

论医院设立疼痛科的重要性和必要性

黄 瀚

博白黄瀚诊所 广西玉林 537600

[中图分类号] R197 [文献标识码] A [文章编号] 2095-7165 (2024) 05-166-03

近三十年来,疼痛科在世界各地逐渐兴起,主要原因有几点,第一,以疼痛为主诉求医者越来越多^[1]。第二,归科不清的疼痛患者越来越多。第三,基于现实的情况,各医院都迫切需要成立一个治痛的专门科室便于收治与分流^[2],本文旨在探讨设立疼痛科的必要性和必要性,报道如下。

1 设立疼痛科是完善临床学科结构的重要举措

虽然医疗水平不断提高,但现实临床工作中有很多疼痛病人得不到正确的诊断和有效治疗,长期陷入了疼痛的折磨中^[3]。这其中有些是因为病情复杂特殊,没有明显特征,难以做出诊断,不知如何归属科别,另一些虽然科别归属清楚,但是没有有效的治疗方法。基于这样的情况,迫切需要医院成立一个以诊治疼痛为主要任务的科室,便于服务广大疼痛患者^[4]。

1.1 面痛

面痛常见,三叉神经痛,面神经炎,面肌痉挛。患者不知去五官科还是神经内科还是神经外科就诊,事实上,很多病例都是因为颈椎出了问题,卡压枕大枕小神经,以及胸锁乳突肌,面肌痉挛,交由擅长正骨理疗神经阻滞针刺疼痛科医师处理,取效最快^[5]。

1.2 后脑勺疼痛或半边头痛

就诊神经内科,一般都判断为神经性头痛,血管性头痛或偏头痛。然后用药活血化瘀止痛。就诊神经外科的医生,往往着重于,颅脑疾病,脑电图脑CT,检查正常后,没有手术指征也不了了之。病人痛苦依旧。事实证明,这类疼痛针灸科效果最好,基本判定枕大神经被压迫,经络上属于胆经受阻。往往一次针灸就能解决问题。

1.3 颈椎病或腰椎间盘突出

骨外科考虑的是手术摘除,手术指征不明显者,则无所适从。麻醉科神经阻滞治疗,确实有特长,但是又缺乏了正骨技术。中医科辩证,虽然凸显特色。又往往对神经分布等解剖知识缺失,而治疗效果不显著。所以针对疼痛治疗设立疼痛科很有必要。

2 疼痛科起到各学科交通枢纽作用

例如,有些胸痛的患者,心电图正常,胸片正常,归属科室不详,在心血管内科无法诊治,放到呼吸科、肺科也处理不好。这个时候应该转入疼痛科。经过疼痛科的处理。往往这类病人是由于胸长神经卡压造成。或胸椎不正造成。这时候,疼痛科成为较好的归属。再如颈椎、胸椎变形明显,则需要再次转入骨科进行专业治疗。这时候,疼痛科就成为了学科交通枢纽。(1) 病例病症列举 1: 某女大学生 20 岁,因为反复胸痛休学半年,亲朋友介绍来我如诊治。询知,半年来在多家医院诊治,无一例外胸片心电图,排除心脏病肺部疾病,然后开点消炎止痛,不了了之。笔者予理性诊断为颈椎压迫胸长神经,徒手正骨,加针刺,两次而愈。(2) 病例病症列举 2:

某些膝盖不定时疼痛,经过疼痛科全面检查,发现他是脑有脑电波异常,属于癫痫病,再转入脑科治疗。这类报道在《新医学》杂志报道过多次。(3) 病例病症列举 3: 常年痛经、性交疼痛的女科病人,在妇产科没得很好的处理,久治不愈,可转入疼痛科、以调正骨盆,阻滞股生殖神经,针灸通经的方法可以解决。有疼痛科的存在,方便各科室在处理疑难疼痛病人时,与疼痛科联合会诊,共同探讨解决法案。这时疼痛科起到重要学科交通枢纽的作用,使得医院整体的诊疗水平提高。

3 促进和提高治痛技术团队素质

由于疼痛科几乎涉及所有临床科室疼痛类疾病,所以疼痛临床工作者的任务繁重对工作学识,技术要求极高^[6]。组建疼痛科团队应是各有所长,中医兼学,在工作中各有互补,才能完美开展各项工作。人员结构健全的团队一起学习、研究工作,势必促进和提高技术水平、团队素质。

