

〔文章编号〕 1007-0893(2023)04-0041-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.04.011

中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛的临床疗效

詹峰 林道基

(福鼎市医院, 福建 福鼎 355200)

〔摘要〕 目的: 探讨分析中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛的临床疗效。方法: 选取福鼎市医院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月收治的因行腰硬联合麻醉发生术后头痛患者, 共 82 例, 采取随机数字分组方式划分为对照组与观察组, 各 41 例。对照组患者采取西医治疗, 观察组患者在对照组治疗基础上应用中医治疗, 比较两组患者临床疗效、视觉模拟评分法 (VAS) 评分、中医证候积分、焦虑自评量表 (SAS), 抑郁自评量表 (SDS) 评分以及满意度等情况。结果: 观察组患者治疗总有效率较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后 VAS 评分均较治疗前不同程度下降, 且观察组患者治疗 1 个月后、2 个月后 VAS 评分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前不同程度下降, 且观察组患者治疗后中医证候积分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后 SAS、SDS 评分均较治疗前不同程度下降, 且观察组患者治疗后 SAS、SDS 评分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者总满意度较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛可有效缓解患者头痛、头昏沉等临床症状, 更能降低患者不良情绪, 整体满意度较高。

〔关键词〕 麻醉术后头痛; 腰硬联合麻醉; 止痛散

〔中图分类号〕 R 614 〔文献标识码〕 B

麻醉是手术治疗不可缺少的组成部分, 也是保障手术顺利开展的基础要素。部分患者在行硬膜外阻滞麻醉与蛛网膜下腔麻醉术后出现头痛, 体位可能是导致患者这一症状的原因, 当患者处于直立位时头痛症状会明显加重, 平卧会有所缓解。部分患者因长时间头痛对日常工作与生活造成严重影响, 所以, 及时诊断与高效治疗对促进患者身体恢复有着重要作用^[1-2]。对此, 本研究选取福鼎市医院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月收治的因行腰硬联合麻醉发生术后头痛患者为研究对象, 采用中西医结合治疗方式, 取得显著成效, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取福鼎市医院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月收治的因行腰硬联合麻醉发生术后头痛患者, 共 82 例, 采取随机数字分组方式划分为对照组与观察组, 各 41 例。观察组男性 21 例, 女性 20 例; 年龄 28 ~ 77 岁, 平均年龄 (42.6 ± 4.2) 岁; 中医辨证分型: 肝阳头痛 10 例, 肾虚头痛 9 例, 血虚头痛 8 例, 痰浊头痛 7 例, 瘀血头痛 7 例。对照组男性 23 例, 女性 18 例; 年龄 26 ~ 75 岁, 平均年龄 (42.2 ± 4.3) 岁; 中医辨证分型: 肝阳头痛 11 例, 肾虚头痛 10 例, 血虚头痛 9 例, 痰浊头痛 6 例, 瘀血头痛

5 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 所有患者均接受腰硬联合麻醉术、术前无心脏病史或贫血史; (2) 对本研究知情同意; (3) 中医辨证分型, ①肝阳头痛: 头痛伴有眩晕、心烦易怒、夜眠不宁、胁痛、面红口苦、苔薄黄、脉弦有力; ②肾虚头痛: 头痛且空, 伴有眩晕、腰膝酸软、神疲乏力、遗精带下、耳鸣少寐、舌红少苔、脉细无力; ③血虚头痛: 头痛而晕、心悸不宁、神疲乏力、面色黄白、舌淡苔白、脉细弱; ④痰浊头痛: 头重如蒙、胸脘满闷、苔白腻、脉滑; ⑤瘀血头痛: 头痛经久不愈、痛有定处、固定不移、痛如锥刺、或有头部外伤史、舌质紫、苔薄白、有瘀斑。

