

脊髓损伤后疼痛的处理原则

李正宇 郑樱 刘根林 汪家琮

[关键词] 脊髓损伤;疼痛;康复治疗

中图分类号:R683.2;R441.1;R493 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2003)04-0231-02

脊髓损伤后疼痛是脊髓损伤患者常见的并发症之一,一般有两种情况:一种是机械性疼痛,与骨折局部异常有关;另一种起源于脊髓本身,即中枢性疼痛,临床多发,在脊髓损伤患者中占11%—94%。

中枢性疼痛表现为损伤平面以下(相当于感觉消失部位)呈扩散性的感觉异常性疼痛,常为烧灼痛、针刺痛、麻木或跳动痛,一般为自发性,多与情绪改变有关。临床有一些患者的主诉实际上属于感觉紊乱,严重者可影响患者饮食、睡眠及日常生活,应及时处理。

1 疼痛的发生机制

疼痛的发生机制目前尚不十分清楚,仍以闸门学说的创始人 Melzack 和 Bedbrook 提出的“中枢兴奋性增高”学说和“模式发生机制”学说最有影响。该学说认为疼痛主要是外周刺激经非特异性投射系统

传导到大脑,造成患者觉醒水平提高所致^[1]。近年来,随着对疼痛认识的不断深入,也有人提出解释疼痛的心理行为理论,认为疼痛是一种异常病态行为,这一理论已越来越受到专家学者的重视。

2 疼痛的临床表现

脊髓损伤后的中枢性疼痛有其自身的发作特点:①在脊髓损伤几个月至几年后发生(亦有少数患者在损伤后当即发生),部位不确定,呈弥漫性,在感觉平面以下的范围内经常变化,胸腰段损伤者多发生在下肢与会阴部;②疼痛的性质、程度、发作频率变化不定,可分3类:持续麻木痛、自发间断痛、持续反复发作的剧痛;③疼痛的发作时间、间隔时间不固定,多为自发性,与情绪及天气变化有关;④对药物容易耐受,术后易复发。根据疼痛发作的特点,再结合X光片及血液生化检查结果,排除骨关节痛及感觉平面以上的其他原因引起的疼痛后,中枢性疼痛即可确诊。

3 疼痛的康复评定

对于疼痛的评定,临床采用最多的方法是视觉模拟评分(visual analog score, VAS)。此方法是在白纸上

作者单位:1. 830017 新疆乌鲁木齐市,新疆乌鲁木齐市温泉疗养院康复科(李正宇);2. 100077 北京市,北京博爱医院脊髓损伤康复科(郑樱、刘根林、汪家琮)。作者简介:李正宇(1975-),男,新疆乌鲁木齐人,住院医师,主要研究方向:神经康复。

画一长 10cm 的线段,左端为 0,表示无痛,右端为 100,表示无法忍受的疼痛,让患者根据自己所感受的疼痛强度,在线段上确定一点,表示感知到的疼痛强度,从左端起点至该点的距离长度为疼痛的强度。经大量临床验证,这种方法简便可靠,便于进行治疗前后的统计学处理,应用十分广泛,但使用时须注意线段上最好不要预先划刻度。

4 疼痛的康复治疗

脊髓损伤后疼痛的康复治疗往往比较复杂和困难,一般单用药物和理疗方法效果均不明显,必须结合药物、康复训练及心理治疗等才能取得较好效果。就目前而言,药物和理疗结合心理治疗是治疗疼痛的主要手段,当这些方法无效时才考虑手术治疗。

4.1 疼痛的药物疗法 治疗疼痛的药物很多,根据药物特性可分为两大类:非阿片类药物和阿片类药物。脊髓损伤后疼痛患者先用非阿片类药物,无效时再考虑阿片类药物^[2]。

4.1.1 非阿片类药物 分为一般镇痛药、非甾体类抗炎药和其他药物。

4.1.1.1 一般镇痛药 此类药有扑热息痛、阿司匹林、二氟尼柳等,因镇痛作用较弱,仅用于轻症患者。

4.1.1.2 非甾体类抗炎药 镇痛机制主要是通过抑制环氧化酶,减少前列腺素合成,从而减轻炎症反应和疼痛。代表药物有布洛芬、萘普生及吲哚乙酸类,主要副作用为上消化道反应如腹痛、消化不良、恶心等,停药后消失。近年来经临床验证,布洛芬与扑热息痛联用治疗疼痛比单一应用效果好,且可减少药物剂量,但由于有骨髓抑制副作用,故应避免长期应用。

