

政策篇

第一节 疼痛的历史、现况和发展趋势

一、疼痛的国内外流行现况

1. 疼痛的定义和分类

疼痛不仅仅是躯体事件，和情感、认知一样也是人类一种隐秘的心理事件，其与患者的心理健康、生活质量相关。研究显示^[1]，慢性疼痛是继心脑血管疾病、肿瘤之后的第三大健康问题，因此，疼痛的诊断、管理及预防控制非常重要。1979年，国际疼痛学会（The International Association for the Study of Pain, IASP）将疼痛定义为：是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验^[2]，该定义最精髓的地方是阐明了疼痛是人的主观感受，最终责任组织是大脑皮层。随着疼痛学科的发展，2016年，IASP从“生物—心理—社会”医学模式的角度，重新修订疼痛的定义，即疼痛是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的感觉、情感、认知和社会纬度的痛苦体验^[3]。2020年，IASP将沿用了40年的疼痛定义修订为“疼痛是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快的感觉和情绪情感体验，或与此相似的经历”^[4]。

疼痛的分类一直未被明确界定^[5]，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）的国际疾病分类（ICD）的ICD-10之前的版本虽然包含一些针对疼痛状况的诊断代码，但是这些诊断不仅不能反映



出慢性疼痛的实际流行病学状况,也未对疼痛进行系统地分类,随着 ICD-11 的修订编码^[6-8],疼痛作为一种疾病被单独编码并系统分类,实现其适用于初级保健和临床环境的功能,编码将疼痛主要分为急性疼痛和慢性疼痛,急性疼痛是指疼痛时间少于 3 个月,慢性疼痛定义为持续或反复发作超过 3 个月的疼痛。而慢性疼痛又按照疼痛的病因、病理生理机制和疼痛部位分为慢性原发性疼痛、慢性癌性疼痛、慢性术后痛和创伤后疼痛、慢性继发性骨骼肌肉疼痛、慢性继发性内脏痛、慢性神经病理性疼痛、慢性继发性头部和颌面部疼痛^[6-8]。

2. 疼痛的国内外流行现况

疼痛不像其他疾病一样直接威胁生命,但其会导致生活质量下降。研究显示,疼痛是自杀、早死、阿尔茨海默病、抑郁焦虑等事件的独立危险因素^[9-13],美国的一项研究表明^[13],慢性疼痛会增加自杀的潜在风险,慢性疼痛患者相对于急性疼痛患者表达死亡意愿可高 5 倍。日本^[9]在对 260 254 名退伍军人的研究发现,疼痛的严重程度与自杀之间存在剂量反应关系。疼痛的分子机制至今尚不明确,对于其管理和预后也缺乏成套的体系,因此对其进行社区流行病学调查,及时掌握慢性疼痛的发病率与流行病学相关信息,是疼痛临床诊断和预防控制的重要手段。

现阶段调查显示,一般人群的疼痛终生患病率近似 100%,住院患者中>50%的患者主诉疼痛,一项医院调查的系统性综述指出^[14],急性疼痛在医院的患病率为 37.7%~83%,严重疼痛的发生率为 9%~36%,外科相对于内科急性疼痛的发生率较高,而其中内科急性疼痛的患病率接近 55%。2001—2010 年期间,为了减缓急性疼痛,仅在急性肌肉骨骼疼痛控制方面,使用的阿片类药物处方增加了近 50%^[15]。2002 年 IASP 大会中指出急性疼痛是症状,而慢性疼痛是疾病。而且慢性疼痛对健康的危害远超急性疼痛,研究发现全球慢性疼痛的平均患病率



接近 22.9%^[16]，而其患病率存在着不同地区差异，在北京市朝阳区进行的流行病学调查显示^[17]，慢性疼痛的患病率达 52.99%，远高于欧美国国家（欧洲约 20%，美国 11%~40%）^[18, 19]。美国每年约有 1 亿人患有慢性疼痛，成年人中由于慢性疼痛（包括残疾，失去工作和治疗）而每年造成的估计费用超过 6000 亿美元^[20]。我国慢性疼痛患者超过 3 亿人，且每年以 1000 万~2000 万人的速度快速增长^[20]，国内数据显示，接近 40% 的慢性疼痛患者 6 个月内因疼痛治疗产生的个体费用在 1000~5000 元之间，接近 20% 的治疗费用超过 5000 元^[21]，慢性疼痛增大了患者的经济负担，研究也发现，年龄也是慢性疼痛的重要影响因素，随着年龄的增加，居民慢性疼痛的发病率呈现上升趋势^[22]，在亚洲人群中，18 岁及以上的成年人，慢性疼痛的患病率从 7.1% 到 61% 不等^[23]，而在亚洲老年人口中，慢性疼痛的患病率从 42% 到 90.8% 不等^[24]。性别也是慢性疼痛发生的重要危险因素^[24, 25]，2016 年中国数据显示，成人慢性疼痛患病率女性 39.92%，男性 32.17%^[25]。同时社会生活水平、肥胖等均与慢性疼痛的发生发展相关^[24, 26]。

王江林等^[27]应用 WHO 和 IASP 成立专门小组制定的 ICD-11 慢性疼痛分类 1~2 级诊断对我国三省四地区（河北省石家庄地区、河北省沧州地区、山东省淄博地区、四川省巴中地区）5 家三级综合性医院疼痛科确诊的疼痛患者（年龄≥50 岁）现状作了初步调查，慢性神经病理性疼痛患病率最高达 32.43%，慢性继发性头部和颌面部疼痛和慢性继发性肌肉骨骼疼痛均超过 20%，慢性癌症相关性疼痛为 2.07%；该结果在一定程度上完善了我国疼痛的流行病学特征分析；慢性神经病理性疼痛^[28]是由躯体感觉神经系统的病变或者疾病引起的疼痛，一般诊断需要卒中、神经外伤或糖尿病性神经病痛等神经损伤来诊断卒中，流行病学研究表明，其一般人群的患病率为 7%~8%，慢性疼痛患者中其患病率为 20%~25%。慢性继发性头部和颌面部疼痛^[6]主



