

全书分为两部分，第一部分为文字部分，简要介绍了阴道镜检查的适应证及禁忌证、国际阴道镜术语、(卫生部)阴道镜检查步骤及结果解读等一系列问题。第二部分为阴道镜-病理图谱部分，它是同一病例的阴道镜与病理的对照图，包括了178组彩图。

阴道镜-病理

YINDAOJING-BINGLI TUPU

图谱

吴绪峰 张敦兰○主编

湖北科学技术出版社



阴道镜-病理

YINDAOJING-BINGLI TUPU



图谱

吴绪峰 张敦兰◎主编

湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

阴道镜 - 病理图谱 / 吴绪峰, 张敦兰主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2011.11

ISBN 978-7-5352-4841-1

I. ①阴… II. ①吴… ②张… III. ①阴道镜检 - 病理学 - 图谱 IV. ①R710.4-64

中国版本图书馆CIP 数据核字(2011)第 190927 号

责任编辑 / 陈兰平

封面设计 / 戴 昊

出版发行 / 湖北科学技术出版社

地 址 / 武汉市雄楚大街 268 号

湖北出版文化城 B 座 13~14 层

电 话 / 027-87679439

邮 编 / 430070

网 址 / <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷 / 湖北省新华印刷厂

邮 编 / 430034

787mm×1092mm 1/16 15.75 印张

4 插页 500 千字

2011 年 11 月第 1 版

2011 年 11 月第 1 次印刷

定 价 / 190.00 元

本书如有印装质量问题, 可找承印厂更换

《阴道镜—病理图谱》

编写者名单

| | | |
|--------------|-----------|---------|
| 主 编 | 吴绪峰 | 张敦兰 |
| 副 主 编 | 胡俊波 | 高 瞳 夏晓红 |
| 病理审校 | 毛永荣 | |
| 编 者 | (以姓氏笔画为序) | |
| | 冯同富 | 阳 艳 李艳丽 |
| | 李红英 | 张敦兰 吴绪峰 |
| | 陈慧君 | 杨 帆 罗丽丽 |
| | 胡俊波 | 周利敏 周志刚 |
| | 段 洁 | 夏晓红 高 瞳 |
| | 黄燕明 | 郭 鹏 蔡鸿宁 |

前言

20世纪80年代初期,我在攻读硕士学位时,有幸接触到了光学阴道镜,并携其深入到宫颈癌高发区——湖北省五峰县,参与宫颈癌的普查。当时迫切希望能够进修学习,由于课题时间紧,我只有一边读书,一边开展阴道镜检查。身边的老师就是张志胜教授主编的《阴道镜图谱》和我们广大的病友,图谱精美的制作和极强的实用性,影响和教育了我一生。时值我院主办阴道镜学习班,在整理讲义时,我发现我们的电子阴道镜图谱及病理图谱十分的漂亮,包括了各式各样的CIN及宫颈癌病例,相同的病理诊断不一样的阴道镜图像,看似相同的阴道镜图像却有不同的病理结局。如果把它整理成册,使更多的人受益,不是一件很好的事情吗?这一想法很快得到了湖北科学技术出版社有限公司陈兰平编辑的支持,于是便有了这本图谱的问世。

全书分为两部分,第一部分为文字部分,简要介绍了阴道镜检查的适应证及禁忌证,国际阴道镜术语,(卫生部)阴道镜检查步骤及结果解读,阴道镜下醋白上皮、点状血管、镶嵌、异型血管的病理结局,CIN的阴道镜检查,浸润型宫颈鳞癌的阴道镜检查,宫颈腺上皮内瘤变及宫颈腺癌的阴道镜检查,妊娠合并CIN的阴道镜检查,阴道镜下的活检诊断与术后标本诊断的一致性问题等。第二部分为阴道镜-病理图谱部分,它是同一病例的阴道镜与病理的对照图,包括了178组彩图。

本书的问世得到了湖北省妇幼保健院宫颈病变诊断与治疗中心及病理科全体老师的大力支持,他们日常工作的积累和沉淀,是本书出版的基础,我谨代表全体编创人员对他们表示诚挚的谢意!

