



奇神经节毁损治疗老年萎缩性阴道炎引起的 会阴痛 1 例

权虎城¹ 张广建² 李仁淑² 张 平² 金文哲^{2△}(¹ 磐石市人民医院疼痛科, 磐石 132300; ² 延边大学附属医院疼痛科, 延吉 133000)

萎缩性阴道炎 (atrophic vaginitis) 是一种因绝经后雌激素水平降低引起, 以阴部烧灼样疼痛、干涩、瘙痒、性交困难、尿路感染为主要表现的疾病。目前大部分绝经期女性因受到传统观念、认识不足以及其部位的隐私性等因素, 往往无法得到及时治疗; 与此同时医疗人员也对该疾病有着较低的重视度^[1]。国内外对于该疾病的主要治疗方法为雌激素疗法, 即全身应用或局部应用雌激素以补充因绝经下降的雌激素水平^[2-4]。但目前临床应用雌激素疗法存在起效慢、子宫内膜癌变风险、依从性差等局限性^[5]。因此针对该疾病有必要探索一种新的治疗方法。我科 2019 年收治 1 例以“会阴部烧灼样、坠胀样疼痛 16 年”为主诉的病人, 入院后经分析考虑为由萎缩性阴道炎引起的自主神经相关慢性自发性会阴部疼痛, 给予奇神经节毁损治疗后得到良好疗效。本病例诊治过程中利用专科介入技术手段缓解其疼痛症状, 同时也为探索萎缩性阴道炎的一种新的治疗手段提供了一个有效方法, 具体报道如下。

方 法

1. 一般资料

病人, 女, 63 岁, 汉族, 退休城镇职工。因“会阴部烧灼样、坠胀样疼痛 16 年”为主诉来疼痛科就诊。病人于 16 年前开始出现阴道持续性烧灼样、坠胀样疼痛, 春季、冬季以及情绪波动大时疼痛明显加重, 睡眠差。病程期间阴道无异常出血, 分泌物无明显异常, 无不洁性生活史, 无低热, 无进行性消瘦, 偶有尿频, 经常便秘。16 年来多次就诊于多家医院妇产科得出“无器质性病变”等结论, 期间自行口服包括氨酚羟考酮、曲马多等多种镇痛药物效果不佳, 随后就诊于心理科诊断为“抑郁状态”, 并开始口服抗抑郁类药物后疼痛有所缓解,

但仍影响日常生活, 故就诊于疼痛科。病人闭经年龄 47 岁。

查体: 颅神经正常, 步态正常, 全身皮肤未见明显皮损; 其他部位感觉无异常、肌力、肌张力正常, 生理反射存在, 无病理反射; 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 得分 60 分; ID Pain 自评量表 (pain ID self rating scale, 用于初步筛选神经病理性疼痛) 1 分; 数字评分法 (numerical rating scale, NRS) 评分 4 分。妇科检查见阴道萎缩性改变, 阴道粘膜充血, 无明显溃疡, 宫颈光滑无异常。

入院后检查阴道分泌物常规阴性, 经阴道三维彩超子宫及双附件未见占位病变, 骶椎、盆腔 MRI 未见著变, 尿常规未见异常; 自主神经功能检查提示自主神经系统功能衰退, 疲劳程度较高; 其他入院常规以及肿瘤标记物、出凝血时间测定等均正常。

2. 诊疗过程

(1) 临床诊断: ①萎缩性阴道炎; ②慢性自发性会阴部疼痛。

(2) 病例分析: 以临床疼痛诊疗角度初步分析, 病人老年女性, 慢性发病, 疼痛部位主要在会阴部, 且无提示器质性病变的线索, 故首先符合疼痛专科的“慢性自发性会阴部疼痛 (chronic idiopathic perineal pain)”诊断。随后根据病人疼痛特点进一步鉴别二级方向性^[6]诊断: ①脊神经相关会阴部疼痛: 多有明确的神经痛症状伴神经功能缺损体征, 如痛觉超敏等, 与该病人不符; ②肿瘤相关会阴部疼痛: 病人疼痛特点虽然为持续性、自发性, 但无肿瘤病史, 无进行性消瘦, 无盆腔脏器功能障碍以及异常影像学表现, 给予排除; ③炎症相关会阴部疼痛: 病人无炎症反应病史, 局部无肿胀, 分泌物以及实验室指标阴性, 因此排除; ④盆底肌功能异常相关会阴部疼痛: 病人排尿时无疼痛, 病程期间未性生活史, 故疼痛与盆底肌肉收缩舒张无关, 故给予排除; ⑤会阴部躯体化疼痛障碍: 其主要特点为, 主

