

主编 胡志俊 张宏

疼痛

的



康复治疗



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

疼痛的康复治疗

主编 胡志俊 张宏

中国中医药出版社

·北京·

图书在版编目 (CIP) 数据

疼痛的康复治疗 / 胡志俊, 张宏主编. —北京: 中国中医药出版社, 2018.4

ISBN 978 - 7 - 5132 - 4715 - 3

I . ①疼… II . ①胡… ②张… III . ①疼痛—中西医结合疗法
IV . ① R441.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 308825 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010-64405750

三河市同力彩印有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 787 × 1092 1/16 印张 16.5 字数 361 千字

2018 年 4 月第 1 版 2018 年 4 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 4715 - 3

定价 52.00 元

网址 www.cptcm.com

社长热线 010-64405720

购书热线 010-89535836

维权打假 010-64405753

微信服务号 zgzyycbs

微商城网址 <https://kdt.im/LIdUGr>

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

天猫旗舰店网址 <https://zgzyycbs.tmall.com>

如有印装质量问题请与本社出版部联系 (010-64405510)

版权专有 侵权必究

《疼痛的康复治疗》编委会

- 主 编** 胡志俊 (上海中医药大学附属龙华医院)
张 宏 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)
- 副主编** 朱 毅 (南京中医药大学)
姚珍松 (广州中医药大学)
彭科志 (贵阳中医学院)
马惠昇 (宁夏医科大学中医学院)
陈奇刚 (云南省昆明市中医院)
陈改花 (山西中医药大学附属医院)
唐占英 (上海中医药大学附属龙华医院)
王 刚 (中国人民解放军总医院)
张国辉 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)
- 编 委** (以姓氏笔画为序)
牛 坤 (海南医学院)
朱路文 (黑龙江中医药大学附属第二医院)
刘 丹 (上海中医药大学附属龙华医院)
肖 静 (上海中医药大学附属龙华医院)
吴绪波 (上海中医药大学)
汪晓明 (上海中医药大学附属龙华医院)
张广渊 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)
林 婕 (上海中医药大学附属龙华医院)
金 晟 (上海中医药大学附属龙华医院)
陶吉明 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)
黄怡然 (北京中医药大学)

编写说明

《疼痛的康复治疗》介绍了康复治疗疼痛性疾病的方法。本书为全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材之一，亦是一部中西医结合疼痛康复治疗的专著。本书以中医理论为基础，结合西医学疼痛诊断治疗的知识，分部位介绍了疼痛性疾病的康复治疗方法。全书具有理论性强、诊断治疗措施全面、所述操作技术实用性强等特点，是一本理论结合实际专著，既适合医学院校在校学生学习基础理论，也可为疼痛专业和康复专业的临床医生诊断及治疗疼痛性疾病提供参考。

全书分为上下两篇，共十章。其中，上篇从疼痛的康复治疗概述、疼痛的常用检查与评定及疼痛的康复治疗方法三方面对疼痛性疾病的康复治疗进行了介绍。下篇是全书的重点，详细论述了各部位疼痛的概述、康复评定及康复治疗等，包括疾病的定义、病因病理、临床特征、康复评定方法、康复目标、康复治疗方法、预防保健等内容，所涉及疾病包括头部痛、颈部痛、肩部痛、胸背部痛、腰背部痛、四肢痛、腹部痛。

本书在编写过程中得到了上海中医药大学及其他参编单位的大力支持，在此一并致谢。编写过程中，尽管全体编者团结协作，竭尽所能，希望编出高质量的作品，但其中仍难免存在疏漏，恳请使用本书的广大师生和临床同道提出宝贵意见，以便再版时修订提高。

