

分析宫颈锥切术治疗宫颈癌前病变临床效果

朱慢慢

(邯郸市永年区第一医院 河北 邯郸 057150)

摘要: 目的: 探析宫颈癌前病变患者治疗中宫颈锥切术的临床应用价值。方法: 纳入研究对象经随机数字表法分组, 共有 16 例宫颈癌前病变患者, 纳入时间: 2020 年 3 月至 2022 年 3 月, 应用激光烧灼术于对照组, 观察组接受宫颈锥切术, 观察指标: 围术期指标、临床疗效、生活质量与并发症发生率。结果: 观察组手术、住院、阴道排液持续时间短于对照组, 术中出血量少于对照组, 总有效率高于对照组, 盆底障碍影响问卷 7 (PFIQ-7) 评分、盆底功能障碍问卷简短 20 量表 (PFDI-20) 评分、并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 将宫颈锥切术应用于宫颈癌前病变患者治疗中, 可促进疗效与生活质量的显著提升, 且疗效理想, 术后并发症发生率低。
关键词: 宫颈锥切术; 宫颈癌前病变; 激光烧灼术

子宫颈鳞状上皮为宫颈癌前病变患者的主要病灶, 具有癌变风险高的特点, 随着病情恶化与进展, 极有可能引起宫颈癌而威胁生存。现已有研究证实, 宫颈癌前病变的致病因素为人乳头瘤病毒, 主要通过性行为传播, 在感染后发生浸润的现象, 导致癌变细胞清除难度显著增加^[1]。宫颈癌前病变发展至宫颈癌需要一定时间, 为抑制病情进展, 患者病情确诊后需尽快采取手术将病灶清除, 既往应用激光烧灼术治疗虽然可使患者宫颈受到的创伤程度减轻, 但也存在着病灶遗漏的问题, 而宫颈锥切术可以解决这一缺陷, 达到彻底清除病灶的目标^[2]。基于此, 本院纳入 16 例宫颈癌前病变患者 (2020 年 3 月-2022 年 3 月期间) 进行研究, 就宫颈锥切术治疗的临床价值展开分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

16 例宫颈癌前病变患者分为两组, 所有患者临床资料比较结果显示 $P > 0.05$, 均于 2020 年 3 月-2022 年 3 月期间纳入, 分组方式: 随机数字表法。纳入患者均经影像学与病理学诊断病情, 病灶未转移, 具备手术治疗指征, 且同意加入研究, 已排除合并如下疾病患者: 重要脏器功能障碍、凝血功能障碍、霉菌与滴虫感染、精神疾病、传染性疾病、重度宫颈萎缩、其他恶性肿瘤、急慢性炎症。对照组年龄: 36~52 岁, 均值 (43.57 ± 5.06) 岁; 病程: 1~2.5 年, 均值 (1.95 ± 0.12) 年; 其中已婚 6 例, 未婚 2 例。观察组年龄: 36~52 岁, 均值 (43.46 ± 5.10) 岁; 病程: 1~2.5 年, 均值 (1.83 ± 0.25) 年; 其中已婚 7 例, 未婚 1 例。

1.2 方法

应用激光烧灼术于对照组: 在患者经期结束 7d 后开展治疗, 术中实施膀胱截石位后将阴完全暴露, 对术区位置进行消毒, 包括宫颈与阴道等, 对病灶进行定位, 经 CO2 激光束在病灶附近 4cm 位置做烧灼处理, 顺序为由外至内, 在出现焦痂后将激光束关闭并停止烧灼操作, 需保证烧灼面积超过病灶; 控制烧灼期间波长为 10.6 μm, 控制输出频率为 1~30W, 光斑直径 0.3~0.5cm, 在烧灼结束后取棉球做压迫止血处理, 止血成功后对创面进行缝合。

观察组接受宫颈锥切术: 治疗前 3d 禁止性生活, 膀胱截石位后充分暴露会阴, 对术区位置做常规消毒处理, 对宫颈颜色进行判断并评估糜烂情况, 计算宫颈病灶体积, 为下一步操作提供依据; 通过醋白实验对癌前病灶进行判断, 根据病灶情况作环形切口于超出病灶 5mm 部位, 根据锥形方式切除病变组织, 控制高度 2~2.5cm, 切除宫颈肌层与宫颈腺体等部位, 在切除结束后记录出血量, 做电凝止血处理, 最后将切口进行缝合, 予以患者常规抗生素治疗后覆盖碘仿纱布于切口。

