

慢性疼痛是病 不能“忍忍就过去”

实习生 周家安
中青报·中青网记者 余冰玥

邓小楠没有想到，带状疱疹疹痊愈后，针刺般剧烈的后遗神经痛会持续折磨她足足两个月。“我原以为疹子结痂脱落之后，就不会再疼了。”邓小楠说。

人们通常认为，疼痛只是疾病的一种症状，只要疾病痊愈，疼痛便会自然消失。但实际上，慢性疼痛本身就是一类疾病。《中国疼痛医学发展报告(2020)》显示，我国慢性疼痛患者超过3亿人，正以每年1000万人至2000万人的速度增长。然而，患者的知晓率仅为14.3%，就诊率不足60%，70%的患者对待疼痛选择忍耐。

每年10月的第三个周一是世界镇痛日，我国将世界镇痛日所在的一周定为“中国镇痛周”，以期让人们了解疼痛、正视疼痛。疼痛的误区有哪些？是否“忍忍就过去”？什么才是科学的疼痛管理方式？

被误解的“身体求救信号”

在国际疼痛学会（IASP）的定义中，疼痛是一种“与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快和情绪体验，或与此相似的经历”。

中华医学会疼痛学分会主任委员、中日友好医院疼痛科主任樊碧发告诉中青报·中青网记者，IASP并未将疼痛定义为疾病的“症状”。“疼痛分为急性疼痛和慢性疼痛，急性疼痛一般伴随着明显的伤害或者疾病出现，我们可以把它称为症状；但慢性疼痛本身就是一类疾病。”

急性疼痛往往尖锐、剧烈、难以忍受，作为疾病的伴随症状，其持续时间较短，在疾病治愈后通常不会复发；慢性疼痛持续时间则较长，通常超过1-3个月，且多会反复发作。

“我们的疼痛科门诊一年大约有3万至4万名患者前来就诊。”樊碧发表示，来疼痛科就诊的患者主要有几大类，首先是

脊柱源性疼痛，比如颈、腰椎间盘突出症；还有老年人常见的关节疼痛、肌肉软组织的疼痛，如骨性关节炎、膝关节炎、肩周炎等，占比大约为30%。其次是顽固性神经痛，比如三叉神经痛、坐骨神经痛、带状疱疹后遗神经痛等，占比也约为30%。剩余的各类复杂的疼痛，如偏头痛、癌痛等。

痛感持续一个多月后，邓小楠意识到了问题的严重性。上网查询后，她第一次知道了“带状疱疹后遗神经痛”这个病名，匆忙前往医院疼痛科就诊。

“现在想起来还挺后怕的。医生告诉我，如果再来不治，疼痛有可能影响中枢神经系统。”康复后的邓小楠仍心有余悸，她开始学习慢性疼痛的相关知识，并尝试向身边的亲友科普。

但很快，邓小楠的科普就遭遇了“挫折”：“我把我查到的资料发到家庭群里，可是父母根本不觉得长时间的疼痛是一种病。”

邓小楠的无奈并非个例。樊碧发告诉记者，慢性疼痛在我国的低知晓率，与我们文化中长期保有的“忍痛文化”密切相关。“在常规思维里，吃苦耐劳和忍受伤痛被看作有意志力的表现。但从医学和人体健康角度看，疼痛是不该去忍受的。”樊碧发说。“忍痛文化”在老年群体中很有市场。62岁的马奶奶告诉记者，自己从40岁起就常受颈肩腰腿痛困扰，最严重时腰痛让她无法正常站立。但她一直将此视为教师的“职业病”和身体老化的必然结果。

“解决方法就是贴膏药。但有时候我感觉不是膏药有用，是那个痛劲儿自己过去了。”马奶奶说。直到退休后来北京帮助女儿带孩子，她才第一次听说“疼痛科”这个概念。

马奶奶向记者提起她的“病友”赵爷爷。赵爷爷长期手腕关节肿痛，因为工作忙，没时间去医院，在小区诊所被诊断为“腱鞘炎”。他断断续续地服用了近半年消炎镇痛药，虽然每次服药后，疼痛都会缓解，但病情会反复发作，手腕活动也逐渐受限。直到体检发现赵爷爷的尿酸值严重超标，他才知道自己患的是痛风。

