

“丰盛骨伤”骨折治疗经验探析

郑移兵^{1,2} 齐越峰¹ 鲍树仁^{1,2} 郝博川^{1,2} 王红杰¹ 赵兴玮¹ 宋亚文¹

[关键词] 骨折; 中医手法; 经验; 丰盛骨伤

[中图分类号] R274.39 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2020)10-0078-02

“丰盛骨伤”是燕京骨伤流派的重要组成部分,其萌芽于“宏庙正骨”,已有近百年的历史。坚持秉承“轻巧稳准”的中医正骨手法、独特的硬纸夹板固定技法、功能康复的“精确介入”,以及“以人为本”朴素的平民思想,构成了“丰盛骨伤”学术思想的主体。坚持中医正骨治疗骨折是“丰盛骨伤”的特色,其骨折治疗经验主要体现在接骨手法和特色固定两个方面。

1 复位手法稳准轻巧

《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“手法者,诚正骨之首务哉。”掌握骨折复位手法技巧是骨折治疗的前提和基础。“丰盛骨伤”在总结前人正骨手法经验的基础上,特别重视手法复位的“稳、准、轻巧”。所谓稳,指的是“心稳”“手稳”“形稳”,“一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出。”施术者骨折复位前,已将骨折影像了然于胸,形成复位设计成竹在胸,此所谓“心稳”;至临证,“心明手巧”,举手之间皆顺序有致,轻重有度,缓急有别,此所谓“手稳”;而“形稳”则是施术者由内而外给病人以踏实之感,既可增加病人对施术者的信心,又有利于施术者在放松的情况下完成操作。“准”是要求施术者必须理解整个解剖结构的空问共构关系,以切中病机,对“骨之截断、碎断、斜断,筋之弛、纵、卷、挛、翻、转、离、合”,或拽离,或推复,一击必中。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中云“法之所施,使患者不知其苦,方称为手法也”。“轻巧”是“丰盛骨伤”复位骨折的更高要求。“轻巧”的基础是“稳、准”,如何才能做到轻巧,需要施术者认真分析损伤的解剖结构,厘清结构之间的空问关系,切合病机选择稳准高效的方法。“丰盛骨伤”在四肢常见骨折的复位技巧方面进行了诸多研究,不断优化骨折复位设计,如采用“回旋复位法”复位成人锁骨中段骨折^[1],采用“椅背复位法”治疗肱骨近端骨折^[2],采用“旋肘屈肘法”复位伸直型肱骨髁

上骨折^[3],采用“推压手法”复位 Smith 骨折^[4],采用“四步正踝法”治疗Ⅱ度以上旋后外旋型踝关节骨折^[5]。这些都是“丰盛骨伤”对骨折复位方法的研究成果。

2 固定方法守正创新

硬纸夹板的外固定方式是“丰盛骨伤”几十年来坚持沿用的骨折外固定方式,作为弹性固定系统,它虽然传统,但并不落后,是“丰盛骨伤”的特色固定方式。对硬纸夹板固定方式安全性与有效性的对比研究表明^[6]:硬纸夹板的固定效果稍好于木夹板,而且纸夹板质量轻、可塑性强、强度适中、固定牢固、运用灵活、调整方便、舒适合体、通透性好,在骨折外固定材料选择方面更具有优越性。可以根据肢体形态进行剪裁,具有“量体裁衣”的优势,对于不同解剖位置的骨折,可以制作成“U”型板、“L”型板、直型板、蝶型板等不同样式,使夹板与肢体能更加服贴,固定更加可靠。在坚持传统固定方式的同时,笔者通过长期的临床实践与研究,不断将硬纸夹板制作与固定标准化,已经形成了完整规范的外固定系统,同时在部分四肢骨折的固定体位方面也形成了有别于现在通行的一些固定方式和方法。比如对第5掌骨颈骨折的固定,通常采用的是90°-90°握拳位固定的外固定方式,但笔者经过对比研究认为伸直位固定后夹板的固定力、压垫的压力等稳定因素由于控制了小指的屈曲,指背腱膜不滑向掌指关节远侧,骨间肌及蚓状肌不能向掌侧牵拉掌骨头,断端不稳定因素始终被控制,固定牢固,可保证固定的稳定性。而且由于固定体位原因,伸直位固定患者掌指、指间关节背伸功能恢复的速度明显更快^[7-8],因此笔者在用硬纸夹板固定第5掌骨颈骨折时采用的就是伸直位的固定方式。再例如对第1掌骨基底部骨折脱位的固定,笔者通常采用蝶形硬纸夹板的固定方式进行治疗,并对多种固定体位的固定效果进行了观察和评价^[9-11],都是改进传统固定方式的有益尝试,这也是“丰盛骨伤”的一大特点,就是关注临床实用性,坚持传

