

## 学术探讨

## 骨折治疗的辩证法

中国中医研究院骨伤科研究所(100700) 董福慧

马克思主义哲学的辩证法原理,揭示了物质世界联系和发展的普遍规律。本文试图通过骨折治疗过程中的一些辩证规律,来加深对唯物辩证法的基本规律的理解。

## 一、骨折治疗原则的对立统一规律

在治疗骨折时,为了保持骨折在整复后的位置,必须固定;但固定又必然限制伤肢及整体的活动。活动是保持肢体功能,加速骨折愈合的重要因素;但它又影响固定。因此,在固定与活动之间就产生了矛盾。如何解决骨折治疗中的“动”与“静”这对矛盾,就成为骨折治疗的根本原则问题。

如果坚持绝对的、孤立的、静止的形而上学观点,在处理骨折时,必然强调固定,而忽视活动;着重对骨折的处理,轻视软组织在骨折治疗中的作用;重视骨折局部,忽视整个肢体及全身;着重于借助外力来整复固定骨折,把人的肢体当做一般“用具”来“修理”治疗,忽略肢体本身内在固定力和人在治疗中的主观能动性。其结果是影响或破坏了肢体本身的内在固定作用;减低或损伤了骨折部的自然修复能力;束缚或限制了伤肢及整体的功能活动;增加了病人的肉体痛苦及精神负担,约束了人在骨折治疗中的作用。因此,虽然在整复方法,内外固定用具上做了许多改进,但结果总是事与愿违,不能满意地解决骨折的治疗问题。

按照唯物辩证法的观点,骨折治疗中的动与静、筋与骨、内与外的矛盾双方互相依存,互相制约,依据一定的条件向其相反的方面转化,即向着和它相对立的一方所处的地位转化。在处理固定与活动的矛盾时,固定必须从肢体能够活动的目的出发,而活动又要以不影响骨折部的稳定为限度。有效的固定是伤肢活动的基础,而合理的活动又是加强固定的必要

条件。在弄清两者对立统一的辩证关系及相互依赖的必要条件后,根据不同类型骨折的特点,选择合适的局部外固定形式,配合合理的功能练习方法,就可以恰当地解决“动”(伤肢功能活动)与“静”(骨折的固定)、筋与骨、内与外的矛盾。把固定和活动的有利方面在最大限度上发挥出来,把它们的不利方面控制在最低限度。这样既保持了骨折部的相对稳定,又有效地控制了骨折部的不利活动。另一方面,也为肢体及全身活动创造了条件,使肢体及全身在骨折愈合期间能进行适当的功能锻炼,使骨折的愈合期间能锻炼,使骨折的愈合与功能的恢复齐头并进。

“唯物辩证法认为外因是变化的条件,内因是变化的根据,外因通过内因而起作用。”(《毛泽东选集》第一卷277页)。治疗骨折采用的各种内外固定都属于外因,能否起到应有的固定作用,就看它是否适应骨折局部的生理学及生物力学的要求。中医治疗骨折就是充分地利用了肢体内在固定力来实现上述要求的。当夹板和纸压垫经布带捆扎后,通过布带的约束力、夹板的杠杆力、纸压垫的效应力、肌筋膜间隙的流体静压力及肌肉收缩时产生的纵向和横向分力作用,不但可以保持骨折整复后的位置,而且通过适当的功能锻炼,在外固定装置控制下,轻度的成角或侧方移位还可以继续得到矫正。使肌肉的收缩活动由造成骨折移位的消极因素转化为维持固定及矫正畸形的积极因素。对于肌肉内在动力来说,夹板固定是外因,是第二位的,但这个外因是必要的,不可缺少的。正确地使用它,就能保证骨折在正常的自然状态下愈合。反之,则可能影响肢体血运造成皮肤压疮等。

“一个大的事物,在其发展过程中,包含着许多的矛盾。……这些矛盾,不但各各有其

特殊性,不能一律看待,而且每一矛盾的两个方面又各各有其特点,也是不能一律看待的。”

