

美国疼痛医学专业简介

袁柯, 陆敏编译, 南登崑审阅

【关键词】 疼痛医学; 医学培训; 认证

【中图分类号】 R49; R441.2 【DOI】 10.3870/zgkf.2013.06.025

疼痛医学是与所有疼痛性疾病的诊断与治疗相关的医学学科,其广大的覆盖领域使疼痛医学成为多学科亚专业。1998年3月,美国物理医学与康复考试认证委员会(The American Board of Physical Medicine and Rehabilitation, ABPMR)与美国精神病学与神经病学考试认证委员会(The American Board of Psychiatry and Neurology, ABPN)联合美国麻醉医学考试认证委员会(The American Board of Anesthesiology, ABA)认可将疼痛处理的认识作为跨学科的亚专业,且上述委员会就此亚专业单独的认证标准达成一致,2002年3月,美国医学专业考试认证委员会(The American Board of Medical Specialties, ABMS)将此亚专业命名为疼痛医学。

1 主要涉及学科

疼痛医学曾经完全由麻醉学科来主导,而现在扩展到物理医学与康复学,神经病学与精神病学,但是麻醉学仍处于一个最为重要的地位。这4门学科的从业者从各自不同的视角看待疼痛患者,简言之,麻醉学为急慢性疼痛患者提供介入治疗方案,以及安全镇静、气道管理治疗措施。物理医学与康复学为疼痛患者的功能恢复提供骨骼肌肉系统的认知和治疗方案。神经病学提供中枢及外周神经系统以及对其造成创伤性、中毒性或代谢性损伤的知识,精神病学提供疼痛感觉的社会心理学视角以及疼痛、抑郁、药物滥用相互关系的认知。在过去的十几年里,美国的物理医学与康复学医生投入到疼痛医学培训项目中成为一个重要的发展里程碑。康复医学专业有其特殊性,其会同时关注疼痛问题以及功能障碍问题,而这两者会对个人及社会都造成严重的经济负担。通过帮助疼痛患者恢复功能,有助于减轻其经济负担并提高生活质量。

2 疼痛医学亚专业要求

2.1 认证 2014年开始,所有申请者必须是 AB-PMR, ABA 或 ABPN 的专科医生,并通过原专业委员会申请疼痛医学亚专业的专业认证。其他 ABMS 成员委员会的专科医生也可申请疼痛医学亚专业的专业认证,只要他们所在委员会是疼痛医学考试的联合主办者。已经通过 ABPMR 疼痛医学专业认证的其他 ABMS 成员委员会的专科医生可以通过 ABPMR 继续维持认证(maintenance of certification, MOC),即使他们原有的专业委员会并不是疼痛医学考试的联合主办者。

2.2 执业批准 申请人必须在认证前就提供至少在美国的一个管辖区域、本土或加拿大的现行、有效、非限制性行医执照。

3 亚专业医学培训

美国疼痛医学培训目的是让培训者学习多种医学学科知识,从而在完成培训后,疼痛专业医生将拥有足够的技能为复杂的疼痛患者提供足够、适当和全面的治疗。要求必须在完成住院医师实习后再完成毕业后医学教育认证委员会(the Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)确定的为期1年的疼痛医学专业培训项目。

3.1 医学实践培训主要内容与要求 ACGME 疼痛医学培训项目包括普通疼痛医学与进一步的介入医学实践培训两方面的内容。每一方面的内容都有其需要完成的基本病例量或操作量。①普通疼痛医学实践:普通疼痛医学实践所要求的核心技能包括上述四个学科专业领域的知识和技能,物理医学与康复学领域要求全面掌握肌肉骨骼以及神经肌肉问题的病史采集和体格检查,急慢性疼痛诊断,理解物理治疗及电诊断研究的意义等,此项最小病例数为每年15例,临床评定及康复计划,每年5例;神经病学领域要求掌握神经系

收稿日期:2013-08-15

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院康复医学科,武汉430030

作者简介:袁柯(1986-),男,硕士,主要从事神经电生理方面的研究。

统病因诊断,全面的神经系统体格检查,每年5例,掌握脑部、颈椎、胸椎及腰椎的MRI和CT,每年5例;麻醉学领域要求掌握建立静脉通路,每年5例,掌握包括面罩通气的基本气道管理方法,每年15例,气管插管,每年15例,镇静措施,每年15例,神经性镇痛,每年15例,胸腰椎硬膜外注射置管技术,每年15例;精神病学麻醉学领域要求掌握全面的精神病病史采集及体格检查,开放的诊断及治疗选择,必须理解包括认知行为疗法的精神病治疗原则和方法,了解疼痛药物的疗效,每年15例。要求培训医师参与医院内病患管理,评定和管理住院病人包括癌症疼痛的慢性疼痛,至少收集15个新病例,评估和管理住院病人的急性疼痛,至少收集50个新病例,对至少50例门诊疼痛患者进行连续诊治2个月以上的时间,至少对25个病例实施传统介入技术,参与20个门诊或住院病例的癌痛管理,10例门诊或住院病例的临终关怀,鼓励评估与管理儿童疼痛病例,对此不设最低病例数要求。②介入医学实践:培训者还需要亲身实践一系列进展性介入技术,包括影像介导下的颈椎髓内注射技术,至少操作15次,影像介导下的腰椎髓内注射技术,至少操作25次,主要关节或滑膜囊注射10次,关键点注射20次,交感神经阻滞10次,化学及放射方法的神经损毁技术5次,包括椎间盘造影在内的椎间盘操作10次,脊髓刺激3次,植入永久性脊髓给药装置3次等。