¹ 北京市丰盛中医骨伤专科医院(北京,100140)

² 全国基层名老中医鲍树仁传承工作室

统的同时敢于创新。

3 早期康复功能至上

“丰盛骨伤”有着“以人为本”朴素的平民思想,注重骨折功能恢复个体差异是其显著的特点之一。骨折的治疗不外乎复位、固定、功能康复与内外用药,最终的目标就是恢复关节正常的生理功能。功能康复是骨折治疗的重要内容,手法治疗是功能康复的重要手段,临床应用广泛。“丰盛骨伤”在应用手法促进功能康复中特别强调手法的介入时机。手法介入过早,骨折固定的稳定性无法得到保证;手法介入过晚,患者的功能恢复可能延迟。因此判定手法介入的时间节点非常重要。因为硬纸夹板外固定方式为弹性固定方式,相对石膏等其它外固定的治疗方式,笔者手法介入的时间相对较早。对于常见骨折手法介入的时间,笔者做了许多切合临床实用的研究,比如通过对硬纸夹板外固定治疗踝关节骨折后期功能康复介入时间与疗效关系的对比研究,笔者认为踝关节骨折后功能锻炼的介入时间最好在 4 周左右,此时既不会造成骨折重新移位,又不会造成踝关节功能恢复时间延长,过早或过晚都不利踝关节的功能恢复^[12]。对于常见的桡骨远端骨折,通过对不同时间段手法介入后对后期功能影响的研究,笔者认为骨折后功能锻炼的介入时间最好在 3~4 周之间,此时既不会造成骨折重新移位;又不会造成腕关节功能恢复时间延长,过早或过晚都不利腕关节的功能恢复,所以 3~4 周之间介入功能锻炼是 Colles 骨折腕关节恢复的最佳介入时间^[13]。在临床中不断摸索,通过课题研究加以论证,手法的精准介入也成为“丰盛骨伤”在功能康复中的特色与优势。

4 筋骨并重,尤重治筋

“筋骨并重”作为中西医结合治疗骨折的原则之一,得到了骨伤科界的广泛认同。《素问·痿论》曰“宗筋主束骨而利关节也”,《灵枢·经脉》曰“筋为刚”,“骨为干”,皆是对筋骨关系的论述。“丰盛骨伤”治疗骨折在“筋骨同治”的原则下,还特别重视对筋的治疗,按照骨折治疗不同时期的筋骨关系,在复位、固定、功能康复方面对如何发挥“筋”对骨的作用进行了详细的论述^[14],提出在骨折复位重“用筋、调筋”,骨折固定和功能锻炼重“理筋、疏筋”,骨折后期恢复重“治筋、养筋”。

4.1 骨折复位重“用筋、调筋”

骨折复位不能只局限于 X 线片所显示的骨折图像,还要通过“手摸心会”,对骨折移位可能造成的筋伤以及筋骨间的空间关系了然于胸。复位时发挥筋束骨的作用,充分利用“筋”的能动性,使离位骨折复位。例如丰盛特色手法“四步正踝”法复位旋后外旋形骨折,采用的是“提压→旋翻→背伸→扣挤”四步手法复位,这四个动作一气呵成,“筋骨互用”,复位离位之骨可解

