

## 《伤科汇纂》对“动静结合”理论的贡献

黄枫<sup>1</sup>, 李禾<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学基础医学院)

**摘要** “动静结合”是中医骨伤科治疗骨伤疾病的指导原则, 运用恰当, 效果显著。清代骨伤科名著《伤科汇纂》在骨折手法复位、外固定器材设计、固定与练功的运用等多方面, 能结合具体情况, 强调个体差异, 辨证对待, 充分体现“动静结合”、注重功能的治疗原则, 对后世中医骨科创立“动静结合”理论、指导临证具有深远意义。

**关键词** 动静结合; 伤科汇纂; 古医籍研究

《伤科汇纂》是清代一部著名骨伤科专著, 作者胡廷光三世为医, 精于骨伤诊疗, 其书以《医宗金鉴·正骨心法要旨》为基础, 广收历代伤科方证、接骨诸法, 并结合自己治伤经验及祖传手法秘方, 历时 7 年, 写成《伤科汇纂》(下称《伤》)。《伤》在骨折手法复位、外固定器材设计、固定与练功的运用等多方面体现的“动静结合”、注重功能的治疗原则, 对后世骨科临证颇有启发, 值得一读。

### 1 对“动静结合”治疗观的继承和发扬

“固定”是骨折愈合必要的条件之一, 然而固定是非自然的, 功能活动才是自然的, 古有“流水不腐, 户枢不蠹, 动也。形不动则精不流, 精不流则气郁”之言, 今有“生命在于运动”之说, 这种重视运动的思想是形成骨折“动静结合”治疗观的基础。在临床实践中应用“动静结合”这一原则, 能使骨折愈合的速度加快、骨折愈合的质量提高。早在唐代《仙授理伤续断秘方》就非常重视伤肢固定后的功能锻炼, 并把功能活动作为重要的治疗阶段, 其书提出:“凡曲转, 如手腕脚凹手指之类, 要转动, 用药贴, 将绢片包之, 后时时运动, 盖曲则得伸, 得伸则不得曲, 或屈或伸, 时时为之方可”。“夹缚必三度, 缚必要紧”。“大概看曲转处脚凹之类不可夹缚, 恐后伸不得, 止用黑龙散贴帛片包缚, 庶可曲转屈伸<sup>[1]</sup>”, 体现了骨伤疾患治疗中注重“动静结合”的思想雏形。《伤》继承并发扬了这一思想, 指出“诸骨各有本向, 或纵入如钉, 或斜迎如锯, 或合如匳, 或环扼如攒, 种种不一, 总期体之固、动之顺而已<sup>[2]</sup>”。并在临床各类骨折手法复位、器材固定、功能锻炼等方面充分发挥了这一原则。

### 2 以“动静结合”治疗观指导外固定器材的运用和改进

《伤》在骨折固定器具应用上提出:“种种器具, 总不出缚缠夹扎挺托之法, 复其原位, 使勿游移活动为得耳, 要在人之活法变动也”, “若伤在手足曲直伸缩之处, 要用包裹, 可令时时转动<sup>[2]</sup>”。以“动静结合”思想为指导, 对《医宗金鉴》中已出现的如“裹帘”、“披肩”、“杉篱”等外固定器材的运用, 在充分考虑到各类病情及各种器材特性后, 作出了合理的安排, 如认为“裹帘”因其为布做, 质软, 尤适用于既要制动又要早动的筋伤、脱臼类病患; “披肩”因其为牛皮所做, 质地坚固, 故较适用于不规则部位的骨折, 如肩锁骨骨折; “杉篱”因其为木头或竹

子所做, 质地坚硬, 多用于各类部位较固定的骨折。胡氏在此一项提出用杉皮替代木头, 且首创了超关节固定夹板, 在南北各骨伤科流派中流传, 至今仍使用着。“动静结合”治疗观对后世亦有所影响, 如清代赵廷海《救伤秘旨》也强调:“骨折, 极难调理, 夹后不可常兜挂于项下, 要时常屈伸<sup>[3]</sup>”。

