

文章编号: 1003-6946(2026)02-0110-04

2025 年加拿大妇产科医师学会《原发性痛经诊断与管理指南》解读

张德玉, 黄艳, 周应芳

(北京大学第一医院妇产科, 北京 100034)

中图分类号: R711

文献标志码: B

原发性痛经是指非器质性病变引发的月经期盆腔疼痛, 是全球范围内育龄女性最常见的疼痛症状, 患病率高达 45%~95%, 其中 2%~29% 为严重痛经, 是导致青少年女性缺课、成年女性工作效率下降的首要妇科原因^[1]。然而在社会文化观念的作用下, 痛经被默认为女性与生俱来、必须忍受的“正常”生理现象, 导致其出现发病率高而就诊率和治疗率低的现象, 长期反复的急性疼痛, 可能诱导中枢神经系统发生重塑, 最终诱发慢性盆腔痛 (chronic pelvic pain, CPP)^[2]。2025 年, 加拿大妇产科医师学会 (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, SOGC) 发布新版《原发性痛经诊断与管理指南》(简称新版指南), 在 2017 年版基础上进行了系统更新, 全面整合了近八年的循证医学证据, 采用 GRADE 系统对证据质量和推荐强度进行分级, 强调积极的干预和管理痛经对于提高生活质量和预防慢性疼痛至关重要^[3], 为临床医生提供了更具操作性的临床指导。本文将对本指南的重点内容进行解读。

1 发病机制和危险因素

1.1 发病机制 原发性痛经的关键病理基础为前列腺素过度合成, 导致子宫强烈收缩和缺血性疼痛。在黄体期末, 孕激素水平下降, 溶酶体促使前列腺素 F_{2α} (PGF_{2α}) 与前列腺素 E₂ (PGE₂) 大量释放, 导致子宫血管收缩、肌层缺血及神经末梢敏化。此外患者在经期子宫收缩常常不协调, 宫腔压力可能超过 60 mmHg, 进一步限制了血流, 加重子宫缺血和疼痛。与 2017 年的指南相比, 新版指南引入了神经敏化机制。研究发现, 痛经伴随着明显的神经生物学变化, 包括中枢神经敏化、脑脊液中 P 物质升高以及大脑灰质结构的改变, 这些都在痛经的发生中起重要作用, 这种异常的神经系统改变可能导致慢性疼痛的发生^[4]。因此, 如果不及时充分治疗, 持续的伤害性刺激将导致脊髓和中枢神经系统的重塑, 演变为非经期 CPP, 其治疗难度和对生活质量的影响都显著增加。痛经已被确认为非经期慢性疼痛的独立风险因素, 因

此, 尽早规范治疗痛经, 对于预防远期慢性疼痛有重要意义。

1.2 危险因素 与原发性痛经相关的危险因素有很多, 新版指南在更新了妊娠和遗传两个危险因素的基础上, 系统梳理了原发性痛经的多种危险因素: ①年龄与生育因素: 年龄是首要因素——青少年女性痛经患病率和严重程度明显高于成年女性, 但随着年龄增长症状显著缓解。经产妇痛经患病率低于未产妇, 妊娠 (尤其首次分娩) 对痛经有显著改善作用, 改善程度与孕周长短和分娩方式相关。②生活方式因素: 吸烟和既往吸烟史均增加痛经发生的风险, 且风险与每日吸烟量和吸烟年限呈正相关。前瞻性研究发现, 被动吸烟同样增加痛经风险。此外, 饮酒、饮食结构和体力活动水平均与痛经相关^[5]。③遗传与心理社会因素: 一级亲属有痛经史者患病风险增加, 这反映出遗传易感性与日常生活方式的共同影响^[6]。心理社会因素同样影响痛经的发生, 生活变动多、缺少社会支持、亲密关系压力大的女性更易发生痛经。痛经人群的情绪焦虑问题往往更常见, 更可能伴随吸烟或药物滥用等风险行为, 进一步加重痛经。

2 诊断

2.1 症状及病史采集 原发性痛经的疼痛具有典型的痉挛性 (crampy) 特征, 位于下腹正中, 可向腰骶部或腿部放射, 通常在月经来潮前数小时至月经初期开始, 高峰与月经血流量最多相对应, 持续 2~3 d。症状具有周期性重复出现的特点。前列腺素的过度分泌还可能伴随出现恶心、呕吐、腹泻、头晕、疲劳症状。

