

颈腰椎疼痛的诊断与 非手术治疗概要

曹亚飞 刘伟东 主编

JINGYAOZHUI TENG TONG DE
ZHENDUAN YU FEISHOUSHU ZHILIAO
GAIYAO



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

颈腰椎疼痛的诊断与 非手术治疗概要

曹亚飞 刘伟东 主编

JINGYAOZHUI TENG TONG DE
ZHENDUAN YU FEISHOUSHU ZHILIAO
GAIYAO



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书由具有多年临床经验及深厚理论知识基础的中医骨伤科医师团队撰写,系统介绍导致颈腰椎疼痛的主要疾病的产生机制、颈腰椎的基本解剖结构、颈腰椎疾病的病因病机以及诊断和鉴别诊断,并详细介绍了编者团队对于此类疾病的非手术治疗方法。本书适合初级临床医师、基层医务人员、医学院校师生及广大的患者群众参考。

图书在版编目(CIP)数据

颈腰椎疼痛的诊断与非手术治疗概要/曹亚飞,刘伟东主编. —上海:上海交通大学出版社,2021

ISBN 978-7-313-23993-8

I. ①颈… II. ①曹…②刘… III. ①颈椎-脊柱病-诊疗②腰椎-脊柱病-诊疗 IV. ①R681.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2021)第021417号

颈腰椎疼痛的诊断与非手术治疗概要

JINGYAOZHUI TENGTONG DE ZHENDUAN YU FEISHOUSHU ZHILIAO GAIYAO

主 编:曹亚飞 刘伟东

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:上海天地海设计印刷有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

字 数:344千字

版 次:2021年3月第1版

书 号:ISBN 978-7-313-23993-8

定 价:68.00元

地 址:上海市番禺路951号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:14.75

印 次:2021年3月第1次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:021-64366274

编 委 会

主 编：曹亚飞(深圳市中医院)

刘伟东(深圳市中医院)

副主编：高 坤(深圳市中医院)

王建军(深圳市中医院)

秦彩霞(深圳市罗湖区人民医院)

编 委：余伟吉(深圳市中医院)

李 亨(深圳市中医院)

王业广(深圳市中医院)

孙淑芬(深圳市中医院)

覃祖恩(河池市中医医院)

林展鹏(广州中医药大学)

吴益宏(深圳市中医院)

主编 简介



曹亚飞,医学博士,主任医师,三级教授,博士生导师。深圳市优秀中医师,深圳市中医院骨伤科大主任,学科带头人,深圳市第五批名中医药专家学术经验继承指导老师。全国名老中医学术经验继承人,国医大师韦贵康传承弟子。

现任《中医正骨》杂志编委,中华中医药学会骨伤科分会委员,广东省中西医结合骨伤科学会常委,深圳市中医药学会中医骨伤科专业委员会主任委员等。曾在国内多家大型医院工作和学习,并在美国坎贝尔骨科医院访问学习1年。主持省级、市级课题多项,发表各类论文40余篇,其中SCI收录文章6篇,参编、副主编著作多部,拥有国家发明专利3项,实用新型专利4项。

从事中西医结合骨伤科工作30余年,对常见和疑难骨伤疾病的诊疗有着丰富的经验。主要治疗脊柱疾病、关节疾病以及骨折等,尤其擅长颈椎病、腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症及腰椎滑脱症的治疗。

对大多数脊柱和关节疾病采取中药、手法、针灸、浮针、内热针、针刀、注射及理疗等非手术方法获得良好的治疗效果;对一些病情较重而保守治疗无效的患者开展了各种颈腰椎的微创手术和传统手术,如椎间孔镜治疗椎间盘突出和椎管狭窄症、减压融合内固定治疗腰椎滑脱、脊髓型颈椎病的前后路手术以及各种脊柱微创介入治疗,获得了良好的治疗效果。



