

2.4 出血时间: 阴道持续出血天数, 甲组平均出血时间为 12.73±4.46 天, 乙组平均出血时间为 11.62±5.93 天。

2.5 出血量: 甲组为 78±15.14ml, 乙组 72.67±9.98ml。

两组完全流产率及阴道流血天数经统计学处理($P>0.05$), 无显著性差异。流血量经统计学处理($P<0.05>0.01$)有显著性差异。(见表)

表 两组临床资料比较

组别	完全流产		不完全流产		出血时间 ($\bar{x}\pm S$)天	流血量 ($\bar{x}\pm S$)ml
	n	%	n	%		
甲组 (n=225)	207	92	18	8	10.73±4.46	78±15.14
乙组 (n=225)	219	97.3	6	2.7	11.62±5.93	72.67±9.88
P 值	>0.05		>0.05		>0.05	<0.05>0.01

3 讨论

人工流产是避免失败后的补救措施, 不是节制生育的主要手段, 近 20 年来, 世界各国采用最广泛的终止早期妊娠的方法是负压吸宫术, 是一种比较安全、有效的措施, 但仍有一定的危险性与并发症, 技术要求高。近年来人们寻求一种较安全、简便的药物来终止早期妊娠, 即药物流产, 当前以米非司酮与前列腺素联合应用是一种较好的药物终止早期妊娠的最佳方案。米非司酮为一种受体水平抗孕激素, 与内源性孕酮竞争受体, 主要作用于子宫内膜受体, 从而引起蜕膜和绒毛变性坏死, 导致出血, 阻止胚胎发育, 同时能使子宫内释放前列腺素(PG), 促进宫颈软化及子宫收缩, 有利于孕产物排除^[1]。米索前列醇为 PGE1 类似物, 对妊娠子宫有明显收缩作用, 米非司酮与米索前列醇联合运用, 有协同作用, 促进孕产物排除。

药物流产后阴道流血时间延长是药物流产存在的主要问题, 而蜕膜和绒毛的残留是产后出血的主要原因, 故促使妊娠产物排除是缩短产后出血的关键。药物流产后加服米非司酮, 维持有效血药浓度, 可明显缩短流产后阴道流血时间^[2]。

米非司酮的药物半衰期为 20~34 小时, 最小有效剂量 25mg, 本研究采用中小剂量每 12 小时服 1 次, 共 4 次, 并于次日阴道后穹窿放置米索前列醇, 两药协同作用, 目的在于促进宫颈成熟, 增强子宫收缩, 有利于胚囊排除, 胚囊排除后 24 小时加服米非司酮是维持有效血药浓度, 促进残留妊娠物的排除。

本资料 450 例早孕终止妊娠, 两组完全流产率及阴道流血时间无显著性差异。药物流产操作简便, 对组织创伤极小, 痛苦小, 孕妇容易接受。乙组操作较复杂, 对组织创伤大, 技术要求高, 给孕妇带来很大的痛苦, 并且术中必须认真仔细地操作, 否则易出现子宫穿孔、人工流产综合反应、吸宫不全、漏吸、宫颈粘连、宫腔内感染、空气栓塞等危险因素。

综上所述, 笔者认为, 药物流产与吸宫流产终止早期妊娠方法, 完全流产率无显著性差异, 甲组操作简单, 简便易行, 对组织几乎无创伤性, 孕妇痛苦小, 易接受, 是一种较为理想安全有效的终止早期妊娠的方法, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 丰有吉等主编. 妇产科学. 7 年制规划教材, 406—408
- [2] 王冬梅. 药物流产后加服米非司酮对缩短阴道出血时间的临床观察. 中国现代药物应用期刊, 2008, 01: 25

作者单位: 657100 云南省鲁甸县中医院妇产科

LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值

林 华

【中图分类号】R737.33

【文献标识码】A

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0024-02

【摘要】目的: 探讨 LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值。方法: 分析 2007 年 2 月至 2010 年 10 月我院 155 例行阴道镜活检和进行宫颈 LEEP 术的临床资料, 对阴道镜活检结果和 LEEP 术后病理结果进行比较。结果: 在行 LEEP 术的 155 例病例资料中, 阴道镜活检病理与 LEEP 术后病理结果符合率 68.49%(100/146), LEEP 术后病理较阴道镜病理程度加重的 14.38%(21/146), 17.1%(25/146)较阴道镜活检病理程度轻。另外 9 例细胞学 $\geq$ ASCUS, 行阴道镜检查不满意的, LEEP 术后病理诊断 2 例为慢性宫颈炎, 6 例为 CIN I 级, 1 例为 CIN II 级。结论: LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中, 尤其对于宫颈上皮内瘤样病变和宫颈癌的早期诊断, 早期治疗有重要价值。

