

神经妥乐平治疗腰腿痛 98 例

涂立刚,余四海

(河南省信阳市中心医院疼痛科,464000)

[摘要] **目的** 观察神经妥乐平治疗腰腿痛的疗效。**方法** 各种腰腿痛患者共 147 例,分为治疗组 98 例,对照组 49 例。治疗组给予神经妥乐平 3 mL,对照组给予曲安奈德 20 mg + 维生素 B₁₂ 1 000 μg,两组药物均加入 2%利多卡因注射液 5 mL,用注射用水稀释至 20 mL。混合液进行骶管加痛点阻滞治疗,每周 2 次,连续 2 周。用视觉模拟(VAS)评分观察疗效。**结果** 神经妥乐平组和对照组总有效率分别为 85.7%和 59.2% ($P < 0.05$)。**结论** 神经妥乐平对腰腿痛近期疗效显著。

[关键词] 神经妥乐平;腰腿痛;骶管阻滞

[中图分类号] R971

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2007)06-0626-02

神经妥乐平是一种非蛋白生理活性物质,用牛痘病毒疫苗接种家兔皮肤将其产生免疫和炎症反应的皮肤组织经过提取和纯化得到。2004 年 2 月~2005 年 5 月,笔者应用神经妥乐平混合液和曲安奈德 + 维生素 B₁₂ 混合液进行神经阻滞加痛点注射治疗腰腿痛,比较其治疗效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 随机选择病程较长的腰腿痛患者 147 例,男 90 例,女 57 例;年龄 19~81 岁,平均 56.7 岁;病程 1 个月~20 a,平均 18 个月。其中包括腰椎间盘突出、腰椎椎体骨质增生、腰椎管狭窄等。分为治疗组 98 例,对照组 49 例。

1.2 治疗方法 治疗组药物:神经妥乐平(日本脏器制药株式会社生产,注册证号:S20040010)3 mL,2%利多卡因注射液 5 mL,加注射用水至 20 mL;对照组药物:曲安奈德 20 mg,维生素 B₁₂ 1 000 μg,2%利多卡因 5 mL 加注射用水至 20 mL。两组药物用量:骶管阻滞 15 mL,痛点阻滞每点 2~3 mL,每周 2 次,连续治疗 2 周。

1.3 疗效判定标准 以视觉模拟评分法(VAS)进行疗效评定,治疗前后 VAS 评分差 $\geq 75\%$ 为显效;50%~为有效;25%~为微效;< 25%为无效。

2 结果

2.1 两组临床症状与体征的改善情况 见表 1。

2.2 两组临床疗效 见表 2。

3 讨论

神经妥乐平具有镇痛、修复神经细胞、调节自主神经细胞功能、消除神经根水肿、改善微循环及免疫调节等作用。有关研究表明,神经妥乐平可调节延髓中缝核的 5-羟色胺(5-HT)系统和去甲肾上腺素(α_2 受体)系统的功能,并可抑制炎症递质——缓激肽的释放^[1]。因此神经妥乐平临床适应证广泛,尤其适用于慢性疼痛及肢体异感,且安全性高^[2]。使用神经妥乐平为主的混合液进行神经阻滞治疗取代过去主要以局部麻醉药加激素的方法,减少了不良反应。经检测神经妥乐平混合液

表 1 两组患者临床症状与体征的改善(显效)情况

项目	例数	第 7 天		第 14 天	
		例	%	例	%
治疗组	98				
自发痛	98	80	81.6	85	86.7
压痛	88	74	84.1	79	89.8
运动痛	87	70	80.5	78	89.7
反射痛	90	70	77.8	75	83.3
无力	67	50	74.6	54	80.6
运动受限	56	30	53.6	35	62.5
间歇跛行	30	20	66.7	22	73.3
对照组	49				
自发痛	49	35	71.4	36	73.5
压痛	45	30	66.7	32	71.1
运动痛	41	20	48.8	21	51.2
反射痛	38	18	47.4	20	52.6
无力	34	16	47.1	17	50.0
运动受限	39	10	25.6	11	28.2
间歇跛行	14	4	28.6	5	35.7

