

非创伤性软组织疼痛急诊管理专家共识(2022)

Expert consensus on emergency management of non-traumatic soft tissue pain

中国医促会急诊医学分会

执笔人:张鹏 刘芳 郭喆

通信作者:王仲 路桂军

[关键词] 非创伤性软组织疼痛;急性疼痛;急诊;专家共识

Key words non-traumatic soft tissue pain;acute pain;emergency;expert consensus

DOI:10.13201/j.issn.1009-5918.2022.03.002

[中图分类号] R641.1 [文献标志码] A

1 背景

疼痛被列为第五大生命体征。2020年国际疼痛研究协会(IASP)修订版的疼痛定义为“与组织损伤或潜在组织损伤相关或类似相关的一种不愉快的感觉和情感体验”^[1];IASP对急性疼痛的定义为“新近产生并持续时间较短的疼痛”,通常与手术创伤、组织损伤或某些疾病状态有关,同时也是许多疾病的主诉之一^[2]。

急性疼痛是急诊科患者就诊的常见主诉或伴随症状^[3-4]。在急诊科就诊的急性疼痛患者中,有创伤性疼痛(本共识不涉及,可参照《急性创伤性疼痛急诊专家共识》)、内脏性疼痛(如急性胰腺炎、泌尿系统结石等),但也有部分患者可能因为软组织炎症性病变或代谢性病变导致皮肤、骨骼肌肉的疼痛。非创伤性急性软组织疼痛主要包括急性软组织感染、非感染性软组织炎症、代谢性疾病等。

随着人民群众对生活质量要求的提高,对疼痛的控制要求也在提高。有研究表明,急性疼痛患者选择急诊科就诊的原因之一就是为了能够快速解决疼痛问题^[5]。对急性疼痛处理的延迟,也是引起急诊科医患矛盾的主要因素之一。很多医院提出“无痛医院”的概念,相应的,急诊科对疼痛的管理也有待加强,打造“无痛急诊科”。在急诊患者就诊时,疼痛管理的目的在于充分缓解患者疼痛,减轻患者的不适感。有效管理疼痛可以降低病死率、住院时间和住院费用,改善患者早期活动和生活质量,提高患者满意度^[6]。然而,与之不相匹配的情况是,目前国际、国内急诊科“零镇痛”的现象却普遍存在。虽然很多疾病伴随着疼痛,但急诊科治疗却经常忽视对疼痛的关注,甚至对中度或重度疼痛的患者也很少采取镇痛措施^[7-9]。

基于上述原因,中国医促会急诊医学分会组织

相关专业的专家,对急诊科常见的非创伤性急性软组织疼痛进行梳理、总结,形成专家共识。

2 应用范畴及方法学

2.1 应用范畴

本共识应用范围为狭义的非创伤性急性软组织疼痛,即皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱、韧带、关节囊、滑膜囊、神经、血管等,不涵盖内脏性疼痛及明确的创伤导致的疼痛。

2.2 方法学

2.2.1 文献回顾 通过查找相关数据库的文献,并对文献进行回顾,数据库包括:CNKI、万方数据库、Pubmed、Medline及EMBASE。检索近十年的相关文献,关键词包括:急性疼痛(acute pain)、急诊(emergency)、非创伤(none trauma,no injury)。

2.2.2 专家讨论 通过专家讨论确定各条目的定义、定位以及推荐意见。专家分别来自急诊医学科、疼痛科、老年病科、风湿免疫科、妇产科、药剂科、中医科、中医康复科等相关科室。

3 急诊科疼痛管理现状及非创伤性软组织疼痛常见原因及分类

3.1 急诊科疼痛管理现状

国外有报道显示,在基层医疗服务机构和急诊科就诊的患者中,伴有急性疼痛的占比可达60%~90%。疼痛也是很多疾病的伴随症状,如急性蜂窝组织炎、糖尿病坏疽、丹毒、痛风、急性关节炎等。疼痛不仅带来不适感受,严重疼痛还可能影响循环功能,直接或间接带来风险。尽管如此,由于对疼痛造成的后果认识不足,对疼痛治疗的作用重视不够,疼痛仍然成为导致患者对急诊服务不满意的原因之一^[4]。部分止痛药物的限制使用可能是导致急诊疼痛管理不足的一个要素。其他原因还包括:急诊医生对疼痛评估能力不足,患

