

择期全髋关节置换术

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](#)。

全髋关节置换术术后疼痛以及本 PROSPECT 综述的目的

全髋关节置换术是一种常见的外科手术，术后疼痛显著。充分施用副作用尽可能小的镇痛方法，有利于实现术后尽早活动、最佳功能恢复以及减少术后并发症 ([Joshi 2019](#))。

PROSPECT 工作组曾于 2005 年发表了一篇关于全髋关节置换术术后疼痛管理的综述 ([Fischer 2005](#))，并于 2010 年进行了更新 (esraeurope.org:total-hip-arthroplasty-2010)。本指南旨在为临床医生提供最新的基于证据的择期全髋关节置换术疼痛管理方法。

本系统综述和建议根据最新修订的 PROSPECT 方法进行了更新 ([Joshi 2019](#))，内容侧重于术后疼痛结局，同时参照基础镇痛药（扑热息痛和非甾体抗炎药 (NSAID) 或 COX-2 选择性抑制剂）的使用来评估镇痛干预的效果，并平衡镇痛策略的风险与获益。

摘要建议

建议：术前和术中干预

- “术前”是指在手术切口前实施的干预措施，“术中”是指在切口后和伤口闭合前实施的干预措施
- 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

锻炼和教育	建议进行术前锻炼和教育（A级），这对术后疼痛管理和功能恢复有积极的作用。
扑热息痛和 NSAID/COX-2 选择性抑制剂	基本镇痛方案应包括术前或术中给予扑热息痛（A级）和 NSAID 或 COX-2 选择性抑制剂（A级），并在术后继续给药。
麻醉技术	<p>建议脊髓麻醉或全身麻醉（A级）。</p> <ul style="list-style-type: none"> 先前曾有建议，使用椎管内麻醉，因为与全身麻醉相比，椎管内麻醉与术后结局改善相关 (Mementsoudis 2019)。然而，椎管内麻醉在术后疼痛控制方面的益处目前尚无定论。
地塞米松	鉴于地塞米松的镇痛和止吐作用，建议术中单次给予地塞米松 8-10 mg（静注）（A级）。
局部/区域镇痛	<p>鉴于髂筋膜阻滞或局部浸润镇痛的镇痛作用，建议单次髂筋膜阻滞或局部浸润镇痛（D级）。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在近期的荟萃分析中，没有再报道更多与髂筋膜阻滞相关的跌倒事件 (Cai 2019; Gao 2019)，因此，当全髋关节置换术适用神经阻滞时，建议将髂筋膜阻滞作为首选的神经阻滞方案。 PROSPECT 工作组强调，在采用现代手术技术和正确实施基础镇痛和多模式镇痛（扑热息痛、NSAID 和地塞米松）的基础上，局部浸润镇痛技术的附加价值仍需要开展全面的研究来进一步验证。 <p>如果患者已接受脊髓麻醉进行手术，可以考虑鞘内注射吗啡 0.1 mg（D级）。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在鞘内吗啡 0.1 mg 的使用方面，PROSPECT 成员之间存在显著冲突，无法达成共识。如果使用鞘内吗啡，PROSPECT 工作组提醒临床医生注意相关的风险和获益。 支持使用鞘内吗啡的相关证据是，有报道称这种方法可在术后提供至少 24 小时的镇痛作用，并且小剂量（≤0.1 mg 吗啡）使用产生的不良反应很少 (Bai 2020; Albrecht 2020)。 但鞘内吗啡可伴随皮肤瘙痒和术后恶心呕吐 (Kuchálik 2013; Damevski 2011)。有研究人员认为，即使鞘内吗啡 0.1 mg 的这些不良事件的发生率相对较低，仍然可能会延迟下床活动和经

	<p>口进食的时间，并影响患者满意度 (Kuchálik 2013; Damevski 2011)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 事实上，不使用鞘内吗啡，使用扑热息痛、NSAID 和地塞米松进行充分的多模式镇痛，再配合最新的外科手术技术，便可能足以为患者提供良好的疼痛缓解 (Andersen 2014; Coenders 2020; Fraser 2018)。
--	---

建议：术后干预	
<ul style="list-style-type: none"> “术后”是指切口闭合时或闭合后实施的干预措施 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 	
扑热息痛和 NSAID/COX-2-特异性抑制剂	基本镇痛方案应包括术前或术中给予扑热息痛（A 级）和 NSAID 或 COX-2 选择性抑制剂（A 级），并在术后继续给药。
阿片类药物	应保留阿片类药物作为术后补救性镇痛药（D 级）。

COX：环氧酶；IV：静脉注射；NSAID：非甾体抗炎药。

不建议的干预措施

全髋关节置换术患者疼痛管理中不建议采取的镇痛干预。

时间	干预措施	不建议的原因
术前或术中	糖原负荷法	手术特定证据有限
	门诊镇痛	手术特定证据有限
	切口前与切口后 COX-2 选择性抑制剂	手术特定证据有限
	加巴喷丁类药物	单次给药的证据不一致。有围手术期多次给药的手术特异性证据，但有额外的副作用
	氯胺酮	手术特定证据有限
	股外侧皮神经阻滞	手术特定证据有限
	腰方肌前阻滞	手术特定证据有限
	股神经阻滞	有手术特异性证据，但有副作用
	腰丛神经阻滞	有手术特异性证据，但有副作用
	局部麻醉剂辅以局部浸润镇痛 (LIA)	手术特定证据不一致
	局部浸润镇痛剂输注或重复注射	手术特定证据不一致
	硬膜外镇痛	有手术特异性证据，但有副作用
	术后	氨甲环酸
部分减重法		缺乏手术特定证据
局部纤维蛋白封闭剂		缺乏手术特定证据
经皮神经电刺激 (TENS)		手术特定证据有限
手术方法	前入路法与后外侧入路法	手术特定证据不一致
	微创手术与传统切口手术	手术特定证据不一致，且风险增加

COX: 环加氧酶; LIA: 局部浸润镇痛; TENS: 经皮神经电刺激。

*本综述中出于对镇痛效果有限的考虑和/或对不良反应的担忧而不推荐的镇痛方法，可能在一种或多种建议的主要方法禁忌使用或由于其他原因而不适合使用的情况下适用。此外，对于预期术后疼痛风险高于平均水平的患者（例如，长期使用阿片类药物、处于慢性疼痛状态或有严重精神疾病的患者），在建议的主要方法之外使用额外的镇痛干预可能是适当的。

PROSPECT 总体建议

全髋关节置换术患者围手术期疼痛管理的总体建议

术前和术中干预	<ul style="list-style-type: none">• 术前锻炼和教育（A级）• 脊髓麻醉或全身麻醉（A级）• 扑热息痛（A级）• 非甾体抗炎药或环加氧酶-2-选择性抑制剂（D级）• 静注地塞米松 8 - 10 mg（A级）• 单次髂筋膜阻滞或局部浸润镇痛（D级）• 如果患者已接受脊髓麻醉进行手术，可以考虑鞘内注射吗啡 0.1 mg（D级）
术后干预	<ul style="list-style-type: none">• 扑热息痛（A级）• 非甾体抗炎药或环加氧酶-2-选择性抑制剂（D级）• 阿片类药物用作补救镇痛措施（D级）

IV: 静脉注射

PROSPECT publication

PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

M. Anger, T. Valovska, H. Beloeil, P. Lirk, G.P.Joshi, M. Van de Velde, J. Raeder, on behalf of the PROSPECT Working Group and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy.

[Anaesthesia 2021 May 20. doi: 10.1111/anae.15498](https://doi.org/10.1111/anae.15498). Online ahead of print.