

警惕“疼痛”信号，谨防“沉默杀手”

■张欣 陈辉

根据第七次全国人口普查显示：我国65岁以上人口比例已达13.5%，接近深度老龄化。在庞大的老年群体中，骨质疏松性疼痛是非常普遍的临床问题。

尽管医学飞速进步，但骨质疏松症的发病率并未有效降低。大众对于骨质疏松症的认识和了解仍远远不够，对骨质疏松导致的疼痛更是缺乏了解和应对措施。事实上，疼痛是骨质疏松症进展期的预警标识，警惕“疼痛”信号，谨防“沉默杀手”。



本版图片：视觉中国

骨质疏松病程可长达数十年

骨质疏松症是一个漫长的病程，可长达数十年。最早期并无明显症状，起病隐匿，患者往往难以察觉。在这段时期里，患者身体未发出明显信号，仅仅存在一些悄然发生的骨代谢改变。随着病情发展，骨小梁变稀疏、骨密度下降，骨强度继而减弱，疼痛成为最早出现的症状。事实上，此时的疼痛在一定程度上算是“好事”，它提醒患者避免大强度活动，及时重视骨质疏松问题以预防发生更严重的并发症。

随着骨强度进一步下降，最终可能发生脆性骨折。所谓“脆性骨折”，即在非常轻微的外力下，便可造成骨折。比如，打个喷嚏导致胸腰椎椎体压缩性骨折；从沙发上起身没站稳，坐倒在地，便导致髋部骨折；不小心滑倒，手撑在地上，便导致肩膀或手腕骨折……一旦发生骨折，患者将面临保守治疗病程长、痛苦大，手术治疗风险高的两难境地。因此，重视疼痛、预防骨折对于骨质疏松患者非常重要。

骨质疏松性疼痛早期最常出现在腰背部

疼痛是骨质疏松症进展期的预警信

号，一定不要轻视这个信号。骨质疏松性疼痛早期最常出现在腰背部，用一句民间俗语“腰酸背痛到处疼”来形容十分贴切。

患者常感到整个背部特别是脊柱两侧广泛性疼痛，具体特点可表现为酸痛、胀痛、疲劳性疼痛等，有相当一部分患者在夜间或凌晨被痛醒。此时，影像学检查往往并无特别严重的骨性病变更表现，容易出现“症状重而影像轻”这样相矛盾的临床表现。还有许多女性患者会被家人误认为是“更年期”表现，其本人更是“有痛无人解”，徒增生活烦恼。

骨质疏松导致疼痛的原因主要在两方面：其一，骨量下降，脊柱骨承载力下降，渐渐不能承受正常的负荷，甚至某些应力集中部位可出现微骨折，从而诱发疼痛；其二，骨代谢异常，伴有炎症因子水平升高，刺激局部神经末梢诱发敏化现象，产生神经性疼痛。

在大量临床实践的基础上，我们认为，出现了疼痛的骨质疏松症即“痛性骨质疏松症”，这意味着整体病程由早期进入了中期，如果不采取积极措施，将造成以下危害：

1、疼痛直接导致的危害。 日间活动受限、夜间影响睡眠是疼痛带来的两大直接后果。由于负重、行走等动作受到干扰，年纪较轻的患者不得不放弃远足旅行等“退休后计划”；对于年纪较大、疼痛程度较重的患者，甚至连起床、如厕等基本日常行为都难以独立完

成，进入生活不能自理的“失能”状态，给患者本人及家庭成员增添了很大负担。长期夜间睡眠不佳还会影响日间的精神状态和情绪，久之可能促发认知障碍，将对患者生活质量造成严重不良影响。

2、任由病情进一步进展的危害。 有些人认为骨质疏松和疼痛都是“老化”带来的自然现象，不必积极处理，顺其自然最好。这种观点只对了“一半”，即骨质疏松确实是衰老过程的一种表现，但如果科学、积极地应对处理，会形成“疼痛—少动—更疏松”的恶性循环，加快人体衰老，不但影响存活期的生活质量，最终可能影响寿命。

