

宫颈环形电切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变临床治疗效果

王晓红

(临沭县人民医院 276700)

摘要:目的 探讨宫颈环形电切术在宫颈高级别上皮内瘤变疾病治疗的功效及对患者预后的影响。方法 选择临沭县人民医院妇科自 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例宫颈高级别上皮内瘤变患者作为研究对象,以其就诊的先后顺序作为此次临床分组依据,即对照组 40 例(冷刀锥切术治疗)与研究组 40 例(宫颈环形电切术治疗),手术完成后,对两组患者手术指标、手术前后的病灶面积及残留情况、并发症情况、术后不同时间段的复发情况、HPV 转阴情况等五项临床数据进行统计与比较。结果 研究组患者的手术时间、术中出血量、切口愈合时间均较对照组显著降低($P < 0.001$),并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$),同时其复发率、HPV 转阴率的临床比较无统计学意义($P > 0.05$)。结论 在宫颈高级别上皮内瘤变的临床治疗中,应用宫颈环形电切术治疗有着较高的安全性,值得在临床上大力推广应用。

关键词:宫颈环形电切术;冷刀锥切术;宫颈高级别上皮内瘤变

在妇科临床上,宫颈上皮内瘤变是一种发生于宫颈上皮部位的不典型增生病变,其罪魁祸首为人乳头状瘤病毒,同时吸烟、阴道炎等因素也会增加患病风险^[1]。近年来,我国各级基层卫生机构大力提倡对适龄女性开展人乳头状瘤病毒检测工作,这也导致了我国宫颈上皮内瘤变的检出率呈现了逐年递增的发展趋势。而在众多的宫颈上皮内瘤变疾病中,低级别宫颈上皮内瘤变可通过药物干预、物理疗法得到治愈,只有少数患者会发展为高级别宫颈上皮内瘤变,若未得到及时治疗,会发展为癌变,对广大女性健康造成严重危害。为此,早检查、早诊断、早干预是宫颈上皮内瘤变疾病奉行的诊疗原则^[2]。随着我国临床医学技术的快速发展,宫颈上皮内瘤变的手术治疗也实现了由传统手术向新型手术治疗的过渡,其中以冷刀锥切术、环形电切术最为常见,二者各有千秋^[3]。此次临床研究针对宫颈环形电切术与冷刀宫颈锥切术在高级别宫颈上皮内瘤变患者临床治疗中发挥的不同功效。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择临沭县人民医院妇科自 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例宫颈高级别上皮内瘤变患者作为研究对象,以其就诊的先后顺序作为此次临床分组依据,具体分组如下:

对照组:年龄分布为 23—37 岁,平均年龄为(29.61 ± 0.39)岁,全部已婚,其产次均为 0—3 次,平均产次为(1.65 ± 0.35)次;研究组:年龄分布为 22—38 岁,平均年龄为(29.27 ± 0.73)岁,全部已婚,其产次均为 0—3 次,平均产次为(1.32 ± 0.68)次。两组入选对象的年龄、产次等临床资料的组间比较无统计学意义,可

作临床数据对比,具有公平性($P > 0.05$)。

入选标准:(1)妇科检查结果与《妇产科》中关于高级别宫颈上皮内瘤变疾病诊断标准相符^[4];(2)未合并妇科肿瘤、严重器质性病变;(3)未伴有严重认知功能异常、沟通能力不佳;(4)自愿参与此次临床研究;(5)通过伦理学审查者。

排除标准:(1)合并妇科肿瘤、严重器质性病变及器官功能障碍;(2)沟通不畅;(3)临床资料不全;(4)中途失访者。

1.2 方法

确保所有术前 7d 无性生活,且处于月经干净后 3—7 d 实施手术治疗,术前完善患者的血常规、心电图、胸片等检查手段,并依据其检查结果确认无异常后实施手术治疗。

1.2.1 对照组 由手术医生对所有患者进行碘实验,明确手术部位,给予腰硬联合麻醉,确定病灶后,于其外侧边缘 3—5mm 处做环形切口,依据患者的病灶情况实施手术切除,并控制其切除的深度为 20—25 cm,术后,为了防止感染,需给予患者抗生素静脉滴注,并持续观察一个月。

1.2.2 研究组 应用卢戈氏碘液与 5%的醋酸对病灶实施定位处理,选择病灶外缘 3—5mm 实施电极,选择宫颈下唇进刀,依据病变情况确定切除范围,若病灶面积过大可事实大环形切除,并应用电凝止血,术后给予患者常规抗炎药物与止血药物,持续观察一个月。

