

## 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 (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，都必须参考所提及药物相关的当地处方信息。

#### 开放性和腹腔镜或机器人辅助下根治性前列腺切除术后的疼痛及本 PROSPECT 综述的目的

疼痛仍然是根治性前列腺切除术后的一个重要问题，它会导致不适，有时可延长住院时间 ([Tan 2015](#))。需要实施充分的疼痛管理来优化术后恢复 ([Joshi 2014](#))。

接受开放性根治性前列腺切除术的患者通常会在术后即刻出现中度动态疼痛 ([d'Alonzo 2009](#))。机器人辅助下和腹腔镜手术带来的疼痛程度会低于开放性前列腺切除术，但套管针开口可能是机器人辅助下手术后体腔壁痛的来源 ([d'Alonzo 2009](#); [Woldu 2014](#))。术后镇痛方案应反映这些不同的疼痛特征和文献中给出的具体证据。

本综述的目的是对开放性和腹腔镜或机器人辅助下前列腺切除术后最佳疼痛管理的建议进行更新。

基于系统性文献综述给出的 PROSPECT 根治性前列腺切除术建议最初于 2015 年发表 ([Joshi 2015](#))，对 2012 年网站上的相关文献和建议进行了更新 (存档文件: [根治性前列腺切除术 2012](#))。然而，此后又引入了几种新的镇痛方案，尤其是局部镇痛技术，同时机器人辅助下手术也得到了更大规模的开发，因此需要对该系统综述进行更新。

本综述中的建议以前一版内容为基础，并且得到最新研究的补充信息的支持。

该项独特的 PROSPECT 方法可在如下网站查询: <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>。

## 摘要建议

<p><b>建议：术前和术中干预</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>“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</li> <li>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</li> </ul>	
<p><b>扑热息痛、NSAID、COX-2 选择性抑制剂</b></p>	<p>全身镇痛应包括术前或术中给予对乙酰氨基酚和选择性或非选择性 NSAID，并在术后继续给药</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NSAID 和 COX-2 选择性抑制剂降低了术后疼痛评分和阿片类药物的使用（<a href="#">Dirkmann 2015</a>；<a href="#">Mazaris 2008</a>；<a href="#">Bilgin 2011</a>；<a href="#">Chelly 2011</a>）</li> <li>根据前一版建议，尽管手术特定证据有限，仍推荐使用对乙酰氨基酚（<a href="#">Joshi 2015</a>）</li> </ul>
<p><b>连续利多卡因静脉输注</b></p>	<p>建议在开放性手术期间给予连续利多卡因静脉输注</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>禁忌同时使用局部麻醉剂浸润（<a href="#">Foo 2021</a>）</li> <li>出于安全性原因考虑，利多卡因输注持续时间应限于术中和术后即刻</li> <li>在开放性手术期间，连续利多卡因静脉输注降低了术后疼痛评分（<a href="#">Groudine 1998</a>；<a href="#">Weinberg 2016</a>）</li> </ul>
<p><b>切口局部浸润</b></p>	<p>在未使用利多卡因静脉输注的情况下，在其他局部镇痛阻滞前，开放性手术中应常规使用切口局部浸润</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>切口局部浸润在开放性手术中显示阳性结果（<a href="#">Bilgin 2011</a>；<a href="#">Kristensen 2013</a>；<a href="#">Tauzin-Fin 2009</a>；<a href="#">Lee 2011</a>）</li> </ul>
<p><b>TAP 阻滞</b></p>	<p>推荐 TAP 阻滞作为腹腔镜/机器人辅助下前列腺癌根治术的首选方案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>手术结束时进行的双侧 TAP 阻滞降低了机器人辅助手术的疼痛评分（<a href="#">Dal Moro 2019</a>；<a href="#">Cacciamani 2019</a>；<a href="#">Taninishi 2020</a>），但开放性手术的结果仍存在争议</li> </ul>

COX：环氧合酶；IV：静脉内；NSAID：非甾体抗炎药；TAP：腹横肌平面。

**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
- 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、NSAID、  
COX-2 选择性抑制剂**

全身镇痛应包括术前或术中给予对乙酰氨基酚和选择性或非选择性 NSAID，并在术后继续给药

**阿片类药物**

术后应使用阿片类药物作为补救镇痛药

COX：环氧酶；NSAID：非甾体抗炎药。

## 不建议的干预措施

不建议用于接受根治性前列腺切除术患者疼痛管理的镇痛干预。

干预措施	不建议的原因
加巴喷丁	手术特定证据有限/副作用
右美托咪定	缺乏手术特定证据
膀胱内局部麻醉药	缺乏手术特定证据
鞘内阿片类药物	由于不良反应风险，不推荐使用
硬膜外麻醉	不利的获益/风险平衡
硬膜外-骶管阻滞	缺乏手术特定证据
TAP 阻滞	不推荐用于开放性手术
腹直肌鞘阻滞	缺乏手术特定证据
电针	手术特定证据有限
硫酸镁切口浸润/静脉内给药	手术特定证据有限
阴茎阻滞	缺乏手术特定证据
无阀套管针	手术特定证据有限
横向与纵向切口	缺乏手术特定证据
膀胱内罗哌卡因灌注	缺乏手术特定证据
耻骨上导管与导尿管	缺乏手术特定证据
导尿管与耻骨上导管联合导尿管	缺乏手术特定证据
早期拔除导管	手术特定证据有限
对 CO <sub>2</sub> 加温加湿	缺乏手术特定证据
麻醉技术	无麻醉技术的具体建议

TAP：腹横肌平面。

## PROSPECT 总体建议

### 根治性前列腺切除术患者围手术期疼痛管理的总体建议

**扑热息痛** 尽管手术特定证据有限（B级），仍推荐使用

**全身性利多卡因** 开放性手术推荐使用术中连续利多卡因静脉输注（B级）

**NSAID 或 COX-2 选择性抑制剂** 推荐使用（若如禁忌症）（A级）

**TAP 阻滞** 推荐用于腹腔镜/机器人辅助下手术（A级）

**切口浸润** 推荐用于开放性手术（B级）

COX：环氧合酶；NSAID：非甾体抗炎药；TAP：腹横肌平面。

## PROSPECT 出版物

**PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer.**

Lemoine A, Witdouck A, Beloeil H, Bonnet F; PROSPECT Working Group Of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA).

[Anaesth Crit Care Pain Med 2021;40\(4\):100922. doi:10.1016/j.accpm.2021.100922. Epub 2021 Jun 29](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922)