

# 我国疼痛治疗新进展

韩济生



〔作者简介〕 韩济生,中国科学院院士,北京大学神经科学研究所所长,生理学教授,世界卫生组织(WHO)科学顾问。《中国疼痛医学杂志》主编、《生理科学进展》名誉主编。国家重大基础研究项目“针刺麻醉原理研究”首席科学家。美国哈佛大学精神科客座教授,国际神经肽学会中国分会主席。曾任国务院学位委员会学科评议组成员,中国博士后基金会理事,美国国立卫生研究院顾问,中国生理学会副理事长,中国神经科学学会副理事长,中华医学会疼痛学会主任委员、国际疼痛学会中国分会主席。在针刺镇痛的神经化学机制研究方面处于世界领先地位,在中枢阿片肽与抗片肽相互作用机制研究方面处于国际前沿,神经刺激疗法用于治疗海洛因成瘾开创出新领域。在治疗失眠、抑郁症、孤独症等方面正在取得显著进展。被评为国家有突出贡献的科学家,享受国务院特殊津贴,北京大学首届蔡元培奖获得者。

疼痛是人人感受到的一种不愉快的感觉。人受了伤,损及皮肉骨骼,都会产生疼痛,伤口好了,就不痛了,这样的疼痛在医学上叫作急性痛。这不是一种病,而是一种症状。像感冒发热、全身疼痛一样,病来了感到痛疼;病愈了就不疼痛了。

但是有许多疼痛情况就不一样。起先是有损伤或者有病而痛,这是对人的一种警告作用,提醒我们赶紧去看病。可是损伤或疾病已经过去了疼痛却持续存在,1个月、2个月、3个月、半年,甚至数年或几十年。这种疼痛情况性质就变了。好比警铃发出警告,接到警告后已进行了及时处理,可那个警铃还是老响,那就很烦人。它已经失去了生理上的报警意义,而只是一种对人的折磨,我们把它叫作慢性痛。这种情况很多见,如带状疱疹,早期疼痛皮肤起疱疹,不少患者疱疹已经好了,但疼痛却遗留下来,无穷无尽,这种“带状疱疹后痛”可以持续几个月,几年甚至几十年,这对人是多大的折磨啊;还有的人就是因为腰痛,没法干活了,工作丢掉了,等等,这种情况很多见,这就叫作慢性痛。国际上早就注意到这样的情况,把这种慢性痛当作疾病去对待,想办法解决。国际学术界已达成共识:急性痛是症状,慢性痛本身就是疾病。

慢性痛到医院哪一科看病?比如腰背痛,一般先看骨科,也有看其他各科的,多数得到解除。但有一部分人持续了多少年都不好。病人感觉很困惑:去哪里能找到专门看疼痛病的科啊?找不到,过去根本就

没有!后来,也就是在20世纪60年代,国际上出现了专门治疗疼痛的“疼痛门诊”。初期只是门诊,没有住院病床。后来慢慢发展成为疼痛科,像其他科一样,既有门诊又有病房,希望根本解决疼痛问题。现在就来谈谈疼痛科这个问题。

国际上有个叫作“国际疼痛学会”的组织,成立于1975年,在各个国家都有分会。1989年在中国成立“国际疼痛学会中国分会”,1992年在此基础上成为“中华医学会疼痛学分会”,中国的疼痛学科就是在疼痛学分会的主持、组织、宣传、推广等积极推动下发展起来,最后由卫生部批准成立的,其宗旨是解决慢性疼痛的问题。

可以这样讲,现在的时代,医学已经提高到一个人文关怀的水平上来了。患者如有治疗疼痛的诉求,不能说医生检查没有发现什么毛病,就不管你痛不痛的问题,甚至说你没有疼痛。实际上,医师的职责就是要关怀患者的痛苦。有些人做完一个小型的手术,比如包皮手术,遗留下顽固的疼痛。我们不能说没找出什么原因来就断定患者不痛。医师要关怀这些疼痛患者。我们要认真查找致痛的原因,是不是损伤了哪个神经、哪个韧带而引起疼痛?能够找出病因的,我们就针对疼痛根源解决问题。即使暂时没有找到病因,我们也要设法解除患者的疼痛。医师具有的同情心,是非常宝贵的品质。疼痛科医师具备的一系列专科诊疗技术及技能,可以更好更快地帮助病人及时解决痛苦。

由于社会进步了,有机会、有时间去考虑人的基本需求,就是说把关心患者的疼痛问题提到日程上

来。但是疼痛医生从哪来呢?这里就要讲一下我国疼痛医学的由来及人员组成。1989年创建国际疼痛学会中国分会,在1992年改为中华医学会下属疼痛学会,我当主任委员。现在我已经卸任,作为疼痛学会前任主任委员继续工作。我从上海医学院毕业后,担任基础医学院教师,从事教学科研工作。研究疼痛的生理,所以我也属于疼痛医学的领域。麻醉科平常在做手术的时候可以让患者无痛,这种技术手段也可以应用于疼痛治疗。骨科、神经科、康复科等科室也有一部分专门治疗各种慢性疼痛的人员,我们就把这些和疼痛有关的基础及临床两方面人才联合起来,组成疼痛科,互相交流、取长补短。这样,以前是疼痛患者到各个科求医,现在是几个科的医师合起来给一个患者会诊。