1.3 观察指标

1.3.1 手术指标 比较两组患者的手术时间、术中出血量、切口愈合时间三项指标,确定其手术情况。

1.3.2 并发症 统计两组患者中感染、阴道出血、宫颈粘连患者数量所占每组患者总数的比值。

1.3.3 复发情况 分别于术后 1 个月、3 个月、6 个月及 12 个月四个时间段对患者进行随访，详细记录其复发情况。

1.3.4 HPV 转阴情况 分别于术后 1 个月、3 个月、6 个月及 12 个月四个时间段对患者进行随访，对其 HPV 转阴情况进行准确地记录。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 版本的统计学软件对此次临床研究所得两组患者手术指标、手术前后的病灶面积及残留情况、并发症情况、术后不同时间段的复发情况、HPV 转阴情况等五项临床数据，其中，两组患者并发症情况、术后不同时间段的复发情况、HPV 转阴情况三项临床数据中所涉及的计数资料以 $n(\%)$ 表示，其临床检验工具为 χ^2 ；而两组患者手术指标、手术前后的病灶面积及残留情况两项数据中的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，临床比较采用 T 检验；数据临床检验标准： $P < 0.05$ ($P < 0.001$)。

2. 结果

1.1 两组患者手术指标比较

数据统计结果显示：研究组的手术时间、切口愈合时间均较对照组明显缩短 ($P < 0.001$)，而其术中出血量较对照组显著减少 ($P < 0.001$)，具体数据比较结果呈现如表 1：

表 1：两组患者手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	切口愈合时 间(d)	术中出血量 (ml)
对照组	40	26.71 ± 0.29	40.46 ± 0.54	36.81 ± 0.45
研究组	40	18.55 ± 0.45	22.52 ± 0.48	11.58 ± 0.37
T		96.401	157.042	63.547
P		< 0.001	< 0.001	< 0.001

1.2 两组患者手术前后的病灶面积及残留情况比较

术前，两组患者的病灶面积比较未见显著差异，无统计学意义 ($P > 0.05$)，术后 1 年，研究组的病灶面积较对照组显著缩小 ($P < 0.001$)，详见表 2：

表 2：两组患者手术前后的病灶面积及残留情况比较结果 ($\bar{x} \pm s$, cm^2)

组别	n	术前	术后 1 年
对照组	40	5.25 ± 0.15	1.07 ± 0.16

研究组	40	5.23 ± 0.17	0.62 ± 0.08
T		0.557	15.909
P		0.578	< 0.001

1.3 两组患者的并发症情况比较

对照组的并发症发生率为 10%，研究组的并发症发生率仅为 2.5%，数据结果的比较显而易见，研究组的并发症显著低于对照组 ($P < 0.05$)，具体见表 3：

表 3：两组患者的并发症情况比较 n (%)

组别	n	感染	阴道出血	宫颈粘连	并发症发 生率
对照组	40	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	4 (10.00)
研究组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
χ^2		-	-	-	3.913
P		-	-	-	0.047

1.4 两组患者术后不同时间段的复发情况比较

在对两组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月及 12 个月四个时间段进行随访，统计其复发情况后得知，两组的复发率比较无统计学意义 ($P > 0.05$)，详见表 4：

表 4：两组患者术后不同时间段的复发情况比较 n (%)

组别	n	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
对照组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)
研究组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
χ^2		1.012	-	1.012	3.913
P		0.314	-	0.314	0.047

1.5 两组患者术后不同时间段的 HPV 转阴情况比较

在对两组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月及 12 个月四个时间段进行随访，比较其 HPV 转阴率后得知，两组的 HPV 转阴率比较无显著差异，无统计学意义 ($P > 0.05$)，具体见表 5：

表 5：两组患者术后不同时间段的 HPV 转阴情况比较 n (%)

组别	n	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
对照组	40	35 (87.50)	36 (90.00)	36 (90.00)	38 (95.00)
研究组	40	36 (90.00)	37 (92.50)	38 (95.00)	39 (97.50)
χ^2		0.125	0.156	0.720	0.346
P		0.723	0.692	0.365	0.556

2.讨论

近年来,随着我国临床针对人类乳头状瘤病毒(HPV)感染研究工作的不断深入,取得了显著性的进展,一些临床工作者发现 HPV 感染与宫颈癌前病变息息相关^[5]。与此同时,临床上也将 HPV 感染视为一种特殊类型的性传播疾病。按照其致癌性的不同,临床上可将其划分为不同的疾病类型,即高危型、中危型与低危型,其中,HPV16, 18, 45, 56 在临床上均被视为高危型;而以 HPV31, 33, 35 为代表性的 11 中 HPV 感染类型则为中危型^[6]。

