

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0714-03

· 临床医学 ·

高频电波刀电圈切除术治疗子宫颈病变 75 例临床疗效分析

田玲 苏琳

[摘要]目的:探讨高频电波刀电圈切除(LEEP)治疗子宫颈病变的临床效果。方法:回顾性分析 75 例经阴道镜检查并活检诊断为子宫颈上皮内瘤样病变、子宫颈湿疣、子宫颈炎术后行 LEEP 手术治疗的患者术中出血及反应、术后并发症、子宫颈塑形的情况。结果:75 例子宫颈疾病患者术中出血 < 5 ml 56 例, 5 ~ 10 ml 14 例, > 10 ~ 15 ml 2 例, > 15 ~ 20 ml 2 例, > 20 ml 1 例。术中 15 例局部有灼热感, 2 例下腹坠痛, 58 例无不适感。术后并发症 5 例。子宫颈塑形满意 64 例, 欠满意 8 例, 不满意 3 例。结论:严格掌握手术指征, 把握手术范围和深度, 有序的复查, 是提高 LEEP 术治疗子宫颈病变临床效果的保证。

[关键词] 子宫颈疾病; 高频电波刀电圈切除; 出血; 子宫颈塑形

[中国图书资料分类法分类号] R 711.74 **[文献标识码]** A

Clinical analysis on loop electrosurgical excision procedure treatment of cervical lesion in 75 cases

TIAN Ling, SU Lin

(Department of Obstetrics and Gynecology, Benbu Third People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the clinical effects of loop electrosurgical excision procedure (LEEP) treatment of cervical lesions. **Methods:** A retrospective analysis was conducted on LEEP treatment of 75 cases which were diagnosed as CIN, cervical condyloma and cervicitis through colposcopy histopathology. The analysis of bleeding during surgery, complication after surgery, and effect of cervical shapping were done. **Results:** The levels of blood loss during surgery were as following: < 5 ml in 56 cases; > 5 ~ 10 ml in 14 cases; > 10 ~ 15 ml in 2 cases; > 15 ~ 20 ml in 2 cases; > 20 ml in 1 case. The reactions of surgery included local burning sensation in 15 cases, hypogastrolgia in 2 cases with and no unwell in 58 cases. The postoperative complications happened in 5 cases. Sixty-four patients were satisfied with the outcomes of cervical regeneration, while 8 patients less satisfied and 3 patients not satisfied. **Conclusions:** The clinical effects of LEEP treatment in cervical lesions can be effectively improved when we understand the operative indications, control the operative range and depth, and orderly review.

[Key words] cervical lesion; loop electrosurgical excision procedure; blood loss; cervical regeneration

高频电波刀电圈切除(loop electrosurgical excision procedure, LEEP)自从应用于子宫颈疾病治疗后,在子宫颈癌前病变诊断和治疗、不典型鳞状细胞性质未定(ASCUS)进一步分流、子宫颈赘生物切除、难治性子宫颈炎治疗等方面得到广泛应用^[1]。LEEP以其简单、花费低廉,又能用于病理检查,且具有手术时间短、疼痛轻、并发症远少于激光和冷刀的优点,很快在妇科手术中推广。2009年1月至2010年1月,我科采用LEEP术治疗子宫颈病变75例,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 75例为我院门诊经液基薄层细胞检查配合电子阴道镜检查,活检后证实为子宫颈上

皮内瘤样病变(CIN),包括持续CIN1或CIN1随访不便的30例,CIN2级14例,CIN3级中的重度非典型增生7例,子宫颈湿疣(HPV)7例,子宫颈炎17例。年龄26~67岁。孕次1~5次。其中包括29例无分娩史者,所有患者的性生活史均为1年以上。

1.2 方法 采用美国WALLACH Quantum 2000型LEEP环切电刀。除绝经者外,治疗时间均选择月经干净后2~3d,不超过7d。常规行阴道分泌物检查(阴道镜检查采用珠海和佳HGDM-2000型电子数码阴道镜)。患者月经干净后3~7d来院检查,采用3%的醋白实验和1%的碘实验进行阴道镜下观察,于碘试验阴性区和可疑部位取活检,标本送病理检查。清洁度为I~II度。患者取膀胱截石位,常规消毒,暴露子宫颈后,在阴道镜下观察,拟定手术范围及碘液标志移行区范围。若为良性病变,在病变外侧0.1~0.2cm切除,CIN在病变外0.5cm切除。子宫颈湿疣、子宫颈炎者经药物治疗无效者用环状电极,大环切除深1~1.5cm,距离子宫颈

