

全国卫生专业技术资格考试指导

2014

附赠考试大纲

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

权威
畅销书

疼痛学

适用专业

疼痛学（中级）



人民卫生出版社

2014

全国卫生专业技术资格考试指导

人卫医学网考试频道

exam.ipmph.com

读人卫考试书 上人卫医学网

疼痛学

权威
畅销书



权威配套课程 海量自测试题



智能进度掌控 个性错题记录



电脑/手机/平板 随时随地学习

全科医学
皮肤与性病学
内科学
外科学
肿瘤学
肿瘤放射治疗技术
妇产科学
儿科学
眼科学
耳鼻咽喉科学
麻醉学
精神病学
心理治疗学
口腔医学（综合）
口腔内科学
口腔颌面外科学

口腔修复学
口腔正畸学
口腔医学技术
放射医学
放射医学技术
核医学
核医学技术
超声波医学
超声波医学技术
康复医学与治疗技术
营养学
预防医学
预防医学技术
药学（士）
药学（师）
药学（中级）

临床医学检验技术（士）
临床医学检验技术（师）
临床医学检验与技术（中级）
病理学
病理学技术
护理学（师）
护理学（中级）
心电学技术
病案信息技术
疼痛学
重症医学
输血技术（师、中级）
医疗机构从业人员行为规范与医学伦理学

护理学（师）要点精编
护理学（中级）要点精编

策划编辑 喻晓霞
责任编辑 李常乐 喻晓霞

封面设计 尹岩
版式设计 李秋斋



ISBN 978-7-117-17746-7



9 787117 177467 >

定价：110.00元

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询，在线购书

人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导，医学数据库服务，医学教育资源，大众健康资讯

全国卫生专业技术资格考试指导

2014

附赠考试大纲

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

疼痛学

适用专业

疼痛学(中级)



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

2014 全国卫生专业技术资格考试指导. 疼痛学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写. —北京: 人民卫生出版社, 2013. 9

ISBN 978-7-117-17746-7

I. ①2… II. ①全… III. ①医学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料②疼痛-诊疗-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 IV. ①R-42②R441.1-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 164657 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

2014 全国卫生专业技术资格考试指导 疼 痛 学

编 写: 全国卫生专业技术资格考试专家委员会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph @ pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 39

字 数: 998 千字

版 次: 2013 年 9 月第 1 版 2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17746-7/R · 17747

定 价: 110.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自2001年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于2013年度卫生专业技术资格考试有关问题的通知》(人社厅发[2012]110号)文件精神,临床医学以及中药学初级(士)、初级(师)、中级、中医护理学初级(师)、中级等65个专业“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4个科目的考试均采用人机对话的方式进行。其他52个专业的4个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作,特组织国内有关专家、教授编写了《2014全国卫生专业技术资格考试指导》疼痛学部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求,参考国内外权威著作,将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来,以便于考生理解、记忆。全书内容与考试科目的关系如下:

“基础知识”:主要考查疼痛学的基础理论和基本知识,包括:疼痛的概念、分类、评估方法、产生机制、传导通路、传导原理;与疼痛有关的人体解剖学、生理学、病理学;疼痛治疗的方法、药物作用等。

“相关专业知识”:主要考查常见疾病的病因学、临床表现、诊断与治疗原则等方面的知识。

“专业知识”:考核内容包括疼痛的常用诊断方法、神经阻滞、局部注射疗法、疼痛的微创介入治疗技术、疼痛的神经调制技术和疼痛的其他治疗方法等。

“专业实践能力”:考试内容为考试大纲中列出的常见的与疼痛有关的疾病和症状。主要考核考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这一部分将采用案例分析题的形式考核,沿时间或空间、病情进展、临床诊疗过程的顺序提问,侧重考查考生对病情的分析、判断及对临床症状的处理能力,还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