由于水平有限,疏漏和错误在所难免,恳请读者提出宝贵意见。

编 者

2011年7月8日

于湖北省妇幼保健院

目录

第1部分 阴道镜的有关知识

| | | |
|----|------------------------------|--------------|
| 1 | 阴道镜简介 | (吴绪峰) 2 |
| 2 | 阴道镜检查的适应证 | (吴绪峰 夏晓红) 9 |
| 3 | 阴道镜新分类和命名 | (蔡鸿宁 吴绪峰) 11 |
| 4 | (卫生部) 阴道镜检查步骤及结果解读 | (吴绪峰) 13 |
| 5 | 阴道镜下醋酸白色上皮的病理结局 | (陈慧君 高晗) 19 |
| 6 | 阴道镜下点状血管的病理结局 | (冯同富 罗丽丽) 25 |
| 7 | 阴道镜下镶嵌、异型血管的病理结局 | (李艳丽 高晗) 30 |
| 8 | CIN 的阴道镜检查 | (高晗 周志刚) 34 |
| 9 | 浸润性宫颈鳞癌的阴道镜检查 | (阳艳 黄燕明) 43 |
| 10 | 宫颈腺上皮内瘤变及腺癌的阴道镜检查 | (黄燕明 罗丽丽) 48 |
| 11 | 妊娠合并 CIN 的阴道镜检查 | (段洁 黄燕明) 54 |
| 12 | 阴道镜下的活检诊断与术后标本诊断的一致性问题 | (冯同富) 60 |

第2部分 阴道镜 - 病理图谱

| | | |
|---|--------------------------------|---------------|
| 1 | CIN I 的阴道镜 - 病理图谱 | (周利敏 郭鹏) 69 |
| 2 | CIN II 的阴道镜 - 病理图谱 | (张敦兰 杨帆) 101 |
| 3 | CIN III 的阴道镜 - 病理图谱 | (吴绪峰 胡俊波) 128 |
| 4 | CIN 合并 HPV 感染的阴道镜 - 病理图谱 | (张敦兰 胡俊波) 164 |
| 5 | 宫颈癌的阴道镜 - 病理图谱 | (吴绪峰 胡俊波) 189 |
| 6 | 阴道镜 - 病理诊断不一致的图谱 | (胡俊波 张敦兰) 221 |

第

1

部
分

阴道镜的有关知识

1 阴道镜简介

主要内容

- 阴道镜检查的优缺点
- 阴道镜检查前的注意事项
- 阴道镜下异常图像的临床意义
- 阴道镜检查不满意的处理
- 宫颈腺癌与阴道镜检查
- 阴道镜下的活检诊断是金标准

1925年德国的Hans Hinselmann设计了第一台阴道镜并用于宫颈肿瘤的诊断。但过去很长一段时间，仅在欧洲和拉丁美洲的部分国家中被采用。20世纪50年代我国已开始应用，80年代开始有学术价值的论文大量发表，我那时正值研究生学习阶段，有时间、有机会在第一时间阅读了不少这方面的文献，并且能够运用Olympus光学阴道镜检查病人。那时候接触到的第一本阴道镜图谱是湖南医学院附属二医院(现更名为中南大学湘雅二医院)的张志胜教授于1984年主编的图谱，阅读最多的是上海蔡体强教授有关阴道镜检的文献。那时，当国内很多医院还只是起步阶段的时候，蔡教授的团队已经用于门诊病人的普查了。随着时间的推移，医学技术的进步，阴道镜检技术及相关理念得到广泛认同和普及。20世纪90年代美国首推电子阴道镜，无须目镜，突破了光学阴道镜检查的局限，计算机系统可对观察的图像进行冻结、采集、储存、分析、打印等一体化管理。2001年我国首次采用国产电子阴道镜进行宫颈癌的筛查，使电子阴道镜在宫颈癌筛查中的可行性和实用性得到验证。

1.1 阴道镜检查的主要优缺点

1.1.1 阴道镜检查的主要优点

- 阴道镜检查的主要优点，包括以下几点。
- (1) 能观察到肉眼不能发现的病变，包括无症状的宫颈病变及早期宫颈癌。
 - (2) 对宫颈病变提供定性及定位诊断。由于细胞学只是一个筛查方法，它无法对异常细胞学病例的病变部位提供有利于活检的部位，而肉眼直视下的活检又带有很大的盲目性，诊断符合率低，阴道镜的问世很好地解决了这一问题。在阴道镜指示下活检 (colposcopy directed biopsy)，其诊断符合率大大提高。同时，阴道镜检也能给予宫颈病变一个“定性”诊断，大大提高了宫颈病变及宫颈癌的诊断率。
 - (3) 阴道镜和细胞学联合检查，提高了宫颈病变及早期宫颈癌的诊断符合率。