刘伟东,男,主治医师,硕士研究生,毕业于广州中医药大学骨伤科专业,先后师从全国名老中医学术继承人曹亚飞教授及河南省骨伤名师黄俊卿教授,韦贵康国医大师团队传承弟子,深圳市第五批名中医药专家学术经验继承学员,德国施罗斯脊柱侧弯治疗医师国际认证。广东省基层医药学会珠三角颈肩腰腿痛专业委员会常委、活血化瘀专业委员会委员,深圳市中医药学会骨伤专业委员会委员,深圳市中医院学会运动医学专业委员会委员,深圳市中医药学会急诊专业委员会委员。主持、参与省市级课题3项,发表论文多篇,其中SCI收录文章1篇,国家发明专利1项。

专业擅长:对骨科疾病的疼痛治疗有着较为深厚的研究,尤其擅长保守及微创手术方式治疗各种骨科疼痛疾病,精通浮针、内热针、小针刀及触发点等保守治疗;曾在北京大学人民医院疼痛医学科进修学习,对脊柱内镜手术、射频消融手术、在X线及超声下选择性神经阻滞治疗有着丰富的经验。长期致力于颈椎曲度异常的研究,并对脊柱疾病的健康管理及后期康复治疗有深刻的理解。

前言

进入竞争日益激烈的现代社会以来,颈腰椎疾病就如影随形来到人们的周围。疼痛症状是该类疾病最主要的表现形式,基本上每个人都受过颈腰椎疾病的折磨,如何认识、防治此类疾病成为一个非常有价值的研究方向。为此,我们也做了一些有益的尝试,并期望通过著作的形式传播给读者朋友。

“有病不在年高”,颈腰椎疾病的年轻化趋势在加重。在很多人的印象中,颈腰椎疾病是中老年人群的“专利”,与年轻人无关。但近些年越来越多的临床观察发现,颈腰椎疾病渐趋于年轻化,青少年早期颈椎曲度、腰椎曲度异常改变不在少数,很多大学生、高中生、初中生甚至小学生都不同程度患有颈腰椎疾病。此类疾病如果在早期阶段不予以重视,不进行早期干预,必然成为以后困扰人生的顽疾,很多甚至影响正常的生理、心理健康,给个人和社会造成不可估量的医疗及财产损失。

大部分的颈腰椎疾病是可防、可治的,编者团队在颈腰椎疾病的预防、诊断、治疗及康复上做了大量的临床工作,在2018年更是引进了国医大师韦贵康团队,进行全方位的技术指导与交流合作,融合双方多年的临床经验,总结出来一套较为有效的方法,在颈腰椎疾病的非手术治疗上取得较为良好的效果,且重视治疗后的康复与机体功能的重建,使此类疾病在治疗后不易复发,具有一定的临床推广价值。

除上述内容以外,编者团队采用目前较为先进的可穿戴设备与手机APP结合的方法,对颈椎疾病进行早期监测,从源头上预防颈腰椎疾病的发生,受到年轻人群的认可。目前,已取得较为满意的进展,相信不久的将来,通过该种方式早期介入疾病会成为颈腰椎疾病防控的一个研究热点。

本书主要由深圳市中医院曹亚飞脊柱骨科团队编写。其中刘伟东编写第1章和第5章,高坤编写第6章和第7章,秦彩霞编写第2章和第3章,王建军编写第4章,最后由曹亚飞统一定稿。本书的编撰得益于深圳市科创委基础布局项目(JCYJ20150529150715499)及深圳市政府医疗“三名工程”(SZSM201812066)的支持。由于知识与能力有限,本书在编写过程中难免出现错误与不当之处,恳请读者批评、指正。

