

# 宫颈冷刀锥切不同深度对高级别宫颈上皮内瘤变患者术后恢复及妊娠情况的影响

王文利, 安芳, 王晓瑞, 李晓丹, 封菊, 崔体霞

(焦作市妇幼保健院 妇科, 河南 焦作 454000)

**摘要:** **目的** 探讨分析宫颈冷刀锥切不同深度对高级别宫颈上皮内瘤变患者术后恢复及妊娠情况的影响。**方法** 选取 2019 年 10 月至 2022 年 10 月焦作市妇幼保健院收治的高级别宫颈上皮内瘤变患者 90 例, 所有患者均接受宫颈冷刀锥切, 根据锥切深度不同分为小锥切组 (深度 10~15 mm) 和大锥切组 (深度 16~25 mm), 各 45 例, 比较分析两组治疗结局。**结果** 小锥切组术中出血量少于大锥切组, 住院时间、创面愈合时间短于大锥切组 ( $P<0.05$ ); 小锥切组宫颈切缘阳性率、阴性率及宫颈病变临近切缘率与大锥切组相比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 小锥切组宫颈无病变率、宫颈病变残存率及复发率与大锥切组相比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 小锥切组早产率、剖宫产率低于大锥切组 ( $P<0.05$ )。**结论** 宫颈冷刀锥切深度不会影响术后病变残存及复发, 宫颈冷刀锥切深度 10~15 mm 更利于患者术后恢复, 改善妊娠结局。

**关键词:** 宫颈冷刀锥切; 锥切深度; 高级别宫颈上皮内瘤变; 妊娠结局

**中图分类号:** R737.3

宫颈上皮内瘤变是宫颈癌前病变的统称, 可分为低级别和高级别上皮内瘤变, 其中高级别宫颈上皮内瘤变是最严重的宫颈病变之一, 患者进展为宫颈癌的风险极大, 需及时予以有效治疗<sup>[1]</sup>。目前在高级别宫颈上皮内瘤变的治疗上, 宫颈冷刀锥切术是首选术式之一, 可有效将患者病变切除, 改善预后, 但关于锥切深度尚无统一标准<sup>[2]</sup>。有研究认为, 宫颈锥切术与多种不良妊娠结局相关, 若未控制好锥切深度, 可能增加不良妊娠结局发生风险<sup>[3]</sup>。也有研究认为宫颈锥切术锥切范围不会明显影响妊娠结局<sup>[4]</sup>。因此, 本研究探讨分析在治疗高级别宫颈上皮内瘤变患者时, 宫颈冷刀锥切不同深度的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 10 月至 2022 年 10 月焦作市妇幼保健院收治的高级别宫颈上皮内瘤变患者 90 例, 所有患者均接受宫颈冷刀锥切, 根据锥切深度不同分为小锥切组和大锥切组, 各 45 例。小锥切组年龄 26~63 岁, 平均  $(40.81 \pm 9.72)$  岁; 孕次 1~4 次, 平均  $(2.38 \pm 0.64)$  次; 产次 1~3 次, 平均  $(1.48 \pm 0.39)$  次; CIN II 级 28 例, CIN III 级 17 例。大锥切组年龄 25~64 岁, 平均

$(41.37 \pm 9.43)$  岁; 孕次 1~5 次, 平均  $(2.41 \pm 0.57)$  次; 产次 1~3 次, 平均  $(1.44 \pm 0.42)$  次; CIN II 级 29 例, CIN III 级 16 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

**纳入标准:** ①符合《宫颈癌诊疗规范 (2018 年版)》<sup>[5]</sup> 中关于宫颈上皮内瘤变的标准; ②病理证实为高级别宫颈上皮内瘤变 (CIN II 级、III 级); ③具备宫颈冷刀锥切术指征; ④认知正常, 沟通良好; ⑤依从性佳; ⑥有生育需求; ⑦签署知情同意书。

**排除标准:** ①合并精神疾病; ②合并严重心脑血管疾病; ③合并其他严重妇科疾病; ④合并其他恶性肿瘤; ⑤妊娠期女性; ⑥合并免疫功能缺陷、凝血功能障碍; ⑦合并不孕史; ⑧合并甲状腺、心脏、糖尿病等影响妊娠结局的疾病; ⑨中途退出。

### 1.2 方法

所有患者常规外阴消毒, 阴道及宫颈铺巾, 予以腰硬联合麻醉, 患者取膀胱截石位, 暴露宫颈明确病灶范围, 在宫颈瘤变外缘 5 mm、宫颈 12 点位置作环形切口, 由浅至深将宫颈锥形切除, 注意椎尖朝向宫颈内口方向, 避免偏斜, 将病灶完整切下。小锥切组以 10~15 mm 的锥切深度进行

切除，大锥切组以 16~25 mm 的锥切深度进行切除，完成后纱布填塞、阴道压迫止血，将组织送检，进行病理学检查。术后密切监测患者各项生命体征，常规予以抗生素预防感染，注意观察阴道出血情况。

