维普资讯 http://www.cqvip.com

2.方法：患者仰卧位、严格消毒术野皮肤，穿刺右锁骨下静脉成功后，中心静脉导管经导丝指引插入右锁骨下静脉，并继续向内插入，总长约 13～15cm，然后抽出导丝，导管内注入生理盐水，导管末端经电极接头与心电图机标准Ⅱ导联的右臂电极相连，如心电图显示 P 波高尖提示导管尖端已位于上腔静脉内。将导管继续插入时 P 波逐渐变为先负后正的双相，提示导管尖端已通过窦房结，说明导管插入过深，将导管缓慢抽出，直至心电图 P 波重新恢复高尖、提示导管尖端回到上腔静脉内，如果过浅则心电图即不显示 P 波高尖也不显示先负后正的双相。将导管缓慢插入直至心电图出现 P 波高尖，然后固定导管。

插管完成后，所有患者均经 X 光透视并摄取胸部正位片，证实导管尖端位于上腔静脉内。

二、结果和讨论

随着肠外营养在我国的广泛应用，接受中心静脉插管的患者也日益增多。传统采用的术中 X 光透视监测导管尖端位置的方法，尽管准确无误，但使用极不方便，且增加了插管感染的机会，有些医院因各种原因，只根据医生的经验盲目插管，就有可能插管过深或过浅，有时甚至插入对侧锁骨下静脉内。因此，有必要采用一种准确而简单便利的方法来监测导管的位置。

近年来国外有人报导了用心电图监测导管位置的简便方法，并已逐渐得到推广。Madan 等[2]观察了 34 例中心静脉插管患者，其中 31 例心电图显示典型的高尖 P 波。吉田洋等[3]报导了 22 例中心静脉插管患者，心电图 P 波全部出现这种典型改变。我们所观察的这 16 例患者，心电图也同样全部出现明显的改变，而且所有导管尖端均经 X 光透视证实位于上腔静脉内，说明了心电图监测方法判断导管尖端位于上腔静脉内的可靠性、又可同时避免遭受 X 线的辐射。

参 考 文 献

1. 冈田正编集. 静脉营养の手引夫. 大阪：医药シぜへナル社，1994，77－89.
2. Madan M, Shah WV, Alaexander DJ et al. Right arterial electrocardiography: a technique for the placement of central venous catheters for chemotherapy or intravenous nutrition. Br Surg, 1994, 81: 1604.
3. 吉田洋，山东勋弥，陈冬利，他. 中心静脉力テヘテル. 插入时 Misloding の预防－心电图ニタへの利用. 日本临床外科易学杂志，1995，56：367.

(收稿：1999-08-30)

气管插管静脉复合麻醉用于小儿扁桃体切除术的体会

张向东* 韩振奎** 李和珍**

扁桃体摘除术是鼻喉科常见的手术，手术虽小但有出血和气管梗阻的危险，应予以足够重视[1]。近十年来，我们采用气管内插管静脉复合麻醉用于小儿扁桃体摘除术，经临床 35 例实践均取得了满意疗效，现报告如下。

一、临床资料

35 例中男 24 例，女 11 例，年龄最大 7 岁，最小 2 岁，2～5 岁 27 例占 77.14%，6～7 岁 8 例，均住院择期手术，体重 10～20 公斤，扁桃体摘除时间，最短 25 分钟，最长 1 小时 10 分钟，一般手术顺利需 25～45 分钟，不超过 1 小时。

二、麻醉方法

术前用药东莨菪碱 0.01 mg/kg，安定 0.2 mg/kg，术前 30 分肌注，入室后肌注氯胺酮 4～8 mg/kg，待患儿入睡后行静脉穿刺，5 分钟后静脉 γ-OH 60～80mg/kg，10 分后下颌松弛用 1% 地卡因咽喉表麻，2 分钟后再用 0.25% 利多卡因 2ml 行气管内表麻后采用经口明视下气管内插管，按改良式"T"型管（横臂加呼吸囊辅助呼吸供氧，保持自主呼吸，麻醉完善后，即可放置开口器开始手术，将听诊器置于患儿心前区监测心率及呼吸变化。术中麻醉即将转浅时，及时以氯胺酮首次量的 1/2 肌注，同时静注首量 1/2 的 γ-OH 加深麻醉。手术结束时常规应用地塞米松 2～5mg，继续给氧，辅助呼吸，麻醉转浅，观察有吞咽和咳嗽反射恢复，清醒唤之睁眼，皱眉，伸舌，血压及脉搏均正常稳定，呼吸 22 次/分钟左右，通气量恢复到术前水平，口唇红润，将口咽腔及气管内分泌物吸净后，停用麻醉机，观察 5 分钟后无缺氧或紫绀等，方可拔除所管导管。结果 35 例患儿采用静脉复合麻醉术中平稳，无高热、抽搐和心律不齐，术后无喉头水肿及肺炎发生，无呕吐及呼吸道分泌物增多现象和其它并发症发生，无一例死亡。

二、讨论

麻桃体摘除术，是耳鼻喉科常见的手术，由于操作在口腔内，对咽喉部刺激大，病儿极感不适，难以在局部麻醉下完成，必须在全身麻醉下施行。扁桃体手术要求麻醉较深，摘除扁桃体过程中，血性分泌物较多，稍不注意吸引，易流入气管，很可能造成呼吸道梗阻，甚至窒息，因此，对麻醉和术者要求很高，麻醉处理需迅速果断，手术者操作应熟练轻快、准确，二者配合默契，在短时间内完成扁桃体摘除使患儿转危为安。麻醉者尤其应注意选用恰当的麻醉药物，维持适当深度麻醉，具备熟练的操作技术和应急能力，才能保证扁桃体顺利摘除，本组采用静脉复合麻醉气管内插管下行小儿扁桃体摘除术 35 例。优