欢迎广大考生和专业人士来信交流学习:zgks2009@163.com。

目 录

第一篇 基础知识

第一章 总体认识	1	第三节 上肢的神经	36
第一节 疼痛的概念	1	第四节 上肢关节与肌肉	37
第二节 疼痛的分类	1	第九章 下肢	43
第三节 疼痛诊疗的范畴	3	第十章 疼痛中枢与传导	48
第四节 疼痛对生理的影响	4	第一节 中枢神经	48
第五节 疼痛对心理的影响	4	第二节 疼痛传导路径	49
第六节 疼痛诊断与治疗的基本方法	5	第三节 痛觉传导纤维	50
第二章 常用的疼痛评估方法	6	第四节 痛觉感受器	50
第三章 头面部的神经血管解剖	11	第十一章 疼痛发生的机制	52
第四章 颈部	14	第一节 痛觉感受器	52
第一节 颈部主要结构的体表标志及投影	14	第二节 疼痛发生过程	52
第二节 颈部的血管	14	第十二章 疼痛递质的生物学基础及传导通路	53
第三节 颈部的神经	17	第一节 突触	53
第五章 胸部	20	第二节 传导通路	54
第一节 胸壁	20	第十三章 疼痛的分类与生理特点	55
第二节 胸腔及其脏器	20	第一节 分类	55
第六章 腹盆部和腰背部	23	第二节 特点	55
第一节 腹部脏器的神经分布	23	第十四章 中枢性镇痛药	57
第二节 盆部神经	23	第十五章 非甾体抗炎免疫药	67
第三节 腰段神经分布	25	第一节 概述	67
第七章 脊柱区	29	第二节 分类	67
第一节 脊柱的构造	29	第十六章 糖皮质激素类药物	73
第二节 椎管及其内容	30	第十七章 局部麻醉药	78
第三节 椎间盘与腰背肌肉	32	第十八章 神经破坏药物	83
第八章 上肢	35	第十九章 疼痛辅助用药	86
第一节 腋腔的内容及臂丛阻滞	35	第一节 三环类抗抑郁药	86
第二节 上肢血管	35	第二节 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂	87

第三节 5-羟色胺和去甲肾上腺素能 再摄取抑制剂	87	第四节 抗癫痫药	88
		第五节 维生素类药	89

第二篇 相关专业知识

第一章 心肺脑复苏	91	第二节 糖尿病性神经病变	131
第一节 心搏骤停	91	第三节 痛风性关节炎	132
第二节 心肺复苏——基础生命 支持	92	第八章 中枢神经系统症状性疾病	134
第三节 心肺复苏——高级生命 支持	93	第九章 脑血管疾病	137
第四节 心肺复苏——长期生命 支持	95	第十章 脑变性疾病	140
第五节 脑复苏	96	第十一章 脑炎性疾病	143
第二章 呼吸系统疾病	98	第一节 炎性脱髓鞘疾病概论	143
第一节 慢性阻塞性肺疾病	98	第二节 多发性硬化	143
第二节 肺结核	99	第三节 脑炎和脑膜炎	145
第三节 原发性支气管肺癌	101	第十二章 脊髓疾病	147
第四节 胸腔积液	105	第一节 脊髓压迫症	147
第五节 气胸	107	第二节 脊髓炎	148
第三章 循环系统疾病	109	第十三章 周围神经炎性及变性 疾病	150
第一节 心力衰竭	109	第一节 周围神经病总论	150
第二节 冠状动脉硬化性心脏病	112	第二节 面神经炎	151
第三节 原发性高血压	114	第三节 三叉神经痛	152
第四节 心律失常	115	第四节 糖尿病神经病	153
第四章 消化系统疾病	118	第五节 中毒性神经病	154
第一节 消化性溃疡	118	第六节 遗传性神经病	154
第二节 上消化道出血	120	第十四章 骨骼肌疾病	156
第三节 慢性胰腺炎	121	第一节 骨骼肌疾病概论	156
第五章 血液系统疾病	124	第二节 周期性瘫痪	156
第一节 贫血概述	124	第三节 肌营养不良	158
第二节 出血性疾病概述	125	第四节 炎性肌肉病	159
第六章 内分泌疾病	127	第十五章 脊柱和脊髓疾病	163
第一节 甲状腺功能亢进	127	第一节 急性脊髓损伤	163
第二节 甲状旁腺功能减退症	128	第二节 椎管内肿瘤	166
第七章 代谢疾病及营养疾病	130	第十六章 无菌术	171
第一节 糖尿病	130	第十七章 水、电解质代谢和酸碱 平衡	177
		第一节 概述	177

