DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.05.026

高危小肠急性大出血患者术前与术中监测

Preoperative and intraoperative monitoring of patients with acute high risk hematorrhea of small intestine

蔡志民 马宏敏 王代科 韩晓蓉 (第三军医大学西南医院普通外科) 630038

来势凶猛的小肠急性大出血常失去救治机会而危及生命,要引起外科医生的高度重视,并给予积极监测。本组收集1980年4月至1990年4月间因消化道大出血经手术证实为小肠出血患者10例。其临床特点:(1)术前出血原因不明;(2)已手术患者中8例术后再出血需再次手术;(3)出血量大(1 500～2 000 ml),危及病人生命。我们对此类患者进行了术前血红蛋白、尿量、生命征及中心静脉压等监测,适时地配合了手术治疗,均痊愈出院。

1 临床资料

本组男性7例,女性3例;年龄36～72岁,平均42岁。经手术证实出血原因见表1。

表1 出血原因

出血原因	例数
十二指肠球后溃疡	4
小肠血管瘤	3
小肠血管扩张症	1
小肠平滑肌肉瘤	1
胃泌素瘤毕2式胃大部切除术后空肠巨大溃疡	1

监测项目:(1)血红蛋白、红细胞计数和血球压积;(2)出血期间尿量;(3)生命征;(4)术中中心静脉压(CVP)测定。

监测方法:(1)病人入院后急查血红蛋白,快速输血600～900 ml后复查血红蛋白,红细胞计数和血球压积;(2)入院后放置尿管,监测每小时尿量,查尿常规;(3)病人进入手术室后立即经颈内静脉穿刺放管,监测中心静脉压,指导输血、输液量。监测结果见表2、表3。

表2 输血前后Hb、RBC、HCT、尿量比较

例数	输血前				输血后			
	Hb (g/L)	RBC×10^{12}/L	HCT	尿量 (ml/h)	Hb (g/L)	RBC×10^{12}/L	HCT	尿量 (ml/h)
3	25～30	1	0.10	35～50	30～40	1.5	0.15	50～55
5	40～45	1.5	0.20	50～60	40～50	2.0	0.23	55～60
2	70～75	2.0	0.25	70	75～80	2.5	0.27	70～100

表3 补充血容量与中心静脉压关系

例数	中心静脉压(kPa)		补液量		合计(ml)
	术前	术后	输液(ml)	输液(ml)	
3	0	3.92	5 000～6 000	1 500	6 500～7 000
4	0.49	4.90	6 000～7 000	1 800	7 800～8 800
3	0.98	5.39	7 000～8 000	2 200	9 200～10 000

2 讨论

本组10例患者因消化道出血入院。监测结果提示,此类消化道出血患者,出血量大,输入600～900 ml血后血红蛋白、红细胞、血球压积升高幅度均较小,根据监测的分析适时手术是唯一救治病人的办法。如延误时间将危及病人生命。一是长期的低血压,造成肾功能衰竭;二是大量的再输入库存血,造成凝血机制紊乱,可能出血愈出愈多,保守治疗很难成功。术中中心静脉压测定能反映血容量、静脉紧张度及右心功能。近年来,Weil报道了以CVP为指标的"5～2规则"补液法[1]。根据我们在急性消化道大出血重危病人的抢救治疗经验,CVP小于"0"时可以大胆输入胶体液与平衡液及等渗葡萄糖液。此10例病人在抢救过程中,最少输入量6 500 ml,最大输入量10 200 ml。在输液过程中病人可能出现睑结膜水肿,一般在术后24 h后消失。但要注意该法仅适用于心肺功能正常者。在心肺功能异常时,CVP不能准确反应左心功能。此外,测量时还应摒除可能造成不准确的因素,如:零位基线未能放在与右心房相当的水平上,病人位置移动,病人咳嗽、挣扎,正压呼吸以及导管位置不正确等等。本组出血原因以十二指肠球后溃疡为多见,病例通过手术证明,非手术难以止血。我们的经验是在活动性出血期手