△ 通讯作者 jinwz@ybu.edu.cn



观症状多、客观体征少，与情绪明显相关，且疼痛一般与意识状态相关，一般疼痛不影响睡眠。该病人疼痛部位以及疼痛性质描述比较明确，疼痛明显影响睡眠，故不考虑该疾病；⑥自主神经相关会阴部疼痛：常常无明确的体表定位体征，主要以烧灼痛、坠胀痛为主伴自主神经过度活跃症状（尿频、大便次数增加、便秘等）。首先该病人疼痛性质完全符合，并且部位位于阴道内部，不属体表，因此无明确体表定位，同时诉存在便秘。故该病人符合此方向性诊断；⑦病人 SDS 评分得分为 60 分，属于轻度抑郁状态范畴，同时符合慢性疼痛性疾病的常见心理状态。另外为解释该病人会阴部疼痛的发病原因，根据病人发病时间正好与闭经时间相符（即闭经后发病）的线索，补充必要妇科检查以排除妇科相关器质性病变，诊断为萎缩性阴道炎。

综上所述，该病人是以闭经后雌激素水平下降引起的萎缩性阴道炎作为原发病，因无法得到及时干预，长期慢性发展为自主神经相关的慢性自发性会阴部疼痛伴随抑郁状态。

3. 治疗方法

对于原发病的治疗可选择雌激素治疗，其中外用雌激素为最佳，但我院以及当地药店无法购得雌激素外用剂型，而且病人本人同时也顾虑外用雌激素带来的可能的风险，故把治疗重点放在病人疼痛部位以及其相关的自主神经——奇神经节，在 CT 引导下穿刺并局部麻醉药实验有效后对其进行射频热凝毁损术。病人取俯卧位，CT 引导下定位骶尾关节，奇神经节位于骶尾关节前方^[7]，利用 CT 图像系统设计进针路线，随后利用射频针侧入路法按计划缓慢进针同时多次扫描 CT 确定针尖位置，针尖达到上述满意位置后拔出针芯，回抽无血无脑脊液。注入造影剂 1 ml，再次扫描发现造影剂未向肠管与血管扩散。注射 1% 利多卡因 1 ml 以进行局部麻醉药实验，病人诉阴部烧灼样及坠胀样痛消失，局麻药实验有效。随后行 80℃ 射频热凝共 90 s，并注射亚甲蓝 10 mg/2 ml，拔出穿刺针，术程顺利，嘱病人术后仰卧 4 小时。

结 果

术后住院观察 3 日，期间病人情绪良好，诉会阴部烧灼样疼痛完全消失，坠胀样疼痛尚存，但疼痛程度较前明显减轻，从持续性疼痛转变为间歇性疼痛（每日 1~3 次，每次 3~5 分钟），并且疼痛程度、发作次数及持续时间逐日减少并且不影响日

常生活，睡眠明显改善，无痛醒现象，二便未见明显改变，未诉其他不适。查体 ID Pain 自评量表 0 分，NRS 1 分，穿刺点无感染征，其余查体同入院时。

病人本次住院治疗效果显著，未见治疗相关并发症，术后第 4 日给予办理出院手续。并于出院后 1、3、6 个月进行电话随访结果，病人自诉烧灼样疼痛未发作，坠胀样疼痛程度及频率、持续时间进一步降低（每周 1 次，每次 1 分钟），心理状态明显改善，排便及排尿状况未见明显变化。

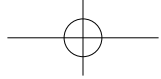
讨 论

萎缩性阴道炎 (atrophic vaginitis) 作为绝经相关疾病的生殖道症状，目前归属于妇产科诊疗范畴。在妇产科的诊疗过程中针对该疾病的病因，绝经激素治疗 (menopause hormone therapy, MHT) 是目前最有效的治疗手段^[3]。目前主要采用雌激素软膏等经阴道低剂量雌激素给药方法以降低子宫内膜方面风险。在风险方面虽然 Crandall 等^[8]研究得到局部应用雌激素不会增加子宫内膜癌变风险的结论，但目前仍然存在争议。雌激素疗法大部分病人需要 8~12 周以得到较好的疗效^[1]。故该治疗方法存在需定期复查子宫内膜状况，起效慢，需要长期用药维持等明显降低病人依从性的缺点。在治疗费用方面，随着激素治疗的疗程逐渐增加，累计的治疗费用与神经毁损治疗相比经济优势明显减弱。

目前对于萎缩性阴道炎引起会阴痛的原因除了老年神经退行性缺血改变等学说之外，也有研究得出雌激素直接影响阴道内部自主神经支配密度的结论。Griebing 等^[9]选入 20 名绝经后妇女并分为三组（口服雌激素、局部应用雌激素、未使用雌激素）后进行阴道活检、免疫染色后通过神经细胞标记的方法测量神经支配密度；研究发现使用雌激素可明显降低阴道黏膜的交感神经支配密度。同时该文献讨论了妊娠期升高的雌激素可直接作用于阴道内部神经，降低神经支配密度以迎接分娩时的剧痛的可能性。樊碧发^[10]认为阻滞或毁损交感神经不仅通过阻断疼痛传导通路，起到止痛作用外还能促进血液循环、促进脏器功能的恢复。