三级预防有效应对骨质疏松性疼痛

鉴于疼痛在骨质疏松症病程发展中的重要信号作用，可将疼痛作为主要指标，以保护患者活动功能为核心目标，对骨质疏松性疼痛采取分级防治。

骨质疏松性疼痛的一级预防： 适用于经骨密度等检查已经诊断为“骨质疏松”，但还没有出现疼痛症状的患者。对于50岁以上、围绝经期女性、平时缺乏日晒和锻炼等骨质疏松的高危人群，建议提高主动筛查意识。如果达到了诊断标准，可在内分泌科专科医师指导下，采取系统、规范的抗骨质疏松治疗，减缓病情发展速度。

骨质疏松性疼痛的二级预防：

对于已经出现“痛性骨质疏松症”的患者，一定要提高认识、改变观念、积极应对，做好“抗骨松、控疼痛、防骨折、保功能”的二级预防工作。

做好规范性抗骨质疏松药物治疗的基础上，通过采用经临床实践证实的创伤性小、实用性强、安全性高、便利性好、经济实惠的治疗方法，消除或减轻疼痛，保护患者活动功能和生活质量，预防脆性骨折的发生。

每天适当的体育锻炼是抗骨质疏松治疗的重要内容，只有有效减轻疼痛才能鼓励和保证每天足够的运动量。当前，疼痛科是精准治痛的新兴学科，拥有超声引导精确注射、影像介导微创介入、射频消融等多种微创化治痛技术，有望成为多学科诊疗“痛性骨质疏松症”的重要参与者。

骨质疏松性疼痛的三级预防：

三级预防适用于已经出现胸腰椎脆性骨折的晚期骨质疏松症患者。这个阶段强调以功能保护为核心目标，通过治疗骨折和疼痛，部分恢复患者活动功能，改善“失能”或“半失能”状态，并预防再一次骨折的发生。

对于刚发生的椎体压缩性骨折，可至骨科、脊柱外科或疼痛科采用骨水泥强化等治疗方法，待骨折稳定、疼痛减轻后，再按二级预防的原则和方法继续抗骨质疏松治疗。

(作者为同济大学附属上海市第四人民医院疼痛科医生)

别伤害深藏在耳朵眼内的“薄膜”

■韩朝

大众对于耳朵的认识往往局限于头部两侧的耳廓和耳朵眼，其实，在耳朵眼内还有许多其他重要结构，比如耳朵眼最深深处就是鼓膜，也就是我们常说的耳膜。

耳膜薄如蝉翼，约一分硬币大小，用于封闭耳朵眼的深处，将外耳道和中耳隔开。耳膜的主要作用是传

音，外界声音通过外耳道进入内耳需靠耳膜的振动。振动带动耳膜后面的听骨链振动，从而将声音传入内耳。此外，耳膜还可防止水、异物等从耳朵眼进入中耳。

尽管深藏在耳朵眼内，耳膜还是会因一些因素影响发生病变甚至破裂，也就是耳膜穿孔。这些因素包括扇耳光、耳朵进水、异物侵入、中耳感染、中耳肿瘤等。

耳膜穿孔有哪些危害

首先，耳膜的作用是传声。耳膜破了，多数情况会造成听力下降。

其次，耳膜穿孔相当于家里的门窗窗破了，如不及时修补，短期内就会有灰尘杂物飞进来。这虽然不至于造成大影响，但如果遇到刮风、下雨等恶劣天气，雨水就会侵入，地板、家具便容易受到损坏。中内耳损伤会进

一步加重听力下降，引起耳鸣，甚至形成胆脂瘤，造成不可逆的损伤。穿孔时间越久损伤越大。

最后，耳膜穿孔导致中耳粘膜炎的湿润温暖环境消失，使得粘膜直接暴露于外界环境中，抵抗力大大降低，很容易继发反复中耳感染，这种感染会加重中耳内耳结构的损伤。

耳膜穿孔多数情况能自己修复

耳膜穿孔后，一定要及时处置，急性穿孔可先临床观察三个月，看其能否自行修复。多数情况下，耳膜穿孔如果处置合理便可自己修复，尽管有时修复的程度并非完美，但依旧可以将中耳保护起来，避免反复感染，导致中耳和内耳结构受损，听力持续下降。

