

· 专家共识 ·

阴道镜应用的中国专家共识



扫一扫下载全文

陈飞¹ 尤志学² 隋龙³ 李双⁴ 刘军⁵ 刘爱军⁶ 章文华⁷ 毕蕙⁸ 耿力⁹ 赵昀¹⁰
吴丹¹¹ 李芳¹² 陈丽梅³ 段仙芝¹³ 张淑兰¹⁴ 张国楠¹⁵ 郎景和¹

¹中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院妇产科 100730; ²南京医科大学第一附属医院妇产科 210029; ³复旦大学附属妇产科医院宫颈疾病诊治中心, 上海 200011; ⁴华中科技大学同济医学院附属同济医院妇产科, 武汉 430030; ⁵首都医科大学附属北京朝阳医院妇产科 100020; ⁶解放军总医院第七医学中心病理科, 北京 100700; ⁷国家癌症中心 国家肿瘤临床医学研究中心 中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院妇瘤科 100021; ⁸北京大学第一医院妇产科 100034; ⁹北京大学第三医院妇产科 100083; ¹⁰北京大学人民医院妇产科 100044; ¹¹上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院妇产科 200030; ¹²上海市东方医院妇产科 200120; ¹³首都医科大学附属北京同仁医院妇产科 100730; ¹⁴中国医科大学附属盛京医院妇产科, 沈阳 110004; ¹⁵电子科技大学医学院附属肿瘤医院四川省肿瘤医院妇瘤科, 成都 610041

通信作者: 郎景和, Email: langjh@hotmail.com

【摘要】 子宫颈癌是可以预防的。实施对目标人群 HPV 疫苗的接种、子宫颈癌筛查, 并对检出的高级别子宫颈上皮内病变的有效治疗, 可以消除子宫颈癌。阴道镜检查在子宫颈癌筛查中起着重要作用, 可以发现和定位下生殖道病变, 指导活检, 并制订管理策略; 可以指导子宫颈癌前病变的治疗; 可以参与治疗后的随访。规范、安全和准确的阴道镜检查, 需要掌握阴道镜检查的适应证、操作流程、阴道镜检查术语、临床策略和相关的病理知识。阴道镜检查的质量控制是实现阴道镜检查在子宫颈癌防治中发挥其最大价值的保障。中国医师协会妇产科分会阴道镜及子宫颈病变专业委员会 (CCNC), 组织专家撰写了本共识, 旨在为全国广大妇产科医师, 尤其是阴道镜医师提供阴道镜检查的规范、临床管理和专家指导。

阴道镜是介于肉眼和低倍显微镜之间的 1 种内窥镜, 阴道镜检查的目的是从视觉上全面观察下生殖道的上皮组织和血管, 引导阴道镜检查医师在对可疑病变进行活检的同时作出诊断^[1]。自 20 世纪 20 年代德国学者 Hans Hinselmann 首次报道阴道镜的应用以来, 经过近 1 个世纪的发展, 阴道镜检查已经成为子宫颈癌防治三阶梯程序——“子宫颈癌筛查-阴道镜检查-组织学诊断”中的重要环节。同时, 阴道镜检查在下生殖道癌前病变的治疗和随访中都具有不可替代的重要作用。

一、子宫颈癌筛查

子宫颈癌筛查是通过最大限度地对目标人群进行筛查, 并确保对筛查结果异常者进行相应的转诊和随访, 以期及时发现子宫颈癌前病变和子宫颈癌。中华预防医学会妇女保健分会综合国内外子宫颈癌筛查的最新进展和我国国情, 制定了《中国子宫颈癌综合防控指南》^[2], 用于指导我国的子宫颈癌筛查。

(一) 筛查方法

常用的筛查方法包括子宫颈细胞学检查和高危型 HPV (HR-HPV) 检测。

1. 细胞学检查: 细胞学筛查结果的准确率受取

DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20200320-00240

收稿日期 2020-03-20 本文编辑 姚红萍

引用本文: 陈飞, 尤志学, 隋龙, 等. 阴道镜应用的中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(7): 443-449. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20200320-00240.