3.2 主要教学课程 普通疼痛医学与介入医学专业培训同时贯穿有正规的教学课程,这些教学课程主要包括疼痛评估(疼痛的解剖学;生理学和药理学;疼痛的评估及管理,包括神经系统检查、骨骼肌肉检查以及心理评估、诊断性研究、肌筋膜疼痛、神经病理性疼痛、头痛、颌面痛及风湿性疼痛),疼痛治疗(阿片类药物;非阿片类药物;抗惊厥,抗抑郁以及混合类药物;认知行为疗法;解毒概念;功能和职业康复),课题研究及伦理(疼痛动物模型;流行病学;安慰剂反应;患者及实施者安全性;多学科疼痛医学;疼痛研究的设计和和实践),疼痛介入疗法(气道管理技能;镇静/镇痛;荧光成像及辐射安全性;局麻药及其他注射药物的药理学特性;激痛点注射;周围神经及颅神经阻滞;髓内注射包括椎间关节、硬膜外注射;滑囊和关节腔注射;交感神经节阻滞;脊髓刺激及髓内药物输送通路)等内容。

4 疼痛医学考试与认证

培训者在成功完成疼痛医学培训项目后才有资格由培训项目导师推荐参加疼痛医学考试,疼痛医学考试是包括200道选择题的计算机考试,按照每部分100道题分为两部分,每部分考试时间为2h,一旦考生

从第一部分考试中退场,他就不能再重新返回此部分,两部分间有20min休息。每道题均有4个选项,考生从此4个选项中选择最佳答案。考试由组成考试委员会的主办专业的代表组织,根据疼痛医学考试大纲命题。考试由ABA管理,通过考试后ABPMR承担亚专业认证,结果公示3个月后为申请者邮寄证书,证书有效期为10年,第10年的12月31日到期,然后需要进行MOC程序,MOC要求申请者必须在证书到期前(前一周期的第7~10年)再次通过疼痛医学机考MOC考试,MOC申请者至多有3次考试机会,否则又要重新参与ACGME培训项目。疼痛医学证书持有人必须同时持有原专业证书,若原专业证书失效,则ABPMR将相应撤销疼痛医学亚专业证书。

5 其他从业途径

除上所述12个月的培训项目外,在美国有一部分疼痛医学从业者也可从另外的渠道获得从业资格,如通过美国疼痛医学考试认证委员会(the American Board of Pain Medicine, ABPM)考试而成为其认证的ABPM专科医生;美国介入疼痛医师考试认证委员会(the American Board of Interventional Pain Physicians, ABIPP)也可提供ABIPP的资格认证。

6 美国麻醉医学委员会疼痛医学大纲

美国麻醉医学委员会在2010年1月发布的疼痛医学大纲中的内容主要包括有疼痛总论、疼痛评估、疼痛心理学、疼痛治疗、临床应用等。

6.1 疼痛治疗 疼痛治疗部分的主要内容有:①药物药理学、药代动力学、药物副作用和相互作用、适应证与禁忌证(阿片类药物、解热镇痛药、抗抑郁与抗惊厥药物、其他抗精神疾病药物、抗组胺药物、兴奋性药物、皮质激素类药物、肌肉松弛和抗痉挛药物、NMDA拮抗剂、局麻药和膜稳定性药物、抗交感神经药物等);②心理治疗(认知-行为和行为干预);③精神治疗(如与疼痛相关抑郁、焦虑、躯体化症状、睡眠障碍等的治疗,家庭、患者信念与期望对疼痛的作用,疼痛评估中的职业与教育史等);④产生刺激的止痛方法(外周刺激性技术如TENS、针刺、电针、震颤等机制、临床应用);⑤包括神经阻滞和损毁在内的介入性疼痛治疗技术;⑥疼痛的外科治疗(适应症、风险性和相关并发症,包括脑、脑干、脊髓、外周神经外科毁损,放射治疗,脊髓和外周神经刺激,鞘内药物注入等);⑦物理医学与康复学方法(冷、热、超声等温度调节方法,松动术,按摩,牵引,石膏和夹板,运动锻炼等);⑧职业康复(尽早重返工作岗位的重要性,确定回归工作的障碍,制定康复

