

# 颅脑手术后头痛的综合治疗效果

王集生, 于书卿, 钱珂

[摘要] 目的 观察疼痛科协助下综合治疗颅脑手术后头痛的效果。方法 将 30 例颅脑手术后颅内情况稳定但出现严重头痛的患者随机分为治疗组( $n=15$ , 疼痛科协助下行神经阻滞为主的综合治疗)和对照组( $n=15$ , 继续神经外科药物治疗)。对两组患者治疗前后疼痛的视觉模拟评分(VAS)、手术后至出院的住院天数以及医疗费用进行比较。结果 与对照组比较, 治疗组患者治疗后的 VAS 评分明显降低( $P<0.01$ ), 手术后至出院的平均住院天数明显减少( $P<0.01$ ), 检查费和药费明显降低( $P<0.01$ ), 床位费亦降低( $P<0.05$ )。结论 疼痛科协助下对颅脑手术后头痛患者行神经阻滞为主的综合治疗可明显提高治疗效果, 缩短住院时间, 降低医疗费用。

[关键词] 头痛; 颅脑手术; 治疗

**Effect of Combined Therapy on Headache after Craniotomy** WANG Ji-sheng, YU Shu-qing, QIAN Ke. The Department of Neurosurgery, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China

**Abstract:** **Objective** To observe the effect of the combined therapy on headache after craniotomy. **Methods** 30 patients complained severe headache after craniotomy were divided into the treatment group ( $n=15$ , received the combined therapy mainly including nerve block) and control group ( $n=15$ , received professional medicine). The visual analogue scale (VAS), admission days after surgery, and medical fees of the patients in two groups were compared. **Results** The VAS scores of the patients in the treatment group decreased significantly after treatment ( $P<0.01$ ), the admission days after surgery significantly shortened ( $P<0.01$ ), and the fees of examination, medicine, and ward bed significantly decreased compared with the control group. **Conclusion** The combined therapy mainly including nerve block is effective on headache after craniotomy.

**Key words:** headache; craniotomy; treatment

[中图分类号] R441.1 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)06-0517-02

[本文著录格式] 王集生, 于书卿, 钱珂. 颅脑手术后头痛的综合治疗效果[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(6): 517-518.

颅脑手术后的头痛一直是神经外科医生关心的临床问题之一。迄今为止, 颅脑手术后早期伤口疼痛已经得到很好控制<sup>[1-3]</sup>, 然而除伤口疼痛外, 部分患者出现非颅内原因导致的严重头痛, 给患者造成极大的痛苦。本研究探讨神经外科和疼痛科联合治疗此类头痛的临床效果, 旨在进一步提高颅脑手术后头痛的治疗水平。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 2006 年 8 月~2008 年 2 月本院神经外科收治的颅脑手术后头痛患者 30 例, 经反复神经系统查体和辅助检查除外颅内血肿、水肿等原因。随机将患者分为治疗组和对照组, 各 15 例。两组患者的年龄、性别、身高和体重无显著性差异( $P>0.05$ )。所有患者能够合作评价疼痛, 均完成治疗和随访, 无糖皮质激素使用禁忌证。

## 1.2 方法 治疗组患者在疼痛科协助下行神经阻滞

为主的综合治疗。疼痛科根据头部相应疼痛部位的神经理支配区和查体的阳性体征, 选择患侧枕大神经、枕小神经、耳大神经、 $C_2$  横突、耳颞神经、颞浅神经、眶上神经或滑车上神经行神经阻滞和/或行头部痛点阻滞, 均由一位有经验的疼痛科医生操作。具体方法为曲安奈德 10 mg 用生理盐水配成利多卡因浓度为 0.4% 的消炎镇痛液, 每个穿刺点注射 3 ml (1 周后头痛仍严重的患者再次行神经及痛点阻滞治疗), 同时配合口服非甾体类消炎镇痛药塞来昔布 (400 mg, 分 2 次服用) 和肌肉松弛剂乙哌立松 (150 mg, 分 3 次饭后服用)。对照组患者继续神经外科药物治疗。

**1.3 疗效评定** 分别于治疗前, 以及治疗后 1 d、3 d、1 周记录头痛程度, 采用视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS) 评价, 0 分表示无痛, 10 分表示难以忍受的最剧烈的疼痛。此外比较两组患者手术后至出院的住院天数和医疗费用。

**1.4 统计学处理** 所得数据采用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 使用 SPSS 11.5 统计软件对计量资料进行  $t$  检验。

## 2 结果

治疗组患者经神经阻滞治疗后 1 d 头痛症状即有明显缓解, VAS 评分明显低于对照组 ( $P<0.01$ ), 见

基金项目: 国家重点基础研究发展计划 (973 计划) (No. 2007CB512503)

作者单位: 首都医科大学附属北京天坛医院神经外科, 北京市 100050。作者简介: 王集生 (1955-), 男, 北京市人, 主任医师, 主要研究方向: 颅内肿瘤的诊断与治疗。

表 1。与对照组比较,治疗组手术后至出院的平均住院天数明显缩短(  $P = 0.000$  ),检查费和药费明显降低(  $P < 0.01$  ),床位费亦降低(  $P < 0.05$  ),但化验费、治疗费无显著性差异(  $P > 0.05$  ),见表 2。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分(  $\bar{x} \pm s$  )

