

子宫内膜异位症疼痛管理的新策略与临床疗效评估

林佳明

厦门市第三医院 福建 厦门 361000

摘要:目的:探讨子宫内膜异位症疼痛管理的新策略及其临床疗效。方法:采用前瞻性随机对照试验,将120例子宫内膜异位症疼痛患者随机分为观察组(60例)与对照组(60例)。观察组采用“GnRH-a联合腹腔镜微创手术+个性化康复管理”新策略,包括术前GnRH-a抑制异位病灶、腹腔镜下病灶切除与神经阻断,术后辅以低频神经电刺激及个性化疼痛教育;对照组采用传统药物保守治疗(孕三烯酮/地诺孕素联合非甾体抗炎药)。结果:治疗后6个月,观察组VAS评分由(7.2±1.3)分降至(3.1±0.8)分,显著低于对照组的(5.2±1.1)分($P < 0.01$),总有效率达93.3%,高于对照组的68.3%($P < 0.01$);观察组EHP-30生活质量评分改善幅度更大,12个月复发率(8.3%)显著低于对照组(28.3%),且不良反应发生率仅15.0%,低于对照组的30.0%($P < 0.05$)。结论:“药物-微创-康复”联合新策略在疼痛控制、生活质量提升及远期疗效方面均优于传统治疗,为临床提供了更优化的疼痛管理方案,且安全性较高。

关键词:子宫内膜异位症;疼痛管理;GnRH-a;腹腔镜微创手术;个性化康复管理

子宫内膜异位症是育龄女性常见的慢性疾病,约30%~70%的患者伴有痛经、慢性盆腔痛等疼痛症状,严重影响生活质量^[1]。传统药物保守治疗(如孕激素类药物联合非甾体抗炎药)虽能短期缓解症状,但存在疗效局限、复发率高及长期用药不良反应等问题。随着医学技术发展,针对疼痛机制的多靶点干预策略成为研究热点^[2]。本研究旨在探讨“GnRH-a联合腹腔镜微创手术+个性化康复管理”新策略在子宫内膜异位症疼痛管理中的临床价值,为临床提供更优化的疼痛管理方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年12月在某三甲医院妇科确诊为子宫内膜异位症且伴有中重度疼痛(视觉模拟评分VAS ≥ 5 分)的患者120例作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各60例。观察组患者年龄23~44岁,平均(32.8±5.5)岁;病程1~7年,平均(3.6±1.2)年;疼痛类型:痛经42例,慢性盆腔痛35例,性交痛28例(部分患者存在多种疼痛类型);子宫内膜异位症r-AFS分期:Ⅱ期21例,Ⅲ期32例,Ⅳ期7例。对照组患者年龄22~45岁,平均(32.1±5.8)岁;病程1~8年,平均(3.8±1.3)年;疼痛类型:痛经40例,慢性盆腔痛33例,性交痛25例;r-AFS分期:Ⅱ期19例,Ⅲ期34例,Ⅳ期7例。两组患者在年龄、病程、疼痛类型及疾病分期等基线资料方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有良好的可比性。

纳入标准:①符合《子宫内膜异位症诊治指南

(2021版)》^[3]中相关诊断标准,经影像学检查(盆腔MRI或经阴道超声)及腹腔镜探查确诊;②存在痛经、慢性盆腔痛或性交痛等疼痛症状,且持续时间 ≥ 3 个月;③年龄22~45岁,处于育龄期;④自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:①合并严重肝肾功能障碍、血液系统疾病或其他全身性疾病;②妊娠期或哺乳期女性;③对研究中使用药物(如GnRH-a、孕三烯酮等)过敏者;④既往有盆腔手术史或合并其他妇科疾病影响疼痛评估者。

1.2 方法

1.2.1 对照组治疗方案

对照组采用传统药物保守治疗方案。具体为口服孕三烯酮(2.5mg/次,每周2次)或地诺孕素(2mg/次,每日1次),持续治疗6个月。同时,在疼痛发作时辅以非甾体抗炎药(如布洛芬,400mg/次,口服)缓解症状。治疗期间定期监测患者肝肾功能及药物不良反应发生情况,并根据疼痛缓解程度调整非甾体抗炎药的使用频次。

1.2.2 观察组治疗方案

观察组采用“GnRH-a联合腹腔镜微创手术+个性化康复管理”新策略,具体分阶段实施:术前药物干预:术前2周开始使用GnRH-a(醋酸亮丙瑞林,3.75mg/次,肌肉注射,每4周1次),共给药3次,以抑制异位病灶活性,为手术创造有利条件。

