

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2021.02.001

• WHO 疾病分类 •

慢性原发性疼痛*

摘要 本文介绍 ICD-11 (国际疾病分类-11) 中有关慢性原发性疼痛 (Chronic primary pain, CPP) 的诊断标准。疼痛持续或反复发作超过 3 个月, 伴有显著的情绪情感异常或功能障碍, 且排除其他慢性疼痛性疾病时, 可诊断为慢性原发性疼痛。与所有疼痛一样, 本文为理解慢性原发性疼痛设定了一个生物、心理和社会环境整合模式, 认为慢性原发性疼痛的各亚型都是由生物、心理和社会因素的相互作用诱导产生。与 DSM-5 和 ICD-10 的观点不同, ICD-11 对慢性原发性疼痛的诊断不具有确定的生物或心理诱因, 但需排除其他诊断。若有明确的原发疾病, 并且疼痛是该疾病的继发症状, 则诊断为慢性继发性疼痛。本文的目的是创建一个对全科医疗和专业疼痛管理皆适用的诊断分类, 以便改进个体化治疗计划, 同时对每个诊断分类提供更加准确的描述, 为临床医师和研究人员提供帮助。

关键词 ICD-11; 分类; 慢性疼痛; 慢性原发性疼痛; 复杂性区域疼痛综合征; 慢性弥漫性疼痛; 纤维肌痛; 头痛; 口面部疼痛; 内脏痛; 肌肉骨骼疼痛; 特发性疼痛 (Idiopathic pain); 功能性疼痛

一、慢性原发性疼痛的背景

除了头痛之外, 国际上有两种主要的慢性疼痛诊断分类系统: 美国精神医学学会 (APA) 发布的精神障碍诊断和统计手册 (DSM) 和世界卫生组织 (WHO) 发布的国际疾病分类 (ICD)。然而, 两者都缺乏对慢性疼痛性疾病的描述。尤其是这两个系统均不能反映过去 20 年来疼痛研究的进展, 并且缺乏明确的临床治疗指导意义。例如, ICD-10 仅把疼痛归因于潜在的病理生理机制。当缺乏明确的病理生理学病因, 而生理、心理和社会因素有可能导致慢性疼痛的发生时, ICD-10 仅提供了“躯体形式疼痛障碍”这一个选项。当病理生理因素也参与时, 则不能使用该分类。

这些概念的差别在临床治疗上具有重要意义。正如泰勒及其同事所言, 如果我们接受慢性疼痛是一种疾病或一种长期状态, 那么治疗理念可能会从生物医学模式转变为生物-心理-社会模式, 前者视慢性疼痛为症状, 而后者将慢性疼痛视为一种疾病或长期的状态。为尝试解决 ICD 中慢性疼痛表述的问题, 德国改编版 ICD-10 (ICD-10-GM) 引入了“伴有躯体和心理因

素影响的慢性疼痛疾病”的概念, 这是承认躯体和心理因素具有同等作用的重要一步。该诊断概念仅局限于德语系国家, 且分类隶属于精神病学。从概念和临床上, 显得过于宽泛; 可以应用于大多数慢性疼痛疾病, 但不能区分疼痛亚型。本文所提出的慢性原发性疼痛 (Chronic primary pain, CPP) 概念有明确的定义, 不受精神疾病中不恰当分类的影响, 且可分为各种亚型, 克服了以往概念上的局限性。目前将慢性疼痛定义为长期疾病, 很大程度上是因为对疼痛的心理、社会和中枢神经系统发病机制认识的进步, 许多既往无法解释的疼痛现象因此得到进一步明确。而这些进展也意味着对慢性疼痛疾病进行分类时承认慢性疼痛可能是多因素相互作用的结果。将疼痛归因为“躯体性”或“心理性”的情况在诸多方面已经过时。既往被认为是“躯体性”的慢性疼痛中, 心理因素 (如学习和应对等) 发挥一定的作用。例如, 慢性骨性关节炎 (现在被归类至“慢性继发性疼痛综合征”)。反之亦然, 生物学变化与心理过程密切相关, 这在生理性神经反应参与疼痛知觉变化中最为明显。这些变化在新的慢性原发性疼痛诊断体系

