

阴道镜与宫颈环形电切术联合治疗对早期宫颈癌前病变患者的临床疗效

马新娟

泰安市妇幼保健院 山东省 泰安市 271000

【摘要】目的：探究在早期宫颈癌前病变治疗中应用阴道镜联合宫颈环形电切术的临床疗效。**方法：**本次探究选择106例早期宫颈癌前病变患者作为研究对象，分组依照随机数表法，患者均于本院2019年10月至2020年10月期间收治。对照组（53例，行宫颈环形电切术治疗）；实验组（53例，行阴道镜+宫颈环形电切术治疗），对比两组患者的临床时间指标、并发症、复发率情况以及治疗效率，并进行数据分析。**结果：**联合治疗的53例患者临床时间指标显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；联合治疗的53例患者并发症几率、复发率显著低于对照组，并发症几率仅9.43%，复发率仅7.55%（ $P < 0.05$ ）；联合治疗的53例患者治疗有效率显著高于对照组，达98.11%（ $P < 0.05$ ）。**结论：**在早期宫颈癌前病变治疗中应用阴道镜联合宫颈环形电切术能有效促进患者恢复，减少治疗不良事件的发生，确保患者的良好预后，降低疾病复发的几率。

【关键词】 阴道镜；宫颈环形电切术；复发率；临床指标

宫颈癌前病变是由致癌病毒人乳头瘤病毒引起的感染性疾病，其癌前病变主要体现在宫颈上皮内癌变，是一个连续发展的癌变过程^[1]。宫颈癌是目前唯一明确癌症病因的疾病，致病因素一般与性生活不当、免疫状态失衡等有关。宫颈癌发病早期缺乏特异性表现，因此早期诊疗效果较低。发展到中后期的宫颈癌不仅治疗难度增加，预后效果也差强人意，更有患者可能会因此失去妊娠能力^[2]。宫颈环形电切术是应用高频电波刀切除病变组织的微创手术，该术式具有较好的切割止血手术效果，适用于妇科宫颈疾病的治疗^[3]。阴道镜是动态观察患者宫颈状态的高效临床手段，将其与宫颈环形电切术联用可提高病灶切除的精准率，确保手术清除的完整度。本文旨在探究阴道镜联合宫颈环形电切术的临床治疗效果，并进行价值分析，现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次选取106例早期宫颈癌前病变患者进行探究分析，分组依照随机数表法，患者均于本院2019年10月至2020年10月期间收治，对照组（53例，行宫颈环形电切术治疗），平均年龄 32.16 ± 4.28 岁，平均孕次 2.63 ± 0.84 ，平均病程 3.46 ± 0.59 月，根据宫颈上皮内瘤变程度分级，CIN1级到3级依次是轻度非典型增生、中度非典型增生、重度非典型增生和原位癌，其中CIN1级13例，CIN2级24例，CIN3级16例；实验组（53例，行阴道镜+宫颈环形电切术治疗），平均年龄 33.09 ± 4.17 岁，平均孕

次 2.55 ± 0.93 ，平均病程 3.69 ± 0.60 月，其中CIN1级14例，CIN2级25例，CIN3级14例。两组一般资料对比无统计学差异（ $P > 0.05$ ），可进行探究对比。

1.2 纳入标准

①符合早期宫颈癌前病变临床诊断的患者^[4]；②年龄大于25岁；③病理组织学诊断存在人乳头瘤病毒事实，诊断符合CIN分级（1-3级）；④本次研究经医院伦理委员会审核批准，患者及其家属签署了同意书；⑤符合阴道镜观察及手术治疗标准。

1.3 排除标准

①合并脑、心、肾、肝等其他器官组织病变的患者；②合并存在其他内科疾病、感染疾病的患者；③存在精神失常、认知障碍、拒绝配合实验的患者。

1.4 研究方法

实验组53例患者接受阴道镜、宫颈环形电切术联合治疗，实际操作如下：（1）术前准备。术前做好常规妇科检查，包括白带常规、炎症检查等，应用阴道镜多点活检完成病理检查，活检取材至少选择四处，应用宫颈管搔刮术刮取检材。护理人员需确保患者术前3d内无性生活，且在经期3-5d后进行^[5]。（2）麻醉与消毒。对患者阴道周围及阴道进行常规消毒，随后利用器械暴露患者宫颈，宫颈处应用碘液擦涂消毒。患者术前2h禁水，并做膀胱排空准备。本次手术室选择局部麻醉，麻醉剂选择2%的利多卡因。麻醉完成后，应用阴道镜观察患者宫颈病变情况，包括实际病毒浸润范围、程度等，并应用碘染色进行移行区范围标记。（3）电刀切除。将电刀（病变范围不同，环形电极型号不同）功率