目 录

第一章	颈腰椎疾病的主要临床表现——疼痛	1
第一节	疼痛的基本概念和发病机制	1
第二节	颈腰椎疼痛的基本特征和疗法	9
第二章	颈腰椎的生理与解剖	15
第一节	颈腰椎疾病的“认识论”	15
第二节	颈部的解剖与生理	24
第三节	腰部的解剖与生理	39
第三章	病因病机	54
第一节	中医学病因病机	54
第二节	颈腰椎疾病的病因和发病机制	56
第四章	颈腰椎疾病的诊断	59
第一节	颈腰椎疾病的问诊与相关检查	59
第二节	颈腰椎疾病疼痛的分类与鉴别诊断	72
第三节	各型颈椎病的临床表现与诊断	83
第四节	腰椎常见疾病的诊断	89
第五章	颈腰椎疾病的非手术疗法	106
第一节	颈腰椎疾病的非手术治疗概论	106
第二节	颈腰椎疾病的非手术治疗方法	115

第六章 颈腰椎疾病的临床诊疗与病案举隅	201
第一节 颈腰椎病的临床诊疗思路	201
第二节 临床病案举隅	206
第七章 颈肩腰腿痛的治疗新技术	217
第一节 3D 打印技术	217
第二节 计算机辅助与医用机器人	218
第三节 智能监测设备	218
附录 相关发明专利证书	220
参考文献	223

第一节 疼痛的基本概念和发病机制

一、疼痛的基本概念

疼痛是由于机体受到内、外的伤害性刺激所产生的一种主观感觉。它受到精神、心理、情绪及经验等诸多因素的影响,同时产生一系列与心理反应相关的、包括生理性保护反射在内的各种生理反应。现代医学所谓的疼痛(pain),是一种复杂的生理心理活动,是临床上最常见的症状之一。它包括伤害性刺激作用于机体所引起的痛感觉,以及机体对伤害性刺激的疼痛反应[躯体运动性反应和(或)内脏自主性反应,常伴随有强烈的情绪色彩]。痛觉可作为机体受到伤害的一种警告,引起机体一系列防御性保护反应。但另一方面,疼痛作为警告也有其局限性(如癌症等出现疼痛时,已为时太晚)。2001年,国际疼痛研究协会(IASP)对疼痛的新定义为:疼痛是与实际的或潜在的组织损伤相关联的不愉快感觉和情绪体验。

疼痛根据持续时间分为急性疼痛与慢性疼痛。目前,最新的观点认为1个月以内的疼痛为急性疼痛,大于1个月的疼痛为慢性疼痛。划分的依据是组织受到伤害时,通常炎症、水肿期为半个月以内,而炎症、水肿的吸收及组织再生在1个月内,大于1个月就是瘢痕形成的过程。因此,用1个月来定义急慢性疼痛对临床的治疗有重要的指导意义。

颈腰椎疾病主要的表现形式也正是疼痛。丹麦的 René Fejer 等检索筛选了2000—2011年间发表的85篇文献,并对其进行了回顾性分析。这些研究大部分来自欧洲(58%)。结果显示,老年人的骨骼肌肉系统疼痛十分普遍,报告最多的是腰/背痛(29%)和骨关节炎/骨质疏松疼痛(17%);下腰痛也非常普遍,大多数人在一生中都曾经历过,有些进展为慢性。下腰痛的流行病学研究存在明显差异,估计首发下腰痛的年患病率为6.3%~15.4%。大多数因下腰痛而活动受限的患者还会反复发作,年复发率为24%~80%。对患者而言,疼痛是机体面临损害或疾病的信号,是影响生活质量的重要因素,应予以重视,及早就医,积极治疗以防机体遭受更大和更长久的损害。1995年,美国疼痛学会即提出“将疼痛列为与血压、呼吸、脉搏及体温并列的第五大生命体征”。在2000年和2001年,欧洲以及亚太地区疼痛论坛提出“消除疼痛是患者的基本权利”;在2000年第10届国际疼痛学会(IASP)大会上,与会专家达成基本共识,即慢性疼痛是一种疾病。

