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

维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料和方法

本组资料共15例16眼，其中男10例10眼，女5例6眼，年龄2～75岁，平均51.8岁。

青光眼类型：新生血管性青光眼2眼、葡萄膜炎性青光眼1眼、外伤性青光眼3眼，先天性青光眼2例3眼、滤过手术失败的青光眼5眼、无晶体性青光眼2眼。术前平均眼压6.25千帕(46.86mmHg)。

手术方法：全部手术均在显微镜下进行，做以穹窿为基底的结膜瓣，做一8×5mm的巩膜瓣，深达巩膜厚度的1/2、做后巩膜咬切后做虹膜根部切除，把一片5×3mm大小，厚0.1mm的硅胶片置入巩膜瓣下，硅胶应在巩膜瓣的中央，前端紧贴角膜缘，用10-0美国进口缝线结节缝合巩膜瓣，在巩膜瓣的两边各缝合一针，线头埋入组织内，然后缝合结膜瓣结束手术。

二、结果

术后随访5～12个月，平均8.45月，术后平均眼压1.94千帕(14.57mmHg)，其中眼压≤2.74千帕(21mmHg)者15眼(93.8%)，一只眼的眼压为3.73千帕(28.03mmHg)(6.2%)，加用抗青光眼药物眼压可控制在2.74千帕左右。

并发症：术后一眼出现浅前房。治疗5天后前房恢复正常。前房出血2眼，3天后全部吸收，随访过程，未见硅胶片脱出。

三、讨论

滤过手术的目的是把房水引流到球结膜下，通过这些组织把房水缓慢吸收，达到控制眼压的目的。因各种原因把引流口阻塞均可导致手术的失败。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，其中最主要的原因是滤过手术部位的瘢痕形成。

巩膜层间填充硅胶片治疗青光眼的机理：巩膜层间填充硅胶片后，硅胶片与巩膜组织或其下的虹膜睫状体组织是不会愈合在一起的，两层巩膜之间因硅胶片的存在而始终保持一个腔隙，这腔隙在下方通过后层巩膜咬切口和前房沟通，房水不断地流向这个腔隙，通过硅胶片四周，房水不断外流渗到球结膜下组织，眼压便得到控制。

此术式的优点是：操作简单，并发症少，且极大的提高了手术的成功率，应用范围广，很具有推广价值，是一种良好的术式。

参 考 文 献

1. 邓奋刚. 巩膜层间填充硅胶片治疗难治性青光眼. 中国实用眼科杂志，1997，6：367.
2. 任泽钦综述. 顽固性青光眼引流物植入物的手术治疗. 国外医学眼科分册，1996，20：69.
3. 邹燕红综述. 青光眼发病机制与抗青光眼药物的进展. 国外医学眼科分册，1998，22：65.

(收稿：1999-03-22)

207-208 肝下 急性 阑尾炎 治疗 R656.805

6例肝下急性阑尾炎的诊断和治疗

赵铁军* 周鸿昌 王雪梅* 邢庆春* 阎 勇* 周庆贤*

阑尾附着于盲肠，通常位于右下腹，但亦可见到变异，肝下阑尾即为一种变异，据统计，肝下阑尾的发病率很低[1]，本中心5年间共行阑尾切除术786例，其中肝下阑尾6例，约0.76%。在此将这6例肝下急性阑尾炎的诊断和治疗作一报道。

一、临床资料

1993年12月～1998年12月，本中心共收治6例肝下急性阑尾炎，资料见附表。6例患者血液白细胞均大于10.0×10^9/L；至手术时病程8～56小时，平均30.8小时；5例入院后立即行急诊手术，1例观察24小时后手术；3例采用麦氏切口，另3例为经右腹直肌探查切口，术中均延长了切口，平均15.4cm；术中发现阑尾位于肝下，整个结肠顺时针转位。盲肠后阑尾1例，盲肠下(尖位于右下腹)2例，盲肠内(尖向内上)3例；手术时间1.5～4.5小时，平均2.8小时。

* 作者单位：610083 成都军区总医院全军普通外科中心