### 1.3 观察指标

①对两组手术、住院、创面愈合时间及术中出血量进行观察记录。②根据宫颈冷刀锥切术后标本切缘病理情况对两组患者进行随访，统计记录宫颈切缘阳性率、阴性率及宫颈病变临近切缘率。切缘阳性患者术后 6 个月行宫颈细胞学与高危型人乳头瘤病毒联合检测及阴道镜检查；切缘阴性患者术后 6 个月行宫颈细胞学与高危型人乳头瘤病毒联合检测，若检测结果正常则 1 年后随访，若检查结果异常则转阴道镜检查，阴道镜检查显示异常者拟个体化方案进行治疗。切缘阳性：宫颈锥切标本切缘可见病变、病变与切缘距离 <1 mm；临近切缘：标本切缘与病变距离 1~3 mm；

切缘阴性：病变距离标本切缘 >3 mm。③对两组患者随访观察宫颈病变情况及复发情况。宫颈切缘阳性、术后 6 个月复查发现宫颈上皮内瘤变为宫颈病变残存；复查发现宫颈上皮内瘤变为复发。④随访 1 年，观察统计两组患者早产率、胎膜早破率、胎儿窘迫率、剖宫产率、产前助产率及自然分娩率。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件分析数据。计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，用 *t* 检验；计数资料以百分率 (%) 表示，用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术及术后恢复情况比较

小锥切组术中出血量少于大锥切组，住院、创面愈合时间短于大锥切组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术及术后恢复情况比较 ( $n=45, \bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	住院时间/d	创面愈合时间/d
小锥切组	30.52±7.64	16.83±3.44	4.49±1.17	24.38±3.96
大锥切组	31.89±6.95	19.06±3.78	4.96±0.95	26.14±4.31
<i>t</i>	0.890	2.927	2.092	2.017
<i>P</i>	0.376	0.004	0.039	0.047

### 2.2 两组患者标本切缘病理比较

两组宫颈切缘阳性率、阴性率及病变临近切缘率比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

### 2.3 两组患者术后随访情况比较

两组宫颈无病变率、宫颈病变残存率及复发

表 2 两组患者标本切缘病理比较 [ $n=45, n(\%)$ ]

组别	切缘阳性	切缘阴性	临近切缘
小锥切组	3(6.67)	41(91.11)	1(2.22)
大锥切组	2(4.44)	43(95.56)	0(0.00)
$\chi^2$	0.212	0.714	1.011
<i>P</i>	0.645	0.398	0.315

率比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后随访情况比较 [ $n=45, n(\%)$ ]

组别	宫颈无病变	宫颈病变残存	复发
小锥切组	40(88.89)	4(8.89)	1(2.22)
大锥切组	42(93.33)	2(4.44)	1(2.22)
$\chi^2$	0.549	0.714	0.000
<i>P</i>	0.459	0.398	1.000

### 2.4 两组患者妊娠情况比较

小锥切组早产率、剖宫产率低于大锥切组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者妊娠情况比较 [ $n=45, n(\%)$ ]

组别	剖宫产	产前助产	自然分娩	早产	胎膜早破	胎儿窘迫
小锥切组	9(20.00)	4(8.89)	32(71.11)	1(2.22)	3(6.67)	2(4.44)
大锥切组	18(40.00)	2(4.44)	25(55.56)	7(15.56)	5(11.11)	3(6.67)
$\chi^2$	4.286	0.714	2.345	4.939	0.549	0.212
<i>P</i>	0.038	0.398	0.126	0.026	0.459	0.645

### 3 讨论

宫颈上皮内瘤变系指宫颈上皮被异型性细胞取代,是与子宫颈浸润癌有密切联系的一组子宫病变,高级别宫颈上皮内瘤变是其常见的一种类型<sup>[6]</sup>。手术是治疗高级别宫颈上皮内瘤变的首选方法,宫颈锥切术是最常用术式,其中包括环形电切术和冷刀锥切术,宫颈环形电切术由于环切样本的切缘常受到高频电能、高热影响,导致微结构出现明显变性情况,因此临床多选择宫颈冷刀锥切术治疗高级别宫颈上皮内瘤变,能避免切缘微结构变性,保证病理检查的准确性<sup>[7-8]</sup>。随着宫颈冷刀锥切术的推广,宫颈锥切的深度逐渐受到越来越多的关注,目前证实造成术后病变残留及复发的主要因素是阳性切缘,传统手术中为实现切缘阴性,在锥切深度的选择上往往大于 2.5 cm,但许多学者发现不良妊娠结局与宫颈冷刀锥切深度有关,不良妊娠结局风险会随着锥切深度增加而增高<sup>[9]</sup>。因此需积极探讨宫颈冷刀锥切术的最佳锥切深度。