2007年,我国卫生部卫医发[1994]第27号文附件1中倡导增加一级诊疗科目“疼痛科”,从而使颈腰椎疾病的疼痛治疗也成为疼痛科平时诊疗的主要病种之一。但颈腰椎疾病带来的疼痛有其发病的特殊性,其根源是各类骨骼、神经、肌肉及筋膜等问题所致,单纯的骨科或疼痛技术往往不能很好地解决。在此,编者建议在一级学科下成立“中西医结合疼痛骨科”,也是能实现整合医学、中西医结合治疗颈腰椎等骨科疼痛的有效办法。

二、疼痛的发病机制

过去对急性疼痛和慢性疼痛之间的差异没有足够的认识,现在临床上对两类疼痛在病因学、发生机制、病理生理学、症状学、诊断、治疗上的差异有了明确的认识,认为急性疼痛是疾病的一个症状,而慢性疼痛本身就是一种疾病。

疼痛形成的神经传导基本过程可分为4个阶梯。伤害感受器的痛觉传感(transduction),一级传入纤维、脊髓背角、脊髓-丘脑束等上行束的痛觉传递(transmission),皮质和边缘系统的痛觉整合(interpretation),下行控制和神经介质的痛觉调控(modulation)。

(一) 急性疼痛的发生机制

急性疼痛为伤害感受性疼痛。伤害感受性疼痛的发生机制是疼痛形成的神经传导基本过程。机体受到物理、化学或炎症刺激后产生急性疼痛的痛觉信号,并通过神经传导及大脑的分析而感知。

1. 痛觉传感

皮肤、躯体(肌肉、肌腱、关节、骨膜和骨骼)、小血管和毛细血管旁结缔组织以及内脏神经末梢是痛觉的外周伤害感受器。

体表刺激通过皮肤的温度、机械感受器传递疼痛。内脏伤害感受器感受空腔脏器的收缩、膨胀或局部缺血刺激,运动系统的疼痛通过躯体伤害感受器感知。

2. 痛觉上行传递

(1) 痛觉传入神经纤维: 传导痛觉信号的一级传入神经轴突是有髓鞘的A δ 纤维和无髓鞘的C纤维,其神经胞体位于脊髓背根神经节。

(2) 疼痛信号在脊髓中的传递: 脊髓是疼痛信号处理的初级中枢。伤害性刺激的信号由一级传入纤维传入脊髓背角,经过初步整合后,一方面作用于腹角运动细胞,引起局部的防御性反射,另一方面则继续向上传递。

(3) 疼痛信号由脊髓传递入脑。身体不同部位疼痛信号在脊髓传导的上行通路分为: 躯干和四肢的痛觉通路,头面部的痛觉通路,内脏痛觉通路。

躯干和四肢的痛觉通路包括: ①新脊-丘束,该束传递的信息可经丘脑的特异性感觉核群投射到大脑灰质中央后回(3.1.2区)的上2/3处,具有精准的定位分析能力;②旧脊-丘束或脊-网-丘束,在上行途中多数纤维终止在脑干的内侧网状结构等处,再经中间神经元的多级转换传递达到丘脑的髓板内侧核群等结构,与疼痛伴随的强烈情绪反应和内脏活动密切相关。

头面部的痛觉通路: 头面部痛觉第一级神经元胞体位于三叉神经半月神经节,其轴突

终止于三叉神经感觉主核和三叉神经脊束核。由此换元发出纤维越过对侧,组成三叉丘系,投射到丘脑腹后内侧核(VPM)。自VPM发出的纤维,经内囊枕部投射至大脑皮质中央后回(3.1.2区)的下1/3处。

内脏痛觉通路:内脏痛的传入途径比较分散,即一个脏器的传入纤维可经几个节段的脊髓进入中枢,而一条脊神经又可含几个脏器的传入纤维。因此,内脏痛往往是弥散的,定位不够准确。

