

参考文献

- [1] 江基尧,朱诚.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,1999:1-1.
- [2] 只达石,崔世民,张赛.重型颅脑损伤救治规范[M].北京:人民卫生出版社,2002:48,62,125.
- [3] 刘彦蛟.重型颅脑损伤低血压干预值的探讨研究[J].河北医药,2010,32(5):563-564.
- [4] 李力.重型颅脑损伤后神经源性低血压[J].中国综合临床,2004,20(4):296-296.
- [5] 林江凯.颅内压增高与呼吸功能不全[J].国内外医学·神经病学神经外科学分册,1995,6(22):286-288.
- [6] 程红梅.颅脑损伤的护理安全管理[J].中国基层医药,2008,15(11):1925-1926.
- [7] CLIFTON G, ROBERTSON C, GROSSMAN R. Cardiovascular and metabolic responses to severe head injury[J]. Neurosurgery Rev, 1989, 12:465-473.
- [8] BATTISTELLA F D, WISNER D H. Combined hemorrhagic shock and head injury: effects of hypertonic saline (7.5%) resuscitation[J]. J Trauma, 1991, 31: 182-182.
- [9] 李壮志,贺淑梅,曹任江.低血压对重型颅脑损伤预后的影响[J].现代诊断与治疗,2000,12:123-124.
- [10] 徐峰,张丽,慧晶晶,等.脑外伤后脑血管自动调节功能的检测[J].苏州大学学报(医学版),2004,24:203-205.
- [11] 张志强.重型颅脑外伤术后脑梗塞预防性治疗研究[J].临床急诊杂志,2009,10(5):286-287.
- [12] 沙龙金,夏昌兴,曾文盛,等.二次脑损伤对颅脑损伤预后的影响[J].中原医刊,2006,33:20-21.
- [13] SALLUH J L, MARTINS G A, SANTINO M S, et al. Early use of terlipressin in catecholamine-resistant shock improves cerebral perfusion pressure in severe traumatic brain injury[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2007, 51:505-508.
- [14] 张方成.浅谈颅脑损伤的一线治疗[J].临床急诊杂志,2009,10(3):129-129.
- [15] CHESNUT R M, MARSHALL L F, KLAUBER M R, et al. The role of secondary brain injury in determining outcome from severe head injury[J]. J Trauma, 1993, 34:216-222.
- [16] FULTON R L, FLYNN W J, MANCINO M, et al. Brain injury cause loss of cardiovascular response to hemorrhagic shock[J]. J Invest Surg, 1993, 6: 117, 131.

(收稿日期:2011-05-30)

纳洛酮联合舒血宁治疗急性乙醇中毒临床观察

吴刚¹ 梁芳¹

[摘要] 目的:观察纳洛酮、舒血宁联合应用治疗急性乙醇中毒的疗效。方法:对 58 例急性乙醇中毒患者随机分为治疗组和对照组;对照组接受以纳洛酮为主的治疗,治疗组采用舒血宁联合纳洛酮治疗,两组均在常规治疗的基础上,观察两组患者治疗有效时间及临床治愈时间。结果:治疗组有效率明显优于对照组。结论:纳洛酮联合舒血宁治疗急性乙醇中毒起效快,疗效确切。

[关键词] 乙醇中毒;急性;舒血宁;纳洛酮

[中图分类号] R595.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)01-0051-03

急性乙醇中毒是临床常见急诊之一。因急性乙醇中毒导致心脑血管系统功能损害国内早有报道^[1-2]。传统上对急性乙醇中毒采用内科常规洗胃,补液及纳洛酮治疗,我院 2008-06-2010-11 间对收治的 58 例急性乙醇中毒患者在上述治疗的基础上,尝试联合使用舒血宁注射液治疗,收效良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自 2008-06-2010-11 间我院急诊科收治急性

乙醇中毒患者 58 例。其中,男 49 例,女 9 例,年龄 18~49 岁,平均(29.96±8.48)岁。患者饮酒后就诊时间为 0.5~4.5 h,平均(4.09±1.97)h;饮白酒 200~500 ml,平均(312.05±89.13)ml。

1.2 诊断标准

①短时间内过量饮酒史,呼气有乙醇味;②有中枢神经兴奋(或抑制)症状;③明显的共济失调症状;④排除药物中毒以及其他原因所致昏睡,昏迷。所有患者均除外并发有高血压,冠心病。

1.3 方法

将 58 例患者随机分为两组:治疗组 31 例,对照组 27 例。治疗组中,中枢兴奋(或抑制)及共济

¹ 武汉钢铁集团公司第二职工医院急诊科(武汉,430085)
通信作者:吴刚, E-mail: wugangyachong@gmail.com

失调者 9 例(29.03%),昏迷者 27 例(70.97%);对照组中,中枢兴奋(或抑制)及共济失调者 8 例(29.63%),昏迷者 19 例(70.37%)。所有患者均予洗胃(就诊前已有呕吐者予以镇吐),静脉补液,纠正水电解质失衡,使用胃黏膜保护剂(泮托拉唑 80 mg 加入 0.9% 生理盐水 250 ml 静脉滴注)等常规治疗。治疗组 31 例,在常规治疗后予纳洛酮 0.5 mg 静脉注射,在此基础上再予舒血宁注射液(河北神威药业有限公司生产)30 ml 加入 5% 葡萄糖注射液 250 ml 中,按滴速 60 滴/min 静脉滴注。之后予纳洛酮 1.5 mg 加入 0.9% 生理盐水 250 ml 中,以 $20 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 静脉滴注。对照组 27 例,患者在给予纳洛酮 0.5 mg 静脉注射后,直接继以纳洛酮 1.5 mg 加入 0.9% 生理盐水 250 ml 中,以 $20 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 静脉滴注。

