

主 编 / 傅志俭 宋文阁

疼 痛

TENGTONG
ZHILIAO
SHOUCE

治疗手册



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

主 编 / 傅启群 副主编

疼痛

治疗手册

傅启群 主编

傅启群 副主编

傅启群 副主编



人民卫生出版社

人民卫生出版社

疼痛 | 治疗手册

TENG TONG ZHI LIAO SHOU CE

主 编 傅志俭 宋文阁
副主编 贾明睿 赵学军 孙 涛 谢珺田
赵序利 魏广福

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 玲	王建华	王建峰	王珺楠
左 玲	冯钦利	李 慧	李元涛
杨聪娴	时成英	余恩念	张传峰
林晓雯	罗建刚	周乃宝	赵松云
梁军阳	董 平		



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

疼痛治疗手册/傅志俭,宋文阁主编. —北京:人民军医出版社,2013.1

ISBN 978-7-5091-5939-2

I. ①疼… II. ①傅…②宋… III. 疼痛—治疗—手册
IV. ①R441.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 234123 号

策划编辑:郭伟疆 崔玲和 文字编辑:李 娜 责任审读:吴 然

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8031

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:9.125 字数:233千字

版、印次:2013年1月第1版第1次印刷

印数:0001—3000

定价:39.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

本书系统介绍了疼痛在临床中常见的疾病及其诊疗技术,包括脊柱源性疼痛、神经源性疼痛、风湿免疫性及退变性疼痛、癌性疼痛、血管性疼痛、精神性疼痛疾病,每种疾病介绍其临床表现、影像学检查、诊断标准及治疗。治疗既涵盖传统技术,如神经阻滞、针刀疗法等,也包括近年来兴起的射频技术、经皮旋切间盘减压术、经皮椎间盘等离子消融术等。本书文字简明,辅以直观明了的图片,具有指导性和可操作性,适合从事疼痛诊疗专业的临床医师阅读参考。

前 言

疼痛是组织损伤或潜在组织损伤所引起的一种不愉快的感觉和情感体验 (IASP, 1986), 有时甚至是比死亡本身更令人恐惧的事情。目前的医学理念认为慢性疼痛不仅是症状, 还是重要的生命体征, 更是一种疾病, 是人类追求更高生活质量所必须解决的难题。随着实践经验的积累、治疗领域的拓展和新技术的应用, 疼痛临床的诊疗手段也在不断进展, 慢性疼痛的诊治向着更安全有效和更微小的生理干扰方向发展, 我国疼痛诊疗工作正步入一个新的发展时期。

本书的编写, 坚持以提高临床应用能力为指导思想, 以介绍先进、成熟和实用的疼痛诊疗技术为主要内容。本书作者均为多年从事疼痛诊疗工作的临床医生。编写中坚持简单易学、通俗易懂的指导方针, 力求能够涵盖目前疼痛在临床中的常见疾病和常用技术手段, 既有传统技术如神经阻滞、针刀疗法等, 也包括近年来兴起的射频技术、经皮旋切间盘减压术、经皮椎间盘等离子消融术等的应用, 辅以直观简洁的插图, 以便让读者能够开卷有益、学有所获, 希望本书能对各级医院从事疼痛诊疗业务的临床医师有所帮助。由于我们的知识水平有限, 本书中的不足之处, 敬请各位读者批评指正。

山东省立医院 傅志俭 宋文阁

2012 年于泉城

目 录

第 1 章 脊柱源性疼痛疾病	1
第一节 颈源性头痛	1
第二节 颈椎病	6
第三节 腰椎间盘突出症	28
第四节 腰椎管狭窄症	45
第五节 第三腰椎横突综合征	46
第六节 梨状肌综合征	48
第七节 股外侧皮神经卡压综合征	51
第八节 棘突滑囊炎	52
第九节 臀上皮神经痛	53
第十节 脊神经后支卡压综合征	55
第 2 章 神经病理性疼痛疾病	57
第一节 三叉神经痛	57
第二节 舌咽神经痛	79
第三节 头皮末梢神经痛	82
第四节 带状疱疹痛	86
第五节 带状疱疹后神经痛	92
第六节 糖尿病性神经病	101
第七节 复杂性区域疼痛综合征	107
第八节 幻肢痛	119
第九节 帕金森病疼痛	126
第十节 腰椎术后疼痛综合征	129

