



面向 21 世纪课程教材

Textbook Series for 21st Century

全国高等医药院校教材 • 供麻醉学专业用

疼痛诊疗学

主编 谭冠先



人民卫生出版社

面向 21 世纪课程教材
全国高等医药院校教材
供麻醉学专业用

疼 痛 诊 疗 学

主编 谭冠先

副主编 邓迺封 李文志

编者 (以姓氏笔画为序)

马正良 (徐州医学院) 黄宇光 (中国协和医科大学)
邓迺封 (天津医科大学) 蒋宗滨 (广西医科大学)
刘铁汉 (哈尔滨医科大学) 温文钊 (广西医科大学)
李文志 (哈尔滨医科大学) 谭冠先 (广西医科大学)
郑方 (哈尔滨医科大学) 谭宪湖 (广西医科大学)

人 民 卫 生 出 版 社

2694/29

疼 痛 诊 疗 学

主 编: 谭冠先
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)
地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
印 刷: 北京市卫顺印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/16 **印张:** 11.25
字 数: 233千字
版 次: 2000年7月第1版 2000年7月第1版第1次印刷
印 数: 00 001—4 000
标准书号: ISBN 7-117-04014-9/R·4015
定 价: 15.00元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编写说明

全国高等医药院校麻醉学专业教材（以下简称教材）是国家教育部《面向 21 世纪麻醉学专业课程体系和教学内容改革研究》课题的重要组成部分。因此，教材的编写必须符合 21 世纪我国麻醉学人才培养的目标和规格，体现教育部 1998 年颁布的《普通高等学校本科专业目录》的要求与精神。麻醉学专业课程设置虽是基于临床医学专业课程，但是面向未来的发展，麻醉学专业也应具有较宽的覆盖面，特别是危重病、急救及急症医学、疼痛诊疗、生命复苏以及药物依赖及其治疗等领域。因此，这次编写的教材共 7 本，包括麻醉学的基础部分 4 本：《麻醉解剖学》、《麻醉生理学》、《麻醉药理学》及《麻醉设备学》；麻醉学临床部分有 3 本：《临床麻醉学》、《危重病医学》和《疼痛诊疗学》。教材主要读者对象是全国高等医药院校麻醉学专业本科生，接受规范化培训的麻醉科住院医师，也可供急诊科、急救中心及 ICU 医师参考。

《麻醉学专业课程体系和教学内容改革的研究》于 1996 年立项，1997 年正式启动。经过准备与协商，由全国高等麻醉学教育分会主持，1998 年提出了教材编写计划并成立编审委员会。这次教材的编写具有以下几个特点：①以《普通高等学校本科专业目录》为准则，以面向 21 世纪我国麻醉学人才培养的目标和规格为指导；②内容突出“三基”（基础理论、基本知识和基本技能），强调“少而精”，体现思维、素质及创新教学；③在前两版教材的基础上，经过广泛听取教师及学生的意见和建议后重新编写，在内容上有重大的改革，例如《麻醉物理学》改为《麻醉设备学》；《麻醉解剖学》与临床医学《局部解剖学》进行有机的合并，实际上是麻醉专业用的局部解剖学；将《重症监测治疗与复苏》改为《危重病医学》等；④本次教材的编写组织者与各位编者均具有较强的责任心和使命感，投入了较多的人力、物力与财力。

在此，我们深深地感谢教育部高等教育司及农林医药处的关心与支持，感谢卫生部教材办公室及人民卫生出版社的支持与具体指导，感谢各主编单位对教材编写的关心与支持。与此同时，我们深感时代的发展步伐与自己的滞后，因此，真正奉献一部“精品”还是力不从心，只能带着一点遗憾面对读者，对此，我们并没有期求读者的原谅之意，而是更加自勉，更希望广大读者爱护和提出宝贵的意见。