新版指南强调, 诊断不应依赖于影像学检查, 详尽的病史采集是诊断的重要依据。与我国子宫内膜异位症 (简称内异症) 指南强调临床诊断、早诊早治的核心宗旨一致^[7], 内异症延迟诊断现象明显, 早期内异症可能仅表现为痛经, 原发性痛经与早期内异症之间无法明确鉴别, 临床医生可根据疼痛症状早期开启药物治疗, 改善预后。详细的病史采集内容应包括:

①月经史:初潮年龄、周期规律性、经量、初潮与痛经发作的时间关系;②疼痛特征:疼痛类型、部位、放射、伴随症状、发作时间、严重程度、致残程度、进展情况;③性生活史:性活动状况、性交痛、避孕方式;④既往史:既往妊娠、妇科手术、性传播感染、盆腔感染、不孕、性暴力史^[8];⑤系统回顾:胃肠道和泌尿系统症状、慢性疼痛综合征、精神心理疾病(抑郁、焦虑等);⑥治疗史:既往用药(剂量、疗程、副反应、疗效),具体用药的剂量和用药时间应做详细询问,对于评估药物是否治疗失败有重要意义,研究发现,青少年女性中使用非处方药的患者仅 31% 按推荐剂量服药,使用处方药者中 13% 剂量不足,84% 患者在疼痛发作后 30 min 才服药,仅 16% 预防性用药^[9]。

2.2 体格检查 指南打破了传统的“首诊必查”模式,建议可在未行体格检查的情况下尽早开启药物治疗,不应因等待检查而延误治疗。对于无性生活史,症状、病史典型的原发性痛经患者,可以不做体格检查;对于常规治疗无效、怀疑器质性病变的情况应考虑行体格检查,检查内容包括腹部查体和妇科专科检查,怀疑结构异常时仔细检查处女膜、阴道,三合诊检查可以帮助评估直肠阴道隔、后穹隆有无内异症病灶。

2.3 辅助检查 实验室和影像学检查对于原发性痛经的初步评估和诊断不是必要的,但对于监测治疗效果和寻找继发性痛经的原因有重要意义。糖类抗原(CA₁₂₅)升高与内异症相关,其阴性曾被认为是诊断原发性痛经的一个标志物,但因其敏感性和特异性差,不推荐作为诊断方法^[10]。经阴道或经腹超声可识别子宫肌瘤、子宫内膜腺肌病、苗勒管畸形等,其对内异症检出率有限,由经验丰富的医生进行的专业超声检查对于内异症尤其是深部浸润型内异症的诊断敏感性高,有研究其与磁共振成像(MRI)检查相比对深部浸润型内异症有更高的诊断敏感性^[11]。MRI 对软组织有更高的分辨率,当超声检查不确定或不可行的情况,高度怀疑深部浸润型内异症或腺肌病的患者可进行 MRI 检查,但因其成本高、等待时间长,不推荐作为初始评估手段^[11]。

2.4 诊断性腹腔镜 腹腔镜有助于诊断浅表内异症、盆腔炎或盆腔粘连,当影像学检查不确定以及合理的药物治疗试验失败时,可考虑进行。腹腔镜检查虽然是内异症诊断的金标准,手术的风险性和有创性使得单纯腹腔镜探查诊断内异症的方式已被淘汰,早期开启药物治疗对于改善预后至关重要,对于依从性良好但治疗无效的青少年,不应过度检查延迟治疗。腹腔镜检查应由接受过高级腹腔镜手术培训的专家进行,避免多次手术。

3 药物治疗

我国虽暂无原发性痛经相关指南或专家共识发表,但在避孕方法和避孕药物相关指南中,均对原发性痛经的治疗有相关指导意见,国内指南推荐原发性痛经者首选短效口服避孕药、左炔诺孕酮宫内缓释系统作为避孕方法,高效避孕同时有效缓解痛经症状,与加拿大新版指南推荐一致^[12~14]。本次加拿大新版指南强调了非甾体抗炎药(NSAIDs)应规律性、预防性用药,提醒临床医生规范性用药的止痛效果更好。