第十一节 中枢性疼痛	135
第3章 风湿免疫性及退变性疼痛疾病	143
第一节 类风湿关节炎	143
第二节 强直性脊柱炎	154
第三节 骨关节炎	164
第四节 痛风	170
第五节 股骨头缺血坏死	179
第六节 骨质疏松症	185
第七节 肩关节周围炎	193
第八节 肘关节周围炎	197
第九节 腕及手关节周围炎	200
第4章 癌性疼痛的诊治	206
第一节 癌痛的分类	206
第二节 癌痛的评估	207
第三节 常见癌痛综合征	209
第四节 常见肿瘤疼痛的诊断	216
第五节 癌痛的治疗	225
第六节 癌症操作痛的处理	235
第七节 骨痛的诊治	237
第5章 血管性疼痛疾病	241
第一节 偏头痛	241
第二节 雷诺综合征	247
第三节 血栓闭塞性脉管炎	253
第四节 红斑性肢痛症	262
第6章 精神源性疼痛	266
第一节 抑郁症	266
第二节 癔症	270
第三节 焦虑症	274
第四节 躯体形式障碍	279
参考文献	284

第1章

脊柱源性疼痛疾病

第一节 颈源性头痛

颈源性头痛是指由颈椎和(或)颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的以慢性、单侧或双侧反复头部疼痛为主要临床表现的一组以疼痛为主的临床综合征,为牵涉痛。可在头枕部、顶部、颞部、额部、眼眶区或者上述区域同时出现钝痛或酸痛。头痛的同时伴有上颈部疼痛、颈部压痛、颈部僵硬,或活动时上颈部疼痛、活动受限,多有头、颈部损伤史。

【临床表现】 颈源性头痛可以发生在任何年龄,以中年人多见。头痛多为单侧,有时可以是双侧,通常以一侧为重。疼痛首先发生于颈部或枕部,随之扩散至病变侧的额及眶部,在疼痛发作最剧烈时,额颞部程度最重,可超过颈枕部疼痛。疼痛程度在中等和剧烈之间,非刺痛,常感觉深在颅内。疼痛呈间歇性发作,每次持续数小时至数日,后期可持续发作;发作有缓解期,缓解期可长达数小时至数月。随着病情的进展,缓解期逐渐缩短,有的患者转为连续疼痛阵发性加剧。颈部活动、不良的颈部姿势及按压由眶上神经、高位颈神经($C_1\sim_3$)所支配的组织可诱发头痛发作,有时咽鼓管检查、咳嗽或喷嚏也可诱发疼痛。颈部僵硬,主动和被动活动受限,可伴有同侧肩部及上肢痛。伴有其他相关症状和体征,如恶心、呕吐、畏光、视物模糊、流泪、声音恐

怖、眩晕等。

【影像学检查】

1. X线摄片 所有颈源性头痛患者均须拍摄正侧位和左右斜位X线片。早期常无明显改变,以后则显示关节间隙狭窄和松动;逐渐于关节突起处增生,形成尖形骨刺;后期该关节呈现肥大性改变、周边部伴有明显的骨赘形成,并使椎间孔变小和变形。X线检查可见不同程度的颈椎退行性改变,有的可见颈椎间孔狭窄,椎体前后缘增生,或棘突增宽变厚,棘上韧带钙化。

