

学术探讨

辨证施法是整骨手法成败的关键

陕西中医学院附属医院 廖方 指导 尚天裕

如果说“辨证施治”是祖国医学的特点之一，那么，毫无疑问，“辨证施法”就必然是整骨手法成败的关键。如何“辨证施法”呢？清·吴谦等著《医宗金鉴·正骨心法要旨》一书中已有明确阐述：“盖正骨者须心明手巧，既知其病情，夫善用夫手法，然后自治多效”，又说“但伤有重轻，而手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关乎手法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也。”由于患者年龄有别，遭受暴力有所不同和骨折有轻重之分。所以必须熟悉全身各部位、特别是四肢骨骼，关节解剖特点和肌肉、肌腱、韧带起至点以及神经血管走行方向等，并对病史进行全面了解和详细检查，结合X线片分析骨折移位情况和发生原因，在术者脑海里形成一个“立体”概念，做到“知其体相，识其部位，一旦临证，触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”的目的。

一、注重四诊辨受伤原因

骨伤科疾病的发生原因也不外内外因素两个方面，而骨伤科损伤性疾患是由外伤性暴力所致。常见的骨折暴力有跌扑、碾压、坠堕、打撞、扭戾和闪挫等。

进行病因辨证，当然离不开中医的“四诊”。更主要的是通过详细询问受伤原因和疾病发生的经过，以了解暴力大小、方式、速度，物体的体积、重量、形状、硬度以及肢体受伤时姿势等，再结合其它检查疗法作出正确的诊断，以施行相应的整骨手法。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说：“先摸其或为跌仆，或为错闪，或为打撞，然后，以法治之。”

祖国医学伤科学把受伤原因归纳为“跌仆”、“错闪”和“打撞”三种。现在从生物力学角度分析，跌仆是间接暴力，错闪是自身肌力，打撞是直接暴力。所有外伤性骨折和脱位都不外乎这三种暴力。跌仆是临床上最常见的伤内之一，它可以造成不同类型、不同部位和不同程度的骨折；打撞多致粉碎性骨折或移位较大的骨折，同时软组织损伤较重，严重的可伴有神经、血管和内脏损伤等；而错闪一般只会造成软组织扭挫或关节附近撕脱性骨折。

整复是骨折发生的逆行过程。所以，在整复前，术者必须熟悉骨折的伤因和病理机转，再结合X线片进行具体分析，按照骨折受伤原因和不

同类型，确立一套行之有效的整复步骤和术后处理方法，只有这样，才能达到心中有数，随心所欲，手到病除的目的。

二、辨年龄与体质

不同年龄有其不同的骨折好发部位，同样的受伤机理，由于年龄的差异，可发生不同部位的骨折。而不同年龄即是同一部位或同一类型的骨折也各有其特点。如患者前仆跌倒，腕掌部撑地而发生伸直型桡骨远端骨折。老年人由于骨质疏松，X线表现多为粉碎和嵌入畸形；青壮年骨质坚硬，遭受暴力较大表现为典型的“银叉样”畸形；儿童则不同，由于骨质发育不成熟，骨骺线尚未愈合，则仅表现为桡骨远端骨骺向背侧滑脱。所以整复手法也随之不同；对老年人整复时以长时间的充分牵引为主（如拔萝卜样）；青壮年常须较大力量才以矫正桡偏和背向移位；而对儿童则直接屈腕可使其复位。

