

阴道镜下宫颈 LEEP 术治疗宫颈上皮内瘤变 200 例临床疗效分析

王赛莉, 孙 静, 陈 琰, 房彩平

(南京中医药大学附属泰州市中医院, 江苏 泰州, 225300)

关键词: 阴道镜; 宫颈 LEEP 术; 宫颈上皮内瘤变

中图分类号: R 737.33 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)19-154-03 DOI: 10.7619/jcmp.201319059

宫颈癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,近年来随着防癌知识的普及,阴道镜、TCT、HPV 等宫颈癌普查的逐渐开展,有发展为宫颈浸润癌的一类癌前病变宫颈上皮内瘤(CIN)成为了研究的热点,而早诊断、早治疗 CIN 是降低宫颈癌发病率的重要手段^[2]。宫颈 LEEP 术是采取组织本身阻抗吸收产生瞬间高热,达到切割组织的目的,能有效阻止 CIN 进一步发展为宫颈癌,从而有效降低宫颈癌的发病率。本研究对本院 200 例行宫颈 LEEP 术治疗的 CIN 患者进行回顾性分析,探讨宫颈 LEEP 术治疗 CIN 的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2008 年 12 月—2011 年 12 月在本院妇科门诊就诊且经 TCT、阴道镜下宫颈多点活检最终病理诊断为 CIN 的患者 200 例,其中 CIN I 96 例, CIN II 68 例, CIN III 36 例;年龄 19~53 岁,平均年龄 37 岁,均有性伴侣,未生育者 3 例,平均孕次 2.12 次,平均产次 0.93 次。

1.2 方法

1.2.1 手术指征: ① 活检结果为 CIN I 部分不能随访患者; ② CIN II 和 CIN III 患者; ③ TCT 和阴道镜检查高度怀疑 CIN 者。全部患者术前均行宫颈 TCT、阴道镜检查并以活检病理学结果为依据,排除有手术禁忌证者。妊娠期患者和有宫颈手术史者均除外。

1.2.2 术前准备: 术前检查患者血常规、凝血功能、白带常规、心电图,发现异常者进行相关治疗。月经前 10 d 阴道给药预防感染。

1.2.3 手术时间、步骤及范围: 于月经干净后 3~7 d 行宫颈 LEEP 术。患者取膀胱截石位,常规

消毒铺巾,窥阴器暴露宫颈,5% 碘附消毒阴道和宫颈,复方碘溶涂抹宫颈,参考阴道镜图像确定病变范围选择合适电极并距碘不着色范围外缘 3~5 mm 处移动电极,按顺时针方向匀速切除病灶,深度约为 1.5 cm,一般不伤及宫颈内口,切缘用球状电极电灼一圈止血。术毕创面敷云南白药粉剂和左克胶囊粉剂,并与小干纱布两块填塞,嘱患者 24 h 后自行取出。切下组织全部标记送病检。

1.2.4 术后处理: 术后口服 1 周抗生素预防感染,嘱患者禁性生活、盆浴 3 个月,10 d 后回院创面换药并复诊,阴道流血多者随时就诊。

1.2.5 术后随访情况: 术后 10 d 必须复查一次,观察创面修复情况。常规消毒后创面涂上云南白药和左氧氟沙星粉剂。术后第 1 次月经来潮后来院复查 1 次,以后每个月复查 1 次至 3 个月。3 个月后每 3 个月复查 1 次,半年后 1 年 1 次。术后 3 个月,每 6 个月阴道镜检查行脱落细胞检查,可疑部位再行活检。必要时行 HPV 病毒检测指导治疗。

2 结果

所有患者手术过程顺利,无特殊不适主诉,少数患者有小腹下坠感,平均出血 5 mL,仅有 2 例出血量达 20 mL。术后 1 周左右阴道分泌物增多,呈淡黄色或淡红色,10~15 d 宫颈脱痂少量出血。出血多者(多于月经量)9 例,给予局部压迫止血并予口服抗生素和止血药。一般处理后均明显好转,其中有 2 例给予宫颈局部缝合止血。

