

# 锥切术后全子宫切除术后感染1例诊疗体会并文献复习

黄美莎<sup>1</sup>, 袁芳<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>青岛大学医学院, 山东 青岛

<sup>2</sup>青岛大学附属医院妇科, 山东 青岛

收稿日期: 2022年11月12日; 录用日期: 2022年12月6日; 发布日期: 2022年12月14日

## 摘要

目的: 报告1例锥切术后1周行腹腔镜下全子宫切除术, 术后1周因感染、发热再次入院的病例, 并结合文献讨论锥切术后行全子宫切除术适宜的手术时机。方法: 以病例报告的方式, 结合国内外文献复习, 综合分析如何选择适宜的手术时机以减少锥切术后行全子宫切除术术后感染的发生。结果: 锥切术后行全子宫切除术的手术时机显著影响术后感染的发生率。结论: 宫颈锥切术后适宜的手术时机为术后6周后, 可显著降低术后感染的发生率。

## 关键词

宫颈锥切术, 全子宫切除术, 术后感染

# Diagnosis and Treatment Experience of a Case of Infection after Total Hysterectomy after Conization and Literature Review

Meisha Huang<sup>1</sup>, Fang Yuan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Medical College of Qingdao University, Qingdao Shandong

<sup>2</sup>Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Nov. 12<sup>th</sup>, 2022; accepted: Dec. 6<sup>th</sup>, 2022; published: Dec. 14<sup>th</sup>, 2022

## Abstract

**Objective:** To report a case of laparoscopic total hysterectomy 1 week after conization, which was

\*通讯作者。

readmitted to hospital 1 week after surgery due to infection and fever, and to discuss the appropriate time for total hysterectomy after conical resection based on the literature. **Methods:** By means of case report, combined with literature review at home and abroad, a comprehensive analysis was made on how to choose the appropriate time of operation to reduce the incidence of postoperative infection after conization. **Results:** The timing of total hysterectomy after conization significantly affected the incidence of postoperative infection. **Conclusion:** The appropriate time for cervical conization is 6 weeks after surgery, which can significantly reduce the incidence of postoperative infection.

## Keywords

Cervical Conization, Total Hysterectomy, Postoperative Infection

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

近年来, 宫颈上皮内瘤变(Cervical Intraepithelial Neoplasias, CIN)和宫颈癌的发病人数不断增加, 且发病日趋年轻化[1], 在 CIN III 级和子宫颈浸润癌 Ia1 期患者的处理过程中, 关键在于及时诊断和正确处理[2]。锥切后全子宫切除术适用于经宫颈锥切确诊、年纪较大、无生育要求、合并有其他良性妇科疾病的 HSIL 患者。国内外有研究者对子宫颈锥形切除术后行全子宫切除术的时机、方法等进行研究, 但尚缺乏统一的结论。术后感染在子宫切除术后也时有发生, 造成术后愈合不良、病程时间延长、无辜增加经济负担及心理负担、甚至带来二次伤害[3], 因此减少锥切术后切子宫感染的发生是我们需要解决的重要问题。

## 2. 病历资料

患者孙\*\*, 女, 58 岁, 因“发现宫颈病变半月余”于 2022-04-12 入院, 患者半年前外院查体, 宫颈液基细胞学检查示: HSIL, 宫颈 HPV16 阳性, 建议行阴道镜活检, 患者拒绝, 半月前我院门诊遂行阴道镜下宫颈活检术, 病理示: HSIL/CIN 3 级, 遂于 2022-04-14 行宫颈锥切术, 术后填塞碘仿纱条 1 根, 因患者“青霉素、头孢类”过敏史, 术中及术后均予克林霉素磷酸酯静滴预防感染治疗, 术后患者焦虑不安, 进食差, 多次安慰无明显改善, 无发热, 术后病理示: CIN 3 级, 切缘及锥顶均为阴性, 因已绝经, 要求进一步行锥切后全子宫切除术, 遂于 2022-04-21 行腹腔镜下全子宫切除术, 抗生素应用同前, 术后 2 天血常规示白细胞计数  $18.82 \times 10^9$ , 中性粒细胞计数  $15.07 \times 10^9$ , 患者自述腹泻, 无发热, 予查粪便常规未见明显异常, 遂予蒙脱石散及培菲康对症治疗, 余未行特殊处理, 2022-04-24 患者出院。