### 3 在固定与练功关系中体现“动静结合”

固定的目的是为了骨折断端的制动(静), 是维持骨折对位的重要条件, 是保证骨折在愈合过程中避免再损伤的重要措施。但治疗骨伤病最终的目的是要让肢体能“动”起来, 要保证今后肢体关节的活动功能。因此外固定器材的选择使用、固定位置的松紧度、功能锻炼的时间和力度等都要在确保骨折对位和稳定的前提下, 又有利于骨折愈合过程中的活动来加以考虑, 要动中有静、静中有动、动静结合。胡氏根据自身的临床经验, 总结出在各类骨折治疗过程中细致多样、“动静结合”的固定与功能锻炼方法。

**3.1 长骨及近关节骨折的固定与练功** 小夹板固定是中医治疗骨折复位后, 维持骨折断端稳定的重要措施之一, 古时多选用“杉木皮”制作夹板, 采用小夹板固定骨折, 在一般情况下是不超关节的, 但对关节附近骨折、长骨骨折, 为保证骨折复位后的有效固定, 亦必须实行超关节固定。在《医宗金鉴》中提出选用“杉篱”, 作复位后固定器具, 其目的是防止“骨节转动之处, 与骨节甚长之所, 易于摇动”, 使“骨缝吻合坚牢矣<sup>[4]</sup>”。《伤》则认为, 要运用带关节的小夹板固定近关节部位的骨折, 宜将“杉木皮挖空, 用纸粘裹, 可缚手肘手腕, 使其能转能伸, 能屈能曲, 此夹扎中之活法也<sup>[2]</sup>”, 首创了超关节固定宜选用活动夹板, 可见当时胡氏选用适应于关节内或近关节部位骨折的固定方法, 这种从现在研究看来: 既可防止关节粘连, 又有关节面的磨造作用, 固定和活动结合使用, 是外固定方法上的创新, 填补了前人的空白, 对近代中医骨伤科的发展, 起到了推动作用。

**3.2 踝部骨折的固定与练功** 对于踝部骨折整复后的外固定, 《医宗金鉴》主张“先手法拨筋正骨, 令其复位, 再用竹板夹定跟骨, 缚于骨之上, 三日后解缚视之<sup>[4]</sup>”。而《伤》则认为, 骨折后可按内、外踝骨折方向进行整复。即在牵引下, 逆骨突方向而复位, 完全符合复位力学要求。手法整复后, 用杉

木皮进行超关节固定。其固定方法是“其杉木皮对踝处各挖一孔,一片要箍得踝骨过,一片要托得踝骨过。又用杉木皮,从足趾下起,至胫后折转直上,夹住后胫,要留两边弦,可以折转夹上。再用小片杉木皮四、五片如指面大,编作栅栏样,夹住胫骨。面前所用杉木皮,皆用纸包油透,如法用绳绑,踝上两部,脚底下两部,其脚底仍用布兜,前系于膝下,使脚掌不直伸于下也。又令时时屈伸<sup>[2]</sup>”。虽然整复后是超关节固定起到制动的作用,但其固定后踝关节能做屈伸活动,可见其主张骨折外固定后进行功能锻炼,反映了“动静结合”的要求。

《伤》足踝部损伤整复固定中的“动静结合”思想,影响了后世赵廷海,其在《救伤秘旨续刻》中指出踝部骨折“用布兜掌前,系于膝下,令脚不直伸下,仍令脚掌时时屈伸<sup>[3]</sup>”。此法类似现代所用的三踝骨折的袜套牵引法,并主张在不过早下地负重的情况下,进行有限的踝关节功能活动。