执笔人:张鹏,北京清华长庚医院胃肠外科,E-mail:13911025919@139.com

刘芳,北京清华长庚医院疼痛科,E-mail:liufang@btch.edu.cn

郭喆,北京清华长庚医院肝脏重症医学科,E-mail:gza01482@btch.edu.cn

通信作者:王仲,北京清华长庚医院全科医学,E-mail:wz523@mail.tsinghua.edu.cn

路桂军,北京清华长庚医院疼痛科,E-mail:luguijun301@163.com

者对疼痛表述不清晰,以及医患双方担心掩盖病情或药物滥用等。此外,过于繁忙是急诊科医生忽视患者急性疼痛的评估和管理最常见的理由^[9-12]。

3.2 急诊科非创伤性软组织疼痛的常见原因

急性非创伤性软组织疼痛主要见于急性炎症性病变和慢性非感染性病变的急性加重,以及某些代谢性病变的急性发作等,其中以急性蜂窝组织炎、糖尿病坏疽、丹毒、痛风发作和风湿病、骨关节炎、糖尿病神经病变、带状疱疹等最为常见(表 1),少见的原因还包括某些中毒性疾病以及恶性肿瘤等。

表 1 急性非创伤性软组织疼痛常见疾病

疾病性质	常见疾病
急性感染	蜂窝组织炎、丹毒、带状疱疹、糖尿病肢体坏疽等
非感染性炎症	腱鞘炎、痛风、肋软骨炎、风湿免疫性疾病、骨关节炎
骨代谢性疾病	骨质疏松症
神经病变	糖尿病性周围神经病变、三叉神经痛、带状疱疹后神经痛

我国急诊科就诊的上述疾病缺乏流行病学统计资料。国外统计数据中,引起急性疼痛的软组织疾病不仅高发,而且有上升的趋势。2000 年斯洛文尼亚丹毒发病率为 71.5/10 万人,2016 年上升至 111.3/10 万人,主要上升人群为老年人^[13]。在英国,每 100 000 例急诊患者中大约有 200 例蜂窝组织炎,其中 2008—2017 年 9 年间有 82 113 例患者入院,平均住院时间为 7.2 d。蜂窝组织炎患者每年估计花费约为 1.33 亿英镑^[14]。

3.3 疼痛的分类

根据疼痛的神经生理学机制,大致可分为伤害感受性疼痛、神经病理性疼痛和二者并存的混合性疼痛^[6]。

3.3.1 伤害感受性疼痛 一般是指组织损伤所致的疼痛,比如肌肉、骨骼、皮肤或内脏等受到损伤以后引起的疼痛。在临床上多见于感染炎性痛、骨关节炎的关节痛等,疼痛的性质多表现为锐痛、胀痛或搏动性的跳痛。

3.3.2 神经病理性疼痛 是躯体感觉神经系统的损伤或疾病所导致的疼痛,包括周围和中枢神经病理性疼痛。其中,周围神经病理性疼痛常见的有带状疱疹后神经痛、三叉神经痛、糖尿病周围神经痛;中枢神经病理性疼痛最主要的是卒中后神经痛。疼痛的性质多描述为针扎刀割感、灼伤感、麻刺感或者对痛觉或温度觉的超敏反应。

推荐意见 1:急诊科医生应认识到,疼痛是急诊患者最重要的主诉之一,也是引起医患矛盾的常见原因之一。

4 非创伤性软组织疼痛的评估

有效疼痛管理的第一项工作是疼痛程度的评估和再评估^[6,15-20]。急诊科医生首先需要确定患者存在疼痛,并使用适当的量表和其他疼痛线索(如行为或生命体征)对疼痛的程度进行确定。在临床上,通常使用疼痛的自我报告进行“量化评估”。此外,医生还应当关注患者疼痛的反应,如哭泣、痛苦面容、生理体征改变(如心率、呼吸频率增快、血压升高)等,以确立患者疼痛的程度和对生理功能的影响。

选择用于疼痛评估的工具时,应考虑患者的认知因素,包括意识状态、知识水平、认知、情绪、语言表达等。

4.1 视觉模拟评分量表

视觉模拟评分量表(visual analogue scale, VAS)是在一条 10 cm 直线的两端分别用文字注明“无痛”和“剧痛”,让患者根据自己的痛觉在线上最能反应自己疼痛程度之处划一交叉线标记出疼痛程度,再通过测量标记处与起始点的距离量化疼痛程度。VAS 简单易行、有效,相对比较客观且敏感(图 1)。但此评分表刻度较为抽象,标记线时需要必要的感觉、运动和知觉能力,不适合文化程度较低或认知损害者^[21]。