另外，对体质较弱，年老多病者如高血压、心脏病等，不但施法要缓慢，还要慎重，以免发生意外。

三、辨骨折部位解剖特点

由于损伤部位的解剖特点，使骨折断端的移位具有一定的特点。例如，肱骨内上髁是前臂屈肌的附着点，骨折多由于前臂屈肌群强力收缩所致，骨折地也多向前向下翻转移位，甚至嵌入肘关节腔内。整复时必须先使肘关节极度屈曲前臂旋前，使屈肌充分松弛，以便于术者用拇指将骨折块推回原位。又如前臂桡骨骨折，若骨折发生在旋前圆肌止点以上时，附着于桡骨结节的肱二头肌及附着于桡骨上1/3的旋后肌牵拉骨折远端向外向后旋转移位，而附着于桡骨中部及下部的旋前圆肌和旋前方肌，使骨折远端向前向尺侧移位。若骨折发生在中段或中下段时，骨折线则位于旋前圆肌止点以下，因肱二头肌与旋后肌力量被旋前圆肌的旋前力量相抵消，使骨折远端基本处于中立位。虽然骨折常发生重叠，成角，旋转和侧方移位，但主要是旋转畸形在作怪，整复时一般上1/3骨折旋后位牵引，中1/3骨折中立位牵引，下1/3骨折旋前位牵引，这样才能基本上抵消旋肌的牵拉影响。如术者能灵活地施行旋转、分骨和折顶手法，以上四种畸形是可以基本矫正的。再如，股骨干下1/3骨折，远端因受腓肠肌

的牵拉而向后移位,整复时,助手要在膝关节屈曲20—30度范围内进行充分牵引,这样可使腓肠肌充分松弛,便于术者整复时采用折顶或撬板手法,而使骨折复位。患者也可改取俯卧位有利于牵引和整复。

四、辨损伤部位骨折类型

不同的暴力可发生不同的骨折。临床上根据治疗需要,常将一些骨折特别是近关节部位的骨折,按照不同的受伤机制,参照伤后X线表现,将骨折分为伸直型或屈曲型、内收型或外展型骨折等。例如肱骨外科颈外展型骨折,是因跌倒时上肢外展所致,伤后骨折远端外展或并有前成角。整复必须先顺势牵引(即外展位牵引),待骨折断端重叠矫正后,再改内收位牵引,以使骨折移位完全矫正。反之,对肱骨外科颈内收型骨折,则应先内收位牵引后改外展牵引。又如,儿童肱骨髁上骨折,临床上根据受伤机制分为伸直型和屈曲型等。若骨折为伸直型,整复时先屈曲位牵引,术者用推手法矫正后移位时,远端助手配合极度屈曲,才可使畸形完全矫正。若骨折为屈曲型,整复时先伸直位牵引,术者用提按手法矫正向前移位时,远端助手配合伸肘可使骨折复位。再如踝部骨折,有内翻或外翻骨折之分,整复时要根据受伤机制并结合X线片进行分析,然后再施行妥当的整复手法。

五、从X线辨骨折的移位程度

肢体某处发生骨折,由于受伤时遭受的暴力大小和病理机制各有不同,所以骨折移位错综复杂。有的部位遭受暴力虽然发生骨折,而无明显移位;有的发生轻度的侧方或前后移位;而有的骨折发生较大的重叠、成角、侧方和旋转移位,并出现明显外观畸形。整复时,对无移位或仅有轻度移位者,施行理筋手法后单纯固定即可。而对明显移位或有严重畸形者,要根据X线结合受伤机制进行分析,根据骨折移位程度、大小和方向,确定整复步骤和用力大小。例如整复孟氏骨折时常先整复桡骨头脱位,后整复尺骨骨折。但若尺骨重叠和向桡侧成角较大,影响桡骨小头还纳时,则应先整复骨折,矫正好骨折近端向桡侧靠拢和成角,是手法整复重点。又如内收型肱骨外科颈骨折,都应拍摄穿胸位片以检查前成角移位情况。一般先整复侧方的移位,后整复前成角。但若前成角较大,则应先整复前成角,后整复侧方移位,这样才可使骨折完全复位。再如,尺骨下段横行骨折,侧位X线显示,骨折远端多向背侧移位,整复时,术者若在背侧加压折顶复位比较困难,但在近端掌侧加压折顶复位比较容易而省力。

