



# 第 1 章

# 概 论

## 第 1 节 疼痛的基本概念

疼痛的新定义：疼痛是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的感觉、情感、认知和社会维度的痛苦体验。痛觉包括两个方面：一方面是伤害性刺激作用于机体所引起的感觉；另一方面是个体对伤害性刺激所产生的反应，并伴有较强烈的情绪色彩，表现为一系列的躯体运动性反应和自主内脏性反应。

国际疼痛学会（IASP）将疼痛分为急性疼痛和慢性疼痛，尤为重要的是在 1999 年国际疼痛学会第九届学术会议上，各国专家一致认为慢性疼痛是一类疾病，疼痛科主要治疗慢性疼痛。

### 一、急性疼痛

国际疼痛学会（IASP）对急性疼痛的定义：新近产生并持续时间较短的疼痛（1 个月内）。急性疼痛包括手术后疼痛，创伤、烧伤后疼痛，骨折痛，牙痛以及心绞痛，胆绞痛，肾绞痛等内脏痛。

### 二、慢性疼痛

慢性疼痛为持续或者反复发作的，病程超过 1 个月的疼痛。最新版的疼痛疾病的 ICD-11 分类遵循病因—病理生理—部位的排序原则，将各类慢性疼痛归纳为七大类。

1. 慢性原发性疼痛 在一个或多个解剖区域持续的或者反复发作的病程超过 1 个月的疼痛，伴随显著的情感障碍和功能障碍（日常功能受到明显干扰和社会角色缺失），且此疼痛不能被其他慢性疼痛所解释。

2. 慢性癌症疼痛 慢性癌症疼痛作为一个经常出现的癌症伴随状态，之前未被 ICD 所收录。鉴于其独特的治疗指南，此次单独作为一个分类进行收录。肿瘤本身及治疗等所致的所有与肿瘤相关的疼痛均纳入此条目。

3. 术后或者创伤后慢性疼痛 此类疼痛被限定于在手术后及组织损伤后出现的疼痛，并且至少持续 1 个月以上。此类疼痛除外感染、肿瘤复发等其他原因所致的疼痛。

4. 慢性神经病理性疼痛 由创伤、感染或代谢病引起的外周神经、脊髓和脑损伤所导致的疼痛，常表现为痛觉过敏、触诱发痛和自发痛等。

5. 慢性头痛及颜面痛 国际头痛协会（IHS）将头痛分为三部分：原发性头痛，继发性头痛，颅神经痛、原发性面痛以及其他头痛。所谓慢性头痛或者慢性颜面痛是在过去 1 个月内发作天数在 50% 以上者。

6. 慢性内脏痛 慢性内脏痛是由于内脏组织受到各种伤害性刺激后所产生的反应，可以源自头、颈、胸、腹、盆腔内的内脏器官，疼痛强度往往与内脏的损伤及不良刺激的程度无明显关系。可根据引起内脏疼痛的原因（如炎症、缺血、扩张、牵拉或者联合原因等）进一步细分。

7. 慢性肌肉及骨骼疼痛 骨、关节、肌肉及其他相关软组织的疾病直接作用产生的持续性

或者反复发作性疼痛，此类疼痛主要是伤害感受性疼痛。

疼痛具有保护机体避免伤害的作用，即痛觉可作为对机体伤害的一种警报，引起机体发生一系列防御性的保护反应。先天性痛觉缺失的患者，往往发生严重的损伤而不觉疼痛，可对机体造成严重的伤害，甚至导致死亡。但另一方面，疼痛作为机体伤害的警报也有其局限性。疼痛通常伴有组织细胞的损伤，某些长期的剧烈疼痛，如癌症疼痛、带状疱疹后神经痛等，已成为难以忍受的折磨。因此，如何有效地同疼痛做斗争，消除疼痛对患者的折磨已成为医务工作者义不容辞的责任和义务。