样和判读等多因素的制约,其检测子宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)Ⅱ级及以上(CIN Ⅱ⁺)的敏感度为 53%~81%,特异度>90%^[3]。

2. HR-HPV 检测:HR-HPV 检测已成为子宫颈癌筛查中的重要手段,其检测 CIN Ⅱ⁺的敏感度为 90%~97%,特异度为 85%,阴性预测值可达 99%,同时有更好的可重复性^[3]。

HR-HPV 检测的适应证主要包括:

(1)对细胞学检查结果为未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(atypical squamous cell of undetermined significance, ASCUS)的妇女进行分流,以确定阴道镜检查的必要性。

(2)与细胞学检查联合,用于≥30 岁妇女的子宫颈癌联合筛查。

(3)≥25 岁妇女的子宫颈癌初筛。

(4)用于高级别子宫颈上皮内病变治疗后的随访。

(二)筛查结果的管理

根据目前和既往的筛查结果,以及既往的癌前病变治疗史,评估患 CIN Ⅲ及以上病变(CIN Ⅲ⁺)的风险,采取不同的管理策略。5 年累积 CIN Ⅲ⁺的发生风险<0.15%时,推荐筛查间隔时间为 5 年的基于 HPV 的检测(包括 HR-HPV 检测或 HR-HPV 与细胞学检查联合筛查);发生风险为 0.15%~<0.55%时,筛查间隔时间为 3 年;发生风险为 0.55%~<4.0%时,筛查间隔时间为 1 年;发生风险≥4.0%时,推荐立即行阴道镜检查;发生风险≥60%时,推荐立即治疗;发生风险为 25%~<60%时,立即阴道镜检查或治疗均可接受^[4]。

二、阴道镜检查技术

阴道镜检查技术需要通过充分照明及局部放大实现对下生殖道和肛周区域上皮进行可视化的诊查,可以识别肉眼不可见的组织学改变。在阴道镜的引导下对最严重的病变部位进行活检,可发现上皮内病变和癌。

1. 阴道镜检查的主要指征^[5-7]:

(1)异常或不确定的子宫颈癌筛查结果。

(2)症状或体征提示可疑子宫颈癌、下生殖道异常出血、反复性交后出血或不明原因的阴道排液。

(3)下生殖道的癌前病变治疗后的随访。

2. 阴道镜检查的禁忌证:阴道镜检查无绝对禁忌证。患有急性生殖道感染时应在纠正炎症后再行检查。可在月经周期的任何时间进行阴道镜检查,但无特殊情况不建议在月经期进行。

3. 阴道镜检查的潜在危害:通常阴道镜检查后

出现严重出血或感染的风险很低,但不规范的阴道镜检查可对患者心理和生理产生潜在危害^[6-7]。阴道镜检查过程中的创伤经历可能会影响患者再次接受子宫颈癌筛查的依从性,并产生对性生活的负面影响。

4. 阴道镜检查前的准备:

(1)受检者在阴道镜检查前至少 48 h 内避免性生活、阴道冲洗及用药。雌激素水平下降导致下生殖道上皮萎缩性改变的妇女,可于检查前 2~3 周阴道内局部应用雌激素以改善阴道镜检查质量^[8]。

(2)应全面收集受检者的病史,包括首次性生活年龄、性伴侣数、妊娠史(如果阴道镜检查时处于妊娠状态,需确定孕周)、避孕措施及末次月经;有无异常阴道流血、排液和性交后出血史;既往子宫颈癌筛查史、筛查结果和是否接种了 HPV 疫苗;既往有无下生殖道的癌及癌前病变病史、有无免疫抑制史。

(3)向受检者说明阴道镜检查的目的、方法和过程,同时签署知情同意书。

筛查结果异常及阴道镜检查给受检者带来的压力是明显的,检查者及护理人员的同情心是对受检者极大的安慰。在记录个人信息时需保护隐私,受检者未着装时的检查需布置私密空间。

5. 阴道镜检查所需的设施:包括阴道镜、阴道窥器、长卵圆钳、解剖镊、活检钳、子宫颈管内刮匙、子宫颈钳、棉球和棉签;生理盐水、3%~5%醋酸、复方碘溶液(Lugol's solution)及装有 4%中性甲醛溶液的容器等。

6. 阴道镜检查过程中的试验:

(1)醋酸试验:在阴道镜检查中,3%~5%醋酸溶液的应用具有决定性作用。柱状上皮、未成熟化生的鳞状上皮、上皮内病变和癌等,在醋酸作用下可出现白色变化,依据醋酸白变化对包括子宫颈、阴道、外阴及肛周区域上皮的生理性和病理性变化进行区分,并对病变上皮的严重程度进行分级。通常病变程度越重,醋酸白变化越明显。