**3.3 前臂双骨折的固定与练功** 前臂双骨折治疗,《医宗金鉴·正骨心法要旨》提出“以手法接对端正,贴万灵膏,竹帘裹之,加以布条扎紧。俟三日开后帘视之,以手指按其患处,或仍有未平,再揉摩其瘀结之筋,令复其旧,换贴膏药,仍以竹帘裹之<sup>[4]</sup>”。《伤》继承了《医宗金鉴·正骨心法要旨》的思想,认为前臂双骨折的治疗关键,是限制伤肢的“旋转”,针对骨折生长时间,提出“前臂骨折”在固定后的练功步骤,如:“此臂骨折断,接后不可长挂于项,常要屈伸活动,坐则舒于几案,卧则舒于床席,二五日后,令其手上至头,下至膝,前要过胸,后要过背,二十日后能转动亦不为迟<sup>[2]</sup>”。指出前臂双骨折固定后,早期宜作手指、腕部屈伸的上肢肌肉舒缩活动,中期宜作肩肘关节活动(小云手、大云手),活动范围可以逐渐增大,但不宜过早作前臂旋转活动,可见其临床经验非常丰富,从步骤到细节均符合“动中有静”原则,具有指导意义。

**3.4 桡骨远端骨折的固定与练功** 对桡骨远端骨折的处理,《伤》能充分认识到腕部的结构是“筋多”,处理不当会“日后曲直不得”,并根据骨折的类型,选用“托、拗、压、拽四法”复位,在复位后选用超关节夹板固定制动,稳定骨折端的同时,在其夹板制作和要求上要允许腕部活动,以防后遗症,故亦比较讲究:“用杉木皮一大片,要阔可托得过手掌骨,其长臂骨中间起至掌背上为则,其对掌腕处挖一横孔,令可屈伸。又用杉木皮小者数片,如指面大,其长从臂起至掌边掌弦下。又用两小片夹臂边各半寸。均用皮纸束定,用绑绳五部编之,将两部缚其托掌背之大夹,并再两臂侧小夹之稍,其中一部,以绳缚于拇指根掌两边弦上,令其骨接得牢,四部皆要宽舒,用带复掌络之,悬于项下。亦要折转屈伸活动<sup>[2]</sup>”,后世治疗桡骨远端骨折,分伸直型、屈曲型,四夹板中二块超关节固定、二块不超关节固定,由此启发而来,充分体现固定与活动的“动静结合”。

**3.5 骨(肱骨)干骨折的固定与练功** 在保证骨折有效固定的前提下,适当进行主动活动,对促进伤肢肿胀消退、骨折愈合和伤肢功能恢复具有积极的作用,但不重视骨折的特殊性,一味过分强调活动,有时会适得其反。如肱骨干骨折,对其整复与固定后的活动及固定期间易出现的并发症“分离移位”(筋宽手长),《伤》的描述十分恰当,提醒人们处理该类骨折时,在活动的同时注意防止分离移位,并明确其鉴别要点“筋急手短易医,筋宽手长难治”和处理方法“有骨折断,其手

短缩不能归原者,此筋脉紧急弦劲之故也。法令患人卧于地上,用大布带缚臂肘于医者腰间,医者坐于患者膝侧,双手按定患处,伸脚踏其腋下,倒腰向后,徐徐拔伸断骨,用手揣令归原<sup>[2]</sup>”。为防止分离移位的发生,在固定上“外用夹缚宽紧如法,用带兜其手臂,悬于项下”以克服前臂因重力作用而产生的纵向压力。固定后“肘腕须时常伸屈,否则久而筋强,难以伸屈<sup>[2]</sup>”。这一处理方法切实可行,乃固定中“静中有动,动静结合”的典范。