曾因明

郑方

徐后明 敬启

2000 年元月 12 日

必修课教材

- | | | |
|------------|---------|----|
| 1. 《麻醉解剖学》 | 张励才 | 主编 |
| 2. 《麻醉生理学》 | 谭秀娟 李俊成 | 主编 |
| 3. 《麻醉药理学》 | 段世明 | 主编 |
| 4. 《麻醉设备学》 | 郑方 范从源 | 主编 |
| 5. 《临床麻醉学》 | 徐启明 李文硕 | 主编 |
| 6. 《危重病医学》 | 曾因明 | 主编 |
| 7. 《疼痛诊疗学》 | 谭冠先 | 主编 |

全国高等医药院校麻醉医学 专业第一届教材编审委员会

主任委员 曾因明（徐州医学院）

副主任委员 郑方（哈尔滨医科大学）
徐启明（湖南医科大学）

委员（以姓氏笔画为序）

孙大金（上海第二医科大学）	张励才（徐州医学院）
李文硕（天津医科大学）	金士翱（同济医科大学）
李俊成（湖南医科大学）	段世明（徐州医学院）
李德馨（南京军区总医院）	谭秀娟（湖南医科大学）
范从源（徐州医学院）	谭冠先（广西医科大学）

前 言

疼痛与除痛及疼痛性疾病的治疗一直为基础医学和临床医学所重视，疼痛诊疗学是麻醉医学的重要组成部分。随着医学的发展，疼痛的诊断、治疗技术亦取得了重要的发展。本教材立足于 21 世纪的发展需要，学习和吸收了国内外疼痛医学的新进展，由全国五所高等医药院校 10 位具有丰富教学经验和临床实践的教授共同编写而成。

本教材共 18 章，内容包括疼痛的基础知识、疼痛及疼痛性疾病的检查及诊断方法、疼痛治疗常用药物、以神经阻滞为主的各种常用治疗方法、常见疼痛性疾病的诊断和治疗，癌性痛的治疗、小儿镇痛、手术后镇痛、分娩镇痛及某些非疼痛性疾病的治疗等。除了增加疼痛的诊断、小儿镇痛、小针刀治疗等新内容外，还体现了对疼痛疾病的诊断更加重视。

《疼痛诊疗学》教材的编写，虽然经过多次讨论，反复修改，但肯定还有不尽人意之处，疏漏、缺点难免，恳切希望使用本教材的广大师生和读者提出宝贵意见，以便今后修订。

谭冠先

2000 年 4 月 3 日

目 录

第一章 绪论	1
第一节 疼痛诊疗学的概念与范畴	1
第二节 疼痛诊疗学发展史	2
一、疼痛学简史.....	2
二、我国疼痛学的发展与成就.....	3
第三节 疼痛的治疗方法	3
第四节 疼痛的临床评价方法	4
一、概述.....	4
二、疼痛的临床评价方法.....	4
第二章 疼痛性疾病的诊断方法	7
第一节 理学诊断	7
一、病史采集.....	7
二、体格检查.....	8
第二节 影像学诊断	11
一、X线摄影.....	11
二、电子计算机体层成像.....	11
三、磁共振成像.....	11
四、超声诊断.....	12
第三节 实验室诊断	12
第三章 疼痛的药物治疗	14
第一节 麻醉性镇痛药	14
一、吗啡.....	14
二、哌替啶.....	15
三、芬太尼.....	15
四、二氢埃托啡.....	15
第二节 解热镇痛抗炎药	16
一、阿司匹林.....	16
二、吲哚美辛.....	17
三、布洛芬.....	17

