

醒脑静和纳洛酮联合治疗重度乙醇中毒 20 例

★ 陈斌花 丁义斌 邓艳 涂春媛 (江西新钢中心医院 新余 338025)

摘要:目的:探讨醒脑静和盐酸纳洛酮两种药物联合治疗重度乙醇中毒的疗效。方法:观察组使用醒脑静注射液和盐酸纳洛酮注射液联合治疗 20 例,对照组为单独使用盐酸纳洛酮注射液治疗 18 例和单独使用醒脑静注射液治疗 16 例,所有病人其它常规治疗相同。比较治疗后的显效时间和治愈时间。结果:观察组与两对照组疗效比较皆为 $P < 0.01$,两对照组之间比较 $P > 0.05$ 。结论:纳洛酮、醒脑静联合治疗重度乙醇中毒效果明显好于两药单独使用的效果,表明纳洛酮和醒脑静治疗重度酒精中毒有协同作用,表现为作用快、疗效显著、无副作用、疗程缩短等,值得临床推广。

关键词:重度乙醇中毒;纳洛酮;醒脑静

中图分类号:R 595.6 **文献标识码:**B

近年来,我国饮酒人数逐年增加,嗜酒者日益增多,急性乙醇中毒的发病率也随之增加,并成为急诊常见病,病情严重的可危及生命。

我科自 2004 年 1 月~2008 年 4 月使用醒脑静注射液和纳洛酮注射液两种药物联合应用治疗重度乙醇中毒,取得了较为满意的疗效,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 54 名患者均为本院急诊科于 2004 年 1 月~2008 年 4 月收治的急性乙醇中毒的患者,治疗组 20 例,男性 16 例,女性 4 例,年龄 18~46 岁,平均 36.4 岁;纳洛酮组 18 例,男性 14 例,女性 4 例,年龄 21~50 岁,平均 34 岁;醒脑静组 16 例,男性 13 例,女性 3 例,年龄 17~48 岁,平均 33 岁。经统计分析三组性别和年龄差异无统计学差异。

1.2 临床表现 所有患者均在中毒后 60~120 分钟就诊。按《实用内科学》第 12 版的分期标准,所有患者均为昏迷期患者,患者沉睡,颜面苍白,体温降低,皮肤湿冷,口唇微绀,严重者昏迷、出现陈-施二氏呼吸,心跳加快、二便失禁,呼吸衰竭,饮酒量和临床表现(见表 1)。

表 1 3 组病例饮酒量和临床表现 例

级别	饮酒量/ml	临床表现				
		昏迷	瞳孔散大	血压下降	小便失禁	呼吸抑制
纳洛酮+醒脑静	280~550	20	17	14	6	7
纳洛酮	300~480	18	12	13	8	6
醒脑静	250~460	16	10	8	9	5

注:各治疗组饮酒量和临床表现差异不显著。

2 治疗方法

观察组均给予纳洛酮 0.4~0.8 mg 静推,醒脑静 20~40 ml 加入 5% 葡萄糖或生理盐水 250 ml 中

静滴,根据患者病情可重复给药,纳洛酮日总量不超过 4.0 mg,醒脑静日总量不超过 100 ml。纳洛酮组采用首剂静注,0.5~1 小时后酌情再静注 0.4 mg,直至清醒。醒脑静组采用醒脑静 20 ml 静注,随后 20~40 ml 加入 10% 葡萄糖或 0.9% 生理盐水中静滴,日总量不超过 100 ml。三组患者均给予彻底洗胃、吸氧、静脉推注 50% 葡萄糖 100 ml,肌肉注射维生素 B₁、维生素 B₆ 各 100 mg,大量输液、利尿,纠正酸碱和水、电解质平衡,保留尿管、甘露醇治疗,呼吸抑制者给予尼可刹米加入 5% 葡萄糖中稀释静滴。

3 疗效标准

根据《Glasgow 意识障碍判断标准》意识障碍提高 > 5 分为显效时间,以患者清醒状态、对答切题,能配合查体为治愈时间。

4 统计方法

组与组间差异采用非配对 T 检验,显著性水平为 $P < 0.05$,所有组间差异检验均采用双尾检验。

5 结果

54 例病人总有效率 100%,无一例死亡。从表 2 可看出,纳洛酮和醒脑静组联合应用时病人的平均显效时间和治愈时间明显缩短,有显著差异($P < 0.01$)。单用纳洛酮组与单用醒脑静组之间无显著差异($P > 0.05$)。