[收稿日期] 2011-05-10

[作者单位] 1. 安徽省蚌埠市第三人民医院 妇产科 233000; 2. 蚌埠医学院 护理学系 安徽 蚌埠 233030

[作者简介] 田玲(1968-)女,副主任医师。

病变外缘 0.1 ~ 0.2 cm。CIN1 ~ 2、CIN2、子宫颈极度肥大者,用环状电极,分两步(大环切除深 1 ~ 1.5 cm,小环补切深 1 ~ 1.5 cm)切除子宫颈组织深 2 ~ 2.5 cm、距离子宫颈病变外缘 0.5 cm。ASCUS、CIN1、TCT 细胞有明显异型和高危型 HPV 感染长期不消退且持续含量高者用锥状电极,切除子宫颈组织深 2 ~ 2.5 cm,距离子宫颈病变外缘 0.5 cm。CIN2、CIN3 患者选用环状,用类似于冷刀锥切的方法完整切除子宫颈组织深 3 ~ 3.5 cm、直径 2.5 ~ 3.5 cm,距离子宫颈病变外缘 0.5 cm。子宫颈采用顺时针标记部位。用 10% 甲醛液固定,行病理检查。切割技能:轻接触,轻刨出,使用平滑、迅速的不带压力的动作,电极应谨慎而快速的穿过组织,不能有任何拖延,保持电极移动。

1.3 子宫颈塑形标准^[2] 满意(satisfactory cervical regeneration, SCR):术后门诊随访,修复再生的子宫颈光滑、质软、弹性好,无瘢痕形成,并且新的鳞柱交界清楚。欠满意(little satisfactory cervical regeneratio, LSCR):子宫颈口较狭窄,小棉签勉强通过;子宫颈口柱状上皮轻度显露半径 < 0.5 cm;子宫颈病变消失,鳞状上皮再生,但子宫颈口可见小区域增生的柱状上皮,临床症状消失;子宫颈质地较硬,弹性较差,有少量红斑。不满意(unsatisfactory cervical regeneration, USCR):子宫颈口柱状上皮显露或外翻面积大;子宫颈管狭窄:子宫颈管狭窄标准为子宫颈口不能容纳棉签通过;子宫颈管松弛:子宫颈管松弛标准为子宫颈口棉签通过无阻力;阴道穹窿粘连或变浅(子宫颈变短);子宫颈创面久治不愈。

2 结果

术中出血量 < 5 ml 56 例, > 5 ~ 10 ml 14 例, > 10 ~ 15 ml 2 例, > 15 ~ 20 ml 2 例, > 20 ml 1 例(见表 1)。术中局部有灼热感 15 例,下腹坠痛 2 例,均能忍受,不影响手术进行,其余 58 例均无不适感,术后即可离床活动。术后发生并发症 5 例。术后出血 2 例,出血量均大于月经量,为术后脱痂出血。子宫颈管狭窄、粘连 1 例,子宫颈管肉芽增生 2 例。子宫颈塑形满意 64 例,欠满意 8 例,不满意 3 例(见表 2)。

术后 1 个月内每周随访 1 次,术后患者愈合期内阴道流血量少,个别患者在脱痂时发生阴道出血多,经局部电凝或缝扎后有效止血,门诊随访愈合好,所有病例无发生因感染或出血行子宫切除者,创面均于术后 5 周内愈合。以后每月 1 次,3 个月后,每 3 个月复查 1 次,半年后,每半年复查 1 次。3 个

月行子宫颈细胞学、电子阴道镜交替检查并活检。术后共有 2 例失访,其余患者随访时间均 > 14 个月,术后治愈率达 98.7%。

表 1 75 例术中出血情况统计 [n, 百分率(%)]