(2)复方碘试验:复方碘试验是基于碘和糖原的相互作用所产生的颜色变化进行判断。青春期的原始鳞状上皮及成熟的化生上皮含有丰富的糖原,碘染后呈棕褐色;绝经后或雌激素缺乏的鳞状上皮、未成熟化生的鳞状上皮、柱状上皮、上皮内病变、癌及炎性病变时,碘染后上皮不着色或呈不同程度的黄色。

复方碘试验对评估子宫颈和阴道病变的严重

程度具有重要的辅助诊断作用,有助于检出可能被遗漏的小面积高级别病变。复方碘试验为可选步骤,有碘过敏史者禁用。

7. 阴道镜检查的规范操作流程:

(1)检查阴道镜设备及相关用品。

(2)签署知情同意书。

(3)受检者取膀胱截石位,在对外阴、肛周区域检查后,置入大小合适的窥器。

(4)观察阴道、子宫颈全貌。

(5)用生理盐水湿润子宫颈及阴道上皮,清除影响观察的黏液等。

(6)醋酸试验:将3%~5%醋酸棉球完全覆盖在子宫颈阴道部及穹隆,湿敷60 s后,从低倍镜到高倍镜,系统检查子宫颈及阴道上皮呈现的变化及判断转化区类型。Ⅱ、Ⅲ型转化区可借助子宫颈管扩张器或其他器具观察转化区上界。检查阴道时,缓慢旋转窥器,使阴道前后及侧壁完全可见。检查过程中如有需要,可于3~4 min后重复使用醋酸。

(7)必要时可辅以复方碘试验。

(8)作出阴道镜诊断。

(9)阴道镜引导下对子宫颈(或阴道)异常区域最严重的病变部位进行活检。必要时可行子宫颈管搔刮术(妊娠期除外)。不同部位的取材应分别标记,并放入4%中性甲醛溶液中固定后送病理检查。

(10)止血,轻柔取下窥器。

(11)记录阴道镜所见。向受检者交代病情、概述管理计划、复诊时间及指导离院后的护理。

8. 阴道镜检查的报告包括:

(1)阴道镜检查指征。

(2)子宫颈可见性。

(3)鳞柱交界可见性(一般指新鳞柱交界)。

(4)子宫颈转化区类型(包括Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型)。

(5)阴道镜图像特征的描述(病变程度、累及象限和病变边界的可见性)。

(6)阴道镜的诊断。

(7)记录阴道镜下活检的部位、数目及是否行子宫颈管搔刮术。

(8)至少保存1~4张典型的阴道镜图像。

(9)阴道镜检查后的建议。

9. 阴道镜术语:参照2011年国际子宫颈病理与阴道镜联盟(International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy, IFCPC)推荐的子宫颈的阴道镜检查术语和阴道的阴道镜检查术语^[9]。见表1,2。

10. 影响阴道镜检查准确性的相关因素:

(1)受检者的年龄及雌激素水平。

(2)转诊阴道镜检查时子宫颈细胞学和HR-HPV型别的检查结果。

(3)子宫颈病变累及的范围。

(4)子宫颈癌前病变的病理类型。

(5)阴道镜检查的充分性。

(6)活检部位的数量。

(7)阴道镜医师的经验和操作流程的规范性。

三、阴道镜检查后的管理

阴道镜检查后应根据子宫颈癌筛查结果、阴道镜诊断以及子宫颈取样(活检或子宫颈管搔刮)组织的病理检查结果综合分析后制定决策,这3项检查结果严重程度的一致性应在1个级别以内,解决不一致结果的措施应包括对细胞学和组织学病理检查结果复核以及再次阴道镜检查,必要时再次子宫颈取样。

1. 子宫颈鳞状上皮内病变的分类及管理:

(1)分类:参照2014版WHO女性生殖系统肿瘤分类^[10]中的子宫颈病变二级分类法,CIN I属于

表1 与子宫颈相关的阴道镜检查术语^[9]

类别	内容
总体评估	阴道镜检查充分*或不充分,注明不充分的其他原因(如炎症、出血、瘢痕等) 鳞柱交界:完全可见、部分可见和不可见 转化区类型:Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型
正常阴道镜所见	原始鳞状上皮(成熟、萎缩)、柱状上皮、异位、化生鳞状上皮、纳氏囊肿、腺开口隐窝、妊娠期蜕膜样改变
异常阴道镜所见	病变部位:转化区内或外,并以时钟标识病变部位 病变大小:病变所覆盖4个象限的数目,病变所占子宫颈的百分比 低级别病变的特征:细镶嵌、细点状血管、薄醋酸白上皮不规则、地图样边界 高级别病变的特征:粗镶嵌、粗点状血管、边界锐利、内部边界标志、隆起标志、厚醋酸白上皮、醋酸白出现速度快、袖口状腺开口隐窝 非特异性:白斑、糜烂 复方碘溶液染色:染色或不染色 可疑癌:非典型血管 其他征象:脆性血管、表面不规则、外生性肿瘤、坏死、溃疡
杂类	先天性转化区、湿疣、息肉、炎症、狭窄、先天性异常、治疗后改变、子宫内膜异位症