## 第2节 疼痛医学发展史

### 一、国际疼痛医学的发展大事记

1. 1930年法国外科医师 Leriche 首次提出慢性疼痛是一种疾病。
2. 1961年美国疼痛治疗的先驱者、著名麻醉学教授 Bonica 于华盛顿大学创办了世界上第一个“临床疼痛中心”。
3. 1962年日本东京大学麻醉科山村秀夫教授，在东京大学创办了日本的一个“疼痛门诊”。
4. 1973年5月华盛顿大学麻醉科教授 Bonica 召开了一个多学科人员（包括疼痛基础研究和临床医师）参加的会议，讨论成立一个致力于疼痛研究和管理的专业组织。Bonica 的愿望是提供一个平等的、跨学科的国际论坛，普及疼痛知识，提高医护人员的专科教育，提升护理水平。
5. 1974年5月9日成立了国际疼痛学会（International Association for the Study of Pain, IASP）。
6. 1975年在意大利佛罗伦萨召开了第一届国际疼痛大会，该会议每3年举办一次。
7. 1975年 PAIN 杂志问世，1984年在荷兰鹿特丹召开了第一届国际疼痛治疗会议。
8. 1995年世界卫生组织（WHO）将疼痛确定为继血压、呼吸、脉搏、体温之后的“第五大生命指征”。
9. 2000年美国第106次国会把2000—2010年定为“疼痛控制与研究的十年”。
10. 2002年第10届国际疼痛大会上提出“消除疼痛是患者的基本权利”。
11. 2002年8月IASP于美国加州圣迭戈召开了第十届世界疼痛大会，与会专家达成了基本共识：慢性疼痛是一种疾病。在美国和欧洲的一些国家以及日本，疼痛诊疗被规定为医院的一项基本医疗服务。疼痛诊疗中心和疼痛科普及各级医院，形成网络，有疼痛诊疗医师考试和管理制度，负责疼痛医师的注册、年检、考试和监督。IASP 出版《疼痛诊疗中的必备条件》。
12. 2004年IASP确定每年十月份的第三周的星期一为“世界镇痛日（Global Day Against Pain）”，并冠以一个主题，成为该年度即“世界镇痛年（Global Year Against Pain）”关注的焦点。

### 二、国内疼痛科的建立与发展

1. 20世纪80年代，在我国疼痛医学奠基人、中国科学院韩济生院士倡导下，中华疼痛研究会成立。

2. 20世纪80年代后期，一批麻醉科医师专门投身于临床疼痛诊疗工作，成为开创我国临痛医学事业的先锋，我国开始较为普遍地开展临床疼痛诊疗工作。

3. 1990年成立了IASP中国分会（CASP）及中华医学会疼痛学分会，韩济生院士担任CASP主席和中华医学会疼痛学分会主任委员，由此开创了国内疼痛医学发展的新纪元。

4. 20世纪90年代,国内外疼痛学术会议的召开以及疼痛学相关专著、专业学术期刊《中国疼痛医学杂志》的出版,标志着我国的疼痛医学取得了较快发展。

5. 21世纪以来,临床大量引入和创新开展各类先进疼痛微创介入技术,我国的疼痛学科建设得到了空前的提升。韩济生院士长期从事针刺镇痛原理研究,所取得的举世瞩目的成就,以及长期为中国疼痛学科的发展摇旗呐喊,使我国在世界疼痛医学领域赢得了非常重要的地位。

6. 2007年7月16日卫生部签发了关于在《医疗机构诊疗科目名录》中增加“疼痛科”诊疗项目的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”,代码“27”。主要业务范围:慢性疼痛的诊断治疗。文件的颁布,有力地促进了我国二级以上医院开展“疼痛科”诊疗业务的进度。这不仅是我国广大慢性疼痛患者的福音,也对世界疼痛医学的发展起到了良好的促进作用,同时标志着中国的疼痛诊疗体系已经走在世界的前列。