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

术更易发现病灶。高危小肠出血病人手术治疗是一种行之有效的方法[2]。

关键词 出血,胃肠/外科手术

中图法分类号 R656.7

参考文献

1 曹金铎. 普通外科病危病人的监测. 普外临床,1986,5:374
2 黄莛庭. 少见原因引起的消化道大出血. 普外临床,1990,5:156

(收稿:1994-05-13;修回:1994-09-16)

动态心电图对冠心病老年患者无症状性与有症状心肌缺血的检测分析

Analysis of dynamic electrocardiographic monitoring of silent and symptomatic myocardial ischemia in patients with coronary artery disease in the aged

钟杭美 罗召林 祝善俊* (第三军医大学新桥医院心电图室) 630037

无症状心肌缺血(SMI)由于发作隐袭,极易被患者忽视,也可能是猝死或急性心肌梗塞(AMI)的预兆而导致严重后果[1],应予认真对待。本文分析117例CAD老年患者的24 h动态心电图检测结果,旨在了解SMI的检出率,对比有症状性与SMI的发作特点。SMI的昼夜规律及临床意义,并探讨其机理。

1 对象与方法

1.1 对象

选择1993年6月至1994年2月住院老年患者117例,男84例,女33例,年龄60～82(66.3±4.8)岁。临床资料符合1979年国际心脏病学会及WHO的CAD诊断标准。其中陈旧性心肌梗塞(OMI)10例,劳力成自发性心绞痛(AP)107例。已剔除影响判断心肌缺血情况的患者如左室肥厚、束支传导阻滞、心房纤颤及服洋地黄患者。

1.2 方法

应用德国SIEMENS SIESTOLE Ver1.2 E289E型Holter分析仪及EH39E双通道数字记录器,选用双极胸前(CM_5和CM_1)导联进行24 h心电图检测,计算机自动分析资料,根据心率和ST段同步趋势图,有明显异常及可疑处,采用惠普Ⅱ型激光打印机,记录等时心电图以便进一步分析。缺血型ST段的诊断标准:ST段水平或下斜型压低≥1 mm(J点后80 ms)或原有ST段压低者需再压低≥1 mm,持续时间≥1 min,两阵缺血发作之间隔≥1 min[2]。每人计算24 h总缺血次数和时间。同时参照患者监测日志,心肌缺血时伴有心绞痛或胸闷为有症状心肌缺血,不伴有心绞痛或胸闷为SMI。

1.3 统计学处理

采用t检验。

2 结果

2.1 缺血性ST段改变及SMI的检出率

117例动态心电图检测中,有缺血性ST段改变者66例(56.4%),其中男45例,女21例。9例(13.6%)为有症状性,44例(66.7%)为无症状性,13例(19.7%)为混合性(心肌缺血发作有时无症状有时又伴症状)。

66例中共检出心肌缺血256阵次,60阵次(23.4%)为有症状性,196阵次(76.6%)属SMI,两者相比差异非常显著($P<0.01$)。

2.2 SMI与有症状心肌缺血的发作特点比较(见附表)

附表 SMI与有症状心肌缺血的发作特点比较($\bar{x}\pm s$)

	次数	缺血前心率(次/min)	缺血时心率(次/min)	ST段压低最大幅度(mm)	持续时间(min/阵)
无症状性($n=57$)	196※	75±12	108±20※※	1.8±8	26±30
有症状性($n=22$)	60	76±11	107±22※※	2.0±9	18±15

※:与有症状相比$P<0.01$,※※:与缺血前相比$P<0.01$

2.3 心肌缺血发作的昼夜规律

在心肌缺血发作256阵次中,发生于上午6～12时之间缺血最频共109阵次(42.6%),84次(77.0%)属无症状,其中又以6～10时之间为发作高峰,共58次(53.2%),12～18时之间缺血90次(35.2%),共中67次(74%)无症状,18～24时之间缺血40次(15.6%),其中28次(70.0%)无症状,0～6时之间发作最少17次(6.6%),均无症状,但其缺血时心率82±17次

* 心血管内科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net