LEEP 术治疗宫颈上皮内瘤变的疗效分析

杨 玲 （蚌埠医学院第二附属医院妇产科，安徽 蚌埠 233040）

［摘 要］ **目的** 探讨高频电波刀环形电切除术（LEEP）治疗宫颈上皮内瘤变（CIN）的临床疗效。**方法** 回顾性分析 127 例患者的临床资料，观察手术前后病理结果、手术时间、出血量和并发症等情况。每 3 ~ 6 个月及 3 个月后，每 TCT 或阴道镜复查的结果。**结果** 手术平均时间 3.5 min，术中平均出血 10 mL；手术成功率 91.3%，并发症发生率 8.6%；术前与术后病理诊断结果一致占81.1%，所有手术标本切缘均阴性。**结论** LEEP 手术时间短，术中出血少，是治疗宫颈上皮内瘤变的首选方法。

［关键词］ 宫颈上皮内瘤变；高频电波刀环形电切除术；治疗

［中图分类号］ R711.74；R713.4 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042（2011）03-0290-02

Leep electrosurgical excision procedure in treatment of cervical intraepithelial neoplasia

YANG Ling （Department of Gynecology and Obstetrics, 2nd Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233040, China）

Abstract: Objective To assess the clinical value of loop electrosurgical excision procedure (LEEP) in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN). **Methods** The clinical data of 127 patients who underwent LEEP procedure for CIN were retrospectively analyzed. The pathological results, operation duration, blood loss and complications before and after the operation were analyzed. The results of thinprep cytologic test (TCT) or vaginoscope were counted three months after the operation. **Results** The pathological results before and after operation were consistent, the consistent rate accounting for 81.1%. All the incisal edges of operation sample showed negative. The mean operative time lasted for 3.5 min and the blood loss was 10 mL. The successful rate of the operation was 91.3% and the complication occurance rate was 8.6%. **Conclusion** With the advantages of shorter operation time and less blood loss, LEEP is the top priority for treating CIN.

Keywords: cervical intraepithelial neoplasia; loop electrosurgical excision procedure; treatment

子宫颈上皮内瘤变（cervical intraepithelial neoplasia, CIN）是与宫颈浸润癌密切相关的一组癌前病变，它反映宫颈癌发生发展中的连续过程[1]。随着宫颈细胞学普查的推广，宫颈浸润癌逐渐减少，而子宫颈上皮内瘤变患病率越来越高。高频电波刀宫颈环形切除术（leep electrosurgical excision procedure, LEEP）是近年发展起来的一种新技术，因其操作简单、出血少、在治疗同时可以进行诊断，尤其是对于早期微小宫颈浸润癌有诊断价值，现已被广泛采用。本文回顾性分析我院自 2008 年 1 月至 2010 年 8 月 LEEP 术治疗宫颈上皮内瘤变 127 例的临床资料，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析 127 例宫颈上皮内瘤变患者采用 LEEP 术治疗的临床资料。所有患者均严格执行细胞学、阴道镜、宫颈组织病理学“三阶梯式”诊断。年龄 21 ~ 58 岁，平均（34.5 ± 6.2）岁；41 例 CIN Ⅰ级，63 例 CIN Ⅱ级，23 例 CIN Ⅲ级。所有患者符合手术指征：阴道镜和活检证实的 CIN Ⅰ级呈持续状态，无随访条件；CIN Ⅱ级患者；部分患者 CIN Ⅲ中的不典型增生者，但不包括原位癌。对于 CIN 合并妊娠、宫颈解剖结构异常、阴道炎症均不适合行 LEEP 术。

1.2 手术方法

于月经干净后 3 ~ 7 d 行 LEEP 术。患者取截石位，常规消毒后，选用不同型号的电极圈行大、小锥切术切除病变组织。大锥切术：适用于 CIN Ⅱ ~ CIN Ⅲ级，旋转切除宫颈管深度达 15 ~ 20 mm，宫颈组织达 7 mm，宫颈切割宽度外缘距不着色区 5 mm。小锥切术：适用于 CIN Ⅰ级，切除宫颈管深度达 10 mm。切除深度视具体情况而定[2]。手术创面喷云南白药粉。切除组织用 10% 甲醛固定，送病理检查。术后常规抗感染治疗 3 ~ 5 d，1 个月后复查，记录创面修复与阴道流血、分泌物情况。3 个月再复查 1 次；3 个月后，每 3 ~ 6 个月复查 1 次，行 TCT 或阴道镜检查，必要时对可疑部位进行活检。

1.3 病理学诊断标准

宫颈上皮内瘤变：鳞状上皮细胞表现大小、形态不一，核增大，深染，核浆比例增大，细胞极性紊乱。异性细胞累及宫颈上皮下 1/3 层为 CIN Ⅰ级；累及上皮下 1/3 ~ 2/3 层为 CIN Ⅱ级，超过全层 2/3 层或达到全层者为 CIN Ⅲ级，包括原位癌。

宫颈微小浸润癌：原位癌基础上镜检发现小滴状、锯齿状癌细胞团突破基底膜，浸润间质，深度不超过基底膜下 5 mm，宽度小于或者等于 7 mm。

［作者简介］ 杨 玲（1975 -），女，安徽省蚌埠市人，主治医师，学士，主要从事普通妇科及难产方面的研究。E-mail：bbmcvictory@163.com

［收稿日期］ 2011-01-04 ［修回日期］ 2011-02-09

2 结果

本组手术时间平均为 3.5 min,术中平均出血 10 mL,5 例出血超过 50 mL。术后 1 个月复查宫颈光滑 116 例,创面出血 4 例,宫颈管粘连、狭窄 3 例,宫颈管肉芽组织增生 4 例。手术成功率 91.3%,并发症的发生率 8.6%。术后 3 个月复查 TCT 及阴道镜,其中 2 例宫颈管肉芽组织增生,再次行 LEEP 术后宫颈光滑。宫颈病理诊断结果一致占 81.10%,所有手术标本切缘均阴性,见表 1。