图 1 VAS

4.2 数字评定量表

数字评定量表(number rating scale, NRS)主要用于意识清楚、认知能力正常的患者。该量表 1976 年被提出,可以口头或书面形式提供给患者,并要求患者根据 0(无痛)~10(剧痛)的评分标准对其疼痛强度进行评分(图 2)。评分的程度分为 3 个级别:轻度疼痛、中度疼痛和重度疼痛(表 2)^[21]。



图 2 NRS

表2 NRS评分标准

疼痛程度	分值/分
轻度	1~3
中度	4~7
重度	>7

4.3 面部表情疼痛量表

面部表情疼痛量表(faces pain scale, FPS)可用于认知障碍的患者,以6种不同的面部表情从“微笑”至“哭泣”来表达疼痛程度(图3)。FPS较直观,易于理解,适合于任何年龄^[22]。



图3 FPS

4.4 其他评估量表

其他用于疼痛评估的量表用于临床的不同场合。对于不能应答或老年痴呆的患者目前应用的评分量表有 Abbey-PS 量表、DS-DAT 量表、CNPI 量表、Doloplus-2 疼痛评估量表等,而对于重症患者尚有 CPOT 量表等。

4.5 用生理反应变化评估

心率、呼吸频率、血压、面部表情可用于疼痛程度的辅助评估,特别是心率增快、血压升高、呻吟等。但只有在排除低氧、血容量等对循环功能、呼吸功能等因素的影响后,生命体征的变化才可以考虑因疼痛所致。生理反应变化通常在严重疼痛时才可能出现。最近一项针对危重症患者的研究强调,虽然生理反应变化与疼痛的相关性没有得到验证,但当患者无法自我报告或引出行为指标时,生理反应变化可作为探索疼痛的线索。总的来说,这些发现鼓励临床医生将患者视为一个整体,使用自我报告作为患者疼痛评估的最有力指标,同时使用行为和生理反应变化构成部分疼痛强度的其他线索。

推荐意见 2:对于认知正常的成年人, VAS、NRS 是评估急诊患者疼痛最适宜的工具。

推荐意见 3:当排除其他病理原因导致的生命体征变化,呼吸、心率增快,血压升高等可间接提示患者存在严重的疼痛。

4.6 疼痛程度再评估

在采取镇痛措施后,需要对患者进行反复的疼痛程度评估^[23],以确保他们的疼痛得到成功控制。定期重复评估疼痛是监控疼痛管理有效性和患者病情变化的重要手段。通常情况下,从初次给予镇痛药物到疼痛控制需要一定时间,对于采用静脉镇

痛的严重疼痛的患者更应密切观察,对严重疼痛应该在采用静脉镇痛治疗后 15~30 min,口服镇痛治疗后 1~2 h 评估镇痛效果。中度以下疼痛,采用外用、口服镇痛治疗的患者,可以建议患者在用药 2、12、24 h 采用 VAS、NRS 自行进行评估,以确定是否需要复诊以及调整镇痛药物剂量及种类。

推荐意见 4:对接受疼痛管理的患者需要定时进行重复评估,保证疼痛控制的有效性。

5 镇痛方法

5.1 非药物镇痛

多数急性肢体疼痛可以采用制动、冷敷、抬高等方式使疼痛减轻。各种急性炎症性疼痛,包括丹毒、蜂窝组织炎及痛风急性发作等,国外文献推荐使用冷敷的方式止疼,国内教科书还推荐抬高患肢的方法来减轻水肿和疼痛。对于 24 h 内的急性疼痛或慢性疼痛急性发作,采取冷敷常常可以达到减轻疼痛的目的。冷敷可减少局部血流,有助于降低组织水肿及微血管通透性,也可减少炎症递质的释放,还可以提高疼痛刺激的阈值及耐受性,起到一定的镇痛作用。此外,四肢的疼痛可通过使用拐杖、颈腕吊带等方式避免疼痛部位的负重,使其得到充分休息。肢体、躯干的疼痛通常可以采用 RICE 或 POLICE 原则来实现急性疼痛的非药物镇痛^[24](表 3)。各种疾病的急性疼痛,应避免热敷。

推荐意见 5:非创伤性软组织疼痛 24 h 内可以采用休息、冷敷等物理措施,但应避免热敷。

表3 RICE原则及POLICE原则

RICE原则	POLICE原则
休息(Rest)	保护(Protection)
冰敷(Ice)	适当负重(Optimal loading)
加压(Compression) ^{a)}	冰敷(Ice)
抬高患肢(Elevation)	加压 Compression) ^{a)}
	抬高患肢(Elevation)

