

学习园地

骨折整复手法探微

刘海起*

笔者于60年代初,从师孙华山老中医,深得先生明教。孙老以其高超的手法见长于骨伤界。“学道不如悟道,悟道不如施道”。悠忽30余载,倍觉孙老名言“眼经不如手经,手经不如常摆弄”的深刻内涵。始知“遵古而不泥古”的重要性。

摸 法

1. 摸法在骨折诊断中的应用

(1) 骨折的肿胀:骨折的肿胀,当血肿尚未机化时,局部弹性不大;越久弹性越大;待机化完成后,则变得缺乏弹性。这些可作为判断新、陈损伤的摸法依据。

(2) 骨折的疼痛:①钝痛:在肿胀所及(非骨折部位)之处,以指触摸,由血肿波动传导而产生的一种胀痛感。②锐痛:直接摸到骨折端,刺激有丰富神经末梢的损伤骨膜,所产生的一种切割般的疼痛。③传导痛:是震动远离骨折之处而引起的累及痛,如脊柱压缩性骨折,叩击顶部所产生的痛感。④牵涉痛:是移动远离骨折端的肢末,所引起的关连痛。

(3) 骨折的茬口:摸骨折茬口之前要注意四不摸:①周身状况不佳;②局部高肿;③病史不清;④未予镇痛剂(或其他镇痛方法)。

靠手指的直观感觉——茬口的尖、钝、圆、平、斜、横、碎……是很有价值的。

“骨擦音”往往并不是靠听觉去得到的,而是通过指下的“震感”得到的。从骨擦音出现的部位、声调的性质、持续的时间、传导的范围等,完全可以判断出骨折的茬口和变位情况。一般来说:骨擦音的声调重浊、传导艰涩,多为骨之粗糙面相对;反之,声调轻清,圆润,多为折面相背;如缺少明显的骨擦音,且折端相碰时有弹性感,则多为软组织或骨膜嵌入骨折端。此外,骨擦音持续时间较短,瞬息即逝,多为接触面较小的梯形或横形骨折;骨擦音持续时间较长,良久方止,多为大斜形或螺旋性骨折;骨擦音杂沓不断,动辄出现,触如碎石,则为粉碎型骨折。

(4) 软组织损伤和病变

①摸温度:凉:伤科典籍称为“筋寒”,表现为:应手冰冷,苍白无色,指(趾)甲无红晕。此种情况,多为外固定压迫,血液循环障碍,或为动脉损伤,缺

血性坏死。热:伤科典籍称为“筋热”,表现为:应手炙热,皮如涂朱,红肿高大。此多属炎症变化,如肌炎、蜂窝组织炎等。

②摸知觉:麻木:伤科典籍称为“肢麻”,表现为:自觉发麻,触摸尤甚,状若芒刺。此多为血肿或外固定压迫的早期。迟钝:伤科典籍称为“不仁”,表现为轻摸无感觉,捏掐如隔衣,活动尚可。此为感觉神经损伤。运动障碍:摸触可知或迟钝,指(趾)运动受限。此为运动神经损伤。

③摸张力:张力大:伤科典籍称为“筋骨挛折”,其临床表现及损伤程度可概括曰:里外皆柔伤不重,里外皆实筋挛样,外坚里柔出血多,外柔里坚折端象。张力小:伤科典籍称为“筋弛”,表现为指下棉软,按之如泥,身不由己。多见于肌肉瘫痪。

2. 摸法在整复固定中的应用

(1) 寻突沿嵴法:即分别从距离断端较远的上下部位之骨突,沿着骨嵴一直摸到折端,摸清变位情况。

(2) 寻薄探骨法:即选择折端附近肌肉较薄少处来摸,注意把患肢摆放在在肌肉较松弛的位置上摸。

摸法在固定中的作用需重视二点:其一:骨折复位早期,折端总是趋向原来变位方向而重新错位。因之,固定时需要按照正复前摸诊情况,选择适宜的加压点。其二:没能完全复位的骨折,应在摸清残余复位后,采取适当的加压点,以期逐渐得到纠正。