3.1 NSAIDs NSAIDs 依然是治疗痛经的一线药物,指南建议应规律性给药而非按需给药,在月经初期立即开始规律性给药(初始负荷剂量后每 6~8 小时重复给药),通常仅需用药 2~3 d 即可缓解整个月经期的疼痛,与等待疼痛出现后才用药相比,止痛效果更好,应避免患者普遍存在的延迟用药习惯^[15]。高效 NSAIDs(如布洛芬、萘普生、酮咯酸)效能相当,无明显优劣,效果优于对乙酰氨基酚。常见副反应主要是胃肠道症状、非甾体类肾病等严重不良事件在经期短期应用中罕见。对乙酰氨基酚虽然效果不如 NSAIDs,可作为 NSAIDs 的替代选项,与咖啡因或利尿剂(如柏马溴)组合的复方制剂可增强止痛效果,并且具有较好的胃肠道耐受性。

3.2 复方口服避孕药(COC) 国内外均推荐 COC 作为原发性痛经的一线药物选择^[12],其可抑制排卵、抑制子宫内膜组织生长、减少月经量和前列腺素分泌,从而降低宫内压和子宫收缩痛。系统评价显示 COC 与安慰剂相比显著改善痛经症状,可能出现不规则子宫出血、头痛和恶心等不良反应^[16]。随机对照试验和系统评价结果显示,连续或延长服用口服避孕药缓解疼痛效果优于周期性服用,并且可以减少撤退性出血^[17]。周期性用法是模拟月经模式,突破性出血的机会较少,患者依从性较好,连续用药可以避免月经来潮,缓解疼痛效果比周期性用药好,但突破性出血的发生率较高。COC 对原发性和继发性痛经均有效,其治疗原发性痛经和内异症相关疼痛的有效率达 75%~90% 或以上,痛经可以先周期性用药,如果无效,则可改成连续用药,内异症相关的 CPP 推荐连续用药^[12]。即使后续发现疼痛有器质性原因,使用 COC 仍有获益,因此,指南强调对所有主诉痛经的女性尽早开启药物治疗,无需等待进一步检查的结果^[2,17]。

3.3 孕激素制剂 单纯孕激素可缓解痛经、减少月经量,连续口服孕激素可作为 COC 的替代方案,疼痛缓解效果相当且副反应较少^[18]。地诺孕素(dienogest)对于内异症相关痛经的治疗效果与亮丙瑞林相当,39% 的患者在用药 6 个月时达到闭经状态,且耐

受性良好^[19]。左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)可缓解原发性痛经,对内异症和腺肌病引发的痛经和经量增多亦有显著改善作用,中国专家共识推荐原发性痛经患者选择 LNG-IUS 作为避孕方法,高效避孕的同时有效缓解痛经,用药方便依从性好^[13,14]。长效甲地孕酮注射剂:可抑制排卵、萎缩子宫内膜,缓解痛经症状。

4 其他非手术治疗

4.1 运动治疗 系统评价显示,低强度(拉伸、核心稳定、瑜伽等)和高强度(有氧训练、Zumba 等)运动均有助于缓解痛经^[20]。推荐每周 3 次或以上、每次 45~60 min,可作为不愿用或不能用 NSAIDs 患者的首选。

4.2 物理治疗 使用腹部热敷,如热贴与热水袋进行局部热敷的方法安全、廉价、依从性好,其镇痛效果与布洛芬相近,且二者联用可增强疗效^[21]。高频或低频经皮神经电刺激均可减轻经期疼痛,尤其适用于不愿服药或有药物禁忌者,常见副作用为皮肤红斑或肌肉紧张^[22]。穴位刺激可作为辅助治疗手段,其有效性存在争议,可作为药物治疗的补充,依据患者偏好选择^[23]。

4.3 膳食补充与草本制剂 有研究发现在经前期 3~4 d 每日口服生姜 750~2000 mg 可缓解痛经,与 NSAIDs 效果相当,虽然证据质量较低,但对希望补充治疗的女性可能有用。也有低质量证据支持葫芦巴、鱼油、鱼油加维生素 B₁、单独维生素 B₁、缬草、波斯百里香和硫酸锌等的补充具有一定的止痛效果,但需要更多研究证实^[24]。