3.1 疼痛科人员组成

随着时代发展,医院专科化越来越细,比如骨科从外科分离独立后,又分脊柱、四肢、骨关节等科。而疼痛科,几乎涉及所有临床科室疼痛类疾病,所以对疼痛科医生的技术要求是既要求有专业的治痛手段,又要求对各科有所了解。疼痛科团队总体的技术要求涉及内、外、妇、儿、中医科、针灸科、脊柱科,神经科麻醉科等相关技术^[7]。(1) 病例病症列举 1: 某某颈椎病,低头受限,精通经络者便知,督脉受阻,首尾各一针,即愈。疼痛科医生要了解中医经络。(2) 病例病症列举 2: 便秘严重而腰痛,复合中医湿热腰痛诊断。往往用大小承气汤,一通大便就好。疼痛科医生要了解中医内科。(3) 病例病症列举 3: 颈肩手臂疼痛,举手舒服,放下疼痛剧烈,这是臂丛神经卡压的典型表现。阻滞神经根就好。所以疼痛科医生要熟知神经病学。(4) 病例病症列举 4: 跌打损伤之类的疼痛,疼痛科医生,要了解骨伤科和运动医学。

(5) 病例病症列举 5: 痛风风湿性关节炎,要求疼痛科医生要了解中西医,对该病的机理充分理解,对骨骼经络神经分布,了然于胸,才能真正做到内调外治。

3.2 疼痛临床工作者的任务

3.2.1 诊断疼痛病例

(1) 诊治病情复杂、特殊、归科不明确的疼痛病例。(2) 治疗其他临床科室无有效治疗方法或治疗失败的疼痛病例。(3) 接诊从其他科门诊或病房转诊来的病例,有些病例,经本科确诊后还需再转到有关科室,如查出骨关节炎性肿瘤、泌尿系结石、妇科疾病、神经系占位性病变等,应分别转到骨科、泌尿科、妇科、神经外科等。(4) 治疗晚期癌性疼痛。(5) 对疼痛原因清楚、归科明确,并有特效治疗方法的病例,不属疼痛科诊治范畴。如屈光不正,副鼻窦炎,颅内脏内性病变引起的头痛,心绞痛引起的胸背痛及腹症引起的腹痛,

椎管内脏内性病变引起的腰腿痛等，应转到相应科诊治。

3.2.2 诊断非疼痛病例

有些病例所患疾病，虽不伴疼痛，但应用疼痛科的治疗技术可以收到比其他科好的疗效，仍应由疼痛科给予治疗，如膈肌痉挛、面肌痉挛，面肌麻痹，脑血管或四肢血管痉挛，不定陈述等，疼痛科应用相应的神经阻滞阻滞术，可取得立竿见影的效果。

3.3 疼痛工作者的工作要求

需要具备有高尚的医德作风、有扎实的基础理论和广泛的临床知识^[6]。现在很多三甲医院设有疼痛科，归属于麻醉科兼管。虽然说麻醉科对神经镇痛比较擅长，但是在人员结构上还不尽合理。疼痛科工作人员应具备有更宽知识面，涉及到多科的知识，常见有神经科、麻醉科、骨科、中医科、针灸科、康复治疗科、妇科、心脑血管、内外、儿科的基本常识。

4 更专业的，为疼痛病人服务

组建疼痛科团队，通力合作，专业技术理论水平不断提高，那是必然。因此，能更专业、更好的为疼痛患者服务。（1）病例病症列举 1：常见幼儿，儿童突发疼痛。位置不定，就诊科室不明。X 光片检查无异常。转入疼痛科。是最佳选择。这类病人往往是颈胸腰椎小关节紊乱造成。（2）病例病症列举 2：一患儿两岁，起床后，不愿走路，经过 X 光检查无异常，医生不知所措建议到上级医院继续诊治。患者家属与我相识电话联系后来我处（疼痛科）处理，经过颈，胸，腰椎，手法正骨复位。立刻功能恢复正常。（3）病例病症列举 3：某患突发眼睛疼痛，不红不肿。经眼科检无异常，转入疼痛科，颈椎复位痛立安。原因是颈第二颈椎错位。（4）病例病症列举 4：一位八十多岁的老人，家就住在医院对面的小区里，拄着拐杖颤颤巍巍地来了，说他走不了几步路就疼得厉害，问能不能给他治疗”。经诊疗判断老人是“老寒腿”，也就是现在的骨关节炎。按照膝关节腔内外联合疗法，医生为其治疗了一个疗程大约 3 次。疼痛慢慢减缓，到最后，老人走路时不再需要拄拐杖，也能出门买菜了，生活质量得到很大提高。

