

微波、聚焦超声、高频电刀治疗重度宫颈糜烂的疗效比较

Treatment of cervical erosion;a comparison between microwave tissue coagulation,focused ultrasound and electrosurgical excision procedure

樊 华¹,林也容²,陆晓兰¹

(1.武警上海总队医院妇科,上海 201103;2.解放军第 175 医院妇儿科,漳州 363000)

[关键词] 重度宫颈糜烂;疗效;高频电刀;微波;聚焦超声
[中图分类号] R 711.32 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)06-0693-02

慢性宫颈炎为育龄期妇女常见疾病,其患病人数约占妇科门诊就诊人数的 40%~60%^[1],其中又以宫颈糜烂表现为多。研究^[2]表明,重度宫颈糜烂患者宫颈上皮内瘤样病变(CIN)的发病率比中度、轻度糜烂及宫颈光滑患者明显增高。因此,有效治疗重度宫颈糜烂对预防宫颈癌的发生有重要意义。目前治疗方法较多,但疗效相差悬殊,本研究比较微波(MTC)、聚焦超声(focused ultrasound)、高频电刀(LEEP 刀)三者单次治疗重度宫颈糜烂的疗效,以探讨治疗重度宫颈糜烂的择优方法。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选的重度宫颈糜烂患者包括 2002 年 9 月至 2004 年 3 月于解放军第 175 医院行微波治疗的患者 97 例,2004 年 4 月至 2005 年 3 月于解放军第 175 医院行聚焦超声治疗的患者 102 例,2005 年 4 月至 2006 年 9 月于武警上海总队医院行高频电刀治疗的患者 156 例。按文献^[3]中的标准诊断为重度宫颈糜烂,术前行阴道分泌物、宫颈细胞学检查,阴道镜下宫颈活检术。入选标准:(1)年龄 20~50 岁,已生育的妇女;(2)无妇科其他疾病(如阴道炎、盆腔炎、子宫内膜炎、子宫内膜异位症、恶性肿瘤等);(3)3 个月内未进行过其他物理或药物治疗;(4)具备随访条件。剔除标准:(1)不遵循医嘱治疗者;(2)宫颈刮片细胞学或阴道镜下活检提示 CIN 或癌变,高频电刀术后病理提示为 CIN 或癌变者;(3)因故未完成随访,观察资料记录不全者。共纳入符合标准的患者 355 例,由专人负责记录及随访。患者平均年龄微波组(34.5±4.6)岁,聚焦超声组(32.4±5.0)岁,高频电刀组(30.7±3.7)岁,无显著差异。各组分型,微波组:单纯型 20.6%(20/97),颗粒型 40.2%(39/97),乳头型 39.2%(38/97);聚焦超声组:单纯型 21.6%(22/102),颗粒型 42.2%(43/102),乳头型 36.3%(37/102);高频电刀组:单纯型 19.9%(31/156),颗粒型 39.7%(62/156),乳头型 40.4%(63/156);无显著差异。仪器设备:美国 WALLACH 公司生产的 QUANTUM2000 型高频电波刀;珠海市和佳医疗设备有限公司生产的 DWY IV 型妇科炎症微波治疗仪;重庆海扶技术有限公司生产的海极星海扶聚焦超声妇科治疗系统。

1.2 方法 月经干净后 3~7 d 门诊手术。取膀胱截石位,用窥阴器充分暴露宫颈,拭净宫颈及阴道分泌物,消毒宫颈及阴道黏膜。

1.2.1 高频电刀治疗 根据宫颈病变分型选择不同型号的高频电刀头,用碘液标记移行区范围,自宫颈 12 点处顺时针环形切割病变部位,范围超过病变边缘 2~3 mm,切割深度单纯型 2 mm,颗粒型 5~10 mm,乳头型 5~15 mm。

1.2.2 微波治疗 先将微波探头接触于宫颈糜烂面并稍加压,启动开关,持续约 2~5 s,组织呈黄白色凝固变性,移动探头逐渐向外扩展至正常组织为止。手术先从子宫颈口内 5 mm 深处开始,依次由内向外顺时针方向移动,并超出糜烂面 1~2 mm。宫颈口处凝固时间稍长,按压较用力,越近边缘则组织凝固越浅,达到组织凝固呈黄白色均匀平坦无出血为度。

1.2.3 聚焦超声治疗 治疗频率范围 8~9 MHz,超声波功率 4.05 W,连续直线扫描,手术时间为 2~8 min,将超声治疗头与宫颈糜烂面直接接触,启动脚控开关,治疗头呈滑动式操作,顺序范围依次为:宫颈口向四周进行操作,至超出糜烂组织约 2 mm,肉眼观察病变组织在超声治疗后均匀地充血水肿为宜。

1.3 术后处理及随访 嘱患者 3 个月内禁盆浴、性交和阴道冲洗,术后每月月经干净后 3~7 d 回访,共随访 3 个月。

1.4 疗效指标 (1)痊愈:宫颈表面光滑,修复良好,局部上皮化,新生上皮碘染着色,无自觉症状。(2)显效:治疗后宫颈糜烂面积较治疗前缩小 50%或宫颈糜烂面改善 I 度以上,临床症状减轻。(3)无效:糜烂面未缩小,自觉症状无好转。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 11.0 软件对结果进行 χ^2 统计。