常有人在选择宫颈癌筛查方法时希望能节省成本，直接选择作阴道镜检查，当然，这一选择对于部分临床可疑癌的病例是可行的，但对于大范围宫颈癌的筛查这一选择就有些麻烦了。我们姑且不说阴道镜直接用于筛查的经济成本，就这一方法我们至少要明白一点，阴道镜检的诊断符合率有多高？是否每个病例都会从这一检查中获得最大的益处？我们在 20 世纪 80 年代，对我国宫颈癌高发地区五峰县开展宫颈癌筛查，在阴道镜指示下活检，其诊断与全宫术后标本的亚连续切片结果比较，其诊断符合率为 88.0%。

近年，我们对收院病例的回顾性分析表明，阴道镜下活检诊断确诊的 CIN III 病例共 229 例，与锥切术后病理诊断进行对比分析，病理诊断的符合率为 81.66% (187/229 例)。有文献报道，其正确率为 83.6%~99.5%^[1]。我们的资料和顶级专家的研究结论会有一定的差距，还有入组病例的差别等因素的影响，有一点是肯定的，阴道镜检查的准确率虽然较高，但仍有其局限。通过细胞学检查可以有效地补充其不足，提高阳性检出率。

- (4) 阴道镜下活检加宫颈管刮术，可以提高颈管癌的检出率，减少诊断性锥切术的应用。

1.1.2 阴道镜检查的主要缺点

- 阴道镜检查的主要缺点，包括以下几点。
- (1) 阴道镜检查不能观察颈管内病变。
 - (2) 阴道镜检查对宫颈出血性病变(如老年性宫颈炎、真性糜烂等)的阳性检出率低。
 - (3) 阴道镜检查对经过物理治疗后的宫颈，其诊断符合率存在争议，也对阴道镜检查医师提出了更高的要求。
 - (4) 对阴道镜图像的解释有一定的主观性。
 - (5) 阴道镜检查医师需要经过专门培训，并且要有足够的工作量来维持和提高诊断水平。

1.2 阴道镜检查前的注意事项

阴道镜检查前的注意事项，主要包括以下几点。

(1) 阴道镜检查前至少 24 小时内不应该有任何有可能损伤宫颈上皮的操作，包括性交、阴道冲洗、阴道上药、妇科检查、宫颈刮片或 HPV 检测取材等。

有些外地来院就诊患者不理解这一点，希望一次性完成相应的检查，医师应该作详细说明，以免影响阴道镜检查结果的正确性。

(2) 急性或严重的宫颈、阴道炎应先抗感染治疗。

(3) 严重的老年性宫颈阴道炎患者，应在改善低落雌激素状态后再检查（通常我们会选择局部应用倍美力软膏 7~10 天后再复诊）。这一临床实践是否具有普遍意义？带着这一问题我们查阅了相关文献，在一篇名为《绝经后妇女 ASCUS 的处理》中，作者 Cristiani^[2] 介绍，他们对这类患者采取的方法是阴道给予 Promestriene(普罗雌烯)霜剂 1 周后，再行阴道镜检查，结果有 80% 的病例细胞学检查恢复正常，只有 20% 的病例持续 ASCUS 或 SIL 病变。我们在临床工作中有时也会选择性应用 Promestriene，除了它的良好的全身安全性外，阴道局部雌激素低落状态的改善没有 Premarin 软膏来得快和满意。

1.3 阴道镜下异常图像的临床意义^[3]

1.3.1 白色上皮

白色上皮是指加醋酸后出现的白色斑块。白色上皮边界清楚，不高出于周围组织，呈灰白或白色，无可见之血管，多为化生上皮或棘上皮。厚的白色上皮颜色越白，透明度越差，或高出于周围上皮者，其非典型性越重，组织切片多为上皮内瘤样病变或原位癌。

1.3.2 点状血管

细点状血管比较密集且常与细小的镶嵌共存，加醋酸后边界可见，组织学检查可为棘上皮或 CIN I。位于转化区外的细点状血管常为炎症的表现。

粗点状血管加醋酸后基底发白，边界清楚，多表示有 CIN III 或 CIS(原位癌)。严重者点子粗大，突出于周围上皮呈乳嘴状，易出血，称乳头状点状血管，此时常提示早期浸润癌或浸润癌。