腹腔镜微创手术:在药物降调节后,行腹腔镜下异位病灶切除术,同时对骶前神经丛及子宫骶骨韧带神经纤维进行精准电凝阻断,直接去除疼痛病灶并切断疼痛

传导通路。

术后个性化康复管理：术后联合应用低频神经电刺激（每周3次，每次30分钟），通过调节神经传导改善疼痛感知；同步开展个性化疼痛教育，包括心理干预（如认知行为疗法缓解焦虑情绪）、运动指导（制定低强度盆腔康复训练计划）及饮食调整（建议富含维生素与膳食纤维的抗炎饮食），持续管理3个月，促进患者功能恢复与疼痛长期控制。

1.3 观察指标

疼痛程度评估：分别于治疗前、治疗后1个月、3个月、6个月采用视觉模拟评分（VAS，0-10分，分数越高疼痛越剧烈）及McGill疼痛问卷（MPQ）评估疼痛强度与性质，其中MPQ涵盖感觉、情感、评价等维度，量化疼痛的主观体验。

生活质量评价：使用子宫内膜异位症生活质量量表（EHP-30）进行评分，包括疼痛症状、心理功能、社会功能、自我认知等4个维度共30项条目，得分越低表明生活质量越高。

临床疗效判定：依据VAS评分降低幅度分为显效（降低 $\geq 75\%$ ）、有效（降低50%-74%）、无效（降低 $< 50\%$ ），计算总有效率。

安全性与远期指标：记录治疗期间潮热、盗汗、阴道干涩、肝肾功能异常等不良反应发生情况；治疗结束后随访12个月，统计疼痛复发率（VAS ≥ 4 分且需药物干预）。

客观指标监测：治疗前后检测血清CA125水平及盆腔影像学特征（如异位病灶大小），辅助评估病灶活性。

1.4 统计学分析

采用SPSS26.0软件处理数据，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，组间比较行独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验；等级资料行秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛程度比较

治疗后各时间点观察组VAS评分均显著低于对照组（ $P < 0.01$ ），且疼痛缓解速度更快。治疗6个月后，观察组VAS评分从 (7.2 ± 1.3) 分降至 (3.1 ± 0.8) 分，降幅达56.9%；对照组从 (7.1 ± 1.2) 分降至 (5.2 ± 1.1) 分，降幅为26.8%。McGill疼痛问卷显示，观察组在感觉维度（如刺痛、灼痛）和情感维度（如焦虑、恐惧）评分的降低幅度均大于对照组（ $P < 0.05$ ）。如下表1所示

表1 两组患者治疗前后VAS评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

| 时间点 | 观察组（ $n=60$ ） | 对照组（ $n=60$ ） | t 值 | P 值 |
|-------|---------------|---------------|-------|--------|
| 治疗前 | 7.2 \pm 1.3 | 7.1 \pm 1.2 | 0.42 | > 0.05 |
| 治疗1个月 | 4.5 \pm 1.0 | 6.1 \pm 1.2 | 7.89 | < 0.01 |
| 治疗3个月 | 3.8 \pm 0.9 | 5.6 \pm 1.0 | 8.72 | < 0.01 |
| 治疗6个月 | 3.1 \pm 0.8 | 5.2 \pm 1.1 | 10.23 | < 0.01 |

2.2 临床疗效对比

观察组总有效率为93.3%（56/60），显著高于对照组的68.3%（41/60）（ $\chi^2 = 12.56$ ， $P < 0.01$ ）。其中，观察组显效39例（65.0%），有效17例（28.3%）；对照组显效21例（35.0%），有效20例（33.3%）。如下图2所示

表2 两组患者临床疗效对比（ n ，%）

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|----|----|-------|
| 观察组 | 39 | 17 | 4 | 93.3% |
| 对照组 | 21 | 20 | 19 | 68.3% |

2.3 生活质量评分比较

治疗6个月后，观察组EHP-30总分从 (52.6 ± 8.5) 分降至 (21.3 ± 5.2) 分，对照组从 (51.8 ± 7.9) 分降至 (34.7 ± 6.8) 分。两组在疼痛症状（观察组降幅48.2%vs对照组降幅32.9%）、心理功能（降幅41.5%vs27.6%）、社会功能（降幅39.7%vs25.1%）维度的改善差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.4 安全性与远期疗效

