维普资讯 http://www.cqvip.com



发生[5]，但对因脑皮层损伤自身产生的癫痫无作用，故不能完全解决术后癫痫问题。一般认为外伤性癫痫发生率为5%[6]。本文因累及皮层损伤病人常规预防抽搐治疗一年半，远期有待继续随访观察。

## 参 考 文 献

1. Tanno H. Nockels R P, Pitts L H, et al. Breakdown of the blood-brain barrier after fluid percussive brain injury in the rat. J Neurotrauma, 1992, 9: 21.
2. Marmarou, Intracellular acidosis in human and experimental brain injury. J Neurotrauma, 1992, 9: 551.
3. 包仕荛，杜子威. 脑梗塞后及其血流再灌注对脑水肿生成的影响. 中华神经外科杂志，1995，1：229.
4. Umezawa H, et al. Effect of the pressure grodiant on hydrostic brain edema. In: Intracranial pressure. VII, Hoff J T et al ed. Springverlag Berlin New York. 1989, 953～956.
5. 史玉泉. 颅脑损伤的并发症和后遗症. 实用神经病学. 第 2 版. 上海：上海科学技术出版社，1994，735.
6. 癫痫的外科治疗. 实用神经外科学. 第 1 版. 北京：中国人民解放军战士出版社，1978，704.

（收稿：1999-02-01）

# 绝对期和近绝对期原发性青光眼 35 例 51 眼治疗前后观察

王秀芹*

对绝对期及近绝对期青光眼患者是否采用手术治疗，许多学者的看法尚不一致。以前顾虑到手术刺激危险性大，甚至使仅存在的一点视力突然丧失，大多采用药物保守治疗，其实对这样的患者，如不采取手术治疗，无疑最终都要失明。如果采取有效措施，部分患者还是可以恢复部分视力或保存了原来残存的微弱视力，这一点点视力与双目失明者相比是很宝贵的。几年来我们对 35 例绝对期和近绝对期青光眼患者进行了积极抢救（包括药物及手术治疗），记录较完整，随访半年以上的 35 例 51 眼，现总结如下。

一、病例的选择

（一）几年来治疗绝对期和近绝对期青光眼病人中，对 35 例 41 眼进行了随访观察，随访时间短半年，长 3 年。入院诊断为慢性闭角型青光眼 27 例 41 眼，慢性闭角型青光眼急性发作 8 例 10 眼。年龄最大 78 岁，最小 46 岁，男性 8 例 13 眼，女性 27 例 38 眼，绝对期 8 眼，近绝对期 43 眼。

（二）入院时绝大多数病人眼压高或偏高，≥24mmHg 38 只眼，≤24 mmHg 3 只眼。

（三）术前视力以经过药物治疗，眼压下降后的视力为准，所选病例的视力，绝对期视力为黑蒙，近绝对期视力为光感。

（四）眼底检查：凡能窥入的眼底，均表现为明显的病理凹陷，C/D≥0.9。

（五）不包括其它明显的眼部合并症，如角膜变性、白内障、各种眼底病等。

二、术前准备

（一）绝大多数病人眼压高，住院后用各种方法降低眼压，在 35 例病人中，入院时眼压高于 35mmHg 约 43 眼，局部点用 1%毛果云香碱，0.25%毒扁豆碱液，口服 Diomex 250mg，6 小时 1 次，眼压降至 35mmHg 以下者双眼占全部眼压高者约 51.1%，不能降至 35mmHg 以下者约有 21 眼，对后者加用了其他药物如 50%甘油、20%甘露醇静脉点滴或冬眠灵 25mg 肌肉注射，以后眼压能降至 35mmHg 以下者 19 眼，占 44.1%，最后有 2 眼，眼压在 50mmHg 以上，对这 2 例作了后巩膜切开术，抽出部分玻璃体，使眼压降到正常，一周后再行抗青光眼手术。

