

<<疼痛学>>

图书基本信息

书名：<<疼痛学>>

13位ISBN编号：9787565901980

10位ISBN编号：7565901989

出版时间：2012-2

出版单位：北京大学医学出版社有限公司

作者：韩济生 编

页数：662

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## &lt;&lt;疼痛学&gt;&gt;

## 内容概要

随着人民生活水平的提高,以往不被重视的疼痛性疾病开始受到重视。

我国在1989年成立中国疼痛学会,1995年开始出版《中国疼痛医学杂志》,并通过各种学术活动,使我国疼痛医学得到了长足发展。

2007年卫生部发布“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),要求全国二级以上医院成立疼痛科,使中国疼痛医学发展如虎添翼。

为了适应这一形势,加速培养合格的疼痛医师,提高现有疼痛医师的专业水平,目前中国迫切需要一部疼痛学教科书。

此前,中华医学会疼痛学分会在卫生部和中华医学会统一组织下,出版了《临床技术规范·疼痛学分册》(2004)和《临床诊疗指南·疼痛学分册》(2007)。

在此基础上,我们组织全国60余位有关专家编写了这本《疼痛学》教科书,每位专家只写本人熟悉的领域,以保证书稿质量。

历经3年努力,本书终将出版。

全书分为总论(5篇,23章)和各论(6篇,27章)两部分。

总论内容体现了对疼痛发生机制的辩证的、平衡的观点。

不是把疼痛看做是机体对外部刺激的被动反应,而把它看做是刺激与机体两者之间能动的相互作用的结果。

在不同的机体状态下,同样的刺激可以引起不同程度的痛觉:疼痛既可以被削弱(抑制),也可以被加强(易化)。

在治疗疼痛时,既可以用药物或非药物方法阻滞伤害信息的传导以减轻疼痛,也可以激活自身抗痛系统的功能来削弱疼痛强度。

各论内容从疼痛发生部位上分为头面痛、躯体痛和内脏痛;从疼痛性质上分为急性痛与慢性痛。

急性痛以手术后痛为代表,慢性痛以神经病理性痛和癌症痛为重点,后两者均属于难治的顽痛。

最后一篇,介绍某些特殊疼痛及疼痛的护理。

总论与各论的内容可能有一定的重复。

例如总论中谈到用物理方法治疗疼痛的原理,在各论中还会具体介绍在特定部位、特定疼痛的物理治疗方法,两者互相补充。

随着科技进步,疼痛医师有可能将微量药物或物理因子精确投放到靶点,作用于有关神经分支或病灶精确部位,达到治疗目的,因此介入治疗和微创手术治疗成为疼痛治疗的核心技术之一。