200 例患者中,179 例术后 1 年未发现 CIN 病变,治愈率为 89.5%。术后 1 个月内痂皮基本脱落,宫颈口充血。术后 3 个月复查宫颈光滑者 150 例(75%);宫颈口轻-重度柱状上皮显露或外翻者 29 例(14.5%),再次给予阴道局部用药,

阴道镜下检查脱落细胞学或活组织检查均无异常。术后 6 个月复查宫颈光滑者 172 例(86%), 7 例(3.5%)可见潮红及组织增生,阴道镜下脱落细胞学及活组织检查均无异常。术后 12 个月复查, 177 例(88.5%)宫颈基本光滑,有 2 例(1.0%)仍有组织增生,且患者同房后出血,故再次行宫颈 LEEP 术,病理无异常病变。7 例原位癌累及腺体伴早期浸润癌行扩大手术治疗。14 例 CINⅢ级,其中 5 例年轻患者有生育要求及 6 例有条件随访患者 LEEP 术后切缘阴性,未行全子宫切除而定期严密随访,常规行 HPV 检测,并予局部抗病毒治疗。其中 3 例因年龄偏大宫颈萎缩再次 LEEP 手术困难而行全子宫切除术。

术后病理检查显示,宫颈黏膜慢性炎症者 12 例(6.0%)、CINⅠ者 86 例(43.0%)、CINⅡ者 74 例(37.0%)、CINⅢ者 21 例(10.5%),原位癌累及腺体伴早期浸润癌者 7 例(2.5%),此 7 例经行子宫广泛切除术加盆腔淋巴结清扫术后,病理检查报告为:6 例 LEEP 术后宫颈炎症改变,4 例宫颈早期浸润癌;另 3 例 CINⅢ者行全子宫切除术病理为炎性改变。术后 196 例(96.0%)宫颈标本边缘病理学检查未见 CIN 病变;术后诊断降级者 75 例(37.5%),等级者 120 例(60%),升级者 5 例(3.5%)。

3 讨论

LEEP 由法国学者 Cartier 于 1981 年首创,是采用高频无线电刀通过 LEEP 金属丝内电极尖端产生 3.8 MHz 的超高频(微波)电刀在接触身体组织的瞬间,有组织本身产生阻抗吸收电波产生高热,使细胞内水分形成蒸汽波来完成各种切割、止血等手术目的,且不影响切口边缘组织的病理学检查^[2]。CIN 是一种与人乳头状瘤病毒感染有关的宫颈癌前病变。流行病学研究^[3]表明,宫颈鳞状上皮内病变的发病年龄明显提前,据统计感染的高峰年龄为 17~33 岁。宫颈上皮内病变已经成为育龄妇女常见的妇科疾病之一。本组患者年龄最小者 19 岁,平均 37 岁,大部分患者要求保留生育能力。

宫颈上皮内瘤变是宫颈浸润癌演变发展过程中癌前病变阶段,因此对 CIN 的早期诊断和治疗是预防宫颈癌的关键环节^[4]。研究报道^[5]表明, CINⅠ、CINⅡ、CINⅢ进一步发展为宫颈癌的危险度分别为 15%、30%、45%。目前对 CINⅡ以

上的治疗,传统的治疗方法包括微波手术、冷冻疗法、激光疗法及手术等治疗方法,但这类治疗方法存在着某些缺陷,如冷冻、激光、微波治疗无病理结果,宫颈癌的漏诊率极高。手术治疗需要住院和麻醉后进行,且费用较高,甚至需切除子宫丧失生育机能等。LEEP 术具有减少或避免切缘残留,可取病理标本同时保留生育能力等优点,在欧美国家以逐渐代替冷刀和激光锥切术^[6]。子宫为内脏器官,内脏器官对切割、烧灼等锐性刺激所致疼痛不甚敏感^[7]。LEEP 术治疗宫颈病变可不需要麻醉镇痛,大多数患者仅稍感不适或轻微疼痛,减少了手术麻醉的风险。宫颈 LEEP 手术指征为宫颈活组织病理检查为 CIN、阴道镜检查异常、多次细胞学检查异常而宫颈活检正常、宫颈管内赘生物以及除外宫颈浸润癌等^[8-9]。