1.3.3 镶嵌

位于转化区内的细镶嵌，常为棘上皮或 CIN I，而位于转化区外的细镶嵌，多为炎症。

粗镶嵌在加醋酸后上皮肿胀突出于表面，边界清楚，醋酸反应 1 分钟后才慢慢变白并随时间延长而更显著。

白色上皮、点状血管和镶嵌，称为原位癌“三联征”。

1.3.4 白斑

白斑是位于宫颈表面的白色斑块，阴道镜下不加醋酸就可看见（这一点与白

色上皮不一样），大的白斑肉眼即可看见，多表示角质生成异常。白斑本身不一定提示异常，但角质下（白斑下）的下皮性质不能用阴道镜来预测，它们可为棘上皮、上皮内瘤样病变、原位癌及浸润癌。所以，见到白斑时必须取活检送病理检查。

1.3.5 异型血管

异型血管是浸润癌的标志。

1.3.6 真性糜烂

有别于临床常指的宫颈糜烂（上皮移位），它严格指示上皮缺损，缺损很深时，基底暴露称溃疡。有关“真性糜烂”的一些情况，可以归纳为如下几点。

- (1) 生育年龄妇女很少发生宫颈真性糜烂。
- (2) 绝经后的妇女上皮萎缩，妇科检查时很易造成损伤。
- (3) CIN 或浸润癌的病例其细胞黏附性降低，常表现为糜烂及出血。
- (4) 癌组织坏死脱落可出现溃疡。
- (5) 内生型或结节型宫颈癌可仅表现为局部糜烂。

真性糜烂除老年萎缩上皮的损伤外，均应做碘试验并做活检。

1.4 阴道镜检查不满意的处理

在 2002 年阴道镜新分类和命名中，对“阴道镜检查不满意”的界定为：转化区全部进入子宫颈管内无法观察。对于这类病例的处理，2006 年 ASCCP^[4]明确了进一步处理的意见，主要内容如图 1-1 所示。



图 1-1 2006 年 ASCCP 处理流程图

1.5 宫颈腺癌与阴道镜检查

也许有人会问，宫颈腺癌发病率如此之低，为什么还要将这一病理类型单列进行讨论呢？实际上，有关宫颈腺癌发病率变化的认识，是有一个认识过程的。

20世纪80年代，我的导师陈惠祯、蒋文俊教授在编写《实用妇科肿瘤手册》一书时，对其发病情况是这样描述的^[5]：宫颈癌可分为鳞状细胞癌、腺癌和混合癌三类。鳞癌占95%以上，腺癌占5%以下，混合癌少见。

到了21世纪初(2004年)，第6版《妇产科学》教材这样描述^[6]：宫颈鳞癌占80%~85%，腺癌约占15%，腺鳞癌占3%~5%。

2006年，《林巧稚妇科肿瘤学》有关这一问题的描述^[7]：根据以前统计的宫颈癌数据，90%~95%为鳞癌，其余为腺癌。现在看来这一统计数字有必要纠正。从目前的诊断来看，鳞癌仅占70%，腺癌占20%，腺鳞癌占8%~10%。腺癌除了发病确实增多外，还由于在常规染色中增加了黏液染色，使得一部分被误诊为“鳞癌”的病例被纠正为腺癌或腺鳞癌。

2008年，第7版《妇产科学》教材这样描述^[8]：宫颈鳞癌占80%~85%，腺癌占15%~20%，腺鳞癌占3%~5%。

2009年，由著名妇产科学专家郎景和教授主译的《子宫颈学》为我们展示了来自腺上皮肿瘤的发病率^[9]。1999年，Plaxe和Saltzstein报告了23年内宫颈癌新发病例中，宫颈腺癌由11%上升至23%。经过年龄校正的宫颈鳞癌的平均年发病率逐年降低，而腺癌的发病率以每年1.4%的速度增长。

上述资料表明，宫颈腺癌的发病率不断上升，最高达23%。如此高的比率，我们还有理由不重视这部分病例的诊断吗？！

接下来的问题是阴道镜检在宫颈腺上皮来源的肿瘤中作用有多大？能否与鳞状上皮来源的肿瘤相提并论？从事宫颈病变临床工作的医生都会有这样的体会，来自腺上皮的肿瘤，其细胞学检查的敏感性较低，而阴道镜检查作为诊断腺上皮的病变，其作用也有限，其原因^[9]如下。

- (1) 病灶常位于颈管内，因此不在检查可见范围内。
- (2) 即使阴道镜下可见病灶，由于缺乏广泛接受的腺上皮癌前病变病灶等特点的定义，阴道镜诊断存在困难。

有两组资料可以部分说明这一问题。在Ostor等(2000)研究中，尽管74%(67/90)的原位腺癌(adnocarcinoma in situ,AIS)患者阴道镜检查异常，仅19例(28%)预测有腺上皮病变存在。有人认为阴道镜医生受细胞学检查存在异常腺细胞结果的影响，检查过程中警惕AIS病灶。在Maini等(1998)研究中，50例诊断为AIS的患者，无1例依据阴道镜表现作出诊断。

