

保障了母婴健康,取得了良好的妊娠结局。

综上所述,拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠期高血压,治疗效果显著且安全性高,值得临床工作借鉴。

参考文献

- [1] 王琪,李平,张卫社. 妊娠期高血压疾病的管理进展[J]. 实用妇产科杂志,2023,39(10):756-759.
- [2] 徐晖,洗妮,甘昌鑫,等. 硫酸镁治疗妊娠期高血压综合征患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2023,39(20):2900-2904.
- [3] 郭丹. 拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠期高血压的临床观察[J]. 中国医药指南,2020,18(10):109-110.
- [4] 黎娜,程文立. 妊娠期高血压疾病的降压启动时机——早期干预降低临床风险[J]. 中国全科医学,2022,25(30):3733

-3738.

- [5] 张琳,高红,刘瑞霞,等. 妊娠期高血压疾病与母子心血管风险的研究进展[J]. 中国医刊,2023,58(10):1048-1052.
- [6] 时东峰,张洪光. 拉贝洛尔联合硫酸镁在妊高症治疗中的临床价值及对妊娠结局的影响[J]. 中外女性健康研究,2023(23):103-105.
- [7] 周晓娟. 硫酸镁、硝苯地平联合拉贝洛尔对妊高症的治疗效果分析[J]. 系统医学,2021,6(5):124-126.
- [8] 罗昊辉,邓丽芸,罗雅文,等. 拉贝洛尔联合硝苯地平治疗妊娠期高血压疗效及对凝血功能影响[J]. 中国计划生育学杂志,2023,31(4):808-812.

收稿日期:2024-05-08

责任编辑:雷长国

子宫肌瘤患者子宫切除术后慢性疼痛现状及危险因素研究

桑慧歌,樊毅婷,程媛

(平顶山市第二人民医院,河南 平顶山 467000)

【摘要】目的: 研究分析子宫肌瘤患者子宫切除术后慢性疼痛(CPHP)现状及危险因素。**方法:** 选取实施子宫切除术治疗的60例子宫肌瘤患者,回顾性分析其临床诊疗资料;患者按照数字疼痛量表(NRS)评分均分为对照组(非CPHP, $n=40$ 例)、观察组(CPHP, $n=20$ 例);分析CPHP危险因素。**结果:** 观察组合并子宫腺肌病率、术前疼痛评分、术后急性感染率均明显高于对照组,组间比较具统计学意义($P<0.05$);多因素Logistic回顾性结果表明:合并子宫腺肌病、术前疼痛评分、术后急性感染均是导致子宫肌瘤患者子宫切除术后发生CPHP的危险因素,差异具备统计学意义($P<0.05$)。**结论:** 术后CPHP通常是由于子宫腺肌病、术前疼痛评分、术后急性感染等危险因素所导致,在临床治疗中需系统化评估子宫肌瘤患者术后有无存在上述危险因素,及时干预,以期降低CPHP发生概率。

【关键词】 子宫肌瘤; 子宫切除术; 慢性疼痛; 危险因素

【中图分类号】 R737.33 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-4983(2025)02-0172-04

Current Status and Risk Factors of Chronic Pain after Hysterectomy in Patients with Uterine Fibroids

SANG Hui-ge, FAN Yi-ting, CHENG Yuan

(Pingdingshan Second People's Hospital, Pingdingshan, Henan 467000, China)

【Abstract】Objective: To investigate the current status and analyze the risk factors of chronic post-hysterectomy pain (CPHP) in patients with uterine fibroids. **Methods:** A total of 60 patients with uterine fibroids who underwent hysterectomy were selected, and their clinical data were retrospectively analyzed. According to the Numeric Rating Scale (NRS) scores, the patients were divided into a control group (non-CPHP, $n=40$) and an observation group (CPHP, $n=20$). The risk factors for CPHP were analyzed. **Results:** The rates of coexisting adenomyosis, preoperative pain scores, and postoperative acute infection in the observation group were significantly higher than those in the control group, and the differences between groups were statistically significant ($P<0.05$). Multivariate logistic regression analysis showed that coexisting adenomyosis, higher preoperative pain scores, and postoperative acute infection were independent risk factors for developing CPHP after

作者简介: 桑慧歌(1990-),女,主治医师,主要从事妇产科疾病的诊治工作及研究。

hysterectomy in patients with uterine fibroids ($P < 0.05$). **Conclusion:** Chronic pain after hysterectomy in patients with uterine fibroids is commonly associated with factors such as coexisting adenomyosis, high preoperative pain levels, and postoperative acute infection. It is important for clinicians to systematically assess these risk factors postoperatively and provide timely interventions to reduce the incidence of CPHP.