5 手术治疗

手术治疗在原发性痛经的管理中属于最后一道防线,仅适用于药物治疗无效或高度怀疑继发性病因的患者,应在充分评估、合理药物治疗失败后,结合患者生育意愿与临床症状综合决定。单纯的诊断性腹腔镜手术已被淘汰。如果需要手术,建议由经验丰富的专家来执行,并尽量在一次手术中完成诊断与治疗,重复手术可能增加并发症风险,甚至引发其他慢性疼痛综合征,应尽量避免。

5.1 腹腔镜下骶骨韧带神经切断术(LUNA)和骶前神经切断术(PSN) 神经切断术曾被作为顽固性痛经的标准手术,但随后的研究发现 LUNA 对于缓解痛经和内异症相关慢性疼痛没有益处,PSN 手术风险高,有邻近静脉丛出血的风险,还可能出现便秘和排尿功能障碍。目前证据不支持常规使用神经切断术治疗原发性痛经,仅适用于个别经严格药物治疗失败且希望保留生育功能的患者。

5.2 子宫切除术 无生育需求的患者,子宫切除术是最有效的治疗方案,患者术后疼痛缓解的满意度高,对于 CPP 的改善效果劣于痛经,术后存在疼痛不缓解、新发肌筋膜痛或神经病理性疼痛的可能,应与患者充分沟通利弊后决定。

5.3 子宫内膜消融术 适用于原发性痛经伴重度经血过多的患者,相比子宫切除创伤小,并发症少,适用于无生育需求又要求保留子宫的患者,但其成功率不尽相同,尤其是合并子宫腺肌病的患者,复发率高^[25,26]。

6 结语和展望

原发性痛经在青春期和育龄期女性中很常见,但往往被当作“正常现象”而未能得到充分重视和有效治疗。新版指南强调尽早开启临床治疗,不必等诊断完全明确后才开始。推荐的一线治疗方案是使用 NSAIDs(如布洛芬)或激素类避孕药。如果患者在规范治疗 3~6 个月后效果仍不理想,或体检时发现异常,才需要考虑进一步检查,可从盆腔超声开始,必要时再根据情况选择针对性更强的内异症标准化超声、MRI 检查等。手术治疗主要适用于药物控制无效的情况,尽量在一次腹腔镜手术中完成诊断与治疗,避免重复手术。若患者无生育计划,对于合并月经过多的患者,子宫内膜消融术可能是一个选择,在病情顽固、其他方法均效果有限时,子宫切除是最终最有效的方案。

参 考 文 献

- [1] Pouraliroudbaneh S, Marino J, Riggs E, et al. Heavy menstrual bleeding and dysmenorrhea in adolescents: a systematic review of self-management strategies, quality of life, and unmet needs[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2024, 167(1): 16-41.
- [2] Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy[J]. *Obstet Gynecol*, 2020, 136(5): 1047-1058.
- [3] Burnett M. Guideline No. 345: Primary dysmenorrhea[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2025, 47(5): 102840.
- [4] Jarrell J, Arendt-Nielsen L. Allodynia and dysmenorrhea[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2016, 38(3): 270-274.
- [5] Kuo CS, Wang KT, Lai JC, et al. Influence of tobacco smoking and alcohol drinking on dysmenorrhoea: a cross-sectional analysis of data from the Taiwan Biobank[J]. *BMJ Open*, 2025, 15(2): e088537.
- [6] Itani R, Soubra L, Karout S, et al. Primary dysmenorrhea: pathophysiology, diagnosis, and treatment updates[J]. *Korean J Fam Med*, 2022, 43(2): 101-108.
- [7] 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 3 版)[J]. *中华妇产科杂志*, 2021, 56(12): 812-824.
- [8] Shea A, Jumah NA, Forte M, et al. Guideline No. 454: identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2024, 46(10): 102696.

