

中西医结合治疗腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛临床观察

陈晶晶

温岭市第四人民医院, 浙江 温岭 317511

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛的效果。方法: 90例腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者, 随机分为2组, 各45例。对照组采用常规西医治疗; 观察组在对照组治疗基础上联合止痛散治疗。治疗10天, 比较2组临床疗效及视觉模拟疼痛评分(VAS)。结果: 总有效率观察组91.1%, 对照组66.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后5天、10天VAS评分显著改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗后5天、10天VAS评分, 显著低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。总不良反应发生率观察组8.9%, 对照组31.1%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛以西医常规治疗联合止痛散汤治疗, 效果显著, 能有效减轻患者疼痛, 不良反应少。

[关键词] 头痛; 腰麻-硬膜外联合麻醉; 疼痛评分

[中图分类号] R614.2*7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0044-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.018

腰麻-硬膜外联合麻醉(combined spinal anesthesia, CSEA)是近年来手术中使用较多的椎管内麻醉方法, 该麻醉方法融合了腰麻和硬膜外麻醉的优点, 具有起效快、可控性强、对肌肉的松弛程度较好、围术期更加容易操作、方便术后镇痛等优点, 在保证患者顺利完成手术时减轻患者围术期痛苦, 提高患者治疗依从性^[1]。但是, 腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛发生率较高, 不仅影响患者手术效果, 而且对患者术后正常生活、工作均产生较大的影响。近年来, 对腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者给予中西医结合治疗, 效果理想^[2]。为了探讨中西医结合疗法在腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者中的治疗效果, 本院对腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者, 采用中西医结合治疗, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年1月—2016年3月本院腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者, 共90例, 随机分为对照组和观察组, 各45例。对照组, 男26例, 女19例; 年龄28~77岁, 平均(42.2±4.3)岁。顶枕部头痛31例, 双侧额部头痛10例, 双侧颞部头痛4例。观察组, 男24例, 女21例; 年龄29~78岁, 平均(41.9±4.0)岁。顶枕部头痛30例, 双侧额部头痛9例, 双侧颞部头痛6例。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 年龄28~78岁, 均行腰麻-硬膜外联合麻醉

后头痛, 术前无高血压、贫血、心脏病史、肝肾功能正常; 术前无头痛病史、无头痛家族病史; 无精神意识障碍性疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西医治疗, 术后指导患者取正确的体位, 去枕平卧, 根据患者情况制定合理的睡眠时间表。术后嘱患者多休息, 保证充足的睡眠。同时, 术后根据患者恢复情况正确的指导患者运动锻炼, 锻炼时应控制好运动时间和运动量。同时, 术后患者静脉滴注维生素B6和维生素C, 每天1次, 必要时给予口服芬必得。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予止痛散治疗, 处方: 辛夷、黄芩各15g, 知母30g, 白芍、牡丹皮、白芷、栀子各12g, 生地黄、麦冬各10g。每天1剂, 分早晚服用, 连续服用10天。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察2组视觉模拟疼痛评分(VAS), 标有10个刻度的尺子, 一端代表0, 一端代表10, 0分无疼痛, 10分表示疼痛难忍, 自行标出自己的感觉疼痛; 观察2组药物不良反应发生率。

3.2 统计学方法 运用SPSS18.0软件处理, 计数资料以(%)表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 头痛症状完全消失, 能正常生活和工

[收稿日期] 2016-05-12

[作者简介] 陈晶晶(1987-), 女, 住院医师, 研究方向: 麻醉术后并发症。

作；好转：头痛症状得到改善，对日常工作、生活产生轻微的影响；无效：头痛无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组91.1%，对照组66.7%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	45	29	15	4	91.1 ^①
对照组	45	21	14	15	66.7