注:^{a)} RICE 和 POLICE 原则也用于创伤性软组织疼痛,因其可能有出血的因素,因此常常需要加压,但对于非创伤性疼痛,多无需进行加压处理。

5.2 药物镇痛

5.2.1 快速镇痛的药物分类 镇痛药物包括非甾体抗炎药(NSAIDs,局部外用贴剂及口服制剂)、中枢性镇痛药物及阿片类镇痛药物和离子通道类镇痛药物(表 4)^[4,6,15,25]。此外,有文献和专著将针对空腔脏器痉挛的解痉药物和针对精神紧张的抗焦虑药物纳入到镇痛药物分类中,但本共识诊断的软组织疼痛不涉及此类药物,不予赘述。

NSAIDs 是一类非类固醇激素类的能够消除疼痛、控制炎症的药物,通常被用于多种情况下的

疼痛性疾病,是各种急慢性疼痛最常使用的药物类别,主要用于治疗伤害感受性疼痛。其剂型有外用贴剂、口服制剂、栓剂和涂抹剂。代表药物包括:氟

比洛芬凝胶贴膏、双氯芬酸钠凝胶、塞来昔布等。为防止肝肾毒性反应,应避免 2 种口服 NSAIDs 联用。

表 4 常用镇痛药物的类别及作用

药物类别(名称)	作用特点与注意事项	常用镇痛剂量	每日最大剂量
NSAIDs			
氟比洛芬凝胶贴膏	①对于疼痛、急性炎症及慢性炎症有优良的镇痛抗炎作用;②适用于各种急慢性软组织疼痛的治疗	每贴含氟比洛芬 40 mg;2 次/d, 目前尚未明确贴于无损患处;急性症状,建议连续使用 1 周;慢性症状,建议连续使用 2~4 周	
对乙酰氨基酚	①剂量<2000 mg/d 不会增加严重胃肠道并发症的风险;②对血小板功能没有影响;③慢性或急性过量可引起肝毒性;④在老年人、有肝毒性风险(例如经常饮酒、营养不良)的患者中,避免使用或使用较低的每日总剂量(最多 2000 mg/d);⑤应警告患者同时服用的其他药物和 OTC 制剂中对乙酰氨基酚的含量	每 4~6 h 325~650 mg 或每 6 h 1000 mg,最多 3 次/d	3000 mg
阿司匹林	①较少用于治疗慢性疼痛;②在血小板生命周期(7~10 d)内不可逆地抑制血小板功能	每 4~6 h 325~650 mg	4000 mg
萘普生	①适用于大多数患者的急性或者慢性疼痛治疗;②与同等剂量的其他 NSAIDs 相比,高剂量(例如:500 mg,2 次/d)可能具有较少的心血管毒性;③对于风湿性疾病的治疗,当需要时,每日总剂量可增加到最大 1500 mg 萘普生碱(1650 mg 萘普生钠);④萘普生钠可比萘普生碱更快吸收和起效	每 12 h 250~500 mg(萘普生碱);每 12 h 275~550 mg(萘普生钠)	萘普生碱:1250 mg(急性),1000 mg(慢性);萘普生钠:1375 mg(急性),1100 mg(慢性)
布洛芬	①200~400 mg 剂量的镇痛效果与 650 mg 对乙酰氨基酚或阿司匹林相当;②效果持续时间短	每 4~6 h 200~400 mg	3200 mg(急性);2400 mg(慢性)
双氯芬酸(钠或钾)	双氯芬酸可用作局部贴剂、溶液和凝胶外用,也可用作全身性 NSAIDs 的替代品	每 8 h 25~50 mg	150 mg(对于类风湿性关节炎,如果需要,美国的说明书允许最多 200 mg/d;加拿大批准的最大剂量为 100 mg/d)
吡罗昔康	①一种治疗慢性疼痛和炎症的长效制剂;②剂量≥20 mg/d 会增加严重胃肠道并发症的风险。建议同时服用胃保护药物;③很少与严重的皮肤过敏反应相关,包括 Stevens-Johnson 综合征	1 次/d,10~20 mg/次	20 mg
萘丁美酮	①效果持续时间适中,起效缓慢;②每日总剂量在 1000 mg 或更少时,对 COX-2 具有相对选择性;③每日总剂量为 1000 mg 或更少时,对血小板功能的影响最小	每 8~12 h 500~750 mg 或 1 次/d,1000~1500 mg/次	2000 mg
塞来昔布	①与非选择性 NSAIDs 相比,胃肠道毒性相对降低;②对血小板功能无影响;③心血管和肾脏风险与剂量相关,并且与非选择性 NSAIDs 相似	200 mg/d 或每 12 h 100 mg	400 mg

