

手法介绍

持续颈硬膜外麻醉下手法治疗冻结肩

福建省龙岩地区第一医院 (364000)

余庆阳 戴逵 章敏 李线 范流林 余丽珍

我们自1990年起采用留置硬膜外导管、在持续颈硬膜外麻醉下手法松解治疗冻结肩30例, 疗效显著, 现报告如下。

临床资料

本组病人30例, 共33肩。男性13例, 女性17例; 左侧19肩, 右侧14肩; 年龄45~71岁, 病程1个月~2年。所有病例, 多表现为肩部疼痛, 主、被动活动受限, 均有典型“扛肩征”肩关节活动度: 前屈60°以内8肩, 61°~90°共13肩, 91°~150°共12肩; 外展45°以内4肩, 46°~75°共20肩, 76°~90°共9肩; 患侧手指摸脊柱达L₄~L₁ 8肩, 摸脊L₅以下14肩, 无法摸脊11肩, 严重者肩部肌萎缩, 剧烈疼痛影响睡眠。16例伴有上臂麻木等神经根受压表现。

X线检查情况: 全部病例均常规摄取颈椎正侧位、患者肩正位片。X线片上均表现为颈椎间隙狭窄, 椎体前、后缘增生、钩椎变尖等颈椎退变征象。肩关节片示肱骨头密度略减低或囊样变, 边缘硬化等表现。

治疗方法

病人侧卧位, 患肢在下, 自C₆₋₇或C₇~T₁间隙, 按硬膜外穿刺常规操作。穿刺成功后向头端置入硬膜外导管3cm并保留。自管内注入1.5%利多卡因15ml, 醋酸强的松龙3ml。麻醉显效后病人仰卧位, 术者立于患侧, 一手

固定肩部, 一手持患肢, 做肩前屈上举, 外展, 内收并逐渐活动至最大生理活动范围动作。在活动过程中均可闻及撕裂声。再让病人侧卧、患肢在上作患肢后伸、内旋、屈肘摸脊至第3~5胸椎(中指尖端), 部分病人可闻及撕裂声。术后患肢即可行主动锻炼, 每日自导管内注入1.5%利多卡因15ml, 待麻醉显效后作主、被动肩关节活动至最大活动范围。5天后拔除导管, 拔管前再注入强的松龙3ml。

治疗结果

均以术后一周患肩主动活动范围进行评价。优: 肩痛消失, 肩活动度前屈160°以上, 外展75°以上, 摸脊至T₁₀以上。良: 肩痛明显好转, 肩活动度前屈在120°~160°, 外展60°~75°之时, 摸脊在L₁以上。差: 肩痛减轻, 肩活动度前屈在120°以内, 外展在60°以内, 摸脊在L₁以下。无效: 肩痛及肩活动度均无改变。本组优23肩, 良6肩, 无效1肩。

根据近年国内文献, 取疗效标准相近的五组与本组疗效进行比较。陈氏无麻醉下行一次性手术松解, 其余四组采用局麻, 臂丛, 高位硬膜外麻醉选择使用。应用高位硬膜外麻醉者也未注皮质激素。从表(见表)中可以看出本组疗效较高, P值均小于0.01。本组虽病例数较少, 但已显示出优势。无效仅1例属于类风

组别	总例数	优	良	好转	无效
陈氏 ⁽¹⁾ 1980年	158	48 30.4%	65 41.1%	45 28.5%	0
刘氏 ⁽²⁾ 1983年	91	52 57%	20 22%	19 21%	0
温氏 ⁽³⁾ 1987年	56	34 61%	14 25%	8 14%	0
张氏 ⁽⁴⁾ 1989年	304	182 62.2%	102 33.6%	19 6.2%	0
蔡氏 ⁽⁵⁾ 1990年	56	31 55%	14 25%	11 19.7%	0
本组 1992年	33	26 78.8%	6 18.2%	0	1 3%

P<0.01

湿性关节炎患者，术后再粘连而失败。1例穿刺中误入 C₅₋₆ 间隙导致颈髓轻微损伤，经脱水，激素应用后症状消除。3例注射中有恶心、头晕出现，经对症处理后症状消失。本组无一例感染(见上表)。

