

助止痛。土虫等药能促进骨痂早期生长，马钱子又能兴奋中枢，增强骨骼肌的紧张度，使骨折端应力加强，对骨折早期愈合起到重要作用。

从临床中观察，局部贴药大约40分钟后出现明显的止痛作用，6小时后达到高峰，贴药

处与非贴药处用针刺之对比痛觉有一定差异，这与末梢神经被药物麻醉有一定关系。

从以上临床观察看，止痛、活血、散瘀，在治疗效果上都是互为因果的，本药有麻醉作用，能早期减轻病人的疼痛，但必须在活血散瘀等药配合下才能发挥更好的作用。

冻结肩一次治愈——新定体征 及其对诊断与治疗的意义

空军总医院 (100037) 冯天有 吴家瑞 田香萍 王书勤

自1989年2月~1992年6月我院诊治冻结肩患者152例。同时，进行了临床观察研究对其体征有新的发现，临床证实可做为诊断与治疗效果的依据。在治疗方法上采用改良臂丛阻滞麻醉下一次手法松解，即可使绝大多数(97.47%)患者迅速痊愈。缩短了疗程，获得满意的疗效。

资料和方法

本组152例患者(左肩74例，右肩78例，其中4例为双肩冻结)；男74例，女78例；年龄：30~40岁6例，41~50岁45例，51~60岁87例，61~70岁14例；病程：3月以内者44例，3~6月者64例，6~12月者17例，1年以上者16例，2年以上者11例。

冻结肩新体征：

113例患者治疗前新体征，详见表1。治疗后当即恢复。

本组152例冻结肩患者病情及分类标准见表2。

表 1 冻结肩新定的体征 (152例的统计)

新 体 征	例 数	%
1. 腋前皱挛缩与上臂夹角变锐者	143	94.08
2. 腋后皱挛缩、背阔肌变短者	145	95.39
3. 肩关节外展肩峰与肱骨大结节间皮肤凹陷消失者	141	92.76
4. 胸椎侧弯 凸向健侧	71	46.71
凸向患侧	74	48.68
胸椎正常	7	4.6
5. 患侧手无名指掌指关节屈肌腱鞘，结节样增厚，压痛明显	20/20	100

表 2 152例冻结肩病情及分类标准

肩 关 节 疼 痛	功 能 障 碍	身 体 姿 态	例 数	%	
轻	日常生活中有轻度疼痛，影响工作、运动、不注意触碰时痛着，自己勉强脱衣服。	外 展 上 举 70°~90° 110°~150°	后伸曲肘摸背 患手可触及腰部	体态自若 行走自如	26 17.1
中	疼痛明显，影响工作、夜痛明显，有时需服镇痛药，自己穿脱衣服困难。	50°~70° 90°~110°	患手可屈曲到髂嵴	患肩疼痛 呈不自然体态	45 29.6
重	疼痛剧烈、夜间疼痛频繁经常服镇痛药、影响工作、穿脱衣服、梳头不能自理。	30°~50° 30°~70°	患手可屈曲到臀部	强迫体态 需人搀扶	81 53.28

麻醉：本组采用肌间沟经路的臂丛神经阻滞麻醉。注入2%利多卡因20ml，加维生素

B₁₂2ml (200μg)。

手法松解术：麻醉后待患者出现患肩关节

无痛及上臂肌肉松弛后开始做手法松解术。患者取仰卧位，术者站在患侧（或头侧）面对患者徐徐做上臂的过伸上举，提拉外展（外展肩关节使肱骨头沿关节盂轻轻下滑）。然后，屈肘内收、推肘拉伸（术者将肘关节向健侧肩方向推按使冈下肌大圆肌背阔肌充分拉伸）。肩关节粘连基本松解后，术者一手掌心对准患侧肘关节鹰嘴，全手握肘以肱骨为支点，使患侧上臂做顺（逆）时针旋转进一步使肱骨头周围的残余粘连得到松解。粘连松解开时可听到接连不断的撕布样的“咯吱”声。手法松解后患侧肩关节的活动范围立即恢复到与健侧大致相同。术后功能锻炼“五步手法松解”法：过伸上举，提拉外展，屈肘内收，推肘拉伸，顺（逆）时针旋转。

治疗结果

本组152例患者经一次手法松解而治愈者144例，占94.74%。经2次手法松解而治愈者8例占5.26%。8例中1例因粘连严重麻醉不充分，未能完全松解三天后又做了第二次松解。另7例均为松解术后未按要求进行功能锻炼产生再度粘连，而进行第二次松解。近期疗效即手法松解后肩关节的活动范围与功能均当即恢复到健侧相同的程度，疼痛锐减或消失。远期疗效术后随访收到复函者119例，痊愈116例，占97.47%；好转3例，占2.52%。

讨 论

1. 对每个患者详细检查，对患者体征有新的发现，已如前述。而在臂丛麻醉下手法松解治疗后，上述体征可完全消失，恢复到与健侧完全相同的水平（其中第5项体征消失需要一定的时间）。经过7~10天的功能锻炼肩关节功

能，活动范围几乎完全恢复，疼痛锐减或消失。上述体征的发现不仅可作为诊断冻结肩的阳性体征，又可做为观察治疗效果的依据。正常情况下，上臂外展时肩峰下滑膜囊一方面协助骨骼肌运动顺利进行，另一方面保证肱骨大结节顺利通过肩峰进行外展运动。这时，在肩峰与肱骨大结节间形成一个皮肤凹窝。解剖学对此正常存在的凹窝未见描述和命名。该凹窝在表述肩关节外展功能时有重要意义。当肩峰下区的喙肩韧带、肌腱帽及肩峰下滑囊的炎症、粘连或撕裂致使患肩冻结时上臂外展受限，肩峰与肱骨大结节间皮肤凹窝消失。

2. 在治疗方法上改良了麻醉下施行一次手法松解法。新手法稳、准、轻、巧、松解完善，患者无痛苦即可使绝大多数的患者达到完全治愈的目的。缩短了疗程，特别是对病程长，久治不愈的患者，达到了立杆见影的效果。

3. 本组选用肌间沟经路臂丛神经阻滞麻醉，为提高麻醉的效果，穿刺、给药强调了找异感，术者针刺部位异感明显地传到上臂或指尖时，患者反应及时又准确者推药后效果好，尤其是在注药时就感觉上臂麻、胀、重者效果更好。本组有10例患者于给药后5~8分钟即出现无痛与肌肉松弛。为适应门诊手法松解治疗的特点，在局麻药上选用了较高浓度与较大剂量，并获得了较好的效果。

4. 功能锻炼：手法松解后为了防止再粘连的可能性，要求患者在治疗后的7~10天内坚持肩关节功能锻炼，促进血液循环，训练神经、肌肉、促进运动功能的恢复，以保持增大了的肩关节的活动范围。

克雷氏骨折诊断与治疗失误的预防

辽宁省海城市正骨医院 (114200) 苏玉红 王路宽 赵德奎*

本文分析阐述克雷氏骨折诊断与治疗易发生失误原因及预防方法。

1. 将史密斯骨折误诊为克雷氏骨折

桡骨下端有伸直和屈曲两种类型骨折，伸直型称克雷氏骨折，十分常见。屈曲型称为史

* 81384部队卫生队