

文章编号: 1003-6946(2024)10-0794-06

# 2024 年加拿大妇产科医师协会慢性盆腔疼痛管理指南解读

魏冬梅,付 瑶,牛晓宇

(四川大学华西第二医院妇产科 出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室,四川 成都 610041)

中图分类号: R711.33

文献标志码: B

慢性盆腔疼痛(chronic pelvic pain, CPP)被定义为源于盆腔器官及结构的疼痛症状,在过去将疼痛时间标准定义为持续时间超过 6 个月,而国际疼痛研究协会(International Association for the Study of Pain, IASP)对于慢性疼痛的最新分类将时间标准缩短为 3 个月<sup>[1]</sup>。它是一种泌尿、妇科和疼痛治疗领域的常见疾病,影响全球约 26% 的女性,据估计 CPP 患者每年占腹腔镜手术患者的 40% 和子宫切除术患者的 12%<sup>[2]</sup>。CPP 与下尿路、性、肠道、筋膜或妇科功能的症状有关,可能导致认知、行为、性和情感方面的严重后果<sup>[3]</sup>。因此, CPP 是一种复杂、多因素疾病,会导致严重的身心困扰,对个人生活影响面广。近日,加拿大妇产科医师协会(Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada, SOGC)针对 CPP 的管理,发布了最新的第 445 号临床实践指南,以替代 2005 年发布的第 164 号指南的第 1 部分和第 2 部分。该指南不涉及会阴和外阴疼痛,其结合了最新的循证医学证据,旨在为 CPP 的评估和治疗提供临床参考和基于证据的建议。本文将对该指南中的要点进行总结和解读。

## 1 慢性盆腔疼痛的病因及分类

CPP 的病因错综复杂,常见的影响因素可分为妇科、泌尿科、胃肠科、筋膜和骨骼肌、神经病理学、社会心理因素以及中枢神经系统的变化这几大类(推荐强度:强,证据等级:高)。

1.1 妇科因素 CPP 的常见妇科因素包括痛经、子宫内膜异位症、子宫腺肌病、外阴痛和盆腔源性静脉疾病(推荐强度:中,证据等级:中),其他还包括外阴/前庭疼痛、慢性盆腔炎、盆腔粘连、附件肿块、子宫肌瘤、残余卵巢综合征等因素。

1.1.1 痛经 痛经是女性最常见的妇科症状。在接受初级保健的妇女中,有 90% 经历过月经疼痛,1/3 到一半的妇女报告有中度或重度症状<sup>[4]</sup>。通常分为原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经是指在没有盆腔病理学的情况下,月经期出现的疼痛;继发性痛经

是与子宫内膜异位症等盆腔病变相关的月经痛。原发性和继发性痛经都可能对相同的药物治疗产生反应。因此,初始治疗不应依赖于建立精确的诊断<sup>[5]</sup>。严重的痛经如若不及时治疗,可能导致神经系统的痛觉过敏(hyperalgesic priming, HP)和痛觉累积效应(wind-up 效应),是 CPP 的潜在危险因素。此外,痛经还可能通过交叉致敏导致 CPP 持续存在甚至恶化。青春期是神经发育的敏感时期,有效治疗痛经可能有助于预防 CPP。

1.1.2 子宫内膜异位症及子宫腺肌病 子宫内膜异位症和子宫腺肌病是 CPP 最常见的病因之一。有严重痛经史、深部性交痛、周期性盆腔疼痛和不孕症的患者可能存在子宫内膜异位症。疼痛有周期性抑制或妊娠期间缓解也可能暗示存在子宫内膜异位症。如果出现周期性排尿困难和(或)血尿、排便困难和(或)直肠出血等症状,可能提示疾病已进展。通常好发于生育、子宫手术后,以及年龄较大的患者。

1.1.3 盆腔源性静脉疾病 盆腔源性静脉疾病(pelvic venous disease, PeVD)又称盆腔淤血综合征(pelvic congestion syndrome, PCS)。PeVD 与 CPP 有关,普遍认为由盆腔静脉的反流(盆腔充血)或盆腔静脉的梗阻(髂静脉压迫综合征、“胡桃夹”综合征)引起的静脉高压所致。静脉高压的症状包括盆腔坠胀感或疼痛,站、蹲过久及疲劳时会使症状加重,通常平卧位会使症状有所缓解。经期前症状加重,并常伴有长期的性交后疼痛。妇科查体通常发现会阴及阴道静脉曲张,子宫颈、子宫及卵巢压痛。当肾静脉受累时,可能出现左侧腰痛和血尿。