六、从X线辨骨折线的异同

临床上根据骨折线行走方向及断端移位情况,一般将骨折分为横断、斜型、螺旋型、锯齿型和粉碎型等。直接暴力发生的骨折多为横断型;间接暴力和扭转暴力发生的骨折多为斜型、螺旋型或锯齿型。如肱骨上段骨折和中段骨折,多由直接暴力所致,骨折线多为横断,整复时采用提按、折顶手法可使骨折复位。但前臂尺桡骨双骨折若由间接或扭转暴力所致,骨折线的特点是桡骨骨折线为横断而在上,尺骨骨折线为斜型而在下。骨折移位的特点是:一高一低,一横一斜,一掌一背,一尺一桡(桡骨向掌侧和尺侧移位,尺骨向背侧和桡侧移位)。整复时应先整复桡骨,整复桡骨的重点是矫正旋转移位。手法要点是在施行旋转手法的同时进行分骨和折顶,待桡骨完全复位后再整复尺骨,尺骨只要对线好就行;又如肱骨髁上骨折,骨折多为伸直尺偏型,而骨折线常呈斜型或高低不平的锯齿状,其特点是尺侧骨折线高斜向桡侧。若按一般手法步骤整复,尺偏型则很难完全矫正,只有在充分牵引下,术者双拇指于骨折远端尺侧、余指置于骨折近端桡侧,用力推拉时,远端助手先内收,使桡侧张口,再外翻,以矫正尺偏和嵌入,或在用力牵引前,术者用推手法先将尺侧偏位推向桡侧,然后嘱两助手用力对抗牵引,再矫正旋转重叠和向后移位,这样才可使尺偏移位完全矫正并留有一定的桡偏。

七、辨整复过程中骨折断端变化情况

骨折常发生旋转、缩短、成角和侧方畸形。由于多种原因,骨折移位错综复杂,各不相同。对损伤较轻,骨折移位简单者,整复时仅用一法或连贯的综合手法,使骨折一次复位,如运用拳击法或屈肘旋后法可使儿童内收型孟氏骨折获得良好复位,相反,对损伤较重,骨折断端错位较大而出现多种畸形的,常需几种手法一步一步的分解整复,使骨折对位。一般整复骨折的顺序是:先行充分牵引,以矫正旋转,成角和重叠移位,再行分骨或推手法,以矫正侧方移位,后行提按,折顶或屈伸手法,矫正前后移位。现在虽然可以在X线透视下整复,但对医者患者均有害,所以,整复者要有过硬的本领、熟练的技术和检查整复效果的经验和方法。

中医伤科学由于受历史条件的限制,不能借助于X线检查诊断和治疗骨伤科疾病,但在长期的临床实践中积累了丰富的经验。早在明代,朱棣《普济方·伤折门》一书中,就有记载用“脚跟并齐,脚头低正法”检查下肢骨折和脱位整复效果。胡延光《伤科汇纂》书中,也记载了检查肩关节脱位整复效果的方法是“上至脑后,反手于背”的检查方法。总之,运用望、闻、摸、量是辨证检查骨折断端变化和对位情况的具体方法。

望：就是观察患处外观畸形的恢复；闻：就是听骨折断端骨擦音的消失；摸：就是触摸骨折断端茬口是否平整；量：就是测量患肢长短及临近关节功能活动是否接近正常。通过以上四诊检查，再结合X线最后确诊，就可以得出正确的结论。

例如，整复克雷氏骨折，第一步先行牵引，矫正重叠移位，若桡骨茎突和尺骨小头的正常长短关系，即尺偏角恢复和健侧相等，则证明重叠移位完全矫正。第二步再用尺偏手法矫正向桡侧移位，如果摸其桡侧骨折两断端茬口平整，也证明桡偏移位已完全矫正。最后一步再用提按屈腕手法矫正向背侧移位。术后，在保护下检查腕关节在背伸、掌屈、尺偏、桡偏正常或接近正常，但无骨擦音出现，则证明骨折已达到良好的解剖对位。又如：儿童伸直尺偏型肱骨髁上骨折，骨折移位的特点是：旋前、尺偏、重叠和向后侧移位。整复时需先屈肘旋后位牵引，以矫正旋前和重叠移位，在用推手法矫正尺偏移位，后用推屈肘手法矫正向背侧移位。如果旋转、重叠移位没有完全矫正，就施行手法矫正侧方移位或急于屈肘矫正向背移位，整复就不可能成功。再如，整复前臂尺桡骨骨折，若旋转和重叠移位没有矫正，就行分骨或折顶手法，整复也只有以失败而告终。所以辨明整复过程中骨折断端变化和对位情况，整复骨折是可以少走弯路，获得一次整复成功的。

八、辨骨折局部软组织损伤与并发症

(上接第7页)