四、芬必得	18
五、双氯芬酸钠	18
六、奥湿克	18
第三节 局部麻醉药	19
一、利多卡因	19
二、布比卡因	19
三、罗哌卡因	20
第四节 神经破坏药	20
一、乙醇	20
二、苯酚	21
第五节 糖皮质激素	21
一、泼尼松龙	21
二、地塞米松	22
三、利美沙松	22
四、曲安奈德	22
第六节 其它药物	23
一、曲马多	23
二、氯胺酮	23
三、可乐定	24
四、阿米替林	24
五、维生素 B ₁	25
六、维生素 B ₁₂	25
第四章 神经阻滞疗法	26
第一节 概述	26
第二节 枕部神经阻滞疗法	28
第三节 颌面部神经阻滞疗法	29
一、三叉神经阻滞	29
二、面神经阻滞	37
三、舌咽神经阻滞	38
第四节 颈神经阻滞疗法	39
一、喉上神经阻滞	39
二、膈神经阻滞	39
第五节 肩臂神经阻滞疗法	39
一、正中神经阻滞	39
二、尺神经阻滞	40
三、桡神经阻滞	40
四、指神经阻滞	41
五、肩胛上神经阻滞	41

第六节 胸、背、腰部神经阻滞疗法	42
一、肋间神经阻滞	42
二、颈、胸、背、腰椎旁神经阻滞	42
三、腰大肌间沟阻滞	43
第七节 下肢神经阻滞疗法	44
一、坐骨神经阻滞	44
二、股神经阻滞	45
三、股外侧皮神经阻滞	46
四、闭孔神经阻滞	46
第八节 自主神经阻滞疗法	46
一、星状神经节阻滞	46
二、胸部交感神经节阻滞	47
三、腰部交感神经节阻滞	48
四、腹腔神经丛阻滞	49
第九节 硬膜外腔阻滞疗法	49
一、硬膜外腔阻滞	49
二、硬膜外腔吗啡注入法	50
第十节 蛛网膜下隙阻滞疗法	51
一、蛛网膜下隙阻滞	51
二、全脊髓阻滞	54
第五章 疼痛的其它治疗方法	55
第一节 物理疗法	55
一、概述	55
二、电疗法	56
三、光疗法	56
四、超声波疗法	57
五、磁疗法	57
第二节 局部阻滞疗法	58
一、几种常用的局部阻滞疗法	58
二、局部阻滞疗法的适应范围	58
第三节 针刀疗法	59
一、概述	59
二、针刀手术的进针方法	59
三、针刀手术的基本操作方法	60
四、针刀疗法的适应范围	60
第四节 疼痛的心理治疗	61
一、概述	61
二、心理治疗的基本方法	61

第六章 头痛	63
第一节 概述	63
一、头痛的发生机制	63
二、头痛的分类	64
第二节 偏头痛	64
第三节 紧张性头痛	68
第四节 丛集性头痛	71
第五节 头部外伤后头痛	73
一、急性颅脑外伤后头痛	73
二、慢性颅脑外伤后头痛	74
第七章 面部疾病及疼痛	76
第一节 三叉神经痛	76
一、原发性三叉神经痛	76
二、继发性三叉神经痛	78
第二节 舌咽神经痛	79
第三节 非典型面痛	80
第四节 面神经麻痹	81
一、概述	81
二、特发性面神经麻痹	81
第五节 面肌痉挛	83
第八章 颈、肩及上肢疼痛	85
第一节 颈椎病	85
第二节 前斜角肌综合征	89
第三节 颈肩臂综合征	91
第四节 颈肩肌筋膜炎	92
第五节 肩关节周围炎	94
第六节 肱骨外上髁炎	96
第七节 滑囊炎	97
第八节 腱鞘炎	98
第九节 腱鞘囊肿	98
第九章 胸、腹及背部痛	100
第一节 肋间神经痛	100
第二节 肋骨软骨炎	101
第三节 心绞痛	101
第四节 腹痛（急性腹部内脏痛）	103

