

## 择期剖腹产

### 摘要建议

#### PROSPECT 建议说明

术后特定疼痛管理程序 (PROSPECT) 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，都必须参考与所提及药物相关的当地处方信息。

#### 建议等级和证据级别

建议等级是根据建议所依据的总体证据级别进行分配的，而总体证据级别则是由证据的质量和来源决定的：[证据质量和来源、证据级别以及建议等级之间的关系](#)。

#### 剖腹产术后疼痛以及本 PROSPECT 综述的目的

剖腹产与相当比例的女性术后中度至重度疼痛有关，这种疼痛可能会延迟身体康复和恢复日常生活的时间；损害母婴关系；影响产妇心理健康；并使母乳喂养复杂化（[Gamez 2018](#)）。此外，术后疼痛缓解不足可能会导致痛觉过敏和术后持续疼痛（[Kainu 2010](#)）。

由于无根据地担心镇痛药物或干预措施会对产妇和新生儿产生副作用，而且剖腹产术后疼痛的程度常常被低估，因此剖腹产术后疼痛经常无法得到充分治疗（[Huang 2019](#)）。

针对剖腹产术后疼痛的术后特定疼痛管理程序 (POSPECT) 建议于 2014 年发布（[PROSPECT: C-Section 2014](#)）；但是，鉴于临床实践的发展，现在有必要进行更新。

本系统综述的目的是，根据评估镇痛和手术技术对椎管内麻醉下择期剖腹产术后疼痛影响的最新文献，提供更新的建议。本建议不可应用于其他患者人群，例如急诊或计划外剖腹产或在全身麻醉下进行的剖腹产。

## 摘要建议

### 建议：术前干预

- “术前”是指在手术切口之前应用的干预
- 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

#### 鞘内或硬膜外阿片类药物

- 建议在脊髓麻醉中，鞘内注射长效阿片类药物（例如，吗啡 50-100 µg 或二乙酰吗啡不超过 300 µg）（A 级）
  - 鞘内注射吗啡的安全性已在剖腹产患者中得到了证实（[Sharawi 2018](#)）。100 µg 以下的剂量可产生充分的镇痛作用，并且与更高剂量相比，副作用发生率较低
  - 鞘内注射吗啡应合并使用基本镇痛药（如，扑热息痛和非甾体抗炎药）以及静注地塞米松
  - 值得注意的是，英国国家健康与护理卓越研究院 (National Institute of Health and Care Excellence) 指南建议，鞘内注射二乙酰吗啡可作为鞘内注射吗啡的替代方案（[NICE 2019](#)）
- 例如，当硬膜外导管被用作脊椎-硬膜外联合麻醉的一部分时，可将硬膜外注射吗啡 2-3 mg 或二乙酰吗啡不超过 2-3 mg 用作替代镇痛方案（A 级）

#### 扑热息痛

- 推荐口服扑热息痛（A 级）

### 建议：术中干预（分娩后给药）

#### 扑热息痛

- 如果术前未给药，建议静脉注射扑热息痛（A 级）

#### 非甾体抗炎药

- 建议从术中开始静脉注射非甾体抗炎药 (NSAID)（A 级）

#### 地塞米松

- 建议分娩后单次静脉注射地塞米松（A 级），以对疼痛评分、阿片类药物的用量以及止吐预防产生正面作用；葡萄糖耐受不良的患者谨慎使用

#### 局部/区域技术

- 如果不采用鞘内吗啡，建议采用局部麻醉剂切口浸润（单次注射）或切口连续输注和/或局部镇痛（筋膜平面阻滞，如 TAP 阻滞和腰方肌阻滞）（A 级），这些方法有助于降低疼痛评分和减少阿片类药物的用量。

### 建议：术后干预

- “术后”是指切口闭合时或闭合后实施的干预措施

扑热息痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议口服或静脉注射扑热息痛（A级），术后定期给药                             <ul style="list-style-type: none"> <li>定期给予基本镇痛药对于限制补救性阿片类镇痛药的用量非常重要</li> </ul> </li> </ul>
非甾体抗炎药	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议口服或静脉注射非甾体抗炎药 (NSAID)（A级），术后定期给药                             <ul style="list-style-type: none"> <li>多项研究表明，NSAID 的止痛效果与阿片类药物一样好</li> </ul> </li> </ul>
阿片类药物	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议使用阿片类药物作为补救镇痛药，或在无法采取其他建议的镇痛策略时使用此类药物（例如，对局部麻醉有禁忌时）（D级）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>应实施一定的策略，减少择期剖腹产术后不必要的阿片类药物的使用</li> </ul> </li> </ul>
辅助镇痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议进行包括经皮神经电刺激 (TENS) 在内的辅助镇痛（A级）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>辅助镇痛（例如，用耳机听音乐和使用 TENS）可能与改善疼痛缓解有关</li> </ul> </li> </ul>

