

对比分析宫颈环形电切术(LEEP)、宫颈冷刀锥切术(CKC)治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ级的临床作用

朱洪波 苑丹

松原市前郭县医院

[摘要]目的: 分析对于宫颈上皮内瘤变Ⅲ级患者应用宫颈环形电切术或者宫颈冷刀锥切术的治疗价值。方法: 观察组为宫颈冷刀锥切术治疗, 对照组为宫颈环形电切术治疗。结果: 手术时间、住院时间、术中失血量、住院费用观察组均长于/多于对照组 $P < 0.05$, 以术后阴道流血时间观察组短于对照组 $P < 0.05$; 术后病理升级率、一致率、降级率2组相比均无明显差异 $P > 0.05$; 治愈率观察组高于对照组 $P < 0.05$, 切缘阳性率、复发率观察组均低于对照组 $P < 0.05$, 病变持续存在率2组相比均无明显差异 $P > 0.05$ 。结论: 在宫颈上皮内瘤变Ⅲ级治疗中宫颈环形电切术的手术时间与住院时间短、失血量少, 而宫颈冷刀锥切术的治愈率高且复发率低。

[关键词] 宫颈上皮内瘤变; Ⅲ级; 宫颈环形电切术; 宫颈冷刀锥切术; 价值

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6288.2020.02.936

宫颈上皮内瘤变是常见妇科疾病, 该疾病与子宫浸润癌之间存在相关性, 是女性群体发病率较高的宫颈病变, 其高发年龄段为25~35岁。依据病理学特征可将其分为三级, 其中部分I级和少数II级患者能够自愈, 大部分III级患者需要进行手术治疗从而预防宫颈癌变。宫颈上皮内瘤变的发生与HPV感染、多产、性生活过早等因素有关, 多数患者并无明显症状表现, 少部分患者具有阴道排液增多、性交后接触性出血等症状。对于宫颈上皮内瘤变患者的治疗手段可分为药物治疗、手术治疗以及物理治疗, 其中药物治疗以及物理手段治疗的复发率较高^[1]。现阶段手术治疗是对宫颈上皮内瘤变III级患者的主要治疗措施, 比较典型的手术为宫颈环形电切术以及宫颈冷刀锥切术。以下将分析对于宫颈上皮内瘤变III级患者采用此两种手术进行治疗的临床价值。

一、资料与方法

(一) 常规资料

病例选取自2019年1月~2020年1月我院均确诊为宫颈上皮内瘤变III级, 共计74例, 随机数字表法予以平均分组, 均为37例, 观察组年龄分布于26~57岁, 均数(36.8±2.5)岁; 体重44.6~78.5kg, 均数(57.6±2.5)kg。对照组年龄分布于24~58岁, 均数(36.7±2.6)岁; 体重44.3~78.9kg, 均数(57.7±2.4)kg。2组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准: 1. 符合宫颈上皮内瘤变的诊断标准, 且通过宫颈细胞学筛查、组织病理学检查等得以确诊, 且属于III级; 2. 对研究方案知晓并征得知情同意; 3. 手术依从性好, 各临床资料完善; 4. 麻醉ASA分级I~II级。排除标准: 1. 罹患各类恶性肿瘤者; 2. 具有凝血功能障碍者; 3. 存在重度心肺肾等脏器功能病变者; 4. 罹患精神疾病者; 5. 罹患滴虫性阴道炎患者假丝酵母菌性阴道炎者; 6. 研究中途退出或失访者; 7. 妊娠期/哺乳期患者。

(二) 方法

2组患者术前一天均严格避免性生活, 手术时间为月经

彻底干净后的3~7天内, 并于术前对患者实施心电图、血常规、白带等相关检查, 在术前2天对患者进行阴道冲洗, 1次/天, 于术前1天晚间和数日当天清晨对其阴道进行碘伏消毒, 罹患阴道炎、宫颈炎等妇科疾病患者需给予治疗, 在其炎症充分控制后可继续进行手术治疗。观察组为宫颈冷刀锥切术治疗, 术中给予硬膜外麻醉, 患者为膀胱截石体位, 外阴与阴道充分消毒, 进行手术铺巾。借助金属导尿管进行膀胱排空, 使宫颈获得充分显露, 无菌钳夹对宫颈上下唇进行夹住并适当向外牵拉, 获得宫颈充分扩张后在其宫颈3点处以及9点处借助细针给予止血液5ml进行注入, 与病灶外缘之间相距0.5~1cm处通过手术刀做环形切口, 控制深度0.2cm左右, 进一步向其宫颈肌层适当倾斜, 遵循由浅入深的原则实施圆锥形切除, 控制长度2~2.5cm左右。手术创面充分止血, 通过可吸收缝线进行缝合, 对于宫颈外口进行重建, 确保其解剖形态得以有效恢复, 宫颈伤口内给予凡士林纱条进行置入, 阴道内放置碘仿纱布条进行压迫止血, 并于手术后48小时将碘仿纱布进行取出, 以及术后72小时将凡士林纱条进行取出, 创面充分检查, 并于手术后提供止血以及抗感染等治疗。对照组为宫颈环形电切术治疗, 术中为腰硬联合麻醉, 维持膀胱截石体位, 外阴充分消毒, 使宫颈获得显露。对宫颈利用5%醋酸以及卢格氏碘液进行涂抹, 结合其病变范围应用相应型号宫颈环形电刀和手术三角电圈, 功率为25~50W, 以及频率为3.8MHz, 在其病变外缘大约3~5mm处通过环形垫圈保持顺时针旋转进行病变切除, 需结合其病变情况来决定切除深度, 通常为15~25mm, 对于病变较大者则可通过环形垫圈对其病变宫颈组织进行扩大切除, 之后以球形电极进行妥善电凝止血, 在手术后提供抗感染治疗和止血治疗。2组患者均指导手术后2个月禁止性生活以及盆浴。