1.2.2 排除标准 (1) 肝肾功能不全者、凝血功能障碍者、患有长期头痛史、患有精神障碍、严重心血管疾病者; (2) 患者主诉平卧头痛减轻明显, 顶枕部是头痛主要部位。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规西医治疗, 即指导患者以正确卧姿躺平, 撤去枕头, 保证睡眠充足。日常生活可在身体条件允许下参与运动, 有利于身体恢复。与此同时, 给

〔收稿日期〕 2022 - 12 - 21

〔作者简介〕 詹峰, 男, 副主任医师, 主要研究方向是临床麻醉。

予患者口服维生素 B6 (华中药业股份有限公司, 国药准字 H42020613) 20 mg 与维生素 C (东北制药集团沈阳第一制药有限公司, 国药准字 H21022862) 50 mg, 每日 1 次, 如果患者在治疗过程中出现腹泻、胃痛等胃肠道症状, 可根据其症状给予相应的肠胃药物治疗, 持续治疗 5 d。

1.3.2 观察组 在对照组治疗的基础上应用止痛散治疗, 组方: 黄芩 15 g, 知母 30 g, 白芍 12 g, 辛夷 15 g, 栀子 12 g, 麦冬 10 g, 生地黄 10 g, 牡丹皮 12 g。临床加减: 肝阳头痛可添加钩藤 15 g、天麻 12 g; 痰浊头痛可添加羌活 10 g; 瘀血头痛可添加川芎 15 g; 肾虚头痛可添加防风 6 g、蜈蚣 1 条; 血虚头痛可添加升麻 12 g、柴胡 15 g。每日 1 剂, 水煎煮取汁 300 mL, 分早晚各服用, 持续治疗 5 d。

1.4 观察指标

观察两组患者临床疗效、视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分、中医证候积分、焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 评分、抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评分以及满意度等情况。(1) 根据《中药新药临床研究指导原则》对患者临床症状实施评分^[3], 分别为胸闷、气短、耳鸣、心悸等症状, 若患者无症状则标记 0 分, 若患者症状较轻标记 2 分, 症状中度标记 4 分, 症状较重标记 6 分, 最高为 36 分, 最低分为 0 分, 得分越高提示患者症状越严重。

(2) 在 VAS 评分方面, 运用 VAS 对患者疼痛程度进行评价, 其中重度疼痛 (7~10 分), 中度疼痛 (4~6 分), 轻度疼痛 (1~3 分), 分值越高, 说明患者疼痛感越强。

(3) SAS 与 SDS 分别代表焦虑与抑郁, 二者均有评分量表, 根据评分量表对患者治疗前与治疗后的焦虑与抑郁情况进行评价。得分越高, 代表焦虑、抑郁程度越严重。

(4) 满意度: 患者填写福鼎市医院自制满意度调查表, 分为满意、较满意与不满意, 满分 100 分, > 90 分即为满意, 60~89 分为较满意, < 60 分则为不满意。总满意度 = (满意 + 较满意) / 总例数 × 100 %。

1.5 疗效判定标准

痊愈: 在治疗后其临床症状完全消失, 治疗前存在的头痛、头昏沉等临床症状基本消失; 有效: 在治疗后其日常症状有所缓解, 可简单适当活动, 治疗前存在的头痛、头昏沉等临床症状有所改善; 无效: 治疗后依旧存在头痛、头昏沉等症状, 甚至部分患者临床症状程度重于治疗前。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 95.12 %, 较对照组的 78.04 % 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 ($n = 41$, 例)

组别	痊愈	有效	无效	总有效 / n (%)
对照组	12	20	9	32(78.04)
观察组	22	17	2	39(95.12) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较

两组患者治疗后 VAS 评分均较治疗前有不同程度上下降, 且观察组患者治疗 1 个月后、2 个月后 VAS 评分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 ($n = 41$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 2 个月后
对照组	5.71 ± 1.56	2.57 ± 0.93	2.44 ± 0.75
观察组	5.46 ± 1.87	2.14 ± 0.95 ^b	1.85 ± 0.82 ^b