病变类型	<5 ml	>5 ~ 10 ml	>10 ~ 15 ml	>15 ~ 20 ml	>20 ml
CIN1	25(38.33)	5(16.67)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
CIN2	9(64.29)	4(28.57)	0(0.00)	1(7.14)	0(0.00)
CIN3	2(28.57)	3(42.87)	0(0.00)	1(14.29)	1(14.29)
子宫颈湿疣	5(71.42)	1(14.29)	1(14.29)	0(0.00)	0(0.00)
子宫颈炎	15(88.24)	1(5.88)	1(5.88)	0(0.00)	0(0.00)

表 2 子宫颈塑形效果观察 [n; 百分率(%)]

病变类型	满意	欠满意	不满意
CIN1	28(37.33)	2(2.67)	0(0.00)
CIN2	11(14.66)	2(2.67)	1(1.33)
CIN3	4(5.33)	2(2.67)	1(1.34)
子宫颈湿疣	5(6.66)	1(1.33)	1(1.33)
子宫颈炎	16(21.33)	1(1.33)	0(0.00)

3 讨论

3.1 严格掌握适应证 LEEP 术是采用高频电刀,利用金属丝由电极尖端产生 3.8 MHz 的超高频电波,接触身体组织瞬间,由组织产生阻抗吸收电波,产生高热,使细胞内水分形成蒸汽波来达到各种切割、止血等手术目的。由于 LEEP 刀切下组织未碳化,可做病理检查,对早期发现子宫颈癌前病变具有重大意义,从而具有治疗、诊断双重效果^[3]。目前有许多关于 LEEP 用于 CIN 诊断及治疗成功的报告,但没有一种治疗方法可适应所有的患者,应根据其年龄,对生育功能保留的要求,是否具备随诊条件及病变程度等综合考虑;对于 CIN1 级患者多采用激光及药物治疗, CIN2 级患者提倡以 LEEP 刀子宫颈电锥切术为主; CIN3 级患者一般子宫颈锥切或全子宫切除。未怀孕妇女尽量避免行 LEEP 等有创子宫颈操作,容易导致流产及子宫颈难产。尤其对于子宫颈炎未排除 CIN 的患者,不应开始就选择 LEEP 术,还应遵循子宫颈细胞学→阴道镜组织病理学→锥切病理检查的步骤。CIN1 的诊治一直存在争议,有关诊治不足和过度诊治的讨论一直是争论的热点。美国国家癌症研究所进行的 ASCUS/LSIL 的临床研究中,最初诊断为 CIN1 者,经专家病理复查委员会证实仅 43% 为 CIN1, 41% 为正常,

13% 为 CIN2、CIN3。我们认为对 CIN1 患者治疗应依据阴道镜检查图像满意度、随访可行性、患者年龄、生育要求综合分析,并充分尊重患者对治疗方案的选择权。除了对 CIN1 密切随访外,对阴道镜图像不满意、无生育要求、年龄较大者(>35 岁)、难以随访者应积极进行 LEEP 子宫颈锥切以防漏诊,并同时治疗^[4]。本研究中,CIN130 例,占 40%,比例偏高,可能与本单位大部分患者为农民随访不便有关。

3.2 术后并发症对策 出血是 LEEP 最常见的术后并发症,常发生于术后 7~14 d,大部分为创面感染、焦痂脱落所致,少部分与手术切除范围过大、过深有关^[5]。为了减少术中、术后出血,建议采取如下措施:(1)术前需阴道准备,如有阴道及子宫颈局部炎症,应给予相应治疗后再手术;(2)术中正确掌握切除范围和深度,术后出血一般发生在 10~14 d,可给予电凝止血、阴道填塞碘仿纱条、局部涂抹止血剂等。子宫颈管狭窄、粘连与患者年龄及切除病变深度有关,一般绝经后妇女子宫颈移行区上移容易发生,另外电凝时间过长也是造成狭窄的原因。凝固坏死组织增多,会增加感染机会和手术后阴道排液量。术前应排除阴道炎症、子宫颈感染,术后预防

性应用抗生素,积极控制手术范围和深度以预防子宫颈管狭窄的发生。本研究中有 1 例 CIN3 患者术后 13 天阴道出血量多就诊,妇检见创面有活动性出血予以电凝止血后痊愈,可能与切除子宫颈组织范围过大、过深有关。

