



疼痛是病，得治

编者按 10月20日至26日是中国镇痛周。数据显示,我国慢性疼痛患者数量已突破3亿人,且每年以2000万人的速度递增。疼痛已成为继心脑血管疾病、肿瘤之后的我国第三大健康问题。本报特邀专业医生进行科普,帮大家读懂疼痛信号、避开止痛误区。

慢性疼痛持续超3个月必须干预

□ 杨宜南

“硬扛”可能会错过疾病信号

疼痛是人体常见信号,但不少人将“忍痛”等同于“坚强”,却不知这种“硬扛”可能导致错过疾病信号,甚至加重健康风险。

疼痛是人体复杂且重要的生理防御机制,其产生可简化为“捕捉→传导→应对”三步流程——

捕捉刺激:身体各处分布着“痛觉感受器”,比如皮肤表层的神经末梢、牙齿牙髓内的敏感神经、椎间盘纤维环里的芽生神经等,它们能快速捕捉炎症、创伤、压迫等

异常刺激。

信号传导:感受器将信号通过神经纤维传递至脊髓,再由脊髓“接力”上传至大脑皮层的“疼痛中枢”。

大脑应对:大脑先判断疼痛的强度、性质和位置,但传导过程中可能出现“定位偏差”,比如急性牙髓炎会引发半侧头痛,心绞痛可能表现为牙痛或肩臂痛;接着产生不愉快的感觉并触发简单躯体反应,如躲避或姿态调整;最后进行“高级解读”——分析疼痛原因、预测

持续时间,同时启动身体的“内源性镇痛系统”(如分泌内啡肽)以缓解痛感。

但如果疼痛持续超过3个月,情况会发生本质变化:大脑皮层会出现病理性改变,不仅对疼痛的定位变得模糊或扩大,还可能引发焦虑、抑郁等情绪问题,甚至疼痛信号会被“放大”,形成恶性循环。因此,现代医学明确将“持续超3个月的慢性疼痛”定义为独立疾病,必须主动干预。

止痛药要对症选择

面对疼痛,盲目用药不仅可能延误病情,还可能损伤肝、胃等器官,需根据疼痛程度科学选择药物。

对于轻中度疼痛,可在医生指导下选用非处方药:其中对乙酰氨基酚(如泰诺林)适合头痛、牙痛、关节痛等“非炎症性疼痛”,其对胃肠道刺激较小,但每日最大剂量不得超过3000毫克,过量服用易引发肝损伤;非甾体抗炎药(如芬必得、乐松)则兼具“镇痛”

与“抗炎”功效,更适配关节炎、肌肉拉伤、痛经等“炎症性疼痛”,不过长期口服会损伤胃黏膜(诱发溃疡)、增加心血管风险,有消化道溃疡患者需遵医嘱使用,外用制剂(如软膏、凝胶贴)可相对减少内脏系统副作用。

针对中重度疼痛需遵医嘱使用管控处方药:弱阿片类药物(如曲马多、可待因)适用于术后疼痛、重度神经痛、中度癌痛等,需

处方且不宜自行调量;强阿片类药物(如吗啡、羟考酮)仅用于晚期癌痛等重度疼痛,属国家严格管控药品,需专用处方购买;

特殊疼痛需专业诊断后针对性用药:神经病理性疼痛(如三叉神经痛、带状疱疹后神经痛)可用卡马西平、普瑞巴林等专用药;慢性疼痛伴情绪问题(如长期头痛、背痛),医生会联用度洛西汀等抗抑郁药,兼顾止痛与改善焦虑抑郁症状。

疼痛科才是慢性疼痛“终点站”

很多人出现疼痛后,常陷入“不知道看什么科”“看过但该疼还疼”的困境:比如颈肩腰腿痛看了骨科没好转,头痛失眠看了神经内科没改善,三叉神经痛看了口腔科、神经外科仍反复,皮肤科

治疗带状疱疹后但神经痛持续多年……此时不妨前往疼痛科就诊。

疼痛科是专门针对各类疼痛及疑难杂症的“综合诊疗科室”,医生会从全身体痛机制出发,重

新分析病因,制定“药物+物理治疗+微创介入”的综合方案,实现对疼痛的全疗程干预,尤其适合其他科室难以解决的慢性疼痛、疑难疼痛,以及辅助改善失眠、颈型头晕、躯体化障碍等疾病。

