

• 临床研究 •

纳洛酮治疗急性重型颅脑损伤

Treatment of acute severe craniocerebral injury with naloxone

徐来元 刘文军 徐华生

XU Laiyuan, LIU Wenjun, XU Huasheng

【关键词】 创伤和损伤; 药理学, 临床 【Key words】 Wound and injury; Pharmacology, clinical

我院自 2001 年 1 月-2001 年 12 月, 共应用盐酸纳洛酮治疗急性中、重型颅脑损伤 35 例, 取得一定的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院从 2001 年 1 月-2001 年 12 月, 用盐酸纳洛酮治疗急性重型颅脑损伤 35 例, 其中男 23 例, 女 12 例; 年龄 7~82 岁, 平均 45.5 岁。从受伤到入院时间为 1~26 h 不等, 无其它严重心、肝、肾受伤或功能不全。入院时 GCS 评分 3~8 分; 其中伴有硬膜外血肿 9 例, 硬膜下血肿 5 例, 脑内血肿 8 例, 多发性颅内血肿 3 例, 脑挫裂伤 10 例; 经手术治疗 14 例, 非手术治疗 21 例。我院 2000 年同期收治急性重型颅脑损伤 38 例, 作为对照组; 其中男 28 例, 女 10 例; 年龄 2~77 岁, 平均 49.5 岁。从受伤到入院时间为 1~22 h 不等, 无其它严重心、肝、肾受损或功能不全。入院时 GCS 评分 3~8 分, 其中伴有硬膜外血肿 10 例, 硬膜下血肿 4 例, 脑内血肿 8 例, 多发性颅内血肿 3 例, 脑挫裂伤 13 例; 手术治疗 13 例, 非手术治疗 25 例。两组病人在性别、病情、病程上差异无显著性意义。

1.2 治疗方法 在各项常规治疗, 包括止血、脱水、降颅压、抗炎、营养、预防癫痫、外科手术及其它对症治疗的基础上, 我们在纳洛酮治疗组, 早期大剂量应用盐酸纳洛酮。入院后立即缓慢静脉推注 2~4 mg, 再行 2~4 mg 静脉滴注 24 h 维持, 第二天开始改用 4~8 mg 静脉滴注, 24 h 维持, 直至患者清醒或病情稳定。

1.3 观察方法 我们随时观察记录: ①生命体征, 包括体温、脉搏、呼吸及血压等。②双侧瞳孔变及意识的改变、GCS 评分。③颅内压监测。④头颅 CT 复

查血肿的大小及水肿带的范围。⑤纳洛酮的副作用。

2 结果

2.1 生命体征 入院 3 天, 呼吸、脉搏节律明显改变的治疗组 10 例, 对照组 21 例, $\chi^2_{0.05} = 3.84$, $P < 0.05$, 差异有显著性意义。

2.2 觉醒时间对比 治疗组平均为 7.56 d, 对照组平均为 11.3 d。其中死亡及放弃治疗者 5 例未计算在内。

2.3 颅内压升高 治疗组高于 250 mm H₂O (1 mm H₂O = 0.0098 kPa) 7 例, 对照组高于 250 mm H₂O 19 例, $\chi^2_{0.01} = 6.63$, $P < 0.01$, 差异有显著性意义。

2.4 头颅 CT 显示脑组织水肿带 治疗组轻、中度有 28 例, 重度 7 例。对照组轻、中度 21 例, 重度 17 例, $\chi^2_{0.05} = 3.84$, $P < 0.05$, 差异有显著性意义。

2.5 副作用 我们用大剂量盐酸纳洛酮治疗急性中、重型颅脑损伤的病人, 未发现因应用纳洛酮而引起的肝、肾及心脏等脏器的异常。

2.6 随访 我们对两组作预后 3 个月 GOS 评分^[1], 恢复良好率 (5 分 + 4 分), 治疗组 74%, 明显高于对照组 (47%), $\chi^2_{0.05} = 3.84$, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 病组病人治疗 3 个月预后比较

分组	例数	3-GOSn (%)				
		5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
对照组	38	8	10	12	2	6
治疗组	35	10	16	5	1	3

3 讨论

盐酸纳洛酮血浆半衰期较短, 约为 64 min, 作用持续时间短暂, 临床上需持续大剂量给药, 才能发挥持久疗效^[2]; 故我们早期应用大剂量, 最高剂量达 0.4 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ 疗效较好, 安全可靠, 无副作用。在脑外伤后急性期应用纳洛酮, 可维持血压和脑灌