注: VAS 一视觉模拟评分法。与对照组同时段比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前有不同程度上下降, 且观察组患者治疗后中医证候积分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ($n = 41$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	心悸	胸闷	气短	耳鸣
对照组	治疗前	2.15 ± 0.42	1.95 ± 0.12	2.11 ± 0.23	1.33 ± 0.13
	治疗后	1.81 ± 0.22 ^c	1.35 ± 0.07 ^c	1.43 ± 0.03 ^c	0.67 ± 0.05 ^c
观察组	治疗前	2.12 ± 0.35	1.93 ± 0.14	2.12 ± 0.16	1.36 ± 0.12
	治疗后	1.02 ± 0.14 ^{cd}	0.74 ± 0.11 ^{cd}	1.12 ± 0.05 ^{cd}	0.35 ± 0.03 ^{cd}

注: 与同组治疗前比较, ^c $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较

两组患者治疗后 SAS、SDS 评分均较治疗前有不同程度上下降, 且观察组患者治疗后 SAS、SDS 评分较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较 ($n = 41$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SAS	SDS
对照组	治疗前	65.91 ± 4.43	66.13 ± 6.24
	治疗后	42.56 ± 4.23 ^e	45.12 ± 4.14 ^e
观察组	治疗前	65.56 ± 4.82	66.37 ± 6.35
	治疗后	33.13 ± 1.93 ^{ef}	38.22 ± 1.55 ^{ef}

注: SAS 一焦虑自评量表; SDS 一抑郁自评量表。与同组治疗前比较, ^e $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^f $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者满意度比较

治疗后观察组患者总满意度为 97.56%，较对照组的 80.48% 高，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者满意度比较 (n = 41, 例)

组别	满意	较满意	不满意	总满意 /n (%)
对照组	15	18	8	33(80.48)
观察组	25	15	1	40(97.56) [§]

注：与对照组比较，[§] $P < 0.05$ 。

3 讨论

一般麻醉分为全身麻醉与局部麻醉两大类型，其中全身麻醉包括静脉麻醉、吸入麻醉、全凭静脉麻醉、静吸复合麻醉^[4]。局部麻醉包括神经阻滞、区域阻滞、局部浸润麻醉、表面麻醉等，此麻醉中的神经阻滞则可细分为硬膜外阻滞、神经干阻滞、脊麻，可以说每种麻醉具有不同操作方式，可单独或联合应用^[5-6]。麻醉医生在行全身麻醉时可借助气管导管或呼吸面罩为患者注入麻醉药物，或经静脉给药，旨在让患者从意识清醒转至昏睡，丧失任何知觉。麻醉医生在此过程中会细致调控管理且严密监测患者重要脏器与心率、血压等各项生命体征^[7]。患者在全身麻醉下会丧失意识，大脑无法接受任何疼痛信号，也无法在术中处理任何信息，可以说以完全无意识状态接受手术操作^[8]。相关研究指出，腰硬联合麻醉术后发生头痛概率约为 3%，和单纯腰麻相比较低^[9]。此类患者头痛特征相对明显且与体位改变息息相关。很多临床研究指出，患者脑脊液从穿刺孔中溢出是腰硬联合麻醉术后头痛主要原因，硬膜口会因穿刺针粗大而扩大，溢出的脑脊液量也会更多，此时患者颅内压降低会更加显著，术后发生头痛概率会更高。还有相关研究者指出，穿刺针口减小，行腰硬联合麻醉术后疼痛概率也会降低，甚至认为硬脊膜创口大小会受穿刺针形状影响，一定程度上在腰硬联合麻醉术后诱发头部疼痛^[10]。