《疼痛的康复治疗》编委会

2017年12月

目 录

上篇

第一章 疼痛的康复治疗概述	1	二、关节活动度的评定	42
第一节 疼痛的认识与发展	1	三、徒手肌力评定	44
一、西医学对疼痛的认识与发展	1	第三章 疼痛的康复治疗方法	46
二、中医学对疼痛的认识与发展	3	第一节 常用药物治疗法	46
第二节 疼痛康复的主要内容	5	一、非甾体消炎药	46
一、疼痛的基本概念	5	二、麻醉性镇痛药	46
二、疼痛的分类	5	三、非麻醉性镇痛药	46
三、疼痛康复的对象及任务	6	四、抗抑郁药	47
第二章 疼痛的常用检查与评定	8	五、抗癫痫药	47
第一节 疼痛评估的原则与过程	8	六、催眠镇静药	47
一、疼痛评估原则	8	七、糖皮质激素类药	47
二、疼痛评估过程	8	第二节 物理因子疗法	48
第二节 一般临床检查	9	一、低频脉冲电疗法	48
一、疼痛病史采集	9	二、中频电疗法	48
二、疼痛的体格检查	11	三、高频电疗法	49
三、疼痛的影像学检查	24	四、直流电疗法	49
四、疼痛的实验室检查	30	五、磁疗法	49
五、疼痛的电生理检查	31	六、超声波疗法	49
第三节 常用康复评定	34	七、光疗法	50
一、疼痛的评定	34	八、冲击波疗法	50
		第三节 运动疗法	51
		一、运动疗法的概念	51
		二、运动疗法的分类	51
		第四节 中医康复疗法	57
		一、中药内服	57
		二、中药外治	58

三、针灸治疗	60
四、针刀疗法	62
五、银质针疗法	64
六、推拿疗法	66
七、气功康复	70
第五节 神经阻滞疗法	72
一、神经阻滞疗法的特点	72
二、神经阻滞疗法的机制	73
三、神经阻滞疗法常用药物	73
四、常用神经阻滞技术	74
第六节 微创介入疗法	86
一、射频热凝靶点治疗技术	86
二、臭氧注射治疗技术	87
三、胶原酶化学溶解技术	88
四、低温等离子髓核消融术	90

下篇

第四章 头部痛	92
第一节 头部痛概述	92
一、头部痛的相关解剖	92
二、头部痛的病因	93
第二节 偏头痛	94
一、概述	94
二、康复评定	96
三、康复治疗	96
第三节 丛集性头痛	98
一、概述	98
二、康复评定	99
三、康复治疗	99
第四节 紧张性头痛	100
一、概述	100
二、康复评定	101
三、康复治疗	101
第五节 头部外伤性头痛	102

一、概述	102
二、康复评定	103
三、康复治疗	103
第六节 三叉神经痛	104
一、概述	104
二、康复评定	105
三、康复治疗	106
第七节 舌咽神经痛	107
一、概述	107
二、康复评定	108
三、康复治疗	108
第八节 枕神经痛	109
一、概述	109
二、康复评定	110
三、康复治疗	110
第九节 颞下颌关节炎	111
一、概述	111
二、康复评定	112
三、康复治疗	112
第十节 低颅压性头痛	113
一、概述	113
二、康复评定	114
三、康复治疗	114
第十一节 复发性口腔溃疡	115
一、概述	115
二、康复评定	116
三、康复治疗	116
第五章 颈部痛	118
第一节 颈部痛概述	118
一、颈痛的有关解剖	118
二、颈痛的病因	119
第二节 落枕	120
一、概述	120
二、康复评定	120
三、康复治疗	121