“人是一个整体，局部的疼痛，有时候

意味着身体的另一处出现了问题，甚至是严重的疾病。”北京中医药大学东直门医院针灸科主任医师王军表示，例如左侧上臂疼痛，可能与颈椎病有关，也可能与心绞痛有关；当按压足三里穴会产生疼痛时，提示可能存在胃病。

“每一种疼痛的产生，都是身体在发出求救信号，需要提高警惕。”王军告诉记者，长期忍痛除了给身体和内心带来折磨，还有可能延误病情。“微小的疼痛可能无关紧要，但也可能是重大疾病的信号。如果身体出现了疼痛，应以认真的态度去对待它，明确诊断是关键，必要的时候应积极干预。”

疼痛需要被“倾听”

在身体的病痛之外，慢性疼痛患者还承受着另一种无形的压力。

24岁的学生王魏歆已经被偏头痛折磨了七八年，“最开始头痛时还在上高中。和我妈说我头痛，她说是因为我睡眠不够，是正常的。我说我天天都疼，我妈说，那你天天都没睡好。”

上大学后，王魏歆在和室友闲聊时惊讶地发现，并非每个人都会在午睡后剧烈头痛。她自己查阅资料后，才意识到偏头痛是一种需要治疗的疾病。

对于20岁的陈午来说，这种不被理解的痛苦更加尖锐。她曾是一名舞蹈生，因为关节炎导致膝关节长期疼痛，“每一次起跳和落地都像有刀扎进骨头”。

“和我爸妈说我疼，吃止痛药都没用，实在跳不下去了。”陈午回忆。母亲哭着劝她为前程考虑，“把考试忍过去”；父亲则直质问她“是不是因为觉得训练太苦装病”。

“在他们的概念里，疼是一种感觉，是忍忍就能过去的。但我快被折磨疯了。”陈午说。她最终没有参加艺考，复读一年后，考上了一本。“我拼命学习，就是为了在拿到录取通知书的时候对我爸说，我真的是装病。”

邓小楠告诉记者，对没有经历过慢性疼痛的人来说，可能他们会觉得疼痛是可

以习惯的。但对于患者而言，习惯疼痛基本不可能，“长期疼痛给人的感觉是‘越来越疼’”。王魏歆则把慢性疼痛比作“一个永远无法挂断的骚扰电话”。

“忍痛时间越长，人们对疼痛的接受度会变得越低。”樊碧发解释，长期疼痛会导致中枢神经系统发生神经可塑性变化，引发“中枢敏化”，即大脑对疼痛信号的感知异常增强，使得轻微刺激也会引发强烈疼痛。

“随着慢性疼痛的折磨，病人可能变得焦虑、抑郁。”樊碧发说，他特别呼吁家属理解患者，“有的患者对水、光这些简单刺激都会敏感，甚至引发疼痛。家属要理解他不是矫情，而是长期受慢痛折磨后神经系统发生了改变”。

如何与疼痛科学共处

那么，面对慢性疼痛，我们应该如何科学应对？樊碧发告诉记者，对患者来说，首要步骤是“及时就诊”。

王魏歆在疼痛科接受了神经阻滞治疗后，偏头痛发作频率大大降低，头痛强度也明显减轻。“做完治疗那天下午，我睡了很久以来第一个安稳的午觉。”王魏歆说，“原来午睡醒来的感觉可以这么舒服。”

在女儿的支持下，马奶奶在北京一家康复中心进行了系统的中医理疗和康复训练，现在，她每天都去公园散步、打太极拳。“之前别说打太极，坐着看他们打我都觉得身上疼。”

“有痛不去治是错误的概念。”樊碧发强调，无论是急性疼痛还是慢性疼痛，都应在医生指导下规范处理，“该吃药就吃药，该用微创介入技术就用微创介入技术，这是控制疾病、改善痛苦的最有效办法。”

