

2010年中医辩证辅导：头痛的评估途径中医执业医师考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/648/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_B8\\_AD\\_c22\\_648355.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E4_B8_AD_c22_648355.htm)

头面部疼痛的评估是疼痛治疗的要求，为便于选择治疗方式和了解治疗的效果。由于疼痛觉是主观的精神活动，旁观者无法直接察觉到，所以只能依赖间接方法的综合分析。由于疼痛的复杂性，必须做动态观察和多方位疼痛评估。间接方法和多方位评估通过以下多种渠道。采集者退散

- 1.详细病史 详细病史包括疼痛初次出现时间，整个过程的疼痛特性的变化，疼痛的部位、分布、强度、性质、时间特性，持续性或周期性再现，每次持续时间，相关的感觉现象。如感觉异常、感觉障碍及麻木。伴随症状如肌萎缩、消瘦、乏力、出汗、流泪、鼻塞、眼花、头晕、视力障碍、恶心呕吐、内脏功能障碍。激化或触发疼痛的因素，不同体位对疼痛的影响。体力活动、社交活动、情绪、医学教育|网搜集整理药物等对疼痛的影响。疼痛对睡眠、饮食、身体活动、工作及人际关系的影响或限制。用药史包括止痛和其他治疗史。若是癌症患者，应知道癌肿的病理诊断、手术、转移和扩散、化疗和放疗的剂量和疗程，ECT或MRI检查结果等。放疗导致神经损伤，由于纤维化日夜加重，所产生的疼痛与日俱增、患者往往有自杀的意图。
- 2.头痛引起行为举止的改变 一些行为举止的变化虽然不是疼痛独有的表现，但对疼痛强度的评估有很大的价值。评估疼痛行为所显示的频率和特殊性质，有些举止是非常细微的，不是言辞表达的，在细心观察时才能觉察到，应自始至终随访整个治疗过程。疼痛引起的反应性行为有：（1）应答反应也

可称为反射性疼痛行为，如惊恐、愁眉苦脸、呻吟、叹气等。（2）自发反应是为了避免或减轻疼痛而产生的行为举止，如跛行、抚摸疼痛部位或区域。用手护卫身体某些部位，或将身体固定于某种特定姿势等。是一种主动的行为。（3）功能的限制和障碍如静止不动、疲惫感，过多的躺卧。这是一种被动性行为。（4）患者对服药的态度和频率（5）希望引起别人注意的举动（6）睡眠习惯的改变以上这些运动性行为又称之为“显露性疼痛行为”。根据疼痛行为进行评分的设计，自1973年以来，已有相当的方法。来源

：www.examda.com Richard等发展一个UAB评分法，将10个疼痛行为的严重程度和频率作三级评分法。这10个疼痛行为是：口述诉痛、躺卧时间、站立姿势、非语言的发声诉痛、愁眉苦脸、活动度、身体所表示的语言、器械的应用、静止状态下的活动和药物的应用，此法比较可靠。或根据每日站立、行走、静坐和躺卧的小时数进行评分。但我们也应从社会心理学的角度去观察疼痛行为，性别上的差异造成行为上的差别，例如疼痛行为中的服药行为被认为评估疼痛程度的比较可靠的信息。患者服药的态度、规律性、按时性、药物剂量和次数、受情绪影响的程度（愉快时可以少服）。男性患者自用的药物剂量低于实际需要量，而女性用药量常超过实际所需的剂量。疼痛行为的表现受到性格的影响，性格外向的患者，其疼痛行为一般比较夸张些，而性格内向者则比较隐蔽些。同时也受到环境及以往的经验的影响。影响评估疼痛行为的因素很多，属于社会心理因素，很多作者提出了一些专门名词。（7）“疾病的作用”这是Parson提出的，是社会动机造成的，患者为了逃避某些社会责任而强调疼痛的严

重性。而Pliowsky把此称之为“异常的疾病行为”，因为没有病理学基础可以解释此疼痛强度现象。在慢性疼痛患者中，此种“疾病的作用”根据不同的目的和动机，可以区分为3种情况：初级收益：这是自身的心理机制所造成，为了减少或防卫无法接受的感情问题或矛盾；次级收益：是从环境或别人处得到好处；三级收益：除患者以外的人获得收益，主要是患者家属得到经济上或工作上的补偿。以上这些现象是自发反应的持续和加剧，称之为正性增强机遇。一旦当这些条件从环境中消失以后，自发反应又回归到自然状态。

