

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

密斯骨折，又称反克雷氏骨折，比较少见。由于两者整复及固定的方法有原则的区别，故可造成不良后果，因此，在治疗桡骨下端骨折时应注意加以鉴别。鉴别要点：(1) 外伤机理：克雷氏骨折多由间接外力引起，摔倒时，前臂外展旋前，手掌着地而发生，直接暴力则掌侧面直接打击桡骨远端向桡背侧移位，史密斯骨折病人跌倒时前臂旋后位。手腕着地，直接外力作用于腕背侧致伤。(2) 畸形：克雷氏骨折典型畸形为银叉样或枪刺样畸形。史密斯骨折呈铲状。(3) X线所见：正常关节面向尺侧倾斜20~25度，向掌侧倾斜10~15度，桡骨茎突比尺骨茎突长1cm左右，克雷氏骨折桡骨远端背侧移位，而致桡骨腕关节面倾斜度变小，桡骨茎突上移，史密斯骨折自后下方斜向前上方，远端向掌侧移位，并有重迭。

2. 漏诊克雷氏骨折合并腕舟骨骨折

克雷氏骨折常合并尺骨茎突骨折，严重粉碎性骨折或嵌插畸形明显者，可伴有下尺桡关节脱位，一般不易漏诊。但克雷氏骨折合并腕舟骨骨折，临床或X线诊断却容易遗漏。

为防止漏诊应注意：(1) 克雷氏骨折病人，损伤暴力较大，腕部肿胀严重，骨折部明显移位或粉碎者，合并腕舟骨骨折机会较多，应想到合并损伤的可能性，应注意检查是否有腕舟骨骨折。(2) 检查鼻咽窝部及腕背侧压痛，沿2, 3掌骨之纵轴轻轻挤推则腕部疼痛，腕背伸及桡侧倾斜受限，即可以诊断为舟骨骨折，单纯克雷氏骨折如软组织肿胀严重，骨折部周围有压痛，但仔细比较，舟骨结节及鼻咽窝处压痛并不严重。(3) 对怀疑有腕舟骨骨折者，应拍

腕部关节正侧斜位X线片，如不能确诊，二周后应再拍X光片复查。

3. 骨折整复手法不正确

克雷氏骨折整复时并不难，临床往往不仔细阅读片分型，多数采取牵抖方法整复，术者两手紧握病手掌，两拇指并置于骨折远端的背侧沿纵轴方向牵引，重迭矫正后骤然猛抖，使骨折复位。这种手法比较粗暴，用力较猛，仅适合整复骨折端向掌侧成角远端向背侧移位的骨折，粉碎性骨折或骨折线进入关节者，不宜采用。因为用力较猛，可能使骨折部更加错位或造成关节面不平，甚至可能将小碎骨片抖进腕关节内成为游离体或纤维性愈合，严重妨碍关节活动，所以牵抖手法整复粉碎性克雷氏骨折是不妥当的。

克雷氏骨折大体分五型：(1) 骨折断端无成角，骨折线未进入关节。(2) 骨折断端向掌侧成角，骨折线已进入关节，但关节面未粉碎。(3) 骨折远端向背侧移位，骨折线未进入关节。(4) 骨折远端向背侧移位，骨折线已进入关节，但关节面未粉碎。(5) 骨折远端完全移位，关节面粉碎。

牵抖手法复位适用于1、3型，骨折块完整移位较多的病例。提按法复位适用于2、4、5型或年老体弱者。

4. 克雷氏骨折夹板固定中的错误：(1) 夹板制作不合适，扎带过紧；(2) 掌背侧夹板放置颠倒；(3) 尺桡侧夹板放置颠倒；(4) 掌背侧纸压垫放置颠倒；(5) 背侧纸压垫放置太低；(6) 间断稳定。

水针及手法治疗肩周病11612例

河南省偃师县人民医院 (471900)

梁遂安 常宗雅 常宗汝

笔者自1974年8月至1991年12月采用水针及手法共诊治肩周病11612例，收到满意的效果，现报告如下。

临床资料

男4183例，女7429例，年龄最小14岁，最大86岁；左肩5272例，右肩5794例，双肩546