记住这三点,科学对抗疼痛

面对疼痛,我们需打破误区,牢记三个“不”——

不硬忍:慢性疼痛会损伤神经、引发情绪问题,忍得越久,治疗难度越大;

不盲目吃药:处方药必须遵医嘱,非处方药也要看清说明书,避免因过量或长期使用导致肝肾损伤、胃黏膜损伤;

不拖延:若疼痛持续超过1

周,或已影响睡眠、干扰日常生活,及时到疼痛科排查病因,早干预早缓解。

(作者系北京朝阳医院疼痛科副主任医师)

《延伸阅读

镇痛药吃多了会上瘾吗

多数镇痛药无成瘾性,如非甾体抗炎药,以及度洛西汀、加巴喷丁等用于缓解神经病理性疼痛的药物,它们分属解热镇痛、抗癫痫或抗抑郁药范畴。

阿片类镇痛药(吗啡、曲马

多、芬太尼等)有一定成瘾性,属国家管制药品,仅能在医院由特定医生针对重度疼痛等情况开具。这类药物需经医生权衡利弊后,指导患者规范使用,方可有效避免成瘾风险。

秋凉时节,带状疱疹进入高发期。带状疱疹及其引发的剧烈神经痛,正是困扰众多人群的“疼痛难题”之一。这种疾病不仅会使皮肤表面出现疱疹,更可能引发长期且剧烈的神经痛,严重影响患者生活质量,甚至留下难以缓解的后遗症,需要引起足够重视,做到早识别、早干预。

带状疱疹为啥又痛又难缠

带状疱疹的“幕后黑手”,就是引发水痘的水痘-带状疱疹病毒。

第一次感染这种病毒的患者会出水痘,痊愈后它不会彻底消失,反而悄悄潜伏在神经节(神经细胞集合而成的结节状构造)里“休眠”。等你免疫力下降,比如累过头、压力大,或是出现糖尿病、肿瘤,病毒就会被激活,沿着神经疯狂复制、扩散,一边搞破坏让神经发炎水肿,疼到钻心;一边在皮肤表面长出具有“沿神经分布”特点的成簇疱疹。需要注意的是,神经损伤和炎症会恶性循环,就算疱疹消了,疼痛也可能缠上你。

带状疱疹可能引发后遗症

带状疱疹的症状发展具有明显的阶段性,不同阶段差异较大,需警惕症状变化,及时干预。

前驱期:没出疱疹前,胸背、腰腹或头面部会先出现灼热、刺痛、酸胀,摸起来还敏感,可能还有低烧、乏力的症状,常被当成肌肉劳损、关节炎甚至感冒,最终错过最佳时机。

1-5天后进入出疹期:成簇红色丘疹快速变成透明水泡,沿着身体一侧神经长(不超正中线),伴随剧烈神经痛,轻则间断刺痛,重则刀割、烧灼样疼,夜里疼得睡不着。

后遗症期:10%-20%患者(60岁以上老人风险最高)疱疹消了,疼痛还会“缠着”患者数月甚至数年,也就是“带状疱疹后神经痛”,不仅容易让人焦虑抑郁,还可能导致肌肉萎缩、关节僵硬,严重影响生活。

带状疱疹的综合治疗

抗病毒药物治疗:带状疱疹发病早期,规范使用抗病毒药物能抑制病毒复制扩散,缩短皮损愈合时间、减轻神经损伤,降低带状疱疹后神经痛发生率。临床建议发病48-72小时内用药,疗效更佳,常用药有阿昔洛韦、伐昔洛韦等,需按患者情况遵医嘱调整剂量与疗程。

脉冲射频治疗:若抗病毒药物治疗后疼痛缓解不佳或加重,可采用脉冲射频治疗。该微创技术不损伤神经,安全性高、恢复快,适合药物疗效差或不耐受副作用的患者。

脊髓电刺激治疗:作为带状疱疹相关疼痛(尤其带状疱疹后神经痛)的进阶方案,脊髓电刺激治疗优势显著,适合疼痛重、经药物或脉冲射频治疗效果不佳者,建议尽早干预。它无需开刀,电极植入创伤小、并发症少,可随时取出;能规避药物导致的胃肠损伤、肝肾功能损害及药物依赖;还可通过体外程控动态调整参数,部分患者可实现疼痛完全控制。

(作者系航空总医院周围神经外科副主任医师)

带状疱疹+神经痛,这样治才管用

□ 郭宇鹏



AI制图