要指头痛或颌面部疼痛在 3 个月持续或反复发作中,有 50% 以上时间处于疼痛状态,主要包括紧张性头痛、偏头痛等,其是青少年儿童慢性疼痛的重要分类,其中德国研究显示儿童的慢性头痛的发生随着年级的增加而增加^[26]。慢性癌症相关性疼痛即为癌症引起的疼痛,33%~40% 的癌症幸存者患有慢性疼痛。晚期患者中,至少 66% 的患者会出现疼痛,55% 的患者会出现中度至重度的疼痛。有报道显示平均每例癌症患者会报告 2 次疼痛^[29]。

3. 我国疼痛的疾病负担现状

世界卫生组织全球疾病负担项目中疼痛造成的疾病负担不断上升。其研究结果表明,肌肉骨骼疼痛是造成残疾的主要原因之一,在 2006 年至 2016 年期间,腰痛和颈痛的伤残调整生命年(disability adjusted life year, DALY)数共增加了 19.3%,同期骨关节炎的伤残调整生命年数上升了 31.5%,偏头痛被确定为伤残调整生命年上升的主要贡献者,并进入 195 个国家和地区排名前 10 的疾病负担。中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心报告的中国疾病负担显示,颈痛、腰痛、头痛分别位列伤残调整生命年的第 9 位、第 13 位和第 16 位^[30](图 1-1)。

仅考虑因非致死性疾病导致的伤残损失寿命年(years lived with disability, YLD),颈痛、腰痛和头痛分别排在首位、第 4 位和第 8 位^[31](图 1-2)。

而且从 1990 年到 2017 年,中国头痛障碍增长了 36.2%,其中 2017 年为 4.827 亿人。人群的 YLDs 绝对值在所有疾病中,头痛导致的 YLDs 占比增加了 5.4%。女性人群和 20~54 岁的人群中的 YLDs 占比更高。从 1990 年到 2017 年,中国东部省份的患病率和 YLDs 患病率高于西部省份,如图 1-3 和图 1-4 所示,2017 年,黑龙江、福建、上海三地头痛疾病的年龄标准化患病率最高,黑龙江、上海、澳门的年龄标准化 YLDs 患病率最高^[33]。