4.1.1.3 其他药物 主要为抗抑郁药如盐酸氟西汀(百优解)、阿米替林,抗惊厥药如卡马西平、苯妥英钠,以及抗精神病药如氟奋乃静、氯丙嗪等。根据疼痛传入的现代通路原理,疼痛的传入是双通道的,一条是能传递区分疼痛的性质、部位、强度和持续时间的感觉分辨通路;另一条是传递疼痛引起的不愉快感觉的情感激动成分通路。因此,有人提出将抗抑郁药作为治疗疼痛的首选用药。

4.1.1.4 用药原则 宜联合用药,从单种药和小剂量开始,加量要谨慎;不宜按需给予,而应系统应用,达到疼痛基本缓解而无明显副作用时再缓减药量。

4.1.2 阿片类药物 作用机制在于抑制 P 物质的释放以及其后引起的神经源性炎症,从而起到镇痛作用。

此类药物镇痛作用强大,对中、重度疼痛有较好效果,但由于易导致成瘾性和精神依赖,故应用时应遵循以下原则:①只在其他保守治疗均失败后才考虑使用;②有滥用毒品史或药物依赖史应视为相对禁忌症;③应用时一旦选定药物就要昼夜连用几星期以找出有效

剂量;④除每日用量外,允许白天疼痛加剧时逐步加大一些剂量,方法为:在 1 个月内开出 4—6 次挽救量以供必要时使用,或在 1 日内额外多给 1—2 次的单次量,但给药后应在以后的几日内相应地减除加用的药量;⑤无效即停药。

阿片类的代表药物有天然提取的吗啡、可待因和人工合成的哌替啶、芬太尼等。常见不良反应有恶心、呕吐、呼吸抑制、嗜睡等。

4.2 理疗 理疗以降低中枢兴奋性为原则,一般采用肌电生物反馈或高频电治疗,疼痛部位采用经皮电神经刺激(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS),通过电流刺激使上行的神经传导通路达到饱和而难于感觉疼痛。硬膜外电刺激是根据闸门学说设计的一种止痛方法,在硬膜外通过弱电流兴奋后索的粗神经纤维,抑制痛觉的全部冲动而达到止痛效果。超激光照射椎旁交感神经节及椎旁神经根也可获得止痛效果。

4.3 介入治疗 经上述治疗无效时,可尝试在椎管内放置止痛泵或者在低位蛛网膜下腔注入无水酒精 0.5—2.0ml,或 5%酚甘油 0.5ml,使脊神经后根的神经纤维遭到破坏,解除疼痛。

4.4 手术治疗 仅用于药物及理疗无效的顽固性疼痛患者。手术的基本目的在于去除疼痛感觉区的神经组织。主要采用的手术方法有神经后根切断术、硬脊膜外神经根切断术、脊髓丘脑侧束切断术以及脊髓前联合切断术。手术治疗的主要不良反应为术后复发。

4.5 行为心理治疗及中医疗法 心理治疗也是疼痛治疗的一种不容忽视的重要方法。许多脊髓损伤后的疼痛经研究发现是由患者抑郁、焦虑等不良情绪所致,这时往往应用药物、手术等方法均不能解除患者的疼痛。这类患者采用催眠疗法和行为暗示疗法可取得良好效果。可让患者多参加一些有益身心的活动,如做身体训练,转移患者的注意力。行为心理疗法可单独进行,也可和药物及理疗结合进行。

传统的中医疗法如针灸和静气功对镇痛也有良好效果^[3]。

总之,对脊髓损伤后疼痛应采用各种方法综合治疗,最终达到去除或减轻患者疼痛,提高患者生活质量的目的。

[参考文献]

- [1]戴红.关于脊髓损伤后的中枢性疼痛的发生机制[J].中国康复医学杂志,1998,13(3):142—144.
- [2]缪鸿石主编.康复医学理论与实践(下册)[M].上海:上海科学技术出版社,2000.1155—1188.
- [3]陈之罡.脊髓损伤常见并发症的中医治疗[J].中国康复理论与实践,2003,9(2):86—87. (收稿日期:2002-12-19)