

阶梯化分层治疗方案对不同级别宫颈病变患者的干预效果观察

王贤平

江阴市陆桥卫生院妇产科，江苏江阴

DOI:10.62836/medicine.v3i1.1373

摘要：目的：分析阶梯化分层治疗方案对不同级别宫颈病变患者的干预效果。方法：回顾性分析2023年1月—2025年12月本院收治60例宫颈病变患者病历资料，全部患者根据病变级别实施阶梯化分层治疗。比较治疗效果。结果：LSIL组患者6个月和12个月病灶消退/治愈率、HR-HPV转阴率与HSIL组无差异。HSIL组患者中LEEP组在手术时间、术中出血量方面优于CKC组（ $P < 0.05$ ）。结论：阶梯化分层治疗方案能够根据宫颈病变的不同级别采取针对性处理，不仅可以避免低级别病变过度治疗，而且能确保高级别病变得到及时有效处理。

关键词：阶梯化分层治疗方案；不同级别；宫颈病变

Observation on the Intervention Effect of Graded Stratified Treatment Plan for Patients with Different Grades of Cervical Lesions

Xianping Wang

Department of Obstetrics and Gynecology, Laoqiao Health Center, Jiangyin, Jiangsu

Abstract: Objective: To analyze the intervention effect of the stepped stratified treatment plan on patients with different grades of cervical lesions. Methods: The medical records of 60 patients with cervical lesions admitted to our hospital from January 2023 to December 2025 were retrospectively analyzed. All patients were treated with stepped stratified therapy according to the lesion grade. The therapeutic effects were compared. Results: There was no difference in the 6-month and 12-month lesion regression/cure rates and HPV-16/18 negative conversion rates between the LSIL group and the HSIL group. In the HSIL group, the LEEP group had shorter operation time and less intraoperative bleeding than the CKC group ($P < 0.05$). Conclusion: The stepped stratified treatment plan can take targeted measures according to the different grades of cervical lesions, which not only avoids excessive treatment of low-grade lesions but also ensures the timely and effective treatment of high-grade lesions.

Keywords: graded stratified treatment plan; different grades; cervical lesions

宫颈病变是临床妇科多发的疾病类型之一，尤其是与高危型人乳头瘤病毒（HR-HPV）持续感染相关的宫颈鳞状上皮内病变，其患者数量快速增长[1]。随着宫颈癌筛查体系在国内各级医疗机构的不断推广和普及，越来越多的宫颈癌前病得以在早期被发现[2]。目前关于宫颈病变的诊治已经有了较为成熟的指南和共识，但不同级别病变的转归和干预策略还有一定的差异[3]。低级别鳞状上皮内病变（LSIL）普遍存在自限性，许多患者在随访过程中其病变可以自然消退，而高级别鳞状上皮内病变（HSIL）则存在明确的恶性转化风险，需要及时通过手术切除病灶以组织发展成为浸润癌[4]。因此，阶梯化分层治疗方案根据病变的具体级别实施分层管理和治疗，对于改善患者预后意义重大[5]。基于此，本文回顾性分析阶梯化分层治疗方案对不同级别宫颈病变患者的干预效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2023年1月—2025年12月江阴市陆桥卫生院收治60例宫颈病变患者病历资料。其中低级别鳞状上皮内病变（LSIL）30例，设为LSIL组；高级别鳞状上皮内病变（HSIL，包含CIN 2、CIN 3）30例，设为HSIL组。LSIL组年龄范围26~58岁，均值（ 38.65 ± 7.83 ）岁；其中合并HR-HPV感染者25例（83.33%）。HSIL组年龄27~59岁，均值（ 39.22 ± 8.16 ）岁；其中CIN 2者18例（60.00%），CIN 3者12例（40.00%）；合并HR-HPV感染者28例（93.33%）。2组基线资料对比无差异（ $P < 0.05$ ）。

纳入标准：（1）阴道镜下宫颈活检病理学检查确诊为宫颈鳞状上皮内病变；（2）年龄不低于18岁；（3）病历资料数据齐全。

排除标准：（1）合并其他妇科恶性肿瘤；（2）心肝肾脏器功能受损；（3）既往宫颈手术治疗史。

1.2 方法

所有患者接受宫颈细胞学检查（TCT）+高危

型HPV检测—阴道镜检查—宫颈活检病理学检查明确诊断。根据病变级别实施阶梯化分层治疗方案。

LSIL组：采取定期随访观察策略，患者每6~12个月返院复查TCT和HR-HPV检测，同时进行阴道镜评估。随访期间如发现病变进展至HSIL或LSIL持续存在超过2年，则转为手术治疗。同时指导患者改善生活方式，增强机体免疫力。