有关腺上皮病变的阴道镜检查，国内专家基本上持相同意见。章文华教授(2006)在《子宫颈病变的诊治要点》一书中这样描述^[10]，宫颈腺上皮病变包括腺上皮不典型增生和原位腺癌，多数腺上皮病变或早期腺癌是在CIN活检后偶尔发现的，无明显的阴道镜检查特征，以下情况可能提示腺上皮病变。

- (1) 转化区内乳头状所见是主要的阴道镜表现，如在柱状上皮的绒毛上有致密的醋白病变，隆起的醋白病变表面不规则，增大或融合的绒毛呈乳头状形态等。
- (2) 粗大、僵直、水平走向及间距增大的根茎样或树枝样的异型血管。

(3) 腺开口异常增多、扩大，其形态、大小不一，腺开口周围有致密醋白病变或腺开口被醋白上皮堵塞甚至隆起，为腺上皮病变的另一特点。

(4) 灰白色致密的醋白病变隆起不平，伴有执笔状的异型血管是浸润性腺癌的特征。

(5) 网状结构伴大量黏液分泌是黏液腺癌所特有的表现。

(6) 细胞学提示腺上皮异型，无论有无CIN病变，均应仔细检查，注意颈管内有无病变。

更早些时候，国内张志胜教授(2000)在《阴道镜图谱》中介绍^[11]，在腺癌及未分化癌中，血管异型之程度及毛细血管间距离之增加，均不及一般鳞癌显著，因而在诊断上图像的形态、色泽、边界清晰等显得更为重要。腺癌所具备的阴道镜检查特征如下。

(1) 腺癌中的异型血管被认为是发源于宫颈柱状上皮的中心血管，丰富的黏液常遮盖了下面的终末血管。

(2) 不正常的树枝状血管其走向比鳞癌平坦，最后形成网状。

(3) 树枝状血管的中心部分可极度扩大，末端终止于类似正常柱状上皮绒毛的乳头状癌组织中，形成大而分散的点状血管。

(4) 有时亦可见发夹状异型血管。

1.6 阴道镜下的活检诊断是金标准

在“三阶梯”诊断法中，细胞学是初筛，阴道镜是进一步明确诊断，最终的诊断由阴道镜指示下的活检组织送病理检查。人们说“病理诊断是金标准”，如何理解？病理诊断相对于细胞学检查、影像学检查及肿瘤标志物检查等，它是提供医学治疗的根据。这一金标准的前提是该组织标本必须具有代表性，真正能够代表宫颈病变最严重的部分，如果由一位没有经验的阴道镜检查医师来完成阴道镜检查，所取的组织并没有代表性，那这种诊断能作为治疗依据吗？

接下来我们更应该关心的问题是，阴道镜检查的诊断准确性到底有多大？临床医师如何最大限度地提供宫颈病变的诊断准确率？

在阴道镜检查应用前，对于细胞学异常病例的进一步检查，我们采取的是多点活检或(和)颈管刮术，仍不能明确诊断时，则采取诊断性锥切术^[12]。阴道镜技术的推广与应用，使得宫颈上皮内性瘤样病变和早期宫颈癌的诊断率提高，大部分病例都可以在阴道镜下获得诊断，致使诊断性锥切术大大减少，大有被阴道镜检查及镜下活检取代之势^[10]。可是当我们仔细总结时，却发现阴道镜下的病理诊断与锥切标本的病理诊断比较，有16.7%~22.2%的患者阴道镜下活检病理诊断的结果较宫颈锥切的诊断结果轻^[13]。多数专家认可这样一种观点，即阴道镜检查及镜下宫颈多点活检不能完全代替诊断性宫颈锥切术。其原因如下。

(1) 阴道镜不能发现颈管内的病变。

(2) CIN常常是多中心性的，阴道镜下多点活检组织有限，容易造成漏诊。

- (3) 阴道镜下多点活检诊断宫颈病变($\geq CIN II$)的敏感性和特异性偏低，分别为81.0%和77.0%，可致CIN诊断过高或过低。
- (4) 阴道镜下难以鉴别原位癌和早期浸润癌。