1.1.4 外阴痛 外阴痛是一种常见的重叠性疼痛疾病,定义为持续时间超过 3 个月的外阴疼痛。没有明确的致病原因,但可能存在潜在的相关因素。局部诱发性前庭痛是外阴疼痛的一种亚型,通常与 CPP 最相关。它表现为前庭处的疼痛,在穿紧身衣物、性交、插入卫生棉条、盆腔检查、久坐、骑自行车或其他运动时

基金项目:国家重点研发计划项目(编号:2021YFC2009100);四川省科技厅重点研究项目(编号:2023YFG0128);四川省科技厅科研项目(编号:2023YFQ0070)

通讯作者:牛晓宇, E-mail: hxfeynxy@163.com

伴随阴道口疼痛。患者通常将疼痛症状描述为烧灼感、刺痛、刺激感或瘙痒不适。通常用棉签进行检查,确定出现感觉异常或异常性疼痛(对正常情况下的无痛刺激感到疼痛,又称为痛觉超敏)的压痛点部位。外阴疼痛也可能是自发性的或无诱因的,并且可能泛化至外阴的其他区域。

1.2 泌尿因素 膀胱疼痛综合征(PBS)/间质性膀胱炎(IC)、复发性尿路感染、慢性肾结石、膀胱结石等是造成 CPP 的常见泌尿因素。其中,PBS 是一种慢性重叠的疼痛状况,在盆腔疼痛患者人群中很常见,可根据临床病史进行诊断(推荐强度:强,证据等级:高)。当患者出现尿频、尿急和夜尿等症状时,应综合考虑各种可能的病因,尤其是 PBS/IC。这种疾病通常伴随上述症状,并且作为一种可与子宫内膜异位症并存的慢性重叠性疼痛疾病之一,约有一半的妇科盆腔疼痛患者存在这种病症<sup>[9]</sup>。PBS 患者在盆腔检查时通常会出现膀胱底部压痛(即阴道前壁压痛),并可能伴有盆底功能障碍性疾病。

1.3 胃肠因素 肠易激综合征(IRS)作为慢性重叠性疼痛病症,是一种肠道与大脑相互作用紊乱的疾病,几乎有一半的 CPP 患者可能患有此症,其诊断应基于临床病史(推荐强度:强,证据等级:高)。它可以通过中枢敏化/伤害可塑性疼痛或跨器官致敏,与子宫内膜异位症及许多其他慢性重叠性疼痛症状共存。其他可能造成 CPP 的胃肠因素如慢性便秘,慢性阑尾炎和(或)炎症性肠病,也需格外关注。

1.4 骨骼肌/筋膜相关因素 普遍认为肌肉骨骼系统是 CPP 的影响因素,包括肌肉、筋膜、韧带、关节和骨骼。盆底及腹部肌筋膜疼痛、骨盆区疼痛、腰背疼痛、髋关节引起的疼痛、关节过度活动症以及姿势不平衡也可能导致 CPP(推荐强度:中,证据等级:中)。肌筋膜疼痛综合征(myofascial pain syndrome, MPS)是反复发生在肌肉筋膜或相关软组织的一类慢性疼痛综合征,可伴有明显的情感障碍或功能障碍,是导致女性 CPP 的疾病之一。

1.4.1 盆底肌筋膜疼痛(pelvic floor myofascial pain, PFMP) PFMP 是女性 CPP 患者的常见疼痛病因(推荐强度:强,证据等级:高)。Meister 等<sup>[9]</sup>提出了一种标准化盆底评估方法:评估时,在患者阴道内插入 1 根手指,在闭孔内肌和肛提肌的中心位置施加轻微压力,然后沿着肌肉的长度以逆时针方向对这两块盆底肌肉进行触诊。同时,患者需反馈其所感受到的任何疼痛,并评估其程度以及是否与常见症状相符。此外,对压痛的评估还应扩展到梨状肌和闭孔内肌。

1.4.2 腹部肌筋膜疼痛 腹部肌筋膜疼痛可能表现为腹部肌肉多个点位的压痛,进行 Carnett 试验可以更

清晰地凸显出这种疼痛(即在腹壁肌肉收缩时,对压痛点的触诊会加剧疼痛)。此外,对症状部位的检查也可以发现肌筋膜触发点(MTrPs),MTrPs 可能会自发引起疼痛,或在受到刺激时产生疼痛。在 CPP 患者中,这些触发点可能分布在腹壁或盆底。

1.4.3 骨盆区疼痛和髋关节疼痛 骨盆区疼痛,如髋髂关节功能障碍和耻骨疼痛,可能是 CPP 的常见病因。患有 CPP 的女性常表现出以下症状:髋髂和耻骨联合高度不对称,以及在髋髂关节疼痛激发试验中呈阳性,例如屈曲、外展和外旋测试。