超过三个月，耳膜穿孔自行愈合的机会大大降低，此时需要耳科医生进行耳膜修补手术。目前，耳膜修补

手术已经属于微创手术，基本没有切口，术后便可自由活动和工作。手术取耳屏软骨或软骨质膜修补耳膜，在内镜下操作。术后几乎没有疼痛感觉，成功率也很高。

唯一的局限就是由于不能确定患者的配合度，手术必须在全麻状态下进行。对于能高度配合的患者，完全可以在局麻下进行。

(作者为复旦大学附属华东医院耳鼻喉科主任医师)



百年风华 医路向前 申康党委系统医务专家口述历史 (31)(32)

立志衷中参西，投身杏林名苑

口述人：李如奎(上海市中医脑病协作中心原主任、上海市中医医院神经内科创建人)



我毕业于上海第二医学院，就是现在的上海交大医学院。也许是因为出生在中医学世家、幼承庭训，也许是因为自己特别钟爱中医、中西医结合，我自参加工作以来，几乎都在中医医院就职。

中医讲究“望闻问切”，把病人和疾病看作一个整体。如果医生多关心一下病人的症状，多问一些问题，误诊就会大大减少。我当了医生以后，对每一个病人都会问得很仔细。我现在看初诊病人，起码要聊一个小时，了解他的病史，当场作出相对精准的诊断。

中西医结合主攻帕金森病等神经性疾病

1967年大学毕业后，我进入上海某局担任驻厂医师，1978年调入上海中医药大学附属岳阳医院，进一步接受了系统的中医学教育。上世纪80年代初期，岳阳医院就委以我组建中西医结合神经内科的重任，同时承担上海医学院神经病学专业的教学工作。怎么去建设一个中西医结合的神经学科，路在哪里？我和我的团队下决心从头做起。

首先我用西医生神经科的知识框架，去对应中医的病证来开展临床诊疗工作，再重点把一些中医传统方剂和临床医生经验方运用到临床实践。通过大家对临床疗效的细致观察、分析比较和深入研究，我们把中医基础理论和临床诊疗实践进行了深度融合，取得了很好的成果。在此基础上，我牵头主编了上海中医药大学第一本中医脑病的校内教材。

1993年，我参加了第一届全国中医脑病学术大会后，又参加了上海市中西医结合学会的神经病学专业委员会的组建工作。此后，我对如何研究并做好中西医结合神经内科、中医脑病科的工作逐渐有了新的思考。

在临床研究方面，我选择了一个世界上尚未发现太好解决方法的疑难疾病——帕金森病。在临床上，帕金森病以静止性震颤、肌僵直、运动减少和姿势异常为主要表现。随着现代医学

的发展，帕金森病已经有了多种治疗方法，但目前仍然以药物治疗为主。我着手系统梳理、验证从上世纪80年代起研究筛选出来的治疗帕金森病的中药方剂，并在传统中医理论基础上，结合临床实践，提出了自己的学术观点，总结出止颤汤、止痉汤、神经复元方等系列方剂，用于治疗帕金森病、运动神经元病等沉疴宿疾，取得了比较理想的治疗效果。

中医中药治疗神经科疑难杂症具有多途径、多靶点、整体治疗、标本兼治的特点，可以弥补西药治疗的不足，而且少有副作用，在改善患者临床症状、延缓疾病发展方面都取得较好疗效。中医中药治疗在费用方面，较西药治疗也有一定的优势。

