DOI:10.16016/j.1000-5404.202008149

宫颈子宫内膜异位症106例临床诊疗分析

杨 君,龙 馨,颜 丽,周德平 401147 重庆,重庆市妇幼保健院宫颈疾病诊治中心

[摘要] **目的** 评估3种方式治疗宫颈子宫内膜异位症的临床疗效。**方法** 回顾性分析重庆市妇幼保健院宫颈疾病诊治中心2013年1月至2019年3月106例确诊为宫颈子宫内膜异位症患者的临床资料,按照患者选择的不同治疗方法分为3组:激光组(44例)、药物组(聚甲酚磺醛栓阴道上药,37例)、联合组(激光治疗联合口服达英-35片,25例),统计分析评价其临床疗效。**结果** ①3组总有效率分别为93.18%(41/44)、78.38%(29/37)、96.00%(24/25),组间比较差异有统计学意义($\chi^2=6.076$,$P<0.05$)。②各治疗组内比较:在激光组和联合组内,原有病灶面积大小对临床疗效的影响,差异无统计学意义($\chi^2_{激光}=-1.538$,$P>0.05$;$\chi^2_{联合}=-1.239$,$P>0.05$);药物组中病灶累及≤2个象限者,治愈率高于病灶累及>2个象限者($\chi^2=-2.796$,$P<0.01$)。③各治疗组内比较,激光组内无其他部位子宫内膜异位症患者治愈率高于有合并其他部位子宫内膜异位症患者($Z_{激光}=-2.124$,$P<0.05$);药物组和联合组中临床疗效不受是否合并其他部位子宫内膜异位症影响,差异皆无统计学意义($Z_{药物}=-1.337$,$P>0.05$;$Z_{联合}=-0.873$,$P>0.05$)。④术后6~12个月评估,联合组无复发;原有病灶面积及是否合并其他部位子宫内膜异位症对激光组复发率无影响($P>0.05$);药物组内,病灶累及象限>2个、合并有其他部位子宫内膜异位症患者复发率更高($P<0.05$)。**结论** 治疗宫颈子宫内膜异位症应根据宫颈局部病灶面积及是否合并其他部位子宫内膜异位症,选择不同治疗方案。

[关键词] 子宫颈;子宫内膜异位症;治疗

[中图法分类号] R181.32;R711.71 [文献标志码] A

Efficacy of 3 treatments for cervical endometriosis: clinical analysis of 106 cases

YANG Jun, LONG Xin, YAN Li, ZHOU Deping Department of Cervical Diseases, Chongqing Health Center for Women and Children, Chongqing, 401147, China

[**Abstract**] **Objective** To evaluate the clinical efficacy of 3 treatments for cervical endometriosis. **Methods** Clinical data of 106 patients with cervical endometriosis treated in our center from January 2013 to March 2019 were collected and retrospectively analyzed. According to the treatments, they were assigned into yttrium aluminum garnet (YAG) laser group ($n=44$, laser group), transvaginal administration of policresulen suppositories group ($n=37$, medication group) and YAG laser along with oral contraceptive group ($n=25$, Diane-35, combination group). The clinical efficacy and adverse effects were evaluated and compared among the 3 groups during the 6~12 months' follow-up. **Results** ① The total effective rates were 93.18% (41/44), 78.38% (29/37) and 96.00% (24/25), respectively, in the laser, medication and combination groups, with statistical difference among them (*Chi*-square = 6.076, $P<0.05$). ② The original lesion size showed no effect on clinical efficacy both in the laser group (*Chi*-square = −1.538, $P>0.05$) and the combination group (*Chi*-square = −1.239, $P>0.05$). In the medication group, the patients with lesions involving ≤2 quadrants had a higher recovery rate than those with >2 quadrants (*Chi*-square = −2.796, $P<0.01$). ③ In the laser group, the recovery rate of the patients with simple cervical endometriosis was higher than that of those with other parts of endometriosis ($Z=-2.124$, $P<0.05$). But, the rate was not affected by whether involving other parts or not in the medication ($Z=-1.337$, $P>0.05$) and combination groups ($Z=$

[基金项目] 重庆市科卫联合重点基金(2019ZDXM051)

[通信作者] 杨君,E-mail:850495017@qq.com

−0.873, $P>0.05$). ④ During the follow-up of 6~12 months, no recurrence was found in the combination group. The size of original lesion and involvement of other parts had no effect on the recurrence rate in the laser group ($P>0.05$). In the medication group, the patients with lesions of >2 quadrants or with other parts of endometriosis had higher recurrence rate ($P<0.05$). **Conclusion** Size of cervical lesions and whether involved with other parts of endometriosis should be considered when choosing different treatment methods for cervical endometriosis.