译者: 吕岩¹ 周华成² 林夏清³ 吴莹³
审校: 宋学军^{3,4} 万有^{4,5} 樊碧发^{4,6} 韩济生^{4,5}

(¹空军军医大学西京医院疼痛科, 西安 710100; ²哈尔滨医科大学附属第四医院疼痛科, 哈尔滨 150001; ³南方科技大学疼痛医学中心 南方科技大学围术期医学研究中心, 深圳 518055; ⁴北京大学医学部疼痛医学中心, 北京 100191; ⁵北京大学神经科学研究所, 北京 100191; ⁶国家卫健委中日友好医院疼痛科, 北京 100029)

* 基金项目: 全国科技名词委“ICD-11 疼痛术语的审定研究”科研项目 (YB2019011)

△ 通讯作者 吕岩 13488156067@163.com; 宋学军 songxuejun@sustech.edu.cn



中会得到体现。新诊断体系将提供一个框架以整合目前 ICD 系统中仍然分散的疼痛疾病，并有助于关注其异同点。

二、分类的必要性

为了克服 DSM 和 ICD 既往和当前版本的缺陷，本文建议 ICD-11 采用新的慢性原发性疼痛诊断标准。在缺乏明确的生物或心理发病因素，且排除其他诊断的情况下，该诊断适用。本文旨在创建一个在全科医疗和专业疼痛治疗中均适用的分类体系。同时建议在对疼痛疾病进行分类时尽可能使用“阳性”术语，使用“可观察的”指标，并且尽量避免使用“排除性”诊断。

三、IASP 特别工作组 ICD 分类倡议

为了弥补慢性疼痛分类不准确和疾病导向型诊断不合适的缺陷，IASP 成立了一个与 WHO 密切合作的工作组，致力于建立一套系统优化的慢性疼痛分类方法。该分类方法仅适用于慢性疼痛综合征，而不适用于急性疼痛。慢性疼痛被定义为持续或反复发作超过 3 个月的疼痛。该定义标准与其他领域广泛使用的诊断标准相一致，具有可操作性。同时该定义根据疼痛强度、情绪情感异常或障碍以及疼痛对日常活动的干扰程度制定了慢性疼痛综合征严重程度分级。为进一步说明疼痛的严重程度，建议使用数字模拟评分量表对这三个指标进行分级。每个指标按 0~10（其中 0 = 无，10 = 最严重）进行评分，然后可以依据得分进一步划分为四个等级（0 代表不存在；1~3 = I 代表轻度；4~6 = II 代表中度；和 7~10 = III 代表重度）。ICD-11 将与《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) 协作，为疾病诊断提供更多参考。

本文提出的分类结合了 WHO 2018 年 6 月 18 日发布的 ICD-11。2017 年 WHO 通过 IASP 网站对上版本进行了在线编码和案例编码的现场测试。

四、慢性原发性疼痛的分类

许多慢性疼痛性疾病的病因学和病理生理学机制尚不清楚，但生物、心理和社会因素相互作用是其共同特征。目前，这些疾病的名称包括慢性弥漫性疼痛、纤维肌痛、复杂性区域疼痛综合征 I 型、颞下颌关节紊乱、肠易激综合征以及大多数背部和颈部疼痛等。以往描述该类疾病的术语是含糊不清或模棱两可的，如“非特异性”、“躯体形式”或“功能性”。“慢性原发性疼痛 (CPP)” 术语是 IASP 与 ICD-11 修订委员会进行广泛协商后确定的，预计会具有更广泛的接受度，尤其对于非专业人士。新的慢性原发性疼痛

定义没有深究病因学，尤其是避免使用过时的“生理性”与“心理性”二分法，同时也避免使用通过虚拟特征定义事物的排除性术语，如“非特异性”。另外，“功能性”这一术语的含义也有些含糊不清，有人认为其表示“完全是心理因素”，而有人则认为其表示“功能障碍”。“慢性原发性疼痛”的引入消除了这种歧义。慢性原发性疼痛定义为一个或多个解剖区域的疼痛，同时具有以下特征：①持续或反复发作超过 3 个月；②伴有显著的情绪情感异常，如焦虑、愤怒、沮丧或情绪低落和/或功能障碍，包括日常生活和社会交往等受到影响；③其他诊断无法解释现有症状。换言之，慢性疼痛的程度必须足以让病人寻求治疗。在所有疼痛疾病中，做出一个诊断之前，必须排除其他诊断，即在系列文章中描述的慢性继发性疼痛诊断：慢性癌性疼痛、慢性术后或创伤后疼痛、慢性神经病理性疼痛、慢性继发性头痛或口面部疼痛、慢性继发性内脏痛和慢性继发性肌肉骨骼疼痛。

