

宫颈环形电切除术治疗宫颈癌前病变的价值

常 青

河北省武安市第一人民医院妇科 河北武安 056300

摘要: **目的:** 本次研究主要对临床宫颈癌前病变患者, 科学选用宫颈环形电切除术开展治疗的效果。**方法:** 本次研究在2021年2月-2022年2月开展, 研究对象是我院的70例宫颈癌前病变患者, 患者经随机组合分成研究组和对照组, 研究组患者开展宫颈环形电切除术治疗, 对照组患者开展药物保守治疗, 对两组患者的临床治疗效果以及HR-HPV感染率、宫颈leep术后切缘阴性率、HPV转阴率、术后随诊复发率开展比较。**结果:** 研究组患者的临床治疗有效率高于对照组, 宫颈leep术后切缘阴性率与HPV转阴率高于对照组, 术后随诊复发率低于对照组, 在患者治疗18个月后对其进行随访, 研究组患者的HR-HPV感染率为2.86% (1/35), 对照组患者的HR-HPV感染率为14.29% (5/35), 研究组患者的HR-HPV感染率低于对照组 $p < 0.05$ 。**结论:** 临床宫颈癌前病变患者需开展治疗, 治疗方式采取宫颈环形电切术, 可以让患者有更加好的恢复。

关键词: 宫颈癌前病变; 宫颈环形电切除术; 药物

宫颈癌是临床所判定的恶性肿瘤, 该肿瘤会在很大程度上让女性患者的健康受损, 值得注意的是该疾病的死亡率相对较高。大多数宫颈癌患者的发病原因是HR-HPV感染。癌前病变需要经过比较长的时间发展才会演变为宫颈癌, 若患者可以在临床中及时的发现癌前病变, 及时进行相关的治疗干预, 则能够很好的控制病情发展。本次研究中对女性患者开展宫颈环形电切除术治疗, 相关研究信息如下所述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究在2021年2月-2022年2月开展, 研究对象是我院的70例宫颈癌前病变患者, 患者经随机组合分成研究组和对照组, 两组的患者数量均为35例。研究组患者年龄分布在23-51岁范围内, 年龄平均范围是 (37.89 ± 2.05) 岁, 组中含有10例慢性宫颈炎患者, 含有9例宫颈糜烂患者, 含有8例宫颈息肉患者, 含有8例宫颈上皮内瘤变患者。对照组患者年龄分布在24-54岁范围内, 年龄平均范围是 (37.95 ± 2.19) 岁, 组中含有7例慢性宫颈炎患者, 含有9例宫颈糜烂患者, 含有10例宫颈息肉患者, 含有9例宫颈上皮内瘤变患者。对比研究组和对照组患者的临床基础资料, $p > 0.05$ 。

纳入标准: (1) 患者均经临床确诊为宫颈癌前病变; (2) 患者没有出现显著的不适症状; (3) 患者均表示对研究有清晰了解; (4) 患者出现的症状包括但不限于白带异常、阴道流血。**排除标准:** (1) 患者存在心肺功能不全的情况; (2) 患者具有控制难度大的的糖尿病、高

血压疾病; (3) 患者存在精神障碍; (4) 患者存在术后病灶切缘是阳性; (5) 患者存在宫颈癌。

1.2 方法

对照组患者能够根据医生嘱咐采取激光治疗, 或采取微波治疗, 或采取阴道局部上药治疗。研究组患者积极采取子宫颈环形电切术医治, 手术未进行之前, 医护人员带领患者开展血常规检查, 带领患者开展尿常规检查, 带领患者开展白带常规检查, 带领患者开展心肝肾功能生化检查, 带领患者开展凝血功能检查。患者需要等待当月的月经结束, 再在3-7d内接受手术医治, 患者膀胱截石位为手术开端, 患者局部皮肤需要接受临床普通的消毒处理, 尽最大程度让患者宫颈管暴露在外, 患者在接受麻醉的时候所用药物是利多卡因。若患者疾病表现为临床宫颈炎性病变, 医生能够选择球型电极头来治疗患者, 电极头的直径分布在3-5mm范围内, 球型电极头可以实现患者宫颈病灶的有效电熨处理, 电熨治疗的范围涵盖病灶外缘组织0.3cm。若患者疾病表现为宫颈赘生物病变, 具体表现为宫颈肌瘤或者是宫颈息肉, 患者赘生物可以借助环形电极来切除, 生育创面需止血处理, 此时可借助球型电极头来开展电凝止血。如果疾病经临床确认是宫颈上皮内瘤样病变, 临床可选择三角形电极刀来对患者实施相关治疗, 医治时的方向为顺时针, 患者病灶组织能够通过旋转来剔除, 病变切除深度不可小于1.5mm, 但也不能比2.0mm大, 在患者病变组织边缘内需要切除的范围临界值是0.5cm, 患者创面止血所运用的药物是甲酚磺醛, 医护人员带领患者实施宫颈组织