第三节 颈椎病·····	122	二、康复评定·····	150
一、概述·····	122	三、康复治疗·····	151
二、康复评定·····	125	第九节 肩手综合征·····	151
三、康复治疗·····	128	一、概述·····	151
第六章 肩部痛·····	134	二、康复评定·····	152
第一节 肩部痛概述·····	134	三、康复治疗·····	153
一、肩部痛的相关解剖·····	134	第七章 胸背部痛·····	155
二、肩部痛的病因·····	134	第一节 胸背部痛概述·····	155
第二节 肩周炎·····	135	一、胸背部痛的相关解剖·····	155
一、概述·····	135	二、胸背部痛的病因·····	155
二、康复评定·····	137	第二节 肋间神经痛·····	156
三、康复治疗·····	138	一、概述·····	156
第三节 肩峰下滑囊炎·····	141	二、康复评定·····	157
一、概述·····	141	三、康复治疗·····	157
二、康复评定·····	142	第三节 胸椎根性神经痛·····	158
三、康复治疗·····	142	一、概述·····	158
第四节 肩袖损伤·····	143	二、康复评定·····	158
一、概述·····	143	三、康复治疗·····	159
二、康复评定·····	144	第四节 Tietze 综合征·····	159
三、康复治疗·····	144	一、概述·····	159
第五节 肩胛-肋骨综合征·····	145	二、康复评定·····	160
一、概述·····	145	三、康复治疗·····	160
二、康复评定·····	145	第五节 带状疱疹后遗神经痛·····	161
三、康复治疗·····	146	一、概述·····	161
第六节 菱形肌损伤·····	146	二、康复评定·····	162
一、概述·····	146	三、康复治疗·····	162
二、康复评定·····	147	第八章 腰背部痛·····	164
三、康复治疗·····	147	第一节 腰背部痛概述·····	164
第七节 冈上肌肌腱炎·····	148	一、腰背部痛的相关解剖·····	164
一、概述·····	148	二、腰背部痛的病因·····	165
二、康复评定·····	149	第二节 急性腰扭伤·····	165
三、康复治疗·····	149	一、概述·····	165
第八节 肱二头肌长头肌腱鞘炎·····	150	二、康复评定·····	166
一、概述·····	150	三、康复治疗·····	166
二、康复评定·····	150	第三节 慢性腰肌劳损·····	168
三、康复治疗·····	150		

一、概述	168	三、康复治疗	196
二、康复评定	168	第十二节 纤维肌痛综合征	197
三、康复治疗	168	一、概述	197
第四节 腰椎间盘突出症	169	二、康复评定	198
一、概述	169	三、康复治疗	198
二、康复评定	173	第九章 四肢痛	200
三、康复治疗	177	第一节 四肢痛概述	200
第五节 第3腰椎横突综合征	179	一、四肢痛的相关解剖	200
一、概述	179	二、四肢痛的病因	201
二、康复评定	180	第二节 肱骨外上髁炎	202
三、康复治疗	180	一、概述	202
第六节 腰部肌筋膜炎	181	二、康复评定	203
一、概述	181	三、康复治疗	203
二、康复评定	182	第三节 肱骨内上髁炎	205
三、康复治疗	182	一、概述	205
第七节 棘上韧带和棘间韧带损伤	183	二、康复评定	205
一、概述	183	三、康复治疗	205
二、康复评定	184	第四节 尺骨鹰嘴滑囊炎	206
三、康复治疗	185	一、概述	206
第八节 梨状肌综合征	185	二、康复评定	207
一、概述	185	三、康复治疗	207
二、康复评定	186	第五节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	208
三、康复治疗	186	一、概述	208
第九节 腰神经后支卡压综合征	188	二、康复评定	209
一、概述	188	三、康复治疗	209
二、康复评定	189	第六节 桡侧腕伸肌腱周围炎	210
三、康复治疗	189	一、概述	210
第十节 腰椎管狭窄症	190	二、康复评定	210
一、概述	190	三、康复治疗	210
二、康复评定	191	第七节 屈指肌腱腱鞘炎	211
三、康复治疗	191	一、概述	211
第十一节 强直性脊柱炎	193	二、康复评定	212
一、概述	193	三、康复治疗	212
二、康复评定	194	第八节 腱鞘囊肿	213