1. 慢性原发性疼痛分类的总体框架

慢性原发性疼痛可发生在身体的任何系统（如神经、肌肉骨骼和胃肠系统）、任何部位（如面部、腰部、颈部、上肢、胸部、腹部、盆腔和泌尿生殖区），或多个身体部位（如弥漫性疼痛），这在分类的总体框架中有所体现。慢性原发性疼痛的各种亚型见图 1。ICD-11 中纳入的全部慢性原发性疼痛疾病的完整概述参见本文补充材料 (<http://links.lww.com/PAIN/A658>)。

在 ICD-11 最终版中，慢性原发性疼痛的诊断代码是 MG30.0。但是，如果该亚型不够准确，则可使用代码“未明确的慢性原发性疼痛 (MG30.0Z)”。希望这些亚型的信息能够更丰富，并且相互之间更容易区别。

2. 慢性原发性疼痛分类中的诊断代码

所有代码均具有上述慢性原发性疼痛的特征。慢性原发性疼痛是指发生在身体的一个或多个部位的慢性疼痛，持续或反复发作超过 3 个月，并且与显著的情绪情感异常和/或功能障碍相关。情绪情感异常可表现为多种形式，例如意志消沉、情绪低落、焦虑、愤怒或沮丧。功能障碍也包括干扰日常生活的很多方面，例如工作、睡眠或社交活动困难。除了这些共同特征之外，各种类型的慢性原发性疼痛均有其自身特征，可以进行鉴别诊断。

(1) 慢性弥漫性疼痛 (Chronic widespread pain, CWP): 慢性弥漫性疼痛是一种肌肉骨骼疼痛，涉及至少 4/5 的身体部位或大于等于三个身体象限（由身体的上下左右侧定义）和中轴骨骼（颈、背、胸、腹部）。慢性弥漫性疼痛具有慢性原发