续表 4

药物类别(名称)	作用特点与注意事项	常用镇痛剂量	每日最大剂量
依托考昔	①与非选择性和其他 COX-2 选择性 NSAIDs 相比,可能与更频繁和更严重的剂量相关心血管效应(例如高血压)有关;②除上述外,风险和收益与塞来昔布相当	1次/d,30~60 mg/次	60 mg(慢性疼痛); 120 mg(急性疼痛,可持续用长达 8 d)
中枢性止痛药			
曲马多	①主要作用于中枢神经系统与疼痛相关的特异性受体;②无致平滑肌痉挛作用,在推荐剂量下,不会产生呼吸抑制作用,对血流动力学亦无显著影响;③耐药性和依赖性很低	50~100 mg/次,每次服药间隔不超过 8 h	400 mg
阿片类止痛药			
吗啡	①纯粹的阿片受体激动剂,有强大的镇痛作用,同时也有明显的镇静作用,并有镇咳作用(因其可致成瘾而不用于临床);②对呼吸中枢有抑制作用,使其对二氧化碳张力的反应性降低,过量可致呼吸衰竭而死亡;③兴奋平滑肌,增加肠道平滑肌张力引起便秘,并使胆道、输尿管、支气管平滑肌张力增加;④可使外周血管扩张;⑤镇痛作用随剂量增加而增加,无封顶作用	口服常用量为 5~15 mg/次,一日 15~60 mg。极量为 30 mg/次	100 mg,个体化镇痛剂量滴定至 100 mg 以上
离子通道药物			
普瑞巴林	①第 2 代钙离子通道调节剂,与 α -2 δ 亚基亲和力强,通过调节钙离子涌入,减少兴奋性神经递质的过度释放,抑制痛觉过敏和中枢敏化而达到镇痛效果;起效快,呈线性药代动力学特征,疗效无封顶作用;②肾功能减退的患者应调整剂量	起始剂量 150 mg/d,可在 1 周内增加至 300 mg/d	600 mg
加巴喷丁	第 1 代钙离子通道调节剂,呈非线性药代动力学特征,疗效存在封顶作用	起始剂量为 300 mg/d。逐渐增加至最适合剂量。常用有效剂量为 300~1800 mg/d	2400 mg
利多卡因	①阻断电压门控钠离子通道,减少损伤后初级传入神经的异位冲动,从而减少痛觉;②可制成外用制剂	5%贴剂,每 12 h 1~3 贴	6 贴
卡马西平	①主要作用于钠离子通道,降低神经元兴奋性,增加膜稳定性进而调节神经元的过度放电,从而减少痛觉;②治疗三叉神经痛和舌咽神经痛发作,亦用作三叉神经痛缓解后的长期预防性用药	开始一次 0.1 g,2 次/d;第 2 日后每隔一日增加 0.1~0.2 g,直到疼痛缓解,维持量为 0.4~0.8 g/d,分次服用	不超过 1.2 g
复方制剂			
氨酚羟考酮	每片含盐酸羟考酮 5 mg(相当于羟考酮 4.481 5 mg),对乙酰氨基酚 325 mg	成人常规剂量为每 6 h 服用 1 片,可根据疼痛程度和给药后反应来调整剂量	对于重度疼痛的患者或对阿片类镇痛药产生耐受性的患者,必要时可超过推荐剂量给药

中枢性镇痛药主要作用于中枢神经系统,选择性地消除或缓解痛觉,可联合其他种类的镇痛药用于治疗各类急性中重度疼痛,分为弱阿片药和阿片药。弱阿片药以曲马多为代表,是人工合成的中枢性止痛药,属于二类精神药品。阿片类止痛药以吗

啡、杜冷丁等为代表,其止痛作用很强,但长期使用会成瘾。这类药物有严格的管理制度,主要用于晚期癌症患者或剧烈疼痛的患者。

离子通道药物是治疗神经病理性疼痛的一线药物。钙通道药物以加巴喷丁、普瑞巴林为代表,

是治疗带状疱疹性神经痛等多种神经病理性疼痛的首选药物。钠通道药物以卡马西平和利多卡因为代表,其中卡马西平是治疗三叉神经痛的首选药物。

5.2.2 非创伤性软组织疼痛镇痛方案 当患者疼痛评估 $NRS \geq 3$ (VSA 相当程度) 时,建议采用药物镇痛措施,不同疾病、不同疼痛程度的镇痛药物选择见表 5^[4,6,25-26]。非创伤性软组织疼痛急诊处理流程见图 4。