表 2 两组患者治疗 14 d 总疗效比较

组别	例数	显效		有效		微效		无效	
		例	%	例	%	例	%	例	%
治疗组	98	74	75.5	10	10.2	12	12.2	2	2.0
对照组	49	19	38.8	10	20.4	12	24.5	8	16.3

VAS 评分显示,治疗组和对照组治疗第 14 天总有效率分别为 85.7%,59.2% ($P < 0.05$)。

(神经妥乐平 3 mL,2%利多卡因 5 mL,加注射用水至 20 mL)理化性能与神经妥乐平原液基本相似,无配伍禁忌,注射部位组织未见不良反应。维生素 B₁₂和曲安奈德是常用的治疗腰腿痛药物,有一定临床疗效。曲安奈德可消除神经周围的充血、水肿并松解神经根粘连、对抗病变部位炎症渗出,使炎症消退。维生素 B₁₂参与神性细胞代谢并维持神经功能的完整性。

本研究结果显示,神经妥乐平对各种原因引起的急慢性腰腿痛均有较好疗效,各项指标的改善率由好到差依次为自发痛、压痛、运动痛、反射痛、无力、运动受限、间歇跛行。应用神经妥乐平神经阻滞与传统肌内、静脉途径施药比较,具有用药剂量小、疗程短、费用低的特点。至于该制剂的最佳剂量、疗程及停药后疗效能维持多久,需继续进一步观察。

[收稿日期] 2006-01-19

[作者简介] 涂立刚(1968-),男,河南信阳人,副主任医师,学士,从事麻醉科临床工作。电话:0376-6251827, E-mail: toyee@163.com。

[参考文献]

[1] TAEKO H, TOMITARO K, EIJI I, et al. Mechanism of the analgesic effect of neurotrophin [J]. *Japn J Pharmacol*, 1998, 48(1): 166.

[2] HOTTA N. Neurotrophin induces antino ciceptive effect [J]. *Life Sciences*, 1995, 57(23): 2101-2111.

氯诺昔康联合小剂量氯胺酮 预防开颅患者术后疼痛的疗效观察

蓝仲岳, 华平安, 岳 军, 姜晓芬, 金烈烈
(浙江省温州医学院附属第一医院麻醉科, 325000)

[摘要] 目的 探讨氯诺昔康联合小剂量氯胺酮对开颅患者术后镇痛疗效和安全性。方法 将择期开颅患者 42 例随机均分为 I、II、III 组, 每组 14 例。3 组患者均用咪达唑仑 + 异丙酚 + 芬太尼 + 维库溴铵静脉诱导后行气管插管, 术中以吸入异氟醚和持续静脉注射异丙酚, 间断给维库溴铵麻醉。I 组患者术前静脉注射氯诺昔康 8 mg, 同时静脉注射氯胺酮 0.2 mg · kg⁻¹, 术后追加氯诺昔康 8 mg; II 组患者只在术后给氯诺昔康 8 mg; III 组患者未行镇痛。记录各患者的手术时间、全麻苏醒时间; 观察并记录手术后 3, 6, 18, 24 h 各时点的视觉模拟(VAS)评分及镇静评分; 记录各组患者术后恶心、呕吐程度和发生率。结果 3 组患者手术时间、全麻苏醒时间无显著差别; I、II 组患者镇痛优良率分别为 85.2%, 72.3% ($P < 0.05$), 术后 3, 6 h I 组与 II 组 VAS 评分差异无显著性, 但 I 组术后 18 h VAS 评分明显低于 II 组 ($P < 0.05$); 术后 3, 6, 18 h I 组、II 组术后 VAS 评分均显著低于 III 组 ($P < 0.05$), 但术后 24 h 各组患者 VAS 评分差异无显著性; 术后各组恶心、呕吐程度及发生率差异无显著性; 各组镇静评分差异无显著性。结论 氯诺昔康伍用小剂量氯胺酮具有良好的镇痛作用, 且不影响意识状态, 是用于开颅患者的一种较理想的术后镇痛方法。