从零起步将脑病科建成国家临床重点专科

上世纪90年代末，我从岳阳医院调入上海市中医医院工作，并在医院组建中西医结合神经内科，就是现在脑病科的前身。在上海市中医医院工作初期，我还坚持同时在岳阳医院查房。当时岳阳医院与市中医医院的病床加起来已有近两百张，在此期间，上海市中医、中西医结合脑病科临床和科研队伍也壮大了。为深入开展相关研究提供了较好的平台和队伍基础。于是我更深入地思考，怎样搞好中医脑病，如何搞好中西医结合的神经内科，如何深入研究来体现中西医结合优势。

其间，我组织、鼓励团队每一位成员参加各类中医药学术会议、博采众长，虚心求教包括沈丕安教授在内的多位老中医经典大家、激发中西医结合创造性专业思维，坚定不移地走中西医结合的守正创新之路。这些都为脑病科后来成

为国家临床重点专科打下了基础。在上海市中医医院领导的支持和团队共同努力下，我们逐步形成了帕金森病专科特色。我们坚持中西医结合方法，既重临床实践，也重基础研究，验证中药的疗效，分析中药的作用机理，优化筛选方药，通过理论实践结合成果指导临床实践。

多年来，我们通过国家自然科学基金课题以及各级各类课题研究，对止颤汤等方药治疗帕金森病进行了从临床到基础、从动物行为学到细胞分子水平的研究，为临床应用提供了强有力的依据。同时，我们还参与了多项国家科技部“十五”攻关课题，经过大量科研实践，建立了帕金森病动物模型，掌握了细胞移植及分子生物学实验方法，科研能力大有提高。

有生之年必为传承中医诊疗不懈努力

上海市中医医院脑病科一路走来，除了确立了以中风病、帕金森病等病种的中医诊疗优势特色外，还非常关注市民和患者的健康教育，采用各种人民群众喜闻乐见、通俗易懂的科普教育方式，提高帕金森病等患者及其家属对于疾病诊疗知识以及中医治疗特色的认识水平，从而预防和控制严重并发症的发生，提高患者的生活质量。

2011年至2012年，我脑病科先后获得国家卫生部中医临床重点专科、国家中管局“十二五”重点专科建设项目，2018年又被立项成为上海市“十三五”重点专科建设项目。脑病科能够成为国家临床重点专科，是因为它既有诊疗方案的特色，又有基础和临床研究的特色，更具有中西医结合的特色。现在，随着我们科在帕金森病特色专科上的医教研综合实力提升，社会影响力也逐渐扩大，不少外地和国外病人慕名前来求治。

我作为一名老党员，尽管已经78岁了，至今依然坚持每周四个半天参加门诊等临床工作，同时带教年轻医生、开展学术研究等，把脑病科的中医诊疗方式传承下去是我的一生追求。我衷心祝福祖国繁荣昌盛，坚信祖国传统医学、中西医结合事业能为人类健康作出更大贡献！

知难而上敢为人先，引领骨科新启航

口述人：曾炳芳(上海市第六人民医院原副院长)



今年年底，上海市第六人民医院骨科临床诊疗中心即将完成结构性封顶，全新的骨科大楼将为市六医院骨科的再一次腾飞提供契机。市六医院将持续聚焦提高临床技能、服务质量和科技创新，打造国内领先、亚洲一流的骨科临床诊疗中心，满足人民群众不断提高的医疗服务和健康需求。

世界首例断肢再植手术在此诞生

1963年1月2日，市六医院的陈中伟医生(1980年当选为中国科学院院士)和他的同事们在医学界“爆炸了一颗原子弹”，对上海一名青年工人王存柏被冲床离断的右手进行成功再植，5个指尖全部成活。这是世界首例成功的断肢再植手术，周恩来总理获悉这一消息后，特地在上海接见了陈中伟。

第一例断肢为何会成功？在陈中伟看来，主要就是靠医生的技术基础和思想基础，以及集体的力量。

第一个“断肢再植”的成功，并非一朝一夕的偶然。技术基础是临床经验的积累，把一只断手接上去，需要固定骨头重建骨支架，缝合肌腱重建动力，缝合神经重建感觉和手内在肌的功能，缝合皮肤关闭创面，这些都是骨科医生的看家本领。他们就是怀了这样的执念，在碰到具体难题的时候，一次又一次想出了解决办法，迎来第一例断肢再植手术成功。