第二节 水和钠的代谢紊乱·····	177	第四节 周围神经卡压综合征·····	236
第三节 钾的异常·····	179	第二十五章 颈肩腰腿痛 ·····	238
第四节 其他类型的体液代谢 失调·····	180	第一节 颈椎病·····	238
第五节 酸碱平衡紊乱·····	182	第二节 急性颈椎间盘突出症·····	241
第六节 水电解质代谢和酸碱平衡 失调的防治原则·····	185	第三节 颈椎间盘微创介入手术 适应证及并发症·····	243
第十八章 外科输血 ·····	186	第四节 腰腿痛·····	243
第一节 输血的适应证·····	186	第五节 腰椎间盘突出症微创介入治疗 的指征及相关并发症·····	246
第二节 输血的并发症及其防治·····	186	第二十六章 骨与关节化脓性感染 ·····	247
第三节 成分输血·····	188	第一节 化脓性骨髓炎·····	247
第四节 自身输血·····	189	第二节 慢性血源性脊髓炎·····	250
第十九章 麻醉 ·····	191	第三节 局限性骨脓肿·····	252
第一节 概述·····	191	第四节 硬化性骨髓炎的治疗·····	253
第二节 麻醉前准备及用药·····	191	第五节 创伤后骨髓炎·····	253
第三节 全身麻醉·····	193	第六节 化脓性关节炎·····	254
第四节 局部麻醉·····	195	第二十七章 骨与关节结核 ·····	256
第五节 椎管内麻醉·····	197	第一节 概述·····	256
第二十章 围术期处理 ·····	200	第二节 脊柱结核·····	257
第一节 手术前准备·····	200	第三节 髋关节结核·····	260
第二节 手术后处理·····	201	第四节 膝关节结核·····	262
第三节 术后并发症·····	203	第二十八章 非化脓性关节炎 ·····	264
第二十一章 外科感染 ·····	205	第一节 骨性关节炎·····	264
第一节 概论·····	205	第二节 强直性脊柱炎·····	267
第二节 抗菌药的外科应用原则·····	207	第三节 类风湿关节炎·····	269
第二十二章 恶性肿瘤 ·····	212	第二十九章 骨肿瘤 ·····	273
第一节 肿瘤概论·····	212	第一节 骨肿瘤概论·····	273
第二节 肿瘤的治疗·····	215	第二节 良性骨肿瘤·····	275
第二十三章 骨折概论 ·····	224	第三节 恶性骨肿瘤·····	277
第一节 骨折·····	224	第四节 骨转移瘤(癌)·····	279
第二节 筋膜间隔综合征·····	228	第三十章 小儿疼痛与疼痛性疾病 ·····	282
第二十四章 周围神经及软组织 损伤 ·····	230	第一节 概述·····	282
第一节 概论·····	230	第二节 药物治疗·····	283
第二节 上肢部分·····	231	第三节 神经阻滞·····	284
第三节 腰及下肢部分·····	235	第四节 临床诊治·····	284
		第三十一章 术后镇痛 ·····	288

第三篇 专业知识

第一章 疼痛的常用诊断方法 295	第四节 颈肩 upper 肢病灶注射 386
第一节 病史采集..... 295	第五节 胸背腰骶病灶注射 393
第二节 一般理学检查..... 297	第六节 下肢病灶注射 394
第三节 各关节检查法..... 299	第四章 疼痛的微创介入治疗技术 402
第四节 神经系统检查..... 305	第一节 颈、腰脊髓核化学溶解术 ... 402
第五节 影像学诊断..... 314	第二节 经皮激光颈、腰椎间盘突出气 减压术..... 404
第六节 实验室诊断..... 326	第三节 神经射频热凝术..... 406
第七节 其他辅助检查诊断..... 332	第四节 臭氧注射技术..... 409
第二章 神经阻滞 339	第五节 经皮穿刺椎体成形术..... 410
第一节 神经阻滞的基本要求..... 339	第五章 疼痛的神经调制技术 412
第二节 头面部神经阻滞..... 340	第一节 基本要求..... 412
第三节 颈肩 upper 肢的神经阻滞..... 347	第二节 周围神经电刺激..... 413
第四节 胸背腰骶神经阻滞..... 354	第三节 脊髓电刺激..... 414
第五节 下肢神经阻滞术..... 361	第四节 运动皮层电刺激..... 417
第六节 交感神经阻滞术..... 366	第五节 中枢性药物控注技术..... 418
第七节 椎管内神经阻滞术..... 369	第六章 疼痛的其他治疗方法 420
第八节 小儿神经阻滞..... 375	第一节 常用的物理疗法..... 420
第九节 神经定位刺激器..... 376	第二节 心理治疗..... 426
第三章 局部注射疗法 378	第三节 针灸疗法..... 428
第一节 颈肩 upper 肢关节注射..... 378	第四节 银质针治疗..... 430
第二节 胸背腰骶关节注射..... 383	
第三节 下肢关节注射..... 384	

第四篇 专业实践能力

第一章 头面部疼痛 433	第九节 面肌痉挛 453
第一节 偏头痛..... 433	第十节 颞颌关节紊乱征 454
第二节 紧张型头痛..... 439	第二章 颈肩及 upper 肢疼痛 456
第三节 颈源性头痛..... 442	第一节 颈椎病..... 456
第四节 外伤后头痛..... 444	第二节 肩关节周围病变..... 461
第五节 三叉神经痛..... 446	第三节 颈肩肌筋膜炎..... 465
第六节 舌咽神经痛..... 449	第四节 肘腕部及前臂疼痛性 疾病..... 466
第七节 非典型性面痛..... 451	第五节 手部掌指关节疾病 467
第八节 特发性面神经麻痹..... 452	

