维普资讯 http://www.cqvip.com

者本组20例，血压增高14例，其余23例均以血压下降和休克为主。这是小儿血容量少，血肿大小与成人相似，故易产生贫血和休克的结果。我们认为在年龄偏大的小儿颅脑损伤中，有以下几点要考虑颅内血肿的出现：1. 伤后清醒～昏迷～昏迷加深；2. 头痛、呕吐、抽搐；3. 呼吸、脉搏增快、血压下降或升高；4. 肢体肌力减退，锥体束征阳性；5. 颅骨拍片有线状骨折（本组32例）；6. 一侧瞳孔进行性散大。如需进一步检查，可根据病人情况和基层医院现有的设备进行超声波探查或脑血管造影，注意中线有无移位和血管受压，尽可能获取正确诊断。

二、关于治疗：我们的体会是，前囟穿刺和切开引流是我们基层医院治疗婴幼儿硬膜下血肿简单、安全、可靠、及时诊断和治疗的好方法，对于2岁以下者，当颅内血肿引起的颅内高压时，首先就是前囟饱满，膨隆，搏动消失。由于血肿大多为硬膜下液态血肿，我们对17例采用前囟角切开放管引流，10例经多次穿刺抽吸均获治愈，无一例死亡，治疗效果良好。

对于12岁以下的小儿颅内血肿、手术探查22例，脑疝形成前血肿清除17例，死亡1例；脑疝形成后血肿清除5例，死亡5例，说明脑疝形成之后，脑组织出现不可逆转的恶性循环，直接影响着呼吸、心跳，即是血肿清除，也无法能挽救患儿的生命。我们及时探查的主要部位是：受伤部位、骨折部位，对冲部位。由于小儿硬膜与颅骨附着紧密，颅骨扳障只是一层薄软的弹性骨扳，脑组织和脑血管弹性较大，外力作用易发生凹陷和线状骨折，致局部硬膜撕裂和脑组织挫伤，很少引起远隔区域的血管脑组织损伤，故伤后血肿多发生着力部位，局部探查阳性率较高。

关于在手术后和非手术的综合治疗中，特别注意除补给应给的电介质外。补液量：以脱为主，宁少勿多，由于小儿体表面积小，消耗量较成人低，输液过多、最易发生肺水肿，加重脑水肿，也是造成死亡的一个重要原因。我们常规的使用冬眠药物，控制高烧和癫痫，减轻脑水肿和脑消耗，防止脑组织的缺血和缺氧。对于昏迷较深估计昏迷时间较长的患儿，应尽早行气管切开，千万不要迟疑。

在另外3例的死亡中：1例死于去做CT的路途中，另2例刚检查完CT死于脑疝，说明小儿颅内血肿虽与成人相似，但比成人耐受性差，容易形成脑疝和病情恶化，从中我们吸取的教训是：对于急性外伤性颅内血肿绝对不要舍近求远，根据病情，因地制宜，充分利用我们基层医院现有的设备条件，极积发挥一线的急救作用，尽早手术探查、急时清除血肿，解除脑受压。

参考文献 略

17-18

骶管直入法在临床麻醉中的应用

陕西省乾县医院麻醉科 叶陈前

（陕西乾县，邮政编码 713300）

R614

传统的骶管阻滞操作方法是斜入法、即从骶裂孔进针，循着骶管的方向向头端刺入骶管腔。采用此法有时穿刺困难、失效率高，且易损伤血管出现局麻药中毒、进针过深有发生全脊髓麻痹的危险。作者采用骶管直入法在临床麻醉中应用131例，获得较满意的效果、现报告如下。

一般资料 本组131例，男56例，女75例，年龄16～59岁。肛门、会阴、阴道手术94例，子宫切除手术（硬膜外＋骶管麻醉）37例，骶裂孔正常者116例，占88.55%，骶裂孔不明显者9例，占6.87%，骶裂孔过长（本文指骶管裂）者6例、占4.58%，

操作方法 患者取侧卧位、腰背向后弓。骶裂孔正常者选骶裂孔中央的上缘穿刺，经骶裂孔中央的上缘穿刺失败或骶裂孔不明显进针困难者，选骶3或骶4裂孔穿刺，即自骶角连线沿骶中嵴向上探摸，有裂孔时、面上软组织向下凹陷、并在深处能摸到骨性边缘、便可穿刺、但应注意、因蛛网膜下腔的盲端止于骶2平面，故所选穿刺点不应超过髂后上棘内下方1.5cm，以免误入蛛网膜下腔；骶裂孔过长者选骶裂孔中央的中点穿刺。用6～6$\frac{1}{2}$号短肌肉注射针头自穿刺点垂直刺入，当