注:*“阴道镜检查充分是指检查区域完全、充分暴露,包括观察到完整的转化区和病变

表 2 与阴道相关的阴道镜检查术语^[9]

类别	内容
总体评估	阴道镜检查充分或不充分,不充分者注明原因(炎症、出血、瘢痕等)
正常阴道镜所见	鳞柱上皮:成熟、萎缩
异常阴道镜所见	病变部位:阴道上 1/3 或下 2/3,前壁、后壁、侧壁(右或左) 低级别病变的特征:薄醋酸白上皮、细点状血管、细镶嵌 高级别病变的特征:厚醋酸白上皮、粗点状血管、粗镶嵌 可疑癌:非典型血管 其他征象:脆性血管、表面不规则、外生型肿瘤、坏死、溃疡 非特异性:柱状上皮、复方碘溶液染色(染色或不染色)、白斑
杂类	糜烂(创伤造成)、湿疣、息肉、囊肿、子宫内膜异位症、炎症、阴道狭窄

低级别鳞状上皮内病变(low grade squamous intraepithelial lesion, LSIL),标注为 LSIL(CIN I); CIN II 和 CIN III 属于高级别鳞状上皮内病变(high grade squamous intraepithelial lesion, HSIL),标注为 HSIL(CIN II)和 HSIL(CIN III)。鉴于 HSIL(CIN II)和 HSIL(CIN III)的不同生物学行为特征,年龄<25 岁的 HSIL(CIN II)有更高的病变消退率;另外,对有生育要求的妇女,由于对宫颈癌前病变的治疗有增加不良妊娠结局的风险^[11-12],因而针对 HSIL(CIN II)患者进行规范化和个体化管理是需要遵循的原则。

(2)LSIL 的管理:LSIL(CIN I)的自然逆转率较高,尤其是年轻患者,进展到 HSIL(CIN II 或 CIN III)的风险较低^[13]。但阴道镜下子宫颈活检为 LSIL(CIN I)的妇女中,约有 10%HSIL(CIN II 或 CIN III)的漏诊风险^[10]。有研究表明,子宫颈活检为 LSIL(CIN I)而细胞学为 LSIL 或 HR-HPV 阳性的 ASCUS 妇女,以及细胞学为 HSIL 的妇女,其 5 年累积 CIN III+ 的发生风险分别为 3.8% 和 15.0%^[14]。细胞学为不典型鳞状上皮细胞、不排除高度病变的不典型鳞状上皮细胞(atypical squamous cells, cannot exclude high gradesquamous intraepithelial lesion, ASC-H)、HSIL 及阴道镜检查的不充分是子宫颈活检为 LSIL(CIN I)的妇女中漏检 HSIL(CIN II 或 CIN III)的高风险因素^[15-16]。细胞学为 HSIL、子宫颈活检为≤LSIL(CIN I)的妇女,可行子宫颈诊断性切除术或 1 年后行 HR-HPV 检测和阴道镜检查,但后者必须满足阴道镜检查充分,且子宫颈管搔刮的组织学结果<HSIL(CIN II)。细胞学为 ASC-H、子宫颈活检为≤LSIL(CIN I),当阴道镜检查充分,子宫颈管搔刮的组织学结果<HSIL(CIN II)时,推荐

1 年后行 HR-HPV 检测,不推荐行子宫颈诊断性切除术。细胞学结果为无上皮内病变或恶性病变(negative for intraepithelial lesion and malignancy, NILM)、ASCUS 且 HR-HPV 阳性、LSIL,而子宫颈活检为≤LSIL(CIN I)的妇女,推荐随访观察。

对于年龄<25 岁、细胞学为 ASC-H 和 HSIL 而子宫颈活检为≤LSIL(CIN I)、阴道镜检查充分、子宫颈管搔刮<HSIL(CIN II)的妇女,推荐随访观察。当阴道镜检查不充分,推荐行子宫颈诊断性切除术。