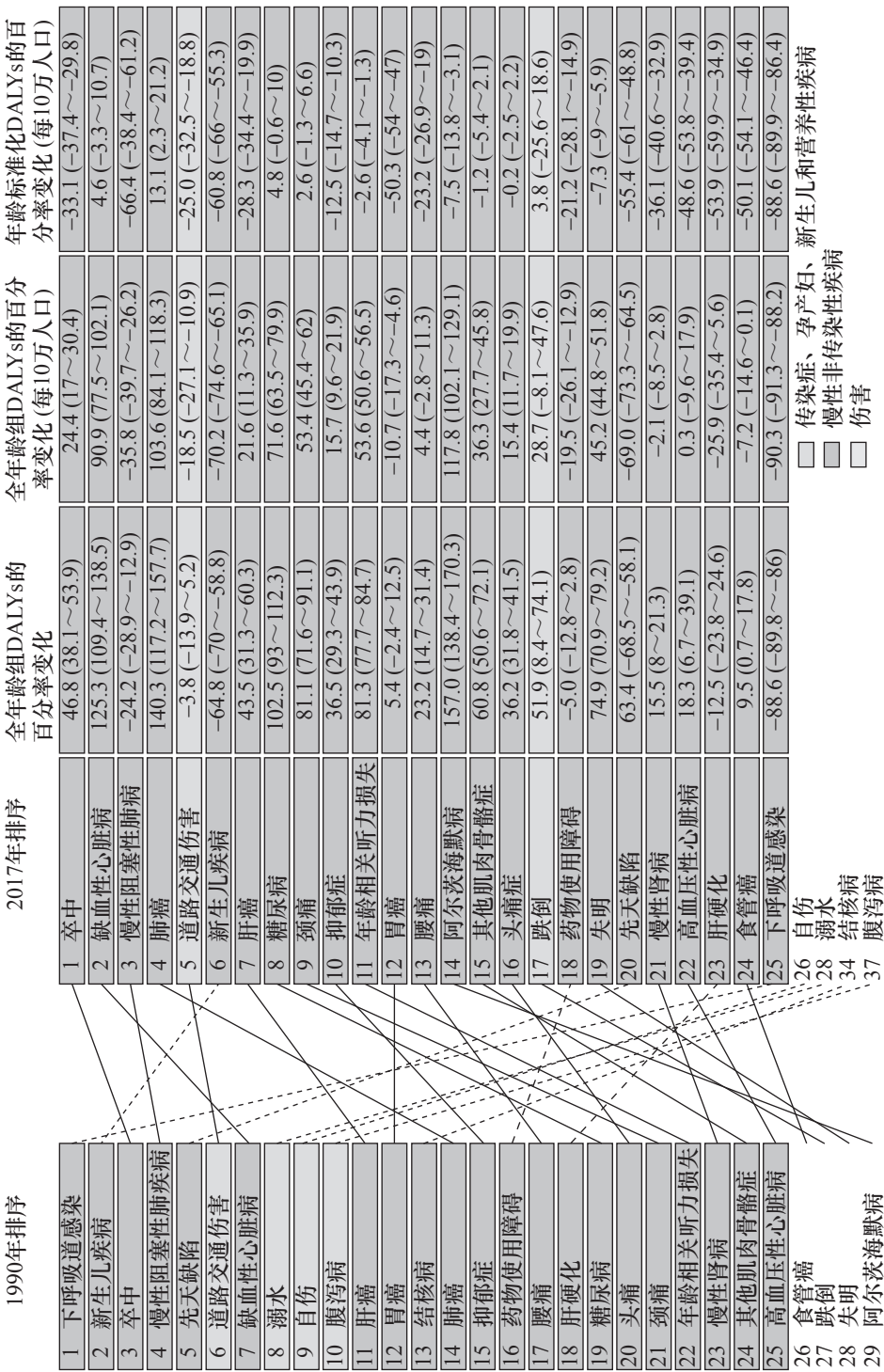


图 1-1 中国 DALYs 的前 25 项原因，1990—2017 年

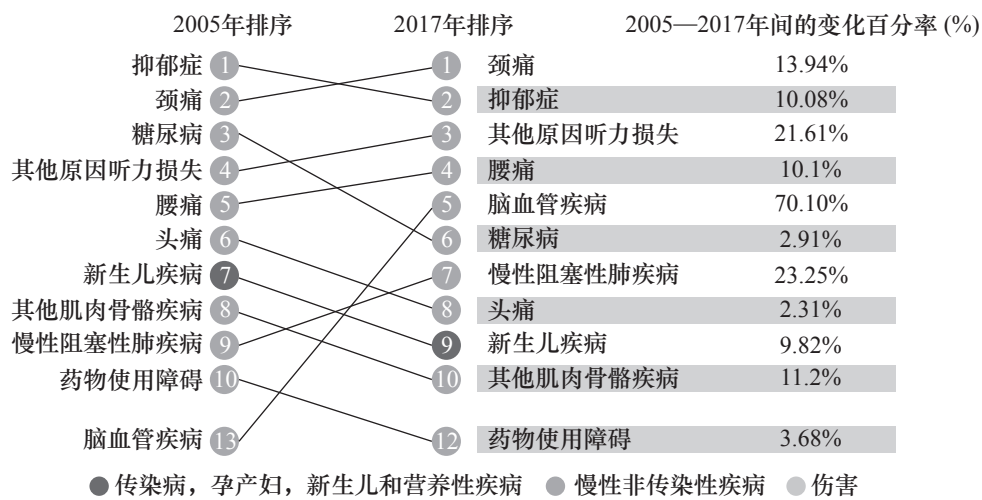


图 1-2 中国 2005 年和 2017 年伤残损失寿命年顺位及其变化率

分析全球疾病负担研究数据发现^[34]：2017 年，全国腰痛年龄标准化患病率前 3 位省（市）依次为北京、香港、澳门，年龄标准化 YLD 率前 3 位省（市）依次为北京、香港、澳门（图 1-5，图 1-6）。

分析全球疾病负担研究数据发现^[34]，2017 年，颈部痛年龄标准化患病率前 3 位省（市）依次为上海、澳门、北京，年龄标准化 YLD 率前 3 位省（市）依次为上海、澳门、河南（图 1-7，图 1-8）。

虽疼痛患病率高，疾病负担重，但是患者镇痛观念落后，就诊及治疗率低，医生关注度不高，在疼痛诊疗方面和药物使用方面的认知仍有待提高。数据显示，慢性疼痛患者的知晓率为 14.3%，就诊率不足 60%，经过治疗后，完全缓解率不足 20%^[25, 32]。因此，我们应该积极疼痛治疗的普及率，提高疼痛的治疗率和完全缓解率，降低患者疾病负担，提高其生活质量。

