



根治性前列腺切除术

摘要建议

PROSPECT 建议说明

术后特定疼痛管理程序 (POSPECT) 为临床医生提供了支持和反对在术后疼痛中使用各种干预措施的论据，这些论据基于已发表的证据和专家意见。临床医生必须根据临床情况和当地法规做出判断。在任何时候，都必须参考所提及药物相关的当地处方信息。

建议的 GoR 等级是根据建议所依据的总体证据级别 (LoE) 进行分配的，而总体 LoE 则是由证据的质量和来源决定的。

总结表：基于证据来源和级别的推荐等级 (GoR)

研究类型	LoE	GoR (基于总体 LoE, 考虑临床实践信息和证据的平衡)	
		手术特定	可借鉴
结果一致的系统性综述	1	A	B
随机对照试验 (RCT) - 高质量	1	A (基于两项或多项研究或单个大型、精心设计的研究)	B
RCT - 方法或报告有限制	2	B (或从一个手术特定的 LoE 1 研究外推)	C
非系统性综述、队列研究、个案研究 (例如, 一些不良影响证据)	3	C	
临床实践信息 (专家意见); 不一致的证据	4	D	



有关如何进行研究质量评估以确定 LoE 和 GoR 的说明，请参见以下链接：[根治性前列腺切除术：证据级别和推荐等级](#)。

AGREE II 工具 (Brouwers 2010) 在国际上被用于评估实践指南的方法严谨性和透明度。

PROSPECT 根治性前列腺切除术审查的方法尽可能符合 AGREE II 工具的“领域 3：制定的严谨性”要求：

- 使用了系统性方法来寻找证据。
- 清晰描述了选择证据的标准。
- 清晰描述了一系列证据的优点和局限性。
- 清晰描述了制定建议的方法。
- 在制定建议时考虑了健康益处、副作用和风险。
- 这些建议和支持证据之间有明确的关联。
- 该指南在公布前已通过专家的外部审查。[证据和建议在 PROSPECT 网站上发布后，将提交同行评审]
- 提供了更新指南的程序。[提供了相关方法，以便能够根据需要对系统性评价进行更新]

根治性前列腺切除术的摘要建议

建议根治性前列腺切除术使用的干预措施

建议根治性前列腺切除术使用的术前干预措施

注意：除非另有说明，“术前”是指手术切口前的干预措施

注意：所有镇痛药应在适当的时间（术前或术中）给药，以在恢复期早期提供充分的镇痛效果

COX-2-选择性抑制剂

- 与所有镇痛药一样，COX-2 选择性抑制剂应在适当的时间（术前或手术中）给药，以在早期恢复期 (GoR B) 提供充分的镇痛作用，这是基于来自不同手术的可借鉴证据显示出的镇痛疗效 (LoE 1)

地塞米松

- 建议术前使用地塞米松以用于止痛和止吐效果 (GoR B)，这是基于来自多个手术的可借鉴证据 (LoE 1)，尽管缺乏手术特定的证据

加巴喷丁类药物

- 尽管缺乏手术特定证据，但基于显示镇痛效果 (LoE 1) 的多项手术的可借鉴证据，建议使用术前加巴喷丁类药物 (GoR B)

建议根治性前列腺切除术使用的术中干预措施

注意：除非另有说明，“术中”是指在切口后和伤口闭合前实施的干预措施

注意：所有镇痛药应在适当的时间（术前或术中）给药，以在恢复期早期提供充分的镇痛效果

注意：会在术后部分考虑所有术中麻醉和/或止痛干预措施。

建议的术后干预措施

注意：“术后”是指伤口闭合时或闭合后实施的干预措施

COX-2-选择性抑制剂

- 尽管缺乏手术特定证据，但基于显示镇痛效果 (LoE 1) 的多项手术的可借鉴证据，建议使用 COX-2-选择性抑制剂 (GoR B)

全身性利多卡因

- 建议为根治性前列腺切除术 (GoR B) 使用利多卡因输注，因为来自多个手术的可借鉴证据显示镇痛效果 (LoE 1)，尽管手术特定证据有限

全身性强阿片类药物

- 基于来自多种手术的可借鉴证据，建议前列腺切除术 (GoR B) 后使用全身性强阿片类药物，用于减轻高度术后疼痛 (VAS \geq 50 mm) (LoE 1)，考虑如下因素：
- 全身性强阿片类药物应与 COX-2 选择性抑制剂和扑热息痛联合用药，以减少阿片类药物的使用及其相关副作用 (GoR D)
- 鉴于强阿片类药物静脉术后镇痛 (IV PCA) 与定期（固定间隔）或按需 (PRN) 给药（可借鉴证据，LoE 1）相比，具有更高的患者满意度，建议采用强阿片类药物静脉术后镇痛 (GoR B)；然而，滴定至疼痛强度的固定间隔静脉注射 (IV) 给药也被认为是一种有效的给药方式 (LoE 4)