[**Key words**] cervix; endometriosis; therapy

Supported by the Key Joint Program of Chongqing Science and Technology Comission and Chongqing Health and Family Planning Commission (2019ZDXM051). Corresponding author: YANG Jun, E-mail: 850495017@qq.com.

子宫内膜异位症是育龄期女性常见疾病,对女性生殖健康威胁较大,异位内膜可侵犯全身任何部位,最常见为卵巢、子宫体等[1],是临床诊治热点。近年来,随着宫颈筛查的普及,临床工作中发现宫颈部位子宫内膜异位症发病率增高明显[2]。该疾病常表现为不规则阴道出血、性交出血等,严重干扰女性生活质量,且病灶较隐匿,易误诊为功能失调性子宫出血、宫颈炎等,导致治疗方向错误。同时,宫颈部位子宫内膜异位症治疗方法与卵巢等部位存在较大差异,目前对于宫颈子宫内膜异位症的预防与治疗尚缺乏统一的规范。文献[3-4]报道的治疗方法有宫颈病灶局部切除术、阴道局部上药,口服避孕药等,但临床研究极少,且缺乏不同治疗方法有效性的对照研究,如何根据患者临床特征选择针对性治疗方案成为临床医师面临的困惑。本研究回顾性分析106例患者资料,通过分析比较患者不同临床特征以及不同治疗方法的优缺点,探索最优治疗策略,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回顾性分析重庆市妇幼保健院宫颈疾病诊治中心2013年1月至2019年3月确诊为宫颈子宫内膜异位,在门诊接受治疗的女性患者资料。

纳入标准:①有不规则阴道出血、性交出血等临床症状;②治疗前宫颈细胞学检查未见异常细胞;③阴道镜图像可见宫颈表面内膜异位病灶[2];④经宫颈活检确诊为宫颈子宫内膜异位症,诊断标准按照全国高等学校教材《妇产科学》第9版[1];⑤无生殖道急性炎症;⑥患者充分知情同意,并具备随访条件。

排除标准:①妊娠或哺乳期妇女;②未控制的糖尿病、甲状腺功能异常;③严重的心血管、肝肾功能、凝血功能异常;④联合组患者需排除口服避孕药禁忌证。

所有患者均具有临床症状,选择治疗方案前,患者充分知情同意,按患者意愿选择不同治疗方案,分别为:激光组(宫颈局部YAG激光治疗)44例、药物组(聚甲酚磺醛栓阴道上药)37例、联合组(激光治疗联合术后口服达英-35片)25例。收集符合纳入/排除标准(见后述)的患者资料进行统计学分析,共收集病例106例,患者年龄25~51(37.54±6.30)岁。3组患者年龄、孕产次、临床症状、病灶面积等差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。本研究遵循的程序符合重庆市妇幼保健院医学伦理委员会制定的伦理学标准,并通过该伦理委员会批准[(2020)伦审(科)009号]。

1.2 治疗方法

治疗前患者充分知情同意后,按患者意愿选择治疗方法,完成治疗并定期随访。治疗期间禁性生活2个月,治疗完成后分别于2、3、6、12个月随访复查。

激光组:月经干净后2~3 d,阴道镜下确定宫颈表面病灶部位及面积,采用YAG激光(武汉亚格光电技术有限公司生产,YAG100-Ⅲ型激光治疗仪)烧灼病灶区域,深度约0.3~0.5 cm。

药物组:采用聚甲酚磺醛栓(葫芦岛国帝药业有限公司,规格90 mg×9粒/盒)阴道上药,于月经干净后2~3 d开始自行上药,每次1粒,隔日1次,用药2周/月,连续治疗2个月经周期。