卫生部于2007年7月发出关于正式成立疼痛科的第227号文件。根据文件精神,在有条件的二级以上医院都可以成立疼痛科,专门诊断和治疗慢性疼痛。为了适应新形势下的疼痛医学发展,现在我们正在编写疼痛医学的教科书。当前疼痛科的从业人员大多来自麻醉科、骨科、风湿科、康复科等科室,我们非常迫切地需要培养大量疼痛医学专门人才。

我们从国际疼痛学会中国分会,发展到中华医学会系统里的疼痛学会,作为一个组织机构可以集中力量,有条不紊地推动疼痛医学的发展。从成立疼痛科这一点上,可以说我们是走在世界前列。国际上从20世纪70年代以来,从事疼痛诊疗的诊所(疼痛门诊)如雨后春笋般发展,越来越多。但是迄今,还没有任何一个西方国家的卫生系统把疼痛门诊建立一个独立的,像内科、外科一样的科室,而中国是走在西方发达国家的前列。美国疼痛医师学会主席DuBois教授说,“我们很羡慕你们,你们走在前面了。我们盼望着西方国家也有你们这样一天,卫生部门发布一个规定,能够有正式的疼痛科,解决疑难疼痛病人的问题”。

国际疼痛学会IASP为了提高民众对疼痛问题的重视,每年都会提出一个主题。开始是关注老年人、儿童、妇女,2008年的口号是“关注癌症疼痛”。大家都知道,癌症疼痛非常严重,很多癌症病人反映,其实自己并不怕死,但是这么煎熬的疼痛实在是受不了。“不是怕癌症导致死亡,而是怕癌症带来的疼痛”,这是患者亲身经历和医生感同身受的问题。所以,在国际上建立了一个标准的癌痛药物治疗方案:轻度疼痛用阿司匹林类镇痛药,中度疼痛用可待因、曲吗多等

弱吗啡类镇痛药,重度疼痛使用吗啡、芬太尼等强镇痛药物。这就是所谓的“三阶梯”治疗方案。自从世界卫生组织推动这个方法以后,国际上将吗啡作为镇痛药的用量大大提高,克服了癌症疼痛的大部分问题。但是癌痛问题还是没有得到彻底解决。一个是大多数病人用量不足,一个是吗啡的不良反应(例如便秘)比较严重,没有很好解决。2008年的世界疼痛日定为2008年10月20日开始,到2009年10月20日为止,进行为期一年的活动,以推进全球抗击癌痛的进步。

一般人一听说吗啡,就马上联想到成瘾,甚至联想到鸦片战争等等痛苦的回忆。为此很多患者就想,我熬着吧,决不用吗啡,免得成瘾。其实,这是一个最大的误区。我们疼痛学会今年就要展开大规模的关于癌痛的宣传,消除这个错误的认识。我今天要明确地讲,这种想法是不对的。如果不是为了减少疼痛,而是为了愉快,为了追求飘飘欲仙的感觉,为了这些目的去用吗啡,那是会成瘾,而且会离不开它,要不断地用下去,这当然是危险的。但是如果由于严重的疼痛,像癌症,属于持续、严重的疼痛。在这种时候,人已经处在痛苦的深渊中,此时规范地使用吗啡类药物,是不会成瘾的。为什么呢?疼痛病人使用吗啡所希求得到的,是解除痛苦,而不是追求飘飘欲仙的感觉。癌痛病人,给他吗啡,他并没有出现飘上天去的感觉,仅是把他的痛苦去掉了,怎么能够成瘾呢?所以,我们一千次一万次地宣传也不嫌多,因为这种错误的认识已经印到很多老百姓的脑子里了,有了揪心的癌痛,也不敢、不愿用吗啡。当然,用吗啡来治疗癌痛也有许多讲究,要按时应用。不是说打一针吗啡管2小时,等疼痛又回来了,忍不住时再打一针。这样波动式的用药方法不好。现在有一种吗啡的制剂,服用以后能在肠道中使药物持久地、缓慢地释放出来,让血液中吗啡水平持续地保持一定水平,既治疼痛,又不会产生飘飘欲仙的感觉,这是一种理想的方法。现代医学的进步已经可以达到既能解除疼痛,又不会使人成瘾。这是我要强调的第一点。

以解除疼痛为目的合理使用吗啡不会成瘾,以追求愉快而用吗啡就会成瘾,这有它的生理基础。

人脑子里有一种产生愉快的机制。比如今天做了一件好事或吃了一顿好饭,感觉挺舒服的,这时脑子里发生了一种变化,即在脑子里产生了一些化学物质,其中有一种物质叫做多巴胺,是一种小分子的化学物质。还有一种是身体自身产生的(内源性的)类