全身性弱阿片类药物	<ul style="list-style-type: none"> 如果非阿片类药物镇痛效果不充分或有禁忌症 (GoR B)，则建议使用弱阿片类药物治疗中度或低度疼痛，这是基于在多个外科手术中显示镇痛效果的可借鉴证据 (LoE 1)
	<ul style="list-style-type: none"> 根据联合用药方案中显示镇痛效果的可借鉴证据 (LoE 1)，建议将弱阿片类药物与非阿片类镇痛药 (GoR B) 联合用药
扑热息痛	<ul style="list-style-type: none"> 推荐使用扑热息痛 (GoR B)，因为尽管缺乏手术特定的证据，但多个手术的强可借鉴证据显示有镇痛效果 (LoE 1)
	<ul style="list-style-type: none"> 扑热息痛应在适当的时间（术前或术中）给药，以在恢复期早期提供充分的镇痛效果 (GoR D)
备选镇痛药	<ul style="list-style-type: none"> 建议使用毒蕈碱能受体拮抗剂（奥昔布宁、托特罗定） (GoR B) 来防止膀胱不适，这是基于此手术相关证据 (LoE 1) 和来自不同手术 (LoE 2) 的可借鉴证据
伤口浸润或输注	<ul style="list-style-type: none"> 对于<i>开放式前列腺切除术</i>，建议在手术结束时进行局部麻醉伤口浸润 (GoR B)，因为疝修补的可借鉴证据显示这种做法有镇痛效果 (LoE1)，并且因为这是一种具有有利安全特性的实用技术，尽管此手术特定的证据有限
	<ul style="list-style-type: none"> 对于<i>视频辅助前列腺切除术</i>，建议在手术结束时进行局部麻醉穿刺孔浸润 (GoR B)，因为腹腔镜胆囊切除术的可借鉴证据显示了这种方法的镇痛效果 (LoE 1)，尽管缺乏此手术特定的证据
	<ul style="list-style-type: none"> 长效局部麻醉剂优于短效局部麻醉剂 (GoR D)

对根治性前列腺癌切除术疼痛管理的总体建议

术前	<ul style="list-style-type: none"> 口服 COX-2-选择性抑制剂和扑热息痛* ±加巴喷丁类药物 地塞米松
术中	<ul style="list-style-type: none"> 胃肠外 COX-2-选择性抑制剂和扑热息痛* 手术结束时使用长效局部麻醉剂浸润伤口** ±静脉利多卡因输注持续至术后期间** 毒蕈碱能受体拮抗剂
术后	<p>高度疼痛 (VAS ≥ 50 mm)</p> <ul style="list-style-type: none"> COX-2-选择性抑制剂 + 扑热息痛 + 加巴喷丁类药物 + 静脉内患者-自控镇痛
	<p>中度至低度疼痛 (VAS < 50 mm)</p> <ul style="list-style-type: none"> COX-2-选择性抑制剂 + 扑热息痛 ± 加巴喷丁类药物 ± 弱阿片类药物
<p>上述建议基于单一模式干预的证据 目前还不知道这些干预措施的最佳组合</p>	

* 及时给药，以确保在术后期间立即镇痛**

**应调整局部麻醉剂的总剂量，以避免全身性毒性风险

当其他方法不充分或不合适时，可使用 IV 利多卡因

VAS = 1-100 mm 的直观模拟评分

不建议根治性前列腺切除术使用的干预措施

备选镇痛药：术前颠茄和鸦片栓剂、褪黑激素、金刚烷胺或可乐定	由于手术特定证据有限，不建议使用 (GoR D)
内部和术后常规非甾体抗炎药 (NSAID)	基于有限的手术特定证据 (LoE 2) 和来自多项手术的关于出血风险增加 (LoE 1) 的强可借鉴证据，不建议使用 (GoR B)
术中或术后氯胺酮	不建议常规使用 (GoR D)，因为手术特定证据 (LoE 4) 相互冲突，尽管从疼痛程度更强的外科手术 (LoE 1) 中获得了有利的可借鉴证据
利多卡因贴剂	基于有限的手术特定证据，不建议使用 (GoR B)
IM 强阿片类药物	不建议使用，因为这些注射会引起疼痛 (GoR D)
经皮尼古丁和经静脉注射镁	由于手术特定证据和可借鉴证据有限，不建议使用 (GoR D)
硬膜外镇痛	尽管有一些手术特定的止痛效果证据 (LoE 1)，但由于存在不利的风险-获益比，不建议将其用于前列腺切除术 (GoR D)
椎旁镇痛	由于手术特定证据有限，不建议使用 (GoR D)
TAP 阻滞	由于缺乏手术特定证据，且可借鉴证据有限，不建议使用 (GoR D)
鞘内阿片类药物麻醉和镇痛	不建议使用 (GoR B)，尽管手术特定证据 (LoE 1) 显示有镇痛效果，但由于存在不利的风险获益比（也不建议鞘内麻醉）。这一观点得到接受大型手术患者的可借鉴证据 (LoE 1) 的支持
持续局部麻醉伤口输注	不建议使用 (GoR B)，因为手术特定证据显示缺乏镇痛效果 (LoE 2)
硫酸镁伤口浸润	由于手术特定证据有限，不建议使用 (GoR D)