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

维普资讯 http://www.cqvip.com

手术方法：常规全麻剖胸手术，游离出食管肿瘤及切除段食管。清扫淋巴结。切开膈肌游离胃，切断食管胃贲门部，残胃待吻合。在主动脉弓上向胸膜顶部做正常段食管的钝性解剖分离，病变段食管过主动脉弓。在胸骨上窝切口并向左胸锁乳突肌内侧缘适当延长。切开肌层后，采取颈胸联合会师法，扩大胸膜顶与颈部的通道，口径约达三横指（5～6 cm）。将胸段食管和胃底部从胸腔内拉出，将胃间断缝合固定于胸膜顶外，防止坠入胸腔和减少食管胃吻合口处的张力。不必象传统术式那样游离食管。此术式无需游离食管。按常规方法做移出部分的食管和胃吻合，边吻合边切除食管肿瘤。本组治疗结果与45例常规传统手术的颈部吻合食管癌病例进行了对照，对比分析结果经统计学处理。

二、结果

本组病例全组无手术死亡。术后标本病理检查所见：食管切缘无残留癌，食管切缘与肿瘤的距离为 5.1～8.7 cm。本组与以往常规的颈部吻合术式对比，手术时间平均缩短 1 h 30 min，而切缘与肿瘤的距离则无明显缩小；颈部吻合比勉强做胸内吻合延长切缘与肿瘤的距离平均为 5.8 cm，而手术时间缩短。本组吻合口瘘发生率为 2.63%（1/38），较对照组 28.89%（13/45）明显减少（$P<0.01$），且无喉返神经损伤。

三、讨论

食管癌的主要治疗方法是手术治疗。食管肿瘤切除胃代食管吻合重建术是食管癌外科治疗的主要术式。根据肿瘤切除规范，下段食管癌的吻合部位应选在主动脉弓上，而中段癌则应选在颈部吻合[1]。临床手术经验发现，经左胸的食管癌切除弓上吻合手术，因为主动脉弓的妨碍，使得大多数食管胃的弓上吻合，名为弓上实则很难达到弓上，而仅是弓前或弓旁的吻合[2]，影响了肿瘤的实际切除范围。经研究和临床应用创建的新的食管胃吻合方法，由于技术的关键是做胸膜顶外吻合代替传统的主动脉弓上和颈部吻合，简化了术式并提高了疗效。本文采用的胸膜顶外食管胃吻合，较胸内主动脉弓上吻合明显增加了食管癌的切除长度，同时也比胸内吻合便于直视下操作，提高吻合的质量。

目前常规的食管胃颈部吻合术式要求术者必须在甲状腺后方，即气管和食管之间，游离出一段颈部食管，再做食管和胃的吻合[3]。由于颈部食管具有节段性供血和毗邻喉返神经易被手术损伤的解剖学特点，临床普遍感到食管癌的颈部吻合术不仅比胸内吻合要费时费力，而且吻合口瘘等并发症的发生率也较高[4]。改良了此术式后，在手术操作中不必游离出颈部食管、不破坏食管的血运又避免了神经等副损伤。本文认为，食管中下段癌适合选择改良的胸膜顶外食管胃吻合术，代替传统的食管胃颈部吻合术和主动脉弓上吻合术，这样，可在保证食管癌充分切除范围的前提下，既能简化传统术式的操作，又明显减少了手术并发症，因而极大提高了食管癌的手术疗效。

参 考 文 献

1. 裘法祖，主编. 外科学. 北京：人民卫生出版社，1995. 360.
2. 杨 林，张汝刚，毛友生，等. 胃经食管床食管胃弓上吻合术治疗食管中下段癌（附 162 例报告）. 中华肿瘤杂志，1996，18：37.
3. 顾恺时，主编. 胸心外科手术学. 北京：人民卫生出版社，1996. 465.
4. 闫天生，张大为，张汝刚，等. 高位食管癌切除颈部吻合的治疗结果（附 414 例报告）. 中华肿瘤杂志，1994，16：29.

（收稿：2001-03-26）

心外科 ICU 中常见心律失常及其治疗

姜晓艳* 史克华*

心脏手术后病人心律失常的发生率为 60%～80%[1]，其原因有手术损伤、术后心肌缺血和水肿、缺氧、水电解质酸碱平衡紊乱、药物影响以及引流管刺激等。即使术中精心操作，减少心肌创伤，避免损伤传导束，术后严密监护，其心律失常的发生率仍然较高，因此熟练掌握几种常见心律失常的心电图诊断及治疗对心外科 ICU 工作有重要意义。以下就本院 ICU 中几种最常见心律失常作一介绍。

一、窦性心动过缓（sinus bradycardia）

窦性心动过缓时其 P 波、QRS 波群、T 波形态正常、心率一般在 40～60 次，如果心率低于 40 次则应考虑 2∶1 窦房传导阻滞或房性早搏二联律未下传，病因主要为：发热、焦虑、缺氧、高碳酸血症、血容量不足、心衰等。首先去除病因，然后可给予异丙基肾上腺素 0.01～0.05μg/kg，或阿托品 0.3～1mg. 如果留有心外膜起搏导线，也可人工起搏。

二、心房纤颤和心房扑动（auricular fibrillation and auricular flutter）

许多种疾病均可出现心房纤颤，其心电图表现为无正常 P 波，代之以大小形态各异的 F 波，其频率为 350～600 次，心室律绝对不齐，在未用药物控制的情况下心室率一般较快。心房扑动的心电图特点为无正常 P 波，代之以频率在 250～300 次/min 的 F 波，波幅一致，间隔规则，多以 2∶1 或 4∶1 下传，故心室律规则。房颤若心室率 < 120 次/min，可暂不处理。心室率较快，可静脉注射西地兰 0.4mg. 如果心室率控制不满意可加用 β-受体阻滞剂或异搏定中任意一种。心房扑动药物控制较为困难，可

* 作者单位：261041 山东潍坊医学院附属医院心外科