似吗啡的物质,称为“内啡肽”。这两样东西可以使人感到一种愉快的感觉。多巴胺多了,或者内啡肽多了,人体就会产生一种满足、愉快的感觉,这就是正常的愉快系统或奖赏系统。

如果一个人想得到愉快感觉,又不愿通过努力去争取成就来获得愉快,那么,他的愿望能实现吗?有没有一个开关,只要一开,多巴胺就出来,就可以得到愉快,也不用去劳动,不用去努力,有这样的事吗?有!那就是吸毒。只要海洛因一吸,就把脑子里的多巴胺系统点燃了,用不着努力付出,也会获得愉快,而且这个愉快得来的比你平常吃一顿好饭,或者做了好事,不知道快活多少倍。用不着去努力了,只要打一针,得到的愉快就是飘上天似的。当然,短期愉快以后,等待他的是依赖成瘾,成为吗啡的奴隶,是妻离子散,家破人亡的必然后果。

归结为两句话:疼痛的时候用吗啡是解除你的疼痛,不会让你上瘾;没有痛苦的时候用吗啡,确实会上瘾。开始是昏昏欲睡甚至恶心呕吐。用了几次,产生飘飘欲仙的感觉,再也离不开它,就是上瘾了。由此可见,剧烈疼痛时应用吗啡类药物去镇痛,和滥用毒、麻醉药成瘾,这是两种截然不同的情况。

以上所说的“三阶梯”治疗是药物治疗,按照疼痛的程度,选择不同程度的镇痛药物,从阿司匹林类到吗啡类,一步一步地按阶梯用药。当三个阶梯都用完了,也没有比吗啡类药物再好的镇痛药了。那么,是否有非药物的别的治疗办法呢?有没有“第四阶梯”?可能是有的。我们所感受到的疼痛,是由神经系统传导的。这些神经传递系统中有几个节点,就像网络节点一样,信息传递必须要通过这个节点,如果在脑内插一个电极,通以电流,把这个节点损坏了,那么,痛觉传导即被终止,可发挥很好的镇痛作用,也可能管很长的时间。这就不属于“三阶梯”治疗。总之,科学不断进步,还会创造出更多的治疗方法。再举一个例子。我们的疼痛信息是从脊柱里面的脊髓往上传到脑。如果患有顽固性腹痛,可以在脊髓的背面用很小的刀片插进去,把传导系统截断了,整个腹

腔的痛觉也就阻滞掉了。这些都是“三阶梯”以外的治疗方法。中国疼痛医师对于微创的技术有着很深的造诣,创口很小,解决问题很大,这些微创的技术操作,中国在上世界上还是比较先进的。

上面讲到,在“三阶梯”疗法中,吗啡类药物是最后的第 3 阶梯治疗。但是吗啡类药物有一些不良反应,比如便秘、排尿困难、恶心等,尤其是便秘,有些病人甚至表示,情愿忍着痛不用吗啡,也不想遭受便秘的痛苦。这个时候怎么办?中国有针灸的办法镇痛,在穴位上针刺,或者不用针刺,在特定穴位的皮肤上贴上电极,让穴位电刺激仪发出的电流通过穴位,发动人体自身镇痛系统的作用,即可减少吗啡用量,便秘的不良反应也就随之减轻。另一方面,穴位刺激本身也可刺激肠蠕动,治疗便秘,这也是具有中国特色的治疗途径。

我国 1958 年开始有针刺的麻醉,到现在整整半个世纪过去了,这个问题还没有完全得到澄清。国家注意到这个问题,所以专门设立了一个大型基础研究项目,叫做“基于临床的针刺止痛原理研究”。这个大型项目有北京大学、复旦大学等大学和上海、北京、杭州、武汉等地的大医院合作研究。我们不能期望针刺能够消灭所有的疼痛。针刺是一种生理方法,能降低(减轻)你的疼痛,但不是让你完全丧失疼痛。手术的时候用针刺麻醉,能够使疼痛程度降低一半,相应地麻药的量就可以减少一半,手术后就能很快清醒。有时手术中间需要患者配合,如在脑部手术时要病人说说话,动动肢体等,看看是否伤及脑中枢,这时针刺麻醉就更能显示出优势。

总之,有痛早求治,不要去勉强忍受。不要把“忍受疼痛”作为自己的一个优点。因为有痛如果不早治的话,很可能变成慢性痛,它的治疗就更加困难。有痛时遵从医嘱,如果是剧烈疼痛,医生确定要用吗啡类药物,也不要拒绝。这些是我今天传递给大家的信息。

(转载自 2009 年 2 月 1 日《医师报》,本刊略有改动)

## 《医学研究杂志》启用新投稿系统的启事

从 2010 年起,《医学研究杂志》启用新投稿系统,请各位作者登陆《医学研究杂志》网站:<http://www.yx-yjzz.cn>,注册登陆投稿系统,填写作者相关信息后进行投稿。咨询电话:010-65230946(单政编辑)。

《医学研究杂志》编辑部