【Key words】 Uterine fibroids; Hysterectomy; Chronic pain; Risk factors

子宫切除术被广泛运用于子宫肌瘤等疾病临床治疗中,而术后慢性疼痛(chronic post-hysterectomy pain, CPHP)是临床发生率较高的术后并发症,发生率大约为5%~32%,其中严重疼痛者大约占2.2%;可能和疾病类型、手术治疗方式、疼痛感标准设置等因素存在密切关系^[1-2]。临床实践表示,CPHP主要指的是继发或者因为手术引发的、维持时间 ≥ 3 个月的疼痛,长时间伴疼痛感严重需实施二次手术治疗,加重医疗负担和患者家庭经济压力,不利于提高其术后生活质量^[3]。鉴于此,本文通过研究分析子宫肌瘤患者子宫切除术后CPHP现状及危险因素,以期临床提供一定借鉴,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料 选取本院2020年7月至2023年10月收治的子宫肌瘤患者($n=60$ 例),回顾性分析其临床诊疗资料。(1)纳入标准:①经临床症状表现、实验室检查、手术病理学等综合确诊为子宫肌瘤,且满足临床诊断要求;②均支持实施子宫切除术治疗,无手术禁忌证/过敏反应;③临床诊疗资料完整;④年龄 ≥ 18 岁;⑤美国麻醉等级评估(American Society of Anesthesiology, ASA)为I~II级;⑥对研究表示知情,自愿参与并签署同意书。(2)排除标准:①由恶性肿瘤/盆底功能障碍性疾病/子宫腺肌病等相关疾病采取子宫切除术治疗;②存在既往病史,如慢性疼痛/精神类疾病;③存在不良习惯,即酗酒过度/乱用药物;④手术治疗中出现不良症状,如低血容量、休克;⑤因个人原因自愿退出/失联/断联;⑥特殊女性患者,即妊娠/哺乳。

1.2 方法 (1)收集资料:收集、整理60例子宫肌瘤患者一般资料、手术指标、术后并发症发生情况。①一般资料:主要包含年龄、体重指数(Body mass index, BMI)、有无合并基础疾病(高血压、糖尿病、无)、是否存在手术既往史等内容;②手术指标:其中主要涉及术手术治疗方式、手术操作实践等相关内容。其中术前疼痛评分采取视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)

评估,分数0~10分,分数增加,疼痛感更加强烈。0分,无疼痛感;1~3分,轻度疼痛;4~7分,中度疼痛;8~10分,重度疼痛。③术后并发症:主要包括恶心/呕吐、呼吸抑制、急性感染等情况。(2)CPHP:①剔除因为合并恶性肿瘤疾病、感染等诸多原因所产生的慢性疼痛;子宫切除术治疗后疼痛持续时间 ≥ 90 d;②分组:由同一组医师采取疼痛量表(brief pain inventory, BPI)判断其手术后疼痛感实际情况,其中疼痛感严重程度运用NRS进行评估,评分范围在0~10分,分数增加,疼痛感更加强烈。0分,无任何疼痛感;1~3分,轻度疼痛;4~6分,中度疼痛;7~10分,重度疼痛;分数越高,疼痛感更加强烈。结合NRS评分分为对照组(非CPHP, $n=40$ 例)、观察组(CPHP, $n=20$ 例)。

1.3 评判标准 研究分析对照组、观察组两组CPHP单因素,其中主要涉及年龄、BMI、基础性疾病(高血压/糖尿病/无)、腹部手术既往治疗史、职业情况等诸多因素。若单因素分析结果 $P < 0.05$ 的变量,则进行Logistic回归性分析

1.4 统计学方法 采用统计学软件SPSS27.0对数据进行分析。计量资料($\bar{x} \pm s$)组间采取独立样本 t 验证、组内采取配对样本 t 验证;计数资料[$n(\%)$]采用卡方检验。其中单因素(组间比较存在统计学差异)采取Logistic多因素回归性分析方式。 $P < 0.05$,比较具备统计学差异。

2 结果

2.1 CPHP单因素分析 表1结果表明,观察组合并子宫腺肌病率、术前疼痛评分、术后急性感染率均明显高于对照组,组间比较差异具备统计学意义($P < 0.05$)。但是两组在年龄、BMI、合并基础性疾病、腹部手术既往史、附件切除、职业状态、婚姻状态、方面方式、妊娠次数、手术方式、手术时间、术中出血量、术后恶心/呕吐、术后呼吸抑制比较差异,不具备统计学意义($P > 0.05$)。

表1 CPHP单因素分析 [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

单因素	对照组 ($n=40$)	观察组 ($n=20$)	t/χ^2	P	
年龄(岁)	49.22 \pm 3.09	49.71 \pm 2.45	0.618	0.539	
BMI/kg/m ²	24.92 \pm 1.79	25.16 \pm 1.65	0.502	0.618	
合并基础性疾病	高血压	6 (15.00)	3 (15.00)	0.000	1.000
	糖尿病	4 (10.00)	2 (10.00)		
	无	30 (75.00)	15 (75.00)		
腹部手术既往史	有	13 (32.50)	10 (50.00)	1.727	0.189
	无	27 (67.50)	10 (50.00)		
附件切除	11 (27.50)	3 (15.00)	1.165	0.281	