本研究结果显示，治疗后观察组患者的临床疗效、VAS、中医证候、SAS、SDS 评分以及满意度等指标优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明中西医结合在腰硬联合麻醉术后头痛效果显著。西医治疗强调通过改变体位以及去除枕头缓解穿刺创口压力，减轻头痛症状。同时患者在术后口服维他命 B6 与维他命 C 可使脉络从产生脑脊液，缓解头痛。如果患者麻醉术后疼痛剧烈，也可给予其咖啡因等止痛药物。单纯西药治疗虽具有明确镇痛效果，然而无法完全缓解患者头痛症状^[10-11]。近年来，随着中医学蓬勃发展，中医针对此方面也展开深入研究且取得相应成就。肝阳头痛是由于肝阳上亢，上扰清窍所导致的疾病，主要是以平肝潜阳熄风为治疗原则治疗疾病。肾虚头痛是由于肾精亏虚，髓海失养，

不荣则痛导致的疾病。主要是以养阴补肾，填精生髓为治疗原则治疗疾病。血虚头痛是由于气血亏虚，脑失濡养导致的疾病。主要是以益气养血，和络止痛为治疗原则。瘀血头痛是由于瘀阻脑络不通导致的疾病。主要是以活血化瘀，通窍止痛的治疗原则治疗疾病。痰浊头痛是由于脾失健运，痰浊中阻，上蒙清窍导致的疾病。主要是以健脾燥湿，化痰降逆为治疗原则治疗疾病。本研究治疗运用止痛散组方：黄芩、知母、白芍、辛夷、栀子、麦冬、生地黄、牡丹皮等药物具有化瘀止血与抗炎解毒，滋阴生津等功效，联合应用可有利于行腰硬联合麻醉患者恢复^[12-13]。

总之，中西医结合治疗腰硬联合麻醉术后头痛，可有效缓解患者头痛、头昏沉等临床症状，更能降低患者不良情绪，整体满意度较高。

[参考文献]

- (1) 韩青. 右美托咪定在腰硬联合麻醉中对老年骨科手术麻醉效果及血压的影响观察 (J). 中国医药指南, 2022, 20(18): 13-16.
- (2) 柯建辉, 谢亦栋, 马淑娟, 等. 腰硬联合麻醉对老年胫腓骨骨折患者术后认知功能及疼痛程度的影响 (J). 足踝外科电子杂志, 2022, 9(2): 29-33.
- (3) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (4) 王统青. 全麻与腰硬联合麻醉对老年髋部手术患者的影响对比 (J). 中外医疗, 2022, 41(15): 37-40.
- (5) 庞欣杰, 卢锦容, 李雪瑜, 等. 腰硬联合麻醉在髋关节置换术患者中的临床应用 (J). 中国医药科学, 2022, 12(3): 145-148.
- (6) 张建军. 罗哌卡因腰硬联合麻醉在老年股骨颈骨折手术中的疗效及不良反应发生率 (J). 北方药学, 2021, 18(10): 162-163.
- (7) 袁新军. 腰硬联合麻醉在剖宫产术临床应用及安全性研究 (J). 甘肃科技纵横, 2021, 50(8): 121-123.
- (8) 王黛. 连续硬膜外麻醉和腰硬联合麻醉在剖宫产手术中的应用效果分析 (J). 当代医学, 2021, 27(22): 149-150.
- (9) 唐小辉. 腰硬联合麻醉对妇产科手术患者不良反应和并发症的影响 (J). 中国妇幼保健, 2021, 36(9): 2015-2019.
- (10) 李嘉华, 张继承, 朱倩丽, 等. 联合麻醉用于高龄髋部骨折患者的安全性 (J). 黑龙江中医药, 2021, 50(2): 14-15.
- (11) 柴建芳, 齐鹏, 孟令浩, 等. 撤针埋于不同穴位对腰硬联合麻醉下行剖宫产产妇不良反应的改善效果对比分析 (J). 临床和实验医学杂志, 2021, 20(6): 670-673.
- (12) 廖明. 腰硬联合麻醉在老年人股骨颈骨折手术中的应用效果 (J). 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(4): 145-146.
- (13) 裴小霞, 杜宁. 电针配合药物治疗腰硬联合麻醉术后头痛的疗效观察 (J). 上海针灸杂志, 2020, 39(11): 1400-1403.