（二）住院后给予少量地塞米松，以促虹膜炎症消退，睫状体功能恢复。并配合维生素治疗。

三、术式的选择

根据病人年龄及体质情况，分别选用不同的术式：

（一）对年老体弱有全身疾病的病人，如患有高血压、冠心病、肾炎、肺气肿等，如虹膜弹性尚好，有完整的色素上皮，或有虹膜的局部扇形萎缩，但上方虹膜无明显萎缩的患者，采用虹膜嵌置术。

* 作者单位：300350 天津市津南区咸水沽卫生院

维普资讯 http://www.cqvip.com



(二)对年纪较轻,体质好,能坚持较长时间手术的病人,考虑在生活或工作较长时间,一般用深层巩膜咬切术或滤过切除术,以减少结膜下滤过手术的远期并发症。

四、术后处理

(一)对手术反应的大小,适量地给予激素或消炎痛25mg,每日3次。

(二)改善血管状态的药,维生素C、E及血管扩张剂。

五、结果

对所观察的35例,51只眼进行了手术前后视力及眼压的比较(见表1,2)。

表1 手术前后及随访半年的视力比较

| 时间 | 黑蒙 | 光感 | 手动 | 指数 | | 0.01 | 0.02 | 0.03 | 0.04 | 0.05 | 0.1 | 0.2 | 总计 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1尺 | 2尺 | | | | | | | | |
| 术前 | 8 | 6 | 11 | 14 | 9 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 |
| 术后 | 6 | 5 | 6 | 8 | 10 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 51 |
| 半年后随访 | 6 | 4 | 5 | 8 | 12 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 51 |

绝对期青光眼8眼,术后部分恢复视力3眼,占37.5%,其失明时间分别为1周、2周、2月。视力的恢复分别为0.03,手动、光感、视力未能恢复的5只眼,失败时间为半年~4年。

近绝对期青光眼43眼中,术后视力改善者20眼,占46.5%。维持不变的16眼,占37.2%,下降者7眼,占16.3%。

在视力出现明显障碍的时间来看,3个月为限,在3个月之内出现视力明显障碍者29眼改善者17眼,不变者10眼,下降者2眼,出现视力明显障碍达3个月以上者14眼,改善者3眼,不变者6眼,下降者5眼(其中1眼视力由光感下降至黑蒙)。

观察结果表明:手术后视力的恢复与失明或视力明显障碍时间的长短有密切关系:视力丧失或明显障碍的时间越长,视力恢复的可能性越小,反之时间越短,视力恢复可能性越大。

表2 眼压的改善情况表

| 时间 | 80^ mmHg | 70^ mmHg | 60^ | 50^ | 40^ | 35^ | 24^ | 24↙ | 20↙ | 总数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 术前 | 7 | 7 | 10 | 7 | 6 | 6 | 4 | 1 | 3 | 51 |
| 术后 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 13 | 29 | 51 |
| 半年后 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 7 | 4 | 11 | 25 | 51 |

在治疗的35例51眼中,入院前已有4眼的眼压恢复正常,其余病人住院后,经用各种药物,使眼压下降至35mmHg以下再行手术治疗,术后视力恢复与术前眼压下降的难、易情况的关系,见表3。

表3 术前眼压情况与术后视力情况

| 用药情况 | 提高 | 不变 | 下降 | 总数 |
|---|---|---|---|---|
| 用药前眼压接近正常,点药1%毛果云香碱 | 5 | 3 | | 8 |
| 局部点药,加用Diomex 250g输液,使眼压降至35mmHg | 13 | 7 | 2 | 22 |
| 加用5%甘油,口服甘露醇、冬眠灵,使眼压降至35mmHg以下 | 5 | 10 | 4 | 19 |
| 加后巩膜切开术眼压下降 | | 1 | 1 | 2 |
| 总计 | 23 | 21 | 7 | 51 |

例:陈××,女,50岁,因右眼青光眼反复发作2年,失明1周后来我院就诊,眼部检查:OD目力黑蒙,眼压71mmHg,眼底视盘明显青光眼性凹陷,C/D=0.9,OS目力1.0,外眼及眼底均未发现异常,眼压Tn。在