联合组:月经干净后2~3 d行激光治疗(同前述),同时术后当天开始予达英-35片口服,每日1片,连用2个月经周期。

1.3 疗效评价

因宫颈子宫内膜异位症目前尚无相关诊治指南,其疗效评价标准未见文献报道,故本研究参照文献[5]报道宫颈上皮内病变治疗标准,结合宫颈子宫内膜异位症临床特点,采用疗效评价标准如下:

治愈:治疗后3个月评估,症状消失,阴道镜下宫颈原有病灶完全消退。

好转:治疗后3个月评估,症状消失或减轻,宫颈病灶部分消退。

无效:治疗后3个月评估,症状无好转,病灶面积无减小。

复发:治疗后6~12个月评估,已治愈或好转患

者,再次出现或加重临床症状,宫颈病灶再次出现或已减小的病灶面积再次增大。

1.4 统计学分析

应用 SPSS 19.0 统计软件分析数据,计量资料描述性统计采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料采用频数(%)表示,计量资料的组间比较采用单因素方差分析,计数资料的比较采用 Pearson χ^2 检验或 *Fisher* 精确检验,二者相关性检验采用线性趋势 χ^2 检验,等级资料采用非参数检验,检验水准 $\alpha=0.05$。

2 结果

2.1 106 例患者一般情况

入组患者皆为出现因宫颈局部病灶引起异常阴道出血等临床症状者,106 例患者中,仅 2 例为绝经期。既往或本次检查出:子宫腺肌症、卵巢囊肿、子宫腺肌瘤等患者共 48 例,其中 17 例曾经手术治疗确诊为盆腔子宫内膜异位症,31 例结合患者临床症状、体征、B 超检查结果、CA125 结果,判定为合并其他部位子宫内膜异位症。既往宫颈损伤史包括:因宫颈良性疾病行宫颈物理治疗 81 例;因宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia,CIN)行宫颈锥切(包括宫颈冷刀锥切和 LEEP 术)治疗 15 例;因宫颈筛查结果异常行宫颈活检术 6 例(其后病理检查已排除宫颈病变);无宫颈局部治疗史,但有人工流产或诊断性刮宫手术史 2 例,宫颈物理治疗及宫颈锥切术前行活检术者不重复计算。各组间,既往宫颈损伤史、临床症状及病灶面积比较差异无统计学意义($P>0.05$,表 1)。

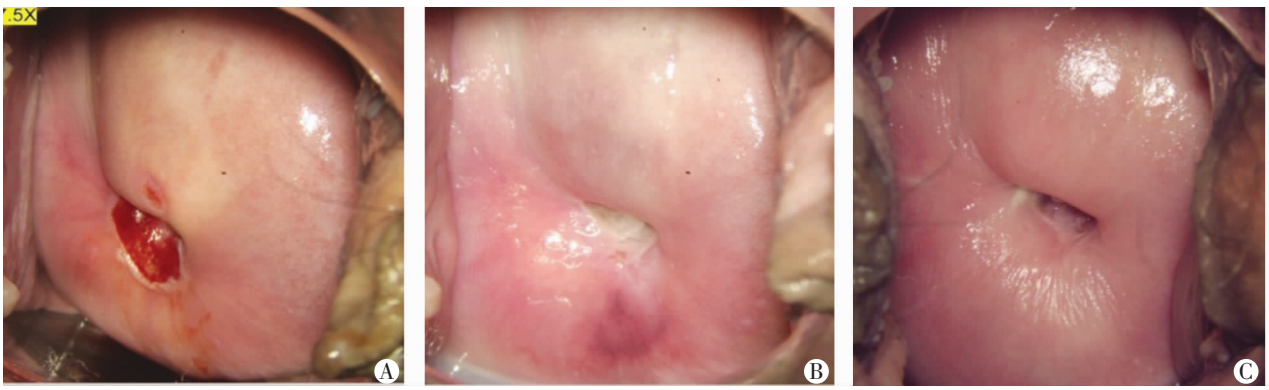
106 例宫颈子宫内膜异位症患者中,98.11%(104/106)既往有宫颈损伤史,45.28%(48/106)合并有其他部位子宫内膜异位症,94.34%(100/106)病灶累及多个象限,尤其是病灶累及 3~4 个象限者达 67.92%(72/106),是否合并其他部位子宫内膜异位症与病灶累及象限数二者之间,经线性趋势 χ^2 检验,显示呈正相关,差异有统计学意义($\chi^2=5.963$,$0.01<P<0.05$)。