* 作者单位：716000 陕西省延安大学医学院外总麻醉组
** 手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

点：①能有效地改善患儿的缺氧情况；②明显地提高患儿的SaO_2；③能维持充分的供氧和满意的气体交换；④解决了麻醉师与手术者争夺呼吸道的矛盾，给术者操作带来方便；⑤避免了麻醉和手术中呼吸停止的发生；⑥麻醉作用完善，下颌松弛，咽喉反射抑制，开口器置入时顺利；⑦维持平稳，对呼吸循环抑制轻，自主呼吸良好，意外发生率低，安全性高。因此我们认为本麻醉方法安全可靠，操作难度不大，易于在基层医院开展，且患者痛苦少、安全性高，值得推广。

参 考 文 献

1.盛卓人主编.实用临床麻醉学.沈阳：辽宁科学技术出版社，1987,423.

（收稿：1999-09-29）

重度妊娠高血压综合征眼底改变剖宫产术时机的选择

郭红霞* 晋 生*

重度妊娠高血压综合征为产科急重症之一，是孕产妇及围产儿死亡的重要原因。而本病眼底视网膜改变的轻重是判断病情严重程度的依据，提示了产科剖宫产适时分娩时机，使我院重度妊娠高血压综合征的产妇及时剖宫产终止妊娠作为重要的治疗措施并取得良好效果。报道如下。

一、资料和方法

我院1994年1月至1998年3月收治重度妊娠高血压综合征患者有眼底检查记录及荧光血管造影者48例。年龄最小22岁，最大38岁，均为初产妇，孕周27～36周11例占22.91%，37～40周29例占60.41%，41～42周8例占16.66%。临床表现及体征：48例病人均有不同程度高血压18～29/14～17 kPa，蛋白尿(卄－卅)，水肿(卄－卅)，红细胞压积正常仅6例占12.5%，其余均在0.38～0.49之间。均有不同程度的头晕、头痛，眼花、恶心、胸闷，有4例视物模糊占8.33%。全部病例均有视网膜动脉明显狭窄，动静脉比例均在1:2～3。其中表现有视神经乳头充血、模糊、边界不清，黄斑区水肿、视网膜水肿13例占27.08%，眼底视网膜血管旁出血，软性渗出和黄斑渗出改变3例占6.25%，上述病例中产前眼底荧光血管造影发现有12例后极部出现荧光素漏点。

二、结果

1.39例均行腹膜外部宫产术，入院后均行解痉、降压、扩容等综合治疗。其中37例在24小时内剖宫产结束分娩，母子平安。2例因社会因素造成等待48～52小时，发生剖宫产术中产时子痫(硫酸镁24小时用量达30克)。阴道分娩9例，其中产钳助产6例，自然分娩3例。总产程时间分别在6～10小时之间。自然分娩3例均因家属拒绝任何助产方式而使分娩总产程时间达10小时。其中2例发生产时子痫，新生儿1分钟及5分钟Apgar＜7分而转入儿科治疗。1例发生产后子痫。

2.48例产妇分别在产后8天至60天做眼底检查。其中发生子痫的5例中视力有明显下降。分别比未孕前视力下降0.4～0.6，眼底血管荧光照影提示荧光素充盈不佳，视网膜后极部广泛的透见荧光小点、其中有色素沉着遮蔽荧光小点。视网膜仍处于病理过程。

三、讨论

重度妊娠高血压综合征是指先兆子痫和子痫，对孕产妇及胎儿危害极大，对母体的健康与视神经皆有很大损害，也容易造成胎儿及新生儿死亡。近几年随着对眼底改变的新认识，认为妊娠高血压综合征视网膜病变发病率国内报告73.2%国外报告为76.3%[2]，而视网膜改变是视网膜血管改变的继发病。孕产妇大多为年青人，动脉弹性好，高血压时动脉收缩强烈，直接传至脉络膜毛细血管，为保护脉络膜毛细血管，经交感神经控制调节的脉络膜动脉和小动脉更强烈的收缩，这样产生的缺血引起脉络膜毛细血管和视网膜上皮破坏[3]。有染料进入色素上皮和神经上皮间隙[4]，我们认为为了使产妇及胎儿有一个良好的预后，根据病情的进展情况及孕周和胎儿是否成熟，在解痉、降压、扩容等综合治疗基础上，若眼底荧光血管造影检查有上述各种特点，则应缩短疗法时间不失时机的选择最快的分娩方式——剖宫产术。眼底的改变与重度妊娠高血压征病情轻重相一致。这对估计病情，决定预后有重要意义。所以无论眼底改变的轻重，都应快速终止妊娠。

参 考 文 献

1.朱坤仪，等.重度妊高征分娩方式的探讨.中国实用妇科与产科杂志，1997,1:13.
2.李丽，宋国祥.妊娠高血压综合征眼底改变205例分析.眼底病，1990,6:22.
3.曹安民，Jampol LM.高血压眼底的高血压视网膜病脉络膜病变和视神经病变.眼底病，1990.6.233
4.Fastenberg DM, Fetkenhour CL, Choromokos E, et al. Choroidal vascular changes in toxemia of pregnancy. Am Ophthalmol, 1980, 89:362.

（收稿：1999-09-07）

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科