二、疼痛学科的发展历史和特色

20 世纪 60 年代美国、日本等国先后成立了专业研究疼痛的学术组织，由此拉开了现代疼痛科学研究的序幕。1975 年成立了国际疼痛

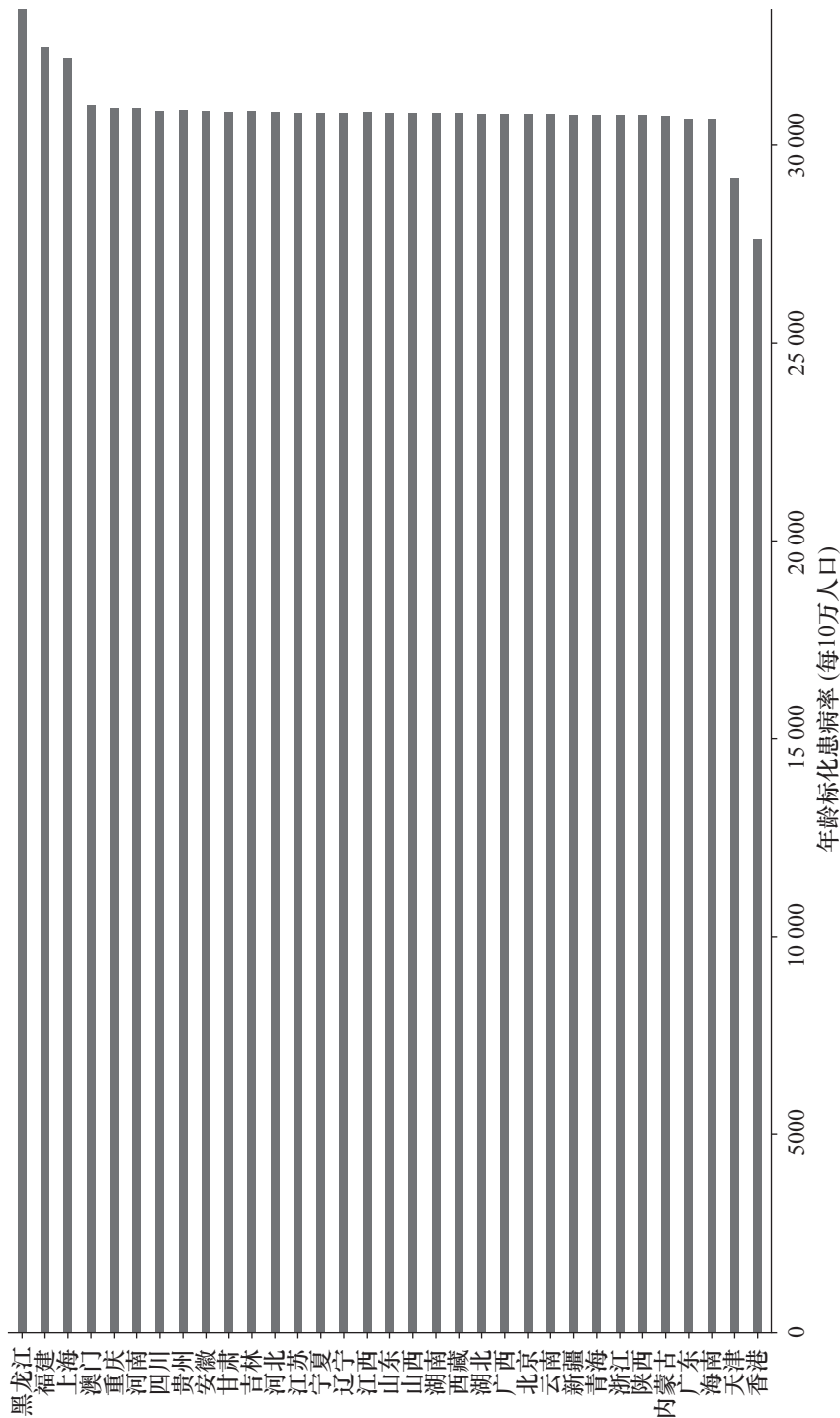


图 1-3 2017 年中国不同省份的年龄标准化头痛患病率

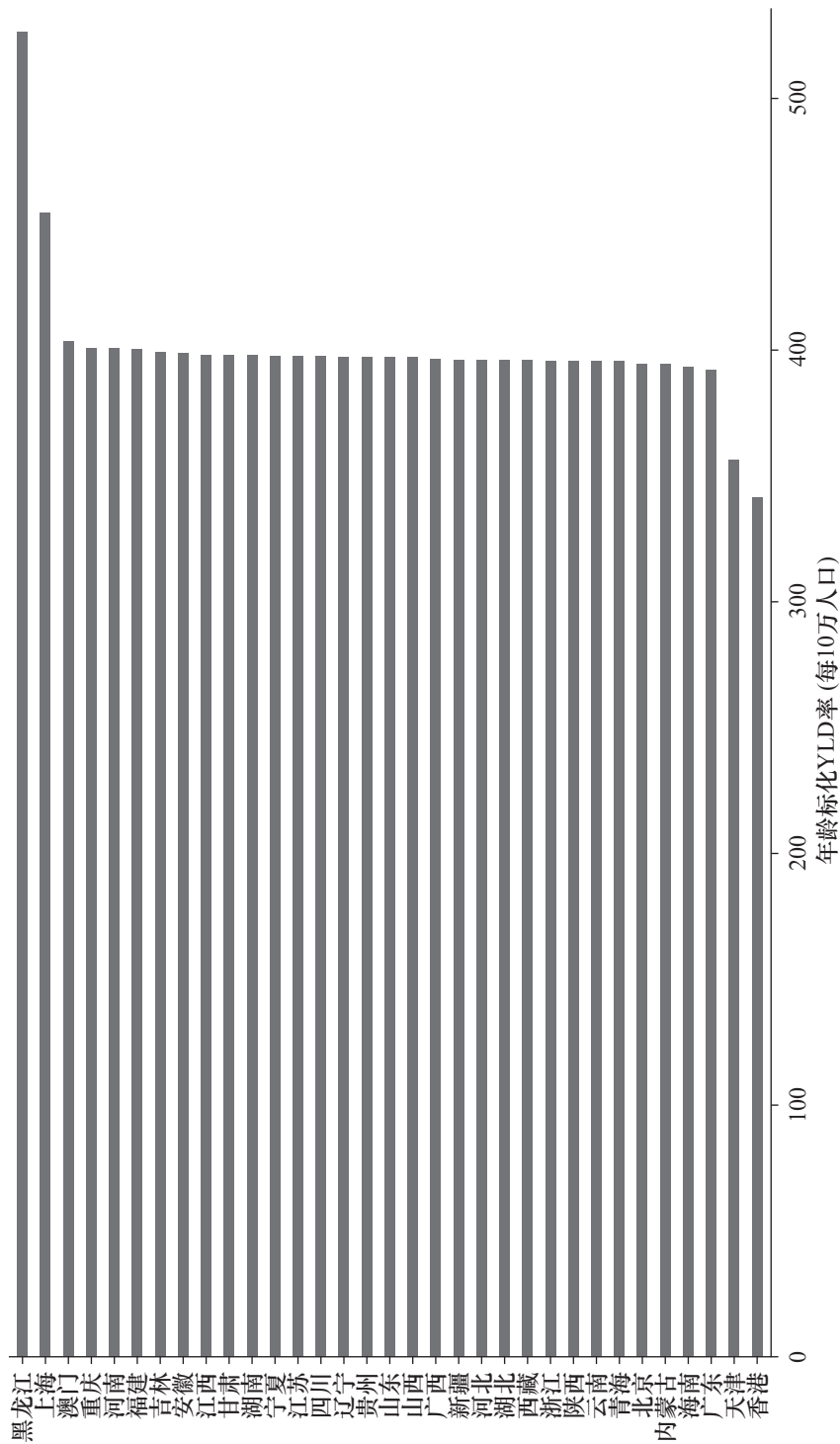


图 1-4 2017 年中国不同省份的年龄标准化头痛 YLD 率

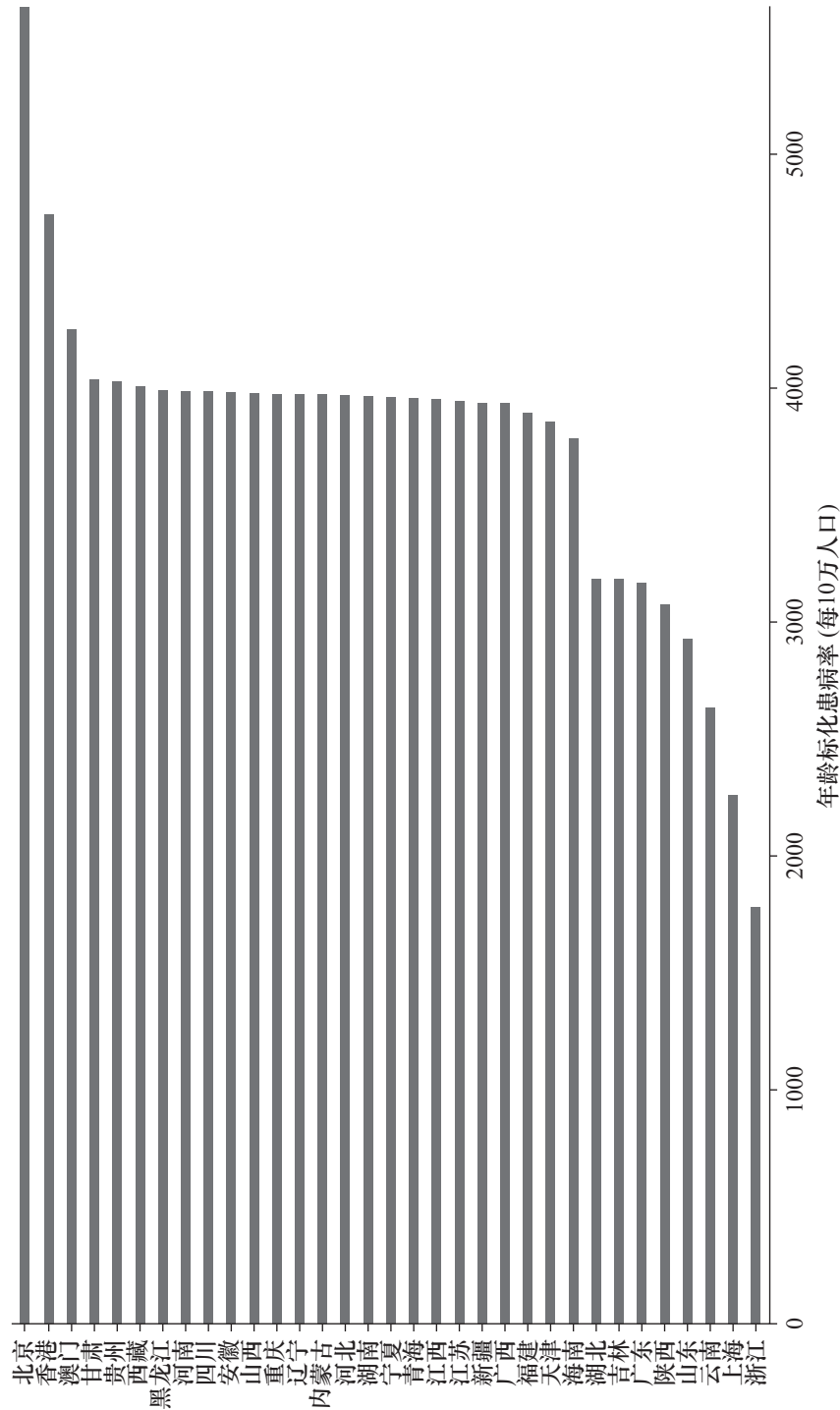


图 1-5 2017 年中国不同省份的年龄标准化腰痛患病率

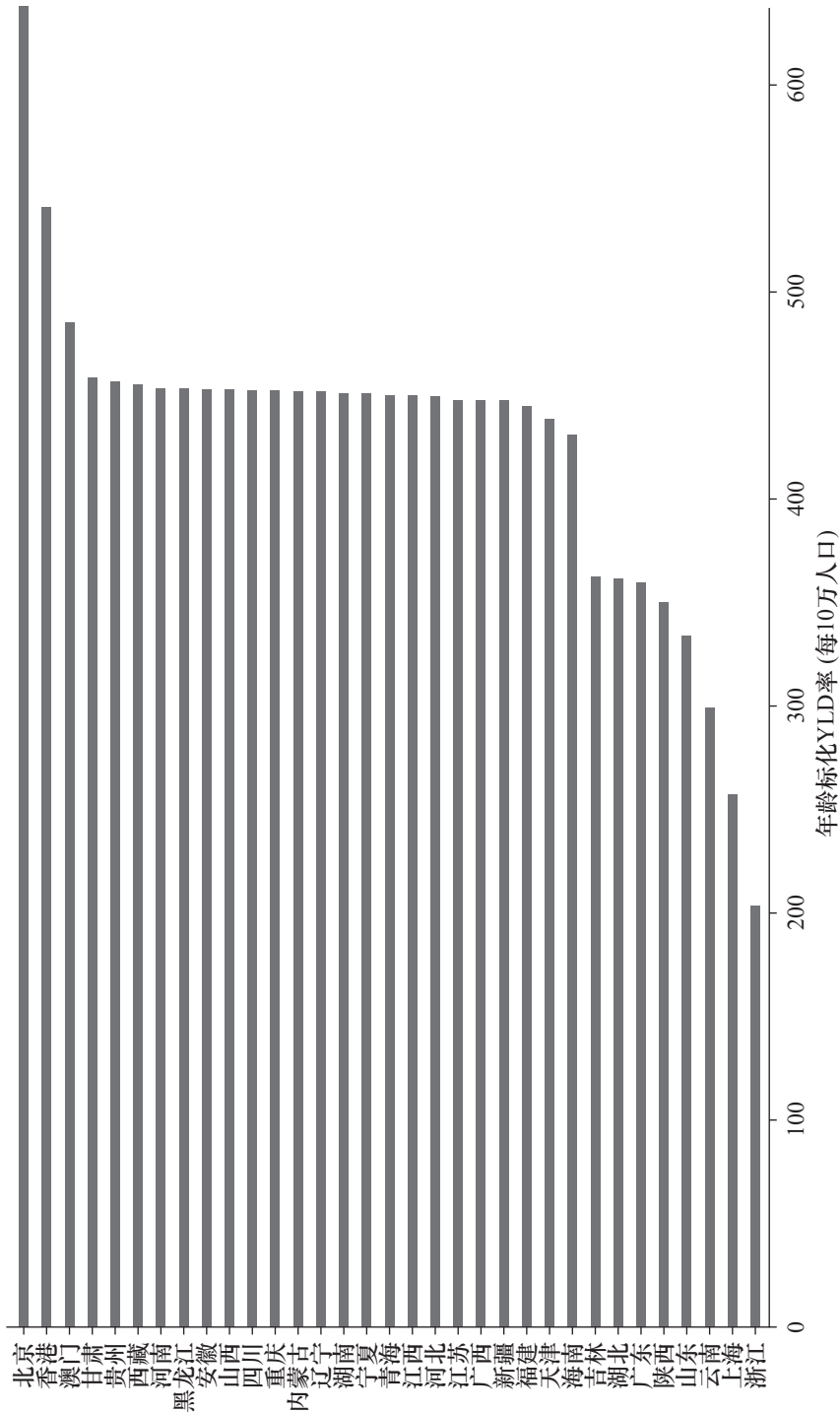


图 1-6 2017 年中国不同省份的年龄标准化腰痛 YLD 率

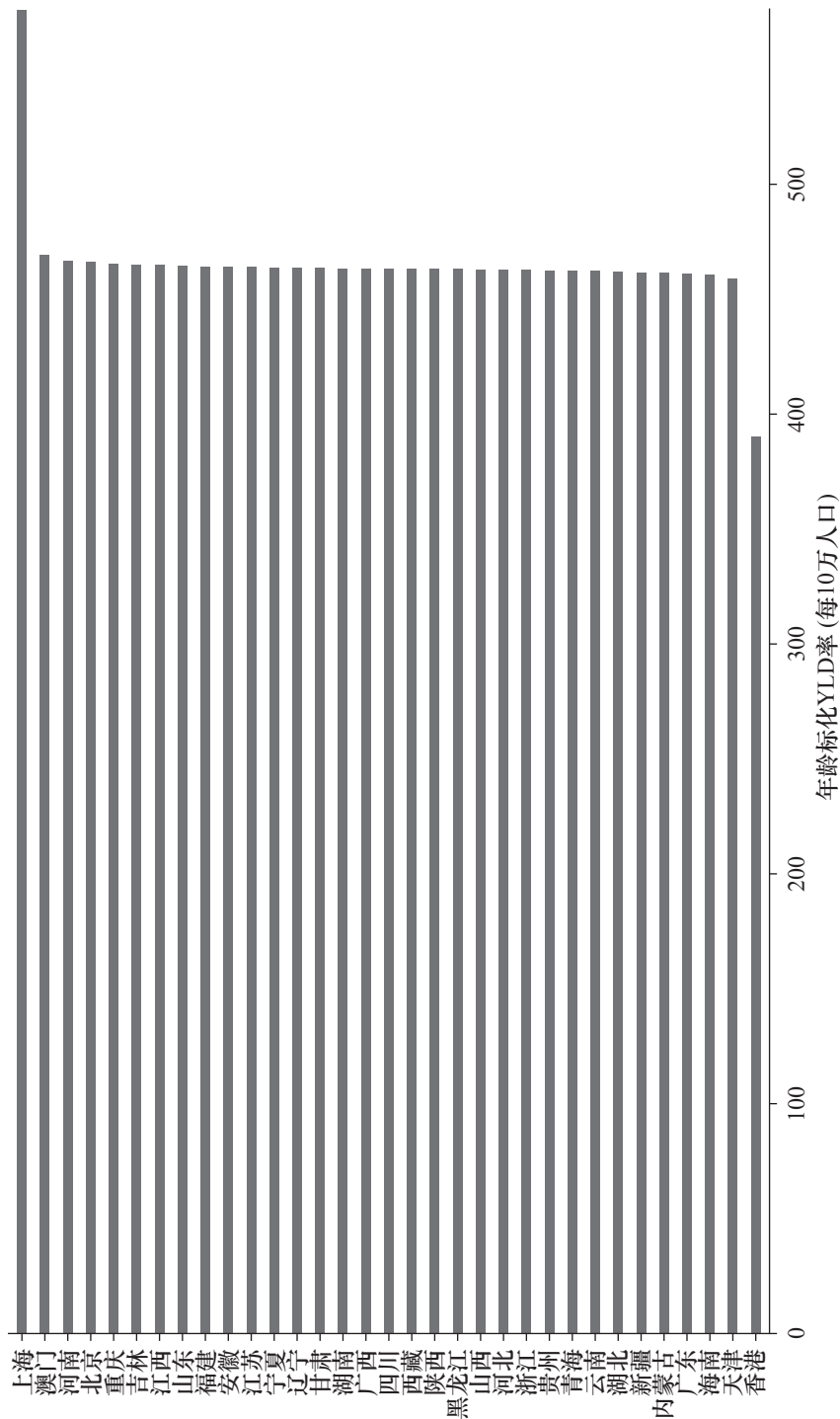


图 1-7 2017 年中国不同省份的年龄标准化颈痛 YLD 率

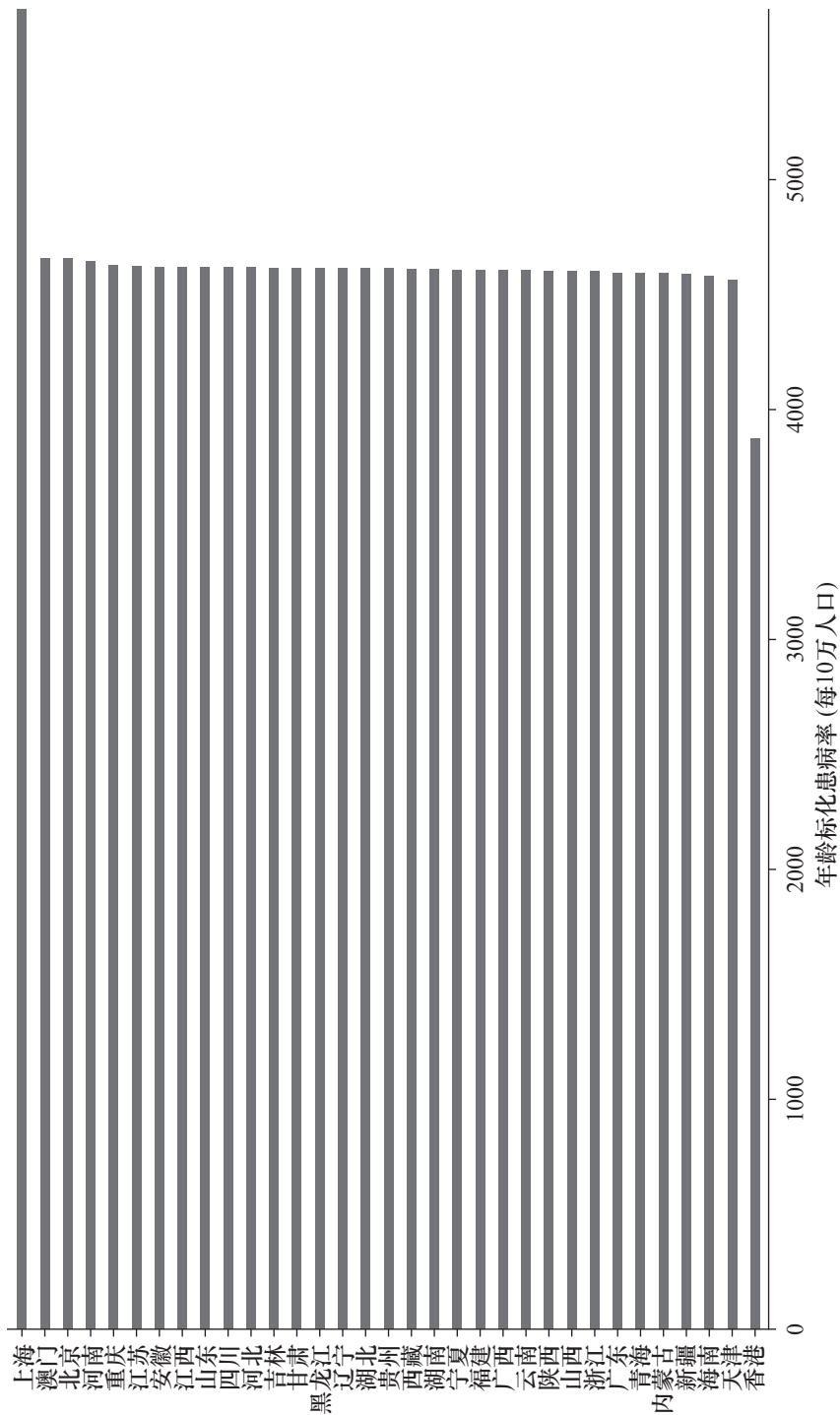


图 1-8 2017 年中国不同省份的年龄标准化颈痛患病率



学会（IASP），并在意大利召开了第一次国际疼痛会议，标志着疼痛的学术研究和临床治疗进入了一个新的历史时期。

