



## 疼痛诊疗面面观

撰文 罗芳 绘图 王洋

### 疼痛科缘起

临床上，疼痛可分为急性疼痛和慢性疼痛。急性疼痛多为某些疾病或创伤的伴随症状，随着原发疾病的痊愈而缓解。而慢性疼痛，尤其是神经病理性疼痛本身即是一种疾病，如原发性三叉神经痛，除了疼痛症状外，并无其他表现，是一种典型的疼痛性疾病，治好了疼痛，就治好了疾病。又如带状疱疹后神经痛也是一种常见的疼痛性疾病，因为其疼痛剧烈而顽固，有的患者疼痛持续

达数十年甚至终身不缓解，严重影响患者的生活质量，有的患者甚至出现自杀倾向。

据初步估计，我国有慢性疼痛患者超过三亿人，且每年还将以1 000~2 000万速度增加。我国慢性疼痛发病率高于恶性肿瘤、高血压及糖尿病。慢性疼痛的诊疗在过去相当长的时间里被等同于急性疼痛，分散在临床各个学科，包括神经内科、外科、骨科、肿瘤科、康复科、风湿免疫科等，这些学科只是从不同的角度

对疼痛和疼痛性疾病进行常规的诊疗，导致一些顽固性疼痛患者得不到及时、规范的治疗，给病人造成极大痛苦，给家庭和社会带来沉重的负担。另据统计，约30%的慢性疼痛患者查不出明确的病因，治疗就更为困难。面对这些慢性疼痛，必须依靠专业的理论去对待，专业的技能去处理，才能取得较好的疗效。因此，临床需要从事慢性疼痛诊疗的专业队伍。

发达国家早在几十年前就将

慢性疼痛作为重点疾病进行研究和治疗。早在1975年,国外成立了“国际疼痛学会(International Association for the Study of Pain,简称IASP)”,多个学科的疼痛医学先驱们联合起来,共同攻克慢性疼痛。1989年,中国科学院院士、北京医科大学著名神经生理学家韩济生教授主持成立了IASP中国分会-中华疼痛学会(Chinese Association for the Study of Pain,简称CASP),至此,中国的疼痛医师终于有了自己的正式组织。

2004年,IASP和世界卫生组织(WHO)联合提出“免除疼痛是患者的基本权利”,并提出每年10月第二周的周一为“国际镇痛日”。我国人大常委会副委员长韩启德院士,在2004年的第一个世界疼痛日、中国镇痛周活动中指出:“消除疼痛是患者的基本权利和医师的神圣职责。”把顽痛病人渴望得到及时有效治疗的愿望,提高到人道主义水平来认识。在韩济生院士带领下,中华医学会疼痛学分会多方呼吁,卫生部经过近3年的缜密调研,于2007年7月发出了《医卫发2007年227号》文件,确定在《医疗机构诊疗科目名录》中增加一级诊疗科目“疼痛科”,在我国二级以上医院开展“疼痛科”诊疗服务。自此,我国的疼痛学科迈出里程碑意义的一步并走入正轨。

目前,中华医学会疼痛学分会

已经建立了基础研究、头面痛、麻醉与镇痛、微创与介入、腰背痛、软组织痛、癌痛和中枢痛八个学组,多学科共同攻关,在疼痛学基础研究和临床技术上

做出了显著的成绩,形成了具有中国特色的疼痛医学学术体系。近10余年来,CASP会员已经由240人增加到目前的20 000余人。会员来自基础医学和内、外、



妇、儿、麻醉等生物学各方面的骨干力量,反映出疼痛医学领域多学科合作共同攻关的特色。目前,各地疼痛科、疼痛门诊和病房、疼痛诊疗中心如雨后春笋般建立起来,中国疼痛医学事业正在健康、迅速地发展。

### 疼痛门诊的主要业务

国家卫生部2007年227号文件明确规定了疼痛科诊治的

疾病范围,即常见的慢性疼痛性疾病,包括各型慢性头痛,慢性颈、肩、腰、腿痛如颈椎病、肩周炎、肌筋膜炎、椎管狭窄、椎间盘突出等,以及癌痛,神经性疼痛等。这些慢性疼痛患者以往分布在内科或外科系统相关的科室就诊,往往采取药物或手术治疗。然而,一部分病情介于保守治疗和开放性手术治疗之间的患者往往得不到规范的