麻醉，骶管直入法

维普资讯 http://www.cqvip.com

食管破裂，临床

穿过骶尾韧带出现落空感时，即为进入骶管腔的标志，抽吸无回血时可注入 3～5ml 试验量药液，观察 5min 无不良反应后注入全量。

麻醉用药 2%利多卡因 8～10ml、1%普鲁卡因 8～10ml、肾上腺素 1：20 万 u。

效果 阻滞完善者 130 例，占 99.15%，阻滞不全者 1 例，占 0.85%，无 1 例失败。本组 131 例未发现局麻药中毒、全脊髓麻痹及其它并发症。

体会 国内的解剖资料指出，骶管和骶骨的变异多，20%左右的正常人皆非典型。另外，根据重庆医学院第一医院麻醉科报道，在 103 块骶骨标本中，骶 4 椎板在裂孔的占 51.5%，骶 3 椎板有裂孔的占 9.7%，骶 2 椎板有裂孔的占 8.7%。采用传统的骶管阻滞方法失败原因主要有以下三点：①骶裂孔钙化后弯曲或闭塞，针尖无法推入；②骶裂孔过长，骶椎背侧全部或部分开放未愈合，注入的局麻药液由此向软组织内流失；③骶管腔内静脉丛特别粗大丰富，反复试探、来回插针过程中很容易损伤血管，使阻滞失败。

骶管直入法不仅适应于骶裂孔正常者，亦适应于骶裂孔钙化后弯曲、闭塞以及骶裂孔过长者（过去采用传统的骶管阻滞操作方法，遇骶裂孔过长者均不作骶管阻滞）。采用直入法具有以下优点：①操作简单、容易掌握。直入法针头无须向尾椎倾斜深入骶管腔，可避开解剖上的障碍，只要针头自穿刺点垂直刺入，出现落空感即穿刺成功。②成功率高、不易失败。对骶裂孔正常者自骶裂孔中央的上缘穿刺，多能成功，如失败或骶裂孔不明显针尖无法推进者，自骶 4 或骶 3 裂孔穿刺，可提高成功率，骶裂孔过长者自骶裂孔中央的中点穿刺，骶管背面虽有缺损，但因有坚韧的纤维结缔组织填补，药液不致外漏而使阻滞失败；所用穿刺针细短，且无须为深入骶管腔而反复试探、来回插针，故不会因损伤血管而使阻滞失败。本组 131 例无 1 例穿刺失败。③并发症少、便于管理。直入法不易损伤血管引起局麻药中毒反应，采用本法只要穿刺点不超过髂后上棘内下方 1.5cm，不会发生全脊髓麻痹，对呼吸循环干扰小。

参考文献 略

18－19

自发性食管破裂 10 例临床分析

石家庄市第一医院 贾明彦 高保廷
（河北石家庄，邮政编码 050011）

R655.4

自发性食管破裂为临床较少见的急性胸部疾患，若不能及时诊断治疗，可危及患者生命。我院外科自 1975 年 3 月到 1990 年 5 月共收治自发性食管破 10 例，2 例病程短经急诊手术修补后痊愈，8 例由于就诊时间较迟，病情危重或有明显胸腔感染，经胸腔闭式引流，同时作空肠造瘘术而治愈。现将诊治体会报告如下。

临床资料

本组 10 例均为男性。发病年龄 18～56 岁，其中 18～40 岁者 8 例，占 80%，平均年龄 26 岁，以中青年为多见。破裂至右侧胸腔者 8 例，左侧者 2 例。发病诱因，9 例有呕吐史，1 例为饱食后摔倒引起。引起呕吐的原因，7 例有饮酒或暴食史。2 例因急性胃肠炎而反复呕吐引起。有 6 例吐出血性胃内容物。发病至确诊时间，最短时间在 4 小时内，最长达 10 天，多数在 2～4 天，临床表现，为剧烈呕吐后突然发生胸部或上腹部难以忍受的剧疼，随即有胸闷气短不同程度呼吸困难或休克等。本组有 3 例伴有剧烈腹痛，上腹部肌紧张。查体为一侧液气胸体征，X 线表现为破裂侧液气胸。确诊方法，多数为经胸腔穿刺或闭式胸腔引流抽出棕褐色混浊液体，有酸臭味和食物残渣，或口服美蓝后见胸液蓝染而证实，其次为口服碘油食管造影而确诊。治疗结果，2 例早期行食管裂口修补术治愈，余 8 例因病程长而行胸腔闭式引流加空肠造瘘而治愈，其中 1 例残留胸腔皮肤瘘，半年后行纤维板剥脱术治愈。本组无死亡病例。

讨 论

一、发病因素：文献报道一般认为发病因素皆为剧烈呕吐引起，呕吐时腹内压剧增，挤压胃部使松弛的食管腔被动性压力增加而扩张，同时环咽肌处于反应性痉挛呈收缩状态，引起食管下段薄