2. CT 对于大多数颈源性头痛患者,CT检查多无特殊变化,因此,CT可不作为常规检查项目。少数患者可见颈椎间盘突出,但与疼痛部位及程度不一定密切相关。有关节突关节病变的患者,可在横断面十分清楚地显示出关节突关节病变的程度及其与椎管、根管之间的联系。常见征象为:①关节突关节缘骨刺形成;②关节突关节肥大;③关节间隙变窄;④关节软骨变薄;⑤关节突关节内“真空现象”;⑥关节囊钙化;⑦关节突软骨下骨质硬化等。但在早期诊断CT不如X线摄片意义大。CT的优点是可同时观察椎间盘,对排除椎间盘疾病有意义。

3. 磁共振扫描 MRI应该是诊断颈源性头痛最敏感的辅助检查手段,优点是可同时观察椎间盘、神经根、脊髓等各种颈椎组织,还可以观察组织的含水量来分析组织的退变情况。

【诊断标准】

1. 颈源性头痛国际研究会诊断标准

(1)颈部症状和体征:①颈部活动和(或)头部维持于异常体位时,或按压头痛侧的上颈部或枕部时,头痛症状会加重;②颈部活动范围受限;③同侧的颈、肩或上肢非根性痛(定位不明确),或偶有上肢根性痛。

(2)诊断性神经阻滞可明确诊断。

(3)单侧头痛,不向对侧转移。

在(1)项中根据对诊断的重要程度,将诊断标准按顺序从①~

③项,诊断颈源性头痛时一定要其中有其中一项或多项。符合①项即可确诊,而仅符合②项或③项则不足以诊断,同时符合②项和③项则可明确诊断,若三项同时符合则诊断确定无疑。科研工作中必须符合(2)项,尽量符合(3)项。

2. 世界疼痛研究会(IASP)关于颈源性头痛的描述 这些描述几乎完全局限于一侧的中度到重度头痛,始于颈部或枕部,最后可扩散至前额和颞部。间歇性发作,早期持续时间不等,以后发作愈发频繁,疼痛时轻时重。临床症状和体征显示颈部受累。可用枕大神经、枕小神经即第3枕神经,或颈交感神经根阻滞进行试验性诊断。

3. Sjaastad 等关于颈源性头痛的主要诊断标准

(1)单侧头痛,不累及对侧。

(2)颈部受累的症状和体征。①疼痛特点:疼痛性质相似,由颈部运动和(或)单一长久的头部姿势引起的疼痛。疼痛的分布和特征相似,可由来自单侧颈上部、后部或枕部的压力引起。

②单侧颈部、肩和手臂的非根性疼痛。③颈椎活动范围减少。

【治疗】

1. 健康教育 在颈源性头痛患者的治疗过程中,临床医生要注意对患者进行必要的健康教育。内容包括以下几点。

(1)注意保持良好的睡眠、体位和工作位。睡眠中将头颈部放在合适的位置,对于预防因劳损引起的颈椎间关节疾病具有重要的意义。一般认为,保持头颈部处于自然后伸位较为理想,枕头不要太高。工作中要经常变换体位,避免同一体位持续时间太久,坚持劳逸结合和做工间操,必要时则需更换工种。

(2)注意自我保护和预防。头颈部外伤在生活、工作中,特别是乘车和乘飞机时,使用安全带可减少头颈部创伤的程度,减缓头颈部疾病的发展。

(3)急性损伤应及时治疗。在急性损伤期,应注意保持卧床休息,采用颈托支具等进行颈部制动保护,必要时还可口服非甾体消

炎药以消炎镇痛。尽量使受伤颈椎间关节的创伤反应减至最小。

(4)避免过度脑力劳动和长期精神紧张。过度脑力劳动和长期精神紧张是此类患者的共同特征,要指导患者注意调整生活方式和生活方式。

2. 一般性治疗 对于病程较短、疼痛较轻的患者采取休息、头颈部针灸、牵引、理疗,同时口服非甾体消炎药的方法治疗,一部分患者的病情可好转。但对按摩治疗要慎重,许多患者经按摩后病情加重,有的还发生严重损伤。

