维普资讯 http://www.cqvip.com

麻醉插管诱导用药，氯胺酮 40mg，司可林 25mg，插管顺利，接扬州宁泰医疗设备厂产 RY—Ⅱ型多功能麻醉机供氧，呼吸频率为 15 次/分，潮气量为 12—14ml/公斤，美国产 508 多功能监护仪对呼吸循环系统进行无创监测，同时颈内静脉穿刺置管，CVP 测定。

麻醉维持　芬太尼 0.1mg，潘可罗宁 1mg，1% 奴夫卡因及 0.1% 司可林溶液，总量为 250ml，根据麻醉需要，随时调整滴速。另间断吸入少量安氟醚，术中麻醉满意，生命体征平稳，参照 CVP 及失血量，给予输血补液。由于手术时间长，为避免喉头水肿的发生，选择了规格合适的气管导管，未作导管套囊充气，亦不漏气，术中曾两次给予地塞米松静注，总量为 10mg，手术历时 6 小时，术毕自主呼吸已恢复，有指令反应，此时间断脱离麻醉机，以逐步适应。观察约 10 分钟，潮气量，肺通气量，均接近正常，清洁口腔及气道，拔管，观察约 15 分钟，确认安全，送到病房，此时患儿呼之能应，但声音略有嘶哑，继续小溶量吸氧，并继续观察。

此患儿术后恢复较理想，20 天后出院，约 50 天即骑童车和小朋友们一块儿玩，因是本院子女故常可看到。

小结　此类手术难度较大，尤其二次手术，腹部皮肤肉芽组织突出于皮肤外，包裹于引流管周围，肌层和腹膜层次不清，大网膜和腹膜广泛粘连，且有一部分和肠管粘连，故此手术可谓费时、费力、费心，失血量亦较多，并要求麻醉效果满意，肌松良好，便于暴露及手术操作。本例病人之所以能如此成功，术后恢复之满意，手术的熟练程度及基本功非常重要，切除有一定难度，吻合口较多，术后证实无失误之处，只放腹腔引流管一根，一星期内只有极少量血性液体，从未见胆汁样液体流出，第 8 天拔腹腔引流管。

小儿对失血的耐受程度不如成人，术中美国产 508 多功能监护仪行无创监测，CVP 测定，结合失血量，给予输血补液，术中输全血 400ml，0.9% 生理盐水 250ml，平衡液 500ml，50% 葡萄糖液 250ml、麻醉复合液 250ml，小儿组织娇嫩，气管内插管力求动作轻柔，气管导管规格选择适当，尽量不作导管套囊充气，以免气管粘膜受压、水肿，术中适量给予钙剂及激素类药物，可预防喉头水肿的发生。保持循环系统稳定，满意的潮气量和通气量，加之喉头水肿的防治，是手术成功乃致术后能否顺利康复的关键所在。

（收稿：1997—11—24）

59-60　隐匿性脾破裂　诊断　治疗　外科手术　31

隐匿性脾破裂三例

王延江* 李晓帆** 金锡尊***

R657.62

隐匿性脾破裂又称延迟性脾破裂，由于发病率低，隐匿期症状不典型，误诊率高、病死率比一般脾破裂高 10 倍，现将我科收治 3 例报告如下。

例 1. 男，20 岁。因腹痛 48 小时入院，该患者于 48 小时前从 1.5 米高的围墙跳下，略感腹痛，未到医院诊治，三天后患者弯腰系鞋带时突然腹痛剧烈，心慌，头晕急送本院，查体：脉搏 120 次/分，血压 11/7.5 千帕，神智清，面色苍白，腹部略膨隆，腹软，全腹压痛阳性，以左上腹为著，无肌紧张及反跳痛，肝、脾未触及，移动性浊音阳性，肠鸣音 1—2 次/分，实验室检查血红蛋白 7.2g/L，红细胞 3.16×10^{12}/L、白细胞 14.2×10^{9}/L，中性分叶 85%，右下腹腹穿抽出不凝性血液，拟诊“延迟性脾破裂”行剖腹探查术，术中见腹腔大量血液及凝血块、脾下极实质破裂约 3 厘米被膜下广泛积血，行脾修补术，术后恢复良好。

例 2. 男，38 岁。因腹部疼痛 54 小时入院，患者

* 作者单位：154002　黑龙江省佳木斯市红旗岭医院
** 佳木斯第二发电厂医院
*** 佳木斯医学院附属医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