(4)参与疼痛信号传导的受体。在传导通路中有许多受体参与疼痛信号的传导。其中阿片受体(μ -阿片受体、 δ -阿片受体和 κ -阿片受体)是疼痛信号传递及镇痛过程中最重要的受体。过去认为这3种阿片受体主要分布于脊髓背角和脑等中枢神经系统。最近研究发现,3种阿片受体分布于整个神经系统,包括外周神经系统及中间神经元。

3. 皮质和边缘系统的痛觉整合

脊髓丘脑束进入丘脑后形成二级神经元,发出纤维:①至白质的躯体感觉部位;②与网状结构和丘脑核相连,因此在感到疼痛时呼吸和循环会受到影响;③延伸至边缘系统和扣带回,导致疼痛的情绪变化;④与垂体相连,引起内分泌改变;⑤与上行网状激活系统相连,影响注意力和警觉力。丘脑既是各种躯体感觉信息进入大脑皮质之前最重要的传递中枢,也是重要的整合中枢。

在边缘系统的某些结构可能与疼痛的情绪成分有关。大脑皮质是多种感觉信号进入意识领域形成感觉的重要部位。大脑皮质在痛觉的整合过程中的主要作用是对痛觉进行分辨。

4. 下行痛觉调控

在神经系统中不仅存在痛觉信号传递系统,而且存在痛觉信号调控系统。痛觉信号调控系统即内源性痛觉调制系统,该系统不仅能感受和分辨疼痛信号,而且还可能产生较强的自身镇痛作用。

(1)脊髓水平的调控:在脊髓背角胶质区存在大量参与背角痛觉信号调节的内源性阿片肽(脑啡肽和强啡肽)、中间神经元及各类阿片受体。

(2)脑水平的调控:内源性痛觉调制的重要结构位于脑部的下行镇痛系统。中脑导水管周围灰质(PAG)是内源性痛觉调制下行镇痛系统中起核心作用的重要结构。

(3)下行痛觉易化系统:通过降低痛阈值(敏化)提高机体对伤害性刺激的反应能力,也使患者表现出对疼痛的高度敏感。

(4)下行痛觉调控系统的调节因子:阿片肽是下行痛觉调控系统中最重要的激活及调节因子。人体自身镇痛潜在较大程度上受内源性阿片肽释放及其参与的下行痛觉调控的影响。

痛觉调控系统还参与止痛药的镇痛作用机制过程。外源性阿片也是通过激活脑、脊髓背角和神经节的阿片受体发挥镇痛作用。三环类抗抑郁药则是通过选择性抑制神经末梢对神经递质去甲肾上腺素和5-羟色胺的再摄取发挥辅助镇痛作用。

(二)慢性疼痛的发生机制

除伤害感受性疼痛的基本传导调制过程外,慢性疼痛还表现出不同于急性疼痛的特殊发生机制(见图1-1)。

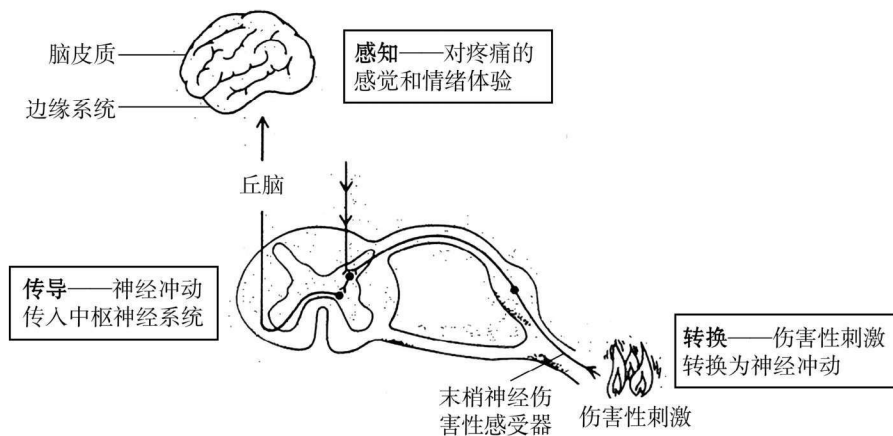


图 1-1 疼痛产生的机制：转换、传导和感知

1. 脊髓背角整合

脊髓敏化的形成伤害感受器被反复慢性刺激，促使脊髓背角细胞发生病理变化，胶质细胞等合成新的神经递质(如内皮素)，通过内皮素受体亚型的作用并对原有递质 EAAS、SP、CGRP 等发生调制，导致脊髓背角整合。