在患者的急性发作加重期,治疗应以休息、热疗及镇痛为主。针刺、口服非甾体消炎药等均能奏效。卧硬板床休息,起床时用颈围保护。急性期后,可适当开始体疗及自我推拿操作,使颈肌得以锻炼。适度的运动不仅可防止相对软骨面牢固、连续地受挤压,还可使关节软骨从滑液中得到营养,因此应注意动静结合。对于顽固的颈源性头痛,如果非手术治疗无效、发作频繁、影响工作和生活时,应考虑采用注射疗法及手术疗法。

3. 注射疗法 在相应的病灶区注射消炎镇痛药物,既有诊断作用,又起到治疗作用。无论是急性发作期还是慢性期,注射治疗都是缓解疼痛的有效手段。

常用方法有颈椎旁病灶注射和颈部硬膜外腔注射。

(1)颈椎旁病灶注射:在第2颈椎横突穿刺注射消炎镇痛药物有良好的治疗效果。药液在横突间沟扩散可流到C₁₋₄颈神经及周围软组织内,发挥消炎、镇痛、促进神经功能恢复作用。

操作方法:患者可取坐位或仰卧位,第2颈椎横突位于胸锁乳突肌后缘,距乳突下端1~2cm,坐位时相当于下颌角水平。先确认穿刺点并做好标记,皮肤常规消毒,在穿刺点垂直进针。对于椎旁压痛明显者,每进针0.5~1cm注射药液2ml,当穿刺针的针尖触及横突后而且回吸无血液及脑脊液流出,才分次注射药液,并注意观察患者的呼吸和意识的改变。注药时患者常有向头部的放散感,数分钟内疼痛减轻或消失,并觉患侧头部轻松。有枕部及头部

压痛者,应同时进行压痛点注射治疗。

第2颈椎横突的定位具有较大的个体差异,且邻近有许多重要的神经和血管,应由经验丰富的临床医生进行治疗。椎动脉在第2颈椎向外侧转折后上行,进针时易被刺入。在进针时要分段多次回吸,严防将药物误注入椎动脉。注药时应先注入小量试验量,观察无不良反应后再分次缓慢注射。注射过程中要反复询问患者的感受,以便及时发现不良反应。有时药物可向前流至颈上交感神经节处,从而患者出现一过性 Horner 综合征,能增强治疗效果。操作中应严防将药物误注入蛛网膜下隙。

(2)颈部硬膜外腔注射:经椎旁注射治疗效果不佳者,多系病变位于椎管内,以椎间盘突出引起的椎间盘源性神经根炎多见,椎旁注射的药液无法到达病变部位,可选用颈部硬膜外腔注射法。

对于单侧疼痛者,可在第2、3颈椎棘突间隙穿刺,将针口斜面转向患侧置管;也可在第5、6颈椎棘突间隙穿刺,向头侧置管注药治疗。患者应住院治疗,硬膜外腔置入的导管要妥善固定,防止感染。

4. 颈神经毁损治疗 经各种非手术治疗无效者,多有椎管内骨性异常改变卡压神经根,应考虑骨外科手术治疗。对有手术禁忌证或手术危险性较大的患者,经患者同意,可采用颈神经后内侧支破坏性阻滞,治疗应在X线透视引导下进行。还可采用射频热凝术毁损颈神经后内侧支。

(1)颈神经后内侧支射频热凝术:是一种神经破坏性阻滞疗法。在X线透视下穿刺针芯,置入电极即可进行射频热凝治疗。Bogduk提出,针宜自上斜向下穿刺,使电极与关节处于正切位,而与神经平行,温度宜选择 $80\sim 85^{\circ}\text{C}$,连续加热时间为60s。此法操作简单,创伤小,目前认为可长期缓解疼痛。本法只用于诊断明确,神经阻滞试验阳性者又经过非手术治疗、关节内注射疗法无效的患者。

(2) 颈神经后内侧支乙醇阻滞术:也是一种神经破坏性治疗。在穿刺成功后,先给予 1%利多卡因行试验性阻滞,观察无异常反应后,再注射无水乙醇 1~2ml。适应证同射频热凝术,方法较简便。