樊碧发特别补充，止痛药大体上可分为两大类，第一类是需要严格管制的阿片类药物，第二类是“在药店可以买到”的常规止痛药，例如用于缓解轻中度疼痛的对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药，这些药物没有成瘾性，在医生指导下短时间、少量、规范服用，一般不会导致严重问题。

推动优质疼痛医疗资源向基层下沉

癌痛中占比不足一半，癌症治疗（包括手术、放化疗、靶向、免疫治疗等）是引发疼痛及肌骨痛的重要因素（占比超50%）；癌症患者也常常发生躯体与精神共病（焦虑、抑郁），晚期患者多器官受累且肿瘤转移，疼痛会随病情、治疗动态发生变化。

冯艺分享了自己在一线诊疗工作中总结的“道法术”止痛框架，“道”即以患者为中心，关注他们的饮食、睡眠、活动等生活质量，重视宣教。“法”是遵循三阶梯镇痛治疗（将疼痛分为轻度、中度、重度3个阶梯，分别对应采用不同药物治疗），动态评估调整原则。“术”指优先无创治疗，尤其是触发点治疗，可以缓解大量被动物体位导致的创伤、炎症、劳损、癌症衍生的肌肉、筋膜膜疼痛；理性使用阿片类药物（一类麻醉性镇痛药，属于中枢神经系统抑制剂，主要通过作用于大脑和脊髓来缓解中到重度疼痛——

记者注），避免盲目加量，需联合用药应对重度疼痛患者容易出现的谵妄、恶心、呕吐等副作用；终末期用镇静类药物，延长患者生存期且保障离世尊严。癌痛管理需多学科协同，而疼痛科在其中发挥着纽带作用，冯艺表示，同时也要重视护理人员角色，其在患者入院评估、宣教、术后随访及终末期家属安抚中不可或缺。

“今天也有很多的县域医院院长和基层疼痛工作者到场。”中国中西医结合学会疼痛学专业委员会主任委员、深圳市南山区人民医院疼痛科主任熊东林表示，“首批20多家单位拟参与国家县域慢性疼痛管理中心建设试点工作，探索中西医同病同效同价支付方式，医保支付比例向基层倾斜。”

熊东林认为，“这样很适宜中低收入地区医院的疼痛学科建设，二级医院疼痛科（麻醉疼痛诊疗中心）建设纳入了千县

工程的重要任务——临床服务‘五大中心’（肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护）的建设工作中；国家中医药管理局也有‘西学中’的一些培训名额，70%面向县级医疗机构，鼓励西医执业医师通过学习中医基础知识，考核合格后为群众提供中西医结合诊治。”

熊东林解释道，中西并用、中西并重是基层疼痛诊疗核心的竞争力，西医的特色是在影像引导下的微创介入治疗，体现快与精准；而中医的针灸，银质针、贴敷等一些技法，设备简单，费用低廉，两者融合，优势互补，一条路径既有效能，又解决了费用高的问题，符合基层“一针一药”的方案。他认为县医院疼痛科需要走中西医结合的路径，疼痛科的诊疗要守住质量的底线，必须对照国家的疼痛科建设的标准。针对基层疼痛诊疗痛点，会上公布了

气温骤降 血管将迎“魔鬼”考验 这些准备要做好

中青报·中青网记者 谭思静

随着近日多地迎来大幅降温，患高血压、高血糖、血脂异常、肥胖等人群以及老年人脆弱的血管正面临季节性考验，医院心脑血管科室随之进入一年中最忙碌的时节。

由国家卫生健康委员会指导、国家心血管病中心主持编撰的《中国心血管健康与疾病报告2024》数据显示，2021年，心血管疾病（CVD）位居中国城乡居民疾病死亡构成比首位，高于肿瘤及其他疾病，分别占农村、城市死因的48.98%和47.35%。随着心血管危险因素负担加重以及人口老龄化加速，加上不健康的生活方式，心血管疾病仍是严重威胁我国居民健康的主要公共卫生问题之一。2023年，我国18岁及以上居民CVD的粗发病率为620.33/10万，其中男性为717.36/10万，女性为519.64/10万，发病率随年龄增长呈显著上升趋势。

