

# 子宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗子宫颈上皮内瘤变的效果观察

支雄莉

(河北省张家口市第一医院 河北 张家口 075000)

**摘要:**目的:观察子宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗子宫颈上皮内瘤变的效果。方法:选取72例于2020年01月-2021年12月期间到河北省张家口市第一医院接受诊治的子宫颈上皮内瘤变患者作为研究样本,在随机分组法的分组规则下将这72例患者进行分组,将其中36例设为常规组,给予组内患者子宫颈冷刀锥切进行治疗,将另外36例设为研究组,给予组内患者子宫颈环形电切术进行治疗,通过对比两组患者的并发症发生情况、手术相关指标、炎症因子水平以及血清GDF-15与TGF $\beta$ 1水平等指标来分析子宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗子宫颈上皮内瘤变临床效果的差异。结果:将组间患者并发症发生情况之间的差异进行比较,研究组患者的并发症发生率较低( $P < 0.05$ );将组间患者手术相关指标之间的差异进行比较,研究组患者的各项手术相关指标明显优于常规组( $P < 0.05$ );将组间患者炎症因子水平之间的差异进行比较,研究组患者的炎症因子水平明显优于常规组( $P < 0.05$ );将组间患者血清GDF-15与TGF $\beta$ 1水平之间的差异进行比较,研究组患者的血清GDF-15与TGF $\beta$ 1水平较好( $P < 0.05$ )。结论:对于子宫颈上皮内瘤变患者来说,应采用子宫颈环形电切术进行治疗,这种治疗方式可以有效改善患者的血清GDF-15与TGF $\beta$ 1水平、炎症因子水平以及各项手术相关指标,并降低患者发生并发症的风险,应用效果较为显著。

**关键词:**子宫颈环形电切术;冷刀锥切;子宫颈上皮内瘤变;效果;观察

子宫颈上皮内瘤变属于临床上十分常见的一种妇科疾病,该病与HPV感染、性生活过早、多个性伴侣、吸烟、免疫抑制以及性传播疾病等因素存在密切联系,也可以反应宫颈癌的发展与发生,一旦患病会严重影响患者的生活质量以及身体健康<sup>[1]</sup>。目前临床上对于子宫颈上皮内瘤变患者的治疗主要以手术治疗为主,临床常用的手术方式主要包括子宫颈环形电切术与子宫颈冷刀锥切治疗等,其中子宫颈冷刀锥切治疗可以有效保留患者的生育功能及器官功能完整,但临床实践表明,这种治疗方式的临床应用效果并不十分显著,并且患者术后极易发生月经异常、宫腔粘连、创面出血以及切口感染等一系列并发症,从而影响临床治疗效果,因此目前更多的采用子宫颈环形电切术进行治疗<sup>[2]</sup>。相较于子宫颈冷刀锥切治疗,子宫颈环形电切术具有操作简单、创伤较小以及手术时间较短等优势<sup>[3]</sup>。为了探究子宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗子宫颈上皮内瘤变的效果,本次研究选取了72例子宫颈上皮内瘤变患者作为样本进行研究,现做出如下报告。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究自2020年01月开始,并于2021年12月截止,在此期间共收录子宫颈上皮内瘤变患者72例作为研究样本,并在随机分组法的规则下将这72例患者进行分组,分别为常规组(36例)与研究组(36例),常规组中,年龄最小的患者为20岁,年龄最大的为48岁,平均年龄(35.21 $\pm$ 1.22)岁;研究组中,年龄最小的患者为21岁,年龄最大的为48岁,平均年龄(35.53 $\pm$ 1.25)岁。同时将符合子宫颈上皮内瘤变诊断标准、病历信息与个人资料齐备、签署知情同意书以及治疗依从性较好设为纳入标准,并将手术禁忌症、凝血功能异常、精神障碍、重要脏器功能不全、泌尿系统感染、认知障碍、妊娠期与哺乳期患者、恶性肿瘤以及中途退出设为排除标准。两组子宫颈上皮内瘤变患者的基本资料对比差异较小( $P > 0.05$ ),符合研究标准。

### 1.2 方法

常规组患者采用子宫颈冷刀锥切进行治疗:为患者进行全身麻醉,并使用醋酸与3%的复合碘液来对患者的子宫颈处进行涂敷,并将子宫粘膜环形切开,位置为碘不着色部位以外0.3-0.5cm左右,切开深度约为3mm左右。在宫颈管内侧30°方向行刀锥手术治疗,将子宫颈均匀锥形切除,深度控制在2.0-2.5cm左右,切除后性电

