维普资讯 http://www.cqvip.com



术的巨大型蛛网膜囊肿均消失。

三、讨论

蛛网膜囊肿按病理类型分为蛛网膜囊肿和蛛网膜下囊肿，本文认为蛛网膜下囊肿因其囊腔与仅有狭窄通道相连，故手术效果好，治愈率高，但此型较少。而蛛网膜囊肿尽管手术中大部分切除囊壁，但手术效果仍不佳、特别是巨大的侧裂池囊肿及枕大池蛛网膜囊肿、为求最佳效果、曾用显微镜下尽可能完整切除囊壁，但结果仍不尽人意，考虑其原因为囊肿长期压迫已使脑组织萎缩，术后脑体积恢复慢以及手术遗留的空隙易致局部积血等因素，实践中认为蛛网膜囊肿是手术中的难点。

文献中曾有切除囊肿后其空隙用大网膜移植及脂肪填塞等报道，但效果仍有待于探讨。而1997年后本文根据相关报道对巨大的侧裂池囊肿、枕大池囊肿也采用低压管囊肿腹腔分流术，术后6个月～1年复查，结果均治愈，虽然病例少，但仍能说明此种术式的优越性。

综合上述，本文认为，对于小的蛛网膜囊肿应采用囊壁切除术，对于巨大的侧裂池、枕大池蛛网膜囊肿应采用低压管囊肿腹腔分流术。

（收稿日期：2002-01-07）

# 硬膜外麻醉与腰麻联合应用的体会

孙德民* 王书博* 纪孝良**

在临床实践工作中，笔者选择有腰麻（又叫蛛网膜下腔阻滞麻醉 SAB）适应症的手术患者，配合以连续硬膜外麻醉（CEA），积累了一些经验，现将体会报道如下。

一、临床资料 1 76例患者，（男40例，女36例），年龄12～63岁。这些患者，均能主动配合麻醉操作，无精神、神经系统症状。无感染性、化脓性疾病。无循环系统疾病、无严重高血压、低血压、贫血、休克、心脏病等。凝血机能良好。

2.基本步骤：根据手术需要，选择CEA穿刺部位（$T_{11-12}$～$L_{2-3}$），常规操作，置硬膜外导管，暂不给药。然后进行腰麻，穿刺点为$L_{2-3}$（或$L_{4-5}$），确认为蛛网膜下腔后，以适当的方式和剂量注入局麻药。测试、调整平面，当SAB起效后，开始手术。术中可由硬膜外导管给药，以满足手术需求。

3.药物的选择与配制：（1）地卡因（Dicaine）：1% Dicaine 1ml + 10%葡萄糖1ml + 3%麻黄碱1ml，给药2.5～3.0ml。起效时间5～10min，维持约2～3h。（2）利多卡因（Lidocaine）：2% Lidocaine2.5～4.0ml + 10%葡萄糖1ml，起效时间2～5min，维持60～90min。（3）CEA用药：Lidocaine、Dicaine与盐酸肾上腺素据患者病情配制。

二、结果与讨论

1.严格掌握麻醉指症，不可轻易放宽。

2.熟悉局部解剖，严格无菌操作。

3.当需CEA注药时，应先用常规试验剂量的1/2至1/3，排除硬膜外导管误入蛛网膜下腔可能性后，少量、分次追加CEA剂量。

4.SAB与CEA的联合应用（CSE），具有起效快，效果确切、肌松良好，术中根据具体情况可追加药物，术后用CEA镇痛的优点。同时解决了单纯应用CEA有一定失败率，起效较慢及单纯应用SAB不能在术中追加药物的缺点，同时解决了术后镇痛的问题。

根据有关资料及笔者在参观学习期间所见，CSE有应用推广价值。

（收稿日期：2002-01-04）

* 作者单位：156200 黑龙江省绥滨县人民医院麻醉科
** 佳木斯铁路医院麻醉科

# 剖宫产围术期仰卧位低血压的护理

李花荣* 苏奖爱* 王景霞**

剖宫产是产科常见急症之一，一般于硬膜外麻醉下完成，但围术期个别产妇常出现血压剧烈下降，如处理不及时或延误时间可导致严重后果。我院1998年1月～2001年1月间共收治剖宫产手术98例、围术期发生仰卧低血压8例，占8.16%，现总结如下。

一、资料与方法

* 作者单位：154700 黑龙江省汤原县中心医院
** 佳木斯大学基础医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com



足月妊娠，单宫产妇8例，术前血压值收缩压(15.9±2.43)kPa，舒张压(11.3±1.79)kPa，产妇麻醉前分类均为Ⅱ级以上，母婴均健康，术前禁食水，在连续硬膜外麻醉下行剖宫产术，穿刺点为$L_{1-2}$或$L_{2-3}$向头端置管，注射药物为1.6%～2%利多卡因，平均量为(15±3)ml，6例于10～15min并于手术开始近5min出现血压下降，下降值差异较大，轻者收缩压为10.7kPa舒张压3.9kPa，重者血压不清，产妇临床表现分别为面色苍白，表情淡漠，严重者呼之不应，我们立即采取将手术台左倾25°～30°并嘱术者将子宫推移左侧，快速输入林格氏液，收缩压低于10.7kPa者给予麻黄素10～15mg或多巴胺5～10mg，全部产妇于3～10min内血压恢复正常。