目前宫颈疾病是妇产科常见病, 宫颈疾病尤其是宫颈上皮内瘤样病变的早期发现和治疗越来越引起大家的重视。目前诊治宫颈疾病的方法很多, 近年来阴道镜及宫颈 LEEP 术越来越显示出其临床价值, 两者联合应用, 互相弥补, 大大降低了宫颈癌前病变及宫颈早期浸润癌漏诊率。本文分析了 155 例 LEEP 联合阴道镜诊治宫颈疾病的临床资料, 以讨论 LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择了 2007 年 10 月至 2010 年 2 月在本院因宫颈疾病行阴道镜检查及行 LEEP 术 155 例。年龄 25~67 岁, 平均 38.2 岁, 均有性生活史。其中包括慢性宫颈炎及 CIN I 级自愿要求行 LEEP 的 105 例, CIN II 级 33 例, CIN III 级 8 例, 宫颈 TCT 提示 $\geq$ ASCUS, 但阴道镜检查不满意的 9 例。

1.2 手术指征: ①慢性宫颈炎(宫颈中重度糜烂合并囊肿, 宫颈息肉, 宫颈增生)。②宫颈上皮内瘤样病变(CIN) I 级、II 级、III 级。③三

阶梯技术诊断结果不一致。

1.3 手术方法: 采用的仪器是美国生产的 WALLACH 仪器, 选择在月经干净 3~7 天手术。在阴道镜指导下做碘试验, 根据宫颈病变的情况选择不同型号的 LEEP 刀头, 切除病变组织。慢性宫颈炎病例: 根据其面积大小决定切割宽度超过病区外缘 3mm, 深度达 4mm。对于 CIN 病例: 锥底至病灶边缘外侧 3~5mm 处, 不同级别 CIN 的 LEEP 切除深度和宽度不同, 切除深度为 5~8mm, 锥顶可达 2~2.5cm。如有出血, 选择针形或球形电极止血, 切除组织分环切及补切两瓶送病检。术后给予抗生素及止血药, 禁止剧烈运动 4 周, 禁止性生活 3 月。

1.4 术后随访: 对于慢性宫颈炎患者术后随访 6 个月。CIN 患者术后密切随访, 随访时间 6~24 个月。治疗术后 2 年内, 每 3~6 月随访一次, 以后每年一次。行宫颈 TCT, 阴道镜, 及 HPV-DNA 检查。对于异常发现的患者行阴道镜活检。

2 结果

2.1.1. 手术时间及出血情况:平均手术时间 1.5~30min,平均 5.1min。手术时间与宫颈糜烂及宫颈病变的严重程度及出血情况有关。术中平均出血量为 5.8ml 有些术中几乎不出血。术后出血多发生于术后第 7 天,持续 5~15 天,一般不需特殊处理,但出血多于月经量需止血治疗。

2.2. LEEP 术后病理与阴道镜活检病理结果比较见表 1; 在行 LEEP 术的 155 例病例资料中,阴道镜活检病理与 LEEP 术后病理结果

符合率 68.49%(100/146), LEEP 术后病理较阴道镜病理程度加重的 14.38%(21/146), 17.1%(25/146) 较阴道镜活检病理程度轻。另外 9 例宫颈 TCT $\geq$ ASCUS, 行阴道镜检查不满意的, LEEP 术后病理诊断 2 例为慢性宫颈炎, 7 例为 CIN I 级。

LEEP 术后发现宫颈原位癌的 2 例, 行全子宫切除术, 1 例术后发现早期浸润癌, 行广泛子宫+盆腔淋巴结清扫。

表 1

阴道镜活检病理	阴道镜活检例数	LEEP 术后病理					
		慢性宫颈炎	CINI	CINII	重度不典型增生	原位癌	浸润癌
慢性宫颈炎	61	55	6	0	0	0	0
CINI	44	6	30	8	0	0	0
CINII	33	3	14	12	4	0	0
重度不典型增生	7	0	2	0	2	2	1
原位癌	1	0	0	0	0	1	0
合计	146	64	52	20	6	3	1

2.3 术后宫颈恢复情况:宫颈病变愈合时间与切除病变范围大小及年龄有关, 切除范围越大, 愈合时间越长。一般最短愈合时间为 4 周, 最长 10 周, 完全愈合为 94.19%(146/155) 有 7 例发生宫颈增生情况, 2 例发生宫颈狭窄, 但不影响月经来潮。

2.4 术后随访情况:对于宫颈 CIN 患者术后每 3~6 月随访 TCT 及阴道镜, 术后 6~12 月随访的 HPV-DNA。155 例行 LEEP 术治疗的病例中, 有 1 例术后半年复查高危型 HPV-DNA 阳性, TCT 提示: LSIL, 阴道镜活检提示 CINII, 后行 2 次宫颈 LEEP 术, 术后随访无复发。其余病例随访期内无复发。