1.4.4 其他症状 关节过度活动症是影响结缔组织的全身性疾病,可能与 CPP 相关。同时,CPP 患者通常存在姿势不平衡问题,包括脊柱错位,明显的驼背和腰椎前凸。此外,腰背痛(如椎间盘病变、神经根痛或非特异性下背痛)在 CPP 患者中也很常见,可能导致盆腔区域的牵涉性疼痛,因此这些都应纳入 CPP 的潜在因素。

1.5 神经性因素 髂腹股沟和髂腹下神经病变、阴部神经病变、神经根病和(或)神经压迫综合征或神经瘤是造成 CPP 的常见神经性病因。其中,神经压迫综合征,又称压迫性神经病变,大部分盆腔神经压迫会使得腰骶部皮节产生神经病理性疼痛症状,如坐骨神经、阴部和臀部疼痛。由于骶神经根源于躯体神经包括交感神经和副交感神经,压迫这些神经根会导致其皮节区域产生疼痛,同时伴随着尿路和肠道功能障碍。因此,皮肤的疼痛、刺痛、麻木可能提示压迫性神经病变(推荐强度:中,证据等级:中)。

1.6 社会心理因素 创伤、特异性疼痛因素、心理健康与 CPP 之间存在着相互影响的复杂关系。疼痛特异性的社会心理因素,如疼痛灾难化心理、恐惧回避行为,心理健康状况(如抑郁、焦虑、失眠和主动性创伤症状),都会加剧 CPP 的持续性和强度(证据等级:中)。

1.6.1 创伤后症候群 虽然成年后的 CPP 并非一定由儿童性虐待史所致,但不良童年经历(adverse childhood experiences, ACEs)与成年后的多种不良健康后果(包括广泛性疼痛和盆腔疼痛)相关。对于曾经有 ACEs 经历的 CPP 成年患者在经过跨学科(包括神经科、心理科、精神科、疼痛科、妇产科等)疼痛治疗后都有所改善。

1.6.2 疼痛特异性因素 与盆腔疼痛有关的疼痛特异性因素包括疼痛刻板化、疼痛灾难化倾向、恐惧回避行为、疼痛处理方式、患者缺乏有效的疼痛自我管理、容易产生负面情绪,常认为不被配偶理解、支持。疼痛灾难化是对疼痛的一种认知反应,包括对疼痛的反复思考、放大疼痛的原因和后果,以及对疼痛的无助感。恐惧回避是一种应对疼痛的行为反应,表现为

对运动和疼痛的恐惧,从而导致避免运动与活动、身体适应能力/体能下降以及回避日常重要活动。因此,了解患者对疼痛的看法和治疗的期望,以及之后自我管理 CPP 的潜在目标可能会对治疗有所帮助。

1.6.3 心理健康因素 除了考虑一些活跃的创伤后症状外,抑郁、自杀倾向、焦虑和失眠都是疼痛(包括 CPP)的常见后果,而且可能是导致疼痛持续的因素。若患者表现出人格障碍的特征(如情绪调节障碍)可能会显著增加其护理难度。同时,住房、食品安全和家庭暴力等问题也可能影响 CPP 的康复。

1.7 中枢敏化/伤害可塑性疼痛 当疼痛仍然持续存在并且对标准治疗无效时,很可能是中枢神经系统水平的痛觉处理出现了异常,这种情况被称为中枢敏化/伤害可塑性疼痛(推荐强度:强,证据等级:中)。在确定 CPP 的影响因素时,应注意与上述情况相关的临床表现。目前尚无明确的临床工具可用于诊断中枢敏化/伤害可塑性疼痛,但异常性疼痛和痛阈降低被认为是疼痛敏化的强烈暗示<sup>[7,8]</sup>。CPP 患者的盆底疼痛与较低的压痛阈值(即人体组织在外部压力刺激下产生疼痛的最小压力值)高度相关,这种相关性提示可能出现了中枢性疼痛<sup>[9]</sup>。在经过全面的诊断后,对于那些不能通过外周痛觉感受神经解释的疼痛,或者是在身体患病部位受到非疼痛性刺激后产生的疼痛或 HP 的情况,可能是中枢敏化/伤害可塑性疼痛的表现。另外,导致正常器官出现功能障碍的邻近结构敏化,称为交叉致敏。交叉致敏也是 CPP 产生的原因之一,与中枢敏化/伤害可塑性疼痛通常同时存在,并且常伴随其他多种病症,现在被认为是慢性重叠性疼痛症状之一。总之,如果出现皮肤异常性疼痛、HP、盆底压痛和(或)慢性重叠性疼痛这些症状,提示可能存在交叉致敏或中枢敏化/伤害可塑性疼痛(推荐强度:中,证据等级:中)。