治疗。

以往有些骨科医生、麻醉科医生甚至内科医生会采取局部注射的治疗方式,老百姓称其为“封闭”治疗。所谓“封闭”治疗,不是哪儿疼痛打哪儿,也不是当时管用、过后就没用了的临时止痛治疗,而是应用消炎镇痛复合液进行病灶局部注射,发挥药物的局部消炎作用,对于炎性疼痛有“立竿见影”的治疗效果。



但是,神经阻滞治疗时一般会用到局部麻醉药以判断阻滞的位置是否正确,进行诊断性阻滞时也会应用局部麻醉药进行疾病的诊断,还可应用局部麻醉药阻滞植物神经以调节植物神经的功能等,当应用麻醉药以及进行局部注射时均存在由于麻醉药物或穿刺本身带来的风险和并发症,这就需要医生进行规范的培训和资质的考核。

新成立的疼痛科是介于内科和外科之间的科室,疼痛科医生正是采取以介入治疗为主的综合治疗手段治疗慢性疼痛。设立疼痛科以后,一部分药物治疗效果欠佳的患者可以采取介入治疗的方法,而不必急于采取手术治疗。

近年来,随着影像技术的进步和科技水平的提高,新颖的微创介入治疗技术不断涌现。疼痛科医生除了利用传统的神经阻滞技术治疗疼痛性疾病以外,还不断学习和开发与疼痛学相关的微创介入治疗。例如,对于以往需行开放性手术的腰椎间盘突出症患者,现在可以不开刀,应用经皮水刀切吸术、椎间盘旋切术等微创介入技术治疗;对于间盘源性疼痛,应用经皮间盘射频、激光、等离子、臭氧等治疗可取得很好的效果。现代微创治疗技术已成为慢性疼痛治疗的主要技术手段并在临床上取得了非常好的

治疗效果,得到了临床医生和患者的广泛认可。

### 什么情况下要看疼痛门诊

随着疼痛学科的建立和健全,疼痛科医生的培训日益规范,诊疗慢性疼痛的水平不断提高,所有慢性疼痛的患者均可到疼痛门诊就诊。疼痛科医生会根据慢性疼痛的不同程度、目前所行治疗手段的疗效对患者采取阶梯化的治疗,即首选微创、低成本方法,次选小创伤、一般成本方法,最后选择高费用及有创或置入电刺激、泵系统的分层次、阶梯治疗系统。从非药物到药物,从药物到微创介入,从低阶梯向高阶过渡,避免过度医疗。

疼痛医学作为一个新兴的专业学科,并非临床各个学科的简单相加,而应当是在融会多学科的基础上形成的新型学科。疼痛医学还包括基础医学、临床医学、预防医学、康复医学等多个学科,疼痛科只是疼痛医学的临床分支,其他临床学科也从事疼痛和疼痛性疾病的诊疗,包括神经内科、神经外科、骨科、肿瘤科、康复科、风湿免疫科等。疼痛学科医生掌握一些特色技术,如微创介入技术,尤其适合诊治一些常规治疗效果欠佳的慢性顽固性疼痛患者。

以三叉神经痛患者为例,初发轻症患者可于神经外科、神经内科、疼痛科或口腔科等相关科

室就诊,各科均应从药物治疗开始,若效果欠佳方可到疼痛科进行神经阻滞为主的进一步保守治疗。直到保守治疗均无显著的疗效或有效但副作用大,则需在手术或微创介入治疗之间做出选择。疼痛科医生擅长经皮射频热凝术,其原理是利用可控温度作用于神经节、神经干、神经分支等部位,使其蛋白质凝固,阻断神经冲动的传导,是一种物理性神经阻滞疗法。因为疼痛科主要采取介入治疗的方法,慢性疼痛患者不愿意或不适合采取手术治疗时均可前来就诊。

我国老一辈疼痛医师通过不懈地努力终于完成了建科的梦想,使慢性疼痛患者获得福音。然而,路漫漫,疼痛科还需经历发展和壮大的成长期,新一代疼痛医生应肩负起强科的重任,实现强科的梦想,为疼痛医学发展贡献力量,为服务疼痛患者努力工作。■

#### 作者简介

罗芳,首都医科大学附属北京天坛医院麻醉疼痛科主任医师、教授,麻醉学博士,主要从事麻醉及急慢性疼痛的基础和临床研究。

(责编 李瑄)