维普资讯 http://www.cqvip.com

颤抖、出冷汗、立即取出棉片、平卧休息30min后症状消失，后改用2%利多卡因棉片表面麻醉、未见异常反应，手术顺利完成。(3)术中出血情况 本组病人术中出血量最多820ml，最少80ml、平均215.6ml(见表1)。

表1 1000例术中出血量统计

出血量(ml)	例数	百分比(%)
80	73	7.3
150	250	20.5
200	540	54
300	93	9.3
400	40	4
500	27	2.7
600	20	2
820	2	0.2

(4)本组病人局部麻醉中均加入1:1000肾上腺素2～4ml增进麻醉效果、对于加大肾上腺素的局部用量是否引起心血管系统的明显变化，通过在用药后不同时间同步监测病人的心率血压，结果见表2。

表2 病人心血管系统的动态观察

用药时间	心率(次/min)	血压(kPa)
术前	84	15/10
用药1min	88	15/11
用药5min	96	16/11
用药15min	94	16/11
手术结束	88	14/11

(5)术中心理护理 患者通常是在紧张，不安的心理状态下进入手术室的、医护人员应主动热情的与患者交谈，增加其对医护人员的亲切感，信任感、向病人介绍内窥镜鼻窦手术是一种创伤小、安全性大的新手术方法、以使病人的紧张情绪得以放松。(6)做好常规手术配合，持续心电监护、严密观察、呼吸、血压等生命体征的变化，记录出血量，常规建立输液通道，备齐急救药品及器材，若出现异常情况及时采取急救措施。

3.术后护理：(1)取半卧位，24h内用自制冰球间断冰敷鼻部，减少出血、消肿止痛。(2)鼻腔内填塞纱条至少保留24～72h(72h针对10岁以内儿童)，不能随意取出，根据病情(术腔出血情况及病人全身状况)可间断取出纱条，应清点数目、防止遗漏。本组有2例出现纱条遗留现象，均及时发现，立即处理，未产生严重后果；4例在取纱条时、出现虚脱现象，立即给予平卧位、休息后自行缓解。(3)饮食：鼓励病人进流质，高热量，高营养易消化食物，有利于术腔伤口愈合。(4)术后鼻腔冲洗，有利于术腔上皮化：取出纱条后当日可进行冲洗，1～2次/d，冲洗液为：0.2%呋喃西林液500ml、庆大霉素24U、甲硝唑100ml混合液。(5)术后补液止血抗感染3～5d，改口服抗生素1～3周、鼻部局部滴3%麻黄素收缩鼻粘膜。(6)术后并发症的观察：严密观察有无眼眶周围青紫，不能睁眼等眶内出血症状；有无眼部疼痛或复视等视神经损伤表现；观察有无脑脊液鼻漏及鼻腔粘连等。通过观察本组病例出现眶内少量出血8例、术后24h内行冷敷，24h后行热敷，眼眶周围青紫在术后1～2周内完全消失。

4.出院健康宣教：坚持术腔换药是手术成败的关键：在内窥镜下清除术腔血痂、粘性分泌物及增生的肉芽组织，防止粘连，促使术腔上皮化。要求每一位患者必须坚持术后1个月内每周换药1次，2个月后每2周换药1次，3个月至6个月根据术腔上皮化情况，确定是否需要继续换药。

(收稿日期：2002-01-14)

蛛网膜囊肿32例手术效果分析

金大为* 宫晓宇* 徐祥松*

我科在1990年5月～2001年11月共收治蛛网膜囊肿32例，均手术治疗、随访6～12个月、现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组32例中男30例，女2例；年龄12～38岁，平均21岁。临床表现以颅内压增高者为主要的23例，以癫痫起病者4例，以共济失调者3例，有不同程度智力障碍者1例，单侧肢体活动受限者1例。CT所示囊肿部位：侧裂池蛛网膜囊肿18例，枕大池蛛网膜囊肿9例，脑内蛛网膜囊肿3例，枕部蛛网膜囊肿1例。囊肿体积在50ml以上为巨大型。其中巨大型为8例。按病因分类：先天性蛛网膜囊肿28例，继发性蛛网膜囊肿3例。按病理诊断分类：蛛网膜囊肿28例，蛛网膜下囊肿3例。

2.方法：全部病例均手术治疗，术式为1.蛛网膜下囊肿完整切除；2.蛛网膜囊肿囊壁部分切除；3.1997年后对巨大的侧裂池囊肿、枕大池囊肿行低压管囊肿腹腔分流术4例。

二、结果

术后CT复查时间为6个月～1年，蛛网膜下囊肿3例均消失，侧裂池蛛网膜囊肿消失者9例，囊肿缩小者6例，无变化者2例，增大1例。枕大池蛛网膜囊肿消失者1例，缩小者2例，无变化者6例，枕部蛛网膜囊肿无变化。4例行囊肿腹腔分流

* 作者单位：157011 黑龙江省牡丹江市209医院外二科

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