组别	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 3 d	治疗后 1 周
对照组	8.73 $\pm$ 0.88	4.87 $\pm$ 0.83 <sup>b</sup>	5.07 $\pm$ 0.80 <sup>b</sup>	4.27 $\pm$ 1.33 <sup>b</sup>
治疗组	8.67 $\pm$ 0.72	2.00 $\pm$ 1.31 <sup>a,b</sup>	1.71 $\pm$ 1.07 <sup>a,b</sup>	1.07 $\pm$ 0.88 <sup>a,b</sup>

注:a.与对照组比较,  $P < 0.01$  ;b.与治疗前比较,  $P < 0.01$  。

表 2 两组患者住院各项费用比较(  $\bar{x} \pm s$ , 元)

组别	化验费	检查费	治疗费	药费	床位费
对照组	270 $\pm$ 42	1813 $\pm$ 563	267 $\pm$ 56	2013 $\pm$ 740	383 $\pm$ 110
治疗组	260 $\pm$ 43	873 $\pm$ 231 <sup>b</sup>	307 $\pm$ 57	1313 $\pm$ 434 <sup>b</sup>	313 $\pm$ 68 <sup>a</sup>

注:a.与对照组比较,  $P < 0.05$  ;b.与对照组比较,  $P < 0.01$  。

3 讨论

颅脑手术后如果患者恢复顺利,但出现颅内情况无法解释的头痛,应注意鉴别头痛的原因,特别应重视对大量由于颅外组织结构,特别是颈部病变引发头痛的鉴别诊断和治疗。分布到头颈部的枕大神经、枕小神经、耳大神经、高位颈神经(  $C_1$ 、 $C_2$ 、 $C_3$  ),走行于头颈部的血管(颈动脉、椎动脉)以及头颈部的肌腱、筋膜、韧带、软骨等组织,是颅外对痛觉敏感的结构。分析病因时要注意有无颅内压力的变化(高血压、低颅压);有无含有痛觉纤维的颅神经直接受损;有无头颅临近器官如眼、耳、口腔等局部病变的影响;有无颅内外结构炎症变化;有无颅内外血管扩张和痉挛导致功能失衡,以及有无大脑基底动脉及其分支受牵拉等原因。基本除外颅内情况后,可请疼痛科会诊,分析有无头皮及枕部或颈项肌群肌肉持续收缩导致的颅表神经痛。

由于颈椎本身结构的特异性,受到外力的影响常改变自身的平衡。头部姿势不当、颈椎关节失稳等改变均可刺激或压迫颈神经或交感神经而出现头痛<sup>[4,7]</sup>。颈部的过伸、过曲或旋转对寰枕和寰枢关节之间的  $C_1$ 、 $C_2$  神经根都可产生压迫或牵拉造成头痛<sup>[4,6-8]</sup>。颅脑手术患者绝大部分于全身麻醉下摆体位,为了手术中充分显露,往往需要颈部过伸、过曲或旋转等。由于患者应用了肌松剂且全麻后丧失自我保护能力,如果神经外科医生摆体位时不注意颈部的保护,一味追求更好地显露,可能会造成颈部结构的损伤,产生术后头痛。长时间的颅脑手术使有些患者由于颈部肌肉长期处于紧张状态,血液循环障碍,新陈代谢产物如乳酸、

缓激肽、P 物质、5-羟色胺等游离堆积,刺激神经末梢产生头痛。

本研究中疼痛科应用神经阻滞为主的综合治疗可迅速缓解颅脑手术后的头痛,特别是应用含有糖皮质激素和局部麻醉药的消炎镇痛液行神经阻滞,在局部麻醉药的作用下,患者的头痛症状可迅速缓解,从而证实诊断的正确,增强患者的信心。糖皮质激素起效迅速,能抑制炎症反应,缓解疼痛有立竿见影的效果。故综合治疗比单纯应用药物治疗疗效更好。

本研究结果显示,神经阻滞为主的综合治疗可明显减轻颅脑手术后头痛,缩短手术后住院时间,因此降低了床位费。同时,由于避免了不必要的反复影像学检查,也使检查费用大幅降低。与常规药物治疗如脱水药、止痛药、激素及抑酸药等相比,神经阻滞可迅速见效,减少全身用药剂量大带来的副作用,同时也降低了药费。

综上所述,颅脑手术后应注重术后头痛的综合治疗,特别应鉴别头痛的原因,给予针对性的治疗,进一步提高颅脑手术后的管理水平。

[参考文献]

[1] Honnma T, Imaizumi T, Chiba M, et al. Preemptive analgesia for postoperative pain after frontotemporal craniotomy [J]. No Shinkei Geka, 2002, 30(2): 171—174.

[2] Nguyen A, Girard F, Boudreault D, et al. Scalp nerve blocks decrease the severity of pain after craniotomy [J]. Anesth Analg, 2001, 93(5): 1272—1276.

[3] 张铁军, 张咸伟. 神经外科疾病患者术后镇痛的研究进展 [J]. 医药导报, 2005, 24(5): 12—13.

[4] Naja ZM, El-Rajab M, Al-Tannir MA, et al. Repetitive occipital nerve blockade for cervicogenic headache: expanded case report of 47 adults [J]. Pain Pract, 2006, 6(4): 278—284.

[5] Regli F, Foletti G. Cervicogenic headaches [J]. Rev Med Suisse, 2006, 13(2): 2061—2064.

[6] 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.

[7] Antonaci F, Bono G, Chimento P. Diagnosing cervicogenic headache [J]. J Headache Pain, 2006, 7(3): 145—148.

[8] Regli F, Foletti G. Cervicogenic headaches [J]. Rev Med Suisse, 2006, 13(2): 2061—2064.

(收稿日期: 2008-05-18)