一、概述·····	213	二、康复评定·····	233
二、康复评定·····	213	三、康复治疗·····	236
三、康复治疗·····	214	第十四节 跟痛症·····	236
第九节 腕管综合征·····	214	一、概述·····	236
一、概述·····	214	二、康复评定·····	237
二、康复评定·····	216	三、康复治疗·····	240
三、康复治疗·····	217	第十章 腹部痛·····	242
第十节 髌关节骨性关节炎·····	218	第一节 腹部痛概述·····	242
一、概述·····	218	一、腹部痛的相关解剖·····	242
二、康复评定·····	219	二、腹部痛的病因·····	242
三、康复治疗·····	221	第二节 急性胰腺炎·····	243
第十一节 膝关节骨性关节炎·····	222	一、概述·····	243
一、概述·····	222	二、康复评定·····	245
二、康复评定·····	224	三、康复治疗·····	246
三、康复治疗·····	225	第三节 腹膜炎·····	247
第十二节 半月板损伤·····	229	一、概述·····	247
一、概述·····	229	二、康复评定·····	248
二、康复评定·····	230	三、康复治疗·····	248
三、康复治疗·····	231	主要参考书目·····	250
第十三节 膝关节侧副韧带损伤			
·····	232		
一、概述·····	232		

上篇

第一章 疼痛的康复治疗概述

疼痛是一种常见症状，人生、长、壮、老、已的不同阶段都可出现疼痛，人的一生经常与疼痛进行斗争。在医学发展的过程中，许多疾病都有着先被视为症状，随着医学研究的深入才被确认为疾病的过程，疼痛性疾病亦是如此。随着医学的进步，疼痛的研究与治疗水平都有了较大发展，在此背景下诞生了一个新型专科——疼痛康复诊疗专科。

第一节 疼痛的认识与发展

一、西医学对疼痛的认识与发展

(一) 18 世纪以前

在古埃及，疼痛被认为是神对灵魂的折磨，心脏是感受疼痛的中心。古巴比伦的医学认为，侵入人体的异物是疼痛的根源，如龋齿引起牙痛。在公元前 500 年，印度的佛陀将疼痛归因于对人们欲望的磨难，认为人的生老病死都是痛苦的感受，认为疼痛的感受在心脏。公元前 566 ~ 497 年，希腊的毕达哥拉斯提出是脑而不是心脏为疼痛的感受中心。希波克拉底认为，疼痛是四种液体即血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁中的一种增多或减少而产生的。亚利士多德将感觉分为 5 种，即视、听、味、嗅、触，认为感觉的中枢在心脏。古罗马的盖伦通过对感觉的生理研究确定了中枢和周围神经的重要功能。此后，随着解剖生理学的发展，人们通过实验研究，对疼痛的感受、传导、中枢等有了进一步的认识，对疼痛的机制提出了各种学说。

来源于植物的镇痛药物的应用在古代医学中占有重要的地位。早期的文字记载就有应用罂粟、曼陀罗花、大麻和莨菪等植物镇痛的传说。成书于公元前 1550 年的《埃伯

斯古医籍》记载了许多有关阿片应用的药方。以物理方法解痛亦是最古老、最常用的方法之一。如希波克拉底曾用温水治疗坐骨神经痛；Piing 曾用热气炉治疗关节炎；还有人用吃雪的方法缓解胃痛等。这些方法历代相传并不断改进，其中一些方法如切开引流、热疗、温浴、冷敷等一直沿用到现在，成为疼痛治疗重要的辅助方法。

（二）19 世纪 ~20 世纪中期

在这一时期，解剖学、生理学、神经学的发展极大地促进了人们对感觉和疼痛的认识。Borelh 提出神经能分泌某种液体从而产生疼痛的理论，使疼痛的研究从精神的过程逐渐过渡到物质的过程；Malpighi 也认为，神经液通过使机体的某一部分敏感化而产生疼痛；Hailer 首次提出电是神经传导的方式；Magendie F 证明了脊神经后根与感觉有关；Miller J 提出，感觉不同是由于传入神经和最终激活中枢的部位不同；Fren MV 绘制了痛觉触觉点的分布图，并提出皮肤感觉理论。这一时期，疼痛研究的基础得到巩固，对疼痛的认识也更加深入了，疼痛理论的基本框架已经形成。