一、常见的急性腹痛·····	103
二、急性腹痛的疼痛治疗原则·····	104
第五节 腰背部肌筋膜综合征·····	105
第十章 腰及下肢痛·····	107
第一节 概述·····	107
第二节 腰椎间盘突出症·····	108
第三节 急性腰扭伤·····	111
第四节 坐骨神经痛·····	112
第五节 骨质疏松症·····	113
第六节 第3腰椎横突综合征·····	114
第七节 梨状肌综合征·····	115
第八节 膝关节骨性关节炎·····	116
第九节 尾痛症·····	117
第十节 足跟痛·····	118
第十一章 癌性疼痛·····	120
第一节 概述·····	120
一、癌症致痛机制·····	120
二、癌痛对机体和社会的影响·····	122
三、癌痛的临床表现·····	122
四、癌症疼痛的临床评价·····	123
第二节 癌性疼痛的治疗·····	124
一、癌痛的病因治疗·····	124
二、癌痛的对症治疗·····	124
第十二章 带状疱疹的疼痛与治疗·····	130
第一节 带状疱疹·····	130
第二节 带状疱疹后神经痛·····	132
第十三章 周围血管性疾病·····	133
第一节 雷诺综合征·····	133
第二节 血栓闭塞性脉管炎·····	136
第十四章 自主神经反射性疼痛·····	139
第一节 反射性交感神经萎缩症·····	139
第二节 灼痛·····	142

第十五章 不定陈诉综合征	145
第十六章 小儿疼痛	149
第一节 小儿疼痛的特点	149
第二节 小儿疼痛的治疗原则	150
一、治疗药物的选择	150
二、治疗方法的选择	151
三、小儿慢性疼痛的治疗	153
第十七章 手术后镇痛	154
第一节 术后疼痛对机体的影响及镇痛的意义	154
一、术后疼痛对机体的影响	154
二、术后镇痛的意义	155
第二节 术后镇痛的方法	156
第三节 病人自控镇痛	158
一、病人自控镇痛原理	158
二、PCA 技术参数和分类	159
三、PCA 临床应用范围	160
第十八章 分娩镇痛	161
第一节 分娩疼痛的原因	161
一、与分娩疼痛有关的神经分布	161
二、分娩疼痛的原因	161
第二节 镇痛药物对胎儿和新生儿的影响	162
一、药物通过胎盘的转运	162
二、麻醉镇痛药对胎儿的影响	163
第三节 分娩镇痛	164
一、分娩与椎管内注药镇痛	164
二、分娩与全身用药镇痛	166
三、分娩与局部神经阻滞镇痛	167

第一章 绪 论

第一节 疼痛诊疗学的概念与范畴

疼痛诊疗学 (diagnosis and treatment of pain) 是麻醉医学的重要组成部分, 是研究和阐述疼痛及疼痛性疾病的诊断与治疗的学科。疼痛 (pain) 是人体的一种感觉与体验, 同时还伴有不愉快的情感改变。这种感受和反应与机体存在明确的或潜在的组织损伤有关, 是神经末梢痛觉感受器受伤害和病理刺激后通过神经冲动传导到中枢大脑皮层而产生的。疼痛是许多疾病的常见或主要的症状, 疼痛不仅给患者带来极大痛苦, 而且还对中枢神经、循环、呼吸、内分泌、消化和自主神经等系统造成不良影响, 因此, 解除疼痛是治疗疼痛性疾病的重要工作, 也是病人的迫切要求。在医学史上很早以来就有各种止痛方法, 随着医学的进步与发展, 近几十年来, 对疼痛的生理进行了大量研究, 对疼痛本质的认识逐步加深。在治疗方面, 开发了许多镇痛药物, 并积累了丰富的临床应用经验, 逐渐形成了诊治疼痛性疾病和解除各种急慢性疼痛的疼痛诊疗学。由于麻醉与镇痛在生理学上和药理学上十分密切, 麻醉医师又较全面地掌握和应用了各种麻醉镇痛药物和神经阻滞方法, 因此, 疼痛诊疗学已发展成为麻醉学科的重要分支学科。

疼痛诊疗学是汲取和集中了基础医学、临床医学包括麻醉学的有关理论和方法, 结合长期以来所积累的疼痛治疗的临床经验而形成的新学科。疼痛诊疗工作需要具有多学科的知识, 包括解剖学、生理学、药理学、神经内科学、神经外科学、骨科学、内科学、影像医学、心理学和其它临床学科的有关知识。只有具备这些知识才能作出正确的诊断和确定治疗方针, 并应用临床麻醉学的知识和技术, 达到安全、有效地解除疼痛和治疗疾病的目的。