## 2 慢性盆腔疼痛的评估

评估 CPP 的目的应该是建立治疗关系,同时通过详细的病史采集与系统的体格检查找到造成疼痛的影响因素,并帮助识别外周伤害感受以及发现中枢敏化/伤害可塑性疼痛的临床表现。

2.1 治疗关系 CPP 患者与医护人员之间的治疗关系可能会影响其对护理和治疗结果的满意度(推荐强度:中,证据等级:中)。因此,对 CPP 患者的评估不仅需要全面系统的方法,还需要富有同理心地了解患者的生活经历、其对疼痛的看法和治疗目标及期望,以确保评估过程全面充分。具体而言,在建立治疗关系时,医护人员应避免对疼痛的刻板印象,例如认为疼痛全是心理作用或是由于曾经遭受过性虐待所致,并且应通过患者对疼痛的详细描述与说明来验证疼痛

的存在,而不是简单地说“没有问题”。此外,积极耐心地倾听患者的经历,以确保其感到被理解和重视。同理心在这一过程中尤为重要,例如,在倾听过程中使用类似“那一定很困难”或“很抱歉你经历了那样的事情”等表述,表明对患者的关心和理解。这些措施有助于建立信任和有效的治疗关系,提高患者对护理和治疗结果的满意度。

2.2 病史采集 详细的病史采集有助于正确评估 CPP 的病因,包括详细记录内外科、妇科等病史。此外,社会心理因素也是病史采集中非常重要的部分。

在采集 CPP 患者的临床病史时,需要详细记录疼痛史,包括起病情况(如手术、囊肿破裂、流产等始发事件),持续时间和频率,以及诱发或缓解因素(如运动、性交、月经周期和药物)。还需了解疼痛的性质(如锐痛、绞痛或灼热感)、部位和放射区域(如弥漫、局部、单侧,或放射至背部、臀部、腹股沟、外阴),并在特定时间点对疼痛程度进行数值评分(0~10 分)。此外,还应包括既往治疗的效果(如询问患者曾尝试过哪些药物、手术或治疗措施,目前正在使用哪些方法,效果如何,以及是否存在副反应)。对于有盆腔手术史的患者,需记录曾进行过的针对疼痛的手术(如腹腔镜手术、子宫及其附件切除术等),术后疼痛缓解持续时长,和其他进行过的盆腔手术以及这些手术与疼痛发作的时间关系。

在社会心理因素方面,应通过问卷了解疼痛对患者生活的影响(如“这种疼痛对您的生活有何影响”),患者对疼痛的看法(如“您认为是什么导致了这种疼痛”),探讨疼痛灾难化(如“您是否对这种疼痛有任何的焦虑或担忧”),并了解患者此次就诊的治疗期望(如“您希望从这次治疗中获得什么样的结果”)。

妇科因素的评估也至关重要,包括痛经的性质(原发性或继发性)及对周期抑制的反应,性交相关疼痛(如阴道口/深部疼痛、性唤起或高潮时的疼痛),使用卫生棉条时的疼痛,无诱因的外阴或会阴部疼痛(如皮节疼痛、坐在马桶上时疼痛是否有所缓解),阴道分泌物是否异常、是否出现瘙痒症状以及阴蒂疼痛。此外,还需询问是否存在不孕史、性病史等情况。

2.3 体格检查 常规体格检查应包括腹部、盆腔、腰骶部及耻骨联合的检查。在总体评估情绪、步态、运动能力情况和疼痛表现等方面后,进行系统性检查。通过系统的体格检查,尤其是腹部和盆腔神经肌肉骨骼检查,可以进一步确认疼痛的来源和性质。

盆腔检查要常规进行女性内外生殖器官的视诊和触诊,观察生殖器官有无器质性病变或是否有任何外阴皮肤病变,同时辅以指压法和棉签检查腹部或盆底是否存在局部压痛点。包括使用棉签检查是否患