(三) 评价准则

1. 记录2组患者的围手术期指标, 如手术时间、住院时间、术中失血量、住院费用以及术后阴道流血时间。2. 统计2组患者的术后病理情况, 分为升级、一致和降级。3. 2组患者

表1 围术期指标2组间相比 (\bar{x} false \pm s)

分组	n	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术中失血量 (ml)	住院费用 (元)	术后阴道流血时间 (d)
观察组	37	29.69 \pm 3.62	7.26 \pm 1.15	52.62 \pm 10.15	6265.95 \pm 263.35	7.79 \pm 1.62
对照组	37	15.36 \pm 4.07	4.91 \pm 1.03	18.96 \pm 3.62	4329.59 \pm 185.67	12.65 \pm 2.06
t值		8.635	4.362	13.635	19.685	6.362
p值		0.006	0.031	0.000	0.000	0.020

表2 术后病理情况2组间相比[n(%)]

组别	例数	升级	一致	降级
观察组	37	4 (10.81)	22 (59.46)	11 (29.73)
对照组	37	5 (13.51)	22 (59.46)	10 (27.03)
χ^2 值		0.635	-	0.362
p值		0.175	-	0.908

术后随访12个月评估其手术效果,治愈:即术后随访期间未见宫颈上皮内瘤变;疗效不佳:术后随访中组织病理学检查提示存在残留(切缘阳性)或病变持续存在;复发:术后6个月出现宫颈上皮内瘤变,甚至浸润癌

(四) 统计学方法

文中数据行SPSS22.0分析,计量资料数据标准差为(\bar{x} false \pm s),数据实施t检验,计数资料表示为[n(%)],数据实施 χ^2 检验,P<0.05代表存在统计学意义。

二、结果

(一) 围术期指标2组间相比

手术时间、住院时间、术中失血量、住院费用观察组均长于/多于对照组P<0.05,以术后阴道流血时间观察组短于对照组P<0.05。

(二) 术后病理情况2组间相比

术后病理升级率、一致率、降级率2组相比均无明显差异P>0.05。

(三) 手术疗效2组间相比

术后随访期间观察组治愈31例(83.78%),切缘阳性2例(5.41%),病变持续存在3例(8.11%),复发1例(2.70%),对照组治愈23例(62.16%),切缘阳性8例(21.62%),病变持续存在2例(5.41%),复发4例(10.81%),治愈率观察组高于对照组P<0.05,切缘阳性率、复发率观察组均低于对照组P<0.05,病变持续存在率2组相比均无明显差异P>0.05。

三、讨论

宫颈环形电切术是近年来对于妇科宫颈疾病患者的常用治疗手段,通过高频电波刀能够对宫颈上皮病变组织进行环形切除,具有简单快捷、疗效确切和安全有效等优势,同时可实现对本病的病理检查,也有助于减少术中失血量并降低

缝合操作难度。然而在进行宫颈环形电切时手术电刀可能产生烧灼甚至热损伤,这对患者组织切缘的术后病理诊断造成一定影响,最终影响宫颈病变患者的疾病确诊^[2]。宫颈冷刀锥切术的手术操作时间较长以及失血量较高,然而在切除操作过程中不会导致宫颈创面产生焦痂,有助于减少术后出血量,缩短组织渗液时间,该手术能够实现大范围完整切除宫颈组织,这也为患者术后宫颈病变的良恶性确定奠定了重要基础,有利于确保患者术后病理诊断中的有效性^[3]。从本次的分析结果来看,观察组的手术时间、住院时间更长以及失血量更多,而手术后患者的阴道流血时间较对照组缩短,手术后两组患者的病理分级情况无明显差异,随访期间观察组治愈率更高,同时切缘阳性率以及复发率更低。这提示,两种手术方案的应用各具其优势,然而宫颈冷刀锥切术的治愈率更高且预后更好,更具临床应用价值。

综上所述,在宫颈上皮内瘤变III级治疗中宫颈环形电切术的手术时间与住院时间短、失血量少,而宫颈冷刀锥切术的治愈率高且复发率低。

参考文献:

[1] 宋欢欢,刘荣欣,王艳丽.宫颈冷刀锥切术和宫颈环形电切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变的效果分析[J].临床医学,2019,39(1):70-71.

[2] 李燕华,韩真.子宫环形电切术与冷刀锥切术治疗子宫颈上皮内瘤变的对比分析[J].特别健康,2019,26(21):164.

[3] 张宏婷,张春利.宫颈上皮内瘤变治疗中应用宫颈环形电切术与传统冷刀锥切术治疗的效果比较[J].中国保健营养,2019,29(19):287-288.