在高级别宫颈上皮内瘤变患者的临床治疗工作中,手术治疗的疗效显著、安全性高,凭借其操作便利、远期疗效显著的特点获得了众多临床工作者的高度认可。临床上以宫颈环形电切术、冷刀宫颈锥切术为常见的手术治疗方案,而对于二者的疗效差异性,则在临床上引起了巨大的争议^[7]。

冷刀宫颈锥切术作为高级别宫颈上皮内瘤变的主要手术治疗方案在临床上得到了广泛的应用。近几年,一些临床工作者发现该手术方案有着一定的局限性,因为其手术时间较长,且出血量增加,所以临床上亟待寻求一种安全性高、出血量少、操作便利的手术方案,基于此,宫颈环形电切术应运而生^[8]。其工作原理在于高频电波在环形金属丝的作用下产生高频微波,在接触蛋白质后便发生凝固,从而增加手术切除的准确性,并达到充分止血的目的。凭借操作简便、安全性高、出血量少等优势有效地弥补了冷刀宫颈锥切术治疗的不足之处^[9]。但美中不足在于在切割处理后会增加周围组织损伤的风险,无法保证切除组织的深度,甚至会增加二次手术的风险^[10]。这也为手术医生提出更加严格的要求,要选择临床经验丰富的手术医生,对病灶部位精准切割,迅速止血,提升临床治疗的安全性^[11]。

在此次临床研究中,将临沭县人民医院收治的部分高级别宫颈上皮内瘤变患者纳入研究范畴,并分别给予不同的手术方案开展临床研究,统计其临床数据,得知在应用宫颈环形电切术后,患者的手术时间由对照组的(26.71±0.29)min 缩短至(18.55±0.45)min,同时其切口愈合时间也由对照组的(40.46±0.54)d 缩短至(22.52±0.48)d。这也充分说明了宫颈环形电切术在高级别宫颈上皮内瘤变患者临床治疗工作中具备的重要应用价值。

综上所述,在宫颈高级别上皮内瘤变的临床治疗中,应用宫颈环形电切术治疗有着较高的安全性。

参考文献:

- [1]冯吉.宫颈环形电切术与冷刀宫颈锥切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变患者的效果比较[J].中国民康医学, 2021, 33(24):147-149.
 - [2]任璐,曹芹雪,程海玲.宫颈冷刀锥切术与环形电切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变的临床效果比较[J].河南医学研究, 2021, 30(28):5234-5236.
 - [3]刘艳萍.普通电刀锥切术与环形电切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变的效果比较[J].中国实用医药, 2021, 16(23):67-69.
 - [4]李颖颖,张毅.宫颈环形电切术与冷刀锥切术对高级别宫颈上皮内瘤变患者妊娠结局的影响[J].中国临床研究, 2021, 34(05):624-626.
 - [5]顾云,陈晓霞.宫颈环形电圈电切术与宫颈冷刀锥切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变的疗效比较[J].临床医药实践, 2021, 30(03):179-182.
 - [6]刘君芬,蔡旭.宫颈环形电切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变临床治疗体会[J].浙江创伤外科, 2021, 26(01):57-59.
 - [7]杨静.宫颈冷刀锥切术与环形电切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变疗效分析[J].山西医药杂志, 2020, 49(14):1865-1867.
 - [8]王丽先.宫颈环形电切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变临床治疗体会[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(06):32+34.
 - [9]李小良.宫颈环形电切术与冷刀锥切术对宫颈高级别上皮内瘤变患者术后恢复及复发率的影响[J].现代诊断与治疗, 2020, 31(04):613-614.
 - [10] Suzanne O G , Dirk V N , Mel K ,et al.Effect of Screening With Primary Cervical HPV Testing vs Cytology Testing on High-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia at 48 Months: The HPV FOCAL Randomized Clinical Trial[J].JAMA The Journal of the American Medical Association, 2018, 320(1):43.
 - [11] Kuerten B M ,Paulo S é rgio Viero Naud, Cidral-Filho F J ,et al.Efficacy and Tolerability of Thermocoagulation Treatment of High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia[J].妇产科期刊(英文), 2021(012):011.
- 作者简介: 王晓红, 1980-12, 女, 汉, 临沂临沭, 研究生, 主治医师, 妇产科, 妇科, 临沭县人民医院。