现代疼痛诊疗学的范畴包括许多疼痛性疾病、某些非疼痛性疾病、癌痛镇痛和术后镇痛。按病因及治疗目的, 疼痛诊治的疾病大致可分为四类:

(一) 各种急、慢性疼痛性疾病

许多骨、关节、软组织或神经血管的疾病, 常常存在损伤、炎症、水肿、肌紧张或血管痉挛等病理改变, 同时伴有疼痛。如急性肌肉或韧带扭伤、关节炎、肩周炎、头痛、腰椎间盘突出症、三叉神经痛等。通过疼痛治疗不仅可缓解疼痛, 还起到促进局部血液循环, 解除肌痉挛、消炎和消除水肿的作用。

（二）恶性肿瘤疼痛的止痛

主要目的是减轻病人的痛苦，提高恶性肿瘤患者的生活质量。

（三）与自主神经系统有关的疾病的治疗

这类疾病因交感神经与副交感神经的功能紊乱，常有血管舒缩功能障碍和疼痛，如雷诺病、血栓闭塞性脉管炎、反射性交感神经萎缩症等。采用以神经阻滞为主的综合治疗，可调节自主神经功能，舒张小动脉，改善局部血液循环和缓解疼痛。

（四）术后镇痛

是指手术创伤后疼痛的镇痛，通过止痛不仅可减轻病人的痛苦，还可预防和减轻由于疼痛对呼吸、循环和病人心理等多方面的不利影响。

现代疼痛诊疗学不但包括上述疾病的诊断、治疗及各种疼痛的止痛技术，而且还要研究疼痛的发生、发展规律和镇痛方法。为此，现代疼痛学必然涉及到实验研究及神经生理和解剖学等基础知识。

学习疼痛诊疗学的主要目的是，通过学习了解有关疼痛的基础理论、基本知识和常用治疗方法，打下临床疼痛诊疗的基础。

第二节 疼痛诊疗学发展史

一、疼痛学简史

疼痛诊疗学与整个医学一样，是人们长期同疾病、伤痛作斗争的经验总结。在公元前 1500 年，埃及就用大麻、罂粟等止痛。在我国，古代著名医学家扁鹊提出用针灸、按摩等方法止痛。公元前 457~227 年春秋战国时代出版的医书《黄帝内经》记载的针刺疗法，其中重要的作用之一是镇痛。

1930~1945 年是现代疼痛治疗发展的重要阶段。1930 年法国外科医生 Leriche 首先认为慢性疼痛是一种疾病状态，发表了有关灼热痛及反射性交感神经萎缩症的论文。Woodbrige, Ruth, Mandlc, Rovenstine, Wertheim 等推荐应用神经阻滞术控制疼痛。1936 年美国麻醉学家 Rovenstine 教授创建了疼痛门诊 (pain clinic)。50 年代以后世界各国相继设立了疼痛门诊或病室，开展以神经阻滞为主要方法的疼痛治疗工作。

1975 年在意大利佛罗伦萨召开了第一届国际疼痛研究会 (international association for the study of pain, IASP) 大会，以后每 3 年举行一次会议。1975 年出版了《Pain》杂志。1984 年在荷兰鹿特丹召开第一届国际疼痛治疗会议并出版了《Pain Clinic》杂志，此后每 3 年举行一次会议。同年，在日内瓦由世界卫生组织 (WHO) 召开了癌症疼痛综合治疗会议。在此期间及此后，世界大多数国家成立了疼痛学会并召开疼痛学术会议。

20 世纪 90 年代以来，疼痛治疗工作一方面更加普及，另一方面向更高层次发展。据美国疼痛学会 1991 年调查，全美共有 299 所疼痛治疗机构，41 所多学科疼痛