### 建议：手术干预

切口	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议采用 Joel-Cohen 切口（A级），有利于降低术后疼痛评分</li> </ul>
不缝合腹膜	<ul style="list-style-type: none"> <li>建议不缝合腹膜（A级）以降低疼痛评分</li> </ul>
腹带	<ul style="list-style-type: none"> <li>基于三项研究，推荐佩戴腹带（A级），这三项研究表明，临床中佩戴腹带与疼痛评分降低和补救性镇痛药物用量减少有关</li> </ul>

NSAID：非甾体抗炎药；TAP：腹横肌平面阻滞；TENS：经皮神经电刺激

## 不建议的干预措施

择期剖腹产患者疼痛管理中不建议采取的镇痛干预。

	干预措施	不建议的原因
术前	加巴喷丁类药物	手术特定证据有限，并担心有副作用
术中	静脉氯胺酮	手术特定证据有限，并担心有副作用
	静脉右美托咪啶	手术特定证据有限，并担心有副作用
	静脉曲马多和布托啡诺	手术特定证据有限
	椎管内可乐定	手术特定证据不一致，并担心有副作用
	椎管内右美托咪啶	手术特定证据不一致，并担心有副作用
	鞘内丁丙诺啡	手术特定证据有限
	硬膜外二氢吗啡酮	手术特定证据有限
	鞘内咪达唑仑	手术特定证据有限，并担心有副作用
	鞘内新斯的明	担心有副作用
	鞘内氯胺酮	手术特定证据有限，并担心有副作用
	腹膜内局部麻醉	缺乏手术特定证据
	皮肤表面镇痛	缺乏手术特定证据
	在 TAP 中使用可乐定	缺乏手术特定证据
	在 TAP 中使用右美托咪啶	手术特定证据有限
	在 TAP 中使用芬太尼	缺乏手术特定证据
	腹直肌鞘阻滞	缺乏手术特定证据
	区域阻滞	缺乏手术特定证据
	音乐	手术特定证据有限
术后	母婴皮肤接触	手术特定证据有限
	静脉利多卡因	缺乏手术特定证据
	患者自控硬膜外镇痛	手术特定证据有限，并担心有副作用
手术技术	切口方法：透热法	手术特定证据不一致
	不构建膀胱瓣	手术特定证据有限
	筋膜钝性分离	手术特定证据有限
	子宫外置缝合	手术特定证据不一致
	术后皮肤切口激光处理	手术特定证据有限
	皮肤缝合	缺乏手术特定证据
	阴道清洁	缺乏手术特定证据
	宫颈扩张	手术特定证据不一致
	锥状肌分离	缺乏手术特定证据
	腹直肌缝合	手术特定证据有限

TAP: 腹横肌平面阻滞

## PROSPECT 总体建议

### 对椎管内麻醉择期剖腹产患者围手术期疼痛管理的总体建议。

#### 术前

- 鞘内注射长效阿片类药物（例如，吗啡 50 - 100  $\mu\text{g}$  或二乙酰吗啡不超过 300  $\mu\text{g}$ ）（A 级）  
例如，当硬膜外导管被用作脊椎-硬膜外联合麻醉的一部分时，可将硬膜外注射吗啡 2-3 mg 或二乙酰吗啡不超过 2-3 mg 用作替代镇痛方案（A 级）
- 口服扑热息痛（A 级）

#### 分娩后术中

- 如果术前未给药，静脉注射扑热息痛（A 级）
- 静脉注射非甾体抗炎药（A 级）
- 静脉注射地塞米松（A 级）
- 如果不采用鞘内注射吗啡，可采用局部麻醉剂切口浸润（单次注射）或切口连续输注和/或局部镇痛（筋膜平面阻滞，如腹横肌平面阻滞和腰方肌阻滞）（A 级）

#### 术后

- 口服或静脉注射扑热息痛（A 级）
- 口服或静脉注射非甾体抗炎药（A 级）
- 使用阿片类药物作为补救镇痛药，或在无法采取其他建议的镇痛策略时使用此类药物（例如，对局部麻醉有禁忌时）（D 级）
- 辅助镇痛包括经皮神经电刺激（A 级）

#### 手术技术

- Joel-Cohen 切口（A 级）
- 不缝合腹膜（A 级）
- 佩戴腹带（A 级）

## PROSPECT 出版

### **PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.**

E Roofthoof, G P Joshi, N Rawal, M Van de Velde, PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and supported by the Obstetric Anaesthetists' Association.

[Anaesthesia. 2020 Dec 28. doi: 10.1111/anae.15339](https://doi.org/10.1111/anae.15339). 提前在线出版。