维普资讯 http://www.cqvip.com

5 动固性溃疡出血大多与感染有关，故加强抗感染治疗

(二)手术治疗

1.适应症：(1)经保守治疗无效者，(2)短时间内出血量大 休克严重者；(3)有明显腹膜刺激征，怀疑穿孔者。

2.手术方法：本组6例严重呕血、便血病人均行手术治疗，出血部位主要位于十二指肠后壁，全部行胃大部切除术。手术时，应先指压出血点，缝扎止血后，再行胃大部切除术，因粘膜充血，水肿，故术中需操作仔细、轻柔，避免盲目翻找、吸引器吸引。

二，结果与讨论

应激性上消化道出血是由严重的上消化道粘膜应激性病变，包括粘膜充血、水肿、出血、糜烂和溃疡引起，其程度与烧伤面积的大小、伤情的轻重呈正相关，伺休克期渡过是否平稳关系密切。其发病机制有学者推测是由于应激状态时幽门部植物神经功能紊乱导致胆汁返流、胆盐溶解胃粘膜并破坏细胞膜所致；加上烧伤时胃粘膜缺血，缺氧、粘膜屏障作用减低，造成粘膜糜烂或溃疡。

目前在大面积烧伤的治疗中短期静脉持续滴入甲氰米胍已成为人们的共识，可以有效地降低胃液的酸度，明显降低应激性溃疡的发生。

早期治疗应注意胃管取样，了解出血和胃酸浓度，监测便潜血，应用氢氧化铝凝胶等中和制剂，预防性应用粘膜保护剂—麦滋林-S颗粒。麦滋林-S是由L-谷氨酰胺和水溶性奥组成，前者含量为99%，早期少量进食，不但可以减少应激性上消化道出血，而且还可避免肠道菌群及其毒素的转移。凝血酶局部应用治疗烧伤应激性消化道出血效果明显，但仍需进一步临床观察。需要强调指出的是严重的呕血、便血者，经保守治疗无效应早期行手术治疗，切莫延误手术时机，另大面积烧伤病人往往腹部有创面存在，注意彻底严格消毒，防止术后重症感染。

(收稿日期：2001-12-03)

小剂量咪唑安定、氯胺酮辅助硬膜外麻醉的效果观察

肖峻岭*

本文观察小剂量咪唑安定、氯胺酮复合辅助硬膜外麻醉下行中下腹部手术的临床效果。

一、资料与方法

60例硬膜外麻醉下行中下腹部手术病人，术前禁食满意，年龄13～48岁，体重35～67kg，随机分为三组，每组20例，各组病例均行硬膜外阻滞，阻滞完善后(上界阻滞平面T7～T6)，于开腹前，I组病例静注度氟合剂(哌替啶100mg＋氟哌啶5mg为一单元)1/4～1/2单元；II组病例静注氯胺酮1mg·kg^{-1}；III组病例静注咪氯合剂(咪唑安定10mg＋氯胺酮100mg为一单元)1/4单元。分别观察记录各组药物抑制内脏牵拉反应的效果。效果判定：0级，牵拉内脏时病人安静，无牵拉痛；1级，有轻度牵拉痛，病人能耐受，无肢体躁动、鼓肠及恶心呕吐；2级，有明显牵拉痛，病人肢体躁动、呻吟、鼓肠及恶心呕吐。应用氯胺酮患者出现神经精神症状。各组间资料行X2检验，$P<0.05$，差异有显著性意义。

二，结果

在三组病例中，咪氯组抑制内脏牵拉反应效果好，与其他两组相比，$p<0.01$，总有效率达95%，苏醒期病人也较安静。度氟组有效率为75%，尽管多数患者能耐受牵拉痛，但术后均有痛苦记忆，且术中及术后恶心呕吐发生率亦高；氯胺酮组有效率为65%，并出现两极表现，处于0级及1级者居多，并且0级患者在苏醒期多数也出现神经精神症状。(见附表)。

附表 三组药物抑制牵拉反应的效果

	0级	1级	2级	有效率(%，含0－1级)
I	6	9	5	75
II	9	4	7	65
III△	15	4	1	95

注：与I，II组相比，△：$P<0.01$

三、讨论

内脏牵拉痛是腹部手术较常发生的情况，病人往往难以忍受，临床常用静注度氟或氟芬合剂、氯胺酮等药物来预防或减轻该反应，但许多时候不能取得满意的效果，度氟或氟芬合剂并不能完全阻断内脏迷走神经反射，且可能引起术中恶心呕吐，呼吸抑制等不良反应。氯胺酮可在一定程度上抑制内脏牵拉反应，但可兴奋患者边缘系统，使中枢神经系统介质失衡引起幻觉、谵妄、烦躁、肢体乱动等神经精神症状，影响手术进行，苏醒期对患者及家属造成不良刺激。咪唑安定作用于大脑、小脑皮层及边缘系统，具有较强的镇静催眠、抗惊厥作用，为普通安定的1.5～2倍，与氯胺酮合用，既有效减轻了氯胺酮所引起的精神症状，又能减少氯胺酮的用量，且很少发生呼吸抑制。临床应用结果表明，咪氯组在辅助硬膜外麻醉上明显优于其他两组，有一定的临床应用价值。

(收稿日期：2001-11-07)

* 作者单位：651700 云南省嵩明县人民医院麻醉科