(3)非妊娠期 HSIL 的管理:非妊娠期 HSIL(CIN II 或 CIN III),优先选择子宫颈切除性手术治疗方式,包括子宫颈环形电极切除术(LEEP)或子宫颈冷刀锥切术(CKC)。对于年龄<25 岁、HSIL(CIN III)的妇女,推荐行子宫颈切除性手术;HSIL(CIN II),优先选择随访观察;HSIL(CIN II)和 HSIL(CIN III)无法区分时,观察和治疗都是可接受的。对于年龄≥25 岁、HSIL(CIN II)的妇女,在阴道镜检查充分、子宫颈管搔刮<HSIL(CIN II)时,可接受随访观察。

2. 子宫颈原位腺癌的管理:子宫颈原位腺癌(adenocarcinoma in situ of cervix, AIS)是子宫颈腺癌的前驱病变,子宫颈活检为 AIS 时,大约 15% 与子宫颈腺癌共存,阴道镜下很难区分和判定。因此,应实施子宫颈切除性手术,以排除子宫颈腺癌。6.5%~15.0% 的 AIS 在子宫颈管内的病灶具有不连续性、多中心性的特点^[17],因此,子宫颈切除性手术的标本切缘阴性者仍有病变残留的风险。对于切缘阴性的 AIS,优先选择子宫全切除术;育龄期妇女,有生育需求,并能够遵守监测建议,可接受保留生育功能的管理。对于切缘阳性的 AIS,优先选择子宫颈的再次切除性手术以取得切缘阴性,如果不能达到阴性切缘,则不推荐保留生育功能的管理。

3. 妊娠期高级别子宫颈上皮内病变的管理:妊娠期阴道镜检查旨在识别和排除子宫颈癌。尽管妊娠期子宫颈活检为 HSIL(CIN II 或 CIN III)者不能完全排除子宫颈癌,但推迟妊娠期发现的早期子宫颈癌的治疗直到胎儿成熟,与立即接受标准治疗方式相比,并没有降低子宫颈癌患者的生存率^[18]。妊娠期阴道镜检查发现 HSIL(CIN II 或 CIN III),优先选择每 12 周或 24 周的阴道镜检查 and 实验室检查(细胞学检查及依据年龄的 HR-HPV 检测),一旦发现可疑子宫颈癌或病变进展时可以接受重复活检。

妊娠期子宫颈活检发现的 AIS 的管理与 HSIL

(CIN II 或 CIN III)相似,在缺乏子宫颈癌的证据时不推荐行子宫颈切除性手术。

四、子宫颈癌前病变治疗后的阴道镜检查

CIN II 经子宫颈切除性手术后切缘阳性者,病变残留或复发的风险是切缘阴性者的 4.5 倍,发生子宫颈癌的风险是普通人群的 2~5 倍,发生阴道上皮内病变甚至阴道癌的风险也升高^[19-20]。有研究表明,HSIL(CIN II 或 CIN III)患者 LEEP 术后 6 个月细胞学与 HR-HPV 联合筛查均正常者,病变残留的风险仅为 0.9%,建议 12 个月后随访;细胞学为 $\geq$ ASCUS、HR-HPV 阳性者,病变残留的风险高达 9.6%,应转诊阴道镜检查;细胞学 $\geq$ ASCUS 而 HR-HPV 阴性,或细胞学为 NILM 而非 HPV 16、18 型阳性者,可在随后 6~12 个月行细胞学与 HR-HPV 联合筛查^[21-22]。

子宫颈病变治疗后,子宫颈的质地硬滑,为使活检取得成功,需要子宫颈钳钳夹固定;有子宫颈管狭窄或闭锁者,在进行子宫颈管搔刮前,可用小号子宫颈扩张棒进行扩张。

五、阴道镜检查的质量控制

阴道镜检查的质量保障及质量控制的内容包括对阴道镜专业人员的要求、检查环境和设备、操作流程等多方面。

(一)对阴道镜专业人员的要求^[19,23-25]

1. 具有执业医师资格。
2. 从事妇产科临床工作 3 年及以上。
3. 具有 1 年以上从事阴道镜专业技术工作的实践经验(子宫颈癌筛查结果异常的新诊断病例不少于 100 例/年)。
4. 接受至少 3 个月阴道镜专业医师培训基地的专业培训并获得资格证书。

(二)阴道镜门诊和专业医师培训基地的质量控制

1. 阴道镜门诊:

