

- 用的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5421 - 5425.
- [13] 蔡秋妍, 陈璟. 老年慢性肺源性心脏病合并心力衰竭急性加重期患者血清 NT - pro - BNP 和降钙素原水平及意义[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(5): 519 - 522.
- [14] 杨静, 刘晓莹. 比伐卢定联合尼可地尔对 ACS 患者 PCI 术后心功能、凝血功能及预后的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2021, 30(1): 30 - 35.
- [15] 向璐, 张巧艳, 赵琦明, 等. 黄芪 - 当归化学成分、药理作用及临床应用的研究进展[J]. 中草药, 2022, 53(7): 2196 - 2213.
- [16] 丁凡, 王拥军, 张岩. 丹参活性成分的药理作用和临床应用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(2): 659 - 662.
- [17] 钱晓军, 李杏, 金艳, 等. 尼可地尔联合芪苈强心胶囊治疗慢性肺源性心脏病伴冠心病心力衰竭的疗效[J]. 西北药学杂志, 2022, 37(1): 96 - 100.

收稿日期: 2024 - 05 - 08

责任编辑: 雷长国

宫腔镜下电切术对直径 ≥ 1 cm 宫颈息肉的疗效及出血量的影响

郭秀伟

(巨野县人民医院, 山东 巨野 274900)

【摘要】目的: 分析在直径 ≥ 1 cm 宫颈息肉的治疗中采取宫腔镜下电切术的临床疗效及对出血量的影响。**方法:** 将院内接收治疗的 150 例宫颈息肉 (≥ 1 cm) 患者采用随机数字表法分为观察组 (宫腔镜下电切术, 75 例) 与对照组 (传统宫颈息肉摘除术, 75 例); 对两组患者治疗后的临床疗效、手术指标、并发症发生率、复发率及治疗前后宫颈血流量和炎症因子水平 (IL - 6、TNF - α) 作比较。**结果:** 治疗前两组患者宫颈血流量与炎症因子水平对比无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后观察组宫颈血流量与炎症因子水平改善较对照组更明显 ($P < 0.05$); 治疗后两组比较: 观察组治疗总有效率高、并发症发生率和复发率低、出血量少、恢复时间和手术时间短, 各指标组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在宫颈息肉治疗中采取宫腔镜下电切术治疗可提高手术效果, 缩短手术与恢复时间, 降低术后并发症发生率, 较常规手术治疗更能改善体内血流量, 降低炎症状态, 且术后复发率更低。

【关键词】 宫腔镜; 电切术; 宫颈息肉; 疗效**【中图分类号】** R713.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008 - 4983 (2025) 01 - 0012 - 04

The Efficacy of Hysteroscopic Electrosurgical Resection on Cervical Polyps ≥ 1 cm in Diameter and Its Impact on Bleeding Volume

GUO Xiu - wei

(Juye County People's Hospital, Juye, Shandong 274900, China)

【Abstract】Objective: To analyze the clinical efficacy of hysteroscopic electrosurgical resection in the treatment of cervical polyps ≥ 1 cm in diameter and its impact on bleeding volume. **Methods:** A total of 150 patients with cervical polyps ≥ 1 cm in diameter who were treated in our hospital were randomly divided into an observation group (hysteroscopic electrosurgical resection, 75 patients) and a control group (traditional cervical polypectomy, 75 patients). The clinical efficacy, surgical indicators, incidence of complications, recurrence rate, cervical blood flow, and levels of inflammatory cytokines (IL - 6, TNF - α) before and after treatment were compared between the two groups. **Results:** There were no statistically significant differences in cervical blood flow and levels of inflammatory cytokines between the two groups before treatment ($P > 0.05$). After treatment, the improvements in cervical blood flow and levels of inflammatory cytokines were more significant in

作者简介: 郭秀伟 (1986 -), 女, 主治医师, 主要从事妇科肿瘤腹腔镜治疗方向研究。

the observation group compared to the control group ($P < 0.05$) . Comparison between the two groups after treatment showed that the observation group had a higher overall treatment efficacy, lower incidence of complications and recurrence rate, less bleeding volume, and shorter recovery and surgical times. The differences in these indicators between the groups were statistically significant ($P < 0.05$) . **Conclusion:** Hysteroscopic electro-surgical resection in the treatment of cervical polyps can improve surgical outcomes, shorten the surgical and recovery times, reduce the incidence of postoperative complications, and compared to conventional surgical treatment, it can better improve blood flow and reduce the inflammatory state in the body, with a lower postoperative recurrence rate.