3 讨论

阴道镜是一种利用放大技术观察宫颈外观上皮及血管的细微变化, 结合醋酸及碘试验观察异常阴道镜图像, 最后指导定位活检, 取代了盲目活检, 提高了活检的阳性率及准确率。阴道镜虽作为辅助诊断宫颈疾病的重要方法具有简单, 经济, 创伤小和并发症少等优点, 但仍存在一定的局限性, 这是因为: ①不能评估宫颈管内的情况, 无法取得宫颈管内病变。如对于细胞学检查异常, 而阴道镜检查不满意者(例如绝经后高级别经过物理治疗的妇女)阴道镜无法评估。②宫颈病变尤其 CIN, 为多中心的, 而阴道镜的取材有限, 易造成误诊。③阴道镜的准确性不高, 易受技术水平及视觉误差影响, 细小病灶容易误漏诊, 取材的组织少, 深度不够, 所取到的不一定是病变的最高级别部位, 导致漏诊或诊断过低而延误治疗。

LEEP 的原理是利用 LEEP 金属丝由电极尖端产生 3.8MHz 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切割、止血目的。切下的组织标本因无炭化, 无牵拉, 因此可用来做病理检查^[1], 进一步筛查宫颈 CIN 及宫颈癌。手术方便, 出血少, 时间短, 本资料 LEEP 前后的诊断符合率 68.49% 与国外资料的病理符合率 66%~89% 报道相符合^[2]。本文 LEEP 术后病理较阴道镜病理程度加重的 14.38%(21/146), 说明宫颈病变具有多中心病灶, 电子阴道镜检查多点活检可能遗漏病变, LEEP 切除组织面积大, 较术前活检取材全面, 通过宫颈 LEEP 术弥补了阴道镜活检的不足, 漏诊明显减少。此外 LEEP 可通过对切缘的认真取材, 确定病灶是否完全被切除。还可指导进一步的治疗, 决定治疗方案。以上优点是其他方法所不具备的。对于细胞学检查异常, 而阴道镜检查不满意者, 可行诊断性 LEEP 术, 通过术后病理明确是否存在宫颈病变, 为患者提

供明确的诊断和治疗方案。本文的 9 例宫颈 TCT $\geq$ ASCUS, 行阴道镜检查不满意的, LEEP 术后病理诊断 2 例为慢性宫颈炎, 6 例为 CIN I 级, 1 例为 CINII 级。本文阴道镜活检确定重度不典型 7 例, LEEP 术后 2 例为重度不典型, 2 例为原位癌, 行子宫全切, 1 例为早期浸润癌, 行广泛子宫+盆腔淋巴结清扫。

LEEP 术后常见的并发症有: 出血, 感染, 宫颈狭窄, 增生, 机能不全等。其中出血是宫颈锥切术主要并发症。宫颈组织切除的范围越大, 越深, 出血的几率越大。术前给予阴道塞药, 减轻宫颈炎症充血, 预防感染, 术中掌握好锥切的深度及范围, 是预防术中术后出血发生的有效措施。出血一般发生在术后七天左右, 大部分是创面脱痂, 或创面感染出血, 需要紧急处理的严重出血率为 3%^[3]。

LEEP 术后随访, 对于 CIN 治疗术后复发或持续病变的高危因素主要有 HPV 阳性, 切缘阳性, 大病灶, 老年和宫颈腺体累积等^[4]。术后随访细胞学, 阴道镜, HPV-DNA。对于异常发现的患者行阴道镜活检。术后复发根据病变程度可以采取复切, 或随访或宫颈部分切除等。

综上所述, LEEP 联合阴道镜诊治宫颈疾病, 相互弥补, 从而提高诊断的准确率, 患者得到了及时治疗。

参考文献

- [1] Benneet BB, Stone IK, Anderson LD, et al. Dllp loop excision for prehisterectomy endocervical evaluation[J]. Am J Obstet Gynecol, 1997, 176: 82-83
- [2] Srisomboon J, Tangcaitrong CA, Bhusawang Y, et al. Evaluation of colposcopic accuracy in diagnosis of cervical neoplasia. J Med Assoc Thai, 1996, 79: 423-428
- [3] Burghardt E. cold-knife conization. In: Burghardt E, ed. Surgical gynecological oncology. New York: Thieme Medical, 1993: 269-274
- [4] Natee J, Therasakvichaya S, Boriboonhirunsarn D. Prevalence and risk factors for residual cervical neoplasia in subsequent hysterectomy following LEEP or conization. J MED Assoc Thai, 2005, 88: 1344-1348

作者单位: 213300 江苏省溧阳市中医院妇产科