步骤,多学科合作方式等);⑨其他补充性治疗(选择其他医学体系,如中医、顺势疗法、心-身干预,生物治疗如草药、食物、维生素,推拿治疗如正骨术,能量疗法如治疗性触摸、磁场治疗等)。

6.2 临床应用 临床应用部分内容包括:①分类(慢性疼痛症状的 IASP 分类,疼痛系统分类);②组织疼痛(急性疼痛、癌痛、颈神经根痛、颈痛、腰神经根痛、下背痛、肌肉骨骼疼痛、肌肉和筋膜痛);③内脏痛(慢性泌尿系疼痛、妊娠与分娩痛);④头痛和筋膜痛(头痛和颌面痛);⑤神经损害(神经病性疼痛、复杂性区域疼痛综合征);⑥特殊病例(婴儿、儿童和青春期疼痛,老

年性疼痛,因认知受损致交流能力受限个体的疼痛问题,药物滥用者的止痛问题,贫穷和不安定地区的疼痛治疗问题)。

[编译自①Huntoon E. Education and training of pain medicine specialists in the United States[J]. European J Phys & Rehab Med, 2013, 49(1): 103-106; ② ABPMR. Pain medicine, Certification booklet of information 2014 examinations p. 16-20. available at <http://www.abpmr.org/> [cited 2013, November 11]; ③ ABA. American Board of Anesthesiology Pain Medicine Content Outline (January 2010)]

• 经验交流 •

电针配合面肌训练操治疗周围性面神经炎的疗效观察

孙滨,万媛

【关键词】 周围性面神经炎;面肌训练操

【中图分类号】 R49;R745.12 【DOI】 10.3870/zgkf.2013.06.030

2011年3月~2012年3月我科收治的周围性面神经炎患者66例,均符合周围性面瘫的诊断标准^[1]。66例随机分为2组各33例。①观察组33例,男20例,女13例;年龄(45.8±5.3)岁,病程(10.9±2.5)d。②对照组33例,男18例,女15例;年龄(47.3±5.3)岁,病程(11.6±2.8)d。2组一般资料比较差异无统计学意义。2组均采用透穴法进行电针治疗,取患侧牵正透地仓,阳白透鱼腰,颊车透地仓,四白透迎香等穴,每次选3组穴位,常规消毒后,用2~3寸针透刺穴位得气后,接电针治疗仪,连续波,电流强度以患者能够耐受为度,25min,每日1次。2组均给予常规护理。观察组在此基础上给予面肌训练操的指导下,穴位按摩训练,指导患者进行瘫痪面肌的被动运动,手指沿面颊部→颞部→额部环形顺时针按摩,点按上关、下关、翳风、大迎、阳白、迎香等穴,5~15min,每日2次;面肌表情训练,包括鼓腮、闭眼、皱眉、撅嘴及示齿等运动,每个动作做10遍,每日2次。并把此操印成图文并茂的画册发给患者,督促患者出院后在家继续做面肌训练操。

治疗10d后,观察组治愈27例;面瘫症状消失,颜面部表情功能恢复正常;好转5例;面瘫症状基本消失,面部肌肉功能基本恢复;症状和体征有改善,谈笑时轻微歪斜,额纹和鼻唇沟未恢复;无效1例;症状和体征无改善^[2]。对照组分别为19、10及4例,观察组治愈率及总有效率均明显高于对照组(81.8%、

97.0%与57.6%、87.9%,均 $P<0.05$)。

中医学认为周围性面神经炎多是因为风邪入中面部,痰浊阻滞经络所致^[3]。针灸可以疏风散寒通络,使微循环的调节及血流量改变,血管通透性增加,紧张度降低,毛细血管流速加快,提高神经的兴奋性,改善局部营养代谢,加速恢复面部的肌肉神经功能。面肌训练操可以使患者面部的小血管痉挛松解,面部循环得以改善,使丧失神经的肌肉得到有效收缩训练,避免肌肉的萎缩或挛缩,对瘫痪肌肉的恢复有良好的促进作用^[4]。本文发现,在传统护理的基础上融入面肌训练操,简单易行且患者的治愈率及总有效率均明显高于常规护理,值得临床推广。

【参考文献】

- [1] 王维治,罗祖明. 神经病学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社, 2001, 172-172.
- [2] 李昌雄. 针灸加中药治疗周围性面瘫的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2010, 12(36): 145-146.
- [3] 顾秀云,颜华. 针药结合分期治疗周围性面瘫152例[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(12): 847-848.
- [4] 易玉珍,阮经文. 针灸综合治疗周围性面瘫的疗效观察及护理[J]. 现代临床护理, 2010, 9(9): 42-43.

收稿日期:2013-03-25

作者单位:武汉市第一医院针灸科,武汉 430022

作者简介:孙滨(1971-),女,主管护师,主要从事中医护理的研究。