

宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变 180 例临床观察

韦海桃, 刘莉, 潘敏, 林丽丽, 谢小敏

(广西壮族自治区南溪山医院妇科, 广西 桂林 541002 E-mail: 479158072@qq.com)

摘要: **目的** 观察宫颈环形电切术(LEEP)治疗宫颈上皮内瘤变(CIN)的临床疗效,探讨 LEEP 治疗 CIN 的临床价值。**方法** 对 180 例 CIN 并行 LEEP 术患者的临床资料进行回顾性分析,观察手术时间、术中出血量、术后宫颈塑形及随访情况,并比较手术前后病理结果。**结果** LEEP 治疗 CIN 平均手术时间(8.0±1.2) min,平均出血量(10.0±1.3) ml,术后宫颈塑形满意率 91.11%,一次性治愈率 97.78%,手术前后病理符合率 77.22%。**结论** LEEP 治疗 CIN 操作简便,手术时间短,术中出血少,损伤小,成功率高,是诊断和治疗 CIN 安全有效的方法,对早期诊断宫颈癌也具较高的临床价值。

关键词: 宫颈环形电切术;宫颈上皮内瘤样病变;临床观察

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2016)06-0601-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.06.015

宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)是一组与宫颈浸润癌密切相关的癌前病变,其发展为宫颈癌的时间约为 10 年,反映了宫颈癌连续发展的过程,是宫颈癌发展的重要阶段^[1]。近年来宫颈癌的发病率呈上升趋势且年轻化,而 CIN 是宫颈癌发展的重要阶段,因此早期诊断和合理、有效治疗 CIN 非常必要,对预防宫颈癌具有关键性的作用。而宫颈环形电切术(LEEP)是近年来用于治疗 CIN 的主要方法,现就本院收治的 180 例行 LEEP 术的 CIN 患者报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月—2015 年 6 月在我院门诊诊断为 CIN 且自愿接受 LEEP 术治疗的 180 例女性患者,年龄 21~66 岁,均已生育,平均年龄 39.5 岁,所有患者均行宫颈细胞学涂片检查(TCT)、人类乳头状病毒(HPV)检测及阴道镜宫颈活检病理检查。其中 CIN I 43 例(23.89%),CIN II 122 例(67.78%),CIN III 15 例(8.33%)。患者主要症状有白带增多、血性白带、接触性出血及腰骶部不适等。手术选择在月经干净后 3~7 d 进行,术前 3 d 禁止性生活,并检查白带、血常规、出凝血时间和输血前检查,并排除高血压、严重全身性疾病等不适宜手术患者,术前体温控制在 37.5℃ 以下,对有严重的、急性的阴道炎、宫颈炎、盆腔炎必须给予充分治疗,特别是阴道用药,以减少术中出血及术后感染的机会。

1.2 LEEP 手术方法 所有患者均行 LEEP 手术治疗。手术选在患者月经干净后 3~7 d。取膀胱截石位,常规消毒外阴及阴道,予静脉全身麻醉。应用深圳

市金科威实业有限公司生产的 HF-120B 型妇科专用高频电波刀,电切输出功率为 45~50 W,电凝输出功率为 40~45 W,术前宫颈涂 2% 碘溶液显示病变周界,选择合适型号电刀头,切除包括病灶及病变边界外 0.5 cm 的正常组织,深度视病变级别而确定,一般约 1.5~2.5 cm,从宫颈 6 点处开始顺时针方向、匀速进行,速度适中,速度太快易导致出血量大且起不到止血作用;太慢则使手术时间太长,热烫伤重,脱痂时出血机率高,增加标本碳化机会,影响病理诊断结果。如宫颈病变较大,允许多次补切,切除的组织与切缘组织标记后分别送快速冰冻病理及常规石蜡切片病理检查,术毕创面予以球状电极止血,并予碘纺纱条 1 条填塞压迫止血,24~48 h 取出纱条并予创面再次涂抹外用溃疡散促进愈合。术后常规使用抗生素 2 d,禁性生活及盆浴 3 个月,注意保持外阴的清洁卫生,避免重体力劳动、骑车等剧烈运动,对围绝经期及绝经后患者,术后给予适当雌激素,以增强阴道抵抗力,减少创面渗液和脱痂出血,使创面早日修复。

1.3 术后诊断方法 所有标本均送我院病理科行快速冰冻病理及常规石蜡切片病理检查。

1.4 术后随访及处理 所有患者分别于术后 1 周、2 周、1 个月、2 个月、3 个月复诊并观察记录出血量、阴道分泌物和宫颈恢复的情况;术后 1 年内每 3 个月复查 1 次,包括常规妇科检查、TCT 检查和 HPV-DNA 检测。上述检查连续 2 次阴性者可每半年检查 1 次,第 2 年后可每年复查 1 次。如半年内有 CIN 持续存在,则需进行进一步治疗。

