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