小 结

本法采用持续颈硬膜外麻醉下手法松解治疗冻结肩，疗效显著。留置硬膜外导管是本组的主要特点。在重复麻醉、封闭和手法结合下，多次无痛下松解、肌松效果好，软组织损伤小，病人痛苦少，手法操作简便，无并发症，疗效可靠。但要求具有较熟练的麻醉技术。

参 考 文 献

1. 陈正光.手法解除“冻结肩”粘连体会.洛阳骨伤科研究杂志 1980; 1:25.
2. 刘其章.麻醉下按摩治疗冻结肩.中华骨科杂志.1983; 6:356.
3. 温端生.改良“一次手法”治疗重症肩周炎.洛阳骨伤科通讯杂志 1987; 3:12
4. 张西杰.麻醉下一次分离松解术治疗肩周炎.中国骨伤科杂志 1989; 1:43
5. 蔡玉璞.牵扯法治疗肩关节周围炎.中国骨伤 1990; 6:29
6. 李起鸿.颈椎病与冻结肩.中华骨科1982; 1:11
7. 乔若愚.颈椎病椎关节切除治疗肩手综合征.中华骨科.1989; 2:94.

手法整复陈旧性尾骨脱位的体会

四川阿坝洲金川观林局职工医院 (624100) 张靖康

尾骨脱位临床较常见，新鲜性脱位整复较易。一些久伤失治或整复不佳的陈旧性尾骨脱位，目前以采用保守疗法或尾骨切除术，但效果不理想。我们采用手法整复获得满意的效果，现结合典型病案2例谈谈体会。

1. 陈旧性尾骨前脱位

郑×，女，18岁，林业工人。患者因跌倒臀部触于石头上，当时尾部疼痛送至医院诊为尾骨前脱位，经手法多次整复未能成功，444天后来诊。患者自述一年多来尾部疼痛，不能仰卧、下坐、下蹲，排便时疼痛不能忍受，影响正常生活工作。检查尾骨压痛肛内探查尾骨呈钩状向前弯曲，X片示：尾骨向前脱位。

治疗：患者扑俯于双人椅之靠背上，弯腰，头部低垂，两腿分开，臀部尽量抬高。术者带好手套，右手食指伸入肛内勾住向前脱位的尾骨，拇指在肛外两指协同捏住尾骨在牵引下作反复的前后摇搬，手法由轻到重并逐渐加大摇搬动作。待手指感觉尾骨松动后拇食指在牵拉的同时向后扳拉，有明显滑动感时复位成功。食指轻轻退出肛外，局部用之三层胶布迭式固定四周，勿坐硬橙。

效果：X片复查尾骨已复位。二年后追访

患者尾骨无疼痛。坐卧，下蹲，排便自如，能胜任重体力劳动。

2. 陈旧性尾骨后脱位

蒋×，女，26岁，干部。患者行走时因误踩西瓜皮，跌倒臀部触地，当时因怀孕未作治疗，足月顺产后尾骨疼痛加剧，一年后来诊。自述尾骨疼痛手不可近，臀部不能触凳，下蹲、排便疼痛加剧。X片示：尾骨向后上脱位。

治疗：松解同一。待手指感觉有松动感后在拇食指协同向下牵拉的同时，另一手拇指用力将脱位的尾骨向下向前推按，感觉到有明显的滑动感时复位成功，固定同一。

效果：X片复查尾骨已复位。三年后追访尾骨无疼痛，生活起居自如。

体 会

1. 注意病史和查体。大多数患者都有臀部直接暴力的外伤史，查体可见尾骨压疼，下坐，排便疼痛加剧，新鲜性脱位肛内探查有游动感，陈旧性脱位虽无游动感但上述症状仍然明显存在。从X片上看，除明显的脱位容易诊断外，轻度脱位最易引起漏诊、误诊。主要鉴别关节间隙是否相等，侧位观生理弧弓是否连