

早期应用纳洛酮治疗颅脑损伤昏迷近期疗效对比观察

许 淮, 蒋金泉

[摘要] 目的: 探讨早期应用纳洛酮治疗颅脑损伤昏迷的近期疗效。方法: 将颅脑损伤昏迷 87 例随机分成纳洛酮治疗组($n=44$)与对照组($n=43$); 观察两组患者近期 5 天清醒率、病死率, 并进行统计学分析。结果: 治疗结束(5 天)时纳洛酮治疗组清醒率(72.7%)较对照组高(51.2%)($P<0.05$)。纳洛酮治疗组病死率(18.2%)较对照组(37.2%)低($P<0.05$)。结论: 早期应用纳洛酮治疗颅脑损伤昏迷近期疗效显著, 可以提高早期清醒率, 降低病死率。

[关键词] 脑损伤; 纳洛酮; 昏迷

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15 [文献标识码] A

颅脑损伤昏迷是脑损伤严重的表现, 易出现生命体征紊乱, 病死率高; 因而尽早稳定患者的生命体征, 促进患者早日清醒, 对于提高颅脑损伤昏迷抢救成功率有着至关重要的作用。文献报道^[1,2], 纳洛酮治疗脑梗死意识障碍取得良好效果, 受其启发, 我们将纳洛酮应用于颅脑损伤昏迷的患者, 采用分组对照的方法, 探讨早期应用纳洛酮治疗颅脑损伤昏迷的近期疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 1998 年 6 月~2003 年 6 月收治的有明确头颅外伤史者 87 例, 伤后 8 h 内入院, 入院时昏迷, 无多发伤或复合伤, 无心、肺、肝、肾等器官功能衰竭, 无吸毒或药物成瘾史, 随机分为纳洛酮治疗组($n=44$)和对照组($n=43$)。全部病例均经头颅 CT 确诊。两组患者一般情况具有可比性(见表 1)。

表 1 两组一般资料比较(n)

分组	n	年龄(岁)	性别		脑损伤类型			手术
			男	女	颅内 血肿	脑挫 裂伤	脑干 伤	
治疗组	44	34.2±16.1	31	13	24	22	3	21
对照组	43	33.9±15.3	31	12	22	21	3	20
合计	87	—	62	25	46	43	6	41
χ^2	—	0.09 [△]	0.03	0.10	0.01	0.00	0.01	0.01
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

△示 t 值

1.2 治疗方法 对照组: 按常规治疗, 包括脱水、止血、支持、抗生素应用等, 手术开颅或钻孔血肿清除术。纳洛酮治疗组: 在常规治疗基础上加用纳洛酮。

纳洛酮用法: 所有入选患者治疗开始时首剂 2 mg, 缓慢静脉注射(静注); 以后每小时给 0.4~0.6 mg, 加入 5% 葡萄糖注射液 20 ml 中缓慢静注, 用至患者清醒或 5 天仍未清醒则停用纳洛酮。

1.3 观察指标 (1) 生命体征: 观察并记录患者开始治疗及治疗 3 天后呼吸、心律及血压变化情况。(2) 统计治疗 5 天时患者清醒人数及病死人数。计算清醒率及病死率。笔者以患者好转至对语言理解良好、疼痛刺激敏感、各种深浅反射正常、GCS 评分 9 分以上为清醒。

1.4 统计学方法 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

颅脑损伤昏迷者常伴随有呼吸异常(呼吸增快、减慢或节律不规则)、心律异常(心律不齐、心率增快或减慢)、血压异常(血压升高或降低)。纳洛酮治疗组开始治疗时呼吸异常、心律异常、血压异常分别为 81.8%(36 例)、79.5%(35 例)、45.5%(20 例), 治疗 3 天后分别为 27.3%(12 例)、29.5%(13 例)、9.1%(4 例); 对照组治疗开始时呼吸、心律、血压均异常分别为 81.4%(35 例)、83.7%(36 例)、41.9%(18 例), 治疗 3 天后分别降为 46.5%(20 例)、51.2%(22 例)、16.3%(7 例)。治疗 5 天后纳洛酮治疗组 32 例(72.7%)清醒, 对照组 22 例(51.2%)清醒, 两组清醒率对比差异有显著性($\chi^2=4.30$, $P<0.05$); 纳洛酮治疗组病死 8 例(18.2%), 对照组病死 16 例(37.2%), 两组差异有显著性($\chi^2=3.94$, $P<0.05$)。纳洛酮治疗组未见明显毒副反应发生。