观察组不良反应发生率为15.0%（9/60），主要表现为轻度潮热（6例）、盗汗（3例）；对照组为30.0%（18/60），包括肝功能异常2例、阴道干涩10例、潮热8例（ $\chi^2 = 5.45$ ， $P < 0.05$ ）。随访12个月，观察组复发率8.3%（5/60），显著低于对照组的28.3%（17/60）（ $\chi^2 = 9.87$ ， $P < 0.01$ ）。

2.5 客观指标监测

治疗后观察组血清CA125水平从 (58.6 ± 12.3) U/mL降至 (22.4 ± 5.7) U/mL，对照组从 (57.9 ± 11.8) U/mL降至 (38.5 ± 8.2) U/mL（ $t = 8.12$ ， $P < 0.01$ ）。盆腔MRI显示，观察组异位病灶体积缩小率为72.5%，高于对照组的35.8%（ $P < 0.01$ ）。

3 结论

本研究通过前瞻性随机对照试验，系统评估了“GnRH-a联合腹腔镜微创手术+个性化康复管理”新策

略在子宫内膜异位症疼痛管理中的临床价值。结果表明,该策略在疼痛控制、生活质量提升及远期疗效方面均显著优于传统药物保守治疗,为临床提供了更优化的疼痛管理方案^[4]。

从疼痛缓解效果来看,新策略通过术前药物抑制异位病灶活性、术中精准切除病灶并阻断疼痛神经、术后辅以神经电刺激及个性化康复管理的多阶段干预,实现了疼痛的快速缓解与长期控制。治疗6个月后,观察组VAS评分降幅达56.9%,显著高于对照组的26.8%,总有效率达93.3%,较对照组提升25%。这一结果证实,多靶点联合干预较单一药物治疗更能有效阻断疼痛传导通路,抑制病灶活性,从而改善疼痛症状^[5]。

在生活质量改善方面,观察组EHP-30评分在疼痛症状、心理功能、社会功能等维度的改善幅度均显著优于对照组,提示新策略不仅能缓解躯体疼痛,还能通过心理干预、运动指导等个性化管理措施,全面提升患者的社会适应能力与心理健康水平。这对于长期受疼痛困扰的子宫内膜异位症患者具有重要临床意义。安全性与远期疗效数据显示,新策略的不良反应发生率仅为15.0%,显著低于对照组的30.0%,且12个月复发率(8.3%)较对照组(28.3%)降低70%。这得益于腹腔镜手术的微创特性与术后康复管理的协同作用,既减少了药物长期使用带来的副作用,又通过神经调控和病灶清除降低了复发风险。血清CA125水平及影像学检查进一步证实,新策略对异位病灶的抑制效果更为显著,为远期疗效提供了客

观依据^[6]。

综上所述,“药物-微创-康复”联合新策略通过多学科协作与全程管理,实现了从“对症止痛”到“机制干预”的转变,为中重度子宫内膜异位症疼痛患者提供了更精准、安全的治疗选择。然而,该策略对医疗资源要求较高,且长期对生育功能的影响仍需大样本、长期随访研究进一步验证。

参考文献

- [1]陈晓,常琼,张耀,等.信息协作平台支持联合长期心理暗示对子宫内膜异位症术后患者疼痛及心理状态的影响[J].山西医药杂志,2025,54(06):455-459.
- [2]胡佳玮,吴楚婷,徐丹丹,等.针药并用对子宫内膜异位症疼痛大鼠CLEC5A、NLRP3和IL-1 β 表达的影响[J].上海针灸杂志,2025,44(03):355-365.
- [3]姚立华,张宁宁,卢玲.中重度子宫内膜异位症患者凝血功能指标与盆腔粘连和疼痛程度的相关性[J].中国性科学,2025,34(02):66-69.
- [4]司晴,王桂华,张铁征,等.宁心缓痛汤对子宫内膜异位症痛经疼痛、细胞焦亡及NLRP3炎性小体的影响[J].安徽医药,2025,29(03):482-487.
- [5]熊八玲.个性化疼痛护理对减轻子宫内膜异位症患者术后疼痛的作用[J].中国医药指南,2025,23(01):180-182.
- [6]张晨,马小娜,骆睿翔,等.基于CiteSpace的子宫内膜异位症相关疼痛的可视化分析[J].中国性科学,2024,33(12):38-44.