于54小时前因腹部外伤就诊，当时腹痛轻微，无贫血及腹膜炎体征，腹穿阴性，实验室检查血红蛋白140g/L，白细胞12.7×10⁹/L，诊断为"腹部软组织损伤"，给予对症处理，两天后患者弯腰活动时突然腹痛剧烈，伴心慌、头晕，查体脉搏106次/分，血压12/8千帕，腹软稍膨隆，X线透视：左侧膈肌运动受限，左下腹腹穿抽出血性液体，行剖腹探查术，见脾上极实质破裂，被膜下广泛积血有4处小裂口，血从创口流出。行脾修补术，术后恢复良好。

例3. 女，26岁。因腹部外伤8小时入院，患者8小时前被车撞伤左侧腹部，局部疼痛伴恶心、呕吐，并有左肩放射痛。查体：一般情况好，无贫血貌，全腹轻压痛，无腹肌紧张及反跳痛，移动性浊音阴性，肠鸣音存在。两次腹穿阴性，以"腹部闭合伤"收入院。入院病情平稳，于第4天上午下床大便时，突感左上腹撕裂伴疼痛，伴头晕。查体：体温37.2℃，脉搏102次/分，血压13.3/8千帕，呈急性病容，面色苍白。腹部压痛，轻度反跳痛，移动性浊音(－)，肠鸣音消失，腹穿抽出5毫升不凝性血液，拟诊"腹内实质脏器破裂"，行剖腹探查术，术中见腹内有约1000毫升血液，脾脏下极实质破裂，有血液流出，被膜下广泛积血，有一小裂口，行脾修补术。术后恢复良好，切口Ⅰ期愈合。

隐匿性脾破裂系指腹部外伤48小时后表现出脾破裂症状者，约占损伤性脾破裂16%～18%，诊断本病的关键在于提高警惕性，凡是在左上腹或左季肋部有外伤史，伤后发生剧烈腹痛，经对症处理后腹痛缓解或消失，数天或数月后又突然出现左上腹部疼痛，并迅速出现休克，或伤后较长时间隐痛，常放射至左肩背部，在CT尚未普及的基层，腹腔穿刺和超声检查对诊断本病有重要意义。

脾脏作为人体最大的周围淋巴器官，有着极其重要的免疫功能。脾切除后，抗感染能力下降，可发生剧烈的全身凶险性感染，因此，对脾脏破裂者应尽量保留脾脏，行保留脾脏的手术——脾修补术，部份脾切除术，脾包裹术及脾动脉栓塞术，对确实无法保留脾脏者，可保留副脾或行脾片移植术，以预防全身感染发生，对包膜下血肿或局限性包膜破裂以及表浅的未涉及脾门大血管的实质破裂，只要在24小时内输血不超全血量的50%，且血液动力学维持稳定者，可行非手术法。对隐匿性脾破裂由于破裂时间较长，局部有血块粘连和水肿，失去脾脏的韧性，修补和部份切除有很大的困难，也主张行全脾切除术。

(收稿：1997－11－19)

先天性食道隔膜症手术及麻醉体会一例

吴贵庭*　苏万海**

先天性食道隔膜症患者会导致全身营养低下，或发育迟缓，乃致影响到人体所必需的某种电解质或微量元素的缺失。加之此类病人手术难度大，失血多，故对麻醉方法的选择，术中管理，输血，输液量的估算，水电解质的补充，提出了更高的要求。本人就此病例介绍如下。

患儿蒲某，男，3岁，体重8kg，早产，初生体重不足2kg，近三年来家人为其投入大量的精力和财力。此患儿由于进食困难，故发育明显不如常人，且水、电平衡失调，血钾2.8mmol/L，钠98mmol/L，氯89mmol/L，钙2.0mmol/L。患儿入院时住入我院小儿内科，后经有关科室会诊和其它辅助检查，确诊为先天性食道隔膜症，转至胸外科，经过一段时间的全身支持及水电解质的纠正，于96年4月17日行开胸，食道狭窄段切除及食道端端吻合术。

麻醉　麻醉前用药，苯巴比妥钠30mg，阿托品0.1mg，术前半小时肌注。

气管内插管诱导用药，氯胺酮30mg，司可林

* 作者单位：833200　新疆伊犁哈萨克自治州奎屯医院麻醉科

** 新疆兵团奎屯医院外科