

高频电波刀在子宫颈病变中临床应用

周 萍

[摘要] 目的:评价高频电波刀电圈切除术(LEEP)治疗子宫颈病变的临床价值。方法:将细胞学和阴道镜检查异常的 63 例子宫颈病变者分成两组,分别采用 LEEP(33 例)和传统电刀(30 例)治疗。结果:LEEP 锥切术后 3 个月行细胞学检查,病变持续存在率 6.1%,与传统电刀 6.7% 相似;手术时间(5.0±0.5) min,较传统电刀(15.0±0.5) min 短;术中出血与宫颈修复时间均少于传统电刀($P < 0.01$)。结论:LEEP 是治疗子宫颈病变的一种操作简单、安全、成功率高的手术,值得临床推广。

[关键词] 宫颈疾病/外科手术;电圈切除术;子宫颈上皮内瘤变

[中国图书资料分类法分类号] R 713.44 **[文献标识码]** A

Use of high-frequency electric-wave knives in treatment of cervical pathological changes

ZHOU Ping

(Department of Obstetrics and Gynecology, The First People's Hospital of Huainan, Huainan Anhui 232007, China)

[Abstract] **Objective:** To assess the value of loop electrocautery excision procedure(LEEP) with high-frequency electric-wave knives in treatment of cervical pathological changes. **Methods:** Sixty-three cases diagnosed abnormal by cytology and colposcopy were divided into LEEP group (33 cases) and traditional electric knife group (30 cases). **Results:** Cytological examination was performed three months after LEEP operation. The durative existing ratio of pathological changes was 6.1% in the LEEP group, which was similar to 6.7% in the traditional electric knife group. The duration of surgery(5.0±0.5) min of the LEEP group was shorter than that(15.0±0.5) min of traditional electric knife group. Duration of bleeding and time of cervix repairing was shorter in the LEEP group than that in the traditional electric knife group ($P < 0.01$). **Conclusions:** LEEP is a simple and safe procedure for treatment of cervical pathological changes with a high success rate. It is worth popularizing.

[Key words] cervix diseases/surgery; loop electrocautery excision procedure; cervical intraepithelial neoplasia

子宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤。由于普遍开展子宫颈细胞学的检查,使许多子宫颈癌前病变——宫颈上皮内瘤样变(CIN)得以早期诊断和治疗,使子宫颈癌的发病率和死亡率均明显下降,但近年来年轻子宫颈癌的发病有明显上升趋势,以每年

2%~3%的速度增长^[1],所以对子宫颈癌的防治重点在于对 CIN 的检测和治疗。随着子宫颈癌早诊早治工作的开展,以往对宫颈病变的治疗多采用破坏性治疗手段如冷冻、电烙以及激光等方法。20 世纪 80 年代,国外将作为活检工具高频电波刀电圈切除术(LEEP)应用妇科活检,发展到今天,LEEP 的技术日臻完善。2005~2007 年,笔者对 63 例各种宫颈病变的患者行 LEEP 和传统电刀治疗,现将疗

[收稿日期] 2008-01-17

[作者单位] 安徽省淮南市第一人民医院 妇产科,232007

[作者简介] 周 萍(1967-),女,副主任医师。

轻患者痛苦,术后 1 周可结合体外碎石排石。体外冲击波碎石术目前已成熟,效果佳又有方便重复的优点,加上有肾造漏管的存在,不仅使得体外冲击波碎石术后碎石更容易排出,效果欠佳的可以通过该通道行再次 PCNL 治疗^[5]。

[参 考 文 献]

- [1] 李 逊,吴开俊.多通道经皮肾穿刺取石治疗复杂性肾结石[J].中华泌尿外科杂志,1998,19(8):469-470.
- [2] 李 逊,曾国华,吴开俊,等.微创经皮肾穿刺取石术治疗上尿路结石[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(9):516-518.
- [3] 李 逊,曾国华,吴开俊,等.微创经皮肾穿刺造瘘术治疗上尿路疾病[J].中华泌尿外科杂志,2004,25(3):169-171.
- [4] 周均洪,陈志雄,唐炎权,等.纤维胆道镜在微创经皮肾穿刺取石术中降低结石残留率的临床应用(附 75 例报告)[J].中国医师杂志,2005,9(增刊):258-259.

- [5] 庞自力,邢毅飞,石理华,等.经皮肾微造瘘输尿管镜激光碎石结合 ESWL 治疗复杂性肾结石[J].临床泌尿外科杂志,2005,20(7):387-388.
- [6] 孙颖浩,王芝芳,王林辉,等.钬激光治疗泌尿系结石[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(11):691-692.
- [7] Wollin TA, Razvi HA, Denstedt JD. Identifying stone composition using infrared analysis of filtered urine after ureteroscopic lithotripsy[J]. *Endourol*, 1999, 13(7):499-503.
- [8] Jou YC, Shen JH, Cheng MC, et al. Percutaneous nephrolithotomy with holmium: Yttrium-aluminum-garnet laser and fiber guider-report of 349 cases[J]. *Urology*, 2005, 65(3):454-458.
- [9] Devarajan R, Ashraf M, Beck RO, et al. Holmium: YAG lasertripsy for ureteral calculi: an experience of 300 procedures[J]. *Br J Urol*, 1998, 82(3):342-347.
- [10] 吴 忠,丁 强,姜吴文,等.输尿管肾镜钬激光碎石术治疗输尿管结石[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(1):27-29.

