胡永生治疗中枢性疼痛的三大绝技

▲ 本报见习记者　宗俊琳

中枢性疼痛是指中枢神经系统病变或功能失调所引起的疼痛，原发病变在脊髓或脑，常见病因有出血、梗塞、血管畸形、肿瘤、外伤、感染等。虽然在疼痛患者人群中的比例不大，但病例的绝对数并不少，而且个个都是治疗的难题。

由于镇痛药物、神经阻滞等方法的疗效有限，神经外科止痛手术往往是主要手段，加上多种疗法的联合应用有时能取得较好效果。

医生档案

胡永生：北京宣武医院功能神经外科副主任，主任医师，擅长脑卒中后疼痛、臂丛神经损伤后疼痛等中枢性疼痛的手术治疗。

> 胡永生面对的，是“各种稀奇古怪的疼！”
> 胡永生追求的，是“每个功能神经外科医生都该有自己的独门绝技”。
> 就用这些反复锤炼出的独门绝技帮患者解决各种稀奇古怪的疼痛！

吃不下、睡不着，疼到皮包骨

◆ 在大脑皮层上定点治疗卒中后疼痛

“疼得24小时不间断，吃什么药都不管用，只有做手术才能缓解疼痛。而脑卒中后疼痛的止疼手术相比于脊髓损伤后疼痛、腰腿痛的手术，困难在于一般治疗疼痛的部位都要高于疼痛本身的部位，而脑卒中后疼痛的病因已经在脑部，这等于是要在脑袋顶上找‘头顶’，这么困难的尝试，国内之前也一直没有针对性的良好的治疗方法”，宣武医院功能神经外科副主任胡永生说，“也只有在大脑皮层处治疗才可能起效了。”

2001年前后，胡永生接到了自己临床第一例脑卒中后遗神经性疼痛的患者，至今印象深刻。一位矿工，原来体质很好，患病后因为疼痛，吃不下饭，睡不着觉，慢慢地瘦到皮包骨头、意志消沉。

脑卒中之后的疼痛，最典型的是丘脑痛，大部分患者在丘脑出血或者梗塞之后，对侧半边身体会出现剧烈疼痛。当时在国内，吃药、打神经阻滞等方法的止疼效果都不是很好，直到引进电刺激起搏器放在脑部皮层的方法才有了起色。

“其实，手术操作并不复杂，关键是能不能在大脑皮层找到有效的止疼部位，这是难点！人体的大脑皮层神经、血管分布密集，功能区交叉纵横，如果放的地方不准，神经刺激不到位，就不能有效缓解疼痛了。”当时，由于临床经验匮乏，胡永生很坦诚地将这一困难告诉了患者和他的家人。

多年求治无门，疼痛无时无刻不在折磨着自己，抱着“死马当作活马医”的心态，患者还是希望尝试一下。

胡永生术前查阅了各种文献，吸取国外会议上交流的大量手术经验，平时看似大大咧咧的粗线条的他做起这样的手术，却细腻得不能再细腻了，最终成功完成了第一例脑起搏器电刺激治疗脑卒中后疼痛的手术。

“因为只是放了一个刺激器在脑部，并不会过多地损伤患者脑部结构，因此并发症相对很少！不会造成新的功能障碍。”

如今，这位当年看病时50多岁的矿工已经60多岁了，十几年间已经换过两次电池，疼痛控制的效果一直非常好。

目前，胡永生已经积累完成六七十例脑卒中后疼痛的电刺激起搏器手术病例，“但是，中枢性疼痛还有很多问题，目前仍然有患者无法医治，还要不断探索。”

上刀山、下火海，疼到不想活

◆ 两相兼顾治疗臂丛神经损伤后疼痛

和脑卒中后疼痛比起来，更让人震撼的是臂丛神经损伤后疼痛——“患者感觉患肢像被火烧一样，又像有东西捆在上面被拧着“绞榨样”疼痛，还像刀割似的“切割样”疼痛。这类病人往往疼到一定程度就不想活了。可是这类中枢性神经疼痛，以前一直没办法治疗。”

2005年也是从胡永生这里开始这类疼痛的手术治疗，目前已有两三百例了。

臂丛神经损伤是指从颈部脊髓发出的支配上肢的神经发生撕裂、损伤，常见于车祸、外伤，病人的上肢既没有了运动功能也没有了感觉功能，肌肉萎缩得如同干枯的树枝，但伴有疼痛的患者却会长期被剧痛折磨。