药物剂型:除了镇痛药物种类的选择,不同剂型的选择也很重要。剂型选择的原则是先局部外用,后口服或注射。对于局部疼痛不伴有皮疹及破溃的,宜首选局部外用 NSAIDs 药物,以降低过敏、胃肠道不良反应及心血管事件发生的可能性;当范围过大或由于局部皮损等原因不能使用局部药物时,可选择口服药物剂型;重度疼痛或下肢坏疽、严重神经痛等疾病者,可以采用静脉镇痛措施。

表 5 不同疾病、不同疼痛程度的镇痛药物选择

疾病类型	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
蜂窝组织炎及丹毒	NSAIDs	NSAIDs+曲马多(小量)	①NSAIDs+曲马多;②氨酚羟考酮
带状疱疹	NSAIDs	①NSAIDs 外用贴剂/口服/塞肛+曲马多;②利多卡因贴膏外用(无皮疹区域);③普瑞巴林或者加巴喷丁口服;④氨酚羟考酮	氨酚羟考酮/曲马多口服+神阻阻滞+普瑞巴林或加巴喷丁(加量)+利多卡因贴膏外用
带状疱疹后神经痛	①利多卡因贴膏;②普瑞巴林/加巴喷丁	①普瑞巴林/加巴喷丁+曲马多;②普瑞巴林/加巴喷丁+神经阻滞	①普瑞巴林/加巴喷丁+曲马多+神阻阻滞;②神经阻滞/神经射频/脊髓电刺激+利多卡因贴膏+卡马西平+阿米替林+普瑞巴林/加巴喷丁
痛风	①NSAIDs:外用贴剂/口服;②秋水仙碱(小剂量)	①糖皮质激素;②秋水仙碱(小剂量)+糖皮质激素;③NSAIDs+口服糖皮质激素	加用曲马多(必要时)
三叉神经痛	卡马西平/奥卡西平	①卡马西平/奥卡西平+氨酚羟考酮;②普瑞巴林+氨酚羟考酮(卡马西平无效或禁忌)	①三叉神经阻滞+卡马西平/奥卡西平/普瑞巴林;②氨酚羟考酮口服/曲马多口服/吗啡注射
骨关节炎	NSAIDs(外用贴剂/口服)	NSAIDs+曲马多;局部糖皮质激素	①局部注射糖皮质激素+NSAIDs(静脉输注);②七叶皂苷钠(静脉输注);③必要时加用曲马多口服
风湿免疫性疾病	NSAIDs(外用贴剂/口服/塞肛)	糖皮质激素肌内注射	糖皮质激素肌内注射+曲马多口服
骨质疏松性疼痛	降钙素鼻喷剂(短期使用)、注射剂	降钙素+曲马多	降钙素+曲马多
原因不清肩背部肌肉痛	NSAIDs(外用贴剂/口服)	查因后依据诊断采取措施	查因后依据诊断采取措施

5.3 镇痛目标及注意事项

5.3.1 镇痛目标 软组织疼痛的镇痛目标是:①采用最简单的药物及最简单的方法;②将疼痛控制在 $NRS \leq 2$ 分(VAS 相当程度),不一定完全无痛。

5.3.2 注意事项 来自欧洲的一份调查显示,60%以上的医生依据 WHO 阶梯治疗确定最佳镇痛方案,部分急诊科医生(26%)完全没有使用任何指导方针来确定镇痛实践^[23,27]。正如预期的那样,NSAIDs 是应用最多的药物(43%),其他还有吗啡(30%)和芬太尼(20%)等。在老年患者中较多使