2022-04-27 患者因“子宫切除术后 1 周, 腹痛发热伴恶心呕吐 2 天”急诊入院。2 天前患者无明显诱因出现下腹痛, 以脐周为著, 伴恶心、呕吐、腹泻等不适, 伴体温升高, 最高  $38.5^{\circ}\text{C}$ , 自行口服“新癪片”后症状缓解, 体温下降。后再次出现下腹痛, 较前剧烈, 伴腹泻, 呈水样便, 自测体温最高  $39^{\circ}\text{C}$ , 遂来我科急诊, 急查血常规 + CRP 示: 白细胞及中性粒细胞均在正常范围内, 中性粒细胞比率 84.20%, C 反应蛋白  $130.53 \text{ mg/l}$ 。急诊以“腹痛伴发热原因待诊”收入院。专科检查: 外阴正常, 阴道通畅, 断端愈合可, 盆腔空虚, 轻压痛。入院诊断: 腹痛伴发热原因待诊全子宫切除术后。辅助检查: 2022-04-27 术后病理: 1) 锥切术后宫颈残端全部取材, 粘膜组织呈慢性炎, 局灶复鳞上皮较增生。2) 子宫多发性平

滑肌瘤; 3) 子宫内膜不典型增生; 4) (双侧)卵巢及输卵管组织, 未见特殊。2022-04-26 盆腔 CT 平扫: 膀胱充盈差, 壁未见增厚, 其内未见明显异常密度影。子宫未见明确显示。直肠壁未见明显增厚。盆腔脂肪间隙稍模糊。双侧髂血管走行区未见明显肿大淋巴结。子宫术后改变, 盆腔脂肪间隙稍模糊, 请结合临床。2022-04-28 血常规(无网红) + CRP: 白细胞计数  $13.22 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞计数  $11.61 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比率 87.70%, C 反应蛋白 239.21 mg/l 2022-04-28 降钙素原检测: 10.58 ng/mL; 2022-04-27 粪便常规分析 + 隐血试验: 阴性; 大便菌群分析: (-)。2022-04-28 白蛋白 27.2 g/L。2022-04-28 经腹部妇科彩色多普勒超声检查: 盆腔内见范围约  $7.4 \times 5.9 \times 4.2$  cm 液性暗区, 透声差。下腹部腹腔内见范围约  $11.2 \times 5.5 \times 6.1$  cm 液性暗区, 透声可。盆腔积液(透声差), 下腹部液性暗区, 考虑积液。2022-05-02 血培养(双侧双瓶) [黄岛]: 厌氧培养 5 天后, 无菌生长。入院给予盐酸莫西沙星氯化钠 400 mg qd, i.v.drip 抗感染治疗, 发热无明显好转, 炎症指标持续上升, 4.29 更换抗生素为泰能, 同时给予止泻、调整肠道菌群、白蛋白静滴、营养支持治疗。2022-4-30 患者出现阴道排液, 阴道断端见脓性分泌物流出, 给予送检细菌培养, 2022-05-02 细菌培养(体液需氧): 肺炎克雷伯菌, 泰能为敏感抗生素。因下腹部局限性积液考虑感染, 2022-5-2 急诊介入科行穿刺引流, 引流出淡黄色浑浊液体约 400 ml。后患者体温平稳, 于 2022-5-7 再次出现发热, 伴血象及 CRP 升高, 胸部及全腹 CT 提示积液较前好转吸收。免疫相关指标未见明显异常, 再次送检细菌培养, 根据药敏结果决定下一步诊疗方案, 2022-05-14 二次培养结果示: 溶血葡萄球菌, 复方新诺明为敏感抗生素, 遂更改抗生素继续治疗, 体温逐渐降至正常, 白细胞及中性粒细胞均逐渐下降, 2022-05-18 白细胞及中性粒细胞降至正常范围内, 且之后复查 5 天无反复, CRP 亦明显下降无反升, 且无发热, 遂于 2022-05-24 出院。出院后定期于门诊复查, 病情无反复。

### 3. 讨论

宫颈锥切术同时具有宫颈病变的诊断和治疗作用, 在高级别宫颈上皮内病变的治疗中有着重要的地位[4]。全子宫切除是 CIN III 级和子宫颈浸润癌 Ia1 期锥切后再处理措施之一, 全子宫切除术不作为 CIN III 级的首选治疗方案[5], 但宫颈锥切排除浸润癌后, 如果患者保留子宫, 则必需定期检查, 并存在病灶残留和复发的风险[6]。我们选择年龄大、无生育要求、随诊不便或合并其他疾病需切除子宫的患者行全子宫切除。