凝血处理,并进行荷包缝合。

研究组患者采用子宫颈环形电切术进行治疗:为患者进行全身麻醉,术前叮嘱患者排空膀胱,将患者体位调整至截石位,并实施常规铺巾,为患者外阴、阴道及子宫颈进行消毒,并将窥阴器置入患者体内。在碘试验与阴道镜的辅助下确认患者子宫颈病变位置,并结合患者的实际病变范围与病变程度来选择合适尺寸的宫颈环形点切刀。将点切刀调整至正确的切割位,并将功率设置为25-40W,将切除深度设置为1.5-2.5cm,将切除范围选定在移行带四周0.3-0.5cm左右的正常组织。行常规电凝止血,之后使用无菌纱布压迫患者手术创面,时间在24h左右,针对出血量较多的患者可以为其提供缝扎术或明胶海绵进行止血处理。

### 1.3 评价标准

#### 1.3.1 组间并发症发生情况差异对比分析

对两组子宫颈上皮内瘤变患者的并发症发生情况进行详细记录,临床上常见的并发症主要包括月经异常、宫腔粘连、创面出血以及切口感染等,总发生率=(月经异常+宫腔粘连+创面出血+切口感染)/总例数 $\times$ 100%<sup>[4]</sup>。

#### 1.3.2 组间手术相关指标差异对比分析

详细记录两组子宫颈上皮内瘤变患者的各项手术相关指标,其中主要包括住院时间、子宫颈愈合时间、术中出血量以及手术时间等,并分析组间数据差异<sup>[5]</sup>。

#### 1.3.3 组间炎症因子水平差异对比分析

对两组子宫颈上皮内瘤变患者治疗前后的炎症因子水平变化情况进行检测,其中主要包括肿瘤坏死因子(TNF- $\alpha$ )、白介素-17(IL-17)以及白介素-6(IL-6)等,并对组间数据差异进行比较分析<sup>[6]</sup>。

#### 1.3.4 组间血清GDF-15与TGF $\beta$ 1水平差异对比分析

检测两组子宫颈上皮内瘤变患者治疗前后的转化生长因子- $\beta$ 1(TGF- $\beta$ 1)与生长转化因子-15(GDF-15)水平,并分析组间数据差异<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学分析方法

采用SPSS 30.0处理相关数据资料,t和 $\chi^2$ 检验组间数据,标准差%表示计量资料、计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

### 2 结果

2.1 组间并发症发生情况差异对比分析,详情如表1所示。

表 1 分析两组患者的并发症发生率的差异 (n, %)

组别	例数	月经异常	宫颈粘连	创面出血	切口感染	总发生率 (%)
研究组	36	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.78)	1 (2.78)	2 (5.56)
常规组	36	1 (2.78)	2 (5.56)	3 (8.33)	2 (5.56)	8 (22.22)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	-	4.181
P 值	-	-	-	-	-	P < 0.05

2.2 组间手术相关指标差异对比分析, 详情如表 2 所示。

表 2 分析两组患者手术相关指标的差异 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	子宫愈合时间 (d)	住院时间 (d)
研究组	36	14.24 ± 1.24	15.24 ± 2.54	6.21 ± 1.12	3.24 ± 0.59
常规组	36	23.23 ± 1.54	33.24 ± 2.54	13.56 ± 1.34	8.25 ± 1.75
t 值	-	27.281	30.066	25.252	16.277
P 值	-	P < 0.05	P < 0.05	P < 0.05	P < 0.05

2.3 组间炎症因子水平差异对比分析

治疗前, 研究组患者的 IL-6、IL-17 与 TNF- $\alpha$  水平分别为 (23.45 ± 4.42)  $\mu$ g/L、(37.45 ± 6.32)  $\mu$ g/L 与 (15.42 ± 2.67)  $\mu$ g/L, 而常规组患者的 IL-6、IL-17 与 TNF- $\alpha$  水平分别为 (22.98 ± 3.42)  $\mu$ g/L、(38.47 ± 6.21)  $\mu$ g/L 与 (14.99 ± 2.54)  $\mu$ g/L, 组间对比差异较小。

治疗后, 研究组患者的 IL-6、IL-17 与 TNF- $\alpha$  水平分别为 (8.82 ± 1.56)  $\mu$ g/L、(14.76 ± 2.48)  $\mu$ g/L 与 (7.67 ± 1.29)  $\mu$ g/L, 而常规组患者的 IL-6、IL-17 与 TNF- $\alpha$  水平分别为 (14.59 ± 1.27)  $\mu$ g/L、(25.42 ± 4.52)  $\mu$ g/L 与 (10.49 ± 2.23)  $\mu$ g/L, 组间对比差异显著。

2.4 组间血清 GDF-15 与 TGF- $\beta$  1 水平差异对比分析

治疗前, 研究组患者的 GDF-15 与 TGF- $\beta$  1 水平分别为 (575 ± 25.56) ng/L 与 (322 ± 30.21) pg/mL, 而常规组患者的 GDF-15 与 TGF- $\beta$  1 水平分别为 (579 ± 25.87)  $\mu$ g/L 与 (319.34 ± 25.22) pg/mL, 组间对比差异较小。