有诱发性阴道前庭痛和 S2~S4 神经支配区疼痛;使用单指进行阴道检查(评估盆底肌,检查阴道前壁是否有膀胱压痛,子宫颈、附件及子宫直肠窝是否有压痛和(或)结节;双合诊检查子宫的大小、位置、有无压痛、活动度,以及附件是否有肿块或压痛;如果怀疑深部子宫内膜异位症,或需确定子宫直肠窝扪及结节的范围,则需进行直肠阴道检查;如果患者能耐受双合诊检查,可使用窥阴器检查阴道、子宫颈及其周围的阴道穹隆,观察是否有分泌物或脱垂等问题。CPP 的另一种表现形式为腹壁疼痛。腹部检查时可以进行 Carnett 试验识别腹壁疼痛,也可用棉签进行异常性疼痛测试以发现腹部是否有局部(腹部伤口疤痕处)压痛点,同时需观察是否有肿块或疝。此外,下背部和骨盆区的检查包括筛查骨盆带疼痛、骨盆不对称、髋关节检查(如屈曲、外展和外旋试验,屈曲、内收和内旋试验)。以上检查时应注意患者的反应,评估局部压痛点和放射性疼痛的区域。当发现有压痛点时,需询问是否平时此处有类似的疼痛感。

**2.4 辅助检查** 辅助检查主要包括实验室检查和影像学检查。实验室检查对于诊断 CPP 的作用有限,应根据患者的症状和体格检查结果来制定个体化检查方案。如果膀胱有症状可进行尿液分析,怀疑有盆腔感染的患者应进行阴道涂片和子宫颈拭子检查。影像学检查主要包括阴道超声、彩色超声多普勒、电子计算机断层扫描(CT)、MRI 或静脉造影扫描等。彩色超声多普勒是一项低成本检查,可用于识别子宫病变(如子宫肌瘤或子宫腺肌症)以及附件病变(如子宫内膜异位或其他卵巢囊肿)(推荐强度:强;证据等级:中)。如有子宫或附件压痛或怀疑盆腔肿块的患者,可通过彩色超声多普勒检查进行初步评估。经阴道超声对诊断卵巢子宫内膜异位症具有很高的敏感度和特异度,也可识别深部浸润性子宫内膜异位症。此外,MRI 也能够评估异位内膜的浸润深度,对于涉及结直肠的病灶有 91% 的敏感度及 96% 的特异度,可以诊断卵巢异位内膜囊肿<sup>[14]</sup>。然而,虽然 MRI 可以诊断腹膜病灶,但是对于浅表型病灶也不能非常好的显示。诊断性腹腔镜检查是子宫内膜异位症诊断的金标准,然而作为一种侵入性检查,它存在一定的手术风险,增加医疗费用,且对于如纤维化病灶等的检测存在一定局限性。因此,MRI 和腹腔镜检查不建议作为 CPP 的常规诊断。

### 3 慢性盆腔疼痛的管理

#### 3.1 一般性非药物治疗方式

**3.1.1 疼痛神经科学教育(PNE)** PNE 是一种教育干预措施,它不仅从生物学角度解释疼痛机制与体验,还包括对其产生影响的心理和社会因素,从而帮

助患者重新认识持续性疼痛。患有 CPP 的女性通过 PNE 可显著提升神经生理相关知识。就治疗慢性疼痛而言,通过 PNE 干预,可以提高患者认知、减轻疼痛、改善日常机体功能、降低致残率、减少社会心理因素、增强运动能力和减少医疗资源过度消耗<sup>[11,12]</sup>。因此,PNE 应被纳入慢性疼痛管理的重要组成部分(推荐强度:强,证据等级:中)。

**3.1.2 健康行为改变** 许多生活方式已被证明与 CPP 密切相关,因此养成健康的行为习惯,包括调整饮食结构、锻炼和戒烟(推荐强度:有前提条件,证据等级:低)是至关重要的。饮食调整对于缓解 CPP 有着重要作用,推荐食用全天然食物,或者进行针对特定疼痛诱因的饮食干预(如针对 IBS 的低发酵、低聚糖、二糖、单糖和多元醇饮食,如奶酪、无乳糖牛奶和酸奶、无麸质黑面包、燕麦等,和针对 PBS 的利尿类饮食,如鱼类、猪蹄、牛肉、竹笋、冬瓜、哈密瓜、西瓜、草莓等肉类、蔬菜、水果)<sup>[13,14]</sup>。尽管锻炼和运动在减轻 CPP 程度和提高身体机能方面有一定效果,但相关证据的质量较低。

**3.1.3 物理治疗** CPP 的管理应包括物理治疗评估和疗法(推荐强度:强,证据等级:高)。特别是盆底物理治疗,涉及多种模式和方法,其中临床上支持筋膜手法治疗的循证医学证据最为充分。它包括对盆底及其周围筋膜结构进行内外手法治疗,在缓解 CPP 方面,已经显示出对总体反应评估、疼痛强度、生活质量、疼痛回避和致残率的显著效果。