5 提高对疼痛病症学术认识和治疗水平

急性疼痛多为某些疾病或创伤的伴随症状，而慢性疼痛尤其是神经病理性疼痛本身是一种疾病。多数慢性疼痛不仅仅是一种症状，其本身就是一种疾病，如原发性三叉神经痛除了疼痛症状外，并无其他表现，是一种典型疼痛性疾病，又如带状疱疹后神经痛也是疼痛性疾病，因为其疼痛剧烈而顽固，有的患者持续疼痛达数十年，症状与疾病的区别是相对的，当一种慢性临床症状长期、严重威胁患者的生活和工作时，需要确认其为疾病。根据统计，在我国慢性疼痛发病率，中年人约 20.0%，老年人约 50.0%（平均 30.0%），高于恶性肿瘤、高血压、糖尿病。

慢性疼痛的诊疗在过去相当长的时间内被等同与急性疼痛分散在临床各个学科内，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角度对疼痛和疼痛性疾病进行常规的诊疗，许多顽固性疼痛患者得不到及时、恰当的治疗，给病人造成极大的痛苦。另据统计，约有 30.0% 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，才能取得较佳的疗效。

疼痛涉及多学科，疼痛医学作为一个专业学科，并非临床各个学科的简单相加，而应当是融汇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。

疼痛科医师是疼痛医学的专科医师，专业从事疼痛的基础研究和临床诊疗。疼痛科医师应当具有大专以上学历，教学医院应当具有本科以上学历，经过正规的临床实习，独立诊疗需要数年的临床实践，经过专业的疼痛学专业培训，并通过基础和临床考核。临床疼痛诊疗虽然具有多学科的背景，但许多疼痛诊疗技术来自麻醉学，麻醉科医师为疼痛医学做出了很大的贡献，但麻醉科医师不等于疼痛科医师，麻醉科医师应该在充分发挥自己特长的基础上，更需要从基础理论、临床诊断和临床治疗方面不断提高和充实，要拓展学科知识、掌握新的技术，以适应疼痛医学的要求。目前从事疼痛专业治疗的医师主要来自麻醉学科，在今后的数年内可能仍会如此。麻醉学科的医师经过正规培训，通过考核可以成为疼痛科医师，其他学科的医师也是如此，即可以具有多学科的执业资格，这种状况能够持续多久不得而知。

某些疼痛病症的发病原因、发病机制尚不清楚。通过对某一疼痛病症的大量临床病例的观察，可分析其病发病诱因，找出发病规律，并比较不同治疗方法的效果，从而可加深对该病症的理性认识，反过来指导临床实践，提高预防、诊断和治疗的水平。如通过对偏头痛发病诱因、发作前的前驱症状、发作时的各种表现的观察分析及发作的预防和治疗方法，（如星状神经节阻滞剂和钙通道阻滞）效果的对比，便可知精神紧张、情绪激动。体内激素水平改变是发病的原因，血管收缩功能的混乱是发病的重要环节。调节血管舒缩功能平衡是治疗的主要原则。避免情绪激动、精神紧张，调整体内激素稳定是有效的预防措施。根据这一认识，在应用临床便可提高预防、诊断和治疗的水平。