治疗后, 研究组患者的 GDF-15 与 TGF- $\beta$  1 水平分别为 (410.25 ± 33.31) ng/L 与 (166.39 ± 22.49) pg/mL, 而常规组患者的 GDF-15 与 TGF- $\beta$  1 水平分别为 (497.37 ± 21.87) ng/L 与 (245.34 ± 33.39) pg/mL, 组间对比差异显著。

3 讨论

宫颈上皮内瘤变属于临床上十分常见的一种妇科疾病, 并且极易引发宫颈癌, 不仅威胁患者的身体健康, 还会对患者的生命安全产生严重影响<sup>[8]</sup>。而对于宫颈上皮内瘤变患者来说, 常用的治疗方式较多, 临床上常见的主要包括宫颈环形电切术、宫颈冷刀锥切治疗、激光锥切、冷冻治疗、局部切除以及电烙治疗等, 其中以宫颈环形电切术与宫颈冷刀锥切治疗最为常见, 宫颈冷刀锥切被广泛地应用于宫颈上皮内瘤变患者的治疗工作中, 这种治疗方式具有术后切缘阳性率较低以及手术操作相对简单的优势, 但临床实践表明, 这种治疗方式具有创伤较大、术中出血量较多以及并发症较多的局限性, 从而影响临床治疗效果<sup>[9]</sup>。宫颈环形电切术起源于 20 世纪 80 年代的德国, 而随着该技术的广泛应用, 宫颈环形电切术已经有几十种不同形状及不同尺寸的电极可应用于各种病变组织。宫颈环形电切术的原理主要为通过高频放电的热效应来切割并凝固病变组织, 与宫颈冷刀锥切治疗相比, 这种治疗方式可以有效改善术中出血量较多以及缝合困难等情况, 同时还可以防止激光锥切造成的较大损伤。除此之外, 宫颈环形电切术具有并发症较少、操作简单、创伤较小以及手术时间更短的优势,

将其应用于宫颈上皮内瘤变患者的治疗工作中可以取得较为显著的应用效果。本次研究将宫颈环形电切术与宫颈冷刀锥切治疗进行了全面对比, 对比结果显示, 采用宫颈环形电切术进行治疗的研究组中, 患者的并发症发生率仅为 5.56%, 而采用宫颈冷刀锥切治疗的常规组中, 患者的并发症发生率则高达 22.22%, 由此可见, 宫颈环形电切术可以有效降低患者的并发症发生率, 具有较高的安全性。在两组患者手术相关指标的对比中可以发现, 研究组患者的手术时间、术中出血量、子宫愈合时间以及住院时间等指标均优于常规组, 由此可见, 宫颈环形电切术可以有效改善患者的手术相关指标。除此之外, 本次研究还对两组患者的炎症因子水平与血清 GDG-15 以及 TGF- $\beta$  1 水平等指标进行了对比, 结果显示, 研究组患者的各项指标均优于常规组。

综上所述, 在为宫颈上皮内瘤变患者进行治疗时, 应采用宫颈环形电切术进行治疗, 这种治疗方式可以有效改善患者的各项临床指标, 并降低患者的并发症发生率, 应用效果显著。

参考文献:

[1]李宏杰.宫颈环形电切术 (LEEP) 联合致康胶囊治疗宫颈上皮内瘤变的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020,7(34):59+61.

[2]莫翠新,陈霞,李云飞.宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变的疗效比较[J]. 中国现代药物应用,2020,14(01):65-66.

[3]万俊.宫颈环形切除术与冷刀锥切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变的疗效评价[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(99):28+30.

[4]邓海英.宫颈环形电切术在宫颈上皮内瘤变治疗中的价值[J]. 人人健康,2019,(20):64-65.

[5]张良.宫腔镜辅助冷刀锥切术与传统冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变 III 期的临床效果比照观察[J]. 中国医疗器械信息, 2019,25(16):147-148.

[6]王瑞.宫颈环形切除术与冷刀锥切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变的效果[J]. 临床医学,2019,39(04):62-63.

[7]李秀萍, 史锦艳, 杨淑云, 等.分析不同手术 (宫颈环形电切术、冷刀锥切术) 治疗高级别宫颈上皮内瘤变的临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018,5(69):12-13.

[8]黄友美.宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗宫颈上皮内瘤变的疗效比较[J]. 中外女性健康研究,2018,(14):182+186.

[9]林俐.宫颈环形电切术与冷刀锥切治疗宫颈上皮内瘤变的疗效对比[J]. 基层医学论坛,2018,22(08):1086-1087.