

宫颈电环切术对宫颈上皮内瘤变患者妊娠结局的影响

章伟红

(广东省惠州市中信惠州医院妇产科, 广东 惠州 516006)

摘要:目的 探讨宫颈电环切术治疗宫颈上皮内瘤变的患者妊娠结局的影响,为宫颈上皮内瘤变患者的临床治疗提供理论基础,改善患者预后。**方法** 选取我院妇科 2008 年 6 月~2012 年 6 月间宫颈电环切术治疗宫颈上皮内瘤变并符合纳入标准的患者 204 例为观察组,选取同期入我院体检的健康女性并符合纳入标准的 300 例为对照组,对比分析两组女性的妊娠成功率、早产率、胎膜早破发生率及产褥期疾病的发生率。**结果** 两组女性早产率、胎膜早破发生率、妊娠成功率、产褥期疾病发生率差异无统计学意义($P < 0.05$);观察组的剖宫产率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 宫颈电环切术对宫颈上皮内瘤变患者的妊娠及其结局无明显影响,且不增加产褥期疾病的发生率。

关键词: 宫颈电环切术;宫颈上皮内瘤样病变;妊娠结局

中图分类号: R711.74 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2015)01-0080-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.034

宫颈上皮内瘤变(CIN)是一类宫颈上皮的癌前病变,具有早期浸润癌的潜力,一旦没有进行及时有效的干预就可能发展为宫颈浸润癌,进展周期约为 8~10 年,可因人的体质有所不同^[1]。因此,CIN 的早期诊断和治疗,对预防宫颈癌有积极意义,随着 CIN 的诊出率增高,CIN 治疗方法的选择引起了广泛争议^[2]。宫颈电环切术(LEEP)是在阴道镜的引导下,用一个金属丝结构的环型电极切除宫颈上皮转化区周围和其下的部分宫颈组织,其不仅可以切除子宫颈鳞柱交接的病灶,而且可以提供整个宫颈上皮转化区组织进行活检,以提高诊断的准确性,及早发现恶性病变^[2]。但是由于子宫颈腺体被切除,子宫颈管黏液分泌减少,致使精子进入子宫受阻,有提高不孕率的风险,因此 LEEP 术后是否影响妇女的生育一直备受关注。笔者对我院 2008 年 6 月~2012 年 6 月收治的 204 例 CIN 患者临床资料进行了随访统计分析,探讨 LEEP 对妊娠及其结局的影响。具体研究如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院妇科 2008 年 6 月~2012 年 6 月间收治的符合纳入标准并行 LEEP 治疗的 CIN 患者 204 例为观察组,同期选取我院进行体检的健康女性并符合纳入标准的 300 例为对照组。两组患者的平均年龄为观察组(29.7±3.4)岁,对照组(28.9±4.0)岁;BMI 指数观察组为(19.4±2.1) kg/m²,对照组为(19.2±1.7) kg/m²。两组年龄、BMI 指数比较差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①年龄≤40 岁;②无生育史;③未采取避孕措施的患者;④可获取完整资料。

1.3 排除标准 ①LEEP 术后切除子宫者;②无生育需求的患者或行绝育手术者;③年龄>40 岁者;④家庭中有不孕或不育患者的。

1.4 手术方法 患者排空膀胱,采取膀胱截石位,外阴及阴道内进行常规消毒铺巾,使用窥阴器充分暴露阴道。①麻醉方式:可采用全麻或局部麻醉,局部麻醉可分别于子宫颈旁 5、7、9 点钟注射 10%利多卡因,并注射垂体后叶素或加压素 10 单位混合液防止术中出

