

重视神经阻滞疗法在头痛治疗中的应用

罗芳

[关键词] 神经阻滞;头痛;治疗

[中图分类号] R441.1 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2008)12-1154-02

[本文著录格式] 罗芳. 重视神经阻滞疗法在头痛治疗中的应用[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(12): 1154-1155.

很多患者认为,“神经阻滞(nerve block)”是“打封闭”,是一种“应付疗法”,只能暂时止痛。其实,这是一种误解。“打封闭”起源于前苏联,是将普鲁卡因注射于人体的局部痛点,以起到暂时止痛的作用。而狭义的“神经阻滞”是应用消炎镇痛复合液治疗肌肉、韧带、筋膜、腱鞘、滑囊、骨纤维管道的外伤、劳损及退行性骨关节病等的无菌性炎症。

神经阻滞技术操作复杂,要求精确,适用于各种痛症、非痛性疾病(如痉挛、麻痹等)。神经阻滞如果操作不当会引起较严重的并发症,甚至有生命危险。所以,神经阻滞治疗须由接受过正规培训且临床经验丰富的医生操作。由此可见,“封闭”与“神经阻滞”是截然不同的两个概念。

目前,神经阻滞已成为疼痛治疗最基本、最主要的手段,疗效显著,效果肯定。该疗法一定程度上克服了全身药物治疗常

作者单位:首都医科大学附属北京天坛医院麻醉科,北京市100050。作者简介:罗芳(1971-),女,四川广安市人,副主任医师,博士研究生,主要研究方向:急慢性疼痛的治疗。

带来较大副作用、手术治疗有时会出现一些并发症且患者不易接受的缺点。当应用其他方法难以确定疼痛的原因时,可考虑做诊断性神经阻滞。由于消炎镇痛液中含有糖皮质激素,不少医生缺乏对激素的正确认识,对激素的相关药理知识不熟悉,不合理选择病例,不合理安排用药剂量和给药时间,长期大量应用激素导致骨质疏松症、内分泌失调等严重并发症。随着医疗仪器的改进、新药物的涌现及对疼痛机制的新认识,神经阻滞疗法在现代疼痛治疗中有了长足的进展。

1 神经阻滞疗法的概念

广义的神经阻滞疗法直接在神经干、神经丛、交感神经节等神经组织内或附近注入药物,阻断神经传导功能,或用物理、化学方法以及将针穿刺于神经,阻断神经传导功能,终止疼痛的恶性循环。化学性神经阻滞多采用低浓度局麻药,也可用高浓度局麻药、乙醇、酚等神经破坏药物进行,以达到长期镇痛的效果。物理性神经阻滞常用热凝疗法、冷冻疗法,以及机械性损伤方法,如对面肌痉挛者用面神经穿刺压迫进行治疗。神经阻滞的镇痛效果确实可靠,对大多数疼痛患者可以达到暂时或

永久性镇痛。在国内外的大多数疼痛治疗机构中,神经阻滞疗法是最主要的镇痛手段。与全身性药物治疗不同,神经阻滞疗法的可控性高,通过调整药物种类、浓度、剂量、注射速度和注射部位,可使神经阻滞局限于一定范围内。

2 神经阻滞疗法的机理

常规浓度局麻药的有效神经阻滞时间仅为数小时,但在痛点注射后,可获得更长时间满意的止痛效果,且反复注射数次后疼痛不再出现。这是因为神经阻滞疗法切断了“疼痛→肌紧张或小血管痉挛→疼痛加剧”这一恶性循环。各种原因的痛觉进入脊髓后部分到达大脑,产生痛觉,另一部分经脊髓反射,刺激交感神经和运动神经,并分别使相应区域的血管收缩和肌肉紧张,后者又使疼痛加剧,形成恶性循环。此外,因局部缺血而导致组织缺氧和代谢产物的堆积,形成致痛物质,该物质又作用于感觉神经,加重疼痛。这种恶性循环使疼痛长期存在,逐渐加重。采用神经阻滞疗法配合药物治疗,可在阻断痛觉刺激传导的同时缓解局部的肌紧张和痉挛,改善局部的血循环、供氧和组织代谢,使许多疼痛性疾病的恶性循环因此解除。

3 合理运用神经阻滞疗法治疗各种头痛

神经阻滞疗法的适应证非常广泛,几乎身体各部位、各种性质的疼痛都可以使用。在选择适应证时要注意病程发展变化,有些疼痛可先用药物治疗,当药物治疗效果不佳时,再选择神经阻滞疗法。有些疼痛即使用神经阻滞疗法已取得疗效,但也应配合药物、理疗等治疗。

3.1 偏头痛与星状神经节阻滞

偏头痛常被称作“呕吐性头痛”,世界神经学联合会将其定义为家族性疾病,表现为反复发作性头痛,疼痛程度、发作频率及持续时间有很大的差异,通常为单侧。偏头痛有时为搏动性强烈疼痛,一般不超过 24 h,但也可持续数天。典型者每月发作 1~4 次,90% 的患者有家族史。