**3.6 尺骨鹰嘴骨折的固定与练功** 骨折在复位后,过分的强调借助外固定来促进骨折愈合,而忽视人的主观因素是不全面的。众所周知,广泛长期固定,会导致骨质疏松、关节僵直,影响关节功能的恢复。尺骨鹰嘴骨折整复后,十分重视关节功能的活动,固定的范围、时间都要恰到好处,《伤》提出“若骨碎,或上连骨(肱骨),或下连臂骨(尺骨),须用正副夹缚<sup>[2]</sup>”。宜选用超肘关节夹板固定:“其夹须用杉木皮一大片,能容肘撑尖处,折转可动,其阔以患处粗细为则,其长以两边上下可缚为则,杉木皮中间对肘撑处挖一大孔,两旁另用皮纸包束其弦粘定,复用皮纸包束其夹之两头,亦用粘定,如此肘可屈伸,又用副夹数片,编作两截,上截两夹,缚住肘(肱骨),下截两夹,绑住臂上(尺骨),其腕间各空二分,庶合夹不相撞,屈手亦无碍<sup>[2]</sup>”。尺骨与肱骨是构成肘关节屈伸的枢纽,而尺骨鹰嘴骨折又属关节内骨折,处理不当对屈伸功能影响较大,《伤》设计超肘关节夹板固定骨折方法,试图解决屈伸与稳定的问题,出发点朴素,在适当的固定中提供有限的关节屈伸活动,为后世尺骨鹰嘴骨折复位后“先伸肘,后屈肘”固定打下了基础。

#### 4 骨折换药夹缚,不忘“动静结合”

骨折整复上夹板固定前,给予膏药外敷是前人治骨折的一大特色,但骨折在复位和固定后要进行多次换药,实际上有利有弊,换药有导致骨折再移位的可能性,但也可以在每次的换药中及时发现移位随时纠正,故换药时两端仍需保持在牵引下进行。为此《伤》十分重视固定后的换药,“夹缚处,须药水以时泡洗,春秋三日,夏二日,冬四日,洗去旧药,须仔细勿惊动他处,洗耳恭听讫,仍用前药前膏敷缚。凡换药不可生换,须用手巾打湿榻润,逐片取脱,随手荡洗换上,又不可停留一时刻,药膏必须预为摊就,随手换上,此为敷药之诀,如换膏药亦然<sup>[2]</sup>”。

夹板是用绑带捆绑在肢体上的固定,它与肢体间属于软连接,而肢体骨折后又有肿胀期及肿胀消退期,肢体的直径在变化,易造成夹板的松动、脱落;另夹板在绑缚过程中的松紧度亦极为重要,过紧影响肢端血运、压迫性溃疡,过松则起不到固定作用。为克服这些不足,《伤》曰:“凡手足骨折断,夹缚必用三道,中间一缚可要紧扎,两头略宽,庶乎气流畅通。若如截竹断者,却要两头紧缚,中间略宽,使气血来聚断处。若接缚手者,前截放宽缚些,使血散前去;若接足者,下截放宽缚,使气血散下去<sup>[2]</sup>”。

在夹板的制作上,强调个体的差异,主张制作夹板时要“合于骨处极为妥贴”,“看患处之宽狭长短,定为法则”。注意尺寸大小,量体裁衣以克服这些缺点。

《伤》的问世,可以说是对我国的伤科治疗经验进行了一

次大总结,把理法方药等学术思想推向了一个高峰,书中许多描述今天看来虽仍原始、直观、简陋,但已颇具科学性,后世治伤的许多方法大都在其基础上演变完善而来,临证中强调个体差异,结合具体情况,辨证对待,重视治骨疗伤中的动静结合,注重功能恢复,使人们明确治骨伤最终的目的是功能,而不是形态,这些朴素的学术思想和理论至今一直指导着伤科诊断和治疗,奠定了后世骨伤科的整体观的基础,为后世提出动静结合、手法与药物并重、内外兼治等治疗原则打下了厚

的基础。

#### 参考文献

- 1 唐·蔺道人. 仙授理伤续断秘方. 北京: 人民卫生出版社, 1957. 6.
- 2 清·胡廷光. 伤科汇纂. 北京: 人民卫生出版社, 1962. 10, 37, 38, 120-124, 128-130.
- 3 清·赵廷海. 救伤秘旨. 上海: 上海科学技术出版社, 1958. 40-42.
- 4 清·吴谦. 医宗金鉴: 正骨心法要旨. 北京: 人民卫生出版社, 1962. 10, 48-52.