3 讨论

研究发现, 阿片受体在感觉传入过程中起闸门作用, 任何原因所致的阿片系统活性增强, 均可导致意识障碍^[3]。机体应激状态下, 垂体释放大量的 β -

内啡肽,作用于阿片受体,产生心血管抑制作用,并影响脑内其它递质(如5-HT、去甲肾上腺素等)的活动,产生间接的心血管抑制效应,使血压或心律出现变化^[4]。动物实验已经证实,颅脑损伤后早期血浆及脑脊液中内源性阿片肽含量增多,并参与了继发性脑损伤^[5]。纳洛酮是一种非特异性阿片受体拮抗剂,最早用于阿片碱类中毒、乙醇中毒解救。颅脑损伤昏迷患者早期应用纳洛酮后,通过纳洛酮竞争性拮抗阿片受体,一方面阻断内源性阿片肽心血管系统的抑制作用,稳定患者生命体征,改善血流动力学,增加脑血流,减轻脑组织水肿及缺氧,减轻继发性脑功能损伤;另一方面阻断阿片肽对中枢神经系统的抑制作用,促进患者清醒。本研究通过两组对比观察,发现颅脑损伤昏迷患者早期多有不同程度心律不齐、心率增快或减慢,血压不稳定、增高或降低,呼吸急促、减慢或节律不规则;纳洛酮治疗组治疗3天后,部分患者呼吸循环较快恢复稳定,呼吸、

心律及血压异常较对照组明显减少。治疗5天后,纳洛酮治疗组清醒率较对照组明显提高($P < 0.05$)。纳洛酮治疗组病死率较对照组降低($P < 0.05$)。以上结果显示,早期应用纳洛酮治疗颅脑损伤昏迷近期疗效显著,可于急性期有效稳定患者的呼吸循环功能,保持患者生命体征平稳,提高早期清醒率,降低病死率。

[参 考 文 献]

- [1] 郑俊忠,魏丽玲,庄伟端. 纳洛酮治疗脑梗死意识障碍[J]. 新药与临床, 1997, 16(6): 344~346.
- [2] 黄海威,黄如训. 纳洛酮对脑缺血的作用[J]. 国外医学·内科学分册, 1992, 19(2): 55.
- [3] 刘明铎主编. 实用颅脑损伤学[M]. 北京:人民军医出版社, 1992: 256.
- [4] 徐叔云主编. 现代实用临床药理学[M]. 北京:华夏出版社, 1996: 676.
- [5] 朱 诚,江基尧. 纳洛酮对猫急性颅脑损伤影响的实验研究[J]. 中华外科杂志, 1989, 27(8): 498~500.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0438-02

。临床医学。

机械性肠梗阻 277 例病因分析

程学俭

[摘要] 目的:探讨机械性肠梗阻的病因变迁。方法:回顾我院近15年收治并确诊的机械性肠梗阻的病因,与国内不同年代有关资料对比分析。结果:粘连性肠梗阻、恶性肿瘤、小儿肠套叠所占比例明显升高,分别占机械性肠梗阻总数的61.4%、17.3%、15.5%。而腹外疝、蛔虫团堵塞、肠扭转所占比例明显下降,分别占总数的2.2%、1.18%、1.18%。结论:近15年来肠粘连、恶性肿瘤、肠套叠引起的机械性肠梗阻比率较前明显增加;腹外疝、肠寄生虫、肠扭转引起的机械性肠梗阻比率明显下降。

[关键词] 肠梗阻;肠粘连;恶性肿瘤;病因

[中国图书资料分类号] R 574.2 [文献标识码] A

肠梗阻是外科常见病,机械性肠梗阻是肠梗阻中的一大类,其病因很多。1988~2003年,我院收治病因明确的机械性肠梗阻277例,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 277例中,男188例,女89例;年龄1个月~83岁。有腹部手术史者139例。全组均有腹痛、腹胀和轻重不一的呕吐。肛门停止排便排气217例,有少量黏液血便者72例。全组均有机械性肠梗阻的X线阳性征象。

1.2 病因 277例按机械性肠梗阻三大病因分为:

(1) 肠腔堵塞 50例,其中,肠寄生虫3例,发育畸形

2例,肠石症2例,肠套叠43例。(2) 肠管受压 179例,其中肠粘连170例,嵌疝6例,肠扭转3例。(3) 肠壁病变 48例,全部为结直肠癌。本组病例与国内有关资料对比不同年代病因排位变化见表1^[1]。变化结果肠粘连由20世纪50~70年代的第2位上升到现在的第1位,而疝源性肠梗阻由20世纪50~60年代的第1位,下降到现在的第4位。肠套叠也位居梗阻原因的第3位。尤以小儿肠套和肠寄生虫病与文献报道^[2,3]中分别占肠梗阻病因总数的4%、18%相比差异甚大;本组肠套所占比例上升达15.5%,而肠寄生虫则明显下降达1.18%。

1.3 治疗 本组行各类手术179例,其中,68例行各种粘连松解术,41例癌肿根治术,34例各种肠切除术,21例肠套复位固定术,7例结肠造瘘(姑息性)术,4例嵌疝松解术,4例小肠排列术。98例经非手术治疗得以缓解或治愈,非手术疗法包括:钡剂灌肠

[收稿日期] 2004-04-30

[作者单位] 安徽省阜阳市第二人民医院 普外科, 236015

[作者简介] 程学俭(1959-),男,安徽界首人,副主任医师。