LEEP 最常见的并发症即术中出血、术后阴道流血和宫颈管狭窄。本组中出血发生率为 6.5%(13/200),近期随访观察未发现宫颈口狭窄、粘连和闭锁。预防措施包括:① 月经干净 3~7 d 后进行 LEEP 治疗,禁性生活,如有阴道炎则先治疗阴道炎症,待白带化验结果正常才可行手术;② 手术视野暴露良好,在阴道镜碘染下确定病变范围后进行;③ 操作时要控制好电环刀的速度及角度,不能太快也不能太慢,太快出血多,太慢标本碳化,注意切宫颈组织深度不能太深,切除的标本术后检查应为蘑菇状或锥状^[7]。Ferenczy 等^[11]认为宫颈环切术切除深度 <18 mm 的病例,极少发生宫颈狭窄。因此对有生育要求的妇女进行 LEEP 术时要掌握好切除的深度和宽度,预防宫颈狭窄的发生;④ 如果电凝止血效果不好,予阴道纱布 2 块填塞,24 h 后取出,如仍出血多则需缝扎止血。术后阴道流血主要原因是脱痂出血,减少脱痂出血的关键是手术时把握电切范围和深度,手术过程中在碘染下进行操作,将病变组织全部切除。手术时电凝止血时间不宜过长,否则凝固坏死组织增多,增加感染概率和术后阴道排放量。如阴道流血或排液多,处理方法有:① 用稀释的络合碘液局部冲洗创面;② 出血创面喷洒止血药;③ 碘仿纱条填塞;④ 必要时使用抗生素^[12]。

明确手术指征,避免治疗过度或不及。过度治疗对宫颈是严重的创伤,目前已经有大样本的回顾性报告,接受 LEEP 术或激光锥切的妇女,将来发生早产,胎膜早破和低出生体质量儿的风险

明显增加。治疗不足是因为对病变级别评估不足而采取不适当的处理,乃至未能完整切除病灶,导致病变残留和复发,甚至可能需要作一些副反应较大的补充治疗,使患者承受更大的痛苦。治疗前未筛查是治疗不足的主要原因之一,治疗偏差同样导致治疗不足,常见于单纯参照细胞学结果或宫颈活检就施行于子宫切除术。

由于子宫颈上皮内瘤变系癌前病变,术前、术后患者担心癌变而产生焦虑、紧张的情绪,这时就需要医护人员与患者进行深入交流,告知其宫颈疾病的相关知识和注意事项,并告知手术仅为局部组织的切除,创伤小、疼痛轻,不影响生育,消除患者的思想负担。术后加强营养,以易消化吸收,富含蛋白质、维生素和适量粗纤维食物为主,同时保持大便畅通。术后 3 个月后,若发现宫颈外口处有轻-中度柱状上皮显露或外翻轻-中度可积极使用药物局部治疗,如纳米银等药物。术后 1 年若发现宫颈口有花瓣样柱状上皮增生,可再次行 LEEP 切除。对术后有生育要求的患者,钱德英等^[13]认为 LEEP 术后 3 个月即可妊娠,以 1 年内妊娠为宜,此时宫颈组织质地柔软,适合妊娠分娩。丁李^[14]等也认为对要求保留生育功能的 CIN 患者,恰当的 LEEP 术对妊娠及其结局无明显影响。LEEP 术不影响分娩方式,不应成为剖宫产的指征。

(上接第 153 面)