第三章 胸腹部疼痛	469	第五章 神经病理性疼痛	517
第一节 概述.....	469	第一节 概况.....	517
第二节 常见胸廓疾病.....	477	第二节 中枢性疼痛.....	517
第三节 胸脊神经源性胸部疼痛.....	482	第三节 脊髓损伤后疼痛.....	519
第四节 脊柱源性腹痛.....	485	第四节 臂丛神经损伤后疼痛.....	520
第五节 盆腹腔脏器癌性疼痛.....	487	第五节 残肢痛和幻肢痛.....	521
第六节 几种临床常见的盆腹腔 肿瘤.....	489	第六节 复杂性区域性疼痛 综合征.....	522
第七节 癌痛常用神经阻滞技术.....	496	第七节 红斑性肢痛症.....	524
第四章 腰及下肢疼痛	497	第八节 带状疱疹及疱疹后神经 疼痛.....	526
第一节 腰椎间盘突出症.....	497	第九节 神经病理性疼痛特殊 治疗.....	528
第二节 干性坐骨神经痛.....	498	第六章 肿瘤与癌性疼痛	531
第三节 骨性膝关节和踝关节 病变.....	499	第一节 肿瘤与免疫.....	531
第四节 骨质疏松症.....	503	第二节 肿瘤放射治疗与疼痛.....	535
第五节 第三腰椎横突综合征.....	503	第三节 癌症疼痛概述.....	537
第六节 急性腰扭伤.....	504	第七章 周围血管病	563
第七节 梨状肌综合征.....	505	第一节 血栓闭塞性脉管炎.....	563
第八节 尾痛症.....	505	第二节 雷诺病.....	565
第九节 跟痛症.....	506	第八章 常见的疼痛性风湿病	569
第十节 急性腰背痛.....	507	第一节 类风湿关节炎.....	569
第十一节 椎管内占位性疾病.....	510	第二节 强直性脊柱炎.....	571
第十二节 腰椎管狭窄.....	512	第三节 纤维肌痛综合征.....	573
第十三节 腰椎滑脱症.....	513	第四节 肌筋膜痛综合征.....	576
第十四节 肛门会阴部疼痛.....	513	第五节 系统性红斑狼疮.....	579
第十五节 髋臀部疼痛性疾病.....	514		
疼痛学考试大纲	585		

第一篇 基础知识

第一章 总体认识

疼痛学是一门新的学科,是现代医学科学的一个重要组成部分,它是研究和阐述疼痛及各种疼痛性疾病的发生发展、病理生理及诊断与治疗的一门学科,是一门多学科互相渗透、交叉的边缘学科。

第一节 疼痛的概念

一、疼痛的定义

疼痛是组织损伤或与潜在的组织损伤相关的一种不愉快的躯体感觉和情感经历,同时可伴有代谢、内分泌、呼吸、循环功能和心理学的改变。疼痛是主观的,包括感觉和情感的反应,这种反应是神经末梢痛觉感受器受到伤害和病理刺激后,通过神经冲动传导到中枢的大脑皮质而产生。生物学家认为引起疼痛的刺激,易于造成组织的损伤,因此疼痛总是与组织损伤相关。有些人在没有组织损伤的情况下,主诉疼痛,这通常与心理因素有关。

二、疼痛与疾病的关系

疼痛是许多疾病的常见或主要的症状,如脑肿瘤的头痛、冠心病发作时的胸痛、胆石症的胆绞痛、腹痛、晚期肿瘤的癌性疼痛等。但有些疼痛其本身就是一种疾病,如带状疱疹的神经痛、三叉神经痛。疼痛不仅给患者带来痛苦,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,甚至是某些严重、威胁生命的疾病症状。因此,治疗疼痛既是一项重要的临床工作,也是患者的迫切要求。

第二节 疼痛的分类

疼痛涉及全身各部位、各器官系统。引起疼痛的病因是多方面的,包括创伤、炎症、神经病变等。不同部位的疼痛和不同的疼痛性疾病,其疼痛性质不同。为了便于对疼痛的流行病学、病因、预后和治疗效果等各方面的研究和利于临床的正确诊断,有必要对疼痛进行分类并建立一套合理的分类方法。1979年 Dr. Bonica 提出需要建立一套完整的医学分类法。1994年国际疼痛研究会(IASP)制订了疼痛的五轴分类法。1988年国际头痛学会(HIS)提出了头痛、颅脑神经痛和颜面痛分类方法,2004年 HIS 又推出第二版(ICHD2)。

根据疼痛的发生部位、原因、性质及持续时间等有多种分类。

一、按疼痛的部位分类

(一) 根据疼痛所在的躯体部位分类 可分为头痛、颌面部痛(或头、颜面和脑神经痛)、颈部痛、肩及上肢痛、胸痛、腹痛、腰及骶部痛、下肢痛、盆部痛、肛门及会阴痛等。每个部位的疼痛又包含各种疼痛性疾病或综合征。