为了更好地针对盆底 MTrPs 或压痛点,研究表明使用按摩棒对 CPP 患者是有益的<sup>[15,16]</sup>。盆底肌训练辅助生物反馈、多模式身体意识和运动疗法(包括运动模式、姿势、放松和功能性呼吸)也能缓解 CPP。需要强调的是,患者应遵循指南给出的建议,在家里进行伸展运动,积极参与治疗。这不仅有利于缓解疼痛,还可减轻中枢敏化/伤害可塑性疼痛带来的全身性不适等症状。此外,电疗法如阴道内电刺激和经皮胫神经电刺激,也能有效缓解 CPP。针灸也可以作为 CPP 的一种辅助疗法(推荐强度:有前提条件,证据等级:低)。

**3.1.4 心理治疗** 慢性疼痛的有效心理治疗包括认知行为疗法(推荐强度:强,证据等级:高)、接纳承诺疗法(推荐强度:强,证据等级:高)和正念冥想(推荐强度:有前提条件,证据等级:中)。这些干预措施可以改善情绪、减少灾难性思维、改善身体机能、增强自我效能感及减轻疼痛。疼痛对性功能的影响可以通过特定而有效的心理治疗方法得到缓解,这些方法结合了认知行为疗法、正念和两性生活治疗策略。针对失眠症,首选认知行为疗法相比长期使用安眠药更为安全可靠(推荐强度:强,证据等级:高)。

### 3.2 药物治疗

3.2.1 镇痛药 传统的镇痛药可能对于缓解 CPP 有效,尤其是在疼痛急剧发作时。强烈推荐使用非甾体类抗炎药( NSAIDs) 治疗痛经( 推荐强度: 强,证据等级: 中),但对于非月经周期内的 CPP,目前尚不清楚其疗效( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 低)。对乙酰氨基酚可用于基础镇痛,但目前尚无研究表明其治疗 CPP 的有效性。此外,阿片类药物不建议用于 CPP 的长期管理( 推荐强度: 强,证据等级: 中)。阿片类药物对急性疼痛和恶性疼痛有良好的效果,但在治疗慢性非癌症疼痛方面仍备受争议,并且长期使用此药存在耐受性、生理依赖、成瘾和疼痛敏化的风险。

3.2.2 神经调节剂 三环类抗抑郁药( TCAs) 是治疗神经源性 CPP 的一线药物,常用药物包括阿米替林、地昔帕明、去甲替林、氯米帕明、阿莫沙平等。有充分的证据表明,TCAs 可用于治疗神经源性盆腔疼痛( 推荐强度: 中等,证据等级: 强)、PBS/IC( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 中) 和 IBS( 以腹泻为主)( 推荐强度: 强,证据等级: 中)<sup>[1]</sup>。5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂( SNRIs),如度洛西汀( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 中) 和文拉法辛( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 低),可考虑用于慢性疼痛包括 CPP 的管理。加巴喷丁是治疗神经性疼痛的一种选择( 推荐强度: 强,证据等级: 中),但对于无妇科病理疾病的 CPP 患者不推荐使用加巴喷丁。此外,目前没有足够的证据推荐使用大麻素来治疗 CPP( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 低)。

3.2.3 局部药物治疗 辣椒素通过使 C 类无髓鞘神经纤维脱敏来缓解部分盆腔疼痛综合征。其他复方外用制剂,如利多卡因、阿米替林、加巴喷丁、双氯芬酸和氯胺酮等药物,使用证据较为有限。

### 3.3 针对性治疗

3.3.1 妇科因素 对于妇科因素导致的慢性疼痛,如痛经、子宫内膜异位症或子宫腺肌病,月经周期抑制可能是降低整体疼痛体验的重要治疗策略。对于有周期性疼痛加重的患者,一线治疗是联合激素避孕药( CHC),此外也常用孕激素。对于 CHC 或孕激素治疗无效的患者,促性腺激素释放激素激动剂( GnRH-a) 治疗( 如戈舍瑞林) 是月经抑制的有效选择。总之,在治疗 CPP 时,特别是对于有周期性加重或子宫内膜异位症的患者,应考虑使用孕激素和 GnRH-a 或拮抗剂( GnRH-ant)( 推荐强度: 强,证据等级: 中)。