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后VAS疼痛评分比较 见表2。2组治疗后5天、10天VAS评分显著改善，与本组治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；观察组治疗后5天、10天VAS评分显著低于对照组，与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗后5天	治疗后10天
观察组	45	7.12 ± 0.39	4.00 ± 1.12 ^{①②}	0.84 ± 1.25 ^②
对照组	45	7.09 ± 0.41	6.21 ± 1.15 ^①	2.10 ± 1.94 ^①

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组药物不良反应发生率比较 见表3。不良反应总发生率观察组8.9%，对照组31.1%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	恶心	呕吐	口干	食欲不振	不良反应总发生率(%)
观察组	45	1(2.2)	2(4.4)	0	1(2.2)	8.9 ^①
对照组	45	3(6.7)	4(8.9)	3(6.7)	4(8.9)	31.1

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

头痛是腰麻-硬膜外联合麻醉后常见的并发症。有报道显示，腰麻-硬膜外联合麻醉后患头痛发生率为5%~10%，头痛不仅会增加患者伤口疼痛，还会对临床整体治疗效果产生明显的影响，严重者甚至会出现应激反应，影响切口愈合。通常来说，患者麻醉后疼痛多发生在术后2天发生，且疼痛部位多为顶枕部，部分患者随着病情的发展逐渐过渡到颞部和双侧额部，并且患者头痛严重程度与其体位存在紧密的联系，当患者平躺时疼痛症状能得到显著的改善。有学者认为，腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛与术后穿孔内溢出脑脊液存在紧密的联

系，容易引起颅内压发生明显的变化，从而导致头痛，并且硬膜破口与穿刺针内径表现为正比例关系，溢出的脑脊液量越多，颅内压下降越明显，患者术后头痛发生率也越高。

近年来，中西医结合在腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛患者中得到应用，且效果理想。现代医学对麻醉后头痛常以指导患者调整体位，保持去枕平卧姿势，以减轻术后头痛的发生，术后静脉滴注维生素促进机体产生更多的脑脊液，从而可以缓解头痛症状，但药物不良反应发生率较高，增加患者痛苦，部分患者甚至难以配合治疗^[3]。本研究中，自拟止痛散方治疗，方由辛夷、黄芩、知母、白芍、牡丹皮、白芷、栀子、生地黄、麦冬等组成。辛夷有发散风寒，通鼻窍功效；黄芩有清热燥湿、清热泻火、解毒作用；知母有滋阴降火、生津止渴等功效；白芍有补血、养血、缓急止痛功效；牡丹皮活血化瘀功效；白芷解热镇痛、止头痛功效；栀子有清热燥湿，泻火除烦等功效；生地黄有清热凉血，益阴生津等功效；麦冬有养阴生津，清心润燥等功效。诸药共同发挥通经活络，滋阴生津，祛风止痛等功效，能有效的改善患者头部症状，减轻疼痛的发生^[4]。

本观察显示，总有效率观察组91.1%，对照组66.7%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后5天、10天VAS评分显著改善，与本组治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；观察组治疗后5天、10天VAS评分，显著低于对照组，与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。总不良反应发生率观察组8.9%，对照组31.1%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。综上所述，腰麻-硬膜外联合麻醉后头痛采用西医常规治疗联合止痛散汤治疗，效果显著，能有效减轻患者疼痛，不良反应少。

[参考文献]

- [1] 刘宏伟, 邹忆怀, 张勇, 等. 偏头痛研究方法学的现代研究概况[J]. 吉林中医药, 2015, 35(1): 98-102.
- [2] 何维海. 中西医结合治疗腰麻-硬膜外联合麻醉术后头痛25例[J]. 河南中医, 2016, 36(3): 516-518.
- [3] 熊涛, 谭禄伦. 腰-硬联合麻醉后两种体位的舒适度对比[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(22): 132-133.
- [4] 王海川, 韩清燕, 林雪琴. 中医干预防疗腰硬联合麻醉下术后尿潴留60例疗效观察[J]. 河北中医, 2014, 36(12): 1785-1787.

(责任编辑: 马力)