(8) 应付对策为了控制或减轻疼痛而采取的措施或对策。在有效的应付技巧下。疼痛行为不明显，评估可产生偏差。应付对策可分为认知性和行为性的。1) 认知性应付对策：分散注意力如默默演算记数或思索一歌曲；对疼痛感觉解释为另一种感觉，如把疼痛当作麻木来看待；自述应付：告诉自己要勇敢、要坚持；医学教育|网搜集整理 抹煞疼痛感觉：告诉自己这并不痛；祈祷和希望：祈求老天，让疼痛不再持久下去；遭受劫难思想或反面性自述：整天烦恼关于疼痛是否有结束的时候。2) 行为性应付对策：增加活动：积极从事某些活动以分散注意力，如参加家务劳动；增加显露性止痛行为，如服药。(9) 不和谐疼痛患者的症状和病理学情况不协调，表现为比实际疼痛更为强烈的疼痛，出现较大的体格上的障碍及功能不良，患者常有精神萎靡、抑郁。这是由于患者企图实施应付对策而无效，或应付对策的实施呆板、僵硬或过分，或不坚持，或无信心，以致不能控制疼痛或不能减轻疼痛，从而失望。(10) 隐蔽性疼痛行为传统意义上只是把显露性的、有动作的行为看作为疼

痛行为。其实，隐蔽性疼痛行为，如想法、心理的感觉、意象等也是能被察觉出来的及被辨认出来的刺激物、自发反应、增强物，以致使疼痛行为的不良适应持续下去。（11）诈病在没有疾病的情况下，有意装成病痛的模样，例如：患者对药物有依赖性 or 成瘾性，这类患者为了获得所求的药物，不择手段地设法欺骗医务人员。（12）装腔作势、矫揉造作的不健全性格由于社会关系的不好而造成性格上不健全，以致在疼痛行为上的表现也与众不同。（13）转化性癔病表现为精神过度紧张，故而夸张了疼痛行为的表现。精神心理因素和性格上的异常均可以影响疼痛行为的评估。心理学家可以通过一些调查和面谈而证实。有关心理因素的调查的设计有许多，例如：明尼苏达多相性格目录，贝克情绪压抑目录，汉密尔顿抑郁评级法，美国精神病协会心理不健全的诊断和统计手册等。来源：考试大的美女编辑们

### 3.患者对疼痛体验和自报

这又称为主观的自报，依靠患者自己对疼痛体验的描述，但对疼痛程度和性质的评估，不可避免地带有偏见性，因为患者的内省和表达方式上存在着个体差异，特别是那些因剧烈疼痛而丧失正常功能的患者，对疼痛产生错误的概念及产生功能障碍性认知或虚假的认知。认知包括信念、态度和期望。为了避免这种偏见性，就有必要建立一套固定标准的信息交流系统，使对疼痛的描述和解释达到高度的统一性、一贯性和可靠性。由于疼痛是一种复杂的知觉或内活动现象，所以多方位调查的最低要求是对疼痛强度、疼痛缓解、情绪或情感及意向等作分别测定。疼痛体验和自报方式有两类：描述法和交叉匹配法。（1）描述法这是一种直接而简单的方法，选择一些描绘不同的疼痛强度和情绪的字汇，

