

· 专家共识 ·

女性慢性盆腔痛诊治中国专家共识

贺豪杰¹ 陈娟² 侯征¹ 段华³ 张鹏⁴ 路桂军⁵ 刘红菊⁶ 王立杰⁷ 马彩玲⁸
薛艳⁹ 王建六¹⁰ 黄向华¹¹ 赵霞¹² 郝敏¹³ 哈春芳¹⁴ 韩劲松¹ 王莎¹
李水清¹⁵ 梁志清¹⁶ 林井副¹⁷ 凌斌¹⁸ 路静¹⁹ 万有²⁰ 许泓²¹
张信美²² 周应芳²³ 朱根海²⁴ 朱兰² 郭红燕¹

¹北京大学第三医院妇产科 国家妇产疾病临床医学研究中心, 北京 100191; ²中国医学科学院北京协和医院妇产科 国家妇产疾病临床医学研究中心, 北京 100730; ³首都医科大学附属北京妇产医院妇科微创诊治中心, 北京 100006; ⁴中国康复研究中心泌尿科, 北京 100068; ⁵清华大学附属北京清华长庚医院疼痛科, 北京 102218; ⁶中国医学科学院北京协和医院疼痛科, 北京 100730; ⁷山东大学齐鲁医院妇产科, 济南 250012; ⁸新疆医科大学附属第一医院妇产科, 乌鲁木齐 830054; ⁹北京大学第三医院消化科, 北京 100191; ¹⁰北京大学人民医院妇产科, 北京 100044; ¹¹河北医科大学第二医院妇产科, 石家庄 050000; ¹²四川大学华西第二医院妇产科, 成都 610041; ¹³山西医科大学第二医院妇产科, 太原 030001; ¹⁴宁夏医科大学总医院妇产科, 银川 750004; ¹⁵北京大学第三医院疼痛科, 北京 100191; ¹⁶陆军军医大学第一附属医院妇产科, 重庆 430038; ¹⁷解放军总医院放射科, 北京 100853; ¹⁸中日友好医院妇产科, 北京 100029; ¹⁹新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市妇幼保健院妇科, 乌鲁木齐 830004; ²⁰北京大学基础医学院北京大学神经科学研究所, 北京 100191; ²¹上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院妇科, 上海 200030; ²²浙江大学医学院附属妇产科医院妇科, 杭州 310006; ²³北京大学第一医院妇产科, 北京 100034; ²⁴海南省人民医院妇产科, 海口 570311

通信作者: 朱兰, Email: zhu_julie@vip.sina.com; 郭红燕, Email: bysyghy@163.com

【摘要】 女性慢性盆腔痛(CPP)是定位于盆腔的持续6个月以上的疼痛,患病率高,病因涉及多个器官、系统,常伴有心理变化,严重影响患者的身心健康,诊治极为复杂,目前国内尚缺乏相应的诊治指南。本共识是在参考国际指南的基础上,结合国内的临床实践经验,由妇科、泌尿科、消化科、疼痛科、影像科、心理学及基础神经生物学等多学科专家共同讨论制定,详细阐述了CPP的评估(包括详细询问病史、系统全面查体、针对性的辅助检查以及疼痛、心理评估)、诊断和治疗(包括患者教育、药物治疗、康复治疗、介入治疗、手术治疗、补充和替代治疗、精神心理治疗和多学科综合治疗)等方面,并给出了19条推荐意见,旨在为这一复杂病症提供诊治思路以及为临床工作提供指导。

慢性盆腔痛(chronic pelvic pain, CPP)病因复杂、诊治棘手,涉及到包括妇科在内的多个相关学科,国内缺乏相关的诊治指南,为此国内相关领域

的妇科、泌尿科、消化科、疼痛科、影像科、心理学以及基础神经生物学专家经过讨论,并参考研究证据、国际指南以及中国的临床实际,制定了《女性慢

DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20240320-00171

收稿日期 2024-03-20 本文编辑 沈平虎

引用本文: 贺豪杰, 陈娟, 侯征, 等. 女性慢性盆腔痛诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2024, 59(10):

747-756. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20240320-00171.



中华医学杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



性盆腔痛诊治中国专家共识》，旨在为临床提供诊治思路以及实际工作指导。

一、定义

迄今为止, CPP 尚无国际通用的统一定义^[1], 尤其是在疼痛部位、持续时间以及是否具有周期性等问题上。国际上较为公认的标准为: 定位于盆腔的, 包括腹壁、盆腔器官、会阴区域、腰骶部、臀部, 持续 6 个月以上的非周期性疼痛; 如果周期性疼痛对生活和心理造成严重影响也归为 CPP 范畴^[2]。需要强调的是, 疼痛是一种主观感觉, 即使检查未见异常并不能否定 CPP 的诊断。按上述定义, 女性 CPP 的发病率为 5.7%~26.6%^[3], 影响人群广泛, 且对患者的生命质量影响大。

二、病因及分类

2020 年, 美国妇产科医师协会 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) 共识^[2]将 CPP 的病因分为器官疾病、神经肌肉骨骼异常及心理社会因素三大类。本共识主要采用此分类, 同时结合了 2015 年国际妇产科心身医学会 (International Society of Psychosomatics in Obstetrics

& Gynecology, ISPOG) CPP 共识的病因分类^[4], 具体见表 1。

器官疾病产生的疼痛主要为内脏神经痛, 其特点包括: 疼痛弥散、定位不准、界限不清; 对牵拉、缺血、炎症敏感; 常常伴有自主神经症状, 包括出汗、生命体征异常或胃肠道症状。器官疾病的分类包括女性生殖系统、泌尿系统及消化系统疾病, 其中, 既包括炎症、肿瘤、结石等特定疾病, 也包括病因不明、需排他性诊断的综合征, 需进行细致的鉴别诊断。最易引起 CPP 的器官疾病、综合征包括: 子宫内膜异位症、间质性膀胱炎及所致膀胱疼痛综合征 (interstitial cystitis/bladder pain syndrome, IC/BPS)、肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS)^[5]。神经肌肉疼痛与长期微损伤、姿势不良、手术创伤造成肌肉筋膜产生扳机点或神经血管卡压有关, 其特点为查体触及相关肌肉群可复现的疼痛。精神社会因素在各种疼痛中均起着重要作用, 影响疼痛的严重程度及预后。需要强调的是器官疾病可以同时合并神经肌肉疼痛及精神社会因素。