疼痛学科是一个医学边缘学科，与其他医学学科关系密切且相互渗透，其涉及的医学领域、疾病种类繁多。因此，该学科的工作很难被某一个专业的医务人员所独立承担，这就需要多个专业学科的相互协作，取长补短，发挥各自在诊断和治疗上的优势。在大医院中创建综合性的疼痛专科是现代医学发展的主流趋势。但目前中国疼痛医学的临床现状，包括医院管理、专业医师的培养等，尚缺乏规范。疼痛医学的临床业务与相关学科有较大的交叉，而各科室人、财、物是条块管理，难以有机配合协调。有些慢性疼痛病人长期辗转在各医院各科室求诊，得不到正确的诊断和治疗，不仅浪费了大量的人力、物力、财力和医疗资源，还得不到长期忍受疼痛的折磨。有些疼痛诊断虽然明确，但限于传统的治疗方法和观念的局限，病人仍然得不到及时有效的治疗，致使演变成为慢性顽固性疼痛，增加了治疗的难度。

我国疼痛医学近 20 年的发展经历也充分说明疼痛医学专科的发展是社会的需求和学科发展的必然。在治疗方法上除了传统的药物治疗外，影像学和神经电生理技术引导下的疼痛微创介入技术已广泛兴起，全国二甲以上医疗机构尤其是北京、上海等经济发达地区已经普遍建立专门的疼痛诊疗专科，疼痛专科不仅为临床大量的病人解除了疼痛，同时也为医院回避了不必要的医疗纠纷。疼痛专科同时也以较高的医疗质量赢得了社会及兄弟学科的认同，获得良好的经济和社会效益。慢性疼痛是一种疾病，这一疾病需进一步的诊断并得到有效的治疗，培养一批专业的临床医师负责治疗这些患

（下转第 171 页）

4.2 预防措施的实施与效果评价

除了疫苗接种外,预防肺炎支原体肺炎的措施还包括加强个人防护、改善生活环境等。赵胃胃^[8]认为家长应教育孩子养成良好的卫生习惯,勤洗手、戴口罩等;同时,保持室内空气流通,避免前往人群密集的场所。此外,对于已经感染肺炎支原体的患儿,应积极治疗,防止病情恶化。这些预防措施的实施效果需要进行科学的评价,以确定其有效性和可行性。

4.3 社区和家庭预防策略的探讨

社区和家庭是预防儿童肺炎支原体肺炎的重要阵地。社区可以通过开展宣传教育、加强疫情监测等措施,提高居民对肺炎支原体肺炎的认识和预防意识。家庭则可以通过落实各项预防措施,如定期开窗通风、避免带孩子去人多拥挤的场所等,降低孩子感染肺炎支原体的风险。在社区和家庭共同努力下,形成有效的预防网络,为儿童的健康保驾护航。

5 总结

儿童肺炎支原体肺炎是近年来研究的热点问题。随着研究的深入,对疾病发病机制有了更深入的了解,为治疗提供了新的思路。目前,大环内酯类抗生素仍是主要治疗手段,但耐药性的出现使得探索新的治疗方法变得迫切。中医中药在治疗中发挥重要作用,许多临床研究证实了其疗效。此外,

疫苗的研发也取得了一定的进展,为预防疾病提供了新的手段。然而,对于疾病长期影响的评估仍需加强。未来,需进一步研究疾病发病机制,提高诊疗水平,以更好地为患儿服务。

[参考文献]

- [1] 王琳. 儿童肺炎支原体肺炎诊治的研究进展 [J]. 商洛学院学报, 2022, 36(04):30-35.
- [2] 许妍. 儿童肺炎支原体肺炎检测方法的研究进展 [J]. 继续医学教育, 2021, 35(12):158-160.
- [3] 党玉兰, 刘会伟, 温慧等. 儿童肺炎支原体肺炎中药治疗的研究进展 [J]. 医学综述, 2021, 27(05):982-986.
- [4] 铁宝, 图雅. 儿童肺炎支原体肺炎发病机制研究新进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(59):121-122.
- [5] 宋金涛. 儿童肺炎支原体肺炎的诊疗进展 [J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2019, 13(03):229-231.
- [6] 程红. 儿童肺炎支原体肺炎治疗的研究进展 [J]. 承德医学院学报, 2018, 35(03):249-251.
- [7] 董孟, 刘心洁. 儿童肺炎支原体肺炎治疗的研究进展 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(23):30-32.
- [8] 赵胃胃, 赵华, 王鑫. 儿童肺炎支原体肺炎发病机制的研究进展 [J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 9(20):3759-3763.