桡神经损伤是肱骨干骨折常见的一个合并症，可以在骨折时发生，也可能在手法复位或手术切开复位时因操作不慎所致。因此，在处理肱骨干骨折时，桡神经功能检查应列为常规，以免漏诊，延误治疗。

桡神经在肱骨干桡神经沟内与肱骨紧密接触，其间只相隔肱三头肌纤维，故肱骨干骨折极易损伤桡神经。桡神经位于上臂外侧位置比较表浅，开放性骨折常可直接伤及桡神经。闭合性肱骨干骨折在下述情况时易合并桡神经损伤。(1) 肱骨中或下1/3骨折；(2) 骨折面呈斜形、螺旋形或粉碎性骨折；(3) 骨折端向外侧成角或远段向桡侧移位。无明显移位的骨折，一般不易造成桡神经的损伤。

手法复位后出现桡神经损伤，绝大多数病例见于肱骨干斜形骨折。主要的原因是对肱骨干骨折与桡神经损伤的关系缺乏认识，手法复位时操作粗暴所致。因此，对肱骨干中、下1/3斜形骨折手法整复应十分慎重，这类型骨折可不必强求解剖复位，仅加强外固定即可。

肱骨干骨折手术切开复位造成桡神经损伤并

肢体某部位发生骨折，若遭受暴力较大或关节部位发生骨折而就诊较晚，局部多出现严重的肿胀，皮下淤斑，甚至发生张力性水泡或皮肤损伤，此时应根据不同的情况，妥当处理。若骨折在骨干处，早期可外贴消肿止痛膏之类，待肿胀基本消退后再进行整复比较容易。但若骨折发生在关节附近或关节内，而有严重移位者，应尽早整复，否则骨折断端出血和渗血会加重肿胀和软组织损伤，使整复更困难。例如儿童肱骨髁上骨折，若早期肿胀较重，可在局麻下抽除血肿后再进行整复和固定。不过在施法时要慎重，勿用暴力，以免加重损伤，必要时可行鹰嘴牵引，悬吊患肢，便于消肿和整复骨折。又如尺骨鹰嘴骨折，只要肘关节伸直，使肱三头肌充分松弛，骨折也不难整复；若肿胀较重，配合中药外贴消肿散淤，随着肿消痛减，逐次推骨折块向远端使其复位。对皮肤损伤较重和开放性骨折，伤口在2cm以内，而无污染者可在清创缝合后进行及时整复和换药。若闭合骨折出现神经或血管损伤症状者也应尽早整复，严密观察神经、血管损伤恢复情况。若无恢复象征者，应毫不迟疑地进行手术探查和处理。

总之，辨证施法要全面了解病情，熟知局部解剖特点，按照骨折移位方向结合X线片进行具体分析，然后在术者脑海内形成一个立体概念，确立一套连贯的整复手法，则绝大部分骨折是可以获得良好的解剖和功能对位的。

不少见，特别是新鲜骨折断端的摆动不易控制，更易造成桡神经的损伤，我院近年来手术后出现桡神经损伤的两个病例，均系新鲜骨折病人。由此可见，手术切开复位治疗肱骨干骨折，必须严格掌握适应证和操作技术。如骨折没有并发桡神经损伤时，除有软组织嵌入骨折断端外，应尽量不用手术切开复位，对整复确有困难的骨折，手术时则必须十分注意保护桡神经，术后应常规检查桡神经功能，切忌忽略。

肱骨干骨折合并桡神经损伤，在处理方面是一个困难问题，是否需要早期手术探查还是观察等待一个时期，意见颇不一致。一般闭合性肱骨干骨折合并桡神经损伤的病理，多是由于牵拉或骨折端的挤压而造成的挫伤，大多数病例是可以自行恢复的，至于神经被断裂者只占很少一部分。因此，对肱骨干骨折合并桡神经损伤，是否需早期手术探查，这应根据每个病例的具体情况和医生的临床经验而定。一般对骨折整复容易外固定较理想的病人，可考虑等待观察，对有软组织嵌夹，或中下1/3骨折远段向桡侧移位，并向桡侧成角，此时常可将桡神经嵌夹在两骨折断端间，则应考虑早期手术探查。