此阶段也是麻醉学开始发展的时期。1846 年，麻醉先驱 Morton 首次完成乙醚 (diethyl ether) 麻醉，而后该技术迅速传遍全球；1884 年，Koller 将可卡因 (cocaine) 局部麻醉用于眼科手术；1885 年，Corming 成功实施了椎管内麻醉。麻醉技术的空前应用与发展，基本解决了手术疼痛问题，取得了令人瞩目的成绩。麻醉技术的快速发展也使得疼痛治疗的手段不断丰富。因此，麻醉的出现不仅是外科学发展的里程碑，同时也是疼痛医学发展的重要标志。

（三）20 世纪中期至今

1965 年，Melzack R 和 Patrick DW 在前人研究的基础上提出了疼痛的闸门控制学说。该理论认为，疼痛信号在中枢神经系统传递时，受到由脊神经与其他神经传入冲动启动的闸门的控制，此闸门可对周围神经过度活动进行调制。闸门控制学说极大地推进了疼痛的研究，深化了疼痛观念的改变，开创了疼痛研究的新纪元。1971 年，Johnc I、Mayer D 和 Akil H 报道，刺激动物中脑导水管可产生疼痛、停止或减少刺激可产生镇痛效应，且刺激镇痛可被阿片受体阻滞药纳洛酮 (naloxone) 所阻断。在此研究的基础上，Snyder S 鉴定出脑内特异的阿片受体。1977 年，Kosterlitz H 发现了第一个人类自身的阿片样物质脑啡肽 (enkephalin)。随着全球科学家研究的不断深入，目前，对疼痛的研究已进入到了分子水平和基因调控阶段。

从 20 世纪 50 年代开始，国外医疗单位逐渐出现了一些疼痛治疗的专业机构，疼痛的治疗进入到科学、有序、可控阶段。1961 年，Boinca 和 White 在华盛顿大学建立了疼痛诊所。1973 年，国际疼痛研究学会 (International Association for the Study of Pain, IASP) 成立。1986 年，国际疼痛研究学会提出了疼痛的定义。1989 年，国际疼痛学会中国分会 (Chinese Association for the Study of Pain, CASP) 成立。1995 年，美国疼痛学会首先提出“疼痛为第五大生命体征”的概念，希望借此提高医护人员对疼痛的认知度。2001 年，在悉尼召开的第二届亚太地区疼痛控制学术研讨会上提出“消除疼痛是

基本的人权”；同年，美国执行疼痛管理的新标准，并对疼痛管理进行立法，将患者在诊治过程中的疼痛控制提高到人权的高度。IASP 将 2004 年 10 月 11 日定为首个“世界镇痛日”，主题为“缓解疼痛是人的一项权利”。2007 年 10 月 14 日，中华医学会疼痛学分会有关“世界疼痛日 - 中国镇痛周”暨在中国医院系统建立新的一级学科——疼痛科的新闻发布会在北京举行。疼痛治疗作为一个新兴的专业在世界各地陆续开展，疼痛治疗机构迅速增加，显著提高了疼痛的基础理论研究水平和临床治疗水平，目前已成为一门蓬勃发展的新兴学科。

二、中医学对疼痛的认识与发展

中医学对痛证的认识和诊疗源远流长，疼痛理论属中医学最早形成的临床理论之一，是中医学的重要组成部分。

《黄帝内经》对痛证的论述较为精详，尤其《素问·举痛论》涉及了痛证的病因、病机、病位、证候、预后等方面内容。

《素问·举痛论》是论痛专篇，对“五脏卒痛”论之较详，认为寒邪是导致疼痛的主要病因，以“血少”“气不通”和脉络“缩蹇”“绌急”为病机特点。《黄帝内经》认为，疼痛的另一个病因为外邪所致。在其列举的十三条中，全部用“客”字，其意为邪从外来，客于体内，即“邪之所客，痛之所在也”，主要包括五脏（卒然痛死不知人，气复反则生）、肠胃（痛而呕）、小肠（后泄腹痛）、肠胃之间（痛……按之痛止）、小肠膜原（宿昔而成积）、阴股（腹痛引阴股）、脉外（卒痛）、脉中（痛不可按）、冲脉（喘动应手）、夹脊之脉（痛……按之不及）、背俞之脉（心背……相引而痛……按之痛止）、厥阴之脉（胁肋与少腹相引而痛）等。