(上接第 167 页)

者实属必要,1991 年美国疼痛专科成立(2003 得到政府认可),目前在我国的疼痛科医师 60.0% 为麻醉科医师,其他 40.0% 分布于各个不同的科目。世界各国都有不同的机制建立疼痛科。我国卫生部于 2007 年正式下文,在二级以上的医师应成立疼痛科。且明文规定开展疼痛科诊疗科目诊疗服务的医疗机构应有具备麻醉科、骨科、神经内科、神经外科、风湿免疫科、肿瘤科或康复医学科等专业知识之一和临床疼痛诊疗工作经历及技能的执业医师。

疼痛诊疗有着巨大的社会需求,由于缺乏规范的疼痛诊疗专科,目前游医假药泛滥失控。只有建立了规范的疼痛诊疗专科,才能真正实现免除疼痛是患者的基本权利的要求。而疼痛专科的建立是一项真正体现医疗服务人民、关注民生的具体措施,同时也将成为医院业务新的增长点。

[参考文献]

- [1] 冯智英, 江仁, 章沿峰, 等. 疼痛科进修医师对进修医院和带教教师评价的调查研究 [J]. 中华医学教育杂志,

2023, 43(2):153-155.

- [2] 宋莉, 刘慧. 关于华西医院疼痛专科医师培训的调查分析 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(4):287-292.
- [3] 张晴, 瞿燕. 基层医院儿科护士疼痛管理循证实践调查研究 [J]. 卫生职业教育, 2019, 37(21):119-121.
- [4] 郑敏怡. 广州三甲医院新生儿科护士对疼痛认识和疼痛管理的现状调查 [J]. 按摩与康复医学, 2017, 8(7):52-54.
- [5] 范晓玲, 许华群, 周芬华. 粤北地区二级甲等医院临床外科护士疼痛认知状况调查及对策分析 [J]. 中国临床护理, 2015(5):440-442.
- [6] 姜颖, 林颖, 蒋明瑾, 等. 中医医院外科护士术后疼痛认知及护理质量调查 [J]. 上海护理, 2020, 20(7):42-45.
- [7] 段宝霖, 马涛, 李建勋, 等. 西北地区三甲医院 2015 ~ 2017 年疼痛科住院病人疾病谱特征数据分析 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(12):905-911.
- [8] 戴云颖, 吴蓓茸, 林宜静, 等. 某三甲医院手外科患者术后疼痛的现状分析 [J]. 医院管理论坛, 2018, 35(1):32-35.

(上接第 168 页)

子的影响 [J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(16): 52-56.

- [5] 栗艳萍, 刘声. 血脂康胶囊联合缬沙坦对高血压视网膜病变硬化期的短期效果 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(3): 107-109.

(上接第 169 页)

必须要对患者实施早期营养支持,以避免患者出现肝功能损伤、静脉炎等症状,并促进患者肠道血液供应,进而促进患者康复,以提高患者救治成功率。

[参考文献]

- [1] 付丽英. 早期肠内营养对高血压脑出血术后重症患者的效果与护理干预分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(14):125+127.
- [2] 卢虹, 郭艳欢, 黄巧. 肠内营养支持联合早期康复护理对高血压脑出血患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 24(12):99-101.

[6] 陈璇, 韩莉, 范传峰, 等. 高血压视网膜病变患者血浆内皮素-1 的表达及意义 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2016, 30(6): 78-80.

- [7] 戎峰. 高血压视网膜病变与血液流变学及循环活化血小板的相关性研究 [J]. 世界最新医学信息文摘. 2018, 18(29): 121-122.

[3] 芦亚君. 老年高血压脑出血术后的护理与早期肠内营养支持 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(16):220-221.

- [4] 赵红梅, 姚小燕, 陈淑怡. 早期鼻饲肠内营养在脑出血术后患者的应用效果观察 [J]. 中国实用医药, 2023, 13(13):162-163.
- [5] 韩婷. 生态营养鼻饲肠内营养支持在高血压脑出血术后患者中的疗效和护理 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 17(72):181.
- [6] 李俊华. 低热量肠内营养护理对重症高血压脑出血术后患者的临床价值 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2023, 20(13):112-113.