星状神经节阻滞治疗头痛效果显著、易行,具有积极的临床意义。星状神经节阻滞主要通过调节头面部自主神经功能紊乱,使头面部血管扩张、肌肉挛缩缓解,以调节脑血管运动神经的功能,解除血管痉挛,改善脑的血流量消除头痛^[1-3]。星状神经节阻滞治疗血管性头痛主要是通过改善血管挛缩或扩张的异常活动,使其处于稳定状态,并对血管壁的水肿、无菌性炎症有抗炎作用,阻断由交感神经引起的疼痛传导。

3.2 颈源性头痛的神经阻滞治疗

颈源性头痛是指由颈椎或颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的以慢性、单侧头部疼痛为主要表现的综合征,疼痛性质为牵涉痛,病因多为椎间盘退行性变引起的神经压迫和伴随的局部无菌性炎症。

对于病程较短、疼痛较轻的患者,可采取休息、头颈部针灸、牵引、理疗,同时配合口服非甾体抗炎药。对于重度颈源性头痛患者,应尽早应用 C₂ 横突、枕大神经、枕小神经、耳大神经及痛点阻滞治疗。注射消炎镇痛药物,阻断疼痛的恶性循环,对多数颈源性头痛患者具有良好治疗效果^[4-6]。经颈椎旁及头部压痛点注射治疗效果不佳者,多系病变位于椎管内,以椎间

盘源性神经根炎多见,椎旁注射的药液无法到达病变部位,可选用颈部硬膜外腔注药法。经各种非手术治疗无效者,多有椎管内骨性异常导致卡压神经根,应考虑外科手术治疗。对有手术禁忌证或手术危险性较大的患者,经患者同意,可采用颈神经乙醇阻滞,治疗应在 X 光透视引导下进行;或采用射频热凝术毁损颈神经后支的方法。

3.3 神经及痛点阻滞治疗紧张型头痛

紧张型头痛是由于额肌、颞肌、枕肌等头颈部肌肉持续性痉挛收缩所引起的。导致头颈肌痉挛收缩的原因很多,但往往与情绪紧张、焦虑、急躁有关。紧张型头痛多见于颈、枕、颞及额部,并可放射到背部。原发性紧张型头痛多见于青年人,继发性紧张型头痛多见于有颈椎病变的老年人或因外伤而引起的青年人,头痛性质为钝痛、酸痛或刺痛,并伴有发紧、麻木、重压感。随着病变位置的改变,这种疼痛会加重,而且不少患者有颈部僵硬、活动不灵的现象。紧张型头痛的发作可持续数周或数月。紧张型头痛与精神刺激和疲劳有关,发作时常有恶心呕吐,甚至失眠、烦躁、记忆力减退等症状,以神经及痛点阻滞为主的综合治疗可明显提高疗效,缓解头颈部肌肉持续性收缩,改善肌肉的血液循环障碍和缺血,减少钾、乳酸、5-羟色胺、缓激肽等致痛物质的局部积贮,治疗后症状改善迅速,可增强患者的治疗信心^[7]。

3.4 诊断性神经阻滞

对于顽固性头痛且难以确定头痛类型时,神经阻滞有助于疼痛的诊断。诊断性阻滞治疗可使正在发作的头痛症状缓解,有助于定位疼痛的起源。

总之,神经阻滞疗法在临床疼痛治疗中发挥着独特的作用,应根据头痛的类型选择不同的阻滞方法。由于疼痛的多样性、复杂性等特点,在治疗上不能片面强调某一疗法的独特性,要采取多元化治疗。作为疼痛临床工作者,应熟悉各种疗法,知道它们的特点、适应证和副作用,做到综合应用、扬长避短,使治疗效果更迅速、更完善。

[参考文献]

- [1] Ashkenazi A, Levin M. Greater occipital nerve block for migraine and other headaches: is it useful? [J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2007, 11(3): 231-235.
- [2] Higa S. Migraine and nerve block [J]. *Nippon Rinsho*, 2001, 59(9): 1717-1721.
- [3] Masuda Y, Okamoto K. Management and treatment of headache in the pain clinic [J]. *Nippon Rinsho*, 2005, 63(10): 1802-1807.
- [4] Naja ZM, El-Rajab M, Al-Tannir MA, et al. Occipital nerve blockade for cervicogenic headache: a double-blind randomized controlled clinical trial [J]. *Pain Pract*, 2006, 6(2): 89-95.
- [5] Antonaci F, Bono G, Chimento P. Diagnosing cervicogenic headache [J]. *J Headache Pain*, 2006, 7(3): 145-148.
- [6] Sizer PS, Phelps V, Azevedo E, et al. Diagnosis and management of cervicogenic headache [J]. *Pain Pract*, 2005, 5(3): 255-274.
- [7] Leinisch Dahlke E, Jürgens T, Bogdahn U, et al. Greater occipital nerve block is ineffective in chronic tension type headache [J]. *Cephalalgia*, 2005, 25(9): 704-708.

(收稿日期: 2008-05-18)