(二) 根据疼痛部位的组织器官、系统分类 可分为躯体痛、内脏痛和中枢痛。

1. 躯体痛疼痛部位在浅部或较浅部,多为局部性,疼痛剧烈、定位清楚。如原发性头痛、肩周炎、膝关节炎等。

2. 内脏痛为深部痛,疼痛定位不准确、可呈隐痛、胀痛、牵拉痛或绞痛。如胆石症的胆绞痛、肾输尿管结石的肾绞痛、胃痛等。

3. 中枢痛主要指脊髓、脑干、丘脑和大脑皮质等神经中枢疾病,如脑出血、脑肿瘤、脊髓空洞症等引起的疼痛。

二、按疼痛的性质分类

1. 刺痛 又称第一痛、锐痛或快痛,其痛刺激冲动是经外周神经中的 $A\delta$ 纤维传入中枢的。痛觉主观体验的特点是定位明确,痛觉产生迅速,消失也快,常伴有受刺激的肢体出现保护性反射,且无明显情绪反应。

2. 灼痛 又称第二痛、钝痛或慢痛,其痛觉信号是经外周神经中的 C 纤维传入的。其主观体验的特点是定位不明确,往往难以忍受。痛觉的形成也慢,消失也慢。痛可反射引起同一脊髓节段所支配的横纹肌紧张性强直,并多伴有心血管和呼吸系统的变化,以及带有强烈的感情色彩。

上述两种类型的痛觉,合称双重痛觉,也即痛觉的双重性。

3. 酸痛 又称第三痛,其痛觉传入冲动经外周神经中的 $A\delta$ 纤维和 C 纤维传入。其主观体验的特点是痛觉难以描述,感觉定位差,很难确定痛源部位。

三、按疼痛的原因分类

根据疼痛的原因分类主要有:创伤性疼痛、炎性疼痛、神经病理性疼痛、癌痛和精神(心理)性疼痛等。

(一) 创伤性疼痛 创伤性疼痛主要是皮肤、肌肉、韧带、筋膜、骨的损伤引起的疼痛,如骨折、急性或慢性腰扭伤、肱骨外上髁炎、烧伤等。

(二) 炎性疼痛 由于生物源性炎症、化学源性炎症所致的疼痛。如风湿性关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等。

(三) 神经病理性疼痛 神经病理性疼痛(neuropathic pain)是由于末梢神经至中枢神经任何部位的神经病变和损害,出现痛觉过敏、痛觉异常,如带状疱疹后神经痛、糖尿病性神经病变等。

(四) 癌痛 癌痛(cancer pain)是由于肿瘤压迫、浸润周围器官、神经引起的疼痛,常见于肝癌、胃癌、胰腺癌、胆管癌和恶性肿瘤骨转移的疼痛。

(五) 精神(心理)性疼痛 精神(心理)性疼痛(psychogenic pain)主要是由于心理障碍引起的疼痛,往往无确切的躯体病变和阳性检查结果,患者常主诉周身痛或多处顽固性痛。可伴其他心理障碍表现。

四、按疼痛的持续时间分类

根据疼痛的持续时间可分为急性痛(acute pain)和慢性痛(chronic pain)。急性痛的持续时间 < 6 个月,慢性痛持续时间 > 6 个月。但另一种观点认为疼痛持续时间超过正常持续时间即可定义为慢性痛(Bonica, 1953),这段时间往往超过 6 个月,但也可能少于 1 个月。又有另

一种观点认为对于非恶性疼痛,3个月是区分慢性疼痛的最佳时间。

五、疼痛的五轴分类法

1994年IASP制订的慢性疼痛五轴分类法(第2版)是根据疼痛产生的部位、病变的系统、疼痛发生的类型及特征、疼痛强度及疼痛发生原因等五个方面进行疼痛划分的。

第三节 疼痛诊疗的范畴

疼痛诊疗的范畴是在医学发展和临床实践中形成并不断拓展。疼痛学的范畴是相对的,许多临床学科与疼痛相关的疾病或疼痛,以及神经功能障碍几类疾病都可纳入疼痛处理的范围。临床疼痛诊疗主要有以下几类:

一、慢性疼痛性病症

这里是指非癌性的慢性疼痛。主要又分为以下几类:

