

大剂量纳洛酮治疗老年急性重症脑梗死的疗效观察

谢遵敏

(安徽省滁州市第二人民医院 安徽 滁州 239000)

【摘要】 目的:探讨大剂量纳洛酮在老年急性重症脑梗死治疗中的效果。方法:研究对象为于本院进行治疗的80例老年急性重症脑梗死患者,将其随机分为A组40例和B组40例,两组患者均给予内科常规治疗,A组患者加用纳洛酮1.2mg加入5%葡萄糖溶液静脉滴注;给予B组患者纳洛酮4.0mg加入5%葡萄糖溶液静脉滴注,治疗10d后对两组的治疗效果进行统计分析并比较。结果:经治疗后,A组患者治疗总有效率75.0%,B组患者治疗总有效率92.5%,B组患者治疗效果优于A组,差异具有统计学意义 $P<0.05$ 。结论:大剂量纳洛酮对于治疗老年急性重症脑梗死疗效显著,因此值得临床推广应用。

【关键词】 大剂量;纳洛酮;老年急性重症脑梗死

【中图分类号】R743.3

【文献标识码】A

【文章编号】1005-0019(2014)03-0391-01

急性脑梗死是老年人常见病和多发病,其发病急、病死率高、致残率高,给家庭和社会带来严重影响。纳洛酮为人工合成的非特异性阿片受体拮抗剂,能够改善患者的神经功能,早期应用还可以减轻脑水肿、改善脑代谢等,目前在临床上得到了广泛的应用,但对于纳洛酮应用的剂量仍存在争议^[1],本研究采用不同剂量的纳洛酮治疗老年急性重症脑梗死患者,并进行对比观察和分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:收集于我院住院治疗的80例老年急性重症脑梗死患者为研究对象,所有病例均符合1995年全国第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准和评定办法^[2],将所有患者随机分为A、B两组,其中A组40例,男性26例,女性14例,年龄54~76岁,平均年龄(65.2±5.4)岁;CT诊断:多发性脑梗死9例,基底节区脑梗死23例,脑腔隙性梗死8例。B组40例,男性25例,女性15例,年龄55~75岁,平均年龄(64.7±6.1)岁;CT诊断:多发性脑梗死8例,基底节区脑梗死24例,脑腔隙性梗死8例。两组患者性别、年龄、病情等一般资料无显著差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法:两组患者均接受内科常规治疗,A组患者在常规治疗基础上加用纳洛酮1.2mg加入5%葡萄糖溶液,日1次静脉滴注;B组患者在常规治疗基础上加用纳洛酮4.0mg加入5%葡萄糖溶液,日1次静脉滴注。两组疗程均为10d。

1.3 评定标准:根据全国第四届脑血管病会议修订的神经功能缺损程度评分标准分为^[2]:0~15分为轻度,16~30分为中度,31~45分为重度。治愈:意识清楚,认知功能良好,肌力达到4~5级,神经功能缺损评分减少91%~100%;显效:意识明显恢复,认知功能改善,肢体功能恢复,肌力提高2级以上,神经功能缺损评分减少18%~45%;有效:体征有所好转,自觉症状有减轻,肌力提高1级,神经功能缺损评分减少18%~45%;无效:症状及体征无变化,神经功能缺损评分减少<18%。

1.4 统计学方法:采用SPSS13.0统计软件进行统计分析,计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗后两组疗效比较 A组患者治疗总有效率75.0%,B组患者治疗总有效率92.5%,B组患者治疗效果优于A组,差异具有统计学意义 $P<0.05$ 。详见表1。

表1 治疗后两组疗效比较(n/%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
A组	40	2(5.0)	14(35.0)	14(35.0)	10(25.0)	30(75.0)
B组	40	4(10.0)	21(52.5)	12(30.0)	3(7.5)	37(92.5)

注:两组治疗后疗效比较, $\chi^2=11.25$, $P=0.00<0.05$

3 结论

急性脑梗死的基本病理过程是脑血管痉挛、血栓形成导致脑血管闭塞,其供血区域的脑组织缺血、缺氧,导致坏死区周围形成“半暗带”。重症脑梗死患者大脑处于应激状态,丘脑垂体外前叶在缺血刺激下释放大量内源性阿片物质(β -EP),同时脑缺血后脑内啡肽水平提高,内啡肽与阿片受体结合出现,血管功能受到抑制,进而加重细胞的坏死变性,神经感觉传导通路及运动传出通路均受到抑制^[3]。有研究证明^[4]纳洛酮通过对内源性阿片受体的竞争性阻断作用,减少神经元细胞凋亡和坏死,进而减轻神经功能的损害,纳洛酮还可能通过增加内源性脑保护因子的活动而达到神经保护作用。大剂量纳洛酮的应用具有抗凝、改善微循环、降低脑水肿,促进脑代谢的作用。本研究结果显示,大剂量纳洛酮治疗老年急性重症脑梗死总有效率92.5%,高于低剂量组总有效率75.0%。