表 1 慢性盆腔痛病因分类 (参考 2020 年 ACOG 共识^[2]及 2015 年 ISPOG 共识^[4])

器官疾病原因	神经肌肉原因	精神社会原因
生殖系统	纤维肌痛	虐待
子宫内膜异位症及子宫腺肌病	姿势综合征	药物依赖
盆腔炎症性疾病及其后遗症	肌筋膜痛综合征	躯体症状障碍
残留卵巢综合征 (residual ovary syndrome) 及卵巢残余物综合征 (ovarian remnant syndrome)	尾骨痛	抑郁症
盆腔粘连	肛提肌综合征	焦虑症
盆腔淤血综合征	腹壁综合征	精神分裂症
妇科恶性肿瘤	肌肉损伤	
附件肿物	扳机点	
子宫肌瘤	神经源性	
外阴前庭炎	腹型癫痫	
盆腔器官脱垂及其手术后并发症	腹型偏头痛	
生殖系统畸形	神经病理性疼痛	
泌尿系统		
间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征		
膀胱肿瘤及其治疗并发症		
泌尿系统慢性感染性疾病		
尿道综合征		
泌尿系统结石		
尿道憩室		
膀胱功能紊乱		
消化系统		
肠易激综合征		
炎症性肠病、慢性阑尾炎		
结直肠肿瘤及其治疗并发症		
乳糜泻		
结肠憩室		
慢性不全肠梗阻		

注: ACOG 表示美国妇产科医师协会; ISPOG 表示国际妇产科心身医学会



三、评估流程

CPP 需要通过详细询问病史、系统全面的查体以及有的放矢的辅助检查进行临床评估,从而确定发病器官及病因^[6]。

1. 临床病史采集:因 CPP 病史复杂且特殊,临床病史采集需要足够的时间和耐心,认真倾听并引导患者陈述。

推荐采用填写问卷的方式获得完整病史,推荐国际盆腔痛学会(International Pelvic Pain Society, IPPS)在其网站(www.pelvicpain.org)公布的盆腔疼痛评估问卷,内容包括患者的基本信息、疼痛的描述及诱因、不同情况下疼痛的评分、疼痛的人体定位图、月经史、消化道症状、健康习惯、排尿症状、疼痛性质、治疗措施及效果、手术及术中所见以及心理状况等。在问卷的基础上,还要再次详细补充询问病史,以获得更翔实的记录。

参考表 2 作为 CPP 问诊提纲进行初筛。

在初筛的基础上再进一步询问相关问题。如果疼痛与月经相关,需详细了解具体的发生时间(月经期、排卵期或月经后疼痛)。对于性交痛,需了解是性交时痛还是性交后痛、持续时间以及具体的疼痛部位(阴道口痛、深部阴道痛或下腹痛),如:子宫内膜异位症往往是性交时阴道深部或下腹痛;阴部神经痛经常是性交开始时的阴道口或阴道内疼痛,疼痛一旦被激发,常持续至性交后数小时甚至数天,坐位时疼痛加重;盆腔炎症性疾病(pelvic inflammatory disease, PID)及 IC/BPS 常表现为性交后下腹痛。如果疼痛与排尿相关,应具体询问有无尿频、尿痛、夜尿增多等,有无诱发因素(如辛辣饮食),是否使用过抗生素治疗、是否有效等,以区分泌尿系统感染及 IC/BPS。

病史询问,可以帮助初步界定复杂 CPP 的器官源性,有些患者通过询问病史甚至可以达到初步诊断;重要的是,为下一步的查体和辅助检查的选择

提供了依据和方向。

2. 查体:目的是了解疼痛的部位及特征,为进一步诊断 CPP 的可能原因提供最直接的依据。

因 CPP 病因可能涉及盆腔以外器官,查体需包括站立位、坐位、卧位及膀胱截石位等不同体位且应为多系统的全面查体。最好在疼痛发作的时候进行检查,通过检查疼痛及压痛位置复现疼痛,描绘疼痛“地图”。

站立位观察患者的站姿、步态,观察脊柱有无侧弯,双侧髋髂关节是否对称、是否有压痛,脊柱及脊椎旁肌肉是否有压痛,是否有腹壁疝、切口疝,单腿站立试验,扭髌运动及前屈、后仰是否受限,耻骨联合是否有压痛,以及腰背部肌肉筋膜的压痛点等来判断是否有肌肉骨骼系统的异常。

坐位注意观察患者的坐姿,如:阴部神经痛患者可能坐位会加重疼痛,患者往往站立就医或坐位时以健侧臀部着力以避免压迫患侧阴部神经而诱发疼痛。

卧位重点为腹部检查,检查有无触痛和扳机点;推荐对腹壁扳机点进行 Carnett 试验^[7],阳性结果是指在肌肉收缩时腹壁压痛点疼痛加重或不缓解,提示疼痛位于腹壁,而非盆腹腔器官。如果疼痛与体位、劳累、体育锻炼有关,除行上述检查外,应行腰大肌试验、闭孔肌试验、“4”字试验、直腿抬高试验以除外髋髂关节、腰椎以及肌肉筋膜疾患。腹部查体还应关注肌张力、有无压痛、反跳痛、腹膜刺激征等,阳性往往提示盆腔器官相关疼痛。另外,需注意检查腹股沟区有无疝、淋巴结增大等。

以膀胱截石位进行外生殖器检查,特别是有外阴、阴道疼痛以及性交痛的患者,除了关注外阴皮肤、黏膜有无红肿、溃疡、异常分泌物等之外,须注意有无皮肤捏痛、前庭部位触痛,以及行棉签或牙签试验来判断是否有阴部神经支配区域的神经敏感体征。注意阴道检查强调先用单指检查,依次检