1.5 疗效判定标准^[2] 术后半年无 CIN 病变存在为

治愈;术后锥切边缘发现 CIN 为手术残留;术后无 CIN 病变存在,但 1 年后发现 CIN 为复发。

1.6 术后宫颈恢复情况 宫颈塑形满意指术后 3~6 个月宫颈修复,再生的宫颈光滑、弹性好。宫颈塑形不满意指术后 3~6 个月宫颈外口柱状上皮外翻、宫颈有息肉样增生、红斑、宫颈口狭窄或松弛等。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件对数据进行统计分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用百分位数描述。

2 结果

2.1 手术情况

2.1.1 手术时间 手术时间为 5~20 min,平均(8.0 ± 1.2) min,其中 5~15 min 162 例,15~20 min 18 例。

2.1.2 术中出血量 出血量 2~100 ml,平均(10.0 ± 1.3) ml,轻度病变几乎不出血或出血极少,宫颈重度糜烂及较肥大者出血较多,其中 2~10 ml 164 例(91.11%),10~20 ml 14 例(7.78%),2 例(1.11%)出血量相对多,超过月经量,约 100 ml。

2.2 术后创面情况及 CIN 治疗结局 患者在术后 1 周阴道分泌物较多,呈淡黄色或淡红色,宫颈创面痂皮形成;第 2 周痂皮开始脱落,部分毛细血管断裂,创面有渗血现象,大多数出血极少,无需特殊处理(本组有 2 例出血较多,1 例创面予涂抹外用溃疡散加纱布压迫 48 h,1 例再次予电凝止血后出血停止)。患者术后第 3~4 周创面鲜红,已有新鲜上皮生长;6~8 周创面基本恢复正常。所有 CIN I 及 CIN II 患者全部治愈,15 例 CIN III 患者中 4 例残留,无复发病例。一次性治愈 176 例,治愈率为 97.78%(见表 1),二次性治愈 3 例,总有效率 99.44%,无严重并发症发生,术后半年复查宫颈 TCT 结果均正常,未见 CIN。

表 1 CIN 治疗结局

CIN 类型	n	治愈	残留	复发
CIN I	43	43	0	0
CIN II	122	122	0	0
CIN III	15	11	4	0
合计	180	176	0	0

2.3 手术前后病理结果比较 180 例患者中,手术前后病理分级一致有 139 例(77.22%),升级 7 例(3.89%),降级 34 例(18.89%),手术前后病理符合率 77.22%。见表 2。

表 2 手术前后病理结果对照

术前病理	n	术后病理					符合率 (%)
		慢性宫颈炎	CIN I	CIN II	CIN III	原位或浸润癌	
CIN I	43	11	30	2	0	0	69.77
CIN II	122	4	16	98	4	0	80.33
CIN III	15	0	0	3	11	1	73.33
合计	180	15	46	103	15	1	77.22

2.4 术后宫颈恢复情况 本组 180 例患者中,164 例宫颈表面光滑、弹性好、宫颈口无狭窄或松弛;9 例出现宫颈口柱状上皮外翻或红斑;3 例年龄大于 45 岁术中冰冻病理提示 CIN III 级累及腺体,2 例 CIN II 级,1 例为 66 岁绝经后 CIN I 级患者,均因心里负担较大而强烈要求行全子宫切除术,1 例术后病理为浸润癌行根治术。术后 3 个月白带减少、无接触性出血。术后宫颈塑形总体满意率为 91.11%。见表 3。

表 3 LEEP 术后宫颈塑形情况

术前病理	n	满意	不满意	满意率 (%)
CIN I	43	40	3	93.02
CIN II	122	113	9	92.62
CIN III	15	11	4	73.33
合计	180	164(91.11)	16(8.89)	

3 讨论

宫颈癌是全球女性生殖系统最常见的恶性肿瘤之一,据报道,我国宫颈癌的发病率以每年 2%~3% 的速度上升,给女性生命健康带来极大威胁。宫颈癌的发生发展与多种因素综合作用有关,包括 HPV 感染、性生活过早(小于 16 岁)、多个性伴侣、早年及多次分娩、性传播疾病、免疫力低下等^[3]。宫颈癌的潜伏期较长,其中有一可逆转的癌前病变期,即 CIN 期,这就为宫颈癌的临床防治提供了较充裕时间。因此学者们也都在致力研究宫颈癌前病变的筛查、治疗,如果在癌前病变期就能进行有效预防和治疗,就可以大大降低宫颈癌的发生率和死亡率。

CIN 是指发生在宫颈上皮内、但基底膜尚未遭到破坏的一组病变的统称,包括宫颈不典型增生和宫颈原位癌,是一组与宫颈浸润癌密切相关的癌前病变。根据宫颈上皮细胞异型增生的程度及宫颈受累范围,临床将 CIN 分为 I、II 和 III 级,通常 CIN 有 3 个转归:①自然消退(或逆转);②持续不变(或病变稳定);③进展(或癌变)。约 20% CIN II 会发展为 CIN III,5% 发展为宫颈浸润癌,CIN 发展为宫颈原位癌和宫颈浸润癌