1.4 疗效观察

治疗开始后到患者神志转醒,答题清楚正确,对周围环境判断正确为治疗有效,其时间间隔为治疗有效时间;继之,患者共济失调症状消失,可无他人协助站立行走,步态平稳,其时间间隔为临床治愈时间。

1.5 统计学处理

一般情况采用描述性分析,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者在年龄、饮酒量及就诊时间上差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后的治疗有效时间及临床治愈时间差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

3 讨论

急性乙醇中毒的主要机制有两方面:一是乙醇及其体内代谢产物乙醛对中枢神经系统的直接抑制作用。随着血液中乙醇浓度的增加,临床上渐次出现兴奋、共济失调、昏睡、昏迷。少数患者出现延髓中枢抑制,出现呼吸、循环衰竭。二是乙醇代谢时生成大量还原型烟酰胺腺嘌呤二核苷酸(NADH),使 NADH/NAD 增高,导致乳酸增高,酮体蓄积,糖异生障碍,发生肝功能异常,代谢性酸中毒,低血糖^[3]。

纳洛酮是人工合成的内源性阿片肽受体拮抗剂,能竞争性拮抗 β -内啡肽对延髓中枢的抑制作用,改善呼吸和循环。纳洛酮还具有良好的改善脑灌注,保证脑干等重要部位的血液供应,促进神经

功能恢复和昏迷患者的意识恢复^[4]。另一方面,纳洛酮还可有效改善乙醇在肝内代谢时出现的烟酰胺腺嘌呤二核苷酸(NADH)增多,减轻脂质过氧化反应,防止自由基损伤^[5]。

舒血宁注射液主要成分为银杏叶提取物,是包含银杏黄酮苷,萜烯内酯的混合物,具有多种生理活性,是目前临床常用的治疗心脑血管疾病的药物。其主要作用机制为抗氧自由基,扩张血管,改善微循环等^[6]。动物试验观察到,银杏叶提取物能有效抑制氧自由基生成,清除自由基,抑制脂质过氧化^[7],对缺血再灌注损伤后的试验大鼠能减轻脑水肿,起到脑保护作用^[8];同时,部分纠正试验大鼠肝脏的脂质过氧化损害,抑制氧自由基生成,减少肝脏的炎性损伤^[9],起到保护重要脏器的目的。

在急性乙醇中毒的治疗中,我们认为意识的恢复即意味着乙醇对中枢神经系统抑制作用的解除。也即提示乙醇对机体各脏器毒性作用的减弱乃至消失。我们在临床观察中注意到,在纳洛酮治疗的基础上联合应用舒血宁治疗急性乙醇中毒患者意识恢复更快,可以显著缩短治疗后的治疗有效时间和临床治愈时间,同时在使用过程中也没有观察到明显的副作用。分析认为,舒血宁通过抗氧自由基,扩张血管,改善微循环等作用既可以保护心脑血管,肝脏等重要脏器免受乙醇及其在体内代谢所产生的氧自由基的损伤,又可以通过减少肝脏炎症来促进肝脏对乙醇的代谢,因而可以辅助增强纳洛酮的催醒作用。因此,二者的联合应用可以减少急性乙醇中毒患者出现急性呼吸衰竭的风险,促进乙醇的代谢,达到良好的催醒治疗目的。同时避免因患者经治疗后长时间未苏醒而增加家属的紧张焦虑情绪,减少医患沟通的难度,也为临床治疗急性乙醇中毒提供了一种选择。

参考文献

- [1] 何卫平,魏刚,杨径.急性酒精中毒合并多器官损害及代谢紊乱 28 例[J].中国急救医学,2000,20(1):41-41.
- [2] 李萍,闫乐京,解涛.急性酒精中毒与卒中[J].中国实用内科学,2001,21(7):416-416.
- [3] 陆再英,钟南山.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2009:950-951.
- [4] 李培杰,张朋,田金徽,等.纳洛酮在心肺复苏中疗效的系统评价[J].中国急救医学,2009,29(10):868-871.
- [5] 孟庆芳,吴克林,张心中.纳洛酮治疗急性乙醇中毒

表 1 舒血宁联合纳洛酮对急性乙醇中毒患者疗效的观察

组别	例数	年龄/岁	饮酒量/ml	饮酒后至就诊时间/h	治疗有效时间/h	临床治愈时间/h
对照组	27	29.37±8.30	315.56±84.73	3.85±1.76	2.01±1.06	6.53±3.12
治疗组	31	30.48±8.74	306.45±79.40	4.43±2.15	1.41±0.73 ¹⁾	4.89±2.25 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