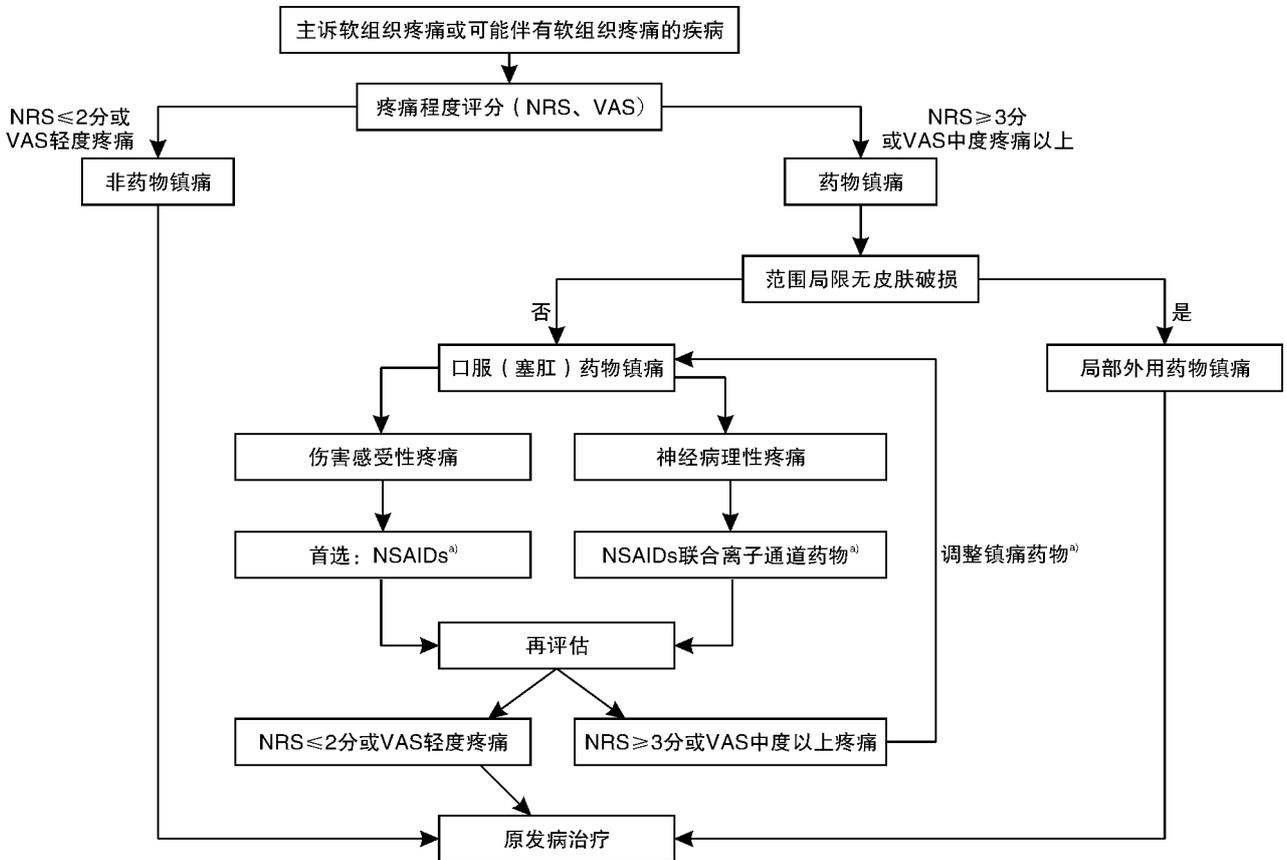
用其他镇痛药,如曲马多(15%)和安乃近(17%)。在怀孕期间,虽然数据表明可以使用一系列的镇痛剂,但 EUSEM 的成员清楚地表明,在怀孕妇女中,几乎只有扑热息痛(74%)、吗啡(29%)和少量芬太尼(16%)被有限性地使用。对于肾或肝损害的患者,应根据损害程度和临床经验进行选择,包括扑热息痛和阿片类药物^[23]。

推荐意见 6:对 $NRS \geq 3$ 分(或 VAS 相当程度)的患者,可以采取药物止痛管理,使其疼痛控制在 $NRS \leq 2$ 分。

推荐意见 7:应首选 NSAIDs,其对大多数非创伤性软组织疼痛可以起到良好的镇痛作用。

推荐意见 8:在剂型选择上,以局部外用药物为首选。

推荐意见 9:急诊镇痛治疗是一个新观念也是新尝试,对特殊人群,特别是孕妇、哺乳期妇女需要由相关专科会诊确定药物的使用。



注:^{a)} 参照表 5。

图 4 非创伤性软组织疼痛急诊处理流程

6 原发病治疗

镇痛治疗是缓解患者症状、减少不良体验、提高患者满意度的措施。同时,有效的疼痛控制也可以降低患者因刺激产生生命体征不稳定的风险,但镇痛措施并非病因治疗。引起疼痛的病因需要尽快诊断,并采取有针对性的治疗,如丹毒需要抗感

染治疗;痛风需要降尿酸治疗(在疼痛控制后);骨关节炎、风湿免疫病性关节炎需要规范的激素或免疫抑制剂治疗等。

推荐意见 10:任何引起疼痛的疾病都有明确的病因,应针对疾病采取对因治疗。

共识专家组成员(按姓氏汉语拼音排序,排名不分先后):

- | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 柴艳芬 | 陈 飙 | 邓 颖 | 樊碧发 | 郭树彬 | 郭 伟 | 黄慈波 | 黄 亮 | 黄 曼 |
| 李传保 | 李建仲 | 李小刚 | 李宗衡 | 刘丹平 | 刘 芳 | 刘 涛 | 陆桂军 | 毛恩强 |
| 梅 丹 | 米玉红 | 闵 军 | 裴 俏 | 饶跃峰 | 单爱军 | 单志刚 | 王传林 | 王振杰 |
| 王 仲 | 魏 捷 | 谢苗荣 | 熊 辉 | 徐 峰 | 于普林 | 张国强 | 张莉芸 | 张 鹏 |
| 赵晓东 | 赵志刚 | 朱华栋 | 左永波 | | | | | |

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

[1] Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. 国际疼痛研究协

会疼痛定义修订版:概念、挑战和折中[J]. 中华疼痛学杂志, 2020,16(5):341-348.