但也必须警惕,在重视各种新技术的同时,绝不能忽视对患者的高度关怀与安慰,这是任何高级仪器和精巧技术所不能代替的。

疼痛医师是具有多学科知识背景的、对诊治疼痛性疾病具有专长的医护人员,绝不是“头痛医头、脚痛医脚”的匠人。

因此,必须对患者病情有全面的了解,进行个体化的细致分析,才能制订出周密的治疗方案。

疼痛医师可以来自麻醉科、骨科、神经内科、神经外科、风湿科、康复科……但不论其背景如何,都要经过一系列理论考核和实践培训,最终达到一位疼痛专业医师的基本要求。

本书就是从这样的观点出发来组织编写的。

同时,疼痛医师要继续不断与有关科室保持密切联系,向兄弟科室学习。

临床医师还应不断从基础学科吸取营养,用最新科技成就武装自己,才有可能使处于疼痛折磨下的患

<<疼痛学>>

者得到又好、又快、又省的治疗，使他们早日恢复健康，完成“免除疼痛是患者的基本权利”的神圣使命。

## &lt;&lt;疼痛学&gt;&gt;

## 书籍目录

## 第一篇 疼痛的感受

## 第一章 疼痛的定义和分类

## 第一节 伤害性痛

## 第二节 病理性痛

## 第二章 传入纤维和致痛因子及镇痛因子

## 第一节 伤害性感受器和痛觉传入纤维

## 第二节 致痛因子和镇痛因子

## 第三节 表达在初级传入神经末梢的主要受体和通道

## 第三章 痛觉上行传导通路和中枢结构

## 第一节 痛觉上行传导通路

## 第二节 痛觉相关的丘脑结构

## 第三节 痛觉相关的皮质结构

## 第四章 痛觉有关的神经递质和调质

## 第一节 神经递质 / 调质及其受体

## 第二节 疼痛通路中的神经递质 / 调质及其作用

## 第五章 疼痛的高级整合

## 第一节 痛觉的多种维度

## 第二节 疼痛情绪的中枢整合

## 第三节 疼痛感觉的中枢整合

## 第四节 痛觉高级功能的中枢整合

## 第六章 疼痛的测量和评估

## 第七章 疼痛实验动物模型

## 第二篇 疼痛的内源性调剂

## 第八章 下行抑制系统和易化系统

## 第一节 内源性痛觉调制系统的发现

## 第二节 内源性痛觉调制系统的主要核团

## 第三节 内源性痛觉调制系统的递质

## 第四节 内源性痛觉调制系统的脊髓通路

## 第九章 阿片及阿片受体系统

## 第三篇 疼痛的药物治疗

## 第四篇 疼痛的介入治疗及手术

## 第五篇 疼痛治疗的其他非药物疗法

## 第六篇 躯体痛

## 第七篇 内脏痛

## 第八篇 头面痛

## 第九篇 神经病理性痛

## 第十篇 癌症痛

## 第十一篇 特殊疼痛及与疼痛有关的问题

## &lt;&lt;疼痛学&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：第六章 疼痛的测量和评估 自20世纪初疼痛研究之始，疼痛一直被认为是一种纯粹的感觉体验。

然而，疼痛有着其独特的不愉快的情绪特性，即一旦发生，便被引起注意，并会中断正在进行的动作和思维，同时促使机体采取行动，尽快消除疼痛。

因此，只考虑疼痛的感觉性质而忽视其主动情绪反应是片面的。

这也是为什么麦尔扎克（Malzack）和凯西（Casey）建议从感觉辨识、主动情绪反应以及意识评估这三个与特定的生理传人系统相关的侧面来描述疼痛的原因（Melzack and Casey, 1968）。

众所周知，疼痛的辨识来自于脊髓系统的传导。

而疼痛的不愉快感受则是疼痛信息经由脊髓系统的慢传人通路到达网状—边缘（reticulo—limbic）结构而产生。

新皮层或更高级中枢在过去经验的基础上对传人信息进行评估，并据此控制辨识、运动系统的活动。

以上三方面的相互作用，最终形成：有关伤害性信息的位置、程度、时空特性的感觉信息；有关逃避、攻击的运动倾向；基于过去经验（即不同反应可能带来的后果）的意识信息。

这三种形式的活动都有可能对以疼痛为特征的复杂反应模式发生影响。

因此，1994年国际疼痛学会对疼痛的定义是：疼痛是一种与组织损伤或潜在的损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验。

1995年，美国疼痛学会主席James Campbell正式提出将疼痛列为人体的第五大生命体征。

患有急性或慢性痛的患者可以为研究疼痛及镇痛机制提供非常有价值的资料。

然而，只有正确评估疼痛的强度、感觉特性及时间过程，才有可能甄别不同的疼痛综合征，作出明确的疼痛诊断，并为如何采取有效的治疗手段提供必要的依据。

因此，准确、及时的疼痛评估是疼痛治疗必不可少的一步。

疼痛的评估工具可谓多种多样，目前常用的测定方法有：痛阈测定法、间接测定法、客观测定法、主观测定法和行为测定法。

痛阈测定法主要测定患者的感受阈和耐痛阈，测量的结果受主观因素影响较大。

间接测定法是观察疼痛对机体生理功能的影响，如根据术后患者血压、心率的变化程度，从而间接评价疼痛的程度。

该法精确性较差。

客观测定法是利用脑电图、诱发电位等客观指标观察和评价疼痛，如利用痛觉诱发电位测量疼痛，但需要昂贵的仪器设备，广泛应用尚有困难。

目前，临床疼痛评估常用的是疼痛强度量表、问卷表等主观测定法。

## <<疼痛学>>

### 编辑推荐

《疼痛学》是为了更好地培养合格的疼痛医师，提高现有疼痛医师的专业水平，由韩济生院士组织全国60余位有关专家、教授而编写的。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>