

## 对“持续颈硬膜外麻醉下手法治疗冻结肩”一文的商榷

山东省利津县第二人民医院(257447) 扈书军 魏俊兰

读贵刊 1993 年第 3 期(第 6 卷) 27 页刊登的余庆阳等同志撰写的《持续颈硬膜外麻醉下手法治疗冻结肩》一文,有几点不同意见,特与作者提出商榷。

### 1. 麻醉给药方法欠妥, (未注入试验量)。

每一位麻醉工作者都熟悉,硬膜外麻醉,无论是单次或是连续,穿刺成功后,首先注入试验量,5 分钟后观察有无脊麻醉征象,以及了解麻醉的阻滞范围,根据实际情况再决定第二次或第三次注入量(诱导剂量),并严密观察病人的生理变化。文章中提到穿刺成功后自导管注入 1.5% 利多卡因 15ml,未注入试验量,一旦误注入蛛网膜下腔,可出现全脊髓麻醉,危及病人的生命。

### 2. 麻醉药的浓度及用量欠妥

文中提出自  $C_6$  或  $C_7 \sim T_1$  穿刺成功后,头向置管 3cm 并保留,自管内注入 1.5% 利多卡因 15ml,醋酸强的松龙 3ml。我们认为,此用药浓度偏高,剂量过大。在硬膜外麻醉工作中,由于解剖部位和手术部位要求不同,所需局麻药的浓度也不一致。利多卡因在颈胸段阻滞时,如果浓度过大,可引起呼吸肌麻痹,所以应选择较低浓度。颈段用 1%~1.33%,上胸段用 1.3%~1.6% 为宜。硬膜外麻醉用药量取决于要阻滞的神经节段和穿刺部位。不同神经节段的硬膜外腔容积不等,所以阻滞一个节段所需药量也不

同:颈段为 1.5ml,胸段为 2ml。文中提出用 1.5% 利多卡因 15ml,按此计算,将要阻滞 9~10 个脊神经节段,以穿刺点  $C_6$  为中心,麻醉平面的上界将达到  $C_1 \sim C_2$ ,下界达  $T_{10}$ 。这样广泛的阻滞平面,势必对病人的各项生理指标产生较大的影响,特别是对呼吸和循环的影响,还有可能阻滞膈神经,对呼吸的影响将更大。在临床工作中这些都是不应当出现的。

### 3. 此方法老年人应当慎用。

肩周炎多发生在中老年人,文中提到年龄为 45~71 岁,全部病例 X 线检查均有椎间隙狭窄及椎体骨质增生。老年人,各种生理机能低下,多数存在不同程度的心肺功能不全。麻醉平面过高,可严重减少呼吸功能储备,导致低氧血症;阻滞每一对脊神经所需要局麻药量也随年龄增长而减少;老年人韧带硬化,椎间孔变窄,通透性降低,局麻药只在硬膜外腔扩散,一般用量即可使麻醉范围很广,因此,老年人用药量一般为成年人用量的 3/4。文章中的方法,应用在老年病人中将会产生一些副作用或者出现难以纠正的并发症。我们认为,对老年肩周炎患者,以免用颈部硬膜外麻醉为妥。

(收稿:1994-01-18)

## 口服消炎痛致角膜混浊一例

山东省东平县第一人民医院(271506) 张允芝 孟凡兰

××,女,56 岁,因左肩疼痛并进行性加重 4 个月于 1991 年 7 月 8 日初诊。查双眼无异常,左肩部肌群萎缩,背阔肌及大小圆肌痉挛,外展受限,X 片示肩部骨质疏松,余正常,诊断为肩周炎。给予局部热敷并口服消炎痛 25g,每日三次,5 天后疼痛减轻,双眼眼前出现云雾状影。停药 3 天,云雾状影消失。继续服药 4 天再度出现。停止服药仍持续加重,当地医生给予口服维生素 A,肌注维生素  $B_{12}$  等治疗无效,视力迅速下降。7 月 27 日来我院检查:双眼视力光感,双眼角膜基质深层不规则浸润,表面

呈灰白色,充血及刺激症状甚轻。多方治疗无效,6 周后光感消失,双目失明,随访至今无好转。

讨论:消炎痛是非甾体抗炎镇痛药,临床应用广泛,效果良好。个别病人应用后出现可逆性角膜混浊,一旦出现应立即停药,并行眼科检查。导致不可逆性角膜混浊虽属罕见,但后果严重,提醒应用消炎痛时,切莫忽视定期眼科检查,一般每周需复查一次。

(收稿:1994-02-28)