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

维普资讯 http://www.cqvip.com

麻醉效果良好25例，占83%，阻滞不全5例，占17%。术中BP、HR保持平稳者15例，占50%，另外15例BP、HR均有一过性升高、增快，平均为0.40～1.33 kPa和10～25次/min，麻醉及术中SPO_2低于90%者2例，经吸氧后好转。

三、讨论

本文应用连续硬膜外阻滞麻醉进行婴幼儿腹部以下手术，从结果看有效果安全可靠，肌肉松弛良好并发症少，方便护理等优点。本组患儿硬膜外阻滞后10分钟左右腹肌明显松弛(5例效果欠佳者除外)，婴幼儿植物神经系统尚未成熟，内脏牵拉反应较成人轻，提供了较好的手术条件，且脊柱较为平直，外腔间隙相对较小，脂肪组织较为松散，有利于药液扩散[1]。婴幼儿硬膜外阻滞后血压较成人相对平稳。选择低穿刺点给药即可获得较高的阻滞平面。此类患儿一般不需气管内插管，但由于小儿多不合作，硬膜外阻滞常需应用氯胺酮使患者入睡。因此，术中需常规开放给氧，并注意呼吸的管理。硬膜外阻滞本身对婴幼儿呼吸功能有一定的影响，其主要因素是药液的浓度、药量、脊神经、阻滞平面以及辅助用药[2]。我们所采用的是最低的有效浓度和药量既可，并选择最低有效穿刺点，谨防平面过高，超出手术范围。本文由于辅助了氯胺酮及婴幼儿术前麻醉性镇痛药的应用，更应注意呼吸系统并发症。氯胺酮呼吸抑制的并发率及其程度与氯胺酮的血浆浓度有关，同时，分泌物增多常亦导致呼吸道不完全阻塞，术前必需常规应用术前药及注意氯胺酮用量，与此同时，对婴幼儿循环系统影响亦不容忽视，婴幼儿的生理功能与成人有很大差别，硬膜外麻醉对于健康状态尚好的小儿干扰较小，但本文中多有状态差、脱水及电解质失衡的病儿，尤其是辅助用药的状态下影响较大，术中应密切监护，对此类病儿还应备好气管插管设备和急救药物，并严格控制椎管内麻醉药量。此外，小儿麻醉期间输液是保证手术安全的重要措施，小儿麻醉期间损失的是细胞外液，而婴幼儿的细胞外液在体重中所占的比例较成人大，故婴幼儿容易失水。以往强调新生儿及婴幼儿手术仅需用5～10%葡萄糖液、血浆或全血，而不能输钠盐。现经研究新生儿排钠困难，肾浓缩、稀释及排泄功能也属正常[3]，故婴幼儿手术时也应补充钠盐，我们多按病情术中输入平衡盐或5%葡萄糖每小时每公斤体重为7～11ml，依据出血量多少，超出最大允许出血量(MABL)输入全血。

(本文承蒙佳木期大学医学院口解教研室陈克功教授指导审阅，在此表示深深感谢！)

参 考 文 献

1. 刘俊杰，赵俊主编. 现代麻醉学. 北京：人民卫生出版社出版，1987，818.
2. 王凡等. 硬膜外阻滞对小儿呼吸功能影响的观察. 中华小儿外科杂志，1998，2：74.
3. 刘俊杰，赵俊主编. 现代麻醉学. 北京：人民卫生出版社，1987：811.

(收稿：1999-03-08)

206-207

巩膜层间填充硅胶片治疗难治性青光眼

李 宏* 曹丽辉 王 丽

现代的眼显微手术使大多数青光眼的滤过性手术成功率达到70%～90%。然而某些类型的青光眼，滤过性手术成功率低，这些手术预后较差的青光眼，称为难治性青光眼，主要包括：新生血管性青光眼，无晶体或人工晶体性青光眼、伴葡萄膜炎性青光眼、角膜移植后青光眼、外伤性青光眼、视网膜脱离或玻璃体切割术后的青光眼、虹膜内皮综合症等。资料表明：难治性青光眼之所以难治，不仅仅是眼局部病情复杂，更主要的是在这些患眼常难以建立有效的滤过通道，其中最常见的和最主要的原因是滤过手术部位的瘢痕形成。所以，眼科工作者不断地探索新的治疗方法以提高难治性青光眼的手术成功率。我们自1997年5月～1998年10月采用巩膜层间填充硅胶片的方法治疗难治性青光眼，取得了良好的效果，现报告如下。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学医学院第一附属医院眼科