参考文献

- [1] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:111-115.
- [2] Cristiani P, Abbruzzese A, Benedetti M. Management of ASCUS in postmenopausal women [J]. 5th international multidisciplinary congress, 2003: 241-244.
- [3] 张志胜.阴道镜图谱 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:3-77.
- [4] Wright Jr TC, Stewart Massad L, Dunton C J, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial or neoplasia adenocarcinoma in situ [J]. American Obstet & Gyneco, 2007: 340-345.
- [5] 陈惠祯,蒋文俊.实用妇科肿瘤手册 [M]. 武汉:湖北人民出版社, 1982:69.
- [6] 乐杰. 全国高等学校教材:妇产科学 [M]. 6版.北京:人民卫生出版社, 2004:288-290.
- [7] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:324-327.
- [8] 乐杰. 全国高等学校教材:妇产科学[M]. 7版.北京:人民卫生出版社, 2008:264-265.
- [9] 郎景和. 子宫颈学 [M]. 济南:山东科学技术出版社, 2009:460-470.
- [10] 章文华. 子宫颈病变的诊治要点 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:61-75.
- [11] 张志胜. 阴道镜图谱 [M]. 2版.北京:人民卫生出版社, 2000:76-80.
- [12] 吴绪峰, 陈惠祯, 蒋文俊. 阴道镜诊断与术后标本病理检查配对试验研究 [J]. 湖北医学院学报, 1992, 13(2):230-236.
- [13] 沈铿, 郎景和, 黄惠芳, 等. 子宫颈锥形切除术在宫颈上皮内瘤样病变诊断和治疗中的作用 [J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36:264-266.

2

阴道镜检查的适应证

2.1 阴道镜检查的适应证

阴道镜检查的适应证^[1]如下。

- (1) 子宫颈细胞学异常，传统巴氏分级Ⅱ级及以上，或TBS报告系统中ASC-US伴高危型HPV-DNA阳性，及≥ASC-H。
- (2) 细胞学检查为浸润癌。
- (3) 持续细胞学检查欠满意，高危型HPV-DNA阳性。
- (4) 临床可疑，肉眼观察可疑或病史可疑，如接触性出血、异常排液、慢性子宫颈炎如子宫颈假性糜烂、息肉、白斑、红区或可疑癌等，不论细胞学结果如何。
- (5) 女性下生殖道可疑湿疣或HPV感染。
- (6) 其他，如CIN或早期子宫颈癌治疗前，阴道镜检查了解子宫颈病变部位、范围、程度及阴道穹隆或阴道是否受累等。
- (7) 子宫颈癌或CIN治疗后随诊。
- (8) 醋酸放大或无放大肉眼观察阳性者。
- (9) VILI试验阳性，即Lugol碘液涂抹肉眼观察阴性者(不着色)。
- (10) 为了某个特定的题目对某种人群做普查，如对HPV感染者、胎儿期有己烯雌酚暴露史者、孕妇、口服避孕药或绝经后的妇女等做普查，以解决某种特别的问题。

2.2 阴道镜检查指征

最初阴道镜主要用于宫颈癌的早期诊断，目前，其在妇科领域的应用范畴日趋扩展，其主要指征^[2]如下。

- (1) 细胞学异常，细胞学巴氏Ⅱ级及以上，或TBS报告中≥ASC/

ACC。

- (2) 临床可疑病史或体征，如接触性出血、异常排液、宫颈外观异常如慢性子宫颈炎(宫颈假性糜烂或不对称糜烂、息肉)、白斑、红区或可疑癌等。
- (3) 高危型 HPV-DNA 检测阳性或 VIA、VILI 肉眼观察阳性。
- (4) 下生殖道湿疣。
- (5) 外阴或阴道可疑病变。
- (6) 治疗后随诊及追踪观察宫颈、阴道和外阴病变的动态变化。
- (7) 其他，如 CIN 及早期宫颈癌术前了解阴道受累情况等。

由于阴道镜的普及，其应用指征在不断扩大，越来越多的医院已经将其作为宫颈病变必需的检查手段之一，但有一点是可以肯定的，阴道镜问世的最初目的是诊断早期宫颈癌，指示正确的活检部位，对于一个临床型宫颈癌的病例，在肉眼可疑部位行活检即可。

参考文献

- [1] 卞美璐，陈庆云. 子宫颈疾病诊疗常规与禁忌 [M]. 北京:人民军医出版社，2008，177-187.
- [2] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学 [M]. 北京:人民卫生出版社，2006:106-109.