

宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的应用研究

张国琼(重庆市合川区人民医院 401520)

【摘要】 目的 探讨宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的临床应用价值。**方法** 选取合川区人民医院收治的宫颈上皮内瘤变患者 80 例作为研究对象,根据病理情况分为两组:观察组 40 例应用宫颈环形电切术进行治疗,对照组 40 例应用冷刀锥切术进行治疗。对比观察两组患者的临床疗效、术后并发症及术后复发情况。**结果** 两组患者均顺利完成手术,无中转病例;与对照组比较,观察组患者的平均手术时间、创面愈合时间及术中出血量均明显减少,差异有统计学意义($P<0.01$)。此外,术后根据患者个体情况分别完成 6 个月至 2 年的随访,与对照组相比,观察组术后治愈率显著升高,并发症发生率和复发率显著降低,各项指标差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 宫颈环形电切术疗效确切、安全性高,既能降低宫颈癌的发病率,又能保留患者子宫、满足其生育要求,值得临床进一步推广应用。

【关键词】 宫颈环形电切术; 宫颈上皮内瘤变; 冷刀锥切术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.019 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)14-1931-02

Application of loop electrosurgical excision procedure for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia ZHANG Guo-qiong (People's Hospital of Hechuan District, Chongqing 401520, China)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical application value of loop electrosurgical excision procedure (LEEP) for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN). **Methods** A total of 80 patients with CIN of I—III grade were divided into observation group (40 cases), receiving LEEP therapy, and control group (40 cases), receiving cold knife conization treatment. Clinical efficacy, postoperative complications and recurrence rate were compared between the two groups. **Results** Surgery treatment was successfully completed in patients of both groups. Operative time, bleeding volume and healing time in patients of observation group were all less than control group ($P<0.05$). During the follow-up of 6 months to 2 years after surgery; the cure rate of observation group was significantly higher than control group, and the incidence rate of complications and recurrence rate were lower ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion** LEEP for the treatment of CIN might be efficient and safe, which could reserve uterine and be worthy of further clinical application.

【Key words】 cervical loop electrosurgical excision procedure; cervical intraepithelial neoplasia; cold knife conization

宫颈上皮内瘤变(CIN)是一组与宫颈浸润癌紧密联系的癌前病变,病理学分为 CIN I~III,各级均有发展至宫颈癌的可能。目前,CIN 的常规治疗方法有宫颈环形电切术(LEEP)、宫颈冷刀锥切术(CKC)及子宫切除术等,其中前二者为目前最为常用的微创术式^[1-4]。本研究对比分析 LEEP 和 CKC 治疗患者 80 例,以探讨 LEEP 在 CIN 治疗中的临床应用及价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 8 月至 2013 年 6 月收治的 80 例 CIN 患者作为研究对象;年龄 21~55 岁,平均(35.0±10.4)岁。所有患者均经阴道镜组织活检和术后病理确诊为 CIN,其中 I 级病变 18 例,II 级病变 44 例,III 级病变 18 例。临床症状主要有:宫颈糜烂、接触性出血、白带增多或夹杂有血丝等。诊断标准以《妇产科学》CIN 标准为主,(1)CIN I:轻度非典型增生,细胞异型性轻,异常增生的细胞仅限于上皮层下 1/3;(2)CIN II:中度非典型增生,细胞异型性明显,异常增生细胞限于上皮层 1/3~2/3;(3)CIN III:重度非典型增生和原位癌,细胞异型性显著,异常增生的细胞占据上皮层下超过 2/3,甚至全层上皮。根据患者一般资料及病理情况分为观察组和对照组,每组 40 例,两组患者在一般资料和病理情况方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 所有病例术前均经确认血常规和凝血物质检查无异常,并行尿常规和输血前检查(包括丙型肝炎、人类免疫缺陷病毒、梅毒),排除淋球菌、真菌及滴虫感染。月经前 10 d 阴道给药以防感染。此外,叮嘱患者术前 72 h 禁止性生活,月经干净后 3~7 d 进行 LEEP。

1.2.2 手术方法 (1)对照组采用常规 CKC 进行治疗,患者取膀胱截石位,经 0.5%聚维酮碘常规消毒宫颈、外阴、肛周、阴道后于阴道镜下充分暴露宫颈,用刮匙刮取颈管内膜,必要时行分段诊刮。在宫颈病灶外 0.5 cm 处垂直做环状切口,并逐渐向宫颈管方向对瘤变宫颈做锥形摘除,以可用吸收线缝合宫颈。术后创面常规涂抹甲紫溶液或填塞明胶海绵,局部用聚维酮碘纱布压迫填塞,阴道填塞带尾聚维酮碘棉球,24 h 后取出。接受抗炎止血治疗 10 d 左右。(2)观察组采用 LEEP 进行治疗,患者体位和消毒方式同对照组。在宫颈病变区外围分点注射 2%利多卡因和肾上腺素的混合液以局部麻醉;治疗过程中可加垂体后叶素等血管收缩药物以减少出血量。选择合适的 LEEP 刀(美国 Ellman),调整功率至 35~40 W。依照宫颈病变组织范围及轻重程度,以可疑病变以外 0.3 cm 为切除界限,切除深度控制在 5~7 mm。对于较小病灶可一次性切除;对于较大病灶,亦可分批切除,2 次切除时间间隔少于 3