除对肌腱、关节囊的挤压、牵绊,肌腱、关节囊复位反过来又可促进骨折块的归位,起到约束的作用^[14]。所谓“调筋”则是体现在“扣挤”这一步骤上,至骨折复位,一是要顺筋、捋筋,二是对关节进行扣合、归挤。这样做既可以确认骨折端复位的平整,又可以避免筋的扭曲,使骨归位筋归槽,筋调骨正,筋顺骨平。

4.2 骨折固定和功能锻炼重“理筋、疏筋”

“动静结合”是中西医结合治疗骨折的原则之一,治骨宜静,治筋宜动,动是绝对的,静是相对的,“骨的静”体现的是骨结构的稳定性,“筋的动”体现的是关节的灵活性。在骨折固定的早期阶段,在维持骨折稳定性的同时,应避免筋脉失养、关节僵硬,此期间应体现“理筋、疏筋”。比如无移位或轻度移位的桡骨远端骨折,可在调整夹板的同时,进行“理筋、疏筋”的手法治疗,不稳定骨折则在骨折端相对稳定后进行。在维持轻度牵引下,以捋顺法和揉捻法为主,对下尺桡关节间隙、桡骨茎突、尺骨茎突处等筋骨连接疼痛好发之处进行点穴手法以“理筋”,同时沿筋脉走行再作“疏筋”,使筋脉平顺、气血充盈,筋正、筋健则护骨有力^[15]。

4.3 骨折后期恢复重“治筋、养筋”

此期骨折已临床愈合,但多遗留肢体肿胀、恶寒及关节功能障碍等情况,是由于经脉不通,血瘀寒凝,筋骨失养所致,此时对骨折局部筋伤的治疗尤为重要。这一时期的“治筋”手法、“养筋”药物是肢体恢复功能的重要手段之一^[15]。“筋喜柔不喜刚”,此期可采用沉稳、和缓的按揉、环摇、屈伸、弹拨的手法治疗,在达到治疗效果的同时,避免造成医源性的再骨折。在使用药物“养筋”方面,可采用丰盛特色外用正骨散,正骨散的方剂组成为续断、乳香、没药、防风、红花、当归、骨碎补、天南星等 13 味中药,诸药合用可起到活血消肿、散寒止痛、强筋壮骨的作用。在骨折治疗后期,配合手法治疗,更能达到“治筋、养筋”的目的^[16-18]。

“丰盛骨伤”植根于基层,守正创新、临床实用是其最显著的特点。其理念和方法落脚于骨折治疗实实在在的技法中,不论是骨折复位的“稳准轻巧”,固定方法的“守正创新”,还是功能康复的“精确介入”,都是“丰盛骨伤”治疗骨折理念的具体表现。

参考文献

- [1] 王红杰,李承环.回旋复位法治疗成人锁骨中段骨折[J].中医正骨,2006,18(1):27-28.
- [2] 倪前伟,金立昆,李晔,等.椅背复位法治疗肱骨近端骨折 36 例临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(9):42-43.
- [3] 王红杰.旋肘屈肘复位纸夹板外固定治疗伸直型肱骨髁上骨折[J].中国骨伤,2008,21(6):450-452.

使得腰突症患者症状缓解快,复发率低,值得临床应用。

宋敏教授是甘肃省名中医、省卫生系统领军人才,博士生导师,教学名师,省“园丁奖”优秀教师,从事中医药防治慢性筋骨病的科研、教学、临床工作 30 余载,在中医综合疗法治疗腰椎间盘突出症方面经验丰富。

参考文献

- [1] KREINER D S, HWANG S W, EASA J E, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy[J]. Spine J, 2014, 14(1):180-191.
- [2] 曹盼举,于海洋,张晓刚,等.腰椎间盘突出症的中医病因病机及其治疗思考[J].中医药临床杂志,2018,11(30):1999-2002.
- [3] 王人彦,张杰,赵睿晞,等.骨伤名师张玉柱治疗腰椎间盘突出

突出症的临床经验[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(2):80-81.