治疗中心。日本 1992 年统计，全国 82 所大学医学院的附属医院，只有 3 所没有疼痛治疗门诊。

二、我国疼痛学的发展与成就

我国从 20 世纪 50 年代开始就有一些医院的麻醉科应用硬膜外阻滞治疗腰椎间盘突出症及腰和下肢疼痛，用神经阻滞方法治疗三叉神经痛等疾病。70~90 年代是我国现代疼痛医学发展的重要阶段，在科学研究方面，上海生理研究所、北京医科大学神经科学研究所等单位，在疼痛和镇痛原理的研究及针刺镇痛等方面进行了大量深入的研究，并取得了重大成果，在国内外产生了巨大影响。80 年代在延边、石家庄、天津、济南、武汉、北京等地的医学院相继建立了疼痛治疗中心或开展疼痛门诊。此后，全国各地相继建立了各种形式的疼痛治疗机构并开展疼痛治疗工作。在疼痛临床实践和科研工作中发明多种新的治疗方法，如穴位电刺激、小针刀疗法等。1988 年，在承德召开了中华医学会第一次全国疼痛治疗专题学术会议，同时成立了中华医学会麻醉学会疼痛治疗学组，以后每 2~3 年召开一次学术会议。1989 年在北京召开了第一届东西方疼痛会议，并成立了中华疼痛研究会（CASP），即国际疼痛研究会中国分会，1992 年正式改为中华医学会疼痛学分会，下设六个专业委员会，每 2~3 年召开一次国际性疼痛会议。在疼痛学会领导下，全国先后成立了 10 个医、教、研相结合的疼痛临床中心，推动了疼痛医学的发展。1995 年正式出版了中华医学会疼痛学会主办的学术刊物《中国疼痛医学杂志》。河北省、山东省也先后出版了《疼痛学杂志》和《中国麻醉与镇痛杂志》。近十年来，我国还出版了多部有关疼痛治疗学方面的专著，如《临床疼痛学》、《疼痛治疗学》、《临床疼痛治疗学》和《现代疼痛学》等。中华医学会疼痛学会、中华医学会麻醉学会还多次举办了疼痛治疗学术交流会和学习班，对总结和我国疼痛治疗工作的发展起了重大作用。

20 世纪 90 年代，我国疼痛医学与国际的交流有了很大的发展，1995 年北京医科大学与法国合作成立了“中法疼痛治疗中心”，我国疼痛医学工作者也频繁出现在国际疼痛会议的讲坛上。现今，无论在疼痛研究或临床治疗方面都达到了国际先进水平，展望 21 世纪，我国的疼痛医学将会有更大的发展。

第三节 疼痛的治疗方法

疼痛的治疗应包括病因治疗和消除疼痛治疗两方面。在治疗前应明确诊断及引起疼痛的原因和疼痛的传导方式。在此基础上决定治疗方针与方法。目前对疼痛的产生机制尚有许多不明的地方，有些疼痛病症一时也难以明确引起疼痛的原因，而需要进行诊断性或试验性治疗，必须排除所用治疗方法的禁忌证。此外，有许多内、外科及其它专科疾病兼有疼痛的症状，解除疼痛只是治疗的一个方面，病因治疗及全面的治疗应由所属专科处理。

疼痛治疗有许多方法，可归纳为三大类（表 1-1）。

表 1-1 疼痛治疗的分类、机制及方法

治疗分类	治疗机制	治疗方法
消除原因	除去致痛部位 治疗致痛疾病 消除致病的某一环节	外科手术 内科疗法 物理疗法 镇痛药 神经阻滞疗法
阻断神经的疼痛传导	化学性阻断 物理性阻断	局麻药神经阻滞疗法 神经破坏药注射 电热凝疗法 神经切断手术
提高痛阈,改善疼痛反应		镇痛、镇静药疗法 针刺疗法 心理疗法