3. 摸法在复查治疗中的应用

中医正骨的特点:往往一次复位,多次巩固或矫正,直到骨折端形成纤维性连接。在这期间,折端随时可能移位。因之,每次复查时都应仔细、稳妥地摸查局部变化。

4. 摸法在功能练习中的应用

在临床中,为使手法用得恰到好处,以防“轻则病莫能愈,重则旧患虽去而又增新患矣”,尤需摸清骨折附近关节的粘连情况。这样,才能酌用手法。

接、端、提三法

1. 接、端、提三法的临床意义

接法,“使已断之骨合拢一处复归于旧也”。“归

*现调中国医药报社工作

于旧”，即是解剖复位。接法，以其对复位提出了总的要求，而在众手法中居于特殊位置。

端法，“从下往上端或从外向内托或直端斜端也。”端法是最具体、最重要的手法。“从下往上端”即是以游离的骨折远端，向连接在躯干上的近端靠拢。因为，近折端便于固定，一旦复位，也较为稳定。“从外向内托”一般常理解为，将骨折远端从外侧向内侧端托，仔细推敲，并不恰当。原因有三：其一，骨折变位形形色色，绝不可能都向外侧变位。古人不大可能把一种变位提出定论。其二，古人并没明确，通过枕外粗隆和尾骨的直线是人体的解剖学中轴线。所以，骨折变位的内外关系是相对而言的。其三，古人在著述时，用词喜欢对仗。“从下往上端”和“从外向内托”显然是一对偶句，不能简单按字面去理解。比较贴切的解释应该是：骨折后，折端“外支旁出”，通过整复，使其归内纳正。至于，“直端斜端”则可囊括一切具体的复位手法。

提法，“使陷下之骨提出如旧也。”这是针对管状骨骨折的重叠陷下，而采取的提牵手法，即沿骨纵轴的拔伸牵引。其实，提法是直端与斜端过程中不可缺少的步骤。

2. 外力、茬口与端法

端法是法中大法。又分直端、斜端。主要区别是提牵方向不同。直端法是沿纵轴直牵，向后卡住，捺正；斜端法，则是成角提牵，而后卡住，捺正。

骨折复位中的端法与骨折茬口关系密切。骨折茬口虽然形形色色，但大体可分为短茬与长茬两种。短茬是指折面较小的骨折，其中以横折为最典型。此外梯形骨折、齿突骨折、骨骺分离等也属此类。长茬骨折以大斜形骨折为典型，包括斜形骨折、螺旋骨折、粉碎骨折等。

(1)直端法的适应症：长茬骨折。(2)斜端法的适应症：短茬骨折。

3. 施端法中可能遇到的问题

(1)直端中茬口不稳定的问题

应用直端法，普遍遇到的问题是茬口较长、斜度较大，提牵后不易顶上；顶上捺正后又不易保持。可通过改变患肢摆放位置，用内收、外展、前屈、后伸等办法，来减少骨折茬口的下滑错位，以利于复位后的稳定。

复位后，要在局部合理加压固定的同时，配合支架、铁丝附木等装置，使患肢保持在此种稳定的位置上。临床实践证明，采用辅助器具，对提高疗效起着重要作用。

(2)斜端中成角方向问题

斜端法的成角方向，如果找到并符合受伤时折端支出成角的方向，就很容易归位。如该损伤成角处恰在重要血管、神经分布区域，无论是否已经造成合并伤都不能再在此成角整复，应该选择距此处稍远的、强力较小，血管神经少的部位施手法了。

(3)矫正折面方向与端提的关系

如复位前上下折端的折面茬口并不相对，而是偏离，甚至完全相背，处理方法有两种：

① 主张端提前便将折面调整过来，使其相对，然后再端提、捺正。

② 主张边端提，边把折端顺理过来，伴随复位，折面自然吻合。

整复手法原则

1. 手法总则

先师传授技法时，每每深入浅出道“从哪来的，再从哪回去”其实，这是整复手法的总则——逆次复原。

《医宗金鉴》描写“凡骨之跌伤错落或断而两分，或折面陷下，或碎而散乱，或歧而旁突，相其形势，徐徐接之。”道出了骨折的一般变位规律。在复位时，即应逆着上述变位次序，先解决重叠、成角、错位，最后达到复位。上述总则，简称逆次复原。

2. 手法细则

(1) 定干理枝：整复时应使患肢的近折端处于原来的位置，连同躯干一起固定，然后使远端向近端靠拢。即“以子找母”。

(2) 欲合先离。

(3) 矫枉过正，亦称“欲左先右，欲正先歪”。

(4) 择优取之：对于并列两骨同时骨折（如尺桡骨或胫腓骨），整复时一般总希望两骨同接，一箭双雕。但由于四个折端、八方变位，很容易顾此失彼。故应在两根折骨中选择一根骨折端茬口较稳定者，顶上后再处理另一骨折。只要有一根折骨能够支撑住，另一根也就容易复位了。回过头来，再进一步矫正第一根骨折。

(5) 张穴驱珠：是一种特殊的治则，适用于关节附近的撕脱骨折。此种骨折之所以难复位，就是因撕脱折片每每冲破关节囊的一部分，犹如脱出扣眼的纽扣。对此必须加大损伤一侧的关节囊间隙，使其破裂口张开，趁势把骨折片压挤进去。如肱骨外髁骨折旋转变位，便是此治则的适应症。

(6) 以恒抗强：在肌肉丰满的下肢骨折，由于肿胀和肌肉痉挛常造成严重的重叠畸形，影响复位。解决办法有两种：一是瞬间猛力，二是适度恒力。究竟哪种为好，前者，固可立见功效，但易造成损伤，相形之下，后者更为可取。