维普资讯 http://www.cqvip.com

·经验交流·

小儿连续硬膜外腔麻醉200例临床分析

李和珍* 张向东*

目前小儿硬膜外麻醉在临床上早已被广泛应用，本文对200例病例作了回顾性分析。

一、资料与方法

1.一般资料：全组200例，男138例，女62例；年龄3月～3岁为27例，4～6岁为52例，7～10岁为75例，10岁以上6例。

2.手术部位：腹部手术（包括肾、脾、阑尾、肠梗阻、肠套叠）107例，整形手术及尿道下裂成形术42例，骨科手术51例。

3 麻醉方法：①用药：麻醉前肌注东莨菪碱0.01mg/kg。γ-羟基丁酸钠基础麻醉，按每公斤体重80～100mg静脉注射（新生儿则按80～120mg/kg）。不合作患儿先肌注氯胺酮4～6mg/kg，患儿入睡后进行硬膜外穿刺。②穿刺部位及方法：一般以L_4～L_5为中心，上腹部手术导管向上，下腹部手术或下肢手术导管向下，置管一般为2～3cm，12岁以上儿童均按成人穿刺部位，常规采用连续硬膜外法，从不采用单次法。③局麻药的配制：利多卡因6岁以下一般为1.33%～1.4%，6岁以上1.5%～1.6%，剂量8～10mg/kg，麻醉液内勿加副肾素等辅助剂。④麻醉维持：一般第一次注药后可维持45 min～60 min，如手术延长，再注半量，基础麻醉根据小儿情况而定，二次追加可给γ-羟基丁酸钠或氯胺酮为半量，第三次追加可给1/3量，不可多次增加基础用药，防止麻药中毒导致呼吸抑制。⑤监测血压、脉搏及呼吸、血氧饱和度，观察粘膜及肢端皮肤色泽、温度。

二、结果和讨论

1 本操作要求准确、迅速，以免穿刺持续时间过长而致基础麻醉苏醒，更不利于操作进行，但效果均为可靠、满意，由于小儿中枢神经纤维髓鞘发育不完善，腹壁肌肉不发达、牵拉反射也不明显，故均可以获得良好的肌肉松驰。

2.通过临床实践观察，小儿的硬膜外腔相对比成人大，因此均可顺利放入导管进行连续法麻醉，由于我们采用连续法，不用单次法，故多年来通过数百例麻醉实践，从未发生过一例意外事故。小儿硬膜外腔头尾上下之间有相当的通畅度，脂肪组织疏松，故麻醉剂易于扩散[1]，小儿硬膜外阻滞平面的高度取决于穿刺部位和局麻药的剂量、浓度及注药速度等因素，并与年龄和脊柱长度有关。本组所选择病例中年龄、手术方式、药物浓度和种类、给药方式及穿刺部位相同，注射10s为0.3ml、平面达T_6；50s为0.2ml，平面达T_7～T_8每增加10s可以降低一个神经节段，仅采用L_4～L_5为中心点，便可获得满意效果，另外，小儿的黄韧带软而富有弹性，穿刺时可有明显的穿刺落空感，小儿负压的发生率相当高。这一点体会与一般报道截然不同，在我们的实例中全部用玻璃管为判断负压出现的唯一依据。小儿从皮肤到硬膜外腔距离，通过我们临床实践和观察新生儿至1岁者为0.8～1.5cm，2至3岁为1.5～2.5cm，4岁以上为2.5～3.5cm。血压变动不大，很少有下降超过10mmHg者，这可能与小儿血液循环的生理特点及血液分布有关，小儿对麻醉剂耐受性较好，恢复也较平衡而迅速，手术后肠蠕动恢复也比较好，我们最主要的体会是：只要穿刺准确可靠、均能获得满意效果。尤其是200例手术过程中未发生过一例不良反应，因此，这种方法值得基层医院推广使用。

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，1996.846.

（收稿：2001-03-26）

* 作者单位：716000 陕西省延安大学医学院附属医院麻醉科

食管癌切除胃代食管颈部吻合手术方法的改进

杨阿久* 李春江* 周 钢**

1997年11月～2000年12月，对经左胸食管癌切除胃代食管颈部吻合的常规术式进行了部分改良，设计并应用胸膜顶外食管胃吻合方法，手术治疗了38例食管中、下段癌。经与常规术式对比，改良术式的临床疗效优于传统手术方法。现总结报道如下。

一、临床资料与手术方法

全组38例食管中、下段癌手术病人。年龄37～74岁，男29例，女9例。食管癌病变长度为4.3～8.6 cm，均属中晚期癌。

* 作者单位：156700 黑龙江省饶河县人民医院外科
** 佳木斯大学附一院胸心外科