1.3 观察指标

(1) 围术期临床指标: 手术时间、术中出血量、住院时间、阴道排液持续时间; (2) 临床疗效: 将治疗后液基薄层细胞学 (TCT) 检查结果正常并且临床症状完全消失作为显效; 将治疗后 TCT 结果与临床症状显著改善作为有效; 将未达到上述两项指标作为无效。总有效率=显效率+有效率。(3) 生活质量: 评估工具为盆底障碍影响问卷 7 (PFIQ-7) 评分、盆底功能障碍问卷简短 20 量表 (PFDI-20) 评分, 通过盆底功能维度对生活质量进行评估, 两项指标评分越低表明生活质量越优。(4) 并发症发生情况: 尿潴留、继发感染、淋巴囊肿。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件。计量数据 ($\bar{X} \pm s$) 比较行 t 检验, 计数数据 (%) 比较行 χ^2 检验。比较差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 两组围术期临床指标比较

两组围术期临床指标比较结果显示 $P < 0.05$, 观察组手术、住院与阴道持续排液时间短, 术中出血量少, 见表 1。

表 1 两组围术期临床指标对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)	阴道排液持续时间 (d)
对照组	8	26.72 ± 6.15	37.48 ± 10.57	8.37 ± 1.64	15.85 ± 5.64
观察组	8	15.38 ± 7.18	22.42 ± 10.62	3.48 ± 1.15	6.78 ± 2.67
t 值	-	19.357	13.461	4.039	6.275
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组临床疗效比较

两组总有效率比较结果显示 $P < 0.05$, 观察组明显更高, 见表 2。

表 2 对比两组总有效率 (n/%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	8	3 (37.50)	1 (12.50)	4 (50.00)	4 (50.00)
观察组	8	5 (62.50)	3 (37.50)	0 (0.000)	8 (100.00)
χ^2 值	-	-	-	-	5.333
P 值	-	-	-	-	0.021

2.3 两组生活质量比较

两组治疗前比较 PFIQ-7、PFDI-20 评分, $P > 0.05$; 两组治疗后以上两项指标评分较治疗前低, 观察组则较对照组低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 对比两组 PFIQ-7、PFDI-20 评分 (分, $\bar{X} \pm s$)

组别	n	时间	PFIQ-7 评分	PFDI-20 评分
对照组	8	治疗前	125.65 ± 9.40	85.41 ± 8.38
		治疗后	30.24 ± 5.60	35.29 ± 4.30
		t 值	15.256	18.506
P 值	-	0.000	0.000	
观察组	8	治疗前	125.54 ± 9.49	85.63 ± 8.12
		治疗后	17.43 ± 2.08	19.72 ± 4.51
		t 值	19.381	21.263
P 值	-	0.000	0.000	
t 治疗前组间值	-	0.183	0.257	
P 治疗前组间值	-	0.068	0.060	
t 治疗后组间值	-	12.307	17.213	
P 治疗后组间值	-	0.000	0.000	

2.4 两组并发症发生率比较

两组并发症发生率比较结果显示 $P < 0.05$, 观察组明显更低, 见表 4。

表 4 对比两组并发症发生率 (n/%)

组别	n	尿潴留	继发感染	淋巴囊肿	发生率
对照组	8	2 (25.00)	2 (25.00)	1 (12.50)	5 (62.50)
观察组	8	1 (12.50)	0 (0.000)	0 (0.000)	1 (12.50)
χ^2 值	-	-	-	-	4.267
P 值	-	-	-	-	0.039

3. 讨论

近些年, 宫颈癌在诸多因素的影响下发病率呈升高趋势, 该病的发展早期为宫颈癌前病变阶段, 在该阶段表明宫颈上皮有病灶出现, 虽然发展至宫颈癌还需要一定时间, 但需要尽快采取措施对病灶进行消除, 避免细胞增殖扩大, 尽可能预防或减少宫颈癌发生, 为患者生存提供保障^[3]。