表 2 慢性盆腔痛初步问诊提纲

一般问题	何时开始疼痛,疼痛如何发作,有何诱因;疼痛发作的性质、部位、持续时间;是否有发热;疼痛一旦开始是否有扩散或放射;使疼痛加重或缓解的因素
生殖系统相关	疼痛是否与月经周期有关;是否有性交痛;是否有阴道分泌物增多
泌尿系统相关	疼痛是否与排尿相关,是否有尿频、憋尿时疼痛加重、夜尿增多、尿道口痛
消化系统相关	是否有便秘、腹泻、便血或其他与胃肠道相关的症状;排便前疼痛是否加重,排便后是否减轻
伴随的皮肤、肌肉症状	疼痛是否与皮肤(疼痛、瘙痒、烧灼感)及姿势、运动相关,是否与肌肉关节有关
伴随的精神状态	疼痛是否引起情绪异常如焦虑或抑郁;睡眠状况
疼痛治疗情况及效果	曾采取过什么措施、药物来缓解疼痛,是否有效
患者对于疼痛的关注点	患者认为疼痛的原因是什么;对于疼痛,患者最关注什么

查阴道前壁(膀胱、尿道)有无压痛、盆底肌肉的肌力及肌张力以及有无扳机点、坐骨棘内侧有无触痛。阴道前壁的压痛和憋尿感是 IC/BPS 的特征之一;而坐骨棘内侧触痛或闭孔内肌下方的阴部神经管触痛往往是阴部神经痛的体征;盆底肌肉触痛往往提示伴发盆底肌肉筋膜炎。描述时需要描述检查的体位、路径(经阴道或经肛门检查),扳机点触痛的位置、肌肉群,触痛的程度及是否有放射^[8]。

最后进行窥具检查及双合诊盆腔检查,检查有无子宫颈举摆痛,宫骶韧带是否增粗、有无触痛,子宫后壁、阴道后穹隆有无触痛结节,是否有肿物及盆腔器官活动度等来辅助诊断 PID、子宫内膜异位症等妇科原因引起的 CPP。为避免遗漏,建议查体完毕立即填写 IPPS 疼痛评估问卷的体格检查部分。

3. 辅助检查:在填写问卷、问诊、全面查体后,初步判断 CPP 的病因,再有的放矢进行相关的辅助检查。CT、MRI 检查不作为常规检查方法。诊断性腹腔镜检查尚存争议。见表 3。

4. 疼痛、心理状态评估:除了问诊、查体外,对于慢性疼痛的患者需要进行疼痛、心理状态的评估。

有关疼痛强度的评估方法主要包括视觉模拟评分法(visual analog scale, VAS)、口述分级评分法(verbal rating scale, VRS)、面部表情疼痛量表(faces pain scale, FPS)等^[9];综合评估疼痛性质及强度的评估量表常用 McGill 疼痛问卷(McGill pain questionnaire)^[10]。另外,对生命质量的评估较常采用的是健康调查简表(the medical outcomes study 36-item short form health survey, SF-36)^[11-12]。

CPP 可引起心理疾患,同时,其共存的心理问题也影响疼痛的感知及促进慢性疼痛的发展。在 CPP 患者中,常伴有焦虑及抑郁情绪^[2]。可借鉴一些心理筛查量表对患者心理状态进行评估,如:患者健康问卷抑郁量表(patient health questionnaire-9, PHQ-9)、患者健康问卷躯体症状群量表(patient health questionnaire-15, PHQ-15)^[13]进行筛查,若可

疑有焦虑抑郁问题或怀疑焦虑抑郁引起躯体化症状,需要专业精神心理医生会诊。

四、治疗

1. 疼痛外周敏化及中枢敏化理论与早治疗:如果疼痛或引起疼痛的病因持续存在,可造成外周和中枢水平的炎性因子、受体、突触、信号通路等异常表达,门控钠通道或钙通道等异常开放,中枢的调控能力下降;内源性血清素、去甲肾上腺素、内源性阿片类药物等释放异常,导致患者痛阈下降,出现痛觉超敏,同时容易并发心理和睡眠障碍^[13]。基于上述疼痛敏化的理论,建议患者早诊断、早治疗。

2. 患者教育:患者教育包括解释疼痛的病因,消除对未知病因的焦虑情绪。鼓励特殊病因的患者自我管理。如:IC/BPS 患者的饮食及生活习惯建议,阴部神经痛患者建议“马桶型”坐垫避免压迫阴部神经,以及盆底肌筋膜痛患者的放松治疗、姿势纠正等建议。

3. 药物治疗:(1)止痛药:推荐首选非阿片类止痛药^[2]。

对乙酰氨基酚是一类耐受性良好的止痛药,为非处方药,有中枢性解热镇痛效果,并能抑制下行 5-羟色胺能通路及抑制一氧化氮合成而发挥解热镇痛作用,不作用于外周环氧合酶(cyclooxygenase, COX)受体,抗炎作用弱。镇痛效果在个体间差异较大,需要根据患者的治疗效果决定是否可长期应用。不良反应主要包括出汗、胃肠道反应及皮疹。每天剂量不超过 2 g^[13]。

非甾体类抗炎药(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID)通过抑制 COX,减少前列腺素的产生而发挥作用,对于外周及炎症相关疼痛有效。NSAID 是治疗类风湿关节炎、骨性关节炎、痛风以及各类轻中度疼痛的一线用药,尤其是急、慢性炎性疼痛。COX 有两种异构体,即 COX1 和 COX2,对 COX1 和 COX2 作用的不同是 NSAID 药理作用和不良反应的主要原因,对

表 3 慢性盆腔痛辅助检查推荐

月经相关疼痛	基本检查:血 CA ₁₂₅ 、妇科超声检查。诊断困难或合并排尿、排便症状、高度可疑特殊部位子宫内膜异位症者行盆腔 MRI 检查
泌尿系统相关疼痛	尿常规、中段尿培养、泌尿系统超声检查;可疑占位性病变,行泌尿系统 CT 及膀胱镜检查;高度可疑 IC/BPS,行钾离子膀胱灌注试验、膀胱镜下水扩张术
消化道相关疼痛	消化内镜、消化道造影、盆腹腔 CT、直肠电生理等检查,也需除外炎症性肠病及消化道肿瘤 ^[6]
阴部神经相关疼痛	查体有坐骨棘或阴部神经管压痛,阴部神经阻滞可作为治疗性诊断
盆底肌筋膜相关疼痛	盆底电生理、X 线、MRI 检查