2 结果

单次治疗重度宫颈糜烂的治愈率高频电刀组 97.4%,微波组 75.3%,聚焦超声组 51.0%,3 组有非常显著差异($P<0.01$)。阴道出血率(%),阴道流液率(%)微波组与高频电刀组相当(62.9 vs 69.9;91.8 vs 94.9),两组与聚焦超声组有显著差异(0,22.5, $P<0.01$);平均流液时间(d)微波组与高频电刀组相当(17±4;16±5),两组均明显长于聚焦超声组(5±2);腰腹坠胀感 3 组无显著差异。

[作者简介] 樊 华,住院医师。

3 讨 论

重度宫颈糜烂有多种物理治疗方法,其中,微波是通过电极探头与组织接触时形成一定深度的微波电磁场,使组织内电离子及偶极子在微波交变外电场作用下发生快速振动及转动生成热效应,瞬时产生小范围的高热达到治疗目的^[4]。聚焦超声依靠超声波良好的组织穿透性,治疗头与宫颈接触后超声波可由宫颈组织深处向浅处作用,通过超声波与生物组织相互作用后产生的热效应、空化效应等生物效应来治疗宫颈病变组织;由于病变组织细胞对超声波的作用更为敏感,因此可有选择地破坏深部病变细胞,保护正常组织;且高频聚焦治疗还可使机体的纤维细胞和酶活性增强,改善循环,吸收炎症,改善组织营养,发挥其组织修复及治疗病变的作用,最终达到彻底治愈目的^[5]。高频电刀主要经电极尖端产生超高频电波,在接触身体瞬间由组织本身产生阻抗,吸收产生高热而破坏宫颈糜烂面,促进宫颈鳞状上皮修复,从而达到治疗目的,由于可通过消融术、环切术、锥切术等不同方式治疗不同类型的宫颈糜烂,故而对各种类型宫颈糜烂均有很高的治愈率。

由于微波治疗深度有限,聚焦超声对组织破坏界限不够清晰,故在对重度宫颈糜烂的治愈率较之高频电刀均有一定差距。且微波及聚焦超声不能送病理检查,有漏诊宫颈癌的可能,术前用宫颈涂片、阴道镜或活检均有一定的漏诊率,而高频电刀切除组织可全部送病理检查。本研究中行高频电刀患者 174 例列入剔除标准病例 18 例中即有宫颈原位癌 1 例,CINⅢ级 3 例,CINⅡ级 1 例,CINⅠ级 2 例,避免了宫颈癌及子宫上皮内瘤样变的漏诊,使患者得到了及时治疗。

聚焦超声治疗不良反应较小,由于聚焦超声没有肉眼所见的辐照组织的急性坏死现象,表层保持完好,无其他物理疗法治疗后的结痂脱落和上皮修复等过程,故治疗后无明显

出血,仅发生一过性充血、水肿,部分出现少量阴道排液。而高频电刀及微波不良反应相当,均较聚焦超声为高。但若统计阴道流血超过正常月经量例数则高频电刀组为 5.1%(8/156),微波组为 6.8%(7/102);阴道流液超过正常月经量例数高频电刀组为 1.3%(2/156),微波组为 2.9%(3/102)。

综上所述,对于重度宫颈糜烂的治疗,高频电刀治愈率高,且可留病理检查,不易漏诊,具有不可替代的优势,虽然其不良反应较高,但未见严重并发症发生,只要做好术前宣教,大多数患者可以接受术后阴道短期流血和流液的不良反应。在目前医疗环境下,患者对医疗期望值较高,希望一次性治愈,不愿在时间及经济上再次花费,且相当一部分患者认为二次治疗为首次治疗不当所致,因此,对重度宫颈糜烂患者,建议行单次治愈率高且可病理确诊的高频电刀治疗,对医生来讲亦可以避免不必要的纠纷。但本研究例数较少,且实验设计中未能将其他一些临床因素考虑进来,因此,不同治疗方法的确切疗效比较还有待进一步研究证实。

[参 考 文 献]

[1] 肖雁冰,孙丽君. 聚焦超声单次治疗慢性宫颈炎的疗效及影响因素[J]. 中华妇产科杂志,2007,42:14-17.

[2] 陈 赤. 宫颈糜烂与宫颈上皮内瘤样变相关性分析[J]. 广西医学,2005,27:1458-1459.

[3] 乐 杰. 妇产科学[M]. 6 版 北京:人民卫生出版社,2004:265.

[4] 张 燕,李俊林,王晓燕. CO₂激光、微波及高频电刀治疗宫颈糜烂疗效比较[J]. 四川医学,2006,27:859-860.

[5] 毛静月,刘 蕊,余秀华,等. 高频聚焦超声与微波治疗宫颈糜烂的临床研究[J]. 中国基层医药,2006,13:1125-1126.

[收稿日期] 2007-03-15 [修回日期] 2007-06-01

[本文编辑] 贾泽军