个月。切除过程中均匀、连续地移动电极,先切除病变中心,再多次切除病变周围剩余部分,直至对侧病灶边缘外 0.3~0.5 cm。切除标本组织应标记以做病理检查,结合宫颈创面愈合检查结果判断切缘情况。切缘采用球形电极电凝止血,术后操作同对照组。

1.2.3 术后观察 术后 1~2 个月禁止性生活、定期冲洗阴道;每隔 3 个月复查创面,行细胞学和阴道镜检查,连续 2 次复查正常后可改为 6 个月复查 1 次。此外,所有患者均完成 6 个月至 2 年的电话随访,详细记录随访期的并发症和复发情况。

1.3 疗效评价方法 临床有效率评定:治愈表现为术后 6 个月复检未发现 CIN;病变残留表现为术后 1 年内仍存在 CIN;病变复发表现为术后 CIN 消失,1 年后复检发现病变。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件进行统计,计数资料以率或构成比表示,行 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,行 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 两组患者术后恢复情况对比[n(%)]

组别	n	并发症				治疗疗效		
		宫颈粘连	出血	感染	合计	治愈	病变残留	复发
观察组	40	1(2.50)*	2(5.0)*	2(5.0)*	5(12.5)*	37(92.5)*	4(10.0)	1(2.50)*
对照组	40	7(17.5)	8(20.0)	11(27.5)	26(65.0)	30(75.0)	7(17.5)	7(17.5)
χ^2		5.000	4.114	7.440	23.226	4.501	0.949	5.000

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

随着细胞学联合阴道镜在宫颈病变检查中的广泛应用,CIN 的早期诊断率已得到明显提高;在微创外科手术发展情况下,其治疗方法也日益呈现多样化^[5-7]。

本研究结果显示,与 CKC 相比,LEEP 患者的平均手术时间、创面愈合时间及术中出血量均明显减少;术后并发症发生率和复发率亦有所降低,治愈率显著升高。CKC 对 CIN I~II 级的病变基本可以根除,但使用此方法手术时间长、术中出血多、术后并发症多、易发生宫颈粘连,且增加怀孕难度,严重影响患者的生活质量,且剥夺了患者术后再生育的权力^[8]。LEEP 是利用组织本身阻抗,通过金属电极产生的超高频电波发出瞬间高热,蒸发细胞内水分,并可产生电弧切割作用,以达到切割组织的目的^[9]。本研究认为,采用 LEEP 治疗 CIN 具有以下优势:(1)操作简便易行,耗时短、创伤小,临床安全性高。(2)CIN 病变潜伏期长且无典型临床症状,且存在多灶性特性,LEEP 切除组织可行病理检查,能够弥补阴道镜对颈管内暴露不清及宫颈管搔刮物对组织定位不准确等原因造成的漏诊和误诊,同时可确定宫颈病变严重程度^[10-11]。(3)术中不易构成宫颈和阴道壁粘连,患者愈合时间短,住院天数少,降低了治疗费用^[12];提高了患者术后生存质量。

综上所述,早期治疗 CIN 是预防宫颈癌的关键环节;LEEP 疗效确切、安全性高,既能降低宫颈癌的发病率,又能保留患者子宫,满足其生育要求,值得临床进一步推广应用。

参考文献

[1] 汪新妮,彭幼. LEEP 刀宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变临床疗效观察[J]. 中国医学创新,2012,9(3):50-52.
[2] 温兰妹,王永霞. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变临床观察[J]. 当代医学,2010,16(36):7-8.

2 结 果

2.1 临床手术情况 见表 1。与对照组比较,观察组手术时间、创面愈合时间明显缩短,术中出血量明显减少,各项差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组患者临床手术情况对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	创面愈合时间(h)
观察组	40	8.9±2.1*	15.3±2.5*	36.3±4.9*
对照组	40	23.5±3.7	36.8±6.8	51.6±6.8
t		32.265	16.384	8.712

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

2.2 术后恢复情况 见表 2。患者术后平均随访(13.7±3.12)个月。与对照组相比,观察组术后治愈率显著升高,并发症发生率和复发率显著降低,除病变残留外其余各项指标差异均有统计学意义($P<0.05$)。

[3] 李新婷. 环形电切术(LEEP)治疗宫颈上皮内瘤变的临床价值研究[J]. 当代医学,2010,16(16):44-45.
[4] 陆小飞. LEEP 刀宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变 102 例临床观察[J]. 生物医学工程学进展,2012,33(1):66-68.
[5] 钱菊芬,陶爱群. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变疗效比较[J]. 中国计划生育学杂志,2013,21(4):263-265.
[6] 冯兴梅. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤病变 92 例临床分析[J]. 中国卫生产业,2013,6(18):9.
[7] 陈建英. LEEP 刀宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的疗效分析[J]. 临床军医杂志,2013,41(4):412-414.
[8] 阎臻. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ级的疗效[J]. 中国卫生产业,2012,4(10):102-103.
[9] Xue HD, Li S, Sun F, et al. Clinical application of body diffusion weighted MR imaging in the diagnosis and pre-operative N staging of cervical cancer[J]. Chin Med Sci J, 2008,23(3):133-137.
[10] 李雅芬,盛建丹. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的临床疗效[J]. 中国妇幼保健,2011,26(14):2218-2219.
[11] 王颖. 宫颈环形电切术与传统冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变临床效果比较[J]. 中国社区医师:医学专业,2013,15(2):152-153.
[12] Wang Y, Wang G, Wei LH, et al. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer reduces surgical risks and lymph-vascular space involvement[J]. Chin J Cancer,2011,30(9):645-654.