(1)空间面积可满足业务需求,有良好的通风、消毒、照明、冷暖条件以及专用流动水洗手设备,满足检查在保护隐私的情况下进行。

(2)设立阴道镜团队负责人制度,由资深阴道镜医师带领,一般应具备高级职称,保障良好的操作实践及流程监控^[23,25-26],以及疑难病例会诊。

(3)配备 1 位专职护士^[19,23-25]。

(4)设置专人负责病例登记、数据和随访记录的质量控制,审核分析阴道镜转诊后的失约记录,各种登记表册规范、齐全^[23,25-26]。

(5)定期举行工作会议、疑难病例讨论以及多

学科团队讨论。

2. 阴道镜专业医师培训基地:

(1)教学医院、三级甲等医院的阴道镜门诊或专科^[19,23,27]。

(2)具备开展教研工作的能力和条件,具有副高级及以上职称的专业阴道镜医师 3 位及以上^[19,23,27]。

(3)每年对 1 000 例及以上的子宫颈癌筛查结果异常的新病例进行阴道镜检查 and 评估^[8,27]。

(4)每年检出子宫颈癌前病变及子宫颈癌 200 例及以上^[19,23,27]。

(5)可开展下生殖道多部位活检术、子宫颈切除性手术(包括 CKC 和 LEEP)和下生殖道癌前病变的消融治疗等^[19,23,27]。

(6)为申请从事阴道镜专业工作的临床医师提供上岗前的专业培训与资质考核。

(三)阴道镜检查的质量控制标准和评价指标

1. 质量控制标准:阴道镜检查的质量控制标准^[27-29]的具体内容,见表 3。

2. 质量控制的评价指标^[23,25,27,30-31]:

- (1)至少 80% 的阴道镜检查符合指征。
- (2)至少 80% 的病理检查标本(活检或切除性标本)符合病理检查的需要。

(3)对组织学确诊的 HSIL(CIN II 或 CIN III)的阳性预测值不低于 65%。

(4)至少 80% 符合阴道镜检查报告具备的基本要素。

(四)阴道镜下取样送病理检查的质量控制要求

1. 活检组织的取样大小:活检钳“咬检”组织最大径应不小于 3 mm,以提供足够标本进行常规病理制片及必要的免疫组化染色;子宫颈管搔刮组织(常常破碎)的最大径(不含黏液)应不小于 2 mm。

2. 活检组织固定:样本离体后应尽快放入盛有 4% 中性甲醛溶液的容器中(防止标本风干);如果子宫颈管搔刮标本黏液多,组织小,可将刮取的标本置于事先备好的滤纸上,并同滤纸一起固定。固定液体积应为标本体积的 5~10 倍。为保证固定液的充分渗透,最佳固定时间为 4~48 h^[32-33]。

3. 标注及送检:在不同点位钳取的标本,应分别标注、分装后送检,以便病理科分别取材、制片。随送检标本一起提交的病理检查申请单,应包含患者姓名、门诊号、标本名称、取材部位,以及细胞学检查和 HR-HPV 检测等信息^[33]。

表 3 阴道镜检查的质量控制标准

序号	质量控制标准的具体内容	最低标准
1	记录阴道镜检查前的评估内容(子宫颈细胞学检查、HR-HPV 检测等)	70%~90%
2	记录子宫颈的可见性(全部可见或不能全部暴露)	90%
3	记录鳞柱交界部的可见性及转化区类型	90%
4	记录是否有任何程度的醋酸白变化(有或无)	90%
5	记录病变的累及范围	70%
6	记录阴道镜检查的充分性	80%
7	记录阴道镜诊断	70%~80%
8	记录对醋酸白变化区域的活检或子宫颈管搔刮	80%
9	阴道镜报告中附 1~4 张图片	80%
10	记录阴道镜检查后的具体处理建议	90%
11	应对可疑子宫颈癌患者联系,嘱其 2 周内到医院就诊	60%
12	对于细胞学检查有高级别病变(包括 HSIL、ASC-H、AGC)可能的患者,尽可能 4 周内取病理报告并就诊	60%

注:HR-HPV 表示高危型 HPV;HSIL 表示高级别鳞状上皮内病变;ASC-H 表示不除外高度病变的不典型鳞状上皮细胞;AGC 表示非典型腺细胞

4. 病理诊断:应对不同点位分别报告,特别是病变性质和病变程度不同时,应逐一明确。若有辅助检查,如免疫组化染色、原位杂交等,应在诊断报告中体现。

5. 组织学病理诊断与阴道镜诊断对比:及时对组织病理学诊断与阴道镜诊断进行对比,通常两者的符合率介于 52%~91%^[34-35],对于诊断不一致的患者,病理科医师和临床医师应共同分析原因。