表 1 阴道镜活检结果与 LEEP 刀术后病理结果对比

阴道镜活检结果	n	LEEP 术后病理结果(n)				
		宫颈炎	CIN Ⅰ级	CIN Ⅱ级	CIN Ⅲ级	宫颈浸润癌
CIN Ⅰ级	41	2	34	4	1	0
CIN Ⅱ级	63	0	2	54	6	1
CIN Ⅲ级	23	0	0	6	15	2

3 讨论

LEEP 是 1981 年由 Cartier 首创的一种新型的电切技术,采用射频电流通过电极尖端而产生超高频电弧波,接触组织瞬间产生阻抗吸收电波,产生高热,使细胞内水分形成蒸汽波来达到各种切割、止血的目的。它与宫颈细胞学检查,阴道镜下多点活组织检查诊断共同构成了子宫颈病变系统的诊断模式。LEEP 切下的组织未被炭化,不影响病理检查,也避免了激光锥切热损伤范围大、难以术后病理评价的缺点。LEEP 术治疗 CIN 的成功率达到 89.4% ~93.3%,并发症的发病率为 1.9% ~14.1%[3]。本组病例成功率 91.3%,并发症的发生率 8.6%,亦证明其手术具有成功率高、并发症少的优点。

LEEP 治疗宫颈病变的优点体现在同时达到诊断和治疗两个目的,而且切除组织还可以送病理检查,通过检查标本切缘情况以确定是否已将病变部位完全切除,从而降低宫颈微小浸润癌的漏诊率。本组病例中 CIN Ⅱ及 CIN Ⅲ组中均发现宫颈浸润癌病例,从而提高了治愈率。

CIN 的治疗方法主要包括激光汽化、冷冻环形电切激光宫颈锥切等诸多方法,如何规范选择合理的治疗方式是临床上既常见又非常重要的问题。Gunasekera[4]等考察了 199 例 CIN Ⅱ、CIN Ⅲ患者,98 例接受 LEEP 治疗,101 例接受激光汽化治疗,结果 LEEP 组手术时间短,围手术期出血少,术后治疗失败率差异无显著性,认为 LEEP 与激光汽化疗效相似,但出血少,手术时间短,宜首选。Chirenje[5] 等 2001 年报道了 LEEP 与冷冻的比较分析,术后 12 个月治愈率高于冷冻组,认为对于 CIN 患者,2/3 LEEP 疗效高于冷冻治疗。LEEP 治疗也存在一些问题,如切除标本进行组织学检查时不易定位,对宫颈细胞学提示高度宫颈上皮内病变且经阴道镜证实的患者常常治疗过度。

LEEP 术的并发症主要是术中出血、术后创面出血、宫颈粘连、肉芽组织增生等。本组病例中有 5 例术中出血超过 50 mL,主要考虑阴道和宫颈局部炎症因素所致。一般术后出血发生在术后 10 ~13 d,大面积脱痂而引起出血[6],术中应避免形成大创面,注意止血的准确性。术后随诊应及时发现并给予处理,必要时住院观察。术组资料中宫颈粘连、狭窄 3 例,可能与锥切深度较深,止血不彻底有关。合理掌握手术范围和深度,避免对宫颈组织过度治疗是预防宫颈狭窄的关键[7-8]。

综上所述,LEEP 术是治疗 CIN 安全有效的办法,具有快速简便、并发症少、患者创伤小、便于门诊操作等诸多优点[9]。只要掌握手术适应证,规范手术步骤,注意术后严密随访,就能取得满意的疗效[10-11]。

[参考文献]

[1] 丰有吉,沈 铿. 妇产科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:315 -320.

[2] 钱小虎,周 览,王军臣,等. 高频电波刀治疗宫颈疾病的临床价值[J]. 实用妇产科杂志,2004,20(2):86 -87.

[3] Perlman SE, Lubianca JN, Kahn JA. Characteristics of a group of adolescents undergoing loop electrical excision procedure (LEEP)[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol,2003,16(1):15 -20.

[4] Gunasekera PC, Phipps JH, Lewis BV. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ) compared to carbon dioxide laser in the treatment of CIN: a superior mode of treatment[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1990,97(11):995 -998.

[5] Chirenje ZM, Rusakaniko S, Akino V, et al. A randomised clinical trial of loop electrosurgical excision procedure (LEEP) versus cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia[J]. J Obstet Gynaecol,2001,21(6):617 -621.

[6] 王玉婷. Leep 治疗宫颈上皮内瘤样变临床探讨[J]. 实用新医学,2009,10(4):710 -711.

[7] 苏爱霞,傅顺琴. LEEP 治疗宫颈病变 280 例临床分析[J]. 东南大学学报,2009,28(6):532 -534.

[8] 田 艳,杨碧香,雷 森. 偏远地区高频电波刀诊疗宫颈病变 517 例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(1):29 -30.

[9] 伍东月. 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.

[10] 吕亚丽. 多功能射频治疗仪和微波治疗宫颈糜烂的临床效果分析[J] 局解手术学杂志,2009,18(1):35.

[11] 邓一叶. LEEP 刀宫颈环切诊治宫颈疾病的效果分析[J]. 河北医学,2010,16(1):27 -29.

(编辑:郭光金)