关于疼痛的病位，《素问·举痛论》指出邪之所客即痛之所在。

《黄帝内经》分析各种疼痛的发病机理时运用了“血泣”“脉满”“气血乱”“血不得散”“脉不通”等语句，尤其“血泣”出现较多，这些均说明各种疼痛病理变化的实质是“气血运行障碍”，即“通则不痛，痛则不通”。

对于疼痛证候的认识散见于《灵枢》的“厥病”“经脉”“五邪”“杂病”和《素问》的“刺腰痛论”“刺热”“脏气法时论”“阴阳别论”等篇。大致可分为头痛、咽痛、齿痛、目痛、肩背痛、心痛（真心痛）、胸痛、腹痛、腰痛、疝气痛等类。

东汉张仲景《伤寒杂病论》对多种痛证论治较为详细，形成了理法方药兼备的证治体系，对后世辨证治痛产生了深远的影响。

《金匱要略》论痹，其学术思想沿用了《黄帝内经》的理论。其将痹证的项、腰、脊、臂、脚掣痛等归于“阳病十八”的范畴，并按风寒湿的偏盛分列各篇，并且突出辨证论治。

《肘后备急方》重急救，疗法多样。该书各卷所列诸方和疗法以猝病急症和救治方法为主。除内服药物外，还采用针灸、推拿、蜡疗、冷敷、热敷、热汤外渍及舌下含药等多种疗法综合治疗。

《诸病源候论》以病统候，述“候”广泛而详细。书中载67种疾病1720个证候，全面地介绍了痛证的病因病机和主要脉证，至今仍有效地指导临床实践。

唐代的《备急千金要方》系统地总结了唐以前的医学成就，所述病证大多突出脏腑辨证，尤其内科诸病以脏腑名篇，进而类分方证，其中大多涉及有关痛证的诊治。晋至唐，痛证的理、法、方、药较秦汉更加完备和严谨，这一时期的研究成果在痛证治疗发展史上起到了承上启下的作用。

宋代《太平圣惠方》《太平惠民和剂局方》《圣济总录》三部著名大型方书汇集方剂颇为丰富，收载病种及证候较多，在理、法、方、药统一上也做出了巨大贡献，从而使痛证的治疗内容更趋完善。此三部官修医书对宋代医学影响极大。

金代刘完素阐发火热病机多有建树，然而辨识痛证又不拘于热而别有新见。张从正《儒门事亲》之以主攻邪而治痛则独树一帜，汗、吐、下是其祛邪治痛的主要方法。李杲《脾胃论》创“内伤脾胃，百病由生”之说，对内伤痛证从脾胃论治进行了探究，其强调一些痛证与脾胃有关，可予补中益气汤治之，如头痛、身痛、胁痛、腹痛等。《兰室秘藏·胃脘痛门》之遣药皆以固护中气为宗旨，有别于一般胃痛用药之法。

元代朱丹溪在《丹溪心法》中对大头肿痛、头目痛、脑痛、眉骨痛、心腹痛、腰痛、腰胯肿痛、肩背痛、腰骶痛、胁痛、身体疼痛等病证的认识和诊治论述较精详，开创了先诊脉、次论因、再辨证、后施治的诊治规范。其认识和诊治痛证特别重视痰气为患。

明代张景岳的《景岳全书》述痛内容丰富，涉及痛证的概念、诊断、治则、药物与方剂应用等。虞抟的《医学正传》述痛详证治、略说理，理法方药一线贯穿。李中梓的《医宗必读》关于痛证辨证精详，实补前人之未备。