第二节 颈椎病

颈椎病(cervical spondylosis)是一种常见病和多发病,因颈椎间盘退行性改变及其继发病理改变累及其周围组织结构(神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等),出现相应的临床表现。仅有颈椎的退行性改变而无临床表现者则称为颈椎退行性改变。其发病率高低与年龄有关,据统计,50 岁年龄组发病率为 25%,60 岁年龄组发病率为 50%,70 岁以上则更高。随着现代从事长时间坐办公室的人群增多以及计算机、空调的广泛使用,使人们屈颈和遭受风、寒湿的机会不断增加,造成颈椎病的患病率不断上升,且发病年龄有年轻化的趋势。

【分型】 根据受累组织和结构的不同,颈椎病分为颈型(又称软组织型)、神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型、其他型(目前主要指食管压迫型)。如果两种以上类型同时存在,称为混合型。

1. 颈型颈椎病 是在颈部肌肉、韧带、关节囊的急性或慢性损伤,椎间盘退化变性,椎体不稳,小关节错位等基础上,机体受风寒侵袭、感冒、疲劳、睡眠姿势不当或枕高不适宜,使颈椎过伸或过屈,颈项部某些肌肉、韧带、神经受到牵张或压迫所致。多在夜间或晨起时发病,有自然缓解和反复发作的倾向。30~40 岁女性多见。

2. 神经根型颈椎病 是由于椎间盘退变、突出、节段性不稳定、骨质增生或骨赘形成等原因在椎管内或椎间孔处刺激和压迫颈神经根所致。在各型中发病率最高,占 60%~70%,是临床上

最常见的类型。多为单侧、单根发病,但是也有双侧、多根发病者。多见于30~50岁者,一般起病缓慢,但是也有急性发病者。男性多于女性。

3. 脊髓型颈椎病 发病率占颈椎病的12%~20%,由于可造成肢体瘫痪,因而致残率高。通常起病缓慢,以40~60岁的中年人为多。合并发育性颈椎管狭窄时,患者的平均发病年龄比无椎管狭窄者小。多数患者无颈部外伤史。

4. 交感型颈椎病 由于椎间盘退变和节段性不稳定等因素,从而对颈椎周围的交感神经末梢造成刺激,产生交感神经功能紊乱。交感型颈椎病症状繁多,多数表现为交感神经兴奋症状,少数为交感神经抑制症状。由于椎动脉表面富含交感神经纤维,当交感神经功能紊乱时常累及椎动脉,导致椎动脉的舒缩功能异常。因此交感型颈椎病在出现全身多个系统症状的同时,还常常伴有椎-基底动脉系统供血不足的表现。

5. 椎动脉型颈椎病 在正常人头向一侧歪曲或扭动时,其同侧的椎动脉受挤压,使椎动脉的血流减少,但是对侧的椎动脉可以代偿,从而保证椎-基底动脉血流不受太大的影响。当颈椎出现节段性不稳定和椎间隙狭窄时,可以造成椎动脉扭曲并受到挤压;椎体边缘以及钩椎关节等处的骨赘可以直接压迫椎动脉或刺激椎动脉周围的交感神经纤维,使椎动脉痉挛而出现椎动脉血流瞬间变化,导致椎-基底供血不足而出现症状,因此不伴有椎动脉系统以外的症状。

【临床表现】

1. 颈型颈椎病

(1) 颈项强直、疼痛,可有整个肩背疼痛发僵,不能做点头、仰头及转头活动,呈斜颈姿势。需要转颈时,躯干必须同时转动,也可出现头晕的症状。

(2) 少数患者可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻,咳嗽或打喷嚏时症状不加重。

(3) 临床检查:急性期颈椎活动绝对受限,颈椎各方向活动范围近于零度。颈椎旁肌、胸_{1~7}椎旁或斜方肌、胸锁乳突肌有压痛,冈上肌、冈下肌也可有压痛。如有继发性前斜角肌痉挛,可在胸锁乳突肌内侧,相当于颈_{3~6}横突水平,扪到痉挛的肌肉,稍用力压迫,即可出现肩、臂、手放射性疼痛。