当前,我国疼痛学科建设尚有诸多不足之处,主要包括:①疼痛学科的社会认知度不够。不光患者群体,而且很多医务工作者对疼痛科缺乏正确或充分的认识。②疼痛学科从业人员水平参差不齐。部分从业者缺少基本临床诊疗思维和技能,有的将慢性疼痛诊疗理解为单纯镇痛,有的将疼痛诊疗当成副业。须知,疼痛科发展了数十年,其专科性非常强,不投入全部的热情和精力难以胜任。③部分疼痛诊疗技术缺乏多中心大样本临床随机对照研究,经不起循证医学的检验。因此,加强疼痛医学和疼痛学科的宣教,开展规范的疼痛医学研究,制定相关行业标准和指南,增进疼痛专科人才的培养,做好疼痛专业质量控制和管理均是今后疼痛科发展必须完善的工作。

## 第3节 疼痛护理发展现状

### 一、国际疼痛护理学科的发展大事记

1. 1990年专家型学术组织美国疼痛治疗护理学会(American Society for Pain Management Nurses, ASPMN)成立。

2. 1995年美国的Howard L.Fields编辑出版了《疼痛专业教育的核心课程》。

3. 2001年1月1日起美国的医疗机构开始执行全美保健机构评审联合委员会(JCAHO)制定的疼痛护理新标准。

#### (1) 标准的项目

1) 承认患者对疼痛有适当评估和接受处理的权利。

2) 对所有患者确认有无疼痛,如有疼痛应评估疼痛的性质和程度。

3) 用简单方法定期再评估和追踪疼痛,并记录评估结果。

4) 判定医护人员评估、控制疼痛的能力,保持熟练程度,对新参加工作人员应定向培训,传授评估、控制疼痛方面的知识。

5) 为便于开出有效镇痛药处方或医嘱,医院内必须建立相应措施。

6) 向患者及家属介绍有效管理疼痛的知识。

7) 对计划出院的患者,探讨控制患者症状的必要性。

#### (2) 新标准还同时明确了疼痛患者的权利和义务

1) 患者的权利:①获得有关疼痛和镇痛手段的信息。②由熟悉医护人员预防和控制疼痛。③对疼痛主诉,医护人员迅速采取措施。④相信患者的疼痛主诉。⑤接受疼痛管理专家的治疗。

2) 患者的责任: ① 向经治医师或护士说明希望了解疼痛和疼痛管理知识。② 同经治医师或护士详细交谈止痛方法。③ 配合经治医师和护士确定疼痛管理计划。④ 出现疼痛及时报告。⑤ 协助经治医师和护士评估疼痛情况。⑥ 疼痛不缓解时向经治医师和护士报告。同经治医师或护士交谈对止痛药的焦虑。

4. 2002年 ASPMN 出版了《疼痛护理核心课程》。

5. 2002年加拿大多伦多中心大学根据 IASP 的课程, 发展、实施并评价了一套比较完整的院系间课程。

6. 2005年 ASPMN 及美国护士学会 (American Nurses Association, ANA) 一起出版了《疼痛护理: 实践范围和标准》(Pain Management Nursing: Scope and Standards of Practice), 以指导临床护士的疼痛护理实践。

## 二、国内疼痛护理学科的发展

1. 2002年春季第二军医大学首次开设疼痛护理选修课。

2. 2003年福建医科大学开设了18学时的《疼痛学》选修课。

3. 2011年卫生部出台《三级综合医院评审标准实施细则》将“疼痛治疗管理与持续改进”列入评审标准; 同年, 卫生部在全国开展“癌症疼痛规范化治疗示范病房”创建活动, 初步构建出癌症疼痛管理的评审标准。

4. 2017年中国中西医结合学会疼痛学专业委员会疼痛护理专业委员会在深圳成立。

我国疼痛护理学科的建设起步较晚, 但近几年专科发展迅速。尤其是卫生部227号文件下发后, 在推动国内疼痛诊疗专科发展的同时, 相应的疼痛护理和疼痛管理的进展也得到了更多的关注和重视。疼痛护理模式的转变, 疼痛护理队伍的专业化, 临床护理和质控水平的提升, 护理科研和教学的改进等, 标志着我国疼痛护理学科的发展迈入了新阶段。