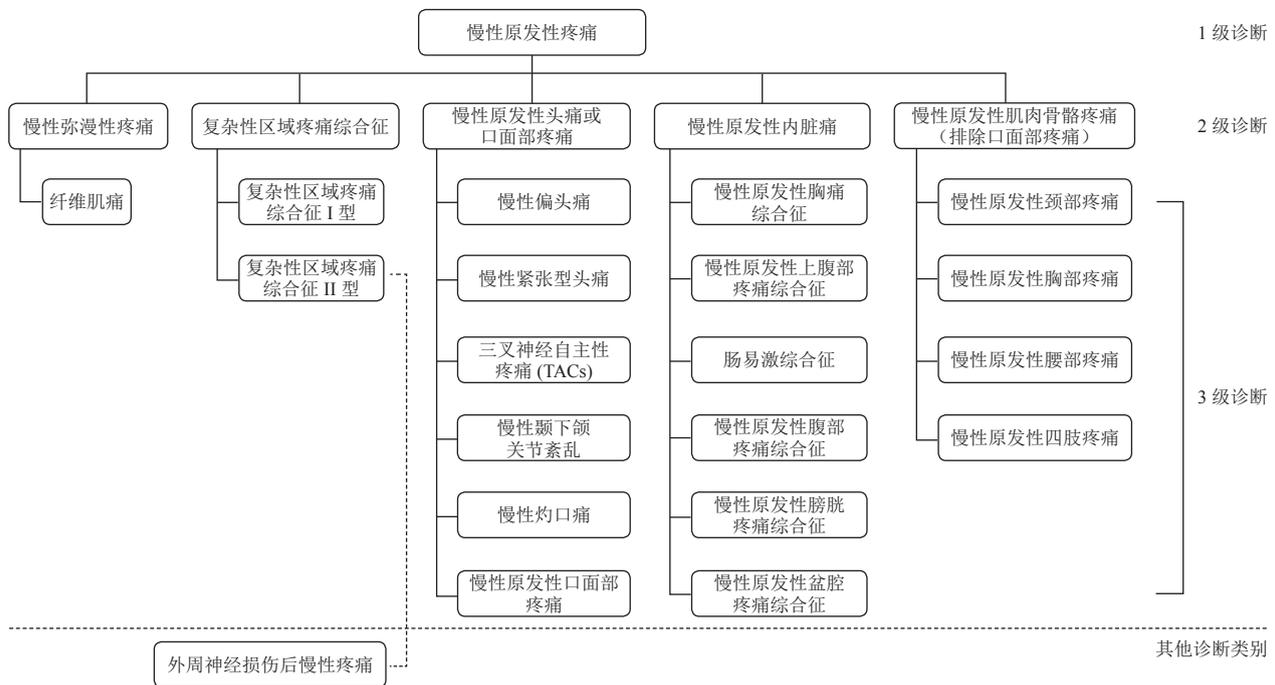


图 1 慢性原发性疼痛分类的总体框架
 1级和2级诊断是 ICD-11 版本中的一部分；3级诊断已加入基础层。根据 ICD-11 中多母级 (multiparenting) 的新概念，一个诊断结果可能隶属于多个诊断类别。

性疼痛的核心特征，即疼痛持续至少 3 个月，伴有显著的情绪情感异常和/或功能障碍。如果疼痛不是由局部的伤害性损伤直接引起，且存在与伤害可塑性疼痛 (Nociplastic pain) 一致的特征，例如受累区域的自发性或诱发性疼痛、伴有痛觉超敏 (Allodynia) 和/或痛觉过敏 (Hyperalgesia) 以及明确的心理和社会因素，则可以诊断为慢性原发性疼痛。慢性弥漫性疼痛常伴有睡眠障碍、肥胖、高血压和糖尿病等合并症。

纤维肌痛 (Fibromyalgia syndrome, FMS): 纤维肌痛是慢性弥漫性疼痛的一个亚型。纤维肌痛定义为至少 4/5 身体部位或至少 3 或 4 个身体部位出现疼痛，且伴随睡眠障碍、认知功能障碍和躯体化症状。上述症状持续至少 3 个月，且排除其他诊断。自 1992 年纤维肌痛被 WHO 首次认定为风湿性疾病，其定义被反复修订。一些专家倾向于保留纤维肌痛这一名称，以便对慢性弥漫性疼痛/纤维肌痛所包含的疾病进行更精准的描述，但此方法反映了定量而非定性的区别，其依据的标准尚未得到公认。

(2) **复杂性区域疼痛综合征 (Complex regional pain syndrome, CRPS):** 复杂性区域疼痛综合征也属于慢性原发性疼痛，其特征为疼痛呈区域性分布，通常始于创伤后的肢体远端，并且疼痛程度或病程与创伤程度不成比例。疼痛是自发的，但同时具有

典型的诱发痛。复杂性区域疼痛综合征的另一特征是受累区域的自主神经性 (autonomic) 和炎症性改变，这些症状可因个体和病程进展而有所差异。

病人受累肢体可出现痛觉过敏、痛觉超敏、皮肤颜色和温度改变、出汗、水肿、毛发和指甲生长改变、皮肤营养不良、力量减弱、患肢震颤和肌张力障碍以及局灶性骨质疏松症。部分表现可能与伤害可塑性机制 (Nociplastic mechanisms) 有关，也可能随着时间的推移而改变。在疾病晚期，一些病人可出现肌肉萎缩、关节和肌腱挛缩。复杂性区域疼痛综合征分为两种亚型：CRPS-I 型和 CRPS-II 型。两种类型均可继发于创伤，但 CRPS-I 没有外周神经损伤，而 CRPS-II 需要有外周神经损伤的证据。CRPS-I 与伤害可塑性机制相关，而 CRPS-II 与神经病理机制 (neuropathic mechanisms) 相关，但最近的研究对既往确立的两种 CRPS 亚型的区别又提出了质疑。复杂性区域疼痛综合征的定义也是 ICD-11 中自主神经系统疾病章节的一部分，并且与慢性原发性疼痛有交叉联系。