[关键词] 氯诺昔康; 氯胺酮; 开颅; 镇痛

[中图分类号] R971.1; R651.11

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2007)06-0627-02

开颅患者术后疼痛可能导致烦躁、血压升高, 增加颅内出血的危险^[1]。近年来, 许多麻醉医师对此类患者术后镇痛有一定重视, 但由于外科医师担心镇痛药会影响术后对神经功能的判断, 因此问题并未得到很好的解决。如何选择一种简单、方便、安全有效的方法, 值得探讨。2004 年 10 月 ~ 2005 年 12 月, 笔者观察了氯诺昔康伍用小剂量氯胺酮对开颅患者术后镇痛疗效和安全性, 为临床提供参考。

1 资料与方法

表 1 3 组患者临床资料

组别	例数	年龄/ 岁	性别		体重/ kg	手术时间/ h	苏醒时间/ min
			男	女			
I 组	14	38.05 ± 10.12	9	5	58.81 ± 15.19	3.67 ± 0.71	26.32 ± 7.91
II 组	14	38.15 ± 10.49	9	5	62.82 ± 10.68	3.72 ± 0.65	25.62 ± 8.02
III 组	14	37.96 ± 11.35	10	4	60.10 ± 11.59	3.78 ± 0.59	27.01 ± 7.32

1.2 方法 3 组患者均用咪达唑仑 0.08 mg · kg⁻¹ + 异丙酚 2 mg · kg⁻¹ + 芬太尼 3 ~ 4 μg · kg⁻¹ + 维库溴铵 0.1 mg · kg⁻¹ 静脉诱导后行气管插管, 术中以吸入异氟醚和持续静脉滴注异丙酚 3 ~ 4 mg · kg⁻¹ · h⁻¹, 间断给维库溴铵麻醉, 术中通过调节呼吸频率和潮气量维持呼吸末二氧化碳分压 (PaCO₂) 在 3.7 ~ 4.0 kPa。手术结束前 30 min 左右给昂丹司琼 8 mg, 手术后所

1.1 临床资料 选择择期 ASA I ~ II 级开颅患者 42 例, 男 28 例, 女 14 例, 年龄 18 ~ 60 岁, 平均 38.2 岁, 除外脑出血的患者。所有患者术前无高血压、癫痫病史, 无肝肾功能不全史, 无凝血功能障碍, 无失明、失语和理解障碍, 手术均顺利, 术后生命体征平稳, 无理解障碍。42 例患者随机均分为 I、II、III 组, 各 12 例。3 组患者年龄、性别、体重、手术时间、全麻苏醒时间均差异无显著性 ($P > 0.05$)。见表 1。

有患者均送病房监护室监护 24 h。镇痛方法: I 组患者术前静脉注射氯诺昔康 (商品名: 可塞风, 奈科明有限公司生产, 注册证号: H20040328) 8 mg, 同时静脉注射氯胺酮 0.2 mg · kg⁻¹, 术后追加氯诺昔康 8 mg; II 组患者只在术后给氯诺昔康 8 mg; III 组患者未行镇痛。

1.3 观察指标 记录各患者的手术时间、全麻苏醒时间 (指手术结束到气管导管拔除且 Aldrete 评分^[2] ≥ 9 分的时间); 观察并记录手术后 3, 6, 18, 24 h 各时点的视觉模拟评分 (VAS) (采用 10 cm 长的 VAS 评分尺, 0 分为无痛, 10 分为最痛, 镇痛效果以 VAS 评分 < 3 分为优, 3 ~ 4 分为良, ≥ 5 分为差); 各时点镇静

[收稿日期] 2006-07-25 **[修回日期]** 2006-10-11

[作者简介] 蓝仲岳 (1966 -), 男, 浙江衢州人, 副主任医师, 学士, 主要从事神经外科麻醉工作。电话: (0) 13906632353, E-mail: lanzhongyue123@yahoo.com.cn。