2.2 不同治疗组患者临床疗效

3 组总有效率(包括治愈及好转)分别为 93.18%(41/44)、78.38%(29/37)、96.00%(24/25),药物组相对较低,组间比较,差异有统计学意义($\chi^2=6.076$,$P<0.05$)。其中治愈率比较,3 组间差异有统计学意义($\chi^2=36.239$,$P<0.001$),激光组(72.73%,32/44)与联合组(88.00%,22/25)较高,此二组间治愈情况差异无统计学意义($\chi^2=2.186$,$P>0.05$);药物组治愈率最低(18.92%,7/37),激光组与药物组治愈率差异有统计学意义($\chi^2=23.309$,$P<0.001$),联合组与药物组治愈率差异有统计学意义($\chi^2=28.598$,$P<0.001$,表 2)。图 1 为同一患者联合治疗前后阴道镜图像。

表 1 106 例患者一般情况 [例(%),$\bar{x}\pm s$]

组别	n	孕次			产次			年龄/岁	合并内异症例数	既往宫颈损伤史	临床症状			病灶累及象限			
		0	1~2	≥3	0	1	≥2				不规则月经出血	月经前后出血	性交出血	一	二	三	四
激光组	44	1	15	28	10	28	6	38.77±6.59	22(50.00)	43(97.73)	26(59.1)	26(59.1)	29(65.9)	2	9	19	14
药物组	37	2	13	22	9	20	8	37.68±6.68	15(40.54)	36(97.30)	23(62.2)	22(59.5)	23(62.2)	3	12	14	8
联合组	25	1	11	13	9	11	5	35.16±4.47	11(44.00)	25(100.00)	11(44.0)	13(52.0)	17(68.0)	1	7	8	9
统计量		0.917			0.114			2.725	0.748	1.103	2.193	0.413	0.246	3.483			
P 值		0.338			0.735			0.07	0.688	0.576	0.334	0.813	0.884	0.746			



A:治疗前,病灶累及左上、左下及右下象限,出血明显;B:治疗 2 个月后,宫颈表面光滑,病灶消退;C:治疗 6 个月后,宫颈表面光滑,病灶无复发

图 1 宫颈子宫内膜异位症患者联合治疗前后阴道镜表现

表 2 宫颈原有病灶面积与临床结局关系[例(%)]

组别	累及象限/个	n	合并内异症例数	临床疗效			复发情况	
				治愈	好转	无效	复发	未复发
激光组	1~2	11	4(36.36)	10(90.91)	1(9.09)	0(0.00)	0(0.00)	11(100)
	3~4	33	18(54.55)	22(66.67)	8(24.24)	3(9.09)	8(24.24)	25(75.76)
统计量		-	1.091		-1.538		-	
P 值		-	0.296		0.113		0.17	
药物组	1~2	15	5(33.33)	6(40.00)	8(53.33)	1(6.67)	1(6.67)	14(93.33)
	3~4	22	10(45.45)	1(4.55)	14(63.64)	7(31.82)	9(40.91)	13(59.09)
统计量		-	0.554		-2.796		-	
P 值		-	0.461		0.005		0.028	
联合组	1~2	8	2(25.00)	8(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	8(100)
	3~4	17	9(52.94)	14(82.35)	2(11.76)	1(5.88)	0(0.00)	17(100)
统计量		-	-		-1.239		-	
P 值		-	0.234		0.215		-	

注:数据分析方法采用 Pearson χ^2 检验、Fisher 精确检验和两组等级资料秩和检验

表 3 患者合并其他部位子宫内膜异位症与临床结局关系[例(%)]

组别	合并内异症	n	临床疗效			复发情况	
			治愈	好转	无效	复发	未复发
激光组	有	22	13(59.09)	6(27.27)	3(13.64)	6(27.27)	16(72.73)
	无	22	19(86.36)	3(13.63)	0(0.00)	2(9.09)	20(90.91)
统计量		-		-2.124		-	
P 值		-		0.034		0.24	
药物组	有	15	1(6.67)	10(66.67)	4(26.67)	8(53.33)	7(46.67)
	无	22	6(27.27)	12(54.55)	4(18.18)	2(9.09)	20(90.91)
统计量		-		-1.337		-	
P 值		-		0.181		0.006	
联合组	有	11	9(81.82)	1(9.09)	1(9.09)	0(0.00)	11(100)
	无	14	13(92.86)	1(7.14)	0(0.00)	0(0.00)	14(100)
统计量		-		-0.873		-	
P 值		-		0.383		-	

