维普资讯 http://www.cqvip.com

13.36%，差异有显著意义，见表 1。

2. 监护结果与新生儿窒息的关系：异常组及可疑组中新生儿窒息（Apgar≤7）明显增多、连续监护组较入室监护组明显增多，差异有显著意义，见表 2。

表 1 入室监护与连续监护结果

组别	潜伏期入室监护		活跃期及第二产程连续监护	
	例数	%	例数	%
正常组	165	92.18	245	83.90
异常组△	2	1.12	8	2.74
可疑组△	12	6.70	39	13.36

注：与正常组比较，△：P<0.01

表 2 监护结果与新生儿窒息的关系

组别	入室监护（Apgar≤7 分）			连续监护（Apgar≤7 分）		
	例数	窒息例数	%	例数	窒息例数	%
正常组	165	1	0.61	245	1	0.41
异常组△	2	1	50	8	3	37.5
可疑组△	12	1	8.33	39	3	7.69

注：与正常组比较，△：P<0.01

3. 监护结果与因胎儿窘迫所致剖宫产比较：300 例孕妇中以胎儿窘迫为指征行剖宫产 23 例，占 7.67%，异常组及可疑组中胎儿窘迫剖宫产率明显高于正常组，连续监护组胎儿窘迫剖宫产率明显高于正常组，连续监护组胎儿窘迫剖宫产率高于入室监护组，差异有显著意义，见表 3。

表 3 两种监护下剖宫产率的比较

组别	潜伏期入室监护			活跃期及第二产程连续监护		
	例数	剖宫产例数	%	例数	剖宫产例数	%
正常组	165	1	0.61	245	3	1.22
异常组△	2	1	50.00	8	5	62.50
可疑组△	12	4	33.33	39	9	23.08

注：与正常组比较，△P<0.01

三、讨论

产程中胎儿窘迫是引起围产儿死亡及新生儿智力低下，脑瘫等后遗症的主要原因。加强产程中胎儿监护、及时诊治胎儿窘迫是减少新生儿窒息的发生、提高出生人口素质的重要措施。我们进行入室监护的目的是及时地筛选出胎盘储备功能差、产程早期出现胎儿窘迫的孕妇。然而，随着产程的进展，宫缩逐渐加强，有些胎儿在潜伏期无胎儿窘迫的表现，而到了活跃期及第二产程胎儿窘迫的表现逐渐增多，连续监护的结果验证了这一点。与入室监护相比，在活跃期和第二产程，异常组及可疑组逐渐增多，差异有显著意义。所以，仅在产前或产程中的某一时期进行短暂的监护，或采用胎心听筒间断的听诊胎心是远远不够的，全产程连续监护才能做到不遗漏信息，才能连续动态地观察胎儿，及时发现胎儿窘迫，及时处理，提高了新生儿质量。全产程胎儿监护，虽然检出的胎儿窘迫率较高，但其中一部分经过积极的宫内复苏等处理，及时改善了胎儿的缺氧状态，并未增加剖宫产率。可见，全产程连续胎儿监护操作简单，安全有效，对提高产科工作质量有重要的应用价值。

（收稿日期：2001-12-23）

24 例大面积烧伤应激性上消化道出血的临床分析

吴庭立* 于 辉* 苏海涛**

应激性上消化道出血是大面积烧伤严重并发症之一，重者直接威胁病人生命。我科自 1996 年 1 月至 2000 年 9 月共收治此类病人 24 例，现分析报告如下。

一、临床资料

本组 24 例病人，其中男 20 例，女 4 例，年龄 3～45 岁，烧伤面积 35%～97%，平均 47%，Ⅲ度烧伤面积 15%～50%，平均 35%，伤后 4～36h 入院，平均入院前时间 12h，一例伤后并发大出血后方转送我院，因出血过多死亡。病人入院后即行积极补液抗休克，创面清创，采用外涂 SD－Ag 糊剂及包扎相结合的方法处理创面，深度创面伤后早期（包括休克期）即行切、削痂，自体皮或异体皮履盖并应用抗生素和营养支持治疗。本组 17 例病人伤后一周，7 例伤后二周内出血。主要临床表现为柏油样便，贫血，重症表现为呕血、便血。

治疗方法分为保守及手术两种。

（一）保守治疗

1. 止血药物：包括口服云南白药胶囊，静脉滴注“立止血”等药物。

2. 去甲肾上腺素冰盐水、凝血酶局部外用止血。

3. 双气囊三腔管局压迫止血。

4. 输血、补液。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院
** 哈尔滨市第五院

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