【Key words】 hysteroscopy; electro-surgical resection; cervical polyps; clinical efficacy

宫颈息肉是指宫颈组织增生所致得到局限性赘生物,是慢性宫颈炎的一种常见病理改变,多见于育龄期女性。临床认为,对宫颈息肉应采取手术治疗,尤其是直径 ≥ 1 cm的宫颈息肉^[1]。宫颈息肉摘除术是既往临床中较常见的治疗方式,能够摘除宫颈息肉,但随着临床研究的深入,有学者发现,宫颈息肉摘除术会延长手术恢复时间,且对人体伤害较大,术中会增加出血量,并发症发生率高,且对 ≥ 1 cm的宫颈息肉切除中可能存出现切除不完全等情况,部分患者治疗后可能出现复发,不利于女性身体健康^[2]。宫腔镜下电切术则能较完整的切除宫颈息肉,具有微创、出血量少、恢复快等优势,能够有助于促进手术治疗后康复;尤其是对直径 ≥ 1 cm的宫颈息肉患者,能够减少传统手术治疗中的手术创伤,减少术中出血量,提高治疗安全性;并且,由于宫腔镜下电切术能够完全切除病灶,因此,大多数患者手术切除后复发率较小^[3]。对此,本文主要分析了宫腔镜下电切术在直径 ≥ 1 cm宫颈息肉治疗中的应用价值,并分析术中出血量,为该病治疗提供参考依据。

1 资料和方法

1.1 一般资料 将院内1年时间内(2022年2月至2023年1月)接收治疗的宫颈息肉(≥ 1 cm)患者150例作为本次研究对象,随机(数字表法)分为观察组与对照组,每组各75例。观察组年龄22~64岁,平均(40.23 \pm 2.13)岁;体质量(BMI)19.26~25.69 kg/m²,平均BMI(22.03 \pm 0.25) kg/m²;单发病灶40例,多发病灶35例。对照组年龄25~60岁,平均(40.26 \pm 2.14)岁;BMI 19.11~25.79 kg/m²,平均BMI(22.06 \pm 0.28) kg/m²;单发病灶38例,多发病灶37例。两组年龄、BMI等比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究经医院伦理委员会批准。

纳入标准:(1)患者均经临床检查确定疾病病型;(2)均符合手术相关指征;(3)意识清晰、认知状态正常,能配合手术;(4)已知情研究相关内容,同意加入;(5)能提供完整的临床资料,能配合研究开展者。

排除标准:(1)精神状态较差无法配合本次研究开展者;(2)严重认知障碍、意识模糊者;(3)器质性病

变、凝血功能障碍、免疫功能障碍者;(4)哺乳期、孕期女性;(5)手术治疗相关禁忌症;(6)近期内采取过相关手术治疗;(7)癌变倾向。

1.2 方法 对照组采取传统宫颈息肉摘除术治疗:于月经干净后3~7 d进行手术,取膀胱截石位,常规消毒麻醉后,使用长弯止血钳夹息肉蒂部位置,向同一方向旋转直至息肉脱落,给予压迫止血。

观察组则采取宫腔镜下电切术:电切刀电凝功率调整为40 W,电切功率为70 W,使用葡萄糖溶液50 g \cdot L⁻¹膨宫,宫压力设置为12 kPa,扩张宫颈至9~10号,置入宫腔镜仔细探查宫腔与宫颈管病变情况,使用单极电切环由底部开始纵向切除息肉及其周围肌层组织,使用电凝止血。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:分为显效、有效、无效。显效:如患者各项指标都已经恢复到了正常的状态则为显效;有效:如患者各项指标都已经得到了显著的改善则为有效;无效:如患者各项指标都没有得到显著的改善甚至出现恶化的情况则为无效。治疗总有效为显效与有效总和 $\times 100\%$ 。(2)治疗前后宫颈血流量及炎症因子水平:炎症因子包括白介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子(TNF- α)。(3)手术指标:包括术中出血量、手术时间、术后首次下床时间、住院时间等。(4)并发症发生率、复发率:并发症包括感染、宫腔粘连、低钠血症等。

1.4 统计学方法 采用SPSS25.0处理数据。宫颈血流量、手术指标与炎症因子水平以($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验进行组间比较;临床疗效、并发症发生率与复发率以[$n(\%)$]表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 如表1所示,治疗后,观察组患者的总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