## 第4节 护士在疼痛管理中的作用与地位

疼痛诊疗是一个疼痛管理的过程, 护士作为该过程中的重要成员, 负责全面照顾患者, 配合医师工作, 协调各方面的关系。良好的疼痛护理管理是保证有效镇痛的重要环节。

### 一、护士是患者疼痛状态的主要评估者

疼痛评估是有效控制疼痛的第一步和关键环节。护士通常在疼痛患者诊疗过程中接触患者次数最多, 因而护士是最先、最经常了解到患者各种不适。现有的疼痛评估方法和工具能够让专科护士对患者进行较全面的疼痛评估, 并使得包括在重症监护室、复醒室、儿科以及其他各临床科室的特殊患者进行疼痛评估成为现实, 直接为临床疼痛诊断及治疗提供依据。专科护士在与患者的交流过程中, 可通过语言沟通、面色观察、体态观察以及生命体征测量等客观表现, 判断疼痛是否存在以及疼痛的部位、性质、程度等并制定相应的护理措施。对正在接受疼痛治疗的患者, 护士通过密切观察患者镇痛效果及不良反应, 加强对患者的健康宣教和指导, 有助于提高镇痛效果、预防及减少镇痛治疗过程中不良反应的发生。

### 二、护士是镇痛措施的具体落实者

在临床工作中, 相当部分镇痛措施都是由护士完成, 包括执行有关医嘱, 按时给予镇痛药物, 根据具体情况决定是否给予镇痛剂或何时给予镇痛剂, 在自己的职权范围内运用一些非药物

的方法如冷敷、热敷、按摩、改变体位、活动肢体、呼吸调整和分散注意力等为患者减轻痛苦。

### 三、护士是其他专业人员的协作者

护士是患者整体身心健康的看护者，护理人员必须与其他医务人员密切协作，全面了解患者的情况，认真分析各方面的状况，参与疼痛治疗方案的制定，提出建议以实施优化的、个体化治疗措施，制订出最合适的护理计划，为患者提供优质的服务。疼痛科护士除了协助医师完成各项常规治疗外，还要配合医师完成一些特殊镇痛操作，如神经阻滞、物理疗法和微创手术等。

### 四、护士是疼痛患者及家属的健康教育者和指导者

护士是疼痛患者及其家属健康宣教的主要实施者。美国《癌症疼痛治疗临床实践指南》中指出：“在医务人员的治疗计划中，应包括对患者和家属进行疼痛及其治疗方面的教育”。护士常规负责患者及其家属疼痛相关知识的宣教，指导他们如何应用疼痛评估工具、如何表达疼痛，让那些不愿意报告疼痛、害怕成瘾、担心出现难以治疗的副作用的患者解除疑虑和担忧，保证疼痛治疗的有效性，同时指导患者进行疼痛的自我管理，使患者及家属主动参与疼痛管理中，从而有效促进疼痛管理的开展。对自控疼痛（Patient-Controlled Analgesia, PCA）的患者，护士必须向患者及家属讲授有关疼痛评估、给药时机、仪器操作方法、药物止痛作用的特点、副作用评价等方面的内容。对慢性疼痛性疾病患者，疼痛专科护士需要和患者建立良好的护患关系，在诊疗过程中，及时为患者提供相关教育和指导，必要时做好患者出院后延续性护理工作。

### 五、护士是疼痛患者权益的维护者

“免除疼痛是患者的基本权利”，护士作为疼痛患者权益的维护者，需鼓励患者主动报告疼痛，要向患者和家属介绍临床常用的镇痛方法，根据患者的病情、年龄、经济状况、环境等个体化因素，选择合适的镇痛措施，及时动态地评估患者镇痛效果，使患者的疼痛管理达到满意的状态。

基于护士在上述疼痛管理几方面的作用，决定了护士在这一领域不可替代的重要地位，同时也要求疼痛科护士必须具备比较扎实的疼痛医学理论基础和临床实践技能，即使是非疼痛专科的护士，也应具备与本专科有关的疼痛基础知识，才能更好地履行职责，在临床实践中更好地贯彻整体护理思想，提高护理质量。