市六医院骨科的发展，就是遵循了这么一个路线。此后，陈中伟离开市六医院，于仲嘉医生也是这么做。他当时看到年轻人的手没了，端着杯子喝水都困难。他就开始想办法，把脚趾头搬到截肢以后的前臂，来再造这个手，这就是他的高人之处。他把这些手术归纳、总结、完善，最后变成了一项完整的技术，命名为“手或全手指缺失的再造技术”。这项技术得到国家发明一等奖。

聚焦更多临床问题，建起一支骨科“航母”

在前人的基础上，我们做什么呢？

首先就是学习和传承，但更重要的是，要发现临床上更多的问题。我们看到修复肢体残缺，再造手指，病人从受伤到做手术，中间间隔了很长时间，这段时间里，病人承受了很多痛苦。那我们就想，可不可以运用前人的技术，把原来择期修复的病人，在急诊时就进行手术修复，这样病程缩短了，不用把伤口包起来等一两年再来做，病人可以少吃苦。

我们做的事情，就是急诊修复。从上世纪90年代开始，从技术上来讲没有太大的进步，用的都是前人的技术，但是从解决临床问题上可以说是开创出了新局面。

另外，显微外科技术也有新的发展。张长青医生提出用游离组织移植术来解决股骨头坏死这一“不死的癌症”，并持续做各种基础研究，为的就是把技术做得更透、更深，这项技术获得了教育部的科技成果一等奖。

20世纪70年代，我担任市六医院骨科主任时，骨科的排班是围绕急诊进行的。虽然在病房里，我们也会处理择期病人，但主线还是急诊。后来，我去日本参加了一个骨科年会，发现随着时代发展，病人会改变，创伤会越来越严重，必须要顺应潮流作出改变，我们需要有一些医生专门处理择期的病人。

于是，从治疗技术比较成熟和病人群体比较固定两个方面考虑，首先分出修复重建外科和关节外科两个亚学科，开启了亚学科建设的历程，也为未来骨科的建设和发展积累经验。

希望年轻的一代都要朝前走

今年的骨科医师分会开年会，让我做个报告，我选了个题目，叫做《骨科医生的担当》。张长青医生给“钢铁战士”刘琦做手术，要知道给名人看病除了技术，还要有魄力。张长青有这个魄力，最终刘琦可以站起来走路了。又如，世博会期间，工地上有个工人脚受伤了，送到附近医院要截肢。他后来又被送到市六医院，柴益民医生当时也觉得，截肢是最保险的，但还是想尽力保住他的腿。最后，市六医院骨科医生团队花了很多时间，保住了这条腿，病人还能继续走路。这份魄力就源于担当。

现在，我们骨科医生也承担着援藏、援疆任务，都做得很不错，帮助日喀则市人民医院成功晋升为三甲医院；帮助喀什第二人民医院，把学科建了起来；支援云南西双版纳，也搞得有声有色。

在我看来，市六医院骨科的发展，一直离不开这八个字：知难而上，敢为人先。比如，张先龙医生主攻关节，他关注到人工关节最棘手的问题——感染，如今专注于这方面的研究，成立人工关节感染委员会。如果这方面能取得突破，那人工关节水平就提高了，可以给全国的医生解决后顾之忧。

另外，赵金忠医生主攻关节镜，他提出肩关节脱位的病人该如何重建？为此，他做了新的尝试。罗从凤医生主攻膝关节骨折，经过研究和不断实践，提出了新的方法。他认为医生不能只关注骨折，还要看到与膝关节稳定性相关的韧带。他提出的理念就是要超越骨折，在临床上创立一个整体治疗模式。

我举这些例子，其实是想表明，将来的骨科临床诊疗中心的发展，就是看各个亚学科各展才能，要用这么好的基础，用集体的力量来做。我希望，年轻的一代，要朝前走。