(3) **慢性原发性头痛或口面部疼痛 (Chronic primary headache or orofacial pain, CPH, CPOFP)**

慢性原发性头痛或口面部疼痛是指疼痛情况每月至少发作 15 天，且持续超过 3 个月。未治疗时每天疼痛持续时间至少为 2 小时，或每天可能出现

几次短暂发作。其他需要考虑的慢性头痛或口面部疼痛的诊断归属于慢性继发性头痛或口面部疼痛。大多数情况下,根据病人最近或过去1年内出现的头痛或口面部疼痛的症状确定诊断。慢性原发性头痛或口面部疼痛包含数种亚型,对病人头痛或口面部疼痛的不同类型(distinct type)、亚型(subtype)或子类型(subform)都要单独诊断和编码。当病人的诊断包括多个时,应依据对病人的影响按顺序列出。

慢性偏头痛(Chronic migraine):慢性偏头痛定义为每月至少有15天发作,且持续超过3个月的头痛,其中每月至少有8天具备偏头痛的特征。偏头痛是一种复发性头痛疾病,每次持续4~72小时。典型特征为单侧、搏动性、中到重度疼痛,日常活动可加剧疼痛程度,并伴随恶心和或畏光及畏声症状。

慢性紧张型头痛(Chronic tension-type headache, CTH):慢性紧张型头痛是一种常见的阵发性头痛,每月至少有15天发作,每天至少2小时,持续超过3个月。通常情况下为双侧的、压迫或紧缩的、轻到中度的头痛,持续数小时至数天或持续不缓解。疼痛不因日常活动加剧,但可伴随轻度恶心、畏光或畏声症状。

三叉神经自主性头痛(Trigeminal autonomic cephalalgias, TACs):三叉神经自主性头痛多表现为单侧头痛,通常伴随同侧显著的颅副交感神经的自主神经性特征(如流泪、流涕、鼻充血和眼睑水肿)。常用的诊断名称还包括丛集性头痛(Cluster headache)、阵发性偏头痛(Paroxysmal hemicrania)、短病程单侧神经性头痛发作(Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks)以及持续性偏头痛(Hemicrania continua)。如果发作持续1年或更长时间没有缓解,或缓解期短于3个月,则认为是慢性三叉神经自主性头痛。

慢性颞下颌关节紊乱(Chronic temporomandibular disorder, TMD):慢性颞下颌关节紊乱是最常见的慢性面部疼痛综合征之一,疼痛可累及颞下颌关节(Temporomandibular joints, TMJ)、咀嚼肌和相关组织。颞下颌关节紊乱定义为至少在3个月内一半以上时间发作,且每天发作时间在2小时以上的慢性口面部疼痛。至少有2种表型:肌筋膜慢性颞下颌关节紊乱疼痛(咀嚼肌疼痛)和颞下颌关节痛(颞下颌关节痛或相关组织的疼痛)。另外还存在其他慢性继发性颞下颌关节紊乱疾病。

慢性灼口痛(Chronic burning mouth pain):慢性灼口痛是一种慢性口面部疼痛,其特征是口内灼烧

感或感觉迟钝,至少在3个月内一半以上时间发作,且每天发作时间在2小时以上,临床观察和查体均不能发现明显病变。慢性原发性灼口痛的诊断应区别于继发性灼口综合征(如念珠菌病或维生素B₁₂缺乏症)。目前慢性灼口痛根据其是否伴有躯体感觉障碍分为两种表型。

慢性原发性口面部疼痛(Chronic primary orofacial pain):慢性原发性口面部疼痛是口腔和面部区域的慢性疼痛,其与显著的情绪情感异常和/或功能障碍有关,且排除其他慢性原发性或继发性口面部疼痛。(译者注:此类疼痛没有被继续包含在ICD-11版本中)。

(4)慢性原发性内脏痛(Chronic primary visceral pain, CPVP)