- 462 例疗效观察[J]. 新医学, 2003, 34(5): 329-329.
- [6] 梅松柳, 高俊霞. 银杏叶提取物对局灶性脑缺血大鼠脑片 HIF 表达急新生血管的影响[J]. 中国急救医学, 2009, 29(8): 724-726.
- [7] 邹健, 蒋晓燕, 徐晓明. 银杏叶提取物神经保护作用研究进展[J]. 中草药, 2005, 36(11): 1734-1736.
- [8] 闵珉. 大鼠全脑缺血再灌注后银杏叶提取物减轻脑水肿机制的探讨[J]. 中国急救医学, 2009, 29(10): 908-908.
- [9] 毛燕飞. 舒血宁对肠缺血再灌注大鼠肝脏保护作用的研究[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(4): 584-584.

(收稿日期: 2011-08-02)

丹红注射液联合川芎嗪治疗椎动脉型颈椎病疗效观察

黄伟¹ 安莉¹ 高杰¹ 黄丽君¹ 许勇¹

[摘要] 目的: 观察丹红注射液联合川芎嗪治疗椎动脉型颈椎病(VBI)的疗效及安全性。方法: 采用随机分组双盲法, 将 60 例 VBI 患者分为治疗组(丹红+川芎嗪), 对照组(川芎嗪), 每组 30 例, 分别监测治疗前后临床症状改善及肝肾功变化指标。结果: 治疗组临床治愈率为 93.33%, 对照组临床治愈率为 63.33%, 两组比较差异有统计学意义。起效时间(12 h)内, 临床症状改善, 优于对照组。结论: 丹红注射液具有扩张血管、解除血管痉挛, 降低血管阻力, 增加椎基底动脉血流量作用。在川芎嗪治疗基础上加用丹红注射液治疗 VBI 患者疗效显著。

[关键词] 丹红; 川芎嗪; 椎动脉型颈椎病; 疗效

[中图分类号] R54 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)01-0053-02

椎动脉型颈椎病, 是由各种机械性与动力性因素致使椎动脉遭受刺激或压迫, 以致血管狭窄、曲折而造成以椎-基底动脉供血不全为主要症状的症候群, 多见于老年人, 常起病急, 症状重, 易反复发作, 是急诊科常见病及多发病。我院急诊科采用丹红注射液联合川芎嗪治疗, 取得较满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2009-07-2010-02 我院急诊科住院患者, 明确诊断椎动脉型颈椎病。诊断标准: 参照《实用神经学》诊断标准^[1]: ①颈性眩晕, 可有猝倒史; ②旋颈征阳性; ③X 线片有异常所见; ④多伴有交感神经症状; ⑤应除外眼源性、耳源性眩晕; ⑥除外椎动脉 V1、V3 段供血不全、神经官能症与颅内肿瘤 05a26 等; ⑦确诊、手术前需行椎动脉造影或数字减影椎动脉造影(DSA)。随机分为治疗组 30 例, 男 20 例, 女 10 例, 年龄为 40~80 岁, 平均 60 岁。并发高血压 10 例, 脑动脉硬化 8 例, 颈椎病 12 例。对照组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄为 41~82 岁, 平均 62.1 岁, 高血压 12 例, 脑动脉硬化 6 例, 颈椎病 12 例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)其有可比性。

1.2 方法

两组采用常规西药治疗。治疗组用丹红(菏泽步长制药有限公司, 国药准字 Z20026866, 有效期 18 个月)30 ml 加 5% GS 250 ml 静脉滴注, 川芎嗪 200 mg 加 5% GS 250 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 1 周为 1 疗程。对照组应用川芎嗪 200 mg 加 5% GS 250 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 1 周为 1 疗程, 有合并症状者给予对症处理, 治疗期间不用其他抗眩晕药物及血管扩张剂。

1.3 疗效判定标准

临床疗效: 参照《中药新药临床研究指导原则》中眩晕疗效的判定标准^[2]。①基本治愈: 眩晕、眩晕及伴随症状消失。②显效: 眩晕及伴随症状明显减轻。③有效: 症状减轻仍有轻微头昏及视物旋转, 生活、工作受影响。④无效: 无改变。疗效时间判定(起效时间), 即相同时间内治疗组与对照组人数比较。

2 结果

两组比较: 治疗组治愈 20 例, 显效 8 例, 有效 1 例, 无效 1 例, 总有效率 93.33%。对照组治愈 10 例, 显效 11 例, 有效 3 例, 无效 6 例, 总有效率 63.33%。两组比较, 治疗组总有效率明显高于对照组。起效时间上治疗组人数明显多于观察组, 见表 1。

3 讨论

椎基底动脉供血不足是由于动脉粥样硬化, 血

¹ 贵州省铜仁地区人民医院急诊科(贵州铜仁, 554300)
通信作者: 黄伟, E-mail: JZICUHW163@163.com