

疼痛综合评估与管理在奇神经节射频热凝治疗原发性会阴痛患者的应用效果评价

闫芍药

西安交通大学第一附属医院疼痛科 陕西 西安 710061

摘要：目的：探究在奇神经节射频热凝治疗中将疼痛综合评估与管理应用于原发性会阴痛患者的效果。方法：原发性会阴痛患者入选于2022年3月—2024年3月，均接受奇神经节射频热凝治疗，用随机数字表法将60例入选者划分组别，对照组（30例）施以常规护理干预，基于此，实验组（30例）施以疼痛综合评估与管理，观察和比对照组间干预后VAS评分、心理状态、睡眠质量评分、满意度。结果：实验组治疗后6h（ 3.02 ± 0.71 ）分、12h（ 1.48 ± 0.45 ）分、24hVAS评分（ 0.93 ± 0.64 ）分均比对照组要低（ $P < 0.05$ ）。组间心理状态干预前测定相近（ $P > 0.05$ ），干预后，实验组的SDS、SAS评分均比对照组要低（ $P < 0.05$ ）。干预前组间睡眠质量评分相近（ $P > 0.05$ ），干预后，实验组的日间功能（ 0.65 ± 0.12 ）分、睡眠时间（ 0.68 ± 0.18 ）分、催眠药物（ 0.62 ± 0.15 ）分、睡眠效率（ 0.71 ± 0.22 ）分、睡眠障碍（ 0.52 ± 0.14 ）分、入睡时间评分（ 0.51 ± 0.14 ）分均比对照组要低（ $P < 0.05$ ）。实验组的满意度（96.67%）相较于对照组（76.67%）要高（ $P < 0.05$ ）。结论：在原发性会阴痛患者奇神经节射频热凝治疗中引入疼痛综合评估与管理的效果显著，可减轻患者疼痛感，改善睡眠质量，提升满意度，有推广意义。

关键词：奇神经节射频热凝治疗；疼痛综合评估与管理；原发性会阴痛

会阴痛按照病发原因可分为继发性会阴痛、原发性会阴痛，前者的发生与会阴部手术、感染、盆底肌功能障碍等因素有关，而后者发生原因目前并不明确，是一种无器质性病变的难治性疼痛综合征^[1]。针对原发性会阴痛临床多采取奇神经节射频热凝治疗、药物治疗等措施，其中奇神经节射频热凝治疗通过对奇神经节的疼痛传感通路阻滞，可缓解患者疼痛感^[2]。但多数患者对疾病、治疗相关知识了解较少，再加上疾病造成的疼痛感，使得患者容易产生消极心理，降低依从性，不仅影响其睡眠质量、生活质量，还会对疗效构成影响^[3]。因此，选择高效干预方式辅助治疗，提升患者舒适度十分重要。疼痛综合评估与管理是在疼痛评估基础上了解引发疼痛或影响患者疼痛耐受性的原因，在治疗期间采取全方位干预措施，对治疗辅助与疼痛缓解均有积极影响^[4-5]。对此，本次研究观察并分析了在原发性会阴痛患者奇神经节射频热凝治疗中应用疼痛综合评估与管理的效果，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

原发性会阴痛患者入选于2022年3月—2024年3月，均接受奇神经节射频热凝治疗，用随机数字表法将60例入选者划分组别，对照组（30例）年龄区间在31-70岁，均值（ 50.32 ± 2.57 ）岁。实验组（30例）年龄区间在32-70岁，均值（ 50.74 ± 2.84 ）岁。组间一般信息对比， P

> 0.05 ，有可比性。

纳入标准：①原发性会阴痛已确诊；②符合奇神经节射频热凝治疗适应症；③对信息完全知晓，同意参与本次研究。

排除标准：①合并感染性疾病者；②精神症状特异性突出者；③凝血系统障碍者。

1.2 方法

对照组施以常规护理干预，包括细致说明治疗、疾病相关知识，指导治疗期间注意事项；遵医嘱给药，监测病情变化，指导饮食、运动等方面。

基于此，实验组施以疼痛综合评估与管理，①认知干预：了解患者信息，对其疾病认知水平进行评估，选择合适的语言表达方式，以通俗为主，向患者阐释疾病发生原因、治疗方案等相关知识，在讲解时可以视频、图片等作辅助。并详细说明奇神经节射频热凝治疗原理、流程以及潜在风险等，及时解答患者存在的疑问。②心理干预：治疗前主动与患者沟通，通过耐心引导使其表达自我感受与体验，以此为路径了解其疑虑及疼痛对其负性心理产生的影响，并选择性采取案例展示、注意力转移法、自我心理调节指导等措施，辅助患者缓解负性心理与情绪。在治疗后予以关心、安抚、鼓励，增加与家属的沟通，使其予以患者更多关心。③全程规范化疼痛综合评估与干预管理：治疗前后借助VAS量表行疼痛评估，治疗前对VAS1-3分者