调至 6, 靠近碘染色标志区域后, 于碘染色外边缘 0.5cm 处下电刀, 按照自上而下, 从左到右的顺序运作电刀, 切除并分离病变组织。电刀切除深度建议 0.6-1cm, 针对中央位置的病变组织, 可能选择锥形、小环形电极, 以便深入颈管。(4) 止血。电刀切除病变组织后, 改用球形电极, 选择电凝功能进行止血操作^[6]。(5) 特殊情况处理。手术中若发现患者的存在宫颈外翻、息肉等情况, 可应用锥形电极切除赘生物, 并做好止血处理。(6) 术后处理。观察患者术后阴道分泌物情况以及阴道出血情况, 正常手术 7d 后患者阴道出血会停止, 7d 后会分泌部分无异味血性分泌物。若 7d 后患者分泌物出现明显异位或血丝, 考虑存在创口感染, 需进行抗生素干预^[7]。

对照组 53 例患者在接受宫颈环形电切术治疗, 术前同样做好常规检查, 局部麻醉后, 应用碘染色进行移行范围标记, 具体手术操作参照实验组, 手术中应用微创术观察手段, 不加以阴道镜辅助。

1.5 观察指标

(1) 对比两组患者的临床指标, 并进行数据分析。本次临床观察指标包括手术时长、出血量、阴道出血时间、住院时长。(2) 对比两组患者并发症、

复发情况, 并进行数据分析。本次研究存在的并发症包括腰腹痛、术后出血、宫颈管狭窄。并发症几率 = 并发症例数 ÷ 总例数 × 100%。对术后患者进行随访调查, 6 个月内经醋酸实验检验阳性的患者即为复发。(3) 对比两组的临床治疗效果, 并进行数据分析。病理组织学检验正常, 阴道镜检查无病变部位为治疗显著; CIN 分级明显改善, 阴道镜检查病变减少为治疗有效; 病情发展未缓解, 并出现恶化情况为治疗无效。

1.6 统计学处理

本研究涉及统计学方面的数据均由 SPSS22.0 计算完成, 患者临床指标、并发症、复发情况、有效率等相关数据信息包含计数表现形式: [n (%)]、 X^2 检验; 计量资料表现形式: ($\bar{x} \pm s$)、t 检验; SPSS22.0 检验 P 值小于 0.05, 代表数据差异性显著。

2 结果

2.1 对比两组患者的临床指标

联合治疗的 53 例患者临床时间指标显著低于对照组 ($P < 0.05$), 加入阴道镜辅助手段能有效缩短患者的恢复时间, 如表 1 所示。

表 1 对比两组患者的临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时长 (min)	出血量 (ml)	出血时间 (d)	住院时长 (d)
对照组	53	22.69 ± 3.15	15.92 ± 1.59	10.69 ± 1.05	6.94 ± 1.14
实验组	53	15.23 ± 2.07	7.56 ± 0.93	8.22 ± 0.83	3.46 ± 1.02
t	-	14.409	33.041	13.435	16.562
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 对比两组患者并发症、复发情况

联合治疗的 53 例患者并发症几率、复发率显著低于对照组, 并发症几率仅 9.43%, 复发率仅 7.55% ($P < 0.05$), 加入阴道镜辅助手段能有效减少治疗不良事件的发生, 确保手术根治效率, 如表 2 所示。

表 2 对比两组并发症、复发情况 (n (%))

组别	并发症				复发
	腰腹痛	术后出血	宫颈管狭窄	合计	
对照组 (n=53)	5 (9.43)	8 (15.09)	6 (11.32)	19 (35.85)	13 (24.53)
实验组 (n=53)	2 (3.77)	2 (3.77)	1 (1.89)	5 (9.43)	4 (7.55)
X^2	1.377	3.975	3.824	10.557	5.675
P	0.241	0.046	0.051	<0.001	0.017

2.3 对比两组的临床治疗效果

联合治疗的 53 例患者治疗有效率显著高于对照组, 有效率达 98.11%, 对照组仅 84.91% ($P < 0.05$), 加入阴道镜辅助手段有利于确保手术治疗效果, 如表 3 所示。

表 3 对比两组的临床治疗效果 (例, $x \pm s$)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	53	33 (62.64)	12 (22.64)	8 (15.09)	45 (84.91)
实验组	53	45 (84.91)	7 (13.21)	1 (1.89)	52 (98.11)
X^2	-	6.989	1.603	7.204	5.950
P	-	0.008	0.205	0.007	0.015