LEEP 术是治疗 CIN 的安全有效方法,只要掌握手术指征,规范手术步骤,把握手术范围和深度,严密有序随访,注意术后并发症,加强护理,可获得满意疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 张蕙,魏立慧.高频电波刀在子宫颈手术中的应用[J].中华妇产科杂志 2000 35(2):121-122.
- [2] 薛月珍,韩玲,江立珍.不同 LEEP 术式在治疗子宫颈病变后子宫颈塑形观察[J].上海交通大学学报:医学版 2006 26(9):1051-1055.
- [3] 徐卫萍,陈仙黔,郑素萍.高频电波刀(LEEP 电波刀)在子宫颈病变中的临床应用[J].牡丹江医学院学报 2006 27(5):27-29.
- [4] 姚红霞,王玲,吴红.LEEP 术在子宫颈上皮内瘤变中的诊治价值[J].同济大学学报:医学版 2009 30(3):106-108.
- [5] 伍东月.子宫颈 LEEP 术 229 例并发症的临床分析[J].中国妇幼保健 2010 25(19):2660-2661.

(本文编辑 姚仁斌)

(上接第 713 页)

枕后位应争取早期诊断,及时处理,产程中始终保持良好的产力是处理早期枕后位的关键。只有让产妇具有良好的产力,在没有头盆不称的前提下,可能促使胎儿枕部转向前方经阴道分娩。持续性枕后位的处理原则仍然是加强产力,促使胎头旋转及下降。改善产力,应根据产程的不同阶段作相应的处理。徒手旋转胎头是持续性枕后位常用的处理方法,如转为枕前位则有助于胎头良好俯屈,缩小胎头径线,促使胎头下降,阴道分娩几率增加。因此,徒手旋转胎头成功与否势必影响持续性枕后位的分娩方式,如转胎头后下降达 S⁺³以后无进展,再行产钳助产。若经以上方式仍不能进展则考虑剖宫产^[9]。

处理持续性枕后位、枕横位的分娩方式关键是要正确判断导致持续性枕后位、枕横位的原因,如骨盆狭窄、头盆不称,则应及早采用剖宫产术结束分娩,以确保母婴平安。对于第一产程因精神因素导致原发性宫缩乏力而致的持续性枕后位、枕横位,经排除产道及胎儿因素异常后,可进行心理疏导,使用镇静剂,待产妇体力恢复,宫缩乏力得以纠正后,产程则能顺利进展,经产道分娩。对于第二产程延长、停滞的持续性枕后位、枕横位,如无骨盆狭

窄、胎儿异常,则可进行阴道手术助产(产钳术、胎头吸引术)。对骨盆狭窄者最好的办法还是及早实施剖宫产术。

[参 考 文 献]

- [1] 庄依亮,李笑天.病理产科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:651-656.
- [2] 周玮,蔡汉忠.胎头位置异常与梗阻性难产[J].中国实用妇科与产科杂志 2006 22(2):89.
- [3] 凌萝达,顾美礼.难产[M].2版.重庆:重庆出版社,2001:290-321.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社 2004:209-210.
- [5] 韩爱卿,张志伟,侯艳梅.及时处理持续性枕横位枕后位可降低低位难产[J].中国妇幼保健 2005 20(1):30-37.
- [6] 冷波,王丽霞,宋朝晖.持续性枕后位 180 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志 2005 21(4):2392-2401.
- [7] Blasi I, D'Amico R. Sonographic FV. assessment of fetal spine and head position during the first and second stages of labor for the diagnosis of persistent occiput posterior position: a pilot study[J]. Ultrasound Obstet Gynecol 2010 35(2):210-215.
- [8] 范玲,黄醒华,王琪.持续性枕横位及枕后位的产程特点及围产儿预后[J].中华妇产科杂志 2002 32(10):6202-6221.
- [9] 漆洪波,孙江川,李莉.持续性枕后位的临床特点及分娩方式的选择[J].中国实用妇科与产科杂志 2006 22(2):102-105.

(本文编辑 章新生)