注:数据分析方法采用两组等级资料秩和检验、Fisher 精确检验

2.2.1 原有病灶面积对临床疗效的影响 按病灶累及象限数进行分组分析,各治疗组内比较,病灶累及象限数对激光组及联合组临床疗效无影响($P>0.05$);药物组中病灶累及≤2 个象限者,治愈率高于病灶累及>2 个象限者($P<0.05$,表 2)。

2.2.2 是否合并有其他部位子宫内膜异位症对临床疗效的影响 激光组,无其他部位子宫内膜异位症患者治愈率高于有合并症患者($P<0.05$);药物组和联合组中,是否合并其他部位子宫内膜异位症,临床疗效差异皆无统计学意义($P>0.05$,表 3)。

2.2.3 各组随访结果 各组患者皆随访≥12 个月,并分别于治疗后 6、12 个月再次评估,以治疗后 12 个月为随访终点。联合组无复发,激光组复发率 18.18%(8/44),药物组复发率 27.03%,因联合组样本量较小,暂无复发病例,故 3 组之间复发率比较暂不能得出有统计学意义的结论。

病灶累及象限数对复发的影响:激光组内比较,差异无统计学意义($P>0.05$);药物组内,病灶累及象限≥3 个时,复发率更高($P<0.05$,表 2)。

是否合并其他部位子宫内膜异位症对激光组复发无影响,差异无统计学意义($P>0.05$);药物组内,合并有其他部位子宫内膜异位症的患者,复发率更高($P<0.01$,表 3)。

3 讨论

文献[6]报道,宫颈子宫内膜异位症发病率约 0.7%~2.4%,临床实际中,该疾病常表现为异常阴道出血,部分患者症状不典型、宫颈局部病灶隐匿,易被忽视,临床误诊率较高,其发病率很可能被较大程度地低估。近年来,随着宫颈疾病筛查的普遍开展,阴道镜

临床应用增多;同时,宫颈子宫内膜异位症常继发于宫颈手术操作[7],伴随宫颈治疗的临床实施增加,该疾病检出率增高,甚至形成宫颈巨大囊肿[8]、诱发阴道大量出血[9]等,临床诊治困难,对患者健康威胁较大。如何根据宫颈子宫内膜异位症患者的临床特征,及时选择最适宜的个性化治疗方案是提高该疾病治愈率的关键。

宫颈子宫内膜异位症分为原发型和继发型两类。原发型较少见,本研究中仅2例(1.87%,2/106),其发病机制不明[8],是治疗上的难点。2例原发型病灶在阴道镜下皆呈囊性病灶,表面较光滑,暗红色,宽且深。其中1例选择激光治疗,术后3月评估为无效,再次选择联合治疗,症状仍无好转,病灶持续存在,患者于首次治疗后5月,因反复不规则出血严重干扰生活质量,于外院行全子宫切除术。1例选择药物治疗,无好转,其后改用联合治疗,症状有好转,病灶面积稍减小,因患者拒绝进一步手术治疗,目前间断阴道上药中。继发型为宫颈子宫内膜异位症中主要类型,常继发于宫颈损伤后,有活性的子宫内膜细胞在宫颈表面上皮破损处粘附、种植而形成,阴道镜下可见鳞状上皮区域扁平斑块状病灶,较表浅,呈暗红或鲜红色,宽窄不一,触之易出血,部分患者可见表面上皮缺损伴出血。继发型病灶治疗效果较好,本研究采用的3种治疗方法临床有效率皆较高(总有效率90.38%,94/104)。

