原始鳞柱状上皮交界处，部分柱状上皮被复层鳞状上皮所取代，形成正常的转化区。化生的来源大多数作者认为是柱状上皮的储备细胞增生，也有人认为是由鳞状上皮的基底细胞或间质细胞增生而来。

不成熟化生上皮 (immature metaplasia epithelium) 为化生早期的组织学表现，细胞多层，胞浆少，密度较大，随着层次的增多，细胞逐渐分化成熟。当分化与极性不明显时，须注意与非典型增生、原位癌鉴别。早期化生过程中，间质内出现炎症细胞，也许是非特异性免疫学反应。

非典型化生上皮 (atypical metaplastic epithelium) 多种宫颈疾患，在病因因子刺激下引起的化生，可谓病理性化生，常为多灶性。阴道镜下为斑块状，可形成不正常转化区。它与生理性化生一样，可长期处于静止状态，过分强调其危险性是不恰当的。病变进展时，细胞分化与成熟不同程度地丧失，组织学表现为不同程度的非典型增生，少数为原位癌。有的作者将非典型化生上皮与间变上皮作为同义语。

非典型增生上皮 (dysplastic epithelium) 简称非典型上皮 在化生的基础上细胞分化与成熟发生障碍，并出现非典型性。表现为细胞核增大，不规则，核染色质增多，核分裂活跃，核/浆比值增大，在一定程度上与癌细胞相似。常是从幼稚的基底细胞向上伸展。有人强调指出，非典型增生上皮均发生在原始鳞柱状上皮交界的头侧端，不从原始鳞状上皮发生。国际妇产科协会和世界卫生组织都将宫颈非典型增生分为轻、中、重三级，但有些作者只分两级。非典型增生Ⅲ级即原位癌。

轻度非典型增生或Ⅰ级 (mild dysplasia, Grade I) 不成熟的异形细胞局限于上皮厚度的下1/3，极性紊乱。上2/3的细胞有鳞状细胞分化，但有轻度核非典型性，可见点状角化不良。若表层与中层的细胞完全正常，毫无核的异形性，则不包括在非典型增生之内。

中度非典型增生或Ⅱ级 (moderate dysplasia, Grade II) 不成熟非典型细胞局限于上皮的下2/3，细胞极性紊乱。上1/3的细胞虽有轻度核异形性，但有明显的鳞状细胞分化。

重度非典型增生或Ⅲ级 (severe dysplasia, Grade III) 上皮全层几乎都为不成熟非典型细胞，但表层细胞的密度稍低或见数层与表面平行的扁平细胞。此型与原位癌不易鉴别，并可和原位癌存在于同一标本内。

原位癌 (carcinoma in situ) 整个上皮都由紧密排列的未分化非典型的细胞组成，

有时混杂有不同程度的分化性细胞，但有显著的多形性。基膜完整，上皮与结缔组织之间分界明显，可沿基膜累及腺体。

原位腺癌 (adenocarcinoma in situ) 宫颈管表面小灶柱状上皮或单腺管癌变，未突破基底膜。细胞假复层化，显著异型，胞浆少，核大深染，多形性，核分裂多见，与正常柱状上皮分界清楚。

镜下早期浸润癌 (microinvasive carcinoma) 在原位癌的基础上，在镜下发现癌细胞小团状似泪滴状、锯齿状穿破基底膜，或进而出现膨胀性间质浸润。关于镜下早期浸润癌的标准争论很多，目前应用的标准是1985年FIGO公布推广应用的Ulfelder提出的定义，镜下早期浸润癌有两种：一是轻微的镜下早期浸润癌，指癌细胞突破基底膜，浸润间质不超过1mm，最早浸润的肿瘤细胞可呈芽状，以后呈圆形、舌状或分叉状。二是可测量的镜下早期浸润癌，指在镜下可测量的病灶，其浸润间质的深度不超过5mm，水平播散范围不超过7mm。癌灶由小的浸润灶融合，肿瘤细胞有各种不同的分化程度。

浸润癌 (overt carcinoma) 癌巢互相融合，向宫颈间质浸润，深达5mm以上者。临床检查常可见到明显的癌灶，呈菜花状或溃疡型。

湿疣性病变 (condylomatous lesions) Burghardt (1991) 描述此类病变为人类乳头状瘤病毒 (HPV) 感染密切相关的宫颈鳞状细胞增生性病变，按组织学形态分为5个亚型。乳头状湿疣 (papillary condyloma) 鳞状上皮与纤维组织呈乳头状增生，增厚的鳞状上皮形成赘生物，表面有不同程度角化，上皮内见少数凹空细胞 (koilocyte)。尖头湿疣 (spiked condyloma) 细长的间质乳头伸向增厚的鳞状上皮，呈波纹状或形成尖细乳头，表面角化不全，上皮浅层与中层较多凹空细胞。扁平湿疣 (flat condyloma) 发生在宫颈原始鳞状上皮部位，间质乳头增高，上皮钉突增宽、延长，中层与浅层有较多凹空细胞，呈现核内空泡，核多形性，有时伴随有轻度不典型增生。内生性湿疣 (inverted condyloma) 发生在宫颈管内膜化生与增生的鳞状上皮，沿宫颈腺口伸入腺腔，逐步取代其柱状上皮，表面也可形成赘生物与显著角化，细胞形态与扁平湿疣相似。非典型性湿疣 (atypical condyloma) 鳞状上皮中度或重度非典型增生，中层与表层为混合细胞，凹空细胞核大，不规则，染色质呈块状，可见双核与多核，有些细胞核固缩，形状不规则。上皮的三层结构相对保存，间质乳头不一定增高。