我国的现代疼痛医学研究始于 20 世纪 60 年代针刺镇痛麻醉的基础和临床科学研究，这些项目的开展为我国疼痛医学研究奠定了坚实的基础。之后中国学者参与多项国际间的疼痛医学合作交流。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，成立了中华疼痛研究会，并于 1992 年正式成立 IASP 中国分会（Chinese Association for the Study of Pain, CASP）及中华医学会疼痛学分会，由此开创了我国疼痛医学的新纪元，在这之后陆续成立了：中国医师协会疼痛科医师分会、中国中西医结合学会疼痛学专业委员会、中国非公立医疗机构疼痛专业委员会、中国民族医药学会疼痛分会等数十家疼痛相关学术组织。学术研究带动了疼痛科研期刊的发展，诞生了《中国疼痛医学杂志》和《中华疼痛学杂志》等专业学术期刊，彰显了我国在疼痛医学的快速发展及取得的成绩^[35]。

自 2005 年起，中日医院以“疼痛科”为基础，成立全国疼痛诊疗研究中心，突破了医院全国性诊疗中心为“零”的情况。中日医院在疼痛医学的探索使国家对疼痛的各个方面越来越重视。

2007 年 7 月，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”诊疗科目的通知”[卫医发〔2007〕227 号]，文件规定我国二级以上医院可开展“疼痛科”诊疗科目诊疗服务^[36]。该文件的颁布是中国疼痛学科发展史上一个重要里程碑；从此，我国疼痛医学得到了加速发展：2007 年全国独立开展慢性疼痛疾病诊疗的科室由不足 50 个，专业疼痛医师从不足 1000 人，经过 10 年的发展，2017 年，全国有独立建制的疼痛科有 2000 多个，专业疼痛医师有 2 万余人，可以采用几十种微创介入技术对脊柱关节源性疼痛、神经痛、癌痛等 7 大类慢性疼痛疾病进行有效的诊疗^[35]。