应在每日2PM进行一次评估；评分在4-6分者应在6AM、2PM以及10PM分别进行一次评估；对7-10分者应以Q4h为标准进行一次评估。基于此，了解各阶段患者疼痛程度，针对不同程度可选择性采取干预管理措施，对疼痛感相对较轻者可使用会阴冷敷垫、腹部按摩、音乐疗法等措施辅助患者缓解疼痛，必要时可在上述措施的基础上遵医嘱予以适量镇痛药物，并在用药后行疼痛评估，观察病情变化，预防不良反应。治疗后3d内均应在6AM、2PM以及10PM进行疼痛评估，术后第3d可按照治疗前疼痛综合评估模式进行疼痛评估，并选择性采取干预管理措施，除上述疼痛干预外，还应加强心理、睡眠干预。④睡眠干预：入睡前调整病房内温度、光线与湿度，营造舒适睡眠环境，做好病区清洁、消毒处理，预防感染风险。叮嘱患者入睡前避免过量进食、观看恐怖电影等，指导其泡脚等，促进尽快入睡。

1.3 观察指标

VAS评分：选用VAS量表（正式名称：视觉模拟评分法，全称：Visual Analogue Scale/Score），10分为上限，0-2分定位为无痛，中度疼痛（划分为5-6分），重度疼痛（达到7-8分），剧烈疼痛（达到9-10分），得取值越高提示疼痛程度越高。

心理状态：以抑郁自评量表（SDS量表）作准则，该量表设计1-5分为区间，以53分为阈值中线，>72分落在重度抑郁，63-72分处在中度抑郁，53-62分定位为轻度抑郁。焦虑自评量表（SAS量表），将50分作为中线，1-5分/每项，>69分表达为重度焦虑，统计在60-69分落在中度焦虑，50-59分定位为轻度焦虑。

睡眠质量评分：以PSQI量表（正式名称：匹兹堡睡眠质量指数，全称：Pittsburgh Sleep Quality Index）为准则，对条目评估共计18项，每项划分等级0-3分，上限21分，若

7分以上评定有失眠症，分值越低提示睡眠质量越高。

满意度：选取自拟调查量表，不满意（<60分）；满意（位于60-89分）；≥90分落在完全满意。总满意率=完全满意率+满意率。

1.4 统计学分析

数据计算用spss25.0，计数资料： $n(\%)$ 表示， χ^2 检验，计量资料： $(\bar{x}\pm s)$ 表示， t 检验。于统计学维度描述有差异： $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 VAS评分

实验组各阶段的值均较低， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 VAS评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	<i>n</i>	治疗后6h	治疗后12h	治疗后24h
实验组	30	3.02±0.71	1.48±0.45	0.93±0.64
对照组	30	3.58±0.65	2.51±0.51	1.67±0.55
<i>t</i>	--	3.186	8.295	4.803
<i>P</i>	--	0.002	0.000	0.000

2.2 心理状态

干预前组间数值相近（ $P > 0.05$ ），干预后，对照组的值均较高， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 心理状态对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	<i>n</i>	SDS		SAS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	30	57.59±3.71	27.32±3.05	58.32±2.62	25.52±3.52
对照组	30	57.62±3.84	32.87±3.24	58.36±2.84	35.83±3.37
<i>t</i>	--	0.031	6.832	0.057	11.588
<i>P</i>	--	0.976	0.000	0.955	0.000

2.3 睡眠质量评分

干预前组间数值相近（ $P > 0.05$ ），干预后，实验组的值均较低， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 睡眠质量评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	<i>n</i>	日间功能		睡眠时间		催眠药物	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	30	2.48±0.52	0.65±0.12	2.62±0.42	0.68±0.18	2.55±0.37	0.62±0.15
对照组	30	2.51±0.43	1.28±0.32	2.59±0.48	1.43±0.36	2.57±0.41	1.17±0.26
<i>t</i>	--	0.244	10.097	0.258	10.206	0.198	10.036
<i>P</i>	--	0.809	0.000	0.798	0.000	0.844	0.000
组别	<i>n</i>	睡眠效率		睡眠障碍		入睡时间	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	30	2.55±0.64	0.71±0.22	2.55±0.26	0.52±0.14	2.34±0.37	0.51±0.14
对照组	30	2.58±0.54	1.34±0.37	2.47±0.34	1.27±0.27	2.32±0.39	1.05±0.12
<i>t</i>	--	0.196	8.016	1.024	13.507	0.204	16.040
<i>P</i>	--	0.845	0.000	0.310	0.000	0.839	0.000

2.4 满意度

实验组的值更高, $P < 0.05$, 见表4。

表4 护理满意度对比 n (%)

