

女性慢性盆腔痛诊治中国专家共识

【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）病因繁复、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。

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		
结肠直肠癌及其治疗并发症		
乳糖泻		
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

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。

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。

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

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。

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
盆底肌肉筋膜相关疼痛	盆底电生理、X 线、MRI 检查

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 2g [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 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 100~200mg 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：12.5~25mg，每天 3 次，一般最大剂量不超过 150mg/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 60mg/d。另外，度洛西汀是唯一被美国食品药品管理

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 300mg/d 逐渐加量至 900~1200mg/d，每天不超过 2.4g，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 300mg/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 0.4g/12h，或左氧氟沙星 0.5g/d，共 14d。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 0.4g/12h，口服。为治疗非典型病原微生物，可加用多西环素 0.1g/12h 口服（或米诺环素 0.1g/12h 口服）；或阿奇霉素 0.5g/d，口服，1~2d 后改为 0.25g/d，共 5~7d [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 ago

nist, GnRH- a)、孕激素及其衍生物等。其在控制痛经的同时,对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/BP

S 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：100mg 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 25~75mg/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，需慎重选用。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：1.5mg/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%）、二甲亚砷（50%溶液 50ml）、肝素（10000U）、透明质酸（40mg）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、

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/917010032060006165>