血。②病灶范围的确定:子宫颈表面涂抹卢戈氏液,根据着色情况确定病灶范围。③LEEP 治疗:采用 TUM 2000 型高频电刀,选用切割及电凝混合的输出电流,对于不同深度及宽度的手术,选取不同直径的电环,用环状电极切除病灶。切除时应先将电环放于病灶外正常子宫颈处,垂直方向插入组织约 7~8 mm 处开始切割,在进行切割时应跟随电极切割时自身的动力自然移动,切勿对电环施加压力,从子宫颈一侧慢慢切割至另一侧,完成后提起电环并取出电切病灶。手术过程中应注意切除范围应在病变的转化区以外 3 mm,深度在 5~7mm,若转化区很宽应注意多点取材(如前唇、后唇、宫颈管内),切除组织送病理科切片检查^[3]。

1.5 随访与观察指标 术后随访 2 年,主要通过电话随访,根据患者住院期间留下的电话联系方式,进行回访。收集两组女性妊娠情况,包括妊娠周数、妊娠时间、妊娠结局与终止妊娠的方式,以及产褥期并发症情况,包括乳腺炎发生率、产褥感染率、痔疮发病率、贫血发病率。对于患者记忆不清楚,或失去联系的病例直接舍去。

1.6 统计学分析 采用 SPSS 软件进行数据分析,计数资料的两组间比较采用 χ^2 检验,计量资料的两组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 妊娠情况 两组女性妊娠成功例数分别为:观察组 143 例(70.10%),对照组 213 例(71.00%),经比较差异无统计学意义($P > 0.05$);两组成功妊娠女性早产率、胎膜早破发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组剖宫产率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组女性妊娠情况对比 (n,%)

组别	n	妊娠成功	胎膜早破	早产	剖宫产
观察组	204	143(70.10)	22(15.38)	12(8.39)	110(76.92)
对照组	300	213(71.00)	32(15.02)	18(8.45)	41(19.25)
χ^2		0.048	0.002	0.003	93.771
P		0.827	0.967	0.956	<0.001

2.2 产妇产褥期疾病发生率 两组成功妊娠女性产后乳腺炎、产褥感染、痔疮、贫血的发病率差异无统计学意义,总发病率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 两组产妇产褥期疾病发生率比较 ($n, \%$)

组别	n	乳腺炎	产褥感染	痔疮	贫血	总发病率
观察组	143	2(1.99)	3(2.98)	9(6.29)	8(5.59)	22(15.38)
对照组	213	3(1.41)	3(1.41)	13(6.10)	15(7.04)	34(15.96)
χ^2		<0.001	0.245	0.005	0.297	0.022
P		0.994	0.620	0.942	0.586	0.883

3 讨论

CIN 是常见的癌前病变的一种,亦是宫颈癌的危险因素。有研究证明^[4],CIN 从 I 级进展为宫颈癌的风险为 15%,CIN 每进展一级风险增高 15%。临床当中常采用冷冻、电凝和激光气化以及冷刀锥切、子宫切除等治疗手段,采用前面 3 种方法虽然可以保留患者的生育能力,但是却没有办法提供组织标本来进一步地进行病理诊断,从而会导致对少数镜下浸润癌出现误诊及误治情况^[5]。而采用冷刀锥切和子宫切除进行治疗,虽然能够提取患者的组织标本进行病理诊断,但是患者需要住院和麻醉情况下才能完成手术,增加了患者的治疗费用,而且行子宫切除术后无法保留生育能力。采用 LEEP 清除宫颈病灶,在门诊即可进行,手术方便,且能够提供子宫颈病灶进一步地做病理检查,减少误诊误治的发生,保留生育功能。LEEP 主要是通过高频电刀环切宫颈上皮移行带以及宫颈下以及周围的部分组织,作为对宫颈癌前病变的治疗^[6]。该手术虽然保留生育功能但由于宫颈黏液的流失,导致分泌的宫颈管黏液减少,阻碍了精子由阴道进入到子宫内;另一方面由于需要对宫颈组织进行切除,无法保持其完整性,会导致宫颈瘢痕狭窄,不利于分娩时的宫颈扩张,影响患者术后的受孕能力。有研究对 545 例采用 LEEP 的患者进行术后随访,随访时间为 3 年,并与未进行 LEEP 的妇女作了对比,研究结果显示^[7],观察组的妊娠率是 8.5%,对照则是 7.4%,两组差异并无统计学意义。本研究中观察组患者术后 2 个月,其宫颈功能均基本恢复到常态,于排卵期进行观察可发现黏液栓,所以本研究认为 LEEP 并不会对受孕功能造成太大的影响。