清代刘恒端《经历杂论·诸痛论》对痛证分类更为完善，其中以调补气血之法治痛有独到之处。林珮琴《类证治裁》广集临床各科诸痛，理法方药及医案通融一体，证候及方药尤详。其精辟之论，对临床颇具启发。吴澄《不居集·诸痛》不拘于“不通则痛”之说，对因虚致痛做了深入的阐述，如“虚劳之人，精不化气，气不化精，先天之真元不足，周身之道路不通，阻碍气血不能营养经络而为痛也。是故水不养木而胁痛，精血衰少而腰痛，真阴竭绝而骨痛，机关不利而颈痛，骨髓空虚而脊背痛，三阴亏损而腿膝痛，此皆非外邪有余，实由肝肾不足所致也”。王清任在《医林改错》中主张“治疗之要诀在明白气血，无论外感内伤，所伤者无非气血”，由此提出补气活血、逐瘀活血之法，创立和修改古方33个，对化瘀止痛之法做出了贡献。

近年来，有关中医痛证研究的文献逐渐增多，除《针灸治痛》《痛证论》《痛证鉴别诊断》《中医痛证诊疗大全》等专著外，许多文献散见于临床各类著作之中，展示了痛证研究的广阔前景。而深入的研究必将促进痛证理论、临床水平的提升，有助于建立一套完整的中医痛证学理论体系。

第二节 疼痛康复的主要内容

一、疼痛的基本概念

许多疾病都会出现疼痛。疼痛并不是一种独立的疾病，而是疾病过程中出现的症状。临床中，需透过疼痛的症状寻找引起疼痛的疾病、治疗疾病，只有这样才能从根本上解决疼痛问题。通常疼痛会为患者带来极大的痛苦，患者对解决疼痛的需求往往比对引起疼痛的疾病的的治疗需求更为迫切。另外，疼痛过甚有时会加速其原发疾病的发展，还会引起许多并发症，使病情变得错综复杂。所以，将疼痛从疾病中独立出来，单独进行分析和研究，并针对疼痛症状进行治疗，就显得很有必要了。

1979年，IASP对疼痛的定义是“疼痛是一种不愉快的感觉和情绪上的感受”，这种感受发生在躯体某个部位，令人厌恶和不愉快，是一种负反应。1999年，在维也纳召开的第九次世界疼痛大会上，首次提出“疼痛不仅是一种症状，也是一种疾患”的概念。疼痛包括两方面的含义：①痛觉本身：表现为痛苦、不安、焦虑及不愉快。②疼痛为机体带来的相应反应：即所谓痛反应。痛反应是机体对疼痛刺激所产生的相应反应，如疼痛甚时会出现呼吸急促、肌肉收缩及血压升高等。

二、疼痛的分类

与疼痛相关的因素很多，不同疾病可显示不同性质的疼痛，不同部位可发生不同特点的疼痛，而不同组织的疼痛其表现也不同。因此，疼痛的分类应从不同的角度来进行。

（一）根据疼痛的原因分类

1. 创伤性疼痛 骨折、关节脱位、急性软组织损伤、慢性劳损等所致的疼痛。
2. 各种急、慢性炎性疾病所致的疼痛 如强直性脊柱炎、肩周炎、腱鞘炎、痛风、硬化性骨髓炎、骨关节炎等所致的疼痛。
3. 神经病理性疼痛 中枢或外周的神经组织因病变或损伤引起疼痛，如三叉神经痛、带状疱疹后遗神经痛。该类疼痛有过敏和超敏的特点。
4. 癌性疼痛 癌症患者疼痛的出现可由肿瘤直接压迫引起，也可由肿瘤导致组织器官出现严重病变和损害而表现为疼痛，如炎症、毁损、溃烂，以及肿瘤患者体质严重下降引起的严重感染、褥疮等所致的疼痛。此外，肿瘤治疗过程中应用放疗、化疗及手术等治疗方法也可引起严重的疼痛。
5. 心理性疼痛 精神或心理障碍引起的疼痛，多无确切病变和阳性检查结果，伴有失眠、多梦、困倦、焦虑、抑郁等心理障碍。