COX1 的抑制作用越强,导致消化道反应的不良反应越大,非选择性 NSAID 如布洛芬、双氯芬酸、吲哚美辛,长期使用需注意其消化道溃疡等不良反应。

选择性 COX2 抑制剂如塞来昔布,主要用于骨性关节炎、风湿性关节炎、强直性脊柱炎以及痛经等疼痛患者。由于其选择性作用于 COX2 受体,消化道溃疡不良反应发生率降低。用法 100~200 mg 口服,每天 2 次。磺胺类过敏、荨麻疹及冠心病者禁用。同对乙酰氨基酚,NSAID 药物也需权衡其镇痛效果及不良反应来综合评价此类药物针对个体是否适合长期应用。

不同于急性疼痛,阿片类止痛药不推荐作为非癌性 CPP 的常规及一线用药。而且,阿片类药物不能与苯二氮草类药物如地西泮等一起使用。长期使用阿片类止痛药有呼吸抑制、便秘、口干、恶心、呕吐、嗜睡、谵妄、躯体依赖及戒断症状等不良反应^[14]。若已开始使用阿片类药物,建议逐渐减量,具体应在疼痛科等专科医生指导下进行。

(2) 抗抑郁药物:可以提高中枢神经系统中 5-羟色胺、去甲肾上腺素及多巴胺等的浓度进而抑制兴奋性神经递质的释放,起到钝化痛觉通路的作用。可用于神经肌肉原因引起的 CPP 以及 IC/BPS,尤其是对于合并中重度抑郁的患者,建议心理治疗的同时加用抗抑郁药物治疗,可同时改善疼痛及抑郁症状,并可增强神经源性疼痛物理治疗的效用。

常用药物为三环类抗抑郁药及选择性 5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SSNRI)^[15]。

阿米替林是最常用的三环类抗抑郁药,用量:12.5~25 mg,每天 3 次,一般最大剂量不超过 150 mg/d,不良反应有抗胆碱能反应如口干、嗜睡、便秘等。严重心脏病、青光眼、麻痹性肠梗阻、甲状腺机能亢进、有癫痫病史患者禁用。

度洛西汀、文拉法辛是 SSNRI 的代表药物。度洛西汀用于外周神经源性疼痛及纤维肌痛的推荐剂量为 60 mg/d。另外,度洛西汀是唯一被美国食品药品监督管理局(FDA)批准用于治疗肌肉骨骼疼痛的抗抑郁药。对度洛西汀过敏、病情未控制的闭角型青光眼患者禁用,且禁止与单胺氧化酶抑制剂如异烟肼等合用,25 岁以下及肝肾功能异常者不推荐使用。

(3) 钙离子通道 $\alpha 2\delta$ 配体药物:钙离子通道 $\alpha 2\delta$ 配体药物(抗惊厥药)中,加巴喷丁及普瑞巴林是治疗 CPP 的常用药物。推荐其用于骨骼肌肉及神经

源性 CPP^[2,16]。加巴喷丁建议从 300 mg/d 逐渐加量至 900~1 200 mg/d,每天不超过 2.4 g,其常见不良反应为头晕、困倦、外周水肿,持续用药后不良反应可减轻。除推荐用于上述神经源性及骨骼肌肉疼痛外,加巴喷丁也可用于 IC/BPS。普瑞巴林的用量推荐 300 mg/d,其不良反应与加巴喷丁相似。用药均需要遵循夜间起始、缓慢加量及逐渐减量的原则。

(4) 抗生素:在 CPP 患者中是否应用抗生素尚有争议。推荐在 PID 患者中应用抗生素,以缓解症状及保护生殖生育功能^[17]。根据经验选择广谱抗生素以覆盖可能的病原体,包括淋病奈瑟菌、沙眼衣原体、支原体、厌氧菌和需氧菌等。根据严重程度决定静脉给药或非静脉给药以及是否需要住院治疗^[18]。

口服药物可选择二代或三代头孢菌素类药物(如头孢唑肟、头孢噻肟等),或氧氟沙星 0.4 g/12 h,或左氧氟沙星 0.5 g/d,共 14 d。如果所选口服药物不覆盖厌氧菌,需加用硝基咪唑类药物,如:甲硝唑 0.4 g/12 h,口服。为治疗非典型病原微生物,可加用多西环素 0.1 g/12 h 口服(或米诺环素 0.1 g/12 h 口服);或阿奇霉素 0.5 g/d,口服,1~2 d 后改为 0.25 g/d,共 5~7 d^[18]。

(5) 性激素类药物:这类药物种类较多,常用于子宫内膜异位症和子宫腺肌病的长期管理,包括短效复方口服避孕药(combined oral contraceptives, COC)、促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH-a)、孕激素及其衍生物等。其在控制痛经的同时,对于子宫内膜异位症引起的 CPP 以及原因不明的 CPP 均有一定效果。长期应用需注意各种药物的适用人群以及应用注意事项和不良反应。

①COC:有效缓解痛经、子宫内膜异位症相关疼痛,同时可以规律月经,减少月经量^[19-21]。40 岁以上或有高危因素(如糖尿病、高血压、血栓史及吸烟)的患者慎用,须警惕血栓风险。

②GnRH-a:GnRH-a 作用较 COC 更强,但极低的雌激素水平会导致其长期应用受限;其主要不良反应是低雌激素相关的潮热、阴道干涩、骨质丢失、情绪变化、睡眠不良等。可以采用低剂量雌激素“反向添加疗法”,在改善症状的同时疗效仍有保障^[22]。另外,观察性研究显示,GnRH-a 可用于治疗及诊断与残留卵巢综合征相关的 CPP^[23]。

③孕激素及其衍生物:孕激素治疗与子宫内膜异位症相关的 CPP 有效,其机制主要通过子宫内膜



蜕膜化进而使内膜萎缩。用于治疗的孕激素包括醋酸甲羟孕酮(medroxyprogesterone acetate)、左炔诺孕酮宫内释放系统(levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNG-IUS)、19-去甲睾酮衍生物(如炔诺酮及地诺孕素)^[19,24-25]。地诺孕素是同时具有 19-去甲睾酮和孕酮衍生物特性的新型人工合成孕激素,在缓解子宫内膜异位症相关疼痛方面,地诺孕素及 GnRH-a 同样有效,且可以长期用药,潮热方面的不良反应少于 GnRH-a,主要不良反应为子宫不规则出血^[25]。