慢性原发性内脏痛是指源于头颈部、胸部、腹部、盆腔区域的内脏器官病变,属于慢性原发性疼痛,是内科主要疾病之一。每种内脏痛的牵涉痛都有相应特定的解剖位置。慢性原发性内脏痛包括头颈部消化系统的内脏疼痛、胸部区域疼痛(如非心源性胸痛和食管反流症)、消化系统脏器引起的腹部区域疼痛(如上腹痛综合征、肠易激综合征、中枢介导腹痛综合征和胆道运动障碍),以及消化系统、泌尿系统和生殖系统内脏受累引起的盆腔疼痛(如膀胱疼痛综合征、肛门痉挛、慢性盆腔疼痛和慢性睾丸疼痛)。之前版本中以“功能性”命名的几种诊断类型,将被纳入慢性原发性内脏痛并重新命名。慢性原发性内脏痛包含多种亚型。

慢性原发性胸痛综合征(Chronic primary chest pain syndrome, CPCPS):慢性原发性胸痛综合征是指反复发作的原发性胸骨后疼痛,其解剖位置与典型食管源性牵涉痛位置一致。疼痛持续超过3个月,至少在确诊前6个月开始出现症状,每周至少发作1次。不伴随烧心、吞咽困难等其他食道症状。需要排除反流性疾病、其他黏膜疾病(如嗜酸性粒细胞性食管炎)或动力性疾病(如贲门失弛缓症、Jack Hammer食管和弥漫性食管痉挛)、心脏病变、胃灼热、吞咽困难及慢性继发性内脏痛等疾病。疼痛常出现于胸腔的体壁组织(皮肤、皮下组织和肌肉),该区域与食道具有相同的感觉神经支配(内脏牵涉痛),疼痛有时会像心绞痛一样放射至手臂和下颌。在这些躯体部位,可能会发生继发性痛觉过敏(伤害性刺激原发部位以外的区域对有害刺激的敏感性增加)。这些症状既往使用“非心源性胸痛”解释,但使用否定性诊断来描述疼痛不够恰当,不推荐使用。(译者注:此类疼痛没有被继续包含在ICD-11

版本中)。

慢性原发性上腹部疼痛综合征 (Chronic primary epigastric pain syndrome, CPEP): 慢性原发性上腹部疼痛综合征是指发生于上腹部区域的慢性原发性疼痛, 其解剖位置与来自特定内脏器官的典型牵涉痛位置一致。与 ROME IV 标准一致, 疼痛的特点是上腹部疼痛或烧灼感, 可在禁食期间发作, 也可在餐后发作, 甚至可在餐后缓解。症状可能与餐后不适综合征重叠, 后者与膳食引起的消化不良症状有关。至少在确诊前 6 个月开始出现该症状, 其严重程度足以影响正常活动, 在过去的 3 个月内每周至少有 1 天发作。疼痛可出现于腹壁组织 (皮肤、皮下组织和肌肉), 而这些部位与大肠或小肠具有相同的神经支配 (内脏牵涉痛)。与其他慢性原发性疼痛的诊断一样, 确诊为慢性原发性上腹痛综合征应根据上消化道内镜等检查排除其他诊断。若存在餐后上腹胀气、嗝气和恶心, 应排除胆道疾病引起的疼痛。若出现持续性呕吐则提示可能存在其他疾病。其他消化系统症状 (例如来自胃食管反流疾病和 IBS 的症状) 可能与慢性原发性上腹痛并存。

(译者注: 此类疼痛没有被继续包含在 ICD-11 版本中)。

肠易激综合征 (Irritable bowel syndrome, IBS): 肠易激综合征是最常见的慢性原发性腹痛病症之一, 是一种肠道疾病。肠易激综合征的诊断: 至少最近半年以来反复出现腹痛, 近 3 个月中每周至少 1 天出现反复发作性腹痛, 且伴有以下两项或两项以上症状: ①症状发生与排便相关; ②症状发生伴随排便频率变化; ③症状发生伴随排便性状 (外观) 的变化。肠易激综合征亚型包括: 以便秘或腹泻为主的肠易激综合征、混合性肠易激综合征, 以及非特异性肠易激综合征。

慢性原发性腹痛综合征 (Chronic primary abdominal pain syndrome): 慢性原发性腹痛是位于腹部的慢性原发性疼痛, 与显著的情绪情感异常和/或功能障碍相关。疼痛通常呈持续性, 与生理活动 (如进食、排便或月经) 没有关系或偶尔相关, 其解剖位置与来自特定内脏器官的典型牵涉痛位置一致, 需要排除慢性继发性腹痛。慢性原发性腹痛疾病可能与某器官或系统病变继发的病理学改变有关, 也可能与中枢神经系统的神经生物学、生理学、以及解剖学的一些变化有关。(译者注: 此类疼痛没有被继续包含在 ICD-11 版本中)。