病理检查, 手术后患者需遵从医生嘱咐应用抗生素, 应用时间是7d。

1.3 观察指标

观察研究组和对照组患者的临床治疗效果与HR-HPV感染率、宫颈leep术后切缘阴性率、HPV转阴率、术后随诊复发率。临床治疗效果可以分为显效、有效和无效三个指标, 总有效率是显效最终百分比加上有效百分比。显效的评定指标是患者宫颈糜烂面被消除, 不再观察到宫颈息肉和湿疣; 有效的评定指标是患者有超过1/2的宫颈糜烂面缩小面积; 无效的评定指标是患者仅仅有少于1/2的宫颈糜烂面缩小面积, 宫颈上皮内瘤变、宫颈息肉没有显著变化。研究对患者HR-HPV的感染率实施有效统计, 在18个月后进行随访。

1.4 统计学方法

研究过程中所获得的任何数据, 均在SPSS 26.0软件中开展科学的统计分析, 百分比表示研究的计数数据, 检验过程中用卡方值来验证, 若可以取得数据 $p < 0.05$, 则可以充分说明研究数据之间的统计学意义显著。

2. 结果

2.1 对比两组患者的临床治疗效果

研究组患者的临床治疗总有效率为94.29% (33/35), 其中显效的百分比是45.71% (16/35), 有效的百分比是48.57% (17/35), 无效的百分比是5.71% (2/35)。对照组患者的临床治疗总有效率为85.71% (30/35), 其中显效的百分比是42.86% (15/35), 有效的百分比是42.86% (15/35), 无效的百分比是14.29% (5/35)。研究组患者的临床治疗总有效率高于对照组, $\chi^2=10.326$, $p=0.001 < 0.05$ 。

2.2 对比两组患者的HR-HPV感染率

在患者治疗18个月后进行随访, 研究组患者的HR-HPV感染率为2.86% (1/35), 对照组患者的HR-HPV感染率为14.29% (5/35), 研究组患者的HR-HPV感染率低于对照组, $\chi^2=9.638$, $p=0.001 < 0.05$ 。

2.3 对比两组患者的宫颈leep术后切缘阴性率、HPV转阴率、术后随诊复发率

对比宫颈leep术后切缘阴性率, 研究组为80.00% (28/35), 对照组为62.86% (22/35), $\chi^2=8.965$, $p=0.001$ 。对比HPV转阴率, 研究组为82.86% (29/35), 对照组为65.71% (23/35), $\chi^2=9.058$, $p=0.001$ 。对比术后随诊复发率, 研究组为5.71% (2/35), 对照组为11.43% (4/35), $\chi^2=9.117$, $p=0.001$ 。研究组患者的宫颈leep术后切缘阴性率、HPV转阴率均高于对照组, 术后随诊复发率低于

对照组, $p < 0.05$ 。

3. 讨论

宫颈癌前病变就是还没有诊断为宫颈癌的上皮内瘤病变。宫颈癌前病变有宽泛的理解, 也有比较狭义的理解。宽泛的定义理解指的是病变具有低度与高度之分, 临床认为宫颈癌前病变实际上是属于高度病变的。正常的宫颈上皮过渡到宫颈癌会经过很长的时间, 低度癌前病变是比较轻的宫颈病变。真正的重度宫颈癌前病变称为高度的宫颈癌前病变。宫颈上皮有基底膜, 没有穿破基底膜的病变统称为癌前病变, 穿破基底膜的病变称为宫颈癌。宫颈癌前病变分成三度或者是现在分成两度, 临床最要关注的就是高度的宫颈癌前病变, 这时患者如果不做恰当的治疗和处理, 就会发展成宫颈癌^[1-2]。低度的癌前病变有一部分可能会自然地转到正常的病变, 有一部分可以发展成高度的宫颈病变。宫颈癌是由HPV病毒, 尤其是高危型HPV病毒的感染会导致宫颈癌的发病率急速上升。高危型HPV病毒发生了实际感染, 在宫颈应该是一个比较多发的事件, 但是宫颈癌发生或者癌前病变的发生是少数的事件。即高度的HPV病毒感染, 只有一部分会导致宫颈的癌前病变。临床需要特别关注宫颈癌前病变的观察和处理, 预防宫颈癌前病变会随着时间的流逝而逐渐变成宫颈癌, 宫颈癌应当早诊、早治。