(6) 针对 IC/BPS 的药物:IC 是膀胱无菌性炎症,发病与膀胱黏膜糖胺聚糖缺失及肥大细胞作用相关,以尿频、尿急、夜尿增多、膀胱充盈时耻骨上区域疼痛为主要症状,有时也可出现尿道及会阴部疼痛,在排尿后得到缓解。IC/BPS 较顽固,临床疗效不确切,容易出现治疗后症状反复。常用的治疗方法为药物治疗和膀胱灌注治疗,保守治疗无效可考虑骶神经调节治疗及手术治疗。

① 戊聚糖多硫酸盐:戊聚糖多硫酸盐是唯一由 FDA 批准用于 IC/BPS 治疗的口服药物^[26-28],其机制主要是纠正膀胱上皮的糖胺聚糖缺失,可缓解疼痛、尿急、尿频,但对夜尿增多无效果。用量:100 mg 口服,每天 3 次。用药 32 周有 50% 的患者有效。对于效果不明显的患者,可加用肝素治疗^[29-30]。

② 抗组胺药物:肥大细胞释放组胺类物质在 IC/BPS 中发挥作用,所以抗组胺药物对遗传性过敏性 IC/BPS 或活检组织中有肥大细胞明显聚集的患者有效。常用的抗组胺药物羟嗪^[26-27]通过阻断 H1 受体起作用,用量:羟嗪 25~75 mg/d,主要不良反应为嗜睡、眩晕。

③ 免疫抑制剂:由于其免疫抑制作用,需谨慎选用。环孢素通过抑制 T 淋巴细胞激活、稳定肥大细胞而起作用,常用剂量:1.5 mg/kg,每天 2 次。环孢素有止痛效果,但对尿频、尿急症状的效果有限。糖皮质激素由于缺乏证据而不推荐使用^[28]。对于合并自身免疫性疾病(如系统性红斑狼疮)的 IC/BPS 患者,激素治疗及免疫抑制剂治疗需遵循风湿免疫科专科意见。

④ 膀胱灌注药物:推荐采用多种药物的“鸡尾酒”法膀胱灌注,常用药物包括局部麻醉药如利多卡因(1%)、二甲亚砜(50% 溶液 50 ml)、肝素(10 000 U)、透明质酸(40 mg)及硫酸软骨素(0.2%~2%)等。单用或多种药物混合膀胱灌注 1~

3 次/周,持续 6~8 周,对于膀胱疼痛、尿频、尿急症状有效。透明质酸及硫酸软骨素膀胱灌注可能修复糖胺聚糖缺失,但现有的临床试验由于缺乏对照组而证据有限^[28]。

(7) 针对 IBS 药物^[31]:IBS 是一组持续或间歇发作,以腹痛、腹胀、排便习惯和(或)大便性状改变为临床表现,且排除消化道器质性病变的肠道功能紊乱性疾病。推荐目前国际公认的 IBS 罗马 III 诊断标准:反复发作的腹痛或不适(即感觉不舒服而非疼痛),最近 3 个月内每个月至少有 3 d 出现症状,合并以下 2 条或多条:① 排便后症状缓解;② 发作时伴有排便频率改变;③ 发作时伴有排便性状(外观)改变。IBS 的治疗主要是饮食及生活习惯调节。解痉剂如匹维溴铵 50 mg、每天 3 次,可以缓解腹痛症状^[32]。止泻药物如蒙脱石、洛哌丁胺可缓解 IBS 患者的腹泻症状^[33-34]。利那洛肽是鸟苷酸环化酶 C 激动剂,是治疗 IBS 伴发便秘的有效药物^[35]。肠道不吸收的抗生素(主要是利福昔明)可以改善非便秘型 IBS 患者的疼痛症状及腹胀、腹泻症状^[36]。渗透性泻剂如聚乙二醇 10 g,1~2 次/d,可用于缓解便秘型 IBS 患者的便秘症状^[37],乳果糖由于可能增加腹胀症状而不推荐使用^[38]。益生菌如双歧杆菌、乳杆菌对改善 IBS 疼痛症状有一定的疗效^[36]。抗焦虑抑郁药可试用于 IBS 的治疗,中医药可能对改善 IBS 症状有一定的效果。

4. 康复治疗:CPP 的康复治疗主要针对神经肌肉原因引起的疼痛,较为典型的且与妇科关系密切的是盆底筋膜痛综合征(myofascial pelvic pain syndrome, MPPS),其疼痛来源于缩短、紧绷且有触痛的盆底肌肉和筋膜,伴有高度敏感的扳机点,临床表现为骨盆、阴道、外阴、直肠或膀胱等部位的疼痛。欧洲泌尿学会指南^[28]推荐康复治疗是 MPPS 的首选治疗方案,也可辅助用于各类 CPP;包括肌肉筋膜手法治疗(myofascial physical treatment)、生物反馈治疗(biofeedback)和电刺激疗法(electrical stimulation therapy)等^[28]。ACOG 共识^[2]也提出盆底物理治疗及认知行为疗法可用于治疗肌肉筋膜及社会心理原因所引起的 CPP。

(1) 肌肉筋膜手法治疗:主要包括肌肉筋膜放松治疗和按摩扳机点治疗,肌肉筋膜放松治疗的原理是对痉挛的肌肉筋膜进行拉伸和脱敏,可以使挛缩的肌肉舒展,恢复供血,缓解疼痛。按摩扳机点治疗可以提高肌肉筋膜内感受器的痛觉阈值,减轻疼痛的敏感性,起到疼痛脱敏的效果。



(2)生物反馈治疗:盆底生物反馈治疗是将盆底肌肉运动信号转换成声音或视觉等患者可以感知的信号,通过这些反馈信息,指导患者进行正确的盆底肌训练。目的是纠正盆底肌肉的过度活动和功能失调,放松紧张的肌肉筋膜,重新建立大脑与盆底肌肉之间的反射通路。

(3)电刺激疗法:基于疼痛的闸门控制理论,通过皮肤表面电极之间传导电流,达到镇痛的目的。目前多用的是经皮电刺激疗法(transcutaneous electrical nerve stimulation)及经阴道电刺激疗法。

