

## Leep 刀治疗严重宫颈炎的研究报告

作者：杨惠萍

慢性宫颈炎是一种常见的妇科疾病，传统的治疗方法主要有微波、激光、红外线辐射、重铬酸钾等，其机制主要是以物理、化学等方法使其局部糜烂上皮细胞坏死，结痂脱落，新生上皮覆盖，从而达到治疗目的，但当糜烂面深，组织增生明显时，由于上述方法治疗深度有限，仅能治疗宫颈外口病变，而且不能深入颈管内切除颈管的炎性增生组织，因此疗效常常不满意，导致久治不愈。采用手术宫颈锥切，虽然能彻底治愈糜烂，但出血量大，并发症多，现多不采用。

我院 1998 年 3 月~1999 年 12 月采用利普刀宫颈环状锥形切除治疗 72 例严重宫颈炎，疗效满意，并发症少，现报告如下。

### 1 对象与方法

1.1 研究对象患者为 2006 年 6 月~2007 年 6 月就诊于我院门诊的宫颈糜烂 2~3 度患者，年龄 28~55 岁，平均 36 岁，均无生育要求。盆腔检查正常，宫颈刮片细胞学检查（1~2 级），出、凝血时间正常，无真菌及滴虫性阴道炎。72 例患者均伴程度不同的宫颈肥大，17 例宫颈直径超过 4 cm，最大 6 cm。其中中度糜烂 20 例（颗粒型 9 例，乳头型 11 例），重度糜烂 52 例（颗粒型 14 例，乳头型 38 例）。15 例合并宫颈息肉，27 例在 3 个月前曾接受 1 次或 1 次以上的微波、激光等方法治疗。

1.2 方法患者于月经干净后 2~5 天，排空膀胱，取膀胱截石位，常规消毒铺巾，暴露宫颈后用碘标记移行区范围，接通电源，设定治疗功率 40~50W，路线一般从左到右切除，过程中尽量保持均匀速度，切除深度根据具体情况而定，宫颈炎单纯型 1~2 mm，颗粒型和乳头型 3 mm，CIN I 3 mm 局部加深，CIN II 改用锥形电极行锥形切除，宫颈息肉基底部摘除再烧灼颈管根部。对于过大的组织，分次切割。术毕伤口消炎止血粉外敷，标本送病理检查，术后 3 天抗生素预防感染。术后 1、2、3、6、12 个月共随访 5 次。

1.3 诊断标准及疗效评价（1）诊断标准：按郑怀美主编的《妇产科学》[1] 中的标准判断宫颈糜烂的程度。（2）随访日期：术后 1、2、3、6、12 个月。（3）疗效评价标准：治愈：宫颈糜烂面消失，宫颈光滑，碘染色，宫颈恢复正常大小。有效：糜烂面改善 1 度以上，宫颈肥大减轻。无效：治疗前后无变化。

### 2 结果

2.1 手术情况手术均在门诊进行，无需任何麻醉，手术时间 5~15 min，平均 9 min。术中一般出血 5~10 ml，仅 3 例出血超过 10 ml。出血最多的 1 例达 50 ml，为术者切除深浅把握不当所致。

2.2 治疗效果 72 例患者有随访结果的 65 例，失访的 7 例，随访最短 1 个月，最长 12 个月，平均 10 个月。术后 1~3 周为脱痂出血期，平均出血 10 天左右；术后 1 个月，宫颈上皮覆盖约 80%；术后 2 个月，宫颈上皮覆盖达 100%，宫颈光滑，形态恢复正常。术后 2 个月随访 65 例，64 例宫颈糜烂治愈（一次性糜烂治愈率为 98.46%），1 例宫颈糜烂好转；65 例宫颈均缩小，其中 54 例宫颈恢复正常，宫颈炎一次性治愈率达 83.08%，一次性治疗有效率达 100%。1 例宫颈糜烂未愈者，于术后 6 个月再次行宫颈电切术，2 个月时治愈。术后 1 年随访 15 例患者无一例糜烂及息肉复发。72 例中 68 例病理学检查结果为慢性宫颈炎，3 例轻-中度不典型增生，1 例重度不典型增生，行全子宫切除，术后病理学证实为宫颈原位癌累及腺体。

2.3 并发症宫颈电切术中有部分患者出现阴道热胀痛，宫颈创面出血，术后脱痂出血，宫颈及阴道内局部感染。随访 65 例无一例因电切术致宫颈口粘连闭锁。手术并发症见表 1。

表 1 宫颈电切手术治疗严重宫颈炎并发症发生例数发生率

## 3 讨论

利普刀宫颈电切术是一种微创治疗手段,已广泛应用,但用于治疗严重宫颈炎的报道很少。我院自 1998 年用利普刀环状锥形切除宫颈,治疗 72 例严重宫颈糜烂,其中 27 例曾接受过上述方法的治疗而未能治愈,改用本法取得良好效果,总结其特点如下:(1) 诊断与治疗可同时进行。激光、微波、红外线辐射等方法治疗中不能送组织学检查,有漏诊宫颈癌或加速癌灶扩散的可能。采用利普刀行宫颈电切术,利用高频电刀切割组织、切除组织可全部送病理检查。虽然在组织切缘可见热效应痕迹,但不影响对病理检查结果的判断 [2],因而能够诊断和治疗同时进行。本组研究中,病理检查发现 3 例轻-中度不典型增生,仍在随访中;1 例重度不典型增生行子宫全切除,病理结果为原位癌累及腺体。(2) 治愈率高、并发症少。激光、微波、红外线辐射治疗宫颈糜烂一次性治愈率为 73.4%~97.8% [3~5],但对宫颈整形效果不理想。在直视下,完整切除宫颈增生炎性组织及移行带,不仅使宫颈糜烂一次性治愈率达 98.46%,而且 83.08%宫颈恢复正常大小,宫颈整形效果显著,治疗效果优于上述方法。由于同时切除了移行带,有可能减少宫颈癌的发生。电切同时电凝,止血效果好,术中出血少,术后不必用纱布压迫止血,术后由于炎性组织被切除,残留坏死组织少,排液量相对也少,术后感染率低(4.16%),与激光 [4] 的结果相似,且无一例宫颈口闭锁发生。(3) 利普刀宫颈电切术注意的问题、脱痂出血是宫颈电切的主要并发症,减少脱痂出血的关键是把握电切范围及深度。我们体会到电切炎性组织要完全,又不宜将宫颈切的太深、太广。电凝时间不宜过长,否则凝固坏死组织增多,会加重术后排液量及延长排液时间,增加感染机会,脱痂出血也会增加。宫颈电切后排液时间为 3 周左右,其量少,一般不必处理,为了预防感染,在炎热夏季(每年 7、8 月份)以不开展此类手术为宜。