慢性原发性膀胱疼痛综合征 (Chronic primary bladder pain syndrome, CPBP): 慢性原发性膀胱疼痛

综合征是指发生在膀胱区域的慢性原发性疼痛, 并伴有至少一种其他症状, 例如, 在膀胱充盈时疼痛加剧; 白天和/或夜间尿频, 并且能够排除感染或其他慢性继发性内脏疼痛的诊断。同时应考虑是否存在性功能障碍或下尿路功能障碍以及特殊类型的炎症。不推荐继续使用既往诊断术语, 包括“间质性膀胱炎”、“膀胱疼痛综合征”, 以及“PBS/IC”或“BPS/IC”。(译者注: 此类疼痛没有被继续包含在 ICD-11 版本中)。

慢性原发性盆腔疼痛综合征 (Chronic primary pelvic pain syndrome, CPPP): 慢性原发性盆腔疼痛综合征是指发生于盆腔区域的慢性原发性疼痛, 其解剖位置与来自盆腔的内脏器官的典型牵涉痛位置一致。根据症状, 排除其他可能的慢性继发性盆腔内脏疼痛疾病后可确诊, 包括长期炎症、血管和机械因素引起的慢性盆腔内脏疼痛。慢性原发性盆腔疼痛包括消化系统和泌尿生殖系统盆腔区域的疼痛。(译者注: 此类疼痛没有被继续包含在 ICD-11 版本中)。

(5) 慢性原发性肌肉骨骼疼痛 (除外口面肌) (Chronic primary musculoskeletal pain: other than orofacial)

慢性原发性肌肉骨骼疼痛是指发生于肌肉、骨骼、关节或肌腱的慢性原发性疼痛。慢性原发性肌肉骨骼疼痛按解剖部位可分为: 上部 (慢性原发性颈部疼痛)、中部 (慢性原发性胸痛)、腰部 (慢性原发性腰痛) 和四肢 (慢性原发性肢体疼痛)。病人可能在受累区域出现自发性或诱发性疼痛, 伴有痛觉超敏和/或痛觉过敏。在此, 将既往命名为“非特异性”肌肉骨骼疼痛的疾病进行了分类。(译者注: 此类疼痛没有被继续包含在 ICD-11 版本中)。

五、讨论

慢性原发性疼痛是 ICD-11 慢性疼痛分类中的一个新的诊断类型, 旨在包含一些知之甚少的病症, 同时避免模糊和较难理解的术语, 如“躯体形式的”、“非特异性的”或“功能性的”等。慢性原发性疼痛综合征本身可以被视为身体健康的良性疾病, 而在其他六类慢性疼痛疾病 (慢性继发性疼痛综合征) 中, 疼痛是其他潜在疾病的症状。“原发”和“继发”之间的区别是从国际头痛分类中引用而来, 此分类避免将疼痛的本质定义为“心理性”或“器质性”, 因为慢性疼痛除了生物因素外, 必然包括心理和社会因素。

最近, 除了伤害性和神经病理性机制, “伤害可塑性”这一概念最近作为第三种神经生理机制被提出, 被认为是某些慢性疼痛疾病发生的基础, 其

可能特别适用于解释慢性原发性疼痛。然而现阶段, 伤害可塑性疼痛机制与慢性原发性或继发性疼痛综合征之间的关系仍不清楚。这种新提法的应用正在进一步探索中。但应注意的是, 必须有临床和心理生理学证据来提示伤害感受性功能改变, 并且仅适用于存在痛觉过敏的病人。

与 ICD-11 中提议的其他诊断一样, 慢性原发性疼痛可以与任意分类指标相结合, 例如心理和社会因素, 以及疼痛严重程度(疼痛强度、痛苦和残疾的综合评分), 可以对严重程度分级进行编码, 并使其能够有助于临床交流和研究结果的解释。通过这些分类, 在使用相同代码情况下, 临床医师和研究人员将能够确定自己的样本参数是否与其他的研究相似。例如, 使用 ICD-11 的研究者, 不需要描述腰痛病人的参数, 也能够区分严重程度(轻度、中度和重度)并指导治疗(或不治疗)。这些代码还为全科医疗和专职的临床医师提供了一种用于评估慢性疼痛病人病情随时间变化的简单方法。