5. 介入治疗:(1)神经阻滞治疗:是指使用药物或物理措施,阻断局部感觉神经纤维的传导功能,以达到缓解或消除疼痛的目的。多用局部麻醉药或局部麻醉药联合糖皮质激素类药物进行神经阻滞。针对 CPP 常用的神经阻滞治疗,包括髂腹下神经阻滞、髂腹股沟神经阻滞,主要适用于下腹腹壁肌肉筋膜或髂腹下神经、髂腹股沟神经支配区域的疼痛;阴部神经阻滞,适用于盆底肌筋膜痛及阴部神经支配区域(阴阜、外阴、阴道及肛周区域)的疼痛;上腹下丛阻滞,用于直肠、子宫等器官疼痛的治疗;奇神经节阻滞,针对盆腔交感神经疼痛。神经阻滞治疗适应证的选择、长期效果、不良反应均需慎重评估。

(2)扳机点药物注射(trigger point injection):推荐扳机点药物注射用于治疗肌肉筋膜源性 CPP^[2],比单纯缺血性按摩有效^[39],尤其适用于物理治疗和药物治疗无效的盆底肌肉痉挛患者。注射药物多采用布比卡因或罗哌卡因、激素类药物、阿片类药物,单用或联合应用。常用药物:0.5%或1%利多卡因及0.125%布比卡因混合溶液每个扳机点注射1~2 ml。禁忌证为感染、凝血功能障碍,注意避免麻醉剂进入血液循环及局部血肿形成。肉毒毒素(botulinum neurotoxin)是由肉毒梭菌产生的细菌外毒素,肉毒毒素注射治疗主要用于物理治疗失败的肌肉筋膜源性疼痛患者^[40-41]。

(3)神经调节(neuromodulation):包括脊髓刺激(spinal cord stimulation)、骶神经根刺激、背根神经节刺激及周围神经刺激。由于价格昂贵,仅适用于对药物等保守治疗无效的 CPP 患者,并且在放入永久调节器之前先有试验刺激阶段^[42]。目前,有小样本量的初步研究^[42],尚需大样本量的临床研究进一步证实其疗效。

6. 手术治疗:(1)子宫内膜异位症病灶切除术:CPP 患者中明确有子宫内膜异位症病灶,尤其是药

物治疗效果欠佳者,建议手术切除异位病灶,术后给予药物治疗。具体的手术治疗措施需综合考虑患者的年龄、疾病状况及生育要求等因素^[20]。

(2)粘连松解术:不推荐对 CPP 患者常规进行粘连松解术^[2]。排除子宫内膜异位症、子宫腺肌病和附件疾病等妇科病因后,腹腔镜粘连松解术对于治疗 CPP 无效,并且增加了手术并发症的风险,增加了额外的医疗费用^[43]。但是,对于粘连引起肠狭窄导致的 CPP,粘连松解术有一定的作用。

(3)子宫切除术:仅对明确由子宫病因(如子宫腺肌病)造成盆腔疼痛的 CPP 患者可以行子宫切除术,且应考虑患者的年龄及生育计划^[20]。须警惕术后一些患者仍会存在 CPP 的相应症状。

(4)骶前神经切断术及子宫神经切断术:不推荐将骶前神经切断及子宫神经切断术作为 CPP 的常规治疗方法^[20]。骶前神经切断术可能对子宫内膜异位症引起的中线型痛经有效,但对性交痛等并无改善,子宫神经切断术已有明确证据无治疗疼痛的效果^[19]。

(5)针对 IC/BPS 的手术:包括膀胱镜检查及膀胱镜下水扩张术、A 型肉毒毒素注射、经尿道切除膀胱上皮病变、电凝及激光手术、膀胱切除术^[28]。尽管膀胱镜下水扩张术对 IC/BPS 是一种常用的治疗方法,但尚缺乏充分的科学依据,可作为诊断性评估方法及除外隐匿的膀胱肿瘤,但对治疗作用有限,尤其不建议反复施行。对 Hurner 溃疡行电凝、激光等治疗对 IC/BPS 疼痛有效。A 型肉毒毒素膀胱壁注射可通过对膀胱的传入通路的抗伤害作用,从而改善症状及尿动力学,但需警惕尿潴留。膀胱切除术用于对上述保守治疗无效的患者。

(6)神经减压术:在治疗 CPP 方面,神经减压术及神经调节尚处于试验性治疗阶段,如骶棘韧带及骶结节韧带或阴部神经管狭窄造成的阴部神经卡压,保守治疗无效或反复复发者,可进行阴部神经减压术。其效果及安全性尚需要进一步的证据^[2]。

7. 补充和替代治疗:包括利用生物源性物质的天然成分进行治疗(如大麻素、中药)、精神-躯体疗法(如瑜伽、太极)以及针灸等疗法。补充和替代治疗对神经肌肉疼痛有效^[2, 44]。针灸可显著减轻疼痛及减少阿片类药物的用量^[44]。瑜伽、放松、太极、按摩及手法治疗显示有效,但证据级别均较低^[2]。

8. 精神心理治疗:对于 CPP,精神心理治疗与病因治疗同等重要。基本的心身护理应该从诊治开始就包含在 CPP 的治疗理念中。认知行为疗法



是一种以目标为导向的疗法,当与药物和物理治疗结合时,其优势在于缓解抑郁和疼痛对人际关系和其他方面的影响。证据显示,认知行为疗法与不治疗相比有少到中等的益处^[2]。

9. 多学科综合治疗:CPP 的多学科综合治疗涉及疼痛科、妇科、泌尿科、消化科、普外科、肛肠科、康复科、影像科、神经科、精神心理科、物理治疗等。何时寻求多学科诊治则需要根据患者病情的复杂性、首诊医生的专业性以及获得多学科诊治资源的便利性来个体化进行^[2]。

综上所述,CPP 是一种相对常见而临床诊治棘手的症候群,需要充分评估、全面认识才能够对其给予准确有效的治疗。多学科团队在其中起着至关重要的作用。治疗手段的多样性需要临床医生在多种方法中选择对患者最有效的方法,并采用多维度分层次的规范化、个体化治疗。

五、推荐意见汇总

本共识参照 2001 年英国牛津循证医学中心的证据分级与推荐意见强度,将证据分为 1、2、3、4、5 共 5 个级别,推荐等级分为 A、B、C、D 共 4 个等级。见表 4。