2. 受损神经异位电活动

慢性疼痛常表现为在组织损伤愈合后的持续性疼痛。神经损伤导致神经元的异位电活动是痛觉异常的生理基础。

神经损伤引起的痛觉异常通常与神经损伤方式有关。横断性神经损伤可能在中枢残端形成神经瘤状结构。这是由于轴突运输的正常通道受到破坏，来自胞体的轴浆和其他活性物质被无序堆积在残端而形成神经瘤。此种情况下，虽然受损器官的末梢感受器不能诱发任何疼痛，但患者会感到神经的原靶器官自发产生幻肢痛或出现自发性疼痛。然而，选择性地损伤有鞘纤维而保留传递痛觉信号的 C 类纤维，则表现为自发性疼痛和感觉倒错，而损害性刺激损伤神经支配的感受器则诱发出痛觉过敏、痛性感觉异常。神经损伤诱发异位电活动的发放形式与正常神经末梢受刺激产生的传入活动具有明显的差别，受损神经可以在无任何外部刺激的情况下产生高频簇状放电，导致痛觉过敏和感觉异常。

3. 痛觉传导离子通道和受体异常

在慢性疼痛过程中，痛觉传导离子通道和受体发生异常变化。神经损伤区及其 DRG 神经元对离子通道药物的敏感性明显高于正常神经。神经轴突的钠离子、钾离子、钙离子通道都可能发生异常表达和异位分布，大量的异位和自发的非编码传入放电，促使痛觉过敏和感觉异常。慢性疼痛促使谷氨酸盐释放，并激活 *N*-甲基-*D* 天冬氨酸(NMDA)受体，导致神经细胞与其他不参与疼痛传导的细胞建立新的联系，在大脑不同区域建立的新联系使疼痛的定位和机体自身镇痛过程变得更为复杂，从而引起慢性疼痛感觉的扩散、泛化以及痛觉皮区分布界限的紊乱。慢性神经病理性疼痛时，交感神经可释放去甲肾上腺素、P 物质和前列腺素等，使传入神经敏感化；也可向背根神经节“出芽”形成侧支支配感觉神经元，形成痛觉过敏，甚至发生感觉超敏(allodynia)现象。

4. 中枢神经系统重构

慢性疼痛的“疼痛记忆”表现为损伤治愈后疼痛信号依然持续存在。这种“疼痛记忆”并非心理性因素的结果,而是具有中枢神经系统重构的病理学基础。“疼痛记忆”将进一步加重慢性疼痛对患者认知行为和精神心理的损害。

三、疼痛的分类

(一) 按刺激性质分类

1. 机械性疼痛

组织在外力的作用下会产生机械性变形,当变形的程度超过机械性伤害感受器的阈值时,伤害感受器被激活,产生机械性疼痛。外力去除后,组织复形,疼痛消失。例如,巨大的椎间盘突出造成的神经根压迫就属于此类疼痛。

2. 温度性痛

温度性痛是指某些疾病因温度的变化而产生的疼痛。例如,烧伤、冻伤所致的疼痛。

3. 化学性痛

组织受损或有炎症反应时,化学物质的升高超过阈值。常发生于创伤后半个月到一个月或有炎症、感染性疾病时,如软组织感染所致的疼痛;也可以是无菌性炎症所致,如盘源性疼痛、肌筋膜炎所致的疼痛。