当然, 慢性疼痛的新分类必须具有可靠性和临床实用性。ICD-11 下一步将是鼓励实地试验, 以确定这些代码的心理测量属性及其效用。目前已经在 4 个国家进行的实地试验发现, 慢性原发性疼痛和慢性继发性肌肉骨骼疼痛是两个最常出现的诊断组, 疼痛专家和初级全科医师都可以明确进行诊断。与既往“心理性和躯体性”疼痛疾病之间的区别相比, 新分类具有更好的描述性。我们期待未来的评估能够证实此分类较先前的分类方法具有更高的重测信度和评分者信度。

本文建议, ICD-11 应该有条件的对所有慢性疼痛诊断进行分类, 而不是像 ICD-10 那样对其进行人为分割。本分类带来了诸多益处, 包括使用该分类进行全球健康统计数据的收集, 可以为这些统计信息选择不同的力度级别。慢性疼痛可分为原发性疼痛综合征和 6 种亚型的继发性疼痛综合征, 任何一种慢性疼痛的高级别诊断可以再分为一种 2 级诊断。WHO 计划让成员国自 2022 年开始使用 1 级和 2 级诊断报告健康统计数据。希望这将是一个有效的分类方式, 这种分类方式能够将迄今为止分散在整个 ICD 中的疼痛疾病整合在一个分级之下。此分类代表了健康统计数据中所有的慢性疼痛疾病, 将会进一步影响预防、治疗、康复和研究的健康政策

和资源分配。

ICD-11 中新的慢性原发性疼痛分类还有望改善疼痛管理的愈后, 因为如果一个人被归类在某种特定的疼痛分类中, 通过该分类可以推断此人的未知信息。实际上, 确定疼痛(亚)分类后, 临床医师和研究人员可以推测症状的可能原因、预测最可能的结果、估算发病时程及预后, 并优化治疗方案。慢性原发性疼痛的病例尤其需要识别疼痛发生的生理、心理和社会因素, 这为多模式干预疗法开辟了道路, 该疗法能够进一步阐明疼痛诱发因素, 增强治疗效果。德国使用国家变体代码 F45.41(伴有躯体和心理因素的慢性疼痛)的经验表明, ICD-10 中众多分散且具体的诊断通常比广义的慢性疼痛诊断更有助于指导治疗和资助。

多模式疼痛管理被认为是治疗慢性疼痛最有效的形式。未来需要的多模式疼痛管理的多种“变体”会是一个重要的研究课题。既适用于原发性慢性疼痛, 也适用于慢性继发性疼痛。期待新的分类诊断可以提供更有帮助的诊断分组, 以帮助执行该研究计划。另一方面, 应该认识到任何分类都可能引发同化偏倚, 这种偏倚可能会使人忽略个体的特殊特征, 而这些特殊特征对于个体化疼痛治疗有重要意义。ICD-11 的使用者应意识到潜在偏倚的存在, 从而减少偏倚带来的影响。

六、总结和结论

全球疾病负担项目报告中指出, 当慢性疼痛病因不明确, 但伴随显著的情绪情感异常和功能障碍时, ICD-11 通过慢性原发性疼痛综合征进行清晰分类, 以期避免既往慢性疼痛分类的相关问题。在同一分类中有六类慢性继发性疼痛综合征可供选择, 将有助于区分疼痛究竟是一种疾病还是一种疾病症状的长期状态, 这已在实地试验的研究中得到了证实。这种分类对明确的治疗和管理具有指导作用: 相对于单一模式的干预治疗, 针对心理、社会和生物学诱发因素的多模式镇痛方法, 会使中重度的慢性原发性疼痛病人获得更好的愈后。慢性继发性疼痛综合征还需考虑原发疾病的特异性治疗方法。此外, 慢性原发性疼痛在卫生统计数据的表述有望推进公共政策和相关研究的发展。

(Nicholas M, *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, 2019, 160:28-37.)