1. **软组织慢性损伤为主的疼痛** 如肌筋膜疼痛综合征、梨状肌综合征、腱鞘炎、肩周炎、慢性腰肌劳损等。
2. **骨关节炎的疼痛** 常见的骨关节炎有膝关节骨性关节炎、强直性脊柱炎、骶髂关节炎、风湿性关节炎、类风湿关节炎、痛风性关节炎等。
3. **软组织、骨和小关节损伤或炎症** 如颈椎病、颈椎间盘突出、腰椎间盘突出等。
4. **神经病理性疼痛** 如带状疱疹、带状疱疹后神经痛、复杂性区域疼痛综合征、糖尿病性神经病变等。
5. **血管源性疼痛** 主要有雷诺综合征、血栓闭塞性脉管炎等。

二、头 痛

头痛是常见的慢性疼痛性疾病,其病因及病理生理复杂,分为原发性头痛和继发性头痛两大类。

三、创伤后疼痛

创伤后疼痛是指病理性的创伤所引起的急性疼痛,主要包括骨折、软组织撕裂伤、锐器伤、烧灼伤等引起的急性疼痛。

四、内 脏 痛

内脏痛多为急性发作性疼痛,常见于冠状动脉硬化性心脏病的心绞痛、急性胰腺炎、胆石症胆绞痛、肾及输尿管结石的肾绞痛等。内脏痛必须以诊疗原发病为重点,同时,在不影响诊断和病情观察的前提下,进行疼痛处理。

五、术 后 痛

术后痛是指因手术创伤所造成的刀口及创面疼痛,属于急性疼痛。

六、分 娩 痛

分娩痛是指经阴道分娩引起的疼痛,属于急性疼痛。一般采用麻醉性药物或神经阻滞方

法缓解或消除疼痛,称为分娩镇痛。

七、癌性疼痛

癌性疼痛主要由于肿瘤浸润或压迫神经、重要脏器或骨转移引起的疼痛,多呈慢性病经过,亦可表现为暴发性疼痛。

此外,某些非疼痛性疾病,如神经炎、顽固性呃逆、不定陈诉综合征等,采用以神经阻滞为主的综合疗法,有一定疗效。因此疼痛诊疗也包括这类患者。

疼痛科医师可以说是以专科症状为切入点的全科医师,因此,专业人员除系统掌握本专业基础理论与临床技能知识外,还应该了解相关学科理论知识,及时掌握学科发展动态与临床进展。

第四节 疼痛对生理的影响

疼痛是一种普遍存在的临床症状或疾病。疼痛不仅给患者带来肉体 and 精神的痛苦,某些慢性疼痛疾病还会严重影响患者的正常生活、工作就业、经济和社会地位,影响到家庭的安定,甚至使患者失去生存的信心,导致自杀并危及社会安定。实际上大部分疼痛性疾病对治疗的反应良好,尤其是越早治疗越好。某些顽固的慢性疼痛,如神经病理性疼痛,通过综合治疗常常可缓解症状,提高生活质量。

另一方面,疼痛还可能是某种严重的甚至是威胁生命的疾病的症状,如不明原因的持续性头痛要警惕脑部的占位性病变;反复的心前区发作性疼痛要注意冠状动脉硬化性心脏病等。如能对疼痛的出现提高警惕,及时就医,就可能及时发现和有效治疗许多疾病、减少患者的痛苦和经济开支,甚至可挽救患者的生命。

疼痛诊疗越来越受到卫生管理部门的重视,WHO 在 20 世纪末曾提出:到 2000 年之前为所有癌症患者提供镇痛、止痛治疗的目标。2001 年 WHO 又将疼痛列为继体温、呼吸、脉搏、血压之后的第五生命体征。

临床疼痛是机体损伤后引起的炎症性与神经性疼痛,前者为组织损伤所致。无论是何种原因均可引起末梢和中枢神经的可塑性变化,致痛觉过敏、感觉异常、自发性痛、刺激诱发性痛等。疼痛还可引起神经内分泌系统、心血管系统、呼吸系统等改变。如交感神经系统兴奋性增高、内源性儿茶酚胺分泌增高、组织灌注下降与缺血、通气功能障碍、血压升高并诱发心脑血管疼痛等。在组织损伤和炎症反应时,损伤细胞如肥大细胞、巨噬细胞和淋巴细胞等释放炎性介质,伤害性刺激也导致神经源性炎症反应,从而使血管舒张,血浆蛋白渗出以及作用于释放化学介质的炎性细胞。这些相互作用均可导致炎性介质的释放,如 K^+ 、 H^+ 、血清素、缓激肽、P 物质(SP)、组胺、神经生长因子、花生四烯酸代谢的环氧化酶和脂氧化酶途径代谢产物(如前列腺素、白三烯等)以及降钙素基因相关肽(CGRP)等。