- [4] 沈学强,姜宏.姜宏教授辨治巨大游离型腰椎间盘突出症经验介绍[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(7):78-80.
- [5] 李文豪,季元.中医对腰椎间盘突出症的认识[J].甘肃中医,2009,22(11):10-11.
- [6] 陈晓彦,李滋平.针药相须治疗腰椎间盘突出症经验[J].中国针灸,2019,39(9):977-980.
- [7] 孙定平,李清林,宋敏.宋敏教授治疗椎动脉型颈椎病经验撷英[J].西部中医药,2016,29(2):54-56.
- [8] 宋敏,曹林忠,柴居堂,等.基于阶梯疗法探讨腰椎间盘突出症的临床治疗[J].颈腰痛杂志,2015,36(6):445-448.
- [9] 金成强,温孝明,宋敏.宋敏教授骨伤科学术经验管窥[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(5):62-65.

(收稿日期:2020-04-15)

(上接第 79 页)

- [4] 郑移兵,鲍树仁,齐越峰,等.推压手法复位纸夹板外固定治疗 Smith 骨折[J].中医正骨,2016,28(3):45-47.
- [5] 齐越峰,陈福林,鲍树仁,等.四步正踝法治疗Ⅱ度以上旋后外旋型踝关节骨折的病例对照研究[J].中国骨伤,2012,25(8):634-638.
- [6] 齐越峰,陈福林,田宁宁,等.桡骨远端伸直型骨折纸夹板外固定治疗的 X 线比较分析[J].中国骨伤,2004,17(9):38-39.
- [7] 鲍树仁.伸直位整复固定治疗第 5 掌骨颈骨折[J].中国骨伤,2002,15(5):41.
- [8] 王红杰,刘式明,鲍树仁,等.第 5 掌骨颈骨折伸直与屈曲位整复固定治疗的比较研究[J].中国中医骨伤科杂志,2009,17(10):28-30.
- [9] 赵兴玮.拇指对掌位蝶形纸板固定治疗第 1 掌骨基底部骨折脱位[J].中医正骨,1997,10(1):30.
- [10] 赵兴玮,张立强,王红杰,等.手法复位拇指休息位纸夹板外固定治疗本奈特骨折 30 例疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2010,18(3):48.
- [11] 宋亚文,姚家驊,王红杰.蝶形纸夹板内收位固定治疗第 1 掌骨基底骨折 15 例[J].中医正骨,2006,18(12):46.

- [12] 赵兴玮,刘洋,金立昆,等.纸夹板外固定治疗踝关节骨折后期功能康复介入时间与疗效关系初探[J].世界中医药,2014,9(8):1011-1013.
- [13] 赵兴玮,宋亚文,张立强.纸夹板外固定治疗 Colles 骨折的功能康复介入时间与疗效关系初探[J].中医正骨,2008,20(7):23-24.
- [14] 齐越峰.陈福林“骨折重治筋”学术思想介绍[J].北京中医药,2009,28(9):682-684.
- [15] 郑移兵,张君松,鲍树仁,等.“筋骨并重”理念在治疗桡骨远端骨折中的运用[J].现代中医临床,2016,23(2):13-16.
- [16] 张红川,王法利.正骨手法结合正骨散外用治疗陈旧性踝关节扭伤的疗效观察[J].首都医药,2014,21(20):41-42.
- [17] 郑移兵.闭合复位纸夹板外固定结合正骨散外用治疗桡骨远端骨折[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(6):48-49.
- [18] 齐越峰,赵兴玮,陈福林,等.正骨散治疗急性软组织损伤的临床观察[J].北京中医药,2008,27(8):587-590.

(收稿日期:2020-03-17)