的风险分别是正常宫颈上皮的20倍和7倍^[4]。研究证实^[5],女性在育龄阶段最易感染及复制HPV病毒,故CIN好发于育龄期妇女,也是育龄期妇女宫颈的常见疾病,由于子宫是女性的重要器官,切除子宫对女性生理和心理均会造成严重的负面影响,特别是对生育年龄的女性,无疑是沉重的打击,这就决定了治疗CIN的策略要基于患者的具体情况来进行选择。LEEP术是治疗宫颈病变的一种微创手段,既保留了子宫,提高了患者的生活质量,同时又兼有诊断和治疗双重价值。

LEEP术是法国学者Cartier于20世纪80年代后期发明、近年发展起来的一种新型的电切微创疗法,其原理是通过高频电刀产生高频电波,在接触组织的瞬间,利用组织本身的抗阻吸收电波瞬间产生高热,使细胞内水分形成蒸汽波来完成切割而达到治疗目的^[6]。由于LEEP刀对组织的热损伤小,在切除宫颈时不使切缘发生碳化而可以获得完好组织标本,因此不影响组织病理学诊断^[7-8],从而能够准确判断间质有无浸润,并可确诊微小浸润癌,减少早期宫颈癌漏诊率;同时LEEP刀兼具电灼、切割及止血等功能,可以封住毛细血管和淋巴,降低血管转移危险性,将诊断和治疗一次完成。LEEP术与其它治疗方法如冷刀锥切、电凝疗法等相比,具有操作简便、手术时间短、术中出血少等特点,适合基层医院开展,同时由于创伤小、术后恢复快、并发症少等优势,目前被越来越多地应用于CIN的治疗^[9]。在本组患者中,平均手术时间(8±1.2)min,平均出血量(10±1.3)ml。由于LEEP刀切除组织边缘无碳化区,术后宫颈可恢复正常的鳞柱交界,不损伤宫颈功能、不留瘢痕等优点^[10],术后40d左右创面基本愈合,因此也便于随诊。本组患者经LEEP刀治疗后,术后白带减少、无接触性出血,6~8周复诊见宫颈光滑,外观基本恢复了自然状态,术后宫颈塑形满意率达91.11%。所有患者随访6~24月,一次性治愈176例,一次性成功率达97.78%,二次性治愈3例,有效率为99.44%,随访中未发现宫颈粘连或松弛,无严重并发症发生。

在本组研究中有4例残留,其中1例术后病理为宫颈浸润癌开腹行宫颈癌根治术,其余3例随诊1年未复发,因而即使切口边缘阳性亦不需立即治疗,但需密切随访观察,如阴道镜下活检及颈管搔刮术表明复发则应再次治疗或行子宫切除术。LEEP术导致病灶残留可能与以下因素有关:病变范围大、呈多灶性,位

置相对较深,另外还与术者对LEEP刀的操作熟练程度和LEEP锥切范围相对小有关系。本组180例手术患者,术后病理升级有7例(3.89%)、降级的有34例(18.89%),手术前后病理符合率77.22%。LEEP术后病理诊断级别下降,其原因可能是阴道镜定位活检时将微小病灶摘除或最严重的病变部位已被取出,而病理诊断升级可能是阴道镜取材有限、无法取得宫颈管内病变造成漏诊有关。

近年来LEEP术的临床应用,有效阻断了宫颈癌前病变进展为宫颈癌,明显降低了宫颈癌的发病率。以上结果表明LEEP术操作简便,手术时间短,术中出血少,损伤小,安全有效,成功率高,可作为CIN的首选治疗手段,同时对早期诊断宫颈癌具有较高的临床价值。

参考文献:

- [1] 章伟红. 宫颈电环切术对宫颈上皮内瘤变患者妊娠结局的影响[J]. 右江民族医学院学报, 2015, 37(1): 80-81.
- [2] 陆丽君, 马建婷. 宫颈电环锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ的临床疗效[J]. 浙江临床医学, 2015, 17(2): 237-238.
- [3] 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.
- [4] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 630.
- [5] 黄宇萍, 朱林平. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变的疗效观察[J]. 广西医学, 2011, 33(9): 1147-1149.
- [6] 沈思宏. 宫颈环形电切术与冷刀宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤样病变的疗效观察[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2010, 17(11): 878-879.
- [7] 沈铿, 郎景和, 黄惠芳, 等. 子宫颈锥切术在子宫颈上皮内瘤病变诊断和治疗中的价值[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(5): 264-266.
- [8] 王薇. LEEP刀治疗慢性宫颈炎100例分析[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(1): 42-43.
- [9] 张冬云, 裴静, 李冰, 等. 宫颈病变LEEP锥切术后宫颈功能形态改变的临床观察[J]. 现代妇科进展, 2006, 15(8): 634-635.
- [10] 虞善之, 马刚, 吴玉英, 等. 宫颈环形电切术治疗Ⅱ、Ⅲ宫颈上皮内瘤变60例临床分析[J]. 广西医学, 2010, 32(1): 57-59.

收稿日期: 2016-09-04; 修回日期: 2016-11-21