寒冷来袭，心血管面临严峻挑战

医院心血管门诊已进入一年中的“魔鬼季节”，首都医科大学附属北京地坛医院心内科副主任医师杨柳几乎每天都需要完成十几台手术。“这样的工作节奏是心内科秋冬季节的常态。”她说。

杨柳解释，寒冷天气对人体血管构成直接挑战：“为维持体温，人体血管会自然收缩，导致管腔狭窄，供血不足，心脏应对突发事件的能力减弱。”同时，血管收缩还会增加心脏泵血阻力，引发血压升高，进一步加重心脏负担。

秋冬季也是呼吸道疾病高发期，感冒、肺炎等感染性疾病会对心血管系统造成间接伤害。“炎症状态下，心脏血管的内皮功能变得不稳定，斑块破裂风险增加，急性心梗的风险也随之上升。”杨柳

补充道。

哪些人群需要重点防范秋冬季心血管疾病？杨柳认为，一是老年人，秋冬季减少了户外活动，长此以往很可能会影响他们的身心健康，增加心脏不良事件发生的风险。“二是工作压力大的年轻人”，杨柳解释，代谢综合征，包括肥胖、“三高”、久坐的生活习惯、吸烟、工作压力大以及熬夜等，都被认为是心血管疾病年轻化的主要原因。“特别是对于那些工作压力大的年轻人，熬夜几乎成了家常便饭。这无疑加剧了心血管疾病的发病风险。”她说。

心血管疾病有哪些早期信号？

杨柳观察到，很多患者在发生心血管疾病前，往往会忽略一些早期症状，如“乏力、胸闷、心悸（患者可能会感到心里突突跳或不明原因的烦躁不安）、睡眠质下降（如失眠、老做噩梦、半夜醒来）、头晕等”。

有些患者还可能出现消化不良、胸骨后烧灼感等，这些症状可能会被误诊

为消化道疾病。“有些症状并不直接指向心血管疾病，会让很多患者出现误判。他们可能辗转于医院其他科室门诊，却久久得不到根治。”杨柳提醒，如果秋冬季身体出现不舒服，不要忽略心血管疾病的可能性。

认识血管：全身健康的“生命线”

对于“患者们明明是心血管疾病，却常常辗转于医院其他科室门诊，久久得不到根治”的问题，辽宁省人民医院泛血管病管理中心执行主任侯爱洁有同样的感受。她说：“泛血管是指人的血管系统，是人体血管的总和，包括动脉、静脉、淋巴等构成的覆盖全身、错综复杂的网络，是‘灌溉渠’和‘生命线’。”血管问题不仅是局部疾病，更是全身性的健康问题。

血管健康为何如此重要？侯爱洁解释，以动脉粥样硬化为共同病理特征的泛血管疾病，可能同时影响心、脑、肾等多个重要

器官，只是表现形式不同。“比如以前有的患者因为下肢疼痛来就诊，经检查诊断为下肢血管病，治疗后疼痛有所缓解。但没过几个月，患者又出现了急性心梗。其实外周动脉疾病和冠心病预后类似都属于动脉粥样硬化性疾病，正如我们经常说这样的患者‘病在腿上，险在心脏’。”

这种系统性特点意味着，当某个部位出现血管问题时，其他部位的血管可能也已经存在相似病变。侯爱洁举例说明：“比如前不久来就诊的一个脑梗患者，通过检查我们发现其颈动脉存在严重狭窄，进而进行了冠脉介入治疗，解除了潜在的巨大威胁。”

年轻人同样需要重点关注血管健康

目前，来泛血管中心就诊的年轻人比例已达20%-30%，且有攀升趋势。侯爱洁分析，这与不良生活方式密切相关。“熬夜、

如果患者因为担心毒副作用拒绝药物，因疼痛导致的问题会使疾病更加复杂。“止痛药物也是用来治病的。它可能存在毒副作用，但在医生的指导下合理使用它，一定会对疾病的治疗有帮助。”樊碧发说。