续表1

单因素		对照组 (n=40)	观察组 (n=20)	t/χ^2	P
职业状态	在职	23 (57.50)	13 (85.00)	0.313	0.576
	无业	8 (20.00)	5 (25.00)		
	离职/退休	9 (22.50)	2 (10.00)		
婚姻状态	已婚	39 (97.50)	18 (90.00)	1.579	0.209
	未婚	1 (2.50)	2 (10.00)		
分娩方式	剖宫产	11 (27.50)	6 (30.00)	0.041	0.839
	阴道	29 (72.50)	14 (70.00)		
妊娠次数/次		2.75 ± 0.46	2.83 ± 0.42	0.653	0.516
合并子宫腺肌病	有	2 (5.00)	5 (25.00)	5.175	0.023
	无	38 (95.00)	15 (75.00)		
手术方式	腹腔镜	36 (90.00)	16 (80.00)	1.154	0.283
	开腹	4 (10.00)	4 (20.00)		
手术时间/min		135.29 ± 31.85	138.26 ± 26.75	0.358	0.722
术前疼痛评分/分		2.65 ± 0.43	4.13 ± 0.92	8.528	0.000
术中出血量/ml		121.58 ± 18.95	123.93 ± 16.71	0.470	0.640
术后恶心/呕吐	有	19 (47.50)	9 (45.00)	0.034	0.855
	无	21 (52.50)	11 (55.00)		
术后呼吸抑制	有	4 (10.00)	3 (15.00)	0.324	0.570
	无	36 (90.00)	17 (85.00)		
术后急性感染	有	8 (20.00)	12 (60.00)	9.600	0.002
	无	32 (80.00)	8 (40.00)		

2.2 CPHP 多因素 Logistic 回顾性分析 表2 多因素 Logistic 回顾性结果表明：合并子宫腺肌病、术前疼痛评分、

术后急性感染均是导致子宫肌瘤患者子宫切除术后发生 CPHP 的危险因素，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表2 CPHP 多因素 Logistic 回顾性分析

因素	β 值	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95% CI
合并子宫腺肌病	0.851	8.348	0.026	2.226	1.379 ~ 3.639
术前疼痛评分	1.130	5.296	0.024	2.811	1.265 ~ 6.899
术后急性感染	1.162	5.265	0.009	2.972	1.266 ~ 7.103

3 讨论

CPHP 是子宫切除术治疗发生率较高的术后并发症之一，其带来的疼痛感相对较轻，大多数患者 NRS 评分一般低于3分，只有大约6.9%的患者 NRS 评分 ≥ 7 分，为重度疼痛；同时疼痛严重程度会随着时间增加而呈下降趋势^[4-5]。临床实践表示，子宫内膜异位症、身体组织粘连、子宫瘢痕产生均会导致附近组织发生变形情况，压迫局部神经或者存在神经瘤均是导致 CPHP 产生的影响因素^[6]。国际疼痛研究协会表示，CPHP 是指手术后疼痛维持时间 ≥ 3 个月，但部分指南将 CPHP 定义为术后疼痛维持时间 ≥ 6 个月，此种现象会导致 CPHP 发生率存在一定差异^[7-8]。

现阶段临床对于子宫肌瘤患者在接受手术（子宫切除术）治疗后出现 CPHP 的原因、机制不太清楚、未进一步明确，大多数临床实践研究表示：CPHP 通常和人体神经组织受到压迫、组织间相互粘连、等一系列影响因素存在密切联系^[9-10]。本研究通过采取回顾性分析方法、统计学软件分析法、多因素 Logistic 回顾性结果表示：合并子宫腺肌病、术前疼痛评分、术后急性感染均是导致子宫肌瘤患者子宫切除术后发生 CPHP 的危险因素，差异

具备统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可知，如果子宫肌瘤患者围手术期间存在子宫腺肌病、疼痛感难以耐热、急性感染等情况，均会加大其术后 CPHP 发生可能性。其中同时存在子宫腺肌病者发生炎症反应（如盆腔炎症反应等）的风险性比较高，是因为炎症因子会对人体中枢神经组织的疼痛造成不良影响，造成神经末梢受体的兴奋度成显著增长趋势，导致疼痛阈值随之增加，难以耐受，甚至还会诱发痛觉过敏现象，提升术后 CPHP 发生率^[11-12]。术前存在强烈的疼痛感会诱发中枢系统致敏化的产生，手术操作会导致身体受到一定损伤，进而加剧局部身体组织、神经元的创伤炎症反应程度，提升中枢神经元的兴奋性，最终造成患者难以忍受伤害性刺激反应。此种情况还可能造成患者对手术方式产生强烈的恐惧感、害怕感，使其产生抑郁、烦躁等一系列消极心理情绪，使得术后疼痛感更加强烈，增加术后切口疼痛维持时间^[13-14]。临床实践表示，负性心理情绪严重情况会提升患者对疼痛感的灵敏性；此种情况可能和人体脊髓神经节或者背根神经节的阿片类受体指标水平减少有较为密切的关联性，导致内源性阿片类受体对刺激反应（伤害性）的阻碍、抑制效果不理想^[15]。急性感染也属