3.3.2 PBS/IC PBS 的主要治疗方法包括教育与支持,以及对存在盆底功能障碍性疾病患者的物理治疗,同时还包括避免饮食诱发因素、膀胱再训练和( 或) 心理治疗。此外,在一系列药物治疗中,首先考

虑的用药可能是阿米替林和西咪替<sup>[3]</sup>;在使用戊聚糖多硫酸钠时,应重视其可能引起黄斑病变的风险。

3.3.3 IBS IBS 的初始治疗可能包括低 FODMAP 饮食、洋车前子可溶性纤维、薄荷油和益生菌,也可考虑转诊进行认知行为疗法或催眠治疗。妇科医生的首选药物包括解痉药、低剂量 TCAs 和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂( selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)。对于以腹泻为主的 IBS,间断使用洛哌丁胺可能是一种选择,但不应连续使用。对于以便秘为主的 IBS,利那洛肽是一种药物治疗选择<sup>[4]</sup>。此外,强烈建议的药物治疗包括洋车前草、低剂量 TCAs 和利那洛肽。生物反馈训练的物理治疗也被推荐用于排便功能障碍( 便秘) 的患者<sup>[4]</sup>。

3.4 手术治疗 腹腔镜的一个潜在优势是在诊断的同时进行治疗。然而,手术治疗 CPP 的益处尚存在争议。子宫内膜异位症的切除与消融术以及盆腔粘连松解术或骶前神经切除术对于治疗 CPP 的作用也同样存在争议<sup>[19,20]</sup>。此外,如果怀疑疼痛源自子宫,或为了消除复发性痛经引起的 HP 时,子宫切除术是行之有效的。然而,可能还存在其他疼痛源( 如筋膜) 与子宫切除术后的持续疼痛有关<sup>[21,22]</sup>。总之,由于缺乏明确且充分的临床证据,建议谨慎选择手术治疗 CPP。在与患者沟通讨论他们对于疼痛的想法和治疗的预期,并向其解释手术的原因及目的,以及术后疼痛可能保持病情不变或症状加重的可能性后,可以考虑进行手术治疗 CPP( 推荐强度: 强,推荐等级: 中)。

3.5 注射疗法 对于筋膜膜源性的 CPP,常用治疗方法包括手法治疗、针灸治疗( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 低) 以及单独或联合 0.9% 氯化钠溶液、麻醉镇痛药物和( 或) 类固醇作触发点注射。当手法治疗不成功或患者因疼痛而无法忍受其他治疗时,可以考虑给存在 MTrPs 的患者进行触发点注射,以缓解疼痛和改善功能。此外,神经阻滞已经被广泛应用于多种疼痛症状。在 CPP 患者中常用的神经阻滞方法有阴部神经阻滞、髂腹下/髂腹股沟神经阻滞、上腹下丛神经阻滞、奇神经节阻滞术等。操作时常用的麻醉剂包括利多卡因、类固醇等。当出现对盆腔物理治疗无反应的持续痉挛时,可考虑使用盆底肌肉毒杆菌注射( 推荐强度: 有前提条件,证据等级: 低)。总之,如果使用常用方法治疗后没有明显效果时,可以考虑结合具体的临床情况进行一些针对性注射镇痛治疗,如触发点注射和神经阻滞( 推荐强度: 可临床实践,证据等级: 低)。

3.6 多学科诊疗 考虑到 CPP 的复杂性和多因素性质,建议采用多模式诊疗方法。一项随机对照试验已经证明了与标准的单一诊疗相比,多学科诊疗对 CPP 的优势,这表明跨学科诊疗对于管理复杂的疼痛病症

更为适用<sup>[23,24]</sup>。妇科医生、家庭医生以及其他卫生保健提供者之间的沟通有助于促进护理的整合。妇科医生还应该积极与其他疼痛专科的医生或专家合作,如泌尿科医生、胃肠病学家、物理治疗师、介入放射科医生、麻醉医师、疼痛医学专家和疼痛门诊等,以提高患者的治疗效果。

根据多年的慢性疼痛研究,跨学科管理方案,结合了 PNE、心理治疗、物理治疗和医疗护理,并以生物社会心理模式为基础,可以为慢性疼痛(包括 CPP)患者提供比单独的常规药物治疗更为全面、有效的护理(推荐强度:强,证据等级:中)。

#### 4 小 结

综上所述,CPP 的管理已经因对这种疼痛机制的更好理解和对患者护理的优化综合方法而得到改善。具有感觉功能和中枢处理功能障碍的 CPP,被认为是一个全身性疾病过程,像其他慢性疾病一样,应该进行管理,而不是简单地解决局部症状。从生物心理社会视角,即综合考虑生物、心理和社会因素对个体的独立和共同影响,是治疗 CPP 最有效的指导理念。这就需要以患者为中心,了解其需求与想法,在评估和治疗中,以改善情绪、身体和社会功能为核心,采用多学科或跨学科方法,而不仅仅关注疼痛的减轻,能更有效地降低致残率。患者的积极参与是疼痛治疗成功的关键。