- [9] Campbell MA, McGrath PJ. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort [J]. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997, 151(9):905-913.
- [10] Wu LL, Su CH, Liu CF. Effects of noninvasive electroacupuncture at Hegu(L4) and Sanyinjiao(SP6) acupoints on dysmenorrhea: a randomized controlled trial [J]. *J Altern Complement Med*, 2012, 18(2):137-142.
- [11] Singh SS, Allaire C, Al-Nourhji O, et al. Guideline No. 449: diagnosis and impact of endometriosis-a Canadian guideline [J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2024, 46(5):102450.
- [12] 复方口服避孕药临床应用中国专家共识专家组. 复方口服避孕药临床应用中国专家共识 [J]. *中华妇产科杂志*, 2015, 50(2):81-91.
- [13] 程利南, 狄文, 丁岩, 等. 女性避孕方法临床应用的中国专家共识 [J]. *中华妇产科杂志*, 2018, 53(7):433-447.
- [14] 郎景和, 冷金花, 邓姗姗, 等. 左炔诺孕酮宫内缓释系统临床应用的中国专家共识 [J]. *中华妇产科杂志*, 2019, 54(12):815-825.
- [15] Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 2015:CD001751.
- [16] Schroll JB, Black AY, Farquhar C, et al. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, 7:CD002120.
- [17] Momoeda M, Hayakawa M, Shimazaki Y, et al. Does the presence of coexisting diseases modulate the effectiveness of a low-dose estrogen/progestin, ethinylestradiol/drospirenone combination tablet in dysmenorrhea? Reanalysis of two randomized studies in Japanese women [J]. *Int J Womens Health*, 2014, 6:989-998.
- [18] Uvarova EV, Khashchenko EP, Salnikova IA, et al. Retrospective real world data research program in adolescents under 18 years old with a history of dydrogesterone treatment for menstrual disorders [J]. *Obstetrics and Gynecology*, 2025, 1:88-96.
- [19] Vercellini P, Bandini V, Viganò P, et al. Proposal for targeted, neo-evolutionary-oriented, secondary prevention of early-onset endometriosis and adenomyosis. Part I: pathogenic aspects [J]. *Hum Reprod*, 2024, 39(1):1-17.
- [20] Tsai IC, Hsu CW, Chang CH, et al. Comparative effectiveness of different exercises for reducing pain intensity in primary dysmenorrhea: a systematic review and network Meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Sports Med Open*, 2024, 10(1):63.
- [21] Li X, Hao X, Liu JH, et al. Efficacy of non-pharmacological interventions for primary dysmenorrhoea: a systematic review and Bayesian network Meta-analysis [J]. *BMJ Evid Based Med*, 2024, 29(3):162-170.
- [22] Han S, Park KS, Lee H, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control in women with primary dysmenorrhoea [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2024, 7:CD013331.
- [23] Sriprasert I, Suerungruang S, Athilarp P, et al. Efficacy of acupuncture versus combined oral contraceptive pill in treatment of moderate-to-severe dysmenorrhea: a randomized controlled trial [J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015, 2015:735690.
- [24] Pattanittum P, Kuyanone N, Brown J, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016, 3:CD002124.
- [25] 中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症专业委员会. 子宫腺肌病诊治中国专家共识 [J]. *中华妇产科杂志*, 2020, 55(6):376-383.
- [26] 赵辉, 李雷, 陈丽梅, 等. 子宫内膜去除术临床应用专家共识 [J]. *中华妇产科杂志*, 2025, 60(11):833-841.

(收稿日期:2025-12-11)

郑重声明

本刊编辑部接到部分作者反映,有非法网站假冒《实用妇产科杂志》名义收稿,以此获取经济利益,侵犯了作者的合法权益,严重损害了《实用妇产科杂志》的形象和声誉。为维护本刊及作者的合法权益,《实用妇产科杂志》编辑部特作如下声明:

一、《实用妇产科杂志》唯一投稿网址: <http://jpag.scyy.org.cn>, 还可以通过扫公众号二维码或微信搜索(公众号微信号: syfckzz1985)关注本刊公众号,点击“在线查询”“在线投稿”,即可进入杂志官方投稿网站。

二、本刊从未委托任何网站、中介、代理机构进行收稿,也未派出任何工作人员和部门在外收稿。

三、切勿通过任何代理机构投稿,凡经非正常途径投稿产生的一切损失,责任由作者自负。

四、本刊投稿咨询电话:028-86131263,如作者收到相关收费通知,必要时可拨打上述电话与编辑部确认。

《实用妇产科杂志》编辑部



微信公众号



期刊电子版