

全球抗急性疼痛年

PAIN

2010年10月至2011年10月

急性疼痛医学：证据在哪里？

简介

在过去的二十年里，支持急性疼痛医学的证据大大增加。急性疼痛的生理学和心理学知识已经取得很大进步，急性疼痛的测量方法已经改进，新型急性疼痛药物和方法已经出现，急性疼痛缓解已在包括术后疼痛、创伤、烧伤痛、脊髓损伤、背痛和急性病症的许多临床状况中取得进步。此外，急性疼痛控制的需求已得到各种临床环境，尤其是术后护理、重症监护病房、急诊科与院前护理的认可。伴随着这种进步，特定患者人群的需求已经引起人们的重视，这些患者人群包括儿童和老年患者、孕妇、认知受损患者、肾或肝脏疾病患者，以及阿片类药物耐受的患者。

不仅证据的数量增加，而且证据的质量改善，现有证据的范围已经扩大。急性疼痛医学的实践远远超出目前的术后疼痛控制。此外，重点已转移到超出良好疼痛缓解的结果，如术后发病率下降并在手术后、伤害或急性病症发展为慢性疼痛的风险降低。

获得证据中的协助

发表证据的机构不能指导临床实践，除非它是有组织、是合成的，而且是目前的证据。鉴于现有急性疼痛的研究数量迅速增加，从证据中提取知识构成了严峻的挑战。幸运的是，存在许多工具便于这项工作，包括系统性回顾、证据总结、临床实践指南和镇痛“排名”表。

- **定量系统性回顾**（元分析）是证据的“最佳”水平。具体急性疼痛治疗相关的最全面的系统性回顾来源是 **Cochrane 图书馆 [2]**。
- **临床实践指南**为治疗提供具体的循证指导。该指南可以解决特定疼痛症状，如手术或其他创伤引起的疼痛、背部疼痛或偏头痛，有不同需求或特定环境的患者人群的病症。例子载于表 1。

表 1

组织	指南	网站
愿景 (PROSPECT)	程序特定的术后疼痛控制	www.postoppain.org/frameset.htm
欧洲局部麻醉与疼痛治疗协会	术后疼痛控制：临床操作规范	www.esraeurope.org/PostoperativePainManagement.pdf
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (医学科学社团联合会)； Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) (疼痛治疗跨学科协会)，德国	Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (手术期间和急性创伤后的疼痛指南) [德语]	www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/
儿科麻醉师协会，英国	术后和程序性疼痛临床操作规范 (2008 年)	www.britishpainsociety.org/book_apa_part1.pdf www.britishpainsociety.org/book_apa_part2.pdf
麻醉、镇痛、复苏和重症监护协会 (SIAARTI)，意大利	2010 年术后疼痛治疗的 SIAARTI 建议。简短版 (2010 年)	www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2010N08A0657
美国儿科学会胎儿和新生儿委员会、美国儿科学会外科分部、加拿大儿科协会胎儿和新生儿委员会	新生儿的疼痛预防和控制：更新 (2010 年)	http://aapolicy.aappublications.org/cgi/content/abstract/pediatrics;118/5/2231
美国麻醉医师协会	手术期间环境中急性疼痛控制的实践指南	www2.asahq.org/publications/pc-115-4-practice-guidelines-for-acute-pain-management-in-the-perioperative-setting.aspx

- **全面的证据总结**为许多不同病因的急性疼痛控制提供了最新的和“现有最好的”概述，尤其是手术后和创伤后造成脊髓损伤、烧伤，以及急性疼痛相关的各种病症如偏头痛、带状疱疹、血液疾病或癌症。证据总结还回顾并浓缩给定药物、镇痛技术或疼痛状况的具体证据。他们还有利于将出自一种环境的很好的证据外推到缺乏高质量证据的另一种环境。例子包括证据从动物外推到人、从实验室到临床，或从急性疼痛到慢性疼痛情境。全面证据总结的一个例子是《急性疼痛控制：科学证据》，由澳大利亚和新西兰麻醉学院和疼痛医学系公布 [3]。这份文件不是临床指南。
- **镇痛排名表总结**从给患有中度至重度疼痛的患者服用个别药物对比安慰剂的随机、双盲、单剂量研究的证据 [1]。这些表显示每种药物需要治疗的人数(NNT)。需要治疗的人数 (NNT) 是必须接受活性药物的患者人数，以实现相较于安慰剂，患者在 4 - 6 小时的治疗期间至少有 50% 的疼痛缓解。这些结果的解释需要谨慎。

在临床实践中运用证据

“循证医学是对个别患者的护理作出决定时认真、明确和明智地使用当前的最佳证据”

“好医生和医疗专业人员使用个别临床专业知识和最佳的现有外部证据，并且单独使用其一是不够的” [4]。

而最佳的现有证据可以而且应该指导急性疼痛控制，目前的证据质量、适用性和一般性有限。临床试验关注患者样本的均值，但执业临床医师一次治疗一名患者。很少有患者接近样本的均值，个体差异很大。临床医师在控制急性疼痛时必须考虑每个病例的独特因素以及已公布的证据。

References

- [1] Bandolier. Oxford league table of analgesics in acute pain. 2007. Available at: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/Acutrev/Analgesics/Leagtab.html>.
- [2] Cochrane Collaboration. Cochrane library. Available at: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>.
- [3] Macintyre PE, Scott DA, Schug SA, Visser EJ, Walker SM. Acute pain management: scientific evidence, 3rd edition. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine; 2010. Available at: <http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/books-and-publications>.
- [4] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>.