防止肺栓塞的发生。但对于大多数的 DVT 患者,不推荐抗凝基础上常规使用,置入滤器症状性肺栓塞减少,但 DVT 发生率上升。用尿激酶溶栓时需检测纤维蛋白原,小于 200 mg/L 时需暂停。祛集治疗也是重要的治疗方法,因血小板在静脉血栓形成中占有重要地位,可降低血黏度,防止血小板聚集。中药治疗也是好的辅助治疗方法,本组 5 例予川芎嗪(120~180 mg/d)、葛根素(200 mL/d)等中药理气活血通络,疼痛及水肿缓解明显,治疗效果较佳。出院后 DVT 患者需继续抗凝治疗,定期检查凝血指标,调整华法林剂量,同时复查深静脉 B 超,了解侧支形成和再通情况,随访治疗 6~12 个月。

参考文献

[1] 王玉琦,叶建荣. 血管外科治疗学[M]. 6 版. 北京:人民

参考文献

[1] 庆芝,黄山鹰,唐雪莲,等. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术对治疗宫颈上皮内瘤Ⅲ级的疗效比较[J]. 现代医学, 2011, 39(2):162.
 [2] 郝力,陈金春,虞如芬. LEEP 和微波治疗宫颈上皮内瘤变疗效观察[J]. 中国现代医生, 2011, 49(11): 97.
 [3] 贺豪杰,潘凌亚. 宫颈上皮内瘤变及其治疗对妊娠的影响[J]. 基础医学与临床, 2006, 26(12): 1302.
 [4] 何素芬,金绍辉,唐良茜. LEEP 术治疗宫颈上皮内瘤变的临床观察[J]. 重庆医学, 2009, 38(10): 1235.
 [5] 郎景和. 子宫颈上皮内瘤变的诊断与治疗[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 6(5): 261.
 [6] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 1761.
 [7] 戚仁铎. 诊断学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 1993: 10.
 [8] 樊庆泊. 子宫颈环型电切除操作在宫颈上皮内瘤变诊治方面的应用[J]. 现代妇产科进展, 2002, 11(6): 472.
 [9] 樊庆泊. 子宫颈环形电切术在子宫颈上皮内瘤变治疗中的价值[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(5): 273.
 [10] 杨焯,祝亚平. 宫颈上皮内瘤变累腺深度与锥切范围的研究[J]. 现代妇产科进展, 2009, 4: 293.
 [11] Ferenczy Q, Choukrown D, Falcone T, et al. The effect of cervical loop electrosurgical excision on subsequent pregnancy outcome; North American experience[J]. Am J Obstet Gynecol, 1995, 172: 1246.
 [12] 沈铿,郎景和. 妇科肿瘤面临的问题和挑战[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 31.
 [13] 钱德英,曾仁海,洪淡华,等. 宫颈上皮内瘤变患者行宫颈环切术对妊娠结局的影响[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(5): 326.
 [14] 丁李,苏涛,吴丹,等. 宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤样变对妊娠的影响[J]. 中国临床医学, 2008, 15(2): 215.

卫生出版社, 2004: 642.
 [2] 王文平,徐智章,何银凤,等. 下肢深静脉血栓的超声诊断[J]. 中华超声影像学杂志, 1998, 7(1): 35.
 [3] 刘玉珍,张震宇,郭淑丽,等. 妇科盆腔手术后下肢深静脉血栓形成的临床研究[J]. 中国妇产科杂志, 2006, 41(2): 107.
 [4] 赵成华,孙超. 妇科盆腔手术后下肢静脉血栓的预防性护理[J]. 医学理论与实践, 2006, 19(1): 89.
 [5] White Jv. Preliminary result of the A-vimpulse system applied to vascular patients[J]. Footnotes, 1995, 14(2): 12.
 [6] Hirsh J, Guyatt G, Albers G W, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy: American College of? Chest? Physicians Evidence - Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)[J]. Chest, 2008, 133(6 Suppl): 110S.
 [7] Simon G R, Skibolk, Polak J F, et al. Utility of leg ultrasonography in suspected symptomatic isolated calf deep venous thrombosis[J]. Am J med, 1995, 99(1): 43.
 [8] 刘玉珍,张震宇,李金凤,等. 妇科盆腔手术后下肢深静脉血栓治疗及转归的临床研究[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 5(23): 314.