对于宫颈子宫内膜异位症应以预防为主。本研究106例患者中,98.11%(104/106)既往有宫颈损伤史,45.28%(48/106)合并有其他部位子宫内膜异位症,且与病变累及宫颈象限数呈正相关,治疗后复发率高于无合并症患者,提示除宫颈局部损伤是该疾病的重要诱发因素外,患者本身个体差异亦是其重要发病原因。临床上应尽量避免宫颈损伤性操作,如:积极减少人流创伤、提高宫颈筛查技术避免宫颈过度治疗等,尤其对于合并有其他部位子宫内膜异位症患者,临床上确需要实施宫颈损伤性操作时,应积极采取措施,如:谨慎选择操作时机,避免月经后半周期宫颈损伤;排除禁忌证后,治疗时联合应用复方口服避孕药推迟月经来潮等,以积极预防宫颈局部内膜异位症的发生。

目前对宫颈子宫内膜异位症的治疗尚缺乏统一的规范。文献报道有:宫颈病灶局部切除术、微波治疗、口服避孕药治疗等多种方法[4,10-11],但治疗例数皆较少,且缺乏各种方法的临床对照研究,治疗方法的选择未考虑患者临床特征,治疗效果不理想。本研究中对3种不同治疗方式进行分析比较,各有利弊。

激光组优势为:总体治愈率及好转率较高,临床操作简便、经济,仅需单次治疗,患者依从性好。缺点为:激光治疗属于微创治疗,宫颈存在二次损伤,术后有一过性阴道排液增多、创面脱痂期出血等风险,需积极做好术前准备,把握手术时机,避免月经后半周期手术,重视术后抗炎与随访;

药物组优势为:无损伤、自行上药操作简便、价廉,药物不良反应小,主要为药渣(膜样物)较多引致的不适感,但皆可以接受。文献[12]报道,聚甲酚磺醛能选择性作用于宫颈上皮缺损表面,具有促进上皮修复、止血、抗炎等作用,在本组研究中,对宫颈局部病灶显示出较好的修复止血作用,尤其是在宫颈局部病灶面积较小患者中优势明显;缺点为:对于宫颈局部病灶面积较宽、累及3~4个象限者,其治愈率较低;对于合并有其他部位子宫内膜异位症患者,治疗后复发率相对较高($P<0.05$)。

联合组优势为:口服避孕药使子宫内膜活性丧失,可明显降低子宫内膜种植于宫颈创面形成宫颈子宫内膜异位症[11],本组患者治愈率最高,复发率低。缺点为:患者依从性相对较差,且需严格排除口服避孕药禁忌证。部分患者不能耐受复方口服避孕药副反应(本研究中以胃肠道反应为最常见,其次为乳房胀痛),部分患者不能按时服药(该部分患者资料未纳入本回顾性分析)。但联合组在合并有其他部位子宫内膜异位症患者中显示出良好治疗优势,本组资料中无复发病例。

本研究中采用的3种治疗方式总有效率不同($P<0.05$),即使采用同一种治疗方式,患者临床特征不同,各治疗组内比较,临床疗效亦存在差异。其影响因素有:病灶局部面积大小和患者是否合并其他部位子宫内膜异位症。应结合不同治疗方式利弊,优选治疗方案:药物组对病灶面积小者有效率较高(93.33%,14/15,$P<0.01$),提示病灶面积小者(该组患者合并其他部位子宫内膜异位症者少见,$P<0.05$)可以优先考虑阴道上药治疗,简便、经济、无创;宫颈局部病灶面积较大者,首选激光治疗,单次治疗患者依从性好;但激光治疗临床疗效受到是否合并有其他部位子宫内膜异位症影响($P<0.05$),对于合并有其他部位子宫内膜异位症患者采用联合治疗更具临床优势。

综上,宫颈子宫内膜异位症的治疗根据患者临床特征不同,选择不同治疗方案,有利于扬长避短,提高临床疗效。根据不同临床特征选择最优方案的治疗策略值得临床推广。本研究治疗总例数仍然较少,后续研究需要进一步扩大样本量及延长随访时间继续总结数据,尤其需要关注治疗后复发情况。

参考文献:

[1] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 261-267.
XIE X, KONG B H, DUAN T. Obstetrics and gynecology [M]. Beijing: People's Health Press, 2018: 261-267.

[2] 张志胜, 刘毅智, 刘凤英. 阴道镜图谱[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 59.
ZHANG Z S, LIU Y Z, LIU F Y. Colposcopy atlas[M]. Beijing: People's Health Press, 2016:59.