在疼痛医师执业建设方面,原卫生部在 2008 年启动了疼痛科医师全国中级职称资格考试,2010 年开始高级职称考试,明确疼痛科医师的执业身份。2014 年,经国家卫生行政部门评审共有 6 家疼痛科进入国家重点临床专科行列,分别分布在北京市、山东省济南市、四川省成都市、江西省南昌市和广东省深圳市和广州市,国家级重点临床专科的发展极大地推进了疼痛专科医联体的发展^[35]。2016 年,国家卫生与计划生育委员会(卫生计生委)颁布《关于印发三级综合医院医疗服务能力指南(2016 年版)的通知》,将疼痛科纳入临床一级诊疗科目的同时初步界定了疼痛科的诊疗范围和关键治疗技术,强化了疼痛科以诊断与治疗慢性疼痛为主的服务职能。这是国内首次从国家层面对疼痛科建设提出标准,为疼痛科临床专科建设与发展指明了方向。相关组织也相应制定了《三级医院疼痛科设置标准》《二级医院疼痛科设置标准》等质量控制标准文件,促进了全国各省市、各级别医院疼痛科发展^[37]。

2018 年,世界卫生组织(WHO)发布了《国际疾病分类》第 11 版(ICD-11),首次将慢性疼痛疾病专科归类,世界卫生组织倡导的“慢性疼痛本身就是一种疾病”的观点在医学界成为共识^[37]。