(二) 按炎症病因分类

1. 炎症性痛

炎症性痛是指由炎性刺激引起的疼痛,包括感染性疾病及无菌性炎症。如腰椎术后感染所致的疼痛属于细菌性炎症疼痛,而椎间盘突出所致的疼痛一般是无菌性炎症引起的。

2. 非炎症性痛

非炎症性痛是指由病理性原因引起的疼痛,如结石、癌症等。

(三) 按发病机制分类

1. 病理生理性疼痛

由伤害性刺激和非伤害性刺激引起的疼痛。

2. 精神心理性疼痛

精神心理性疼痛是指一些查不出器质性原因的慢性疼痛,往往由于精神心理因素、心理冲突、情绪障碍或心理疾病等四处求医,反复做各种检查,始终不能缓解。

3. 混合型疼痛

混合型疼痛指的是既有病理生理性的疼痛,同时又伴有精神心理性的疼痛,多在颈腰椎疾病的慢性疼痛期,两者可相互影响,并且如果没有很好地兼顾治疗,可能形成恶性循环,产生经久难愈的疼痛,尤其要引起临床医生的注意。

(四) 按疼痛感觉分类

1. 快痛

快痛是在皮肤受到刺激时很快发生的一种定位清楚而尖锐的刺痛,在撤除刺激后很快消失。

2. 慢痛

慢痛是一种定位不明确的一种或多种痛感,潜伏期长,可持续长达数秒或更长。

3. 顽固性痛

顽固性痛是指经过积极的原发病治疗和各种止痛药的治疗,不能缓解,反复发作,而且严重影响患者的正常生活和工作的疼痛。

(五) 按疼痛强度分类

1. 轻度痛

轻度痛是指疼痛可以忍受,并能正常生活,睡眠不受干扰。

2. 中度痛

中度痛是指疼痛明显,不能忍受,患者要求用镇痛药,睡眠受到干扰。

3. 重度痛

重度痛是指疼痛剧烈,不能忍受,需要镇痛药物,睡眠严重受到干扰,可伴有自主神经功能紊乱表现或被动体位。

4. 极度痛

极度痛为一种持续性剧痛,伴血压、脉搏等的变化。

(六) 按时间模式分类

1. 一过性疼痛

一过性疼痛是指疼痛在短时间内一次或数次出现。

2. 间断性疼痛

间断性疼痛是指不定期的、没有规律性的疼痛。

3. 周期性疼痛

周期性疼痛是指疼痛发生频率经过一个相当规律的时间间隔,呈现规律性变动的状况。

4. 持续性疼痛

持续性疼痛是机体组织受到各种损害刺激而产生的痛觉。

(七) 按机体部位分类

1. 躯体性痛

躯体性痛是指身体痛,包括头痛、肩酸背痛、肢体痛、胸痛、腹痛、腰痛等。骨科疾病所致的疼痛,多发生在躯体上,通常影响活动功能。

2. 内脏性痛

内脏性痛是指痛觉发生缓慢,持续时间长,定位不精准,对刺激性质分辨能力差,对机械牵拉、缺血、炎症等刺激敏感的一类疼痛。

(八) 按神经部位分类

1. 中枢神经性痛

中枢神经性痛是指由中枢神经系统损伤引起的疼痛。

2. 周围神经性痛

周围神经性痛是指由周围神经系统损伤引起的疼痛。

3. 自主神经性痛

自主神经性痛是指由自主神经系统原发性病变或功能障碍而引起的疼痛。

(九) 按病程长短分类

1. 急性痛

急性痛是指在几小时、几天直至1个月以内可缓解的疼痛。

2. 慢性痛

慢性痛是指持续1个月以上的疼痛。

(十) 按表现形式分类

1. 原发痛

原发痛是指组织内的神经末梢直接受到机械性或化学性刺激而产生的疼痛。

2. 牵涉痛

当某些内脏器官发生病变时,常在体表的一定区域产生感觉过敏或痛觉,这种现象称牵涉痛。

3. 反射痛

反射痛又称扩散痛,是指神经的一个分支受到刺激或损害时,疼痛除向该分支支配区放射外,还可累及该神经的其他分支支配区而产生疼痛。

四、疼痛的评定方法

疼痛是患者的主观感觉,其评定在临床上有着极其重要的作用,对临床的诊断、治疗及疗效有着很高的价值,可以指导临床医师进一步制订相关的治疗措施及方案。临床上,常用的疼痛评定方法如下。