疼痛与人们的感受密切相关。王军表示，《黄帝内经·素问》中有一句话“诸痛痒疮皆属于心”，唐代王冰《补注黄帝内经素问》提到“心寂则痛微，心躁则痛甚”。王军建议，要以平和心态对待慢性疼痛，放松心情，这样有助于缓解疼痛，焦躁不安反而会增加疼痛。同时，针对不同疾病产生的疼痛，应积极寻求专业医生帮助，明确诊断，采用相应的治疗措施，用合理的方法来减轻痛苦。

慢性疼痛对人体造成的损害是全方位、多系统的。樊碧发认为，建立防治慢性疼痛的系统工程非常必要。然而，当下慢性疼痛仍面临着患病率高、公众及部分医务工作者认知度低的现状。

樊碧发说，解决这一问题的关键在于加强教育投入与科研跟进。他引用意大利医学史学者阿尔图罗·卡斯蒂廖尼的话来解释发展疼痛医学的意义：“医学是伴随着人类对痛苦的最初表达和解除痛苦的愿望而诞生的。”为患者解除疼痛本就是医学的本质之一。

樊碧发建议，疼痛教育应当前移，甚至延伸到学前教育阶段，“从幼儿园开始教孩子们怎样更好地发现和表达疼痛”；在医学教育层面，医科院校可以将疼痛医学列为必修基础课，并加强对研究生、博士生的系统化培养。

“疼痛医学是一个非常开放、不断发展的知识体系和技能体系。”樊碧发说，“只有医生的诊疗技能不断进步，我们才能为更多受疼痛困扰的患者提供帮助，解决更深层次的问题。”

（为保护受访者隐私，邓小楠、王魏歆、陈午为化名）

中国青年报

CHINA YOUTH DAILY

世界镇痛日

一起跳出

“止痛误区”



疼痛的

两种类别

急性疼痛

伴随着明显的伤害或疾病出现，如割伤、骨折或手术后的疼痛。随着伤病的痊愈会逐渐消失。



慢性疼痛

根据国际疼痛研究协会定义，慢性疼痛是指持续或反复发作超过3个月或超过疾病正常愈合周期的疼痛。

关于疼痛的

三个误区



误区一：

“止痛药会上瘾”

- 合理用药是控制病情的重要手段。
- 并非所有止痛药都有成瘾性。如用于缓解轻中度疼痛的对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药（如布洛芬），在医生指导下规范使用，成瘾风险极低。

误区二：

“疼不是病，忍忍就过去了”

- 急性疼痛通常是疾病的伴随症状，需处理原发病情。
- 慢性疼痛可被视为一种单独的疾病。长期慢性疼痛会在精力、活动能力、情绪等多方面损害健康，忍痛等于放任疾病发展。

误区三：

“没查出问题，就是因为人老了”

- 许多慢性疼痛的病因很难通过核磁、CT等检查查出，这不是衰老的必然，而是一种需要治疗的疾病。
- 建议在疼痛科或其他专科医生专业指导下完善检查，管理疼痛。

如何科学应对

慢性疼痛

1.及时就诊，寻求专业帮助

- 无论是急性还是慢性疼痛，都应及时到疼痛科或专业科室就诊，进行科学、规范的综合治疗。
- 遵医嘱服药，规范用药，必要时配合进行微创介入治疗。

2.调整生活方式，做健康的第一责任人

- 健康的生活方式是疼痛管理的基础，不良习惯易导致疼痛反复发作。
- 保持均衡饮食、规律作息和适度锻炼。
- 医生治疗与自我养护相结合。

3.学会与疼痛共处，重视心理健康

- 慢性疼痛的治疗目标常是“控制”而非“根除”。
- 积极寻求心理支持是综合治疗的重要部分，必要时可在医生指导下使用相关药物改善情绪。
- 家属的理解、陪伴与信任对患者至关重要。

受访专家：中日友好医院疼痛科主任 主任医师樊碧发

文案：周家安 余冰玥

制图：周家安

编辑：姜蕾 齐征

科普一下