综上所述,大剂量纳洛酮对于治疗老年急性重症脑梗死疗效显著,对因此值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李昌,郑佳鹏,陈玉君.大剂量纳洛酮加丹红注射液治疗急性脑梗死的临床观察[J].疑难病杂志,2009,8(6):330-331
- [2] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管病诊断要点及临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-383
- [3] 景建文.纳洛酮辅助治疗脑梗死的临床观察[J].内蒙古医学杂志,2011,43(6):693-694
- [4] 吴滨,翁雪莉,钱达元.不同剂量纳洛酮治疗进展型脑梗死的临床对比研究[J].中华危重症医学杂志(电子版),2010,3(2):104-107

珍黄胶囊治疗慢性咽炎临床疗效观察

陈丽萍₁ 周江红₂

(1.东阳市六石街道社区卫生服务中心 浙江 东阳 322100;

2.浙江省东阳市城东街道卫生院 浙江 东阳 322100)

【摘要】 目的:探讨珍黄胶囊治疗慢性咽炎的临床疗效。方法:将100例慢性咽炎患者随机分成珍黄胶囊含服加吞服治疗组和对照组,对比两组的临床疗效。结果:对照组与治疗组的总有效率分别为90%,88%,经统计学处理,两组疗效无明显差异,表明珍黄胶囊治疗慢性咽炎具有的明显作用。结论:珍黄胶囊治疗慢性咽炎疗效显著,安全可靠,使用方法简便易行,值得推广应用。

【关键词】 珍黄胶囊;慢性咽炎;含服加吞服

【中图分类号】R276.1

【文献标识码】A

【文章编号】1005-0019(2014)03-0391-01

慢性咽炎是耳鼻喉科的常见病、多发病,具有病程长、反复发作、严重影响生活的特点。目前尚无特效方法。笔者采用珍黄胶囊治疗慢性咽炎,在临床上取得较好疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择近两年来在我院耳鼻喉科就诊的100例患者,且均经使用抗生素治疗无效。其中男46例,女54例,年龄18~54岁,平均35岁,病程7个月~5年。纳入标准参照《耳鼻喉科全书·咽科学》^[1],临床表现为咽部异物感、发痒、干燥、微痛、刺激性干咳等症。体征为咽黏膜弥漫充血,附有少量黏稠分泌物,咽后壁淋巴滤泡增生,咽侧索充血肥厚,部分干燥性咽炎者可见咽黏膜色亮如蜡纸。所有病例均排除临近器官及全身性疾病。

1.2 方法:将100例患者随机分成珍黄胶囊含服加吞服治疗组和对照组。在治疗期间不使用全身性抗生素,嘱患者戒烟酒,忌食辛辣刺激食物。珍黄胶囊治疗组:将珍黄胶囊,每次二粒,3次/天、吞服,取少量珍黄胶囊粉慢慢含服,一天多次,10d后复诊并观察疗效。对照组采用402超声雾化治疗器,雾化剂组成:鱼地塞米松注射液5mg,盐酸氨氯地平15毫克,生理盐水30ml,1次/d,华素片1片/次,3~5次/d含服,治疗10d复诊并观察疗效。

1.3 疗效评定:标准咽痛、干燥和异物感自觉症状等基本消失,咽部黏膜明显充血、肿胀基本消失,为治愈;咽痛、干燥和异物感自觉症状等明显减轻,咽部黏膜明显充血、肿胀基本消失,为有效;治疗前后体征和自觉症状无改变,为无效。

2 结果

两组总有效率分别为珍黄胶囊治疗组92%,雾化治疗组88%,两组治疗总有效率经统计学处理 $P>0.05$ 。两组治疗结果无显著性差异。结果见表1。

3 讨论

慢性咽炎是咽部非特异性炎症,其发病率高,极易复发,严重影响患者生活质量和身心健康。目前尚无特效方法,以中成药治疗收效较好。中医一般将其分肺热和虚火两型论治。肺热型以养阴清肺为主,虚火型以滋阴降火为主。

表1 两组总体疗效比较

组别	N/例	N显效/例	N有效/例	N无效/例	显效率/%	总有效率/%
珍黄胶囊治疗组	50	28	18	4	56.0	92.0
对照组	50	19	25	6	38.0	88.0

珍黄胶囊是浙江天一堂药业有限公司生产的。主要成份是珍珠、人工牛黄、三七、黄芩浸膏粉、冰片、猪胆粉、薄荷素油,功能主治清热解毒,消肿止痛。用于咽喉肿痛,疮疡热疔。珍黄胶囊用法用量口服,一次2粒,一日3次。外用,取药粉用米醋或冷开水调成糊状,敷患处,是临床用于治疗咽炎、扁桃腺炎的药理学依据之一。也是含服的依据。但珍黄胶囊皂苷味苦,患者特别是儿童不易接受。笔者临床观察表明珍黄胶囊临床疗效高,未见明显毒副作用,具有良好的临床应用前景。

参考文献

- [1] 张晓斌,袁维华.中西医结合治疗慢性咽炎100例疗效观察[J].中国医药导报,2007,4(2):68
- [2] 胡雨田.耳鼻喉科全书·咽科学,第2版[M].上海:上海科学技术出版社,2004:180
- [3] 《第二次世界中西医结合大会论文集》2002年〈牛黄消炎散治疗慢性咽炎的临床研究〉,赵贵铭。
- [4] 2012年4月第9卷第10期 药物与临床 银黄颗粒治疗慢性咽炎的临床疗效研究 邱义超 赵佳 包永睿 孟宪生 1. 辽宁中医药大学药学院 辽宁大连 116600