6. 不同来源标本的病理诊断对比:对子宫颈活检、子宫颈管搔刮标本的病理诊断应与子宫颈锥切标本的病理诊断进行对比,对于不一致者,应按照较高级别处理^[12, 34]。

7. 定期总结分析:对阴道镜与子宫颈细胞学诊断、组织学病理诊断的符合率定期进行总结分析,以提高阴道镜检查的准确率^[36]。

在子宫颈癌的筛查策略和实践中,阴道镜检查居“中轴”地位,起重要作用。阴道镜检查应该是妇科医师,特别是妇科肿瘤医师、子宫颈癌防治工作者的必备技术。阴道镜检查要规范化,从描述到命名、从分类到评分、从判定到诊断、从结果到处理,都应规范化;同时,应注意个体化,掌握适应证,避免混乱与滥用,达到必要与准确的目的^[37]。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 郎景和. 子宫颈上皮内瘤变的诊断与治疗[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(5): 261-263.
- [2] 中华预防医学会妇女保健分会. 子宫颈癌综合防控指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 46-54.
- [3] Austin RM, Onisko A, Zhao C. Enhanced detection of cervical cancer and precancer through use of imaged liquid-based cytology in routine cytology and HPV cotesting[J]. Am J Clin Pathol, 2018, 150(5): 385-392. DOI: 10.1093/ajcp/aqy114.
- [4] Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors[J]. J Low Genit Tract Dis, 2020, 24(2): 102-131. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000525.
- [5] Prendiville W, Sankaranarayanan R. 宫颈癌前病变阴道镜检查与治疗[M]. 刘植华, 章文华, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 9.
- [6] Wright TC. The new ASCCP colposcopy standards[J]. J Low Genit Tract Dis, 2017, 21(4): 215. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000337.
- [7] 陈飞, 李舒, 胡惠英, 等. 2017 年美国阴道镜和子宫颈病理学会阴道镜检查标准解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(04): 413-418.
- [8] Mayeaux EJ, Thomas C. 现代阴道镜学[M]. 魏丽惠, 赵昀, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 134.
- [9] Bornstein J, Bentley J, Bösze P, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy[J]. Obstet Gynecol, 2012, 120(1): 166-172. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318254f90c.
- [10] Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, et al. WHO classification of tumours of female reproductive organs [M]. 4th ed. Lyon: IARC Press, 2014: 174.46-54.
- [11] Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors[J]. J Low Genit Tract Dis, 2013, 17(5 Suppl 1): S1-S27. DOI: 10.1097/LGT.0b013e318287d329.
- [12] 杨旒, 陈飞, 楼伟珍, 等. 宫颈上皮内瘤变的治疗对妊娠结局的影响[J]. 肿瘤预防与治疗, 2019, 32(2): 165-168. DOI: 10.3969/j.issn.1674-0904.2019.02.011.
- [13] 王荣敏, 李雪洁, 钱敏, 等. CIN I 的转归及 p16INK4a 蛋白表达在分流 CIN I 中的临床意义[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(3): 210-215. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2015.03.009.
- [14] Katki HA, Gage JC, Schiffman M, et al. Follow-up testing after colposcopy: five-year risk of CIN 2+ after a