第五节 疼痛对心理的影响

疼痛是一种不愉快的感觉和情绪方面的体验。也就是说,疼痛除了与刺激因素及神经冲动相关联之外,同时又具有人的主观性和个体性。因此,疼痛不仅是一个生理过程,同时也是个复杂的心理表现过程。在慢性疼痛中,心理表现尤其突出。因此,疼痛治疗时,在治疗器质性疾病的同时,进行心理治疗具有十分重要的意义。

心理治疗(psychotherapy),亦称精神治疗(psychological treatment)或谈话疗法(talking

cure)。应用心理学的原则和方法,通过语言、表情、姿势、行为,以及周围环境来影响及改变患者原来不健康的认识、情绪及行为等,从而达到改善其心理状态,端正对疾病的认识,解除顾虑,增强战胜疾病的信心,消除或缓解患者现有症状的目的。

心理社会因素可直接影响疼痛的感觉效应,甚至一些慢性疼痛症状是通过一些心理学机制被巩固下来,心理社会因素可影响个体对疼痛的感受和耐受。

1. 文化与教养背景 疼痛不仅是身体组织受到创伤或创伤程度的简单体验,还与个人对疼痛的原因及后果的认识有关。而个人的文化程度和所受教养在其对疼痛的认识和所产生的情感和反应有重要作用。同样的刺激,不同个体有不同的感觉与反应。疼痛因人而异,因文化程度而异。

2. 疼痛经历 过去有过的疼痛经历,对以后的疼痛感受有一定的影响,如曾经接受过手术而引起难以忍受的疼痛并多次使用麻醉性镇痛药止痛者,在第二次手术时就会对手术和疼痛产生恐惧,而使较小的手术创伤也会感觉疼痛难以忍受。

3. 注意力的影响 如果个体将注意力集中到疼痛部位,会感觉到疼痛更加剧烈、难忍。相反,如果将注意力高度集中在与疼痛无关的活动,如播放患者喜爱的音乐,或有一位老朋友来看望他,与之交谈童年的趣事,则常常“忘记”了疼痛,或疼痛明显减轻,甚至体验不到疼痛。

4. 情绪状态 个体的情绪状态对疼痛的影响很大。一个人在兴奋、愉快的情绪状态下,疼痛感受可被抑制,此时可不产生疼痛的体征。相反,在抑郁、焦虑的情绪时,会引起疼痛阈值降低,即使轻微的伤害刺激也可能感到疼痛,甚至强烈的疼痛。抑郁常常引起慢性疼痛和持续性疼痛抑郁情绪,抑郁又可使疼痛加剧,形成恶性循环。

此外,个性、宗教信仰、社会学习、早期经验和对生活的期待等都可对疼痛的体验和疼痛强度产生影响。

第六节 疼痛诊断与治疗的基本方法

一、疼痛诊断的基本方法与程序

由于疼痛既可能是一种疾病或综合征,也可能是一种疾病的症状之一,甚至是某种严重疾病的早期症状,因此诊断和鉴别诊断就显得十分重要。在采取治疗措施之前必须进行有计划、有步骤的诊断方法,尽量在实施治疗前明确诊断或做出初步诊断。

疼痛诊断的内容和程序是:①根据患者主诉详细询问病史;②根据主诉和病史提供的疼痛部位和特征,进行重点体格检查,证实和发现压痛点和阳性体征;③同时进行全面体格检查发现或排除其他部位、系统的疾病;④根据体格检查后的初步诊断,进行必要的实验室检查和辅助检查,如影像学、超声、肌电图、神经电生理、心电图等;⑤必要时行诊断性神经阻滞。

二、疼痛的基本治疗方法

疼痛的治疗应包括消除疼痛病因治疗和其他对症治疗等方面。根据引起疼痛的原因、疼痛的特点和传导方式,决定治疗方针和方法。对复杂、顽固的慢性疼痛主张采取综合治疗原则,此外,有许多内、外科及其他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。临床疼痛治疗的基本方法有药物治疗、神经阻滞疗法、物理疗法、神经毁损疗法、经皮神经电刺激疗法、微创介入治疗、神经调节治疗、中医中药与针灸疗法、心理治疗和手术治疗等。

第二章 常用的疼痛评估方法

一、评估目的与意义

疼痛的测量一般指用某些测量标准(metric)对疼痛强度进行测定;疼痛的评估则包括对疼痛全过程中不同因素互相作用的测量。通过疼痛的测量与评估可以确定疼痛的强度、性质和持续时间,有助于对疼痛原因进行鉴别诊断,帮助选择治疗方法和评价不同治疗方法的相对有效性。

