

摘要建议

PROSPECT 工作组的建议，系根据研究的证据级别，按照牛津循证医学中心的要求，进行 A-D 级评定（[CEBM 网站访问于 2003 年 12 月，Sackett, 2000 年](#)）。PROSPECT 的内容中，基于特定手术相关证据的建议是 A 级（随机临床试验），基于可借鉴证据的建议是 B 级（随机临床试验）或 C 级（回顾性研究或病例系列），基于临床实践的建议是 D 级。（[点击此处获取有关证据级别和建议等级的更多信息](#)）。PROSPECT 根据已发表的证据和专家意见，为临床医生提供赞成和反对使用各种术后疼痛干预措施的支持性论据。临床医生必须根据临床情况和当地法规做出判断。任何时候都必须参考所提及药物的当地处方信息。对以下经腹子宫切除术后术后疼痛的处理进行了以下术前、术中和术后干预评估：

建议用于术前：

- 单剂量腰麻加上强效阿片类药物，用于麻醉（D 级）和术后镇痛目的（A 级），但必须针对手术的侵入性风险对其益处进行权衡
- 认知干预（A 级）

不建议：

- 全身镇痛药（如静脉注射 COX-2 抑制剂、常规非甾体抗炎药、强效阿片类药物），除非为了确保患者醒来时有足够的镇痛作用（例如口服 COX-2 抑制剂）（A 级）
- 可乐定、NMDA 受体拮抗剂和苯二氮卓类药物（A 级）
- 将单剂量硬膜外给药用于术后镇痛（A 级）
- 在拟议的切口部位（A 级）事先用局部麻醉剂皮肤浸润（但建议进行术中伤口浸润，见下文）
- 顺势山金车疗法和自我放松技术（A 级）

建议用于术中：

- 对于低风险患者，全身麻醉或单剂量麻醉（有或无轻度全身麻醉）（D 级）
- 对于高危患者，硬膜外麻醉联合轻度全身麻醉或腰硬联合麻醉（A 级）
- 在足够的时间内给予强效阿片类药物，以确保患者醒来时足够的镇痛（A 级）
- 缝合前伤口浸润（A 级）
- 在手术要求允许的情况下，采用腹腔镜辅助经阴道全子宫切除术（LAVH）或阴式子宫切除术（VH），而不是经腹子宫切除术——（基于技术可行性、患者对子宫切除术的适应症和危险因素）（A 级）
- 在手术要求允许的情况下，采用 Pfannenstiel 切口——（基于技术可行性、患者对子宫切除术的适应症和危险因素）（B 级）
- 使用电刀（B 级）
- 对于高危患者，采用主动保温技术（A 级）
- 术中音乐（A 级）

不建议：

- 将单剂量硬膜外给药用于术后镇痛（A 级）

- 腺苷、NMDA 受体拮抗剂、苯二氮卓类或色氨酸（均为 A 级）
- 腹腔内镇痛药（A 级）
- 不缝合腹膜、湿膜敷料（A 级）或手术引流（D 级）
- 提示性治疗或电针（均为 A 级）

建议用于术后：

- **COX-2 选择性抑制剂或常规非甾体抗炎药与强效阿片类药物联合用于高强度疼痛（VAS = 50），或弱效阿片类药物用于中度（VAS<50>30）或低强度疼痛（VAS = 30）（A 级）**
- **强效阿片类药物，通过患者自控静脉镇痛或通过固定静脉剂量调节至疼痛强度（A 级）**
- **对中度（VAS> 30 <50）或低强度（VAS = 30）疼痛使用对乙酰氨基酚，与 COX-2 抑制剂或常规非甾体抗炎药联合使用（A 级）**
- **为高危患者使用硬膜外镇痛（A 级和 D 级）**

不建议：

- 将硬膜外镇痛常规用于低风险患者（D 级）
- 重复使用腰麻推注镇痛药（D 级）
- 使用硬膜外镇痛剂的同时给予 COX-2 选择性抑制剂或常规非甾体抗炎药（B 级）
- 在 PCA 推注给药期间持续输注强效阿片类药物（D 级）
- 通过肌肉注射给予强效阿片类药物（D 级）
- 鼻内、缓释口服和透皮贴剂给予强效阿片类药物（D 级）
- 将对乙酰氨基酚用于高强度疼痛（VAS = 50 mm）（B 级）
- NMDA 受体拮抗剂和苯二氮卓类药物（均为 A 级）
- 可乐定、喷他佐辛、氯米帕明、 δ -9-四氢大麻酚和纳洛酮（均为 A 级）
- 切口缝合后局部麻醉药持续伤口浸润（A 级）（尽管建议采用切口缝合前伤口浸润，见上文）
- 麻醉后监测治疗室（PACU）音乐、顺势山金车疗法或自我放松技术（均为 A 级）

有关经腹子宫切除术后疼痛控制的总体策略，请参阅总体 PROSPECT 建议