#### 参 考 文 献

- [1] Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11) [J]. Pain, 2019, 160(1): 19-27.
- [2] Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, et al. Chronic pelvic pain in women: a review [J]. JAMA, 2021, 325(23): 2381-2391.
- [3] Hunter CW, Stovall B, Chen G, et al. Anatomy, pathophysiology and interventional therapies for chronic pelvic pain: a review [J]. Pain Physician, 2018, 21(2): 147-167.
- [4] Burnett M, Lemyre M. No. 345-primary dysmenorrhea consensus guideline [J]. J Obstet Gynaecol Can, 2017, 39(7): 585-595.
- [5] Yosef A, Allaire C, Williams C, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women [J]. Am J Obstet Gynecol, 2016, 215(6): 760.e1-760.e14.
- [6] Meister MR, Sutcliffe S, Ghetti C, et al. Development of a standardized, reproducible screening examination for assessment of pelvic floor myofascial pain [J]. Am J Obstet Gynecol, 2019, 220(3): 255.e1-255.e9.
- [7] Nasr-Esfahani M, Jarrell J. Cotton-tipped applicator test: validity and reliability in chronic pelvic pain [J]. Am J Obstet Gynecol, 2013, 208(1): 52.e1-52.e5.
- [8] Jarrell J, Giamberardino MA, Robert M, et al. Bedside testing for chronic pelvic pain: discriminating visceral from somatic pain [J]. Pain Res Treat, 2011, 2011: 692102.
- [9] Shafrir AL, Martel E, Missmer SA, et al. Pelvic floor, abdominal and uterine tenderness in relation to pressure pain sensitivity among women with endometriosis and chronic pelvic pain [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021, 264: 247-253.
- [10] Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations [J]. Lancet, 2021, 397(10276): 839-852.
- [11] Louw A, Zimney K, Puente EJ, et al. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature [J]. Physiother Theory Pract, 2016, 32(5): 332-355.
- [12] James A, Thompson J, Neumann P, et al. Change in pain knowledge after a neuroscience education seminar for women with chronic pelvic pain [J]. The Australian and New Zealand Continence Journal, 2019, 25(2): 39-44.
- [13] Yosef A, Allaire C, Williams C, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women [J]. Am J Obstet Gynecol, 2016, 215(6): 760.e1-760.e14.
- [14] Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, et al. Canadian association of gastroenterology clinical practice guideline for the management of irritable bowel syndrome (IBS) [J]. J Can Assoc Gastroenterol, 2019, 2(1): 6-29.
- [15] Bond J, Pape H, Ayre C. Efficacy of a therapeutic wand in addition to physiotherapy for treating bladder pain syndrome in women: a pilot randomized controlled trial [J]. J Pelvic Obstet Gynaecol Physiother, 2017, 120(1): 12-17.
- [16] Anderson RU, Harvey RH, Wise D, et al. Chronic pelvic pain syndrome: reduction of medication use after pelvic floor physical therapy with an internal myofascial trigger point wand [J]. Appl Psychophysiol Biofeedback, 2015, 40(1): 45-52.
- [17] Ferreira GE, Abdel-Shaheed C, Underwood M, et al. Efficacy, safety, and tolerability of antidepressants for pain in adults: overview of systematic reviews [J]. BMJ, 2023, 380: e072415.
- [18] Cox A, Golda N, Nadeau G, et al. CUA guideline: diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome [J]. Can Urol Assoc J, 2016, 10(5-6): e136-e155.
- [19] Pundir J, Omanwa K, Kovoov E, et al. Laparoscopic excision versus ablation for endometriosis-associated pain: an updated systematic review and Meta-analysis [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24(5): 747-756.
- [20] Miller LE, Bhattacharyya R, Miller VM. Clinical utility of presacral neurectomy as an adjunct to conservative endometriosis surgery: systematic review and Meta-analysis of controlled studies [J]. Sci Rep, 2020, 10(1): 6901.
- [21] Abu-Alnadi N, Frame B, Moore KJ, et al. Myofascial pain in hysterectomy patients [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2021, 28(12): 2067-2072.
- [22] Senapati S, Atashroo D, Carey E, et al. Surgical interventions for chronic pelvic pain [J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2016, 28(4): 290-296.
- [23] Peters AA, Van Dorst E, Jellis B, et al. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain [J]. Obstet Gynecol, 1991, 77(5): 740-744.
- [24] Allaire C, Long AJ, Bedaiwy MA, et al. Interdisciplinary teams in endometriosis care [J]. Semin Reprod Med, 2020, 38(2-3): 227-234.

(收稿日期: 2024-05-20; 2024-07-05)