不少的研究^[8-10]认为采用 LEEP 会对妊娠结局造成一定的影响,这主要是考虑到以下两个方面:①采用 LEEP 可能会将部分的结缔组织切除掉,导致宫颈组织缺乏弹性,对宫颈的伸展机能造成影响;②采用 LEEP 可能会切除掉少数可以用来分泌黏液的组织,黏液分泌减少,造成病原微生物的入侵形成感染,引发炎症等并发症,导致胎膜早破。但是也有研究表

明^[11],采用 LEEP 进行治疗,其妊娠的足月产儿仍占到大部分,且早产率对比差异无统计学意义。本研究对两组比较分析发现 LEEP 治疗 CIN 患者的妊娠结局和产褥期疾病的发生率与正常人群差异均无统计学意义($P > 0.05$),与上述研究相似。但两组人群的剖宫产率差异有统计学意义,且观察组的剖宫产率远远高于对照组(76.92% > 19.25%)。这可能是由于 CIN 是剖宫产的指征之一,且 CIN 患者的子宫往往有病变,自然娩出的能力下降,因此临床医生为降低风险往往会建议产妇行剖宫产,这导致观察组的剖宫率大幅度上升。

综上所述,CIN 严重威胁着女性健康,LEEP 对 CIN 治疗的副作用较小,对妊娠及其结局并无显著影响。临床治疗年轻,未生育且有生育需求的 CIN 患者可以采用 LEEP 术治疗,应予以推广。

参考文献:

- [1] 蒙玉刚,杨芳,翟艳芝. 阴道镜下 3 种诊断宫颈上皮内瘤变的方法比较[J]. 广西医科大学学报,2012,29(6):883-884.
- [2] 虞善芝,赵仁峰,吴玉英,等. LEEP 术中宫颈管黏膜环切预防宫颈柱状上皮外翻的效果分析[J]. 广西医学,2014,36(8):1058-1060.
- [3] 杨超,张虹,刘宋宋. 宫颈冷刀锥切术诊治宫颈上皮内瘤变 III 级 320 例临床分析[J]. 现代妇产科进展,2012,21(11):829-832.
- [4] 陈敬华,唐晖. 中晚期宫颈癌同步放化疗的临床研究[J]. 中国性科学,2012,21(7):51-53.
- [5] Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia [J]. Journal of the National Cancer Institute, 1993, 85(12):958-964.
- [6] 黄晶晶,朱云霞,刘小林,等. 144 例子宫颈电环切术后妊娠结局与分娩情况的回顾性分析[J]. 中国妇产科临床杂志,2013,14(5):477-478.
- [7] 高青翠. LEEP 刀治疗宫颈上皮内瘤变后对妊娠分娩方式的影响研究[J]. 中国综合临床,2013,29(5):449-451.
- [8] Moyer AV, Le Fevre ML, Siu AL, et al. Screening for cervical cancer: U. S. Preventive services task force recommendation statement[J]. Ann Intern Med, 2012, 156(12):880-891.
- [9] 王娟,胡建铭. 宫颈电环切术对妊娠结局影响的 Meta 分析[J]. 实用妇产科杂志,2009(25):41-43.
- [10] 颜碧明. 宫颈上皮内瘤变宫颈电环切术对患者妊娠结局的影响[J]. 中外医疗,2014,16:12-13.
- [11] 刘雪琴. 子宫颈上皮内瘤变患者行宫颈环切术对妊娠结局的影响[J]. 中国优生与遗传杂志,2011,19(4):59-60.

收稿日期:2014-12-29;修回日期:2015-01-07