- [2] 颜璐璐, 郭曲练. 急性疼痛处理的现状及进展[J]. 实用疼痛学杂志, 2007, 3(1): 54-58.
- [3] Radnovich R, Chapman CR, Gudín JA, et al. Acute pain; effective management requires comprehensive assessment[J]. *Postgrad Med*, 2014, 126(4): 59-72.
- [4] Motov S, Strayer R, Hayes BD, et al. The Treatment of Acute Pain in the Emergency Department: A White Paper Position Statement Prepared for the American Academy of Emergency Medicine [J]. *J Emerg Med*, 2018, 54(5): 731-736.
- [5] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, et al. The high prevalence of pain in emergency medical care[J]. *Am J Emerg Med*, 2002, 20(3): 165-169.
- [6] 中华医学会骨科学分会. 骨科常见疼痛的处理专家建议[J]. *中华骨科杂志*, 2008, 28(1): 78-81.
- [7] Mahar PD, Wasiak J, O'Loughlin CJ, et al. Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population; a systematic review[J]. *Burns*, 2012, 38(2): 147-154.
- [8] Wikström L, Eriksson K, Arestedt K, et al. Healthcare professionals' perceptions of the use of pain scales in postoperative pain assessments[J]. *Appl Nurs Res*, 2014, 27(1): 53-58.
- [9] Eriksson K, Wikström L, Arestedt K, et al. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments[J]. *Appl Nurs Res*, 2014, 27(1): 41-46.
- [10] Mackintosh-Franklin C. Recognising and assessing acute pain[J]. *Nurs Stand*, 2021, 36(4): 61-66.
- [11] Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, et al. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain[J]. *Nurse Educ Pract*, 2011, 11(4): 250-255.
- [12] Chow KM, Chan JC. Pain knowledge and attitudes of nursing students; a literature review[J]. *Nurse Educ Today*, 2015, 35(2): 366-372.
- [13] Soan K, Soan M. Trends in the epidemiology of erysipelas in Slovenia[J]. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*, 2018, 27(1): 1-4.
- [14] Phoenix G, Das S, Joshi M. Diagnosis and management of cellulitis[J]. *BMJ*, 2012, 345: e4955.
- [15] 中国老年保健协会. 肌肉骨骼慢性疼痛诊治专家共识[J]. *骨科*, 2021, 12(5): 389-395.
- [16] Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The Faces Pain Scale-Revised; toward a common metric in pediatric pain measurement[J]. *Pain*, 2001, 93(2): 173-183.
- [17] Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales[J]. *Pain*, 2011, 152(10): 2399-2404.
- [18] Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain[J]. *Br J Anaesth*, 2008, 101(1): 17-24.
- [19] Hjerstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults; a systematic literature review[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2011, 41(6): 1073-1093.
- [20] Gordon DB. Acute pain assessment tools: let us move beyond simple pain ratings[J]. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2015, 28(5): 565-569.
- [21] Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, et al. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011, 63 Suppl 11: S240-S252.
- [22] Wong-Baker FACES Foundation. Wong-Baker FACES[®] pain rating scale. <http://wongbakerfaces.org>. Accessed Feb 2020.
- [23] Hachimi-Idrissi S, Coffey F, Hautz WE, et al. Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines-part 1: assessment [J]. *Intern Emerg Med*, 2020, 15(7): 1125-1139.
- [24] Baoge L, Van Den Steen E, Rimbaut S, et al. Treatment of skeletal muscle injury: a review[J]. *ISRN Orthop*, 2012, 2012: 689012.
- [25] 夏珺, 熊源长. 老年患者术后急性疼痛管理的研究进展[J]. *国际麻醉学与复苏杂志*, 2021, 42(7): 775-779.
- [26] Hachimi-Idrissi S, Dobias V, Hautz WE, et al. Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines-part 2: management and recommendations[J]. *Intern Emerg Med*, 2020, 15(7): 1141-1155.
- [27] World Health Organisation (WHO) Cancer pain ladder. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Accessed Feb 2020.

(收稿日期: 2022-02-19)