2. 神经根型颈椎病

(1) 颈痛和颈部发僵常是最早出现的症状。有些患者还有肩部及肩胛骨内侧缘疼痛。

(2) 上肢放射性疼痛或麻木。这种疼痛和麻木沿着受累神经根的走行和支配区放射,具有特征性,因此称为根型疼痛。疼痛或麻木可以呈发作性,也可以呈持续性。有时症状的出现与缓解和患者颈部的位置和姿势有明显关系。颈部活动、咳嗽、喷嚏、用力及深呼吸等可以引起症状加重。

(3) 患侧上肢感觉沉重、握力减退,有时出现持物坠落。可有血管运动神经的症状,如手部肿胀等。晚期可以出现肌肉萎缩。

(4) 临床检查:颈部僵直、活动受限。患侧颈部肌肉紧张,棘突、棘突旁、肩胛骨内侧缘以及受累神经根所支配的肌肉有压痛。椎间孔部位出现压痛并伴上肢放射性疼痛或麻木或使原有症状加重具有定位意义。椎间孔挤压试验阳性,臂丛神经牵拉试验阳性。仔细、全面的神经系统检查有助于定位诊断。

3. 脊髓型颈椎病

(1) 多数患者首先出现一侧或双侧下肢麻木、沉重感,随后逐渐出现行走困难,下肢各组肌肉发紧、抬步慢,不能快走。继而出现上下楼梯时需要借助上肢扶着扶梯才能登上台阶。严重者步态不稳、行走困难。患者双脚有踩棉感。有些患者起病隐匿,往往是在想追赶即将驶离的公共汽车,却突然发现双腿不能快走。

(2) 出现一侧或双侧上肢麻木、疼痛,双手无力、不灵活,写字、系扣、持筷等精细动作难以完成,持物易落。严重者甚至不能自己进食。

(3)躯干部出现感觉异常,患者常感觉在胸部、腹部或双下肢有如皮带样的捆绑感,称为束带感。同时下肢可有灼热感或冰凉感。

(4)部分患者出现膀胱和直肠功能障碍。如排尿无力、尿频、尿急、尿不尽、尿失禁或尿潴留等排尿障碍,大便秘结。性功能减退。

病情进一步发展,患者须拄拐或借助他人搀扶才能行走,直至出现双下肢呈痉挛性瘫痪,卧床不起,生活不能自理。

(5)临床检查:颈部多无体征。上肢或躯干部出现节段性分布的浅感觉障碍区,深感觉多正常,肌力下降,双手握力下降。四肢肌张力增高,可有折刀感;腱反射活跃或亢进:包括肱二头肌、肱三头肌、桡骨膜、膝腱、跟腱反射;髌阵挛和踝阵挛阳性。病理反射阳性:如上肢 Hoffmann 征、Rossolimo 征、下肢 Barbinski 征、Chaddock 征。浅反射如腹壁反射、提睾反射减弱或消失。如果上肢腱反射减弱或消失,提示病损在该神经节段水平。

4. 交感型颈椎病

(1)头部症状:如头晕或眩晕、头痛或偏头痛、头沉、枕部痛,睡眠欠佳、记忆力减退、注意力不易集中等。偶有因头晕而跌倒者。

(2)眼耳鼻喉部症状:眼胀、干涩或多泪、视力变化、视物不清等;耳鸣、耳堵、听力下降;鼻塞、过敏性鼻炎,咽部异物感、口干、声带疲劳等;味觉改变等。

(3)胃肠道症状:恶心甚至呕吐、腹胀、腹泻、消化不良、嗝气以及咽部异物感等。

(4)心血管症状:心悸、胸闷、心率变化、心律失常、血压变化等。

(5)面部或某一肢体多汗、无汗、畏寒或发热,有时感觉疼痛、麻木但又不按神经节段或走行分布。

以上症状往往与颈部活动有明显关系,坐位或站立时加重,卧位时减轻或消失。颈部活动多、长时间低头、在计算机前工作时间