3 讨论

近年来,我国宫颈癌流行趋势逐渐趋于年轻化。据上海、深圳等流行性病学研究资料显示,年龄在 25-35 岁的女性发生宫颈癌的几率要明显高于其他年龄段的女性,并且该年龄段存在上升趋势明显,每年因该病症丧生的患者高达 3 万人^[8]。宫颈癌的病情发展具有明显缓慢的特征,因此存在明显的癌前病变期。随着医学技术的进步发展,宫颈癌前病变的治疗取得较大的进展。当前医学研究已经明确其致病机制,在癌前病变期对患者进行干预治疗,治愈率极高且能有效确保患者良好预后。阴道镜即使宫颈癌前病变筛查的主要手段,也是辅助微创手术干预的关键临床手段。阴道镜可动态观察患者病变情况,为医生提供手术视野,有效确保手术的进展。宫颈环形电切术是集诊断、治疗于一体的微创术。宫颈环形电切术是应用环形电极对病变部位进行切除处理,环形电极是由金属丝电极构成,仪器通电后金属丝能将接收电流转变的高频低压电波,便形成了环形电极刀。通过阴道镜辅助标记病变位置,利用环形电极刀进行病变切除。高频低压电波在接触组织后会产生高热,通过有序移动电极刀,可实现对病变目标组织的切除。患者无需开腹即可完成病变组织清除,极大地简化了宫颈癌前病变的治疗术式。宫颈环形电切术在清除病变组织后可利用电凝对创口进行止血处理,有利于创口组织重建局部循环,促进患者快速痊愈。医学研究显示,宫颈环形电切术是目前治疗该病症的高效微创术式,具有创伤小、治疗时间短、恢复快的显著特点^[9]。阴道镜可将患者的病变部位进行 6-40 倍的放大处理,宫颈环形电切术加上阴道镜辅助有利于医生精准明确病变部位,确保微创手术顺利进展。高精度切除病变部位能最大限度的保障患者的生育能力,对处于育龄期的患者来说至关重要。

本研究数据证实了联合治疗的临床优势,以及该联合治疗手段在宫颈癌前病变临床的治疗价值。相较于对照组,联合治疗的 53 例患者临床时间指标明显更低 ($P < 0.05$),表明加入阴道镜辅助手段能有效缩短患者的恢复时间。本次数据调查显示,相较于对照组,联合治疗的 53 例患者并发症

几率、复发率明显更低,并发症几率仅 9.43%,对照组 35.85%,复发率仅 7.55%,对照组 24.53% ($P < 0.05$),表明加入阴道镜辅助手段能有效减少治疗不良事件的发生,确保手术根治效果,减少二次复发的可能。本次数据调查显示,相较于对照组,联合治疗的 53 例患者治疗有效率明显更高,有效率达 98.11%,对照组仅 84.91% ($P < 0.05$),表明加入阴道镜辅助手段有利于确保手术治疗效果,提高临床治疗有效率。

如上所述,在早期宫颈癌前病变治疗中应用阴道镜、宫颈环形电切术联合治疗能有效缩短患者的临床恢复时间,减少治疗不良事件的发生以及二次复发的可能,确保手术根治效果,提高临床治疗有效率,建议推广。

参考文献

- [1] 蒋丹,庄琳,刘玉娟.阴道镜联合宫颈环形电切术治疗早期宫颈癌前病变 178 例的临床疗效[J].中国性科学,2021,30(3):55-58.
- [2] 王卉明,王赞.阴道镜联合宫颈环形电切术治疗宫颈癌前病变的临床疗效及复发率分析[J].中国药物与临床,2021,21(10):1757-1759.
- [3] 王则绯,暴蕾,谭宏伟.宫颈环形电切术治疗高级别鳞状上皮内病变的临床效果及对患者妊娠结局的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(21):43-47.
- [4] 郎旭亚.碘试验下宫颈活检联合阴道镜检查对宫颈癌早期筛查的诊断及对漏诊率影响分析[J].中华肿瘤防治杂志,2019(s1):108-109.[5] 石鑫,宋凤丽,史伟,等.阴道镜下宫颈活检对 HSIL 和宫颈浸润癌的诊断价值及宫颈浸润癌漏诊的影响因素[J].医学综述,2021,27(10):2035-2039.
- [6] 闫美玲,张亚莉.宫颈环形电切术和冷刀锥切术治疗早期宫颈癌的疗效及对患者生育功能的影响[J].癌症进展,2021,19(24):2567-2569,2585.
- [7] 商志玲,黄莺.阴道镜活检和子宫颈环形电刀锥切术在诊治早期宫颈癌中的效果观察[J].贵州医药,2022,46(2):206-207.
- [8] 林曼,许莉,张燕.宫颈环形电切术联合围术期干扰素治疗宫颈上皮内瘤变的疗效及其对 T 细胞亚群的影响[J].川北医学院学报,2021,36(1):46-50.
- [9] 刘鸣.阴道镜下宫颈活检联合宫颈环形电切术在宫颈病变诊治中的应用价值[J].中国医药导报,2019,16(8):96-99.