（二）根据疼痛的病程分类

1. 急性疼痛 发病急，疼痛短暂或持续，多为急性病变或急性外伤所致。

2. **慢性疼痛** 发病缓或由急转缓，持续时间长或间断发作，见于慢性病变或劳损性病变。

3. **短暂性疼痛** 呈一过性发作的疼痛，如精神性或神经性疼痛。

(三) 根据疼痛的程度分类

1. **轻微痛** 疼痛和痛反应均轻微，有时与痒、酸麻、沉重等不适感复合存在。

2. **甚痛** 疼痛较重，痛反应明显。

3. **剧痛** 疼痛难忍，痛反应剧烈。

(四) 根据疼痛的性质分类

根据疼痛的性质可分为钝痛、酸痛、胀痛、闷痛、锐痛、刺痛、切割痛、灼痛、刀绞痛等。

(五) 根据疼痛的部位分类

1. **躯体痛** 疼痛在躯干、肢体，其疼痛容易定位，疼痛程度多明显。

2. **内脏痛** 疼痛深在内脏器官，定位不易准确，多呈隐痛、胀痛、绞痛或牵拉痛。

3. **中枢痛** 发生在大脑、脑干及脊髓的疼痛，如脑出血、脑肿瘤、脊髓空洞症引起的疼痛。

另外，根据疼痛的部位还可分为头痛、颌面痛、颈项痛、肩痛、背痛、胸痛、上肢痛、腹痛、腰痛、臀部痛、下肢痛等。

三、疼痛康复的对象及任务

临床上对于有明确原发疾病而易于治疗的疼痛，一般在对原发病进行治疗的同时疼痛即可缓解和消除。而有些疼痛，与缠绵不愈、反复发作的原发疾病伴发，或疼痛症状突出、影响疾病的病理变化，或疼痛慢性持续存在、显著降低患者的生存质量，这些情况都需要专门针对疼痛症状进行处理，而此类疾病就是疼痛康复学科的主要对象。

疼痛康复学科的一些技术方法可对一些慢性顽固性疼痛类疾病进行专门的治疗。如带状疱疹后遗神经痛、截肢后残端幻肢痛及顽固性头痛等，经各种针对原发病的治疗都难以取得理想的止痛疗效时，疼痛康复学科采取神经阻滞为主的综合治疗方法可使多数患者的疼痛症状得到明显的缓解，从而大大提高患者的生活质量。

疼痛性疾病的治疗大致分为以下阶段：①治疗原发疾病：治疗原发疾病，随着原发疾病的痊愈而使疼痛自然解除。②专门针对疼痛的止痛治疗：如口服止痛药物、封闭、神经阻滞等治疗方法。③康复治疗：是疼痛治疗后期的主要方法，通过物理因子治疗及运动疗法等，使肌肉及筋膜炎症消退、痉挛解除、肌力增强，可使疼痛症状逐渐减轻。来源于内脏疾病的疼痛，通过生物反馈及运动训练，调整自主神经功能，解除内脏平滑肌的痉挛，可使内脏痛得到缓解。

从疼痛的发生和治疗的方法上看，疼痛的发生涉及机体几乎全部的器官和组织，很

多病理状态都会导致疼痛症状的出现,故疼痛的治疗方法涉及疾病治疗和康复的多种手段。因此,对疼痛的认识、剖析、诊断、评估、治疗及康复涉及基础医学学科和临床学科的方方面面,故从事疼痛康复的医生和治疗师应该具备多学科的知识,只有这样才能更好地诊断疼痛的原发病、认识疼痛的性质、评估疼痛的程度。同时,要精通神经、肌肉、关节的解剖,掌握介入、微创及注射技术,了解心理学知识和心理疏导技能,以便更有效地解除患者的痛苦。