女性阴唇、阴道前庭、阴阜等外阴感觉主要由阴部神经、髂腹股沟神经、生殖股神经支配，而阴道内部主要由交感神经支配^[11]。其中奇神经节作为传递盆腔感觉信息的第一个交感神经节，有文献记载它支配阴道内部的外 1/3 部分^[11]。

通过阻滞或毁损治疗奇神经节治疗会阴部疼痛



综合征的案例自 1900 年第一次发表以来, 目前该项技术在 CT 等影像学技术的交叉应用下已发展为安全、成熟的治疗技术^[12,13]。此例病人只对奇神经节做出毁损治疗, 但得到了明显的疼痛缓解效果, 支持上述理论研究。

在临床疼痛诊疗过程中, 由各种原因导致的会阴痛并不罕见, 但以往的诊疗思维是根据会阴部疼痛的症状去分析“责任神经”并对其进行神经阻滞、毁损等, 较少进一步分析病因。同时对病人的辗转就医经验的描述分析后发现, 目前许多医疗工作者把无法明确解释的疼痛简单归咎于病人的心理异常状态。应该坚持先充分查明躯体原因后再尽力关注心理疾病因素, 不应该本末倒置而漏诊。该病例管理的优点在于明确疼痛专科诊断的基础上经过妇产科会诊后补充并解释了出现该疼痛的病因。该病例做到治疗病人疼痛同时也减轻了病人的心理负担。

此病例的局限性在于, 本例萎缩性阴道炎病人的症状单一, 无法对比观察奇神经节毁损能否改善其他症状, 如阴道干涩、性交困难、阴道炎、尿路症状等。与此同时该治疗是否影响女性的性快感等情况暂无研究。故暂不推荐对相对年轻的绝经期女性病人使用该技术。但是对于与本例相似, 主要以缓解疼痛为目的, 同时对雌激素应用存在一定风险和顾虑的情况下, 疼痛专科治疗也许是一种较好的选择。

参 考 文 献

- [1] Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Genitourinary syndrome of menopause: management strategies for the clinician[J]. Mayo ClinProc, 2017, 92(12):1842-1849.
- [2] Fait T. Menopause hormone therapy: Latest developments and clinical practice[J]. Drugs Context, 2019, 8: 212551.
- [3] 陈蓉. 近 3 年国内外绝经激素治疗相关指南简介及比较 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2016, 32(1): 61-64.
- [4] 龙浩, 艾龙, 李志鹏, 等. 药物联合治疗绝经后骨质疏松性腰背痛的临床研究 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2019, 25(12):949-951.
- [5] Pinkerton JV, Kaunitz AM, Manson JE. Vaginal estrogen in the treatment of genitourinary syndrome of menopause and risk of endometrial cancer: an assessment of recent studies provides reassurance[J]. Menopause, 2017, 24(12): 1329-1332.
- [6] 路桂军. 会阴部疼痛诊断与治疗思路 [J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(9):635-637.
- [7] 廖立青, 贺善礼, 李义凯, 等. 奇神经节的临床解剖学观测及临床意义 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(11):868-870.
- [8] Crandall CJ, Hovey KM, Andrews CA, *et al.* Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the women's health initiative observational study[J]. Menopause, 2018, 25(1):11-20.
- [9] Griebeling TL, Liao Z, Smith PG. Systemic and topical hormone therapies reduce vaginal innervation density in postmenopausal women[J]. Menopause, 2012, 19(6): 630-635.
- [10] 樊碧发. 交感神经阻滞的临床应用原则 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2004, 10(1):4-9.
- [11] Nagpal AS, Moody EL. Interventional management for pelvic pain[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2017, 28(3): 621-646.
- [12] 薛青峡, 李武强, 宋宏博, 等. 经脱位的尾骨 1/2 间隙行奇神经节穿刺阻滞治疗会阴痛 1 例 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(12):958-960.
- [13] 宫小文, 吴大胜, 刘娜, 等. 阴部神经联合奇神经节脉冲射频治疗会阴部神经痛 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(3):191-192.

《中国疼痛医学杂志》编辑部, 北京海淀区学院路 38 号, 北京大学医学部, 100191

电 话: 010-82801712; 010-82801705

邮 箱: pain1712@126.com

投稿请登录: <http://casp.ijournals.cn> 在线投稿

QQ 群: 222950859 微信公众平台微信号: pain1712