- colposcopic diagnosis of CIN 1 or less[J]. J Low Genit Tract Dis, 2013, 17(5 Suppl 1): S69-77. DOI: 10.1097/LGT.0b013e31828543b1.
- [15] 钱敏, 尤志学, 姚芳芳, 等. 阴道镜下宫颈活检诊断 CIN1 中漏诊 CIN2 及以上病变的分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2013, 14(5): 403-405. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1861.2013.05.006.
- [16] 程易凡, 王新宇, 吕卫国, 等. 阴道镜下宫颈活检诊断 CIN1 患者中漏诊 CIN2+ 的相关因素分析[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(27): 1882-1885. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2010.27.003.
- [17] Barbara A, Gregory B, Mark S. Colposcopy: principles and practice[M]. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc, 2008:283-304.
- [18] Sorosky JL, Squatrito R, Ndubisi BU, et al. Stage I squamous cell cervical carcinoma in pregnancy: planned delay in therapy awaiting fetal maturity[J]. Gynecol Oncol, 1995, 59(2):207-210. DOI: 10.1006/gyno.1995.0009.
- [19] NHS. Colposcopy and programme management guidelines for the NHS cervical screening programme[EB/OL]. (2010-05-03) [2016-03-14]. <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-programme-management-guidelines>.
- [20] Arbyn M, Redman C, Verdoodt F, et al. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Oncol, 2017, 18(12):1665-1679. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30700-3.
- [21] 刘莉, 陈丽梅, 陶祥, 等. 1 502 例子宫颈 HSIL 行 LEEP 锥切术后随访半年的临床结局及术后残留的危险因素分析[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(11):751-756. DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.11.007.
- [22] Chen L, Liu L, Tao X, et al. Risk factor analysis of persistent high-grade squamous intraepithelial lesion after loop electrosurgical excision procedure conization [J]. J Low Genit Tract Dis, 2019, 23(1): 24-27. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000444.
- [23] 魏丽惠. 下生殖道上皮内病变的诊治和管理[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2018:39.
- [24] 魏丽惠, 吴久玲. 子宫颈癌检查质量保证及质量控制指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015:12.
- [25] Mayeaux EJ, Thomas C. Modern colposcopy: textbook & atlas[M]. 3rd ed. Amsterdam:Wolters Kluwer, 2014:129.
- [26] Hirschowitz L, Albus A, Brown L, et al. Histopathology reporting in cervical screening: an integrated approach [M]. 2nd ed. UK: NHS Cancer Screening Programmes, 2012: 36.
- [27] 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学会专家委员会. 中国子宫颈癌筛查及异常管理相关问题专家共识(二)[J]. 中国妇产科临床杂志, 2017, 18(3): 286-288. DOI: 10.13390/j.issn.1672-1861.2017.03.041.
- [28] 王临虹, 赵更力. 中国子宫颈癌综合防控指南[J]. 中国妇幼健康研究, 2018, 29(1): 1-3. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5293.2018.01.001.
- [29] Wentzensen N, Massad LS, Mayeaux EJ, et al. Evidence-based consensus recommendations for colposcopy practice for cervical cancer prevention in the United States[J]. J Low Genit Tract Dis, 2017, 21(4): 216-222. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000322.
- [30] Mayeaux EJ, Novetsky AP, Chelmon D, et al. ASCCP colposcopy standards: colposcopy quality improvement Recommendations for the United States[J]. J Low Genit Tract Dis, 2017, 21(4): 242-248. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000342.
- [31] WHO. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention[EB/OL]. [2016-03-27]. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/>.
- [32] 张静, 沈丹华, 刘爱军. 子宫颈癌及癌前病变病理诊断规范专家共识[J]. 中华病理学杂志, 2019, 48(4):265-269. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2019.04.001.
- [33] 《肿瘤病理诊断规范》项目组. 肿瘤病理诊断规范(总则)[J]. 中华病理学杂志, 2016, 45(8):522-524. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2016.08.005.
- [34] 彭汝娇, 刘姜伶, 郑诗, 等. 阴道镜检查与宫颈电环锥切术在宫颈病变诊治中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(17): 2596-2597. DOI:10.13283/j.cnki.xdfckjz.2016.04.015.
- [35] 李燕云, 张宏伟, 郑瑞莲, 等. 应用 2011 年版阴道镜术语对子宫颈病变行阴道镜诊断与病理诊断的一致性分析[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(5):361-366. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2015.05.009.
- [36] 刘爱军. 规范执业操作, 提高妇产科病理学诊断水平[J]. 中华病理学杂志, 2018, 47(5):321-323. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2018.05.001.
- [37] 郎景和, 隋龙, 陈飞. 实用阴道镜技术[M]. 北京:人民卫生出版社, 2019:6.

·读者·作者·编者·

《中华妇产科杂志》官方网站增加“指南与规范”版块

《中华妇产科杂志》官方网站(<http://www.zhfcckzz.org.cn>)在论文下载专区中新增加“指南与规范”版块, 本版块汇集了近年来在《中华妇产科杂志》刊登的指南、规范类指导性文章, 如女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行), 妊娠期肝内胆汁淤积症诊疗指南(第1版), 滴虫阴道炎诊疗指

南(草案), 细菌性阴道病诊疗指南(草案), 人工流产后计划生育服务指南, 妇产科抗生素使用指南等, 这些指南与规范均由中华医学会妇产科学分会各专科学组或协作组经过长时间的探讨与修订后最终发表, 实用性很强, 相信会给您的临床工作带来指导和帮助。敬请关注!