效观察作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 63例均经细胞学、阴道镜下活检诊断, CIN 1级32例, CIN 2级13例, CIN 3级7例,慢性宫颈炎11例。患者年龄21~43岁。

1.2 方法 患者取膀胱截石位,常规消毒,阴道放置带排烟管窥具,暴露子宫颈后用碘液标志转化区范围,接通电源,开关拨到CUT位置,功率调到6,根据病变性质和范围选用不同型号的环形电极,距碘不着色区外缘0.5cm处进电极,从左至右或从上至下缓缓均匀地连续移动电极以切割组织,直至右侧病灶边缘外0.5cm提出电极,这样即可一次将全部转化区病变组织切下。如果病灶面积太大,可分多次进行,直至将整个病变组织全部切除。切除深度约为0.5~1.0cm。然后再改用小环形电极,切除中央部分组织,包括部分颈管,深1~2cm。止血时改用球形电极,并将开关拨到coagulate位置上,功率调到8。

1.3 术后治疗及疗效评定 术后1个月,每周随诊1次,记录阴道出血、分泌物、子宫颈修复、月经周期表现等情况,禁性生活。术后3个月行液基薄层细胞检测(TCT)检查,异常者为病变持续存在;正常者每3个月随访1次,2次正常后改半年1次。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 两组锥切情况比较 LEEP组的锥切手术时间、术中出血、术后子宫颈修复时间均明显小于传统电刀($P < 0.01$)。LEEP组标本全部无炭化现象,组织边缘切除干净。而传统电刀组标本边缘全部有炭化现象,无法判断边缘是否切除干净。手术效果无统计学意义($P > 0.05$) (见表1)。

表1 两组患者锥切术情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	术中出血 (ml)	子宫颈修复 时间(d)	术后子宫颈 狭窄	术后3个月 TCT异常
LEEP锥切组	33	5.0±0.3	1.0±0.5	14±1	0	2
传统电刀组	30	15.0±0.4	5.0±0.5	21±1	1	2
t	—	112.90	31.71	27.75	—	0.18 $\Delta\Delta$
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	0.476 Δ	>0.05

Δ 示四格表确切概率法; $\Delta\Delta$ 示 χ^2 值

2.2 随访 术后随访3~12个月,两组1周内均无阴道出血和不适。LEEP组术后4~6周子宫颈光滑,而且外形恢复自然状态。术后3个月TCT检查病变持续存在各为2例,均为CIN 1级。术后3个月病变持续率分别为6.1%、6.7%。

3 讨论

3.1 LEEP的手术指征 (1)阴道镜下子宫颈活检病理诊断为CIN;(2)若病变累及子宫颈管,病灶远端应可见向颈管内延伸,深度<1cm;(3)无子宫颈浸润癌或腺上皮异常的证据;(4)无盆腔感染、急性宫颈炎、滴虫性阴道炎、细菌阴道病、外生殖器溃疡或出血性疾病;(5)妊娠妇女的手术应在产后3个月施行^[2]。我们研究结果支持此适应证。但对原位癌特别是早期浸润性癌患者是否使用LEEP术,不同学者持有不同的意见,有学者主张使用冷刀行子宫颈锥切术^[3],也有学者认为可以使用LEEP术^[4],但需要长期追踪^[5]。

3.2 LEEP存在的问题 LEEP虽然是目前治疗CIN的较好方法,但有些作者长期观察随访发现有子宫颈管狭窄问题,虽然其发生率很低,但也应引起重视,特别未生育妇女进行LEEP的治疗时要避免切除过深,尤其颈管^[6]。另外LEEP手术操作虽然较简单,容易掌握,但若病变范围大,病灶达到穹窿部时暴露困难会增加手术难度,初学者一定要经过培训,以免因滥用而造成不良后果。

3.3 LEEP在CIN诊断和治疗中的价值 LEEP首先克服传统治疗子宫颈病变(如激光、冷冻等)不能保留病理检查标本致漏诊率高的弊端,LEEP在切除病变的同时,能够保存完整的不被破坏的组织标本供病理诊断使用。其次,LEEP术不用开刀进腹处理CIN 2~3级,甚至(未育者)原位癌,对于渴望保留生育功能的年轻CIN患者提供了合适的治疗方法。

子宫颈病变是当代妇女多发病与常见病,且多发生于未育之前(与过去年代不同),故传统疗法已不能适应当代实情。LEEP具备无需住院和麻醉、费用低、手术时间短、并发症少等优点。只要掌握手术指征,规范手术步骤,注意术后病理观察,可获得满意疗效。

[参考文献]

- [1] 郎景和. 宫颈上皮内瘤变诊断和治疗[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(5): 261.
- [2] 章文华主编. 子宫颈病变的诊断要点[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 100-107.
- [3] 卞美璐. 宫颈上皮内瘤样病变的诊断和处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(3): 139-140.
- [4] 宋学红. 子宫颈病变诊治技术的进展[J]. 现代妇产科进展, 2003, 12(1): 1-3.
- [5] 吴玉梅, 徐晓红, 邓小虹. 子宫颈原位癌确诊与处理方式的探讨[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(3): 155-157.
- [6] Suh-Burgmann EJ, Whall-Strojwas D, Chang Y, et al. Risk factors for cervical stenosis after loop electrocautery excision procedure [J]. *Obstet Gynecol*, 2000, 96(5): 657-660.