[3] 葛彦欣, 王秀芹. 46例宫颈子宫内膜异位症的临床特征及防治[J]. 现代妇产科进展, 2011, 20(11): 917-918. DOI: 10.13283/j.cnki.xdfckjz.2011.11.023.
GE Y X, WANG X Q. Clinical features prevention and treatment of 46 cases of cervical endometriosis[J]. Prog Obstet Gynecol, 2011, 20(11): 917-918. DOI: 10.13283/j.cnki.xdfckjz.2011.11.023.

[4] 吴瑾, 贾英, 唐良莓. 宫颈子宫内膜异位症23例临床分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(18): 1830-1831, 1833. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.015.
WU J, JIA Y, TANG L D. Clinical analysis of 23 cases with cervical endometriosis[J]. Chongqing Med, 2012, 41(18): 1830-1831, 1833. DOI: 10.3969/j.issn. 1671-8348.2012.18.015.

[5] 初虹, 余志英, 关嵩青, 等. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ级的临床效果[J]. 中外医学研究, 2020, 18(2): 33-35. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2020.02.014.
CHU H, YU Z Y, GUAN S Q, *et al*. The clinical effect of cervical loop electrosurgical excision procedure and cold knife conization in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia Ⅲ[J]. Chin Foreign Med Res, 2020, 18(2): 33-35. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2020.02.014.

[6] RODRIGUEZ-URREG P, DULCEY-HORMIGA I, BARRERA-HERRERA L, *et al*. Endometriosis mimicking glandularatypia in a cervical cytology[J]. J Cytol, 2017, 34(1): 61. DOI:10.4103/0970-9371.197624.

[7] 许阡, 段华, 金佟, 等. 宫颈子宫内膜异位症伴活动性阴道出血一例并文献复习[J]. 国际妇产科学杂志, 2019, 46(5): 549-551, 封3.
XU Q, DUAN H, JIN T, *et al*. Acute vaginal bleeding caused by cervical endometriosis: a case report and literature review[J]. J Int Obstet Gynecol, 2019, 46(5): 549-551, 封3.

[8] 郭涛,董雪,石钢.宫腔镜成功治疗宫颈子宫内膜异位症巨大囊肿1例报告[J].四川大学学报(医学版), 2019, 50(1): 143. DOI: 10.13464/j.scuxbyxb.2019.01.034 .
GUO T, DONG X, SHI G. One case report of hysteroscopy in the treatment of giant cyst of cervical endometriosis[J]. J Sichuan Univ Med Sci Ed, 2019, 50(1): 143. DOI: 10.13464/j.scuxbyxb.2019.01.034.

[9] WANG Y, ZHUGE Y Y, ZHANG Y, *et al*. Massive vaginal hemorrhage caused by cervical endometriosis[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2018, 57(6): 903-905. DOI: 10.1016/j.tjog.2018.10.026.

[10] 李小芬. 宫颈炎性疾病物理治疗后并发宫颈子宫内膜异位症的临床分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(32): 4523-4524. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2018.32.013.
LI X F. Clinical analysis of cervical endometriosis after physical therapy for cervicitis [J]. Med Forum, 2018, 22(32): 4523-4524. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2018.32.013.

[11] 王茹, 赵剑虹. 去氧孕烯炔雌醇预防宫颈糜烂患者经物理治疗后宫颈子宫内膜异位发生的临床分析[J]. 中国性科学, 2015, 24(5): 32-34. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.05.012.
WANG R, ZHAO J H. Effect of desogestrel and ethinylestradiol in preventing cervical endometriosis[J]. Chin J Hum Sex, 2015, 24(5): 32-34. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.05.012.

[12] 刘美霞, 田桂林. 聚甲酚磺醛溶液宫颈上药治疗慢性子宫颈炎Ⅱ~Ⅲ度糜烂样改变的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2020, 15(2): 132-134. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2020.02.060.
LIU M X, TIAN G L. Clinical observation on the curative effect of cervical application of poly (cresolsulfonaldehyde) solution in the treatment of chronic cervicitis [J]. Chin Pract Med, 2020, 15(2): 132-134. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/ r.2020.02.060.

(**收稿**:2020-08-15;**修回**:2020-10-14)

(编辑 王 红)