第四节 疼痛的临床评价方法

一、概 述

疼痛的评价是指在疼痛治疗前及过程中利用一定的方法测定和评价病人的疼痛强度及性质。疼痛测定和评价的意义可归纳为四个方面：①更准确地判定疼痛特征，便于选用最恰当的治疗方法和药物；②在治疗过程中，随时监测疼痛程度的变化，及时调整治疗方案，而不是在终止治疗后才由病人作出回顾性比较，避免治疗的偏差；③用定量的方法判断治疗效果；④有时治疗后疼痛缓解不完全，通过疼痛定量可以说明治疗后疼痛缓解减轻的程度和变化特点。由于疼痛不仅与生理、病理有关，还受情绪、心理等因素的影响，因此客观的测定和评价是相当困难的。

二、疼痛的临床评价方法

在疼痛治疗过程中，不仅要了解患者有无疼痛，还要了解患者疼痛强度的变化，从而对疾病的发展状况和治疗效果作出估计。临床常采用强度量表和问卷表进行评估。

(一) 视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS)

VAS通常采用10cm长的直线，两端分别表示“无痛”(0)和“想象中剧烈疼痛”(10)。被测者根据其感受程度，在直线上相应部位作记号，从“无痛”端至记号之间的距离即为痛觉评分分数。VAS是目前最常用的疼痛强度评估方法(图1-1)。

(二) 语言评价量表 (verbal rating scale, VRS)

是将疼痛用“无痛”、“轻微痛”、“中度痛”、“重度痛”和“极重度痛”表示(图1-1)。

(三) 数字评价量表 (numerical rating scale, NRS)

是将疼痛程度用0到10这11个数字表示。0表示无痛，10表示最痛。被测者根据个人疼痛感受在其中一个数作记号（图1-1）。

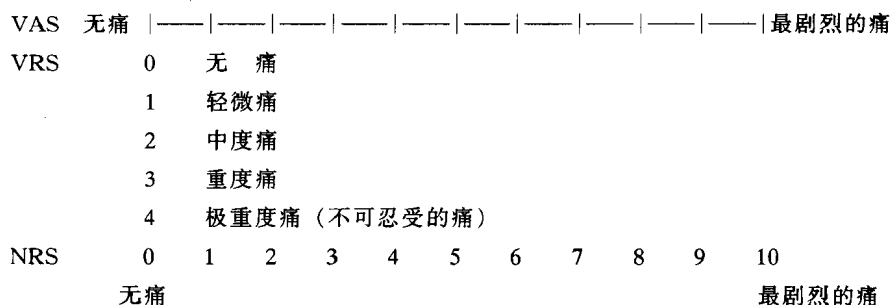


图1-1 几种疼痛评估方法

(四) 疼痛问卷表 (pain questionnaires)

疼痛问卷表是根据疼痛的生理感觉，病人的情感因素和认识成分等多方面因素设计而成，因此能较准确的评价疼痛的强度与性质。

1. McGill 问卷表 (McGill pain questionnaire, MPQ) McGill 疼痛问卷包括4类20组疼痛描述词，从感觉、情感、评价和其它相关类四个方面因素以及现时疼痛强度进行较全面的评价。每组词按疼痛程度递增的顺序排列，其中，1~10组为感觉类 (sensory)，11~15组为情感类 (affective)，16组为评价类 (evaluation)，17~20组为其它相关类 (miscellaneous)。被测者在每一组词中选一个与自己痛觉程度相同的词。根据被测者所选的词在组中位置可得出一个相应数值 (序号数)，所有选出的词的数值之和为疼痛评定指数 (pain rating index, PRI)。PRI 可以求出四类的总和，也可以分别计算。

2. 简化的 McGill 疼痛问卷表 (short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ) SF-MPQ 是在 MPQ 基础上简化而来。由11个感觉类和4个情感类对疼痛的描述词以及现时疼痛强度 (present pain intensity, PPI) 和 VAS 组成。所有描述词均用0~3表示“无痛”、“轻度痛”、“中度痛”和“重度痛” (图1-2)。由此分类求出 PRI 或总的 PRI。PPI 用6分法评定。

疼痛描述词	无痛	轻度痛	中度痛	重度痛
跳痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
反射痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
刺痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
锐痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
夹痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
咬痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
烧灼痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
创伤痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
剧烈痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
触痛	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____