有研究<sup>[10]</sup>报道,宫颈冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变时,锥切深度选择 10~15 mm 与 16~25 mm,在宫颈切缘病理、术后病变残留及复发上无明显差异。还有研究<sup>[11]</sup>报道,以 15 mm 的锥切深度为界限使用宫颈冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变时,若锥切深度超过 15 mm,患者发生早产的风险会明显增高,可增高 1.89 倍。鉴于此,本研究对高级别宫颈上皮内瘤变患者分别采用 10~15 mm 与 16~25 mm 的锥切深度,以明确小锥切与大锥切在效果与安全性上的差异。本研究结果显示,小锥切组术中出血量少于大锥切组,住院时间、创面愈合时间短于大锥切组 ( $P<0.05$ );小锥切组早产率、剖宫产率低于大锥切组 ( $P<0.05$ );而在宫颈切缘阳性率、阴性率、宫颈病变临近切缘率、宫颈无病变率、宫颈病变残留率及复发率上比较,两组差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。说明 10~15 mm 与 16~25 mm 的锥切深度均能发挥较好的切除效果,均有较低的切缘阳性率、病变残留率及复发率,而 10~15 mm 的锥切深度有助于减少术中出血,加快术后恢复,并降低早产、剖宫产率。究其原因在于宫颈与子宫血供类似,经宫颈外膜层的宫颈动脉进入宫颈组织后逐渐分支,管径变细,因此宫颈锥切越深,出血越多,术后恢复也相对更慢。有研究<sup>[12]</sup>报道,宫颈锥切术若切除深度较深,或有较高的早产风险,尤其是锥

切深度超过 15 mm 的冷刀锥切术,会成倍增加早产风险,且这种风险不受手术距离妊娠的时间影响,而通过小的宫颈锥切术能使早产风险最大限度降低,这与本研究结果一致。可能是因为宫颈锥切术会对宫颈组织造成损伤,引起宫颈机能不全,将宫颈组织切除后,局部支撑力降低,宫颈缩短,宫颈机能也随之降低,进而增加造成风险。锥切深度越大,患者宫颈机能下降越明显,不仅会对受孕产生影响,即使受孕也可能在宫颈扩张困难等因素影响下出现难产情况,增加剖宫产率。不过本研究也存在样本量小等局限性,可能会对部分研究结果造成一定影响,后续还需加大样本量作进一步研究分析。

综上所述,宫颈冷刀锥切深度不会影响术后病变残存及复发,宫颈冷刀锥切深度 10~15 mm 更利于患者术后恢复,改善妊娠结局,值得推广。

### 参考文献

- [1] 周颖,焦薇. 宫颈高级别鳞状上皮内病变患者冷刀锥切术后发生切缘阳性的因素分析[J]. 贵州医科大学学报, 2023, 48(1): 82-86.
- [2] 陈娜娜,韩松筠,商文金,等. 宫颈高级别鳞状上皮内病变患者经锥切术后切缘阳性的危险因素及锥切高度的相关分析[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(10): 1226-1229.
- [3] 马全富,郭玉琳,颜彬,等. 高级别宫颈上皮内瘤变锥切术后病灶残留相关因素分析[J]. 武汉大学学报(医学版), 2020, 41(4): 606-610.
- [4] 芦恩婷,邓雷,曾庆东,等. 冷刀锥切术后宫颈高级别上皮内瘤变复发的影响因素[J]. 中国医科大学学报, 2021, 50(6): 526-529, 534.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 宫颈癌诊疗规范(2018年版)[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2020, 6(3): 33-43.
- [6] 蒋军,王建芬,蒋学禄,等. 不同锥切术式在子宫颈高度鳞状上皮内病变中的应用比较[J]. 浙江临床医学, 2019, 21(1): 49-51.
- [7] 李颖颖,张毅. 宫颈环形电切术与冷刀锥切术对高级别宫颈上皮内瘤变患者妊娠结局的影响[J]. 中国临床研究, 2021, 34(5): 624-626.
- [8] 杨静. 宫颈冷刀锥切术与环形电切术治疗宫颈高级别上皮内瘤变疗效分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(14): 1865-1867.
- [9] 高悦,王化丽. 宫颈锥切术对生育能力及妊娠结局影响的研究进展[J]. 国际妇产科学杂志, 2021, 48(6): 660-665.
- [10] 张倩,金影. 宫颈冷刀锥切深度对育龄女性高级别宫颈上皮内瘤变疗效及预后的影响[J]. 中国医刊, 2022, 57(11): 1239-1243.
- [11] 马菁雯,赵艳. 宫颈锥切术范围对宫颈机能不全及妊娠结局影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(11): 1868-1871.
- [12] 何拉曼,郭晓青,俞尔慨. 宫颈锥切范围的临床研究[J]. 同济大学学报(医学版), 2016, 37(5): 93-96.

(张咏 编辑)