组别	n	不满意	满意	完全满意	总满意率
实验组	30	1 (3.33%)	10 (33.33%)	19 (65.33%)	96.67%
对照组	30	7 (23.33%)	8 (26.67%)	15 (50.00%)	76.67%
χ^2	--	--	--	--	5.192
P	--	--	--	--	0.023

3 讨论

会阴部与多个器官组织连接, 包括泌尿生殖器官、胃肠道、肌肉骨骼等, 上述部位若存在原发性疾病均会引发会阴部疼痛^[6]。会阴痛的性质具有多样性, 且病理生理机制目前不完全明确, 疾病发作后会出现烧灼痛、刺痛、触痛等症状, 且持续时间较长^[7]。奇神经节射频热凝治疗是一种新型治疗方式, 其借助射频治疗仪对病灶进行加热, 破坏传导痛觉、温觉的纤维, 选择性地阻断传导痛觉的纤维能够起到缓解疼痛的同时使患者局部触觉功能得到保留, 这使得奇神经节射频热凝治疗在疼痛治疗中的应用逐渐广泛^[8]。但多数患者心理弹性水平较差, 且疾病认知水平低, 使得其在治疗中易产生焦虑、抑郁、担忧等负性心理, 不仅会增加治疗风险, 且会降低个体疼痛耐受度, 可能会加强疼痛感, 对疗效构成影响^[9]。常规疼痛干预模式仅执行医嘱, 通过药物镇痛等方式进行干预, 有一定效果, 但缺乏针对性、系统性, 无法消除疼痛影响因素, 且对患者个体感受关注度较低, 使得整体效果欠佳^[10]。因此, 选择高效疼痛管理模式有重要意义。

本次研究结果显示, VAS测定中, 各阶段数据比对实验组的值均较低 ($P < 0.05$)。心理状态、睡眠质量的测定可见, 实验组各项得取值均较低 ($P < 0.05$)。护理满意度评价中, 实验组的值更高 ($P < 0.05$), 由此说明, 疼痛综合评估与管理的应用可辅助减轻患者疼痛感, 对其心态与睡眠质量改善均有积极影响, 利于满意度提升。原因分析为, 疼痛综合评估与管理是在疼痛评估基础上, 针对疼痛发生原因、影响因素等展开有综合性、全面性的管理措施, 如在治疗前加强认知干预, 对信息传输路径、方式进行优化, 提升宣教通俗性, 使患者对疾病、奇神经节射频热凝治疗相关知识有充分了解, 理解会阴痛发生原

因, 以此可提升其认知水平, 避免认知不全产生较大心理压力, 降低疼痛耐受性。结合心理干预, 可辅助缓解患者心态, 消除消极情绪, 对提升其心理舒适度, 提升疼痛承受阈值有积极影响。在治疗期间定时进行疼痛评估, 了解疼痛程度, 基于影响因素采取多样性干预措施, 如会阴冷敷垫、药物镇痛、注意力转移法等能够使患者疼痛得到缓解, 辅助提升疗效。此外, 加强睡眠干预, 营造良好睡眠环境, 不仅可改善患者睡眠质量, 还可进一步提升患者舒适度, 进而提升满意度。

综上, 在原发性会阴痛患者接受奇神经节射频热凝治疗中引入疼痛综合评估与管理可辅助减轻其疼痛感, 利于改善睡眠质量, 提升满意度。

参考文献

- [1]杨睿. 集束化疼痛护理干预理念对妇科腹腔镜手术后非切口疼痛发生率、疼痛程度及护理满意度的影响[J]. 中国医药指南, 2023, 21(15):175-177.
- [2]王娟,吴畏,杨冠,等. 综合疼痛管理策略用于爆发痛患者护理中的效果观察[J]. 重庆医学, 2023, 52(11):1757-1760.
- [3]赵晓丹. 神经外科术后疼痛管理中应用综合性疼痛护理的效果及对生活质量的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(19):3031-3034.
- [4]秦睿彤. 综合护理对会阴无保护分娩产妇产会阴裂伤及护理满意度的影响[J]. 中国医药指南, 2022, 20(10):183-185.
- [5]王雨彤,邱觅真,王志剑,等. 疼痛综合评定管理在加速康复外科中的应用效果[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(03):199-203.
- [6]郭成. 自然分娩后会阴疼痛护理中会阴冷敷垫的应用[J]. 中国社区医师, 2022, 38(01):111-113.
- [7]陈雪华. 保护性睡眠护理对会阴侧切缝合术后患者睡眠质量及疼痛程度的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(25):107-110.
- [8]梁娅. 循证护理对产后会阴疼痛及护理满意度的影响[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2021, 33(02):78-79+94.
- [9]包沙沙. 护理干预对顺产产妇产会阴侧切切口愈合及疼痛程度的影响[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(10):72-73.