2018 年 12 月国家卫生健康委员会印发《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)中文版》^[38],要求自 2019 年 3 月 1 日起,卫生健康行政部门开展医疗机构绩效考核、质量控制与评价等工作时,均应当采用 ICD-11 中文版进行医疗数据统计分析,这一文件的出台,进一步奠定了疼痛学科独立建制的理论基础。

10 余年来,我国临床疼痛医学得到了蓬勃发展,具有中国特色和优势:①注重多学科整合,集约式发展。临床疼痛诊疗是多学科融合的交叉学科,涉及疾病种类繁多。为了加强疼痛学科建设和规范疼痛科诊疗行为,近年来,各疼痛学会先后发布了 20 多部疼痛疾病中国专



家诊疗共识，组织专家完成了《疼痛学》教科书的编写工作，并在国家6个部委指导下编写了《临床诊疗指南：疼痛学分册》和《临床技术规范：疼痛学分册》，涵盖了疼痛科涉及的疾病，为疼痛科医护人员提供了临床诊疗指南和规范，为疼痛学科的持续发展夯实了基础，指明了方向^[35]。②从学科组织建设上来看，我国陆续建立了疼痛学科完整的职称考试体系及职称晋级体系，解决了国内数万疼痛专科医师的晋升与发展问题。③疼痛科医疗质量控制建设取得成效。我国疼痛科发展始终注重医疗质量管理，积极推动疼痛科医疗质量中心建设。目前国内已有北京、江西、湖北、广东、山东等省市建立了省级疼痛医疗质量控制中心。同时积极鼓励支持各地建立相应级别的质量控制中心，为今后建立国家级疼痛医学专业质量控制中心打下基础^[35]。

疼痛学科是古老而年轻的学科，当前正值疼痛学科大发展的良好阶段，我国疼痛学科建设必将进一步巩固和完善，随着“健康中国”发展战略的实施，都会大力推进疼痛学科的健康发展。