表 2 3 组疗效比较

治疗方案	例数	显效时间/h	治愈时间/h
纳洛酮	18	2.04 ± 0.77	5.03 ± 1.98
醒脑静	16	2.02 ± 0.74	5.24 ± 1.37
纳洛酮+醒脑静	20	1.05 ± 0.35	2.13 ± 0.96

冬地三黄汤治疗肺热壅盛型 COPD 继发白色念珠菌感染 20 例

★ 叶焰¹ 里自然² (1. 广东省广州市中医医院呼吸科 广州 510130; 2. 广州中医药大学 2006 级硕士研究生 广州 510310)

关键词: 深部真菌感染; 慢性阻塞性肺疾病; 冬地三黄汤

中图分类号: R 563.8 文献标识码: B

1 临床资料

1.1 病例来源

2006 年 5 月~2008 年 3 月期间, 广州市中医医院呼吸科及东莞市莞城医院内科住院病人, 共 40 例。其中男性 35 例, 女性 5 例; 年龄在 50~75 岁间, 平均(68±4)岁。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《2006 慢性阻塞性肺疾病全球倡议》慢性阻塞性肺疾病的诊断标准及《侵袭性肺部真菌感染的诊断标准与治疗原则(草案)》制定。根据病史、危险因素接触史、体征及实验室检查等, 综合分析确定。(1)病史: 有吸烟、职

业性或环境有害物质接触及慢性支气管炎和(或)肺气肿等病史。(2)症状: ①原发病症状: 慢性咳嗽, 咳痰, 气短或呼吸困难, 喘息和胸闷等。②继发真菌感染症状: 抗生素应用 5 天以上或体温正常后再发烧; 敏感的抗生素使用 3 天以上, 肺部感染表现改善不明显; 无明显感染灶, 血液白细胞计数不高, 而反复发热; 痰的性状发生改变, 如粘稠, 拉长丝, 不易咯出, 痰中带血; 口腔、舌咽部粘膜发现溃疡, 白斑, 舌面有黑色(黑毛舌)或口腔粘膜有白色假膜出现。(3)体征: 可有发热, 桶状胸, 呼吸浅促, 辅助呼吸肌参与呼吸运动; 叩诊呈过清音; 双肺呼吸音低, 听诊肺部可闻及干、湿性罗音。(4)实验室及特殊

6 讨论

酒精中毒是内科常见急症, 轻、中度中毒一般勿需特效治疗, 但重度中毒临床常规治疗效果差。正常情况下, 酒精摄入后, 胃肠道吸收的酒精约 90%~98% 在肝脏内先氧化成乙醛, 最后生成二氧化碳和水。约 2% 的酒精不经过氧化, 缓慢由肺肾排出。但过量酒精进入体内时, 超过了肝脏的氧化代谢能力, 即在体内蓄积, 并进入大脑。此时下丘脑释放因子促使垂体前叶释放内源性阿片样物质, 其中作用最强的是 β -内啡肽 β -(EP); 另外乙醇的代谢产物乙醛在体内与多巴胺缩合成阿片样物质, 直接或间接作用于脑内阿片受体, 使患者先处于兴奋状态, 逐渐转入抑制状态, 继之皮层下中枢、小脑、延脑血管运动中枢和呼吸中枢相继受抑制, 严重急性中毒可发生呼吸、循环衰竭^[1]。

纳洛酮作为阿片样物质的特异性拮抗剂, 并能促进乙醇在体内转化; 有催醒作用, 纳洛酮是治疗急性酒精中毒的首选药物^[1]。

醒脑静注射液为中药制剂, 其主要成分为麝香、冰片、郁金、栀子, 四药合用同起苏醒解热, 行气活血

等功效。动物实验证明醒脑静能使酒厥时的家兔体内 β -内啡肽由明显升高降至正常, 说明本品有与纯阿片样物质拮抗剂纳洛酮相同的临床效果, 为本品治疗酒精中毒提供了依据。实验还发现本品治疗后氧自由基水平下降, SOD 水平升高, 说明其是一种有效的抗氧化剂^[2]。

本研究中纳洛酮组治疗急性乙醇中毒及醒脑静组治疗急性乙醇中毒均显示有治疗效果, 且本结果显示纳洛酮和醒脑静联合应用时病人的平均显效时间和治愈时间明显缩短, 说明醒脑静注射液在抢救重度乙醇中毒时能与盐酸纳洛酮注射液协同作用, 疗效明显优于单用纳洛酮或醒脑静组, 且未发现任何副作用。近年来, 有许多同类临床分析均证实了这个结果。因此, 两药联用值得推广应用。

参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 222.

[2] 于卫萍. 新编中成药手册[M]. 青岛: 青岛出版社, 2006: 114.

(收稿日期: 2008-06-03)