HSIL组：均接受宫颈切除性手术治疗，根据患者具体情况及转化区类型，选择宫颈环形电切术（LEEP）或宫颈冷刀锥切术（CKC）。LEEP术在阴道镜引导下进行，采用环形电极切除宫颈转化区及病变组织，切除深度根据病变范围控制在7~15mm。CKC术在硬膜外麻醉下进行，以手术刀行宫颈锥形切除，切除范围包括病变及周围部分正常组织。术后标本送病理检查，确认切缘情况。术后定期随访，分别于术后6个月、12个月复查TCT、HR-HPV及阴道镜。

1.3 观察指标

（1）病灶转归情况：LSIL组评估病灶消退率（病理检查转为正常或降级为炎症）；HSIL组评估病灶治愈率（术后病理切缘阴性且随访期间未见复发）。

（2）HR-HPV转阴率：分别于治疗后6个月、12个月检测HR-HPV，比较两组转阴情况。

（3）手术相关指标：记录HSIL组患者的手术时间、术中出血量、住院时间。

（4）术后并发症：包括术中术后出血、宫颈狭窄、感染等。

1.4 统计学分析

以SPSS26.0软件进行资料分析，满足正态分布的计量数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验；计数数据以[n(%)]表示，采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 代表有统计学差异。

2 结果

2.1 对比2组患者病灶转归情况

LSIL组患者6个月和12个月病灶消退率分别为

63.33%和80.00%; HSIL组术后6个月和12个月病灶治愈率分别为80.00%和90.00%, 具体见表1。

2.2 对比2组患者HR-HPV转阴率

LSIL组25例合并HR-HPV感染患者中, 治疗后6个月和12个月HR-HPV转阴率分别为56.00%和80.00%。HSIL组28例合并HR-HPV感染患者中, 治疗后6个月和12个月HR-HPV转阴率分别为53.57%和76.67%, 具体见表2。

2.3 HSIL组不同术式患者手术相关指标及并发症比较

HSIL组30例患者中, 行LEEP术18例, 行CKC术12例。LEEP组手术时间、术中出血量均优于CKC组 ($P < 0.05$); 2组住院时间不具备差异 ($P > 0.05$)。术后并发症方面, LEEP组发生术后出血1例 (5.56%), CKC组发生术后出血1例 (8.33%)、宫颈狭窄1例 (8.33%), 2组并发症总发生率不具备差异 ($P > 0.05$), 具体见表3。

3 讨论

本研究中LSIL组采用定期随访观察策略, 治疗后6个月病灶消退率为63.33%, 12个月达到80.00%。研究提示LSIL患者中大部分病灶可以自然消退。LSIL作为低级别病变, 病变通常只分布

在鳞状上皮1/3层, 大部分病变具有良好的自限性[6]。临床上对LSIL患者原则上无需立即手术干预, 定期随访即可[7]。但需要注意的是, 仍有部分LSIL患者存在病变持续甚至进展的风险。本组30例LSIL患者中, 随访12个月时仍有5例病变持续存在, 1例进展为HSIL。因此, 对于LSIL患者, 虽然以观察随访为主, 但也需要长期坚持做好规范的随访[8]。对于持续存在超过2年或进展为HSIL的患者, 应及时开展手术治疗。此外, 对于合并HR-HPV持续感染、阴道镜检查不满意的LSIL患者, 也应适当提高警惕[9]。

本研究发现, HSIL组术后6个月病灶治愈率为80.00%, 12个月达90.00%, 表明宫颈切除性手术对HSIL具有理想的治疗效果。HSIL包含CIN2和CIN3, 病变累及鳞状上皮2/3层乃至全层, 癌变风险极高[10]。国内外指南均推荐HSIL首选宫颈切除性治疗[11]。本研究中HSIL组术后12个月治愈率达90.00%, 进一步证实了手术治疗的可靠性。但同样需要注意的是, 仍有少数患者术后出现切缘阳性或复发, 提示术后进行规范的随访也必不可少[12]。本研究中1例切缘阳性者经二次手术后治愈, 2例复发者经再次评估后予以相应处理。

在HR-HPV转阴方面, 本研究发现LSIL组与HSIL组在治疗后6个月和12个月的HR-HPV转阴率没有明显差异。这也说明无论是自然消退还是手术

表1. 对比2组患者病灶转归情况[n(%)]

组别	治疗后6个月			治疗后12个月		
	消退/治愈	持续存在	进展/复发	消退/治愈	持续存在	进展/复发
LSIL组 (n=30)	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.33)	24 (80.00)	5 (16.67)	1 (3.33)
HSIL组 (n=30)	24 (80.00)	4 (13.33)	2 (6.67)	27 (90.00)	1 (3.33)	2 (6.67)

表2. 对比2组患者HR-HPV转阴率[n(%)]