维普资讯 http://www.cqvip.com



经药物治疗，右眼压下降至接近正常(24mmHg左右)，收入院一天后行OD虹膜嵌置术，术后眼压降至14mmHg，通过检查OD目力为光感。

2年后病人又因左眼青光眼反复发作已晚期，来我院要求手术治疗，检查左眼目力0.1，眼底杯盘比为0.9，而于2年前右眼视力仅为光感，视力竟恢复到0.03(虽然眼底情况无明显好转)，这一病例给了我们很大鼓舞和启发，因而在此后几年中我们对数十例绝对期和近绝对期青光眼的病人进行了积极抢救(包括药物及手术治疗)。

六、讨论

通过几年来对35例51眼绝对期与近绝对期青光眼的治疗观察表明，失明或视力严重障碍时间的长短，对术后视力改善的程度，有着决定性的意义，失明或视力严重障碍时间越短，视力恢复、改善的可能性越大，对失明时间不超过二个月的绝对期青光眼病人的积极抢救是非常重要的。

术前先用药物降眼压，对提高手术成功率，减少并发症及视力的恢复有重要意义。术前眼压高者，经用药眼压能否很快得到控制，对估计术后视力的恢复及眼压的控制有重要参考意义。术前经用药眼压很快下降者，大多术后眼压控制较理想，视力恢复较好，较快。反之，视力恢复慢，而且眼压易回升。

在药物治疗效果不理想的情况下，应积极采用手术治疗，在手术治疗过程中，应注意以下几点：1. 术前要通过各种方法使眼压下降至35mmHg以下再行手术。2. 要求术者技术熟练，手术操作要轻巧，术中切开巩膜时，要使房水缓缓流出，避免突然减压或房水突然溢出。3. 配合使用神经支持药物，及血管扩张剂，要持续2～3个月。4. 对术后获得部分视力的绝对期和近绝对期青光眼病人，要经常随访，注意控制眼压，主要是避免或克服影响眼压的因素，如保持眼压与血压之间的比例关系，保持大便通畅，减少精神刺激，要有充分睡眠，生活规律，饮食节制等。

(收稿：1999-01-04)

硬膜外阻滞 婴幼儿 外科手术 205-206

# 硬膜外阻滞用于婴幼儿手术的体会

李文彦* 李橡枫** 邓文伟***

R726.5 R614.42

本文采用硬膜外阻滞用于婴幼儿腹部及下肢手术，辅助少量氯胺酮或r-oh，收到良好临床效果，现报告如下：

一、资料和方法

本组30例，婴儿12例，幼儿18例，男19例，女11例；最大年龄3岁，最小年龄为9天；体重3～15kg。手术种类包括斜疝15例，股骨干骨折4例，先天性髋脱位3例，先天性巨结肠3例，先天性幽门梗阻2例，胆道疾病、肠梗阻、先天性锁肛各一例。手术时间最短为20min，最长为3h，平均为1h，术前禁食水时间平均5h。麻醉前30min均给阿托品0.02mg/kg。周岁以上患儿给以哌嗪啶1mg/kg，30min后以5%氯胺酮4～5mg/kg肌肉注射。7个月以下的小儿选穿刺点均取$L_3$～$L_4$，8～11个月的低于成人相应麻醉区域3个穿刺间隙。周岁以上的患儿低于成人相应麻醉区域2个穿刺间隙。硬膜外用药为0.5～1%利多卡因注射6～8mg/kg，术中1/3病儿用r-oh60～80mg/kg静注以辅助硬膜外麻醉，常规吸氧，并监测$SPO_2$、HR、P、BP，按需补液。本组10例患儿输入全血，输血量平均30ml，没有出现异常反应。

二、结果(见附表)

附表 硬膜阻滞结果观察

| 年龄 | 麻醉扩散平面时间(min) | 切皮时无痛例数(%) | 肌肉松弛佳例数(%) |
|---|---|---|---|
| 婴儿(n=12) | 9.91±1.13 | 10(83.3) | 8(66.7) |
| 幼儿(n=18) | 10.60±1.82 | 15(83.3) | 16(88.9) |

* 作者单位：154400 黑龙江省桦南县医院麻醉科
** 黑龙江省桦川梨风乡卫生部
*** 佳木斯大学医学院二附院麻醉科