二、讨论

剖宫产术在硬膜外麻醉时常发生低血压，其原因主要是一方面硬膜外麻醉时阻滞了腰部神经，尤其交感神经最先被阻滞，使所支配的相应区域血管舒张，另一方面随着麻醉药作用的进一步完善，使支配子宫的神经逐渐被阻滞。巨大的子宫处于松弛状态后倾对腹后壁大血管产生压迫，通过放射学检查发现，在平卧位时，有90%产妇的下腔静脉被子宫所压甚至完全阻塞，下腔静脉血将通过椎管内和椎旁静脉丛及奇静脉等回流至上腔静脉。据北京友谊医院统计，仰卧位低血压综合症的发生率为3.6%，本文的发生率8.16%，明显高于相关报道，本文从中分析原因，总结经验如下：

1.对于剖宫产术，需有高度的责任心与重视程度，以往认为剖宫产手术较容易，无充分的理性认识，术前准备工作欠佳，往往出现了难以想象的被动局面。在产妇入手术室前，护士可首先请麻醉医师讲解有关知识、麻醉体位、操作步骤、用药剂量、麻醉成功后药效发生时间及维持时间、病人应该配合的内容及麻醉期间意外情况的处理等。在产妇入手术室后首先必需开放静脉并保持通畅，输入液体最好为林格氏液。

2.作者近几年来硬膜外穿刺多选择左侧卧位，穿刺成功后再转于仰卧位时可采取手术床左倾30°，目的在于将产妇子宫推至左侧。在麻醉药注入同时，可预防性的较快速滴入一部分液体，以充盈由于交感神经阻滞后由于容量血管舒张而可能导致相对血容量的不足的一部分血管，术前输入500～800ml林格氏液是安全可行的。

3.即使采取了任何预防手段，而仰卧位低血压仍可随时发生，术前必需备好各种急救药品，协助麻醉医师检查麻醉器械，如氧源、咽喉镜、气管导管等，如出现意外时，所使用的器械及药品能得心应手，做到忙而不乱，将意外及危险性减少到最低限度。

(收稿日期：2001-12-11)

# 7例宫颈癌介入性化疗的体会

吕敬媛* 程丽娜** 吴欣萍*

宫颈癌作为女性生殖系统最常见的三大恶性肿瘤之一，近40年因广泛应用阴道脱落细胞防癌涂片检查，使宫颈癌得到早期诊断、早期治疗。目前治疗宫颈癌的主要方法是手术和放疗，并已取得了较好的成绩。但对那些需要放疗或术前需加用放疗的患者，而医院又不具备放疗条件时，如何使用其他治疗方法取代放疗、同时又能得到较好疗效是一个迫切需要解决的问题。作者根据子宫的血供来源于髂内动脉，并参考国内外资料，对宫颈癌患者进行了经皮股动脉穿刺髂内动脉插管灌注化疗，积累了一些经验，现将体会报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：我院2001年收治24例宫颈癌患者，对其中的7例进行了介入化疗，年龄平均为38.7岁，均经病理证实。其中Ⅰb期2例，Ⅱa期2例，Ⅲb期3例。

2.方法：取单侧或双侧股动脉穿刺以Seldinger技术完成插管，将导管选择性地插入腹主动脉，注入显影剂，摄取影像，显示肿瘤部位及肿瘤供血动脉；根据影像表现选择导管，插至髂内动脉前干。根据化疗原则选择宫颈癌细胞敏感的化疗药物：顺氯氨铂100mg/m²，丝裂霉素6～8mg/m²，平阳霉素10mg(因同属于抗肿瘤抗生素，丝裂霉素与平阳霉素中任选其一)。同时配合静脉推注稀释后的环鳞酰胺400mg/m²。

3.观察：治疗后的症状、测量治疗前后病灶的大小、性状，并统计化疗后手术切除的情况及化疗前后病理变化。

二、结果

1.临床效果：7例患者均进行一次介入化疗，经临床检查证实，化疗后两周内阴道流血均停止；阴道排液增多后再减少；接触性出血明显减轻；病灶经化疗后一周平均缩小约(0.5±0.2)cm，化疗后两周病灶平均缩小(0.6±0.2)cm，化疗后三周病灶平均缩小(0.8±0.1)cm。失常的宫颈逐渐恢复正常形态。宫旁浸润病灶化疗三周后明显变软、缩小。其中Ⅰb期2例、Ⅱa期2例化疗后行宫颈癌根治术；1例为化疗后一周手术，1例为

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院妇产科
** 富锦市计划生育委员会技术指导站