1. A 级推荐:

(1) 不推荐阿片类药物作为治疗 CPP 的一线药物(1/A)。

(2) 不推荐常规腹腔镜粘连松解术用于治疗 CPP(1/A)。

(3) 解痉剂可改善 IBS 症状,对腹痛有效(1/A)。

2. B 级推荐:

(1) 推荐多学科综合治疗用于 CPP(2/B)。

(2) 推荐针灸用于治疗 CPP(2/B)。

(3) 戊聚糖多硫酸盐用于治疗 IC/BPS(2/B)。

(4) 推荐三环类抗抑郁药阿米替林可用于治疗 IC/BPS(2/B)。

(5) 推荐钙离子通道 $\alpha 2\delta$ 配体药物加巴喷丁用

于治疗 IC/BPS 所致 CPP(2/B)。

(6) 膀胱灌注(“鸡尾酒”法)用于治疗 IC/BPS 引起的 CPP(2/B)。

(7) 膀胱镜下水扩张术用于诊断治疗 IC/BPS(3/B)。

(8) 扳机点注射麻醉药和激素等的混合制剂可用于治疗肌肉筋膜源性 CPP(2/B)。

(9) 肌肉筋膜手法治疗可用于治疗 MPPS(2/B)。

(10) 盆底神经电刺激疗法可用于治疗 MPPS(2/B)。

(11) 子宫内膜异位病灶切除术用于治疗子宫内膜异位症相关疼痛(3/B)。

(12) COC、孕激素及其衍生物及 GnRH-a 可用于治疗子宫内膜异位症相关疼痛,但 GnRH-a 不宜长期使用(2/B)。

(13) 促分泌剂如利那洛肽可改善便秘型 IBS 腹痛症状(2/B)。

3. C 级推荐:

(1) 推荐三环类抗抑郁药阿米替林、SSNRI(度洛西汀、文拉法辛)用于治疗神经肌肉筋膜相关的 CPP,其中文拉法辛安慰剂效应较强(4/C)。

(2) 益生菌可改善 IBS 疼痛症状(4/C)。

(3) 骶神经调节用于治疗 IC/BPS(4/C)。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] Williams RE, Hartmann KE, Steege JF. Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research[J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(4): 686-691. DOI: 10.1097/01.AOG.0000115513.92318.b7.
- [2] Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218[J]. Obstet Gynecol, 2020, 135(3): e98-e109. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003716.
- [3] Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review[J]. Pain Physician, 2014, 17(2): E141-147.
- [4] Siedentopf F, Weijenborg P, Engman M, et al. ISPOG European Consensus Statement: chronic pelvic pain in women (short

表 4 本共识使用的证据级别和推荐等级

等级划分标准	证据级别	推荐等级
同质 RCT 的系统评价或单个 RCT	1	A
同质队列研究的系统评价或单个队列研究(包括低质量 RCT, 如: 随访率 < 80%)	2	B
同质病例对照研究的系统评价或单个病例对照研究	3	B
病例系列研究(包括低质量的队列研究和病例对照研究)	4	C
无明确证据的专家意见	5	D

注: RCT 表示随机对照试验



- version) [J]. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2015, 36(4): 161-170. DOI: 10.3109/0167482X.2015.1103732.
- [5] Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain[J]. Womens Health Medicine, 2005, 2(1): 1-4. DOI: 10.1383/wohm.2.1.1.58872.
- [6] 贺豪杰, 郭红燕. 慢性盆腔痛的临床评估及诊断流程[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(5): 323-324.
- [7] Calado E, Martinez-De-Oliveira J. The Carnett's test[J]. Arquivos De Medicina, 2005, 19(5-6): 203-205.
- [8] Meister MR, Shivakumar N, Sutcliffe S, et al. Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review[J]. Am J Obstet Gynecol, 2018, 219(5): 497.e1-497.e13. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.06.014.
- [9] Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults//Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment[M]. New York: Guilford Press, 1992: 135.
- [10] Fabbri E, Villa G, Mabrouk M, et al. McGill Pain Questionnaire: a multi-dimensional verbal scale assessing postoperative changes in pain symptoms associated with severe endometriosis[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2009, 35(4): 753-760. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2008.00994.x.
- [11] Stones RW, Selfe SA, Fransman S, et al. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain[J]. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2000, 14(3): 415-431. DOI: 10.1053/beog.1999.0084.
- [12] 鄢海蓝, 史精华, 冷金花. 疼痛量表在子宫内膜异位症中的应用[J]. 中华妇产科杂志, 2024, 59(1): 90-94. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20231108-00179.
- [13] 中国医师协会疼痛科医师分会, 北京市疼痛治疗质量控制和改进中心. 慢性肌肉骨骼疼痛的药物治疗专家共识(2018)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(12): 881-887. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2018.12.001.
- [14] Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain: United States, 2016[J]. JAMA, 2016, 315(15): 1624-1645. DOI: 10.1001/jama.2016.1464.
- [15] Caruso R, Ostuzzi G, Turrini G, et al. Beyond pain: can antidepressants improve depressive symptoms and quality of life in patients with neuropathic pain? A systematic review and meta-analysis[J]. Pain, 2019, 160(10): 2186-2198. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001622.
- [16] Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 6(6): CD007938. DOI: 10.1002/14651858.CD007938.pub4.
- [17] Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, et al. No. 164: Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2018, 40(11): e747-e787. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.08.015.
- [18] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎性疾病诊治规范(2019修订版)[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(7): 433-437. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.07.001.
- [19] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion[J]. Fertil Steril, 2015, 104(2): 927-935. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.012.
- [20] 中国医师协会妇产科医师分会, 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症诊治指南(第三版)[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(12): 812-824. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20211018-00603.
- [21] Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, et al. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen[J]. Fertil Steril, 2003, 80(3): 560-563. DOI: 10.1016/s0015-0282(03)00794-5.
- [22] Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 2010(12): CD008475. DOI: 10.1002/14651858.CD008475.pub2.
- [23] Vercellini P. Chronic Pelvic Pain[M]. Oxford: Blackwell, 2011: 194.
- [24] Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study[J]. Fertil Steril, 2003, 80(2): 305-309. DOI: 10.1016/s0015-0282(03)00608-3.
- [25] 中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症学组. 地诺孕素临床应用中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2024, 59(7): 505-512. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20240212-00091.
- [26] Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome[J]. Int J Urol, 2020, 27(7): 578-589. DOI: 10.1111/iju.14234.
- [27] Sant GR, Propert KJ, Hanno PM, et al. A pilot clinical trial of oral pentosan polysulfate and oral hydroxyzine in patients with interstitial cystitis[J]. J Urol, 2003, 170(3): 810-815. DOI: 10.1097/01.ju.0000083020.06212.3d.
- [28] Engeler D, Baranowski A, Berghmans B, et al. European Association of Urology Guidelines 2020 Chronic Pelvic Pain, Full Text Guidelines[EB/OL]. [2024-03-20]. <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>.
- [29] van Ophoven A, Heinecke A, Hertle L. Safety and efficacy of concurrent application of oral pentosan polysulfate and subcutaneous low-dose heparin for patients with interstitial cystitis[J]. Urology, 2005, 66(4): 707-711. DOI: 10.1016/j.urol.2005.04.056.
- [30] Nickel JC, Herschorn S, Whitmore KE, et al. Pentosan polysulfate sodium for treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: insights from a randomized, double-blind, placebo controlled study[J]. J Urol, 2015, 193(3): 857-862. DOI: 10.1016/j.juro.2014.09.036.
- [31] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(12): 803-818. DOI: 10.3760/cma.j.cn11367-20201116-00660.
- [32] Zheng L, Lai Y, Lu W, et al. Pinaverium Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in a Multicenter, Randomized, Controlled Trial[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015, 13(7): 1285-1292. e1. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.01.015.
- [33] Dai L, Zhong LL, Ji G. Irritable bowel syndrome and functional constipation management with integrative medicine: A systematic review[J]. World J Clin Cases, 2019, 7(21): 3486-3504. DOI: 10.12998/wjcc.v7.i21.3486.
- [34] Ducrotte P, Dapigny M, Bonaz B, et al. Symptomatic efficacy of beidellitic montmorillonite in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled trial[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2005, 21(4): 435-444. DOI: 10.1111/



