

【参考文献】

- [1] 卜建石,宋斌.青年胃癌189例临床分析[J].第四军医大学学报 2003 24(16)封3.
Pu JS, Song B. 189 cases report of youth gastric cancer[J]. *J Fourth Mil Med Univ* 2003 24(16): Cover 3.
- [2] Oliveira C, Seruca R, Caldas C. Genetic screening for hereditary diffuse gastric cancer[J]. *Expert Rev Mol Diagn*, 2003; 3(2): 201-215.
- [3] 沈靖,王润田,邢厚恂,等.胃癌双Y核心家系的遗传流行病学系列研究(II)-分离比和遗传度的研究[J].癌症,2000;19(6):

582-585.

Shen J, Wang RT, Xing HX, et al. Serial research of hereditary epidemic on double Y core kindreds-segregation ratio and heritability [J]. *Chin J Cancer* 2000 19(6) 582-585.

- [4] Wang HD, Ren J, Zhang L. CDH1 germline mutations in familial gastric cancer[J]. *World J Gastroenterol* 2004 10(21) 3088-3093.
- [5] Ramos DA, Salgado NN, Torres VG, et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer in a young patient population[J]. *J Gastrointest Surg* 2004 8(3) 240-244.

编辑 甄志强

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2005)08-0751-01

小儿骶管阻滞麻醉40例

韦明芬 (贵州省人民医院麻醉科, 贵州 贵阳 550002)

【关键词】骶管阻滞, 小儿麻醉, 手术

【中图分类号】R614 【文献标识码】B

1 临床资料 骶管阻滞麻醉手术患儿40(男26,女14)例, 年龄3d~5岁, 体质量2~17 kg. 十二肠闭锁胃空肠吻合术4例, 肠套叠切开复位术4例, 坏死性肠炎肠切除肠吻合腹腔引流术3例, 腹股沟斜疝疝囊高位结扎5例(包括1例嵌顿性斜疝), 无肛、直肠阴道瘘直肠修补腹骶会阴肛门形成术12例, 隐匿性阴茎矫正术5例, 产伤性左股骨折切开复位内外固定术2例, 左右下肢骨折经前移置术2例, 马蹄足松解术3例. 手术时间25~160 min. 术前20 min im 咪唑安定0.2 mg/kg, 阿托品0.02 mg/kg, 5 kg以下0.1 mg, 氯胺酮7 mg/kg. 用生命监护仪测P、R、BP、SpO₂. 患儿意识消失, 静脉开放一条, 患儿取左侧卧位, 常规消毒、铺敷, 采取短针改良法, 以6~7号注射针自骶裂孔处穿刺垂直刺入达骨膜后, 针干渐向尾椎斜倒与皮肤呈40°角方向前进, 穿过骶尾韧带突破减压感, 再推进0.5 cm, 进针不宜过深, 一般以3~4 cm为度, 新生儿、婴儿更浅些, 避免过深刺破蛛网膜下腔, 注气无阻力也无皮下气肿可确定针已进入骶管, 抽吸无脑脊液或血液后一次注入局麻. 视体质量及预计手术时间长短, 手术大小及部位不同, 注入5~11.5 g/L利多卡因8~10 mg/kg和0.5~2.5 g/L布比卡因2 mg/kg(表1). 局麻中均含15 mg/L肾上腺素, 局麻容量新生儿3~6 mL, 1~3岁7~10 mL, 2~5岁8~25 mL. 术中根据

用氯胺酮开始至作用基本消失, 估计40~80 min, 患儿仍安静入睡无动作和有应答作为视察评判骶麻效果. 有4例新生儿骶管阻滞10~15 min后, 阻滞平面达T6水平, 进腹探查时牵拉有不同程度反应, SpO₂下降94%~96%, 面罩及时供氧很快恢复. 8例婴儿阻滞平面达T6~T11, 其余均达手术要求, 仅18例术中追加1~2次iv氯胺酮2 mg/kg.

表1 小儿骶管阻滞麻药浓度参考表 (g/L)

年龄	利多卡因	布比卡因
1~10 d	5	0.5
10~30 d	6	1
2 mo~1 yr	7.5~10	1~1.5
2~5 yr	11.5	1.5~2.5

2 讨论 骶管阻滞是小儿麻醉常用的方法, 适合新生儿腹部, 甚至上腹部手术^[1]. 选择咪唑安定、氯胺酮辅助则更加良好完善, 尤其婴幼儿骶管腔容积偏小, 注入骶管的局麻药容易向胸部硬膜外腔扩散, 应用于6岁以下小儿, 其阻滞平面可达T10^[2]. 能满足下腹部即会阴部手术要求, 新生儿能满足上腹部手术要求, 且操作简单, 穿刺部位损伤小. 但由于小儿病理生理与成人不尽相同, 呼吸中枢发育未健全, 新生儿偶有周期性呼吸暂停, 因此适当的麻醉选择, 合理联合用药, 手术期间妥善的麻醉处理, 是手术成败的关键. 如阻滞平面高以及手术操作等因素, 能使呼吸功能受到抑制, 表现为SpO₂下降, 只要仔细观察, 及时处理可迅速好转. 阻滞骶丛神经的突出优点是对循环和呼吸系统扰乱甚少.

【参考文献】

- [1] 金泉英, 徐莹. 骶管阻滞联合浅全麻用于新生儿腹部手术的临床观察[J]. 中华麻醉学杂志, 2002 21(5) 313.
- [2] 谭宪湖, 陈强, 胡振快. 小剂量咪唑安定、氯胺酮辅助骶管阻滞用于儿童手术的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志, 2003 19(11): 103.

收稿日期 2004-12-06; 修回日期 2005-02-28

作者简介: 韦明芬(1952-), 女(布依族), 贵州省贵阳市人, 副主任医师.

Tel. 1307858382

编辑 潘伯荣