(一) 口述分级评分法(VRS)

将疼痛用“无痛”“轻微痛”“中度痛”“重度痛”“极重度痛”表示:0为无痛,1为轻微痛,2为中度痛,3为重度痛,4为极重度痛。

(二) 行为疼痛测定法(BRS)

疼痛可能会对人体的生理、心理都造成影响。因此,疼痛患者可能会表现出一些行为举止的改变,主要有以下方面:①反射性痛行为,如惊恐、呻吟、叹气;②自发反应,是为了躲避或减轻疼痛而产生的主动行为,如抚摸疼痛部位、护卫身体某些部位或区域,或将身体固定

于某种特殊姿势等；③功能限制和功能障碍，如静止不动、过多的躺卧等被动行为；④患者服药态度和频率；⑤希望引起别人注意的举动；⑥睡眠习惯的改变。

(三) 数字评分法(NRS)

将疼痛程度用0~10这11个数字进行描述，0表示无痛，10表示最痛，被测者根据个人疼痛感觉在其中一个数字做记号。

NRS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(四) 视觉模糊评分法(VAS)

国内临床上通常采用中华医学会疼痛学会监制的VAS卡。在卡中心刻有数字的10cm长线上有可滑动的游标，两端分别是“无痛”(0)和“最剧烈疼痛”(10)。患者面对无刻度的一面，医师面对有刻度的一面，并记录疼痛的程度，即VAS刻度。

(五) 45区体表面积评分法(BARS-45)

此法把人体表面分成45个区域，每个区域标有该区号码。人体前面分为22个区，背面分为23个区。每个区不论大小均为1分。患者将自己的疼痛部位在图中标出，用笔涂盖。即使只涂盖了一个区的一小部分也评为1分。通过这些疼痛区，可计算患者疼痛占体表面积的百分比。对于疼痛强度的评定患者可用不同彩色来表示，如绿、红、蓝、黑分别代表无痛、轻痛或重度痛，也可用不同符号表示疼痛强度。

(六) 多因素疼痛评分法

疼痛由感觉、情绪和评价等因素构成，为将这3种因素分开并使之数量化，临床上使用了一些定量调查的方法。麦吉尔(McGill)疼痛调查表有73个描述疼痛性质的形容词，分为20组，每组2~6个词。1~10组表示躯体性，即对身体疼痛的感受；11~15组是影响性，即主观的感受；16组是评价性，即对疼痛程度的评价；17~20组是多方面的，即对多方面因素进行评定。从这个调查表可以得到：①疼痛评定指数，评分为“1”；它的评分原则是每一组的第一个字词表示“1”，第二个字词表示“2”；以此类推，最后将选择20组中的20个字词的评分相加，即为疼痛评定指数。②现时疼痛强度(PPI)，将疼痛分为6级：0级为无痛，1级为轻微痛，2级为不适疼痛，3级为窘迫疼痛，4级为严重疼痛，5级为剧烈疼痛。

(七) 临床疼痛测量法

有些疼痛表现为活动痛，静止或休息时无明显疼痛，需采用物理检查方法定量评测疼痛。例如，患者仰卧位时曲髁伸膝，先将患者一侧髁关节屈曲，然后将膝关节由屈曲逐渐伸直，如患者出现疼痛，则记录其动作及引发疼痛的角度。

五、如何看待疼痛

基督教的教义曾认为：疼痛是神赐予人类的礼物，是一种使忠实信徒能够更接近救世