宫颈癌前病变的治疗原则因人而异, 需根据病变程度区分治疗。宫颈癌前病变患者可以进行物理治疗, 患者在接受临床康复治疗时最多运用的还是物理治疗, 它使用包括声、光、冷、热、电、力(运动和压力)等物理因子来对患者开展高效的治疗, 当患者身体出现局部或者是全身心的严重功能障碍的时候, 临床能够采取药物、侵入性治疗之外的方法, 来让患者身体的正常生理功能可以通过治疗恢复。如果患者处于低级别病变, 可逆性较高, 定期随访, 使用药物或提高自身免疫力即可痊愈; 如果患者处于高级别病变, 可通过锥切手术治疗^[3]。宫颈低级别的癌前病变情况下, 患者可以通过激光治疗, 患者需要先注射药物治疗, 注射药物72小时之后进行激光照射, 激光治疗可以把患者病变的组织炭化掉, 然后再长出新的组织, 以此可以达到癌前病变治愈目的, 但是患者在做完手术之后一定要定期给予复查。微波也可以治疗宫颈癌前病变, 当微波电极会对患者病变组织的局部有所接触的时候, 会在接触瞬间出现范围比较小的高热, 从而取得良好的凝固效果, 然而患者往往需要经过多次微波治疗才有可能治愈^[4]。宫颈环形电切术是医院推荐患者医治的一种有效方式, 该手术可以借助环

形金属丝来实现传送低电压电波, 需注意低电压电波都是高频的, 组织会触碰到电波, 因为组织本身存在的阻抗会在很大程度上吸收电波, 在电波被吸收的那一个时间点会立即出现高热, 高热可以在短时间内将组织切割, 那个时间瞬间会形成一股高热, 但高热不会损害到切除组织, 也不会严重损害切口边缘组织特征, 所以该手术在临床中具有十分高的价值, 该手术的优势也比较多, 比如说存在出血量少、创伤小、操作简单方便等^[5-6]。并且由于该临床手术方式不会运用到特别大的电切功率, 患者阴道壁可得到保护, 阴道壁粘连的发生概率低, 患者在手术结束后也不容易发生并发症。宫颈环形电切术和临床传统的子宫切除术实施比较, 宫颈环形电切术能够让患者的子宫功能得到良好保留, 可有效降低因手术而对孕龄妇女而造成严重不良影响, 孕龄妇女在手术后能够保持正常的生育功能^[7-8]。宫颈癌前病变需要做好预防护理, 临床需对女性增强健康教育, 通过有效方式来让女性懂得在生活中重视防范宫颈癌, 女性人员需控制自己在合适的年龄再发生性生活, 在生活当中遵守道德规范, 切勿造成混乱的性生活。临床可号召女性人员定期开展妇科检查, 若有问题, 则女性人员需要积极进行相应的诊疗, 以此来有效预防宫颈癌的发生与发展。从本次研究结果数据中可以知道, 研究组患者的临床治疗总有效率高于对照组, 并且研究组患者的HR-HPV感染率低于对照组, 所以说宫颈环形电切术的治疗效果要远远优于药物保守治疗。

4. 结束语

综合上述内容可知, 临床宫颈癌前病变患者在临床中进行宫颈环形电切除术治疗, 可以取得较高的临床治疗价值, 使得患者的HR-HPV感染率发生明显降低, 能

够让宫颈癌的临床发生率得到有效降低。因此宫颈环形电切除术值得在临床中进行推广使用, 给予女性患者最大程度的帮助。

参考文献:

- [1]丛闯. 宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的临床疗效及并发症发生率影响评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(57): 2.
- [2]王卉明, 王赞. 阴道镜联合宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的临床疗效及复发率分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 23(12): 23.
- [3]刘芳梅. 阴道镜联合宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(20): 2.
- [4]谭燕波. 宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的临床疗效及并发症发生率研究[J]. 吉林医学, 2020, 41(2): 2.
- [5]李威. 阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术后病理检查对宫颈癌前病变的诊断价值[J]. 医药论坛杂志, 2021, 42(5): 4.
- [6]胡国华. 阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查对于宫颈癌前病变的诊断价值研究[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(23): 2.
- [7]桑娜. 阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术(LEEP)后病理检查对宫颈癌前病变的诊断价值[J]. 中国社区医师, 2020, 36(13): 2.
- [8]闫德慧, 蒋晶, 李佩玲. 系统回顾: 宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变及宫颈原位腺癌的对比[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(16): 4.
- [9]葛梓. 宫颈环形电切除术治疗宫颈癌前病变的临床观察[J]. 临床医药实践, 2010, 19(07): 285-286.