针对宫颈癌前病变患者的治疗,医护人员采取的方式包括两种,即保守、手术,前者是实施激光、微波、局部上药等处理,虽然可以发挥一定作用于患者宫颈表面组织,但在治疗组织深部上效果欠佳,并且患者治疗后存在复发的高风险,甚至需要再接受手术治疗;后者是通过切除病灶的方式改善病情,可将患者生育功能保留而促进疗效提高^[4]。基于手术治疗角度上分析,常规手术治疗作为经典治疗手段,虽然也能够发挥临床治疗效果,但存在着一些缺点,如术中出血量大与手术时间长等^[5]。在治疗术式的不断更新与发展背景下,激光烧灼术与宫颈锥切术逐渐在宫颈癌前病变患者治疗中得到广泛应用,本研究结果显示:观察组手术、住院、阴道排液持续时间短于对照组,术中出血量少于对照组,总有效率高于对照组,PF1Q-7评分、并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。以上结果表明,宫颈锥切术应用于宫颈癌前病变患者治疗中能够取得良好效果。激光烧灼术属于物理清除病灶手段,激光作用可将热量聚集,此时移动激光束至病灶部位并进行覆盖,可达到消除的目标,但效果具有局限性,易导致术后病情复发^[5-6]。宫颈锥切术的实施过程可为医护人员提供清晰视野,促进切除操作准确度的提高,充分体现了创伤轻的优势,有助于加快患者恢复速度,提高其术后生活质量^[7]。与此同时,清晰视野有助于医护人员对患者宫颈病灶组织进行全面观察,确保病灶得到彻底切除后降低复发率,有效改善患者的临床症状^[8]。与激光烧灼术比较,为患者采用宫颈锥切术治疗的效果更为优越,该手术清晰度高,可避免病灶切除后影响活检结果^[9]。术中准确切除病灶也有利于对病灶切除时出血情况进行控制,使手术风险降低,从而预防或减少并发症的诱发因素^[10]。但值得注意的是,本研究样本选取量相对较少,可能会导致研究结果存在一定偏差,故需要相关领域学者今后在实际研究中加大样本量,再进一步展开研究,为相关疾病患者的治疗提供参考。

综上所述,应用宫颈锥切术为宫颈癌前病变患者进行治疗的临

床效果理想,同时具备创伤小与安全性高等特点,有助于促进患者生活质量的显著提升。

参考文献:

- [1] 吕云. 宫颈锥切术治疗宫颈癌前病变的疗效分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(07):25-27.
- [2] 李晶,岑瑾,刘启宏. 宫颈锥切术后应用定君生联合阴道内重组人干扰素 $\alpha-2b$ 对人乳头瘤病毒阳性宫颈癌前病变患者的临床治疗效果[J]. 中国妇幼保健,2022,37(19):3673-3676.
- [3] 董丽媛. 宫颈冷刀锥切术后再次补充手术治疗宫颈癌前病变患者的临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(48):52-54.
- [4] 林莉,冯继良,杜淑娟,等. 冷刀-电刀-冷刀子宫颈锥切术与冷刀锥切术治疗子宫颈癌前病变的效果及对生育功能的影响[J]. 中外医疗,2022,41(4):58-61.
- [5] 周瑛琦. 宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的临床效果及对妊娠结局的影响[J]. 中国现代药物应用,2021,15(21):91-93.
- [6] 陈杰. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈癌前病变患者的效果比较[J]. 中国民康医学,2021,33(14):121-123.
- [7] 朱丽霞. 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]. 中外医疗,2019,38(30):1-3.
- [8] 施丽. LEEP刀宫颈锥切术联合药物治疗宫颈上皮癌前病变的疗效及对生活质量的影响[J]. 中国医药指南,2020,18(27):121-122.
- [9] 王伟,魏敏敏. 宫颈癌前病变手术治疗效果评价及高危型人乳头瘤病毒持续感染与预后关系的临床研究[J]. 中国保健营养,2020,30(34):37-39.
- [10] 周美珍,陈苑红,林飘越. 宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的疗效与并发症发生率分析[J]. 中国医药科学,2019,9(12):101-103,131.