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