二、阴道镜名词

(一) 分类

1925年Hinselmann开始使用阴道镜以来，描写图像的名词繁多而混乱，未能反映病变的本质，以后由于Coppleson, Kolstad及Stafl等人有关阴道镜专著的出版，名词大为简化而趋统一。根据1975年(Graz)世界第二次宫颈病理及阴道镜会议决定和1978年(Orlando)第三次会议的修改，阴道镜专用名词的分类如下：

1. 阴道名词分类 (1978)

(1) 正常阴道镜图像：

A. 原始鳞状上皮 (original squamous epithelium)

B. 柱状上皮 (columnar epithelium)

C. 转化区 (transformation zone)

(2) 不正常阴道镜图像:

A. 不正常转化区 (atypical transformation zone)

镶嵌 (mosaic)

点状血管 (punctation)

醋酸白色上皮 (aceto-white epithelium)。

白斑 (leukoplakia)

异型血管 (atypical vessels)

B. 阴道镜下明显之浸润癌 (suspect frank invasive carcinoma) (肉眼不可辨别者)。

(3) 阴道镜图像不满意 (unsatisfactory colposcopic findings) (鳞柱状上皮交界看不见者)。

(4) 杂类:

A. 炎症改变 (inflammatory changes)

B. 萎缩 (atrophic changes)

C. 糜烂 (erosion)

D. 湿疣 (condyloma)

E. 乳嘴状瘤 (papilloma)

F. 其他 (others)

1990年第七次世界宫颈病理及阴道镜会议 (Rome) 对第三次会议阴道镜专门名词作修改, 将图像分为转化区内及转化区外, 再分为重要的和次要的多化, 现介绍如下:

2. 国际阴道镜名词和分类 (1990)

(1) 正常阴道镜图像 (normal colposcopic findings):

A. 原始鳞状上皮 (original squamous epithelium)

B. 柱状上皮 (columnar epithelium)

C. 正常转化区 (normal transformation zone)

(2) 不正常阴道镜图像 (abnormal colposcopic findings):

A. 在转化区内 (within the transformation zone)

醋酸白色上皮* (本书简称白色上皮) (aceto-white epithelium*)

a. 扁平 (flat)

b. 微小乳头或微小脑回状 (micropapillary or microconvoluted)

点状血管* (punctation*)

镶嵌* (mosaic*)

白斑* (leukoplakia*)

碘阴性区 (iodine negative area)

异型血管 (atypical vessels)

B. 在转化区外 (outside the transformation zone)

醋酸白色上皮* (aceto-white epithelium*)

- a. 扁平 (flat)
- b. 微小乳头或微小脑回状 (micropapillary or microconvoluted)
 - 点状血管* (punctation*)
 - 镶嵌* (mosaic*)
 - 白斑* (leukoplakia*)
 - 碘阴性区 (iodine-negative area)
 - 异型血管 (atypical vessels)

(3) 镜下可疑浸润癌 (colposcopically suspect invasive carcinoma)

(4) 不满意阴道镜 (unsatisfactory colposcopy):

- A. 看不见鳞柱状上皮交界 (squamocolumnar junction not visible)
- B. 严重炎症或严重萎缩 (severe inflammation or severe atrophy)
- C. 看不见宫颈 (cervix not visible)

(5) 杂类 (miscellaneous findings):

- A. 非醋酸白色上皮, 有微小乳头状表面 (non aceto-white micropapillary surface)
- B. 外生型湿疣 (exophytic condyloma)
- C. 炎症 (inflammation)
- D. 萎缩 (atrophy)
- E. 溃疡 (ulcer)
- F. 其他 (other)

*指次要的及重要的变化: ①次要的变化 (minor changes): 白色上皮、细镶嵌、细点状血管、薄的白斑; ②重要的变化 (major changes): 厚的白色上皮、粗镶嵌、粗点状血管、厚的白斑、异型血管、糜烂。

(二) 定义

1. 正常阴道镜图像

原始鳞状上皮: 为光滑、粉红色和无特殊形态的上皮, 起源于子宫颈和阴道。无残余柱状上皮, 如分泌粘液上皮、裂隙开口或纳博特囊肿 (即潴留囊肿) 等存在。

柱状上皮: 为单层分泌粘液的高柱状上皮, 其上端连接子宫内膜, 下端达原始鳞状上皮或化生上皮。柱状上皮的表面不规则, 有长的基质乳头和深的裂隙。在阴道镜下涂醋酸后显出典型葡萄状结构。柱状上皮可见于颈管内、宫颈阴道部, 甚至阴道上面。

正常转化区: 位于原始鳞状上皮和柱状上皮之间, 该处表现不同成熟度的化生上皮。正常转化区内可包含由化生上皮环绕的柱状上皮小岛, 腺体开口和纳博特囊肿。正常转化区内无阴道镜下可疑的宫颈肿瘤图像。

2. 不正常阴道镜图像

醋酸白色上皮: 涂醋酸后出现的局灶性白色不正常图像。此白色上皮乃由于该处的核密度增加, 可为暂时的现象。

镶嵌: 为局灶性不正常阴道镜图像, 呈镶嵌形状, 镶嵌区由红色边界隔开。

点状血管: 为局灶性不正常图像, 该处毛细血管呈逗点状。