子宫颈锥切术后行全子宫切除手术的时间间隔, 从 20 世纪 50 年代至今, 国内外相关研究尚未定论。Williams 等[7]研究认为, 时间间隔选取在锥切术后 48 h 内或者术后 4 周以上较好。Yin 等[8]研究认为, 宫颈锥切术后阴道填塞碘仿纱条是有益的, 并认为全子宫切除术应在宫颈锥切术后至少 4 周后进行。Tae 等[9]及 Melnikoff 等[10]研究发现, 不同的手术时间间隔, 术后并发症发生率、住院天数差异无统计学意义, 认为任何时候都可接受行全子宫全切除术。

近年来已有较多国内外研究表明患者行宫颈锥切术后宫颈局部组织有炎症反应, 并在锥切术后 1~2 周达到高峰, 若此时再次行手术治疗, 术后感染发热、住院时间延长等并发症的发生率明显高于手术时间间隔  $\geq 6$  周组患者, 且差异具有统计学意义[11]。

本例患者锥切术后 1 周即行腹腔镜下切子宫切除术, 此时宫颈局部组织处于炎症浸润较重的状态, 术后病理亦证实了这一点, 且因患者存在“青霉素及头孢”类抗生素过敏, 抗生素选用种类受限, 加之患者锥切术后出现紧张、焦虑、纳差等情况, 多种因素的共同作用均会增加术后感染的风险。

### 4. 结论

子宫颈锥切术后全子宫切除时间间隔建议考虑在子宫颈锥切术后 6 周进行, 可降低术后感染等并发症的发生。

## 参考文献

- [1] Tan, L., Pepra, E. and Haloob, R.K. (2004) The Outcome of Pregnancy after Large Loop Excision of the Transformation Zone of the Cervix. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **24**, 25-27. <https://doi.org/10.1080/01443610310001620242>
- [2] Hu, X., Zhao, J., Qian, H., *et al.* (2016) Radiological and Pathological Analysis of LDCT Screen Detected and Surgically Resected Sub-Centimetre Lung Nodules in 44 Asymptomatic Patients. *European Journal of Radiology*, **3**, 223-239. <https://doi.org/10.1016/j.ejro.2016.08.001>
- [3] 陈洁, 苗莉, 钱静, 等. 全子宫切除术后医院感染的危险因素及预防对策探究[J]. 东南大学学报(医学版), 2018, 37(5): 917-920.
- [4] Baser, E., Ozgu, E., Erkilinc, S., *et al.* (2014) Clinical Outcome of Cases with Cervical Dysplasia Absent in Cold Knife Conization Specimens. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **14**, 6693-6696. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.11.6693>
- [5] 赵超, 魏丽, 等. 子宫颈高级别上皮内病变管理的中国专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2022, 23(2): 220-224.
- [6] Costales, A.B., Milbourne, A.M., Rhodes, H.E., *et al.* (2013) Risk of Residual Disease and Invasive Carcinoma *in Situ* of the Cervix. *Gynecologic Oncology*, **129**, 513-516. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.03.015>
- [7] Williams, T.J., Johnson, T.R. and Pratt, J.H. (1970) Time Interval between Cervical Conization and Hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **107**, 790-796. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)33998-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)33998-9)
- [8] Yin, X., Zhu, L., Tan, W., *et al.* (2018) Time Intervals between Prior Cervical Conization and Posterior Hysterectomy Influence Postoperative Infection in Patients with Cervical Intraepithelial Neoplasia or Cancer. *Medical Science Monitor*, **24**, 9063-9072. <https://doi.org/10.12659/MSM.911892>
- [9] Tae, K.Y., Sung, Y.B., Hoon, K.S., *et al.* (2005) The Influence of Time Intervals between Loop Electrosurgical Excision and Subsequent Hysterectomy on the Morbidity of Patients with Cervical Neoplasia. *Gynecologic Oncology*, **96**, 500-503. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2004.10.032>
- [10] Melnikoff, A.K., Doo, D.W., Cohen, A.C., *et al.* (2019) Timing of Robotic Hysterectomy after Cervical Excisional Procedure. *International Journal of Gynecologic Cancer*, **29**, 1110-1115. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-000559>
- [11] 杨冰, 范江涛, 等. 子宫颈锥切术后全子宫切除时机选择[J]. 现代妇产科进展, 2022, 31(1): 46-49.