2.2 治疗前后宫颈血流量及炎症因子水平比较 如表2所示,治疗前两组患者各指标比均无显著差异($P > 0.05$);治疗后,观察组患者各指标改善情况优于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组患者治疗后临床疗效对比 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	75	45 (60.0)	24 (32.0)	6 (8.0)	69 (92.0)
对照组	75	33 (44.0)	24 (32.0)	18 (24.0)	57 (76.0)
χ^2		3.864	0.000	7.143	7.143
<i>P</i>		0.050	1.000	0.008	0.008

表2 治疗患者前后宫颈血流量及炎症因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	宫颈血流量/s · ms ⁻¹		IL-6/ng · L ⁻¹		TNF-α/ng · L ⁻¹	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	75	0.86 ± 0.22	0.76 ± 0.05	12.56 ± 1.25	14.52 ± 2.46	18.23 ± 3.61	23.36 ± 2.54
对照组	75	0.85 ± 0.26	0.68 ± 0.08	12.64 ± 1.23	19.52 ± 1.71	18.34 ± 3.42	27.51 ± 2.46
<i>t</i>		0.254	7.344	0.395	14.453	0.191	10.164
<i>P</i>		0.800	0.001	0.693	0.001	0.848	0.001

2.3 手术指标比较 如表3所示,治疗后,观察组患者的出血量少,恢复时间、手术时间短,各指标差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。

表3 两组患者治疗后手术指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间/min	术后首次下床时间/d	住院时间/d	出血量/ml
观察组	75	32.62 ± 3.23	1.72 ± 0.23	4.41 ± 0.23	32.26 ± 2.13
对照组	75	37.24 ± 2.31	2.39 ± 0.53	6.51 ± 0.34	45.61 ± 3.67
<i>t</i>		10.076	10.043	44.305	27.246
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 并发症发生率与复发率比较 如表4所示,治疗后,观察组患者的并发症发生率与复发率低于对照组 (*P* < 0.05)。

表4 两组患者治疗后并发症发生率与复发率情况 [n (%)]

组别	例数	并发症				复发率
		感染	宫腔粘连	低钠血	总发生率	
观察组	75	3 (4.0)	0	0	3 (4.0)	1 (1.3)
对照组	75	6 (8.0)	3 (4.0)	6 (8.0)	15 (20.0)	7 (9.3)
χ^2		1.064	3.061	6.250	9.091	5.755
<i>P</i>		0.302	0.080	0.012	0.003	0.016

3 讨论

宫腔镜下电切术是宫腔镜下专用的电刀切除子宫内膜或子宫相关息肉等组织的手术方式,不仅能够通过宫腔镜检查,同时还能在手术中,在可视的条件下对宫颈息肉进行切除^[4]。该技术能够帮助医师了解宫腔病变情况,具体探查宫颈病变,以降低误诊或漏诊风险,并且,该技术自带的影像学技术还能在手术中提高手术精细度,扩大术中视野,避免了对周围正常组织、神经与血管的损伤,对降低术中出血量、术后并发症有重要作用^[5]。研究发现,宫腔镜下电切术在直径≥1 cm的宫颈息肉治疗中,能够直接从根部切除息肉,同时还能进一步切除息肉下2~3 mm的肌层组织,提高息肉组织的切除率,预防术后复发^[6]。与传统手术治疗相比较而言,术中电凝止血效果更高与传统压迫止血,同时也

避免了传统手术治疗直径≥1 cm息肉时可能出现的术后止血困难等情况,有助于降低术中出血量,提高手术治疗安全性,对促进患者治疗后身体康复有重要作用^[7]。

本文主要分析了宫腔镜下电切术在直径≥1 cm宫颈息肉治疗中的应用价值。研究可见,观察组临床疗效高于对照组,且出血量更低,并发症与复发人员较少。由此可见,宫腔镜下电切术能够有助于提高疾病治疗效果,减少术中出血量,从而降低术后并发症,预防术后复发。与传统手术方案,宫腔镜下电切术的应用具有微创的优势,该术式对宫颈周围正常组织的损伤更小,且能电凝止血,因此,患者手术中出血量更少,能有效降低手术治疗后由于出血量较大引起的并发症^[8]。并且,宫腔镜下电切术还能用电凝切除病灶周围肌层组织,能够保证病灶切除的完整性,避免病灶残留导致疾病复发,