三、国内外疼痛医学的相关政策

1. 近年我国疼痛医学的主要政策（表 1-1）

2007年7月，我国慢性疼痛诊断与治疗的首个里程碑式文件出台，国家卫生部（现为国家卫生健康委）颁布了“关于在《医疗机构诊疗科目名录》中增加“疼痛科”诊疗科目的通知”[卫医发〔2007〕227号]，在规定疼痛规范化治疗原则、用药原则和规范化治疗方法的基础上，《医疗机构诊疗科目名录》中增加“疼痛科”诊疗科目，主要业务范围为慢性疼痛的诊断治疗，要求二级以上医院开展“疼痛科”诊疗科目诊疗服务，并且配备具有麻醉科、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和技能的执业医师。

表 1-1 我国疼痛医学相关政策文件基本情况

颁布时间	文件名称	主题	具体内容	文献来源
2007 年 1 月 25 日	卫生部关于印发《麻醉药品临床应用指导原则》的通知	在镇痛麻醉药物方面做出了明确的临床使用规定	规定了疼痛规范化地治疗原则和用药原则，以及规范化治疗方法	http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/ee452fdbc6f68424faa6826e12677c9cc.shtml
2007 年 7 月 16 日	卫生部关于在《医疗机构诊疗科目名录》中增加“疼痛科”诊疗科目的通知	疼痛科第一次作为独立科室出现在诊疗科目目录中	在《医疗机构诊疗科目名录》中增加一级诊疗科目“疼痛科”，主要业务范围为慢性疼痛的诊断治疗	http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3577200804/1787bc102bd441b2b9a4e25d3a83a7cf.shtml
2011 年 4 月 18 日	卫生部关于印发《三级综合医院评审标准（2011 年版）》的通知	首次将疼痛治疗作为评审内容	将“疼痛治疗管理与持续改进”纳入三级综合医院评审标准	http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/b98329ec713a4e8d812b23a56d13f94f.shtml
2013 年 3 月 29 日	关于做好 2013—2014 年国家临床重点专科建设项目申报和推荐工作的通知	国家提高疼痛科建设的关注度	专科申报范围中包括疼痛科，2013 年第一批通过申报的 6 家医院：中日医院、山东省立医院、南昌大学第一附属医院、四川大学华西医院、广州医科大学附属第二医院、深圳南山区人民医院	http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3594/201303/45ab5127e6f9423981b821d0fcf8785b.shtml

续表

颁布时间	文件名称	主题	具体内容	文献来源
2016 年 3 月 22 日	关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知	对肿瘤疼痛提出了疼痛管理的观念	着力做好患者的康复指导、疼痛管理、长期护理和营养、心理支持	http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s2911/201603/53341b6ab1c14963acce5d1f37540df.shtml
2016 年 5 月 12 日	国家卫生计生委办公厅关于印发县医院医疗服务能力基本标准和推荐标准的通知	对县医院与疼痛相关的科室提出了基本要求和推荐标准	县医院医疗服务基本标准中包括康复医学科要对患者躯体和神经的疼痛开展康复，麻醉科要引入疼痛治疗技术；在推荐标准中包括康复医学科对复杂慢性疼痛的康复	http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/201605/b2b3a61a9382473f92ff949fcb817912.shtml
2016 年 8 月 29 日	国家卫生计生委办公厅关于印发三级综合医院医疗服务能力指南（2016 年版）的通知	将疼痛科纳入临床一级学科建设	正式将疼痛科纳入临床一级学科，同时初步界定了疼痛科的诊疗范围和关键技术	http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/201610/6e6780e8b7c24c57bf386d35e9f952df.shtml

颁布时间	文件名称	主题	具体内容	文献来源
2016 年 10 月 25 日	《“健康中国 2030”规划纲要》	从不同的角度为疼痛医学的发展提供政策支持	“共建共享，全民健康”是最主要的健康理念。提出加强全民健康教育、合理膳食、戒烟限酒、减少毒品危害、加强体育锻炼、创新医疗卫生服务供给模式、发展中医药治未病模式、治理环境等，从各个方面对疼痛诊疗和管理提供支持	http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm
2017 年 1 月 22 日	中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）	从生活方式改善、环境改善、优化服务、多学科专业等方面着手，为慢病的防治提供具体措施，也为疼痛的防治提供参考	加强健康教育，提升全民健康素质、实施早诊早治，降低高危人群发病风险、落实分级诊疗制度、促进医防协同，实现全流程健康管理、完善保障政策，切实减轻群众就医负担、控制危险因素，营造健康支持性环境、信息电子化建设；加强健康教育、健康管理、医疗、公共卫生、护理、康复及中医药等领域人才培养。加强医教协同，深化院校教育改革，加强对医学生慢性病防治相关知识和能力的教育培养，支持高校设立健康促进、健康管理等相关专业，加强有针对性的继续医学教育，着力培养慢性病防治复合型、实用型人才。完善专业技术职称评定制度，促进人才成长发展和合理流动	http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm

续表

颁布时间	文件名称	主题	具体内容	文献来源
2017 年 1 月 25 日	国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南（试行）的通知	提出了对安宁疗护患者开展疼痛教育	安宁疗护包括对患者疼痛的控制，明确了药物的治疗原则，强调护理的重要性，有针对性地开展疼痛教育，鼓励参与	http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/201702/3ec857f8c4a244e69b233ce2f5f270b3.shtml
2018 年 8 月 8 日	关于加强和完善麻醉医疗服务的意见	规范二级以上医疗卫生机构麻醉科的管理，首次在政策文件中提到基层医疗机构的疼痛管理	二级以上医疗机构麻醉科配备麻醉科护士，在麻醉医师的指导下从事围手术期护理、疼痛患者管理。加强手术室外麻醉与镇痛，不断满足人民群众对舒适诊疗的新需求。开展癌痛、慢性疼痛、临终关怀等疼痛管理。通过医联体将疼痛管理向基层医疗卫生机构延伸，探索居家疼痛管理新模式。有条件的医疗机构可以开设疼痛门诊，提供疼痛管理服务	http://www.nhc.gov.cn/xxgk/pages/viewdocument.jsp?dispatchDate=201808/4479a1dbac7f43dcba54e6dce873a533.shtml&wenhao=国卫医发〔2018〕21号&utitle=关于印发加强和完善麻醉医疗服务意见的通知&topic=&type=&publishedOrg=医政医管局&indexNum=000013610/2018-00231&manuscriptId=4479a1dbac7f43dcba54e6dce873a533