维普资讯 http://www.cqvip.com

·个案与短篇·

老年前期及老年期心脑血管疾病 300 例血流变学观察

王秀珍* 刘跃财* 朱兆龙*

我们对 1988 年－1989 年 300 例老年前期及老年期心脑血管病患者的血流变学情况进行了观察，并与本院正常值对照，结果报告如下：

一、对象与方法

1. 观察对象：300 例中男 255 例、女 45 例。平均年龄（58 ± 4）岁，60 岁以下 137 例，其中女 10 例，45～49 岁 163 例，其中女 35 例。患者均为干部（包括离退休干部）及知识分子。疾病分类：冠心病 90 例，高血压病 98 例，缺血性脑梗塞 36 例，动脉硬化 76 例。凡伴发或并发慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、肝硬化、肾功能不全、心功能不全、脱水、水肿、贫血及出血性疾病者，均不作统计。

2. 实验方法：采用上海供电局制造的 XN3 型血粘度测定仪（毛细管法）测定。由专人操作，患者入院在未治疗前取清晨空腹静脉血 5ml，用 3.8% 枸橼钠 0.5ml，抗凝后在 25℃恒温下于 6h 内检测完毕。

二、结果：见附表。

附表 300 例老年前期及老年人心脑血管病血流变学观察

项 目	正常值	病例值	P 值
全血粘度高切	4.73 ± 0.4319	4 81 ± 0.65	< 0.05
全血粘度低切	5.73 ± 0 6367	6.17 ± 3.73	< 0.05
血浆粘度（比）	1.53 ± 0.099	1 5 ± 0.11	
红细胞电泳（S）	19.79 ± 1.955	20 17 ± 3.96	< 0.05
全血还原粘度	10.14 ± 1.08	10.72 ± 2.04	< 0 009
红细胞压积（%）	42.09 ± 3.24	41.1 ± 5.6	< 0.05
血沉（mm/h）	10.95 ± 9.875	12.11 ± 11	< 0.05
K 值	39.94 ± 28.695	37 1 ± 28.3	> 0.05

三、讨论

冠心病、高血压病、缺血性脑梗塞、动脉硬化等心脑血管疾病由于血管内膜粗糙、红细胞压积增高、红细胞之间聚集性增高，血中脂蛋白及其他球蛋白含量增多，血小板粘度高切、低切，全血还原粘度、红细胞电泳、血沉较正常值升高。其中全血粘度高切、低切（$P < 0.05$），与正常值比较具有显著性差异，提示患上述疾病时血液粘度常增高，应酌情进行降粘治疗。

（收稿日期：2001-12-03）

* 作者单位：155811 黑龙江省友谊县农场三分场医院

全产程连续胎儿监护在分娩中的应用体会

李瑞娉*

我院于 1999 年至 2001 年对 300 例住院分娩的孕妇进行潜伏期的入室监护和临产后的全产程连续监护，取得较好效果，现报道如下。

一、资料与方法

1. 研究对象：随机选择 1999 年 1 月至 2001 年 10 月在我院住院分娩的孕妇 300 例，均为单胎头位，年龄在 21～40 岁，平均 27 岁，孕周为 36～42 周，平均 39 周，其中初产妇 253 例，经产妇女 47 例。正常妊娠 260 例，高危妊娠 40 例。

2. 研究方法：孕妇进入产房后，将胎心率探头放置于胎心音最响亮的母体腹部，宫缩探头固定于宫底部，连接监护仪进行监护。监护结果可通过打印机记录，胎心率及宫缩曲线可在荧光屏上显示。孕妇如在潜伏期先进行 40min 的入室监护，当产程进入活跃期后则进行连续监护至第二产程结束停止；若产妇进入产房时，宫口 ≥ 2cm，则直接进行连续监护。监护时避免孕妇饥饿或长时间仰卧。

3. 判断标准：入室监护及连续监护结果用改良 Fischer 评分法分组：8～10 分为正常，5～7 分为可疑组，1～4 分为异常组。

4. 统计学方法：各组数据间差异用 X2 检验。

二、结果

1. 两种监护结果比较：300 例孕妇中，179 例于潜伏期入室监护，其中 8 例因 Fischer 评分低，在短时间内行剖宫产，其余 171 例在宫口扩张 ≥ 2cm 后行全产程连续监护。121 例入产房时已进入活跃期，直接行连续监护。接受连续监护的孕妇共 292 例，其中 10 例剖宫产。由表 1 可见，入室监护中正常组占 92.18%，异常组及可疑组分别占 1.12% 及 6.70%，而活跃期及第二产程监护中异常组及可疑组逐渐增多，分别占 2.74% 及

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院妇产科

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