二、评估方法的分类

目前国内常用的定量测定方法有以下几类:疼痛强度简易描述量表(verbal rating scale, VRS)、视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)或数字疼痛强度量表(numerical rating scale, NRS)、麦吉尔疼痛问卷调查量表(McGill pain questionnaire, MPQ)、手术后疼痛评分法(Prince-Henry 法)、疼痛行为量表(pain behavior scale, PBS)、45 区体表面积评分法、儿童疼痛评估法等。临床工作中以 VAS、MPQ 和 PBS 方法最为常用。疼痛是一种个人的主观体验,具有明显的主观性,现今尚无客观的方法得出患者疼痛的程度。信任患者的主诉是重要而真实的态度,来自患者本人诉说的疼痛是可靠而有效的测量。

三、视觉模拟评分法(VAS 法)

1. 方法 视觉模拟评分法是在白纸上画一条长 10cm 的直线,两端分别标上“无痛”和“最严重的疼痛”(图 1-2-1)。患者根据自己所感受的疼痛程度,在直线上某一点作一记号,以表示疼痛的强度,从起点至记号处的距离长度也就是疼痛的量。



图 1-2-1 疼痛的视觉模拟评分方法(VAS)

2. 注意事项

(1)使用前对患者需作详细解释,让患者理解该方法的概念以及此法测痛与真正疼痛的关系,然后让患者在直线上标出自己疼痛的相应位置。

(2)可使用正面有 0 和 10 之间游动的标尺,背面有 0~10 数字的视觉模拟评分尺。如果患者移动标尺,医师能立即在尺的背面看到具体数字,可精确到毫米。

(3)不宜用于老年人,因老年人准确标定坐标位置的能力不足。

四、麦吉尔疼痛问卷调查法

1. 方法 麦吉尔(McGill)疼痛问卷表含有 4 类 20 组疼痛描述词,每组词按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 组为其他相关类(miscellaneous)(表 1-2-1)。被测者在每一组词中选一个与自己痛觉程度相同的词(没有合适的可以不选)。

由 MPQ 可以得到 3 种测定方法:

表 1-2-1 麦吉尔疼痛调查表的总体评级法举例

	感 觉	情 绪	评 估
	1 忽隐忽现 1 抖动样重 2 搏动性痛* 3 跳痛 4 打击痛 5 猛击痛 6	11 疲倦* 1 疲惫 2	16 烦扰的* 1 恼人的 2 悲惨的 3 严重的 4 难堪的 5
亚小组评级:	3/6=0.5	1/2=0.5	1/5=0.2
	4 锐利的痛 1 刀割样痛 2 撕裂样痛 3	14 惩罚的* 1 折磨的* 2 残酷的 3 狠毒的 4 致死的 5	
亚小组评级:	3/3=1.0	2/5=0.4	
	7 热痛* 1 烧灼痛 2 滚烫样痛 3 烧烙痛 4		
亚小组评级:	1/4=0.25		
亚小组总分:	1.75	0.9	0.2
小组 PRI	1.75/10=0.175	0.9/5=0.18	0.2/1=0.2
总评级	(0.175+0.18+0.2)/3=0.185		

注: * 选中的词; PRI 为疼痛评估指数

(1)疼痛评估指数(pain rating index, PRI):根据被测者所选出词在组中的位置可以得出一个数字(序号数),所有这些选出词的数值之和即疼痛评估指数。PRI 可以求四类的总和,也可以分类计算。

(2)选出词的数值(number of words chosen, NWC)。

(3)现时疼痛强度(present pain intensity, PPI):用 6 分 NRS 评定当时患者全身总的疼痛强度。即 0~5 的疼痛强度:①无痛(0 分);②轻度疼痛(1 分);③引起不适感的疼痛(2 分);④具有窘迫感的疼痛(3 分);⑤严重的疼痛(4 分);⑥不可忍受的疼痛(5 分)。所以现时疼痛强度评估实际上是 6 点口述分级评分法。

2. 注意事项

(1)原来假定:MPQ 和每亚组中疼痛形容词的词汇在次序衡量方面是等距离的,但在目前的研究中已明确,描绘疼痛所用词汇之间的差别是不等同的。有些词汇虽然不在同一组内,但它们的意义极为接近,故难以区别。例如第 10 小组的“绷紧”和第 18 小组的“勒紧”难以辨别;三大组所包含的亚组数目不同。每亚组所列出的描绘字数目也不相等,多者有 6 个词汇,少者 2 个词汇,所以“疼痛评估指数”的算法不合理,合理的算法应是总体评级、每组的评分相加后,再算出其平均数,详细算法见表 1-2-1。

(2)简化的 McGill 疼痛问卷(short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ):由于 MPQ(表 1-2-2)包括内容多,检测费时,较烦琐, Melzack 又提出内容简洁、耗时短的 SF-MPQ(表 1-2-3)。SF-MPQ 仅由 11 个感觉类和 4 个情感类对疼痛的描述词以及 PPI 和 VAS 组成。