- j.1365-2036.2005.02330.x.
- [35] Collins SM, Bercik P. The relationship between intestinal microbiota and the central nervous system in normal gastrointestinal function and disease[J]. *Gastroenterology*, 2009, 136(6):2003-2014. DOI: 10.1053/j.gastro.2009.01.075.
- [36] Ford AC, Harris LA, Lacy BE, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2018, 48(10): 1044-1060. DOI: 10.1111/apt.15001.
- [37] Awad RA, Camacho S. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of polyethylene glycol effects on fasting and postprandial rectal sensitivity and symptoms in hypersensitive constipation-predominant irritable bowel syndrome[J]. *Colorectal Dis*, 2010, 12(11): 1131-1138. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.01990.x.
- [38] Chapman RW, Stanghellini V, Geraint M, et al. Randomized clinical trial: macrogol/PEG 3350 plus electrolytes for treatment of patients with constipation associated with irritable bowel syndrome[J]. *Am J Gastroenterol*, 2013, 108(9):1508-1515. DOI: 10.1038/ajg.2013.197.
- [39] Montenegro ML, Braz CA, Rosa-e-Silva JC, et al. Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain[J]. *BMC Anesthesiol*, 2015, 15: 175. DOI: 10.1186/s12871-015-0155-0.
- [40] Soares A, Andriolo RB, Atallah AN, et al. Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 2014(7): CD007533. DOI: 10.1002/14651858.CD007533.pub3.
- [41] 中华医学会泌尿外科学分会尿控学组. 肉毒毒素治疗下尿路功能障碍中国专家共识[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2021, 42(6): 405-410. DOI: 10.3760/cma.j.cn112330-20210527-00296.
- [42] 陈国庆, 宋勇, 丁留成, 等. 骶神经调节术临床应用中国专家共识[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2014, 35(1): 1-5. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6702.2014.01.001.
- [43] van den Beukel BA, de Ree R, van Leuven S, et al. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis[J]. *Hum Reprod Update*, 2017, 23(3): 276-288. DOI: 10.1093/humupd/dmx004.
- [44] Lin YC, Wan L, Jamison RN. Using integrative medicine in pain management: an evaluation of current evidence[J]. *Anesth Analg*, 2017, 125(6): 2081-2093. DOI: 10.1213/ANE.0000000000002579.

2024 年 10 期继续教育题目 (单项选择题):

1. 关女性慢性盆腔痛的病因, 下列说法哪项是错误的: ()
 - A. 涉及多个系统
 - B. 常多种病因共存
 - C. 妇科炎症是最主要病因
 - D. 病因复杂, 往往需要多学科联合诊治
2. 女性慢性盆腔痛的止痛药物治疗首选: ()
 - A. 阿片类药物
 - B. 非阿片类药物
 - C. 吗啡
 - D. 芬太尼皮贴
3. 对可疑间质性膀胱炎的患者可进行以下检查协助诊疗, 除了 ()。
 - A. 尿常规及尿培养
 - B. 泌尿系统超声
 - C. 钾离子试验
 - D. 腹腔镜检查
 - E. 膀胱镜检查及水扩张试验
4. 关于阿片类药物的不良反应, 下列哪项说法是错误的: ()
 - A. 可能出现恶心、呕吐等消化道反应
 - B. 不会成瘾
 - C. 可能出现呼吸抑制
 - D. 可能出现戒断症状
5. 下列慢性盆腔痛治疗方法中, 不推荐的是 ()。
 - A. 对慢性盆腔痛患者首先进行腹腔镜探查术以发现病因和进行粘连松解术
 - B. 对慢性盆腔痛患者进行多学科联合诊治
 - C. 对慢性盆腔痛患者中有焦虑抑郁情绪的可在专业医师指导下口服抗焦虑药物治疗
 - D. 慢性盆腔痛的治疗包括药物、康复、介入、补充治疗等多种治疗手段

(继续教育的答题方式及获得学分的方法见“编后”。

答案见下期)

(2024 年 9 期继续教育题目的答案: 1.C 2.D 3.B 4.C 5.D)

【编后】 经全国继续医学教育委员会批准, 本刊开设继教专栏, 每年从第 1 期至第 10 期共刊发 10 篇继教文章, 文后附 5 道单选题, 读者阅读后可扫描标签二维码答题, 每篇可免费获得 II 类继教学分 0.5 分, 全年最多可获 5 分。