“为了止痛，他们把自己的手指头一根一根掰断，甚至要求截肢，但其实都不管用，因为根本问题并不在手和胳膊上，而在颈髓上。”近日，胡永生又接到了一个因为臂丛神经损伤造成神经性疼痛曾先后自杀了两次、又被救起的男患者，在他接手的相关病例中，有30例左右因不堪忍受疼痛而曾经想过或实施过自杀的病例。

“咱们国家第一批骑摩托车的人群中就有很大一部分发生臂丛神经损伤、继而出现损伤后疼痛的，目前，像车祸、工伤、癌症病人的化疗、放疗等都可能引起臂丛神经损伤后的疼痛。这些疼痛只能靠手术才能消除。”

手术原理说起来简单，只要把引起疼痛的脊髓的脊髓后角神经元毁损破坏一下，患者就不疼了。正常的脊髓比手指头还要细，臂丛神经撕脱后，患侧脊髓就会更明显地萎缩、变细，粗细只有原来的一半甚至三分之一，这个“手术毁损”的程度非常难掌握——既要充分毁损后角神经元让患者不疼了，又要保护好脊髓的其他结构不出现新的问题，假如毁损过深过大就会引起肢体无力、大小便功能障碍、甚至瘫痪等。

“不是所有的患者都能为了抑制疼痛，接受手腿都不能动了结果。这于患者的利弊取舍，就要因人而异了。这两者的完美兼顾是胡永生目前的执着追求，“这个度很难把握！每个患者的脊髓萎缩程度、损伤改变都不一样，所以要综合很多因素，比如术前磁共振扫描观察病人的脊髓到底萎缩到什么程度，平时患者疼痛能难受到什么程度等。”

值得庆幸的是，直到目前，他的手术一直都没有出过引起瘫痪的问题。

“手术就像艺术品，可能会有遗憾。有时一个病人手术做完，疼痛减轻了百分之七八十，腿也很安全，我就会追问自己不放——如果手术中再多做一点，是不是更好？但是那样做，患者承受的风险无疑就会成倍增加。最理想的结果是疼痛完全消除，而又没有留下任何并发症和后遗症。”

无处治，只能忍，疼了半世纪

◆ 领先多项曾经的无解

“医生就像高级修理工，只是木匠和铁匠修理的是木头和铁器，医生修理的是人。我觉得，一个医生，能有一个解决别人解决不了的问题的独门绝技，就不一样了！”当年，胡永生因为母亲经常生病，体质较弱，一直考虑学医。

一路走来，胡永生一直在寻找让自己那颗医疗的挑战之心安住的平台。接触手术治疗疼痛的博士后课题时，我国医疗领域还没有广泛开展能够真正有效解决疼痛问题的手术办法，那时候疼痛病人只能“忍”，“我所知道的耽误治疗最久的患者，20多岁车祸受的伤，臂丛神经损伤，70多岁才接受治疗，也不知道哪儿能治，忍了50多年！”这样的病例越多，越激发了胡永生对于功能神经外科手术的斗志和兴趣。

“十几年做下来，更加感觉一个功能神经外科医生要有一门自己的独门绝技。”比如胡永生擅长的中枢性疼痛中的脑卒中后疼痛和臂丛神经损伤后疼痛的两大难题，手术刚刚起步的时候需要各种术中神经电生理监测，小心谨慎地和患者的反复验证——部位对不对，方法对不对，感觉有没有？而这样的尝试起初也受到了一些医生的质疑——手术能治疗疼痛吗？多年来固有的疼痛治疗模式都是打打针吃吃药，回去挺一挺，就算了。也会常常被病人反问——我本来就疼，再做一个手术，不会更疼吗？会不会导致残废啊？

发掘自己的独门绝技的挑战之心和信念支持着胡永生脚步不停往前迈进，成功的病例多了，经验多了，曾经的质疑也越来越少，逐渐地被病人和医生所接受。现在胡永生和他所在的宣武医院功能神经外科已经能够将很多之前一直无解的中枢性疼痛问题做到有效的手术治疗——作为国内第一位专注于顽固性疼痛手术治疗的功能神经外科博士后，他先后开展了立体定向中脑加双侧扣带回前部联合毁损术、脊髓背根入髓区切开术、脊髓后正中点状切开术、运动皮层电刺激术、脊髓电刺激术、周围神经电刺激术、药物程控泵植入术等神经外科止痛手术，部分术式为国内率先开展。

医界高手