(收稿日期: 2004-10-19 本文编辑: 李为农)

## •手法介绍•

# 手法复位治疗尺骨下段移位骨折

## Manipulative method for the treatment of displaced fractures of distal ulnar

梁国富, 潘茎

LIANG Guofu, PAN Jing

关键词 尺骨骨折; 骨科手法 **Key words** Ulna fractures; Orthopedic manipulation

自 1998 年以来,收治尺骨下段移位骨折 23 例,在诊治过程中取得了一定的经验,现总结报告如下。

### 1 临床资料

本组 23 例,男 17 例,女 6 例;年龄 16~67 岁。左侧伤 7 例,右侧 16 例。横断骨折 7 例,短斜形骨折 12 例,粉碎性骨折 4 例,均为闭合性。伤后就诊时间为 1 h~1 d。

### 2 治疗方法

所有病例均先行手法复位。患者取坐位,肩外展、屈肘 90°,前臂旋前位,两助手分别扶持肘、手部,在无牵引下,术者先行夹挤分骨,纠正远折段的桡侧移位,后以双手拇、食指分别捏持两断端,拇指在背侧,食指在掌侧,向背侧提拉,使断端向背侧成角,感觉到两断端相抵触时即将两拇指靠拢在断端背侧成角处向掌侧按平,后再用一手拇、食指捏持断端,另一手食指在断端尺侧向掌侧、背侧分别滑动触摸,检查有无残留移位。如有则再行端提挤按或分骨手法以纠正。对于斜形骨折中骨折在侧位 X 线片上示由后上至前下者,分骨手法后,要将远断端自掌侧经尺侧绕至近断端背侧,再施行提拉手法。前臂旋前位固定 3 周后改为中立位固定。其中侧位 X 线片示骨折线由后上斜向前下者,将腕关节固定于背伸位,侧位 X 线片示骨折线由前上斜向后下者,将腕关节固定于掌屈位。其余均固定腕关节于背伸位。手法复位失败的病例均采用手术切开复位,钢板内固定。

### 3 治疗结果

依照王亦璁<sup>[1]</sup>的复位标准:侧方移位不超过 1/4,成角畸形不大于 10°,旋转畸形不大于 10°。本组 7 例横形骨折及 9 例短斜形骨折手法复位成功,采用小夹板外固定。3 例短斜

形骨折及 4 例粉碎骨折手法复位失败,采用手术治疗。本组均获随访,时间 6 个月~1 年。伤后 3 个月内达骨性愈合者 19 例,伤后 6 个月内达骨性愈合者 4 例。无一例出现畸形愈合或不愈合,前臂旋转功能及腕关节功能均恢复良好。

### 4 讨论

**4.1 手法治疗的要点** ①无牵引下整复<sup>[2]</sup>。笔者体会在牵引状态下,前臂的皮肤肌肉均呈紧张状态,使术者不能摸清及把握断端,不能确定整复时手法的力度,从而导致手法失败。而无牵引状态下则能避免这种情况。②整复时前臂置于旋前位。因尺骨下端骨折多因旋前方肌的牵拉使远折段向桡侧移位,前臂旋前时缓解了旋前方肌的牵拉,使整复易于成功。③依骨折线的走行而使腕关节分别固定于背伸、掌屈及伸直位<sup>[3]</sup>,有利于维持整复后的位置,避免了再移位。

**4.2 治疗方式的选择** 笔者认为:①粉碎骨折手法复位难以达到理想结果,宜采用手术治疗。②短斜形骨折中正位 X 线片由外上斜向内下者,整复后尺骨远折段向桡侧移位的倾向难以消除,手法不易成功或成功后难以维持,宜采用手术治疗。③上述情况以外的短斜形骨折及横断骨折,整复易于成功且小夹板固定可获良好维持,可用手法治疗。

#### 参考文献

- 1 王亦璁. 骨与关节损伤. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 60, 647.
- 2 宋祝怀. 直立位直立推送整复尺桡骨下段重叠移位骨折. 中医正骨, 2003, 15(12): 20.
- 3 万富安. 五联手法整复 Y 形石膏固定治疗儿童桡尺骨下干骺端骨折. 中医正骨, 2003, 15(9): 28.

(收稿日期: 2005-01-19 本文编辑: 王玉蔓)