注压、控制颅内压、减轻脑水肿、改善脑代谢,特别是对于脑外伤导致的昏迷和呼吸抑制,纳洛酮有快速逆转意识障碍、解除呼吸抑制的作用^[1]。

我们通过临床大剂量盐酸纳洛酮治疗急性中、重型颅脑损伤的对照分析,盐酸纳洛酮能有效地控制颅内压升高,减轻脑水肿,同时对促进病人的清醒、减少脑血管痉挛发生率、改善脑微循环、增加脑组织血供、促进神经功能恢复、预防远期并发症等优点,患者存活质量有明显提高,致残率降低明显,而

且使用安全、方便、起效快、疗效可靠、无副作用,是治疗急性中、重型颅脑损伤、减轻继发性脑损伤的有效方法,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 金尔纶金国多中心双盲临床研究课题组. 金尔纶(盐酸纳洛酮)治疗急性颅脑损伤病人随机双盲多中心前瞻性临床研究. 中华神经外科杂志, 2001, 17(3): 138.
- 2 杨刚, 唐文渊. 金尔纶(盐酸纳洛酮)治疗急性中、重型脑外伤的神经电生理研究. 中华神经外科杂志, 2001, 17(3): 148.

(收稿: 2002- 09- 23 编辑: 李为农)

•手法介绍•

腋下型肱骨头脱位伴臂丛受压急诊治疗 5 例

Emergency treatment of subaxillary humerus head dislocation and brachial plexus compression: A report of 5 cases

范少地 钟桂午 闫自强

FAN Shaodi, ZHONG Guiwu, YAN Ziqiang

【关键词】 正骨手法; 脱位; 肱骨 【Key Words】 Bone setting manipulation; Dislocation; Humerus

腋下型肱骨头脱位在临床上较为少见,作者在临床中遇到 5 例报告如下。

1 临床资料

5 例患者中有 4 例女性, 1 例男性, 年龄最大 72 岁, 最小 55 岁, 平均 65.2 岁。受伤机制均为上肢处于外展位时沿上臂纵向暴力。5 例就诊时表现姿势特殊, 受伤的上肢处于外展上举位并弹性固定, 不能内收, 伴有剧烈的疼痛并需他人扶持伤肢维持于外展位(图 1), 4 例患者伴有不同程度的肱骨大结节撕脱骨折。5 例患者均有不同程度臂丛神经受压症状, 表现为环指小指麻木, 或上臂、前臂感觉过敏, 1 例桡动脉搏动减弱, 患手紫绀, 末梢循环不良。

2 治疗方法

该 5 例患者均在关节腔内 1% 利多卡因 20 ml 注射麻醉下手法复位。复位方法: 外展位持续牵引, 待肌肉松弛后外旋上臂, 可感觉到滑移, 有 2 例患者即可得到复位。其余 3 例肱骨头滑至关节孟唇前方仍不能完全复位, 继续牵引并逐步内收患侧上肢, 同时术者将脚跟伸至伤侧腋下对抗牵引, 缓慢外旋牵引, 并以术者脚为支点利用杠杆力量轻微内收(内收时勿使用暴力, 以防止骨折), 该 3 例患者亦均获复位。术后三角巾悬吊 3 周后功能锻炼, 伴有肱骨大结节骨折患者超肩石膏托外固定 4 周后去石膏进行功能锻炼。

3 治疗结果

5 例患者行急诊复位后患手麻木症状消失, 1 例患手末梢血循环不良的复位后血运亦恢复正常。5 例患者均得以随访



图 1 腋下型肱骨头脱位患肢弹性固定于外展位

1 年~ 2 年 6 个月, 肩关节前屈 90°~ 135°, 后伸 30°~ 45°, 外展 75°~ 90°, 内收 40°~ 45°, 内旋 80°~ 90°, 外旋 30°~ 45°, 上举患手可触及后枕部。功能恢复良好。

3 讨论

本组病例老年女性病人居多, 这与其肩周肌肉组织薄弱紧密相关。患者均在过度外展位受纵向暴力而脱位, 常见于举手高处取物时摔倒, 上臂顶于墙壁或其它物体上而受伤。腋下型脱位患者, 常伴有臂丛神经受压, 因而应急诊处理, 本组均行急诊手法复位, 避免了神经受压时间过长而产生臂丛神经不可逆转的损害。

(收稿: 2002- 07- 03 编辑: 李为农)