将字汇分级表示疼痛的严重程度和情绪状态。有些字汇之间的差别非常细微、患者难于辨别。1) 疼痛强度从轻到严重的描绘：刚能觉察到的；非常弱的；弱的；轻微的；中等的；强的；强烈的；严重的；非常强的；剧烈疼痛的。2) 不愉快的描绘：受得了的；令人分心的；忍得了的；不舒适的；讨厌的；苦恼的；可怜的；可畏的；受不了的；痛苦的。(2) 交叉匹配法用另一种方式来类比疼痛的程度，例如：吩咐患者进行挤压皮囊，以皮囊内压力来表示疼痛程度，以后谈到的视觉模拟评分法也属于交叉匹配法。Hardy等曾建议病理性疼痛用“多尔”来测定，作为痛单位，即用热刺激引起实验性疼痛的强度和病理性疼痛相匹配。Kast用一机器夹在指尖上，患者自己加压，或用止血带加压等实验性疼痛作为测定“多尔”的方法。根据Hardy的实验结果看，从第一个微小痛感觉至不能忍受的痛感觉，可以有23个被人察觉出来的级别。疼痛的度量衡的方式有4种：列名称法（每个名称赋予数值）；次序法；间距法；比率法。这些方法均可以通过详细说明数学的转化变换而得到衡量疼痛程度的具体数值。疼痛测试方法有三大类：口述描绘评级法：这是最为原始的方法，包括3~6个级别的描绘词，在次序的衡量上给予数量化；视觉模拟评分法：此方法有多种不同式样的设计，也是最为简便的方法，属于交叉匹配法和以间距法衡量疼痛强度；调查表法，或称问卷法、目录法。这个方面的设计很多，有综合性的或通用性的，有专用性的。通用性的可应用于各种不同疾病的疼痛，如麦克盖尔疼痛综合调查表，西海文—耶鲁多方位疼痛目录法，威斯康辛疼痛简明目录法，疼

痛评估记忆卡，范特疼痛治疗目录，情绪状态描绘法等；专用性调查表是专为某一种疾病或某种特殊情况制定的，如背痛功能障碍调查表、膝关节痛调查表、肩关节痛调查表，儿童疼痛调查表等。

4.生理生化参数 临床上很少有人采用生理生化参数作为评估疼痛程度的手段，但是疼痛引起的生理生化变化是肯定的，例如：慢性疼痛患者的皮质类固醇升高，血浆  $\alpha$ -1-酸性糖蛋白升高，血胆固醇和  $\beta$ -脂蛋白降低，血浆及脑脊液中的  $\beta$ -内啡肽降低。国内学者曾在28名癌痛患者中测血浆  $\beta$ -内啡肽含量，如疼痛程度越严重，其含量越低，经过治疗，疼痛减轻，血浆  $\beta$ -内啡肽有所升高。急性疼痛时， $\beta$ -内啡肽升高。风湿性关节炎的患者疼痛缓解时，尿儿茶酚胺减少。因而，生化参数的参考价值仍需深入研究。由于肌收缩引起的头痛，曾做肌电图检查，但是头痛与肌电图之间的符合性差。在反射性交感性痛性营养障碍患者中，皮肤电位及肌电波的振幅明显的低于正常人的波形，而且不规则，但这些表现与疼痛之间的关系有待研究。

5.副癌综合征 来源：考试大 在临床上，凡癌症患者，疼痛是非常强烈的。此综合征是因癌症引起、促进并同时存在的疼痛性疾病，但是又不直接和恶性组织病灶相关。疼痛的强度无法用恶性肿瘤的大小、转移范围和部位等来解释。甚至经过放疗和化疗后，肿瘤缩小，而疼痛反而加剧。而且疼痛部位与肿瘤部位毫无关系。此综合征可出现在支气管癌、胃癌、乳腺癌、胰腺癌、前列腺癌、卵巢癌、肝细胞癌及恶性淋巴瘤。表现为皮炎、肌病、多发性肌炎和肌硬结引起的肌痛；医学教育|网搜集整理类风湿性关节炎及多发性肌痛性风湿病引起的肌肉和关节痛；肥大性骨关节病引起的骨痛；血液高凝性病引

起的栓塞、血栓形成及血栓静脉炎引起的疼痛。晚期癌症患者常由于全身衰弱而易感染，如褥疮、口咽部念珠菌病及带状疱疹等，均异常疼痛；类癌释放血清素及其代谢产物引起的关节痛；服用酒精后由于其血管活性作用而引发肿瘤疼痛；这些情况均被包罗在此综合征范围内。更多信息请访问：[百考试题医师网校](#) [医师论坛](#) [医师在线题库](#) [百考试题执业医师](#) [加入收藏](#) 相关推荐：2010年中医辩证辅导：头痛的问诊  
100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)