组别	治疗后6个月	治疗后12个月
LSIL组 (n=25)	14 (56.00)	20 (80.00)
HSIL组 (n=28)	15 (53.57)	22 (78.57)

表3. HSIL组不同术式患者手术相关指标及并发症比较 [$\bar{x} \pm s/n(\%)$]

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)	并发症
LEEP组 (n=18)	18.944.37±	12.463.38±	2.140.57±	1 (5.56)
CKC组 (n=12)	31.944.48±	25.967.34±	3.590.73±	2 (16.67)
t/χ^2	7.904	6.833	6.102	0.088
P	0.000	0.000	0.000	0.320

切除病变,HR-HPV的清除都需要一定的时间。手术切除病变组织虽然能够去除大部分HPV感染的病灶,但并不能完全清除所有病毒[13]。术后HR-HPV持续感染是病变复发的重要风险因素。因此,对于术后HR-HPV仍为阳性的患者,应加强随访监测,必要时可考虑辅助抗病毒治疗。

在HSIL组不同术式的比较中,LEEP组手术时间和术中出血量均优于CKC组。LEEP术操作相对简便,可在门诊或日间手术完成,对宫颈组织的热损伤虽存在但整体创伤较小。CKC术能够提供切缘无电热灼伤的完整标本,对病理诊断更为有利,但手术时间较长、出血量较多。在并发症方面,本研究中2组无差异,但CKC组有1例术后宫颈狭窄,提示CKC对宫颈结构的影响可能更明显。

综上所述,阶梯化分层治疗方案能够根据宫颈病变的不同级别实施精准干预,LSIL以随访观察为主、HSIL以手术切除为主,值得在基层医疗机构推广应用。

参考文献

- [1] 梁凌云,陈艳霞,伊丽达娜·米吉提,等.高级别子宫颈鳞状上皮内病变手术治疗后生殖道人乳头瘤病毒感染的转归及预防性疫苗的应用[J].中国妇产科临床杂志,2025,26(1):3-6.
- [2] 张姝文,虎丽军,王涛,等.二氧化碳激光治疗宫颈和阴道高级别鳞状上皮内病变的临床效果[J].生殖医学杂志,2025,34(8):1044-1049.
- [3] 姜昭敏,王华,赵泽华,等.姜黄素介导光动力疗法治疗子宫颈上皮内瘤变合并人乳头瘤病毒感染的临床效果[J].肿瘤研究与临床,2025,37(2):107-112.
- [4] 卞荣芳,陆卉,张丽丽,等.健脾利湿解毒汤联合匹多莫德治疗宫颈低级别鳞状上皮内病变合并人乳头瘤病毒高危型感染的临床研究[J].中华中医药学刊,2025,43(12):236-239.
- [5] 杨红燕,董玉燕.宫颈环形电切术联合阴道镜治疗宫颈癌前病变的临床疗效分析[J].数理医药学杂志,2025,38(6):459-463.
- [6] 张子玲,王洪迪,霍志平,等.基于R语言的宫颈环形电切术和宫颈冷刀锥切术治疗子宫颈高级别鳞状上皮内病变临床疗效的荟萃分析[J].癌症,2025,44(9):480-493.
- [7] 梁丽霞,钟菀杞,何敏嫦,等.阴道乳杆菌对HPV感染及宫颈癌前病变治疗的效果分析[J].中华保健医学杂志,2025,27(2):354-356.
- [8] 张胜男,张鸿升,金芬,等.锐扶刀联合重组人干扰素治疗宫颈高级别鳞状上皮内病变合并人乳头瘤病毒感染的临床疗效研究[J].现代医药卫生,2025,41(8):1784-1787,1792.
- [9] 杨静,董学彩,王爱红,等.宫颈环形电切术联合干扰素治疗人乳头瘤病毒感染合并宫颈癌前病变的应用价值分析[J].肿瘤基础与临床,2025,38(1):32-34.
- [10] 张思虎,徐俊.阴道镜联合宫颈环形电切术应用于子宫颈癌前病变的治疗效果分析[J].现代医学与健康研究,2025,9(5):20-22.
- [11] 史云艳,周瑞萍.阴道镜下子宫颈环形电切术联合重组人干扰素 α -2b治疗对宫颈癌前病变的阴道微生态及生活质量影响分析[J].临床研究,2025,33(2):92-95.
- [12] 王瑞芳,杨金金,张陪,等.保妇康栓、辛复宁与抗HPV生物蛋白敷料分别治疗宫颈癌前病变合并高危型HPV感染的效果比较[J].中国药物滥用防治杂志,2025,31(4):687-690.
- [13] 许艳红.阴道镜联合宫颈环形电切术治疗宫颈上皮内瘤变伴人乳头状瘤病毒感染患者的临床效果[J].妇儿健康导刊,2025,4(1):32-35.