(《毛泽东选集》第二卷286页)。骨折的治疗就是一个复杂的矛盾运动过程。骨折治疗的不同时期,骨折愈合的不同阶段都存在相应的主要矛盾及矛盾的主要方面。但“动”与“静”的矛盾贯穿于骨折治疗的始终,是骨折治疗的主要矛盾。在这对矛盾中,动是矛盾的主要方面,是绝对的、永远的、无条件的,而静是矛盾的次要方面,是相对的、暂时的、有条件的。有人曾主张全身、患肢关节和肌肉要动,而骨折端应尽可能地静。任何动对骨折都是不利的,全身、患肢关节和肌肉的动,在不影响骨折固定的前提下进行。也有人主张,在适当的外固定控制下,骨折周围和沿着骨干纵轴肌肉的收缩,可以加强断端的接触或嵌插,因此肌肉的“动”可以达到断端的“静”,即“动中有静、静中有动”。事实上,全身、伤肢及断端都在活动。某些钢板的断裂、螺钉的松动、髓内针的弯曲,就是骨折断端存在活动的有力证明。即便使用坚强的石膏管型,固定范围超过骨折的上下相邻关节,也可能在固定过程中发生再移位。所以,“全身、患肢关节和骨折端都要有动静结合,鼓励有利的动,限制不利的动,加强有利的静,避免不利的静,根据二者的情况适当地相结合。断端的扭转、成角、剪力等不利于骨折愈合的动,应严加控制;因肌肉收缩或有控制的负重,在断端间产生有利于骨折愈合的生理性冲击或挤压活动,应加以鼓励;关节需要活动,但任何可以产生骨折移位、断端扭转、成角、磨擦、肌肉疲劳的活动应加以控制;从全身来讲,一方面为了控制氮负平衡,另一方面为了防止骨萎缩,根据具体情况亦应有静,恰当地配合。”(方先之1962)。这虽然是二十几年前的看法,但对今天及将来的骨折治疗仍有着深刻的指导意义。

## 二、骨折愈合过程的质量互变规律

骨折的愈合是一个非常复杂的生物学和生物力学的质量互变过程。骨折端由液相向固相

的转变,力学的平衡与失衡,胶原受力产生的正电荷与负电荷,显微骨折的发生与修复,骨痂的形成与吸收,都具有一定的量和质,并以一定的度处于统一体中。

骨折愈合过程中的量变与质变是互相联系互相渗透、互相制约的。骨的生理功能就是要承担载荷,但承担载荷的能力是以一定的骨质量为基础的,受量的制约。不同质的骨具有不同的载荷能力,一定量的骨,其载荷能力也受不同质的影响。比如1克松质骨与1克密质骨,其载荷能力是截然不同的。

骨痂由量变到质变的过程,是一种渐进性的,不显著的变化,但它包含了自身构成成分(骨基质、骨胶原、骨细胞及骨矿物质)的增减及结构(毛细血管增生、纤维骨痂形成、骨样骨痂形成、哈佛氏系统形成)的变化。在量变过程中又准备着质变,量变发展到一定程度,超出一定度的范围即发生质变。这是量变对质变的作用,由量变转化为质变。发生质变后,在新的基础上又开始了新的量变,这是质对量的作用,由质变转化为量变。如此循环往复,在质量互变的辩证发展过程中,骨折端的骨痂渐趋成熟,最后达到骨性愈合。

## 三、骨折治疗方法的否定之否定规律

人类有文字记载的骨折治疗方法有二千余年的历史。十八世纪以前,中西医治疗骨折的方法相似,都是用手法复位,木制夹板(也有用皮革、树皮、草杆的)固定,局部外敷药和定期的推拿按摩。这些方法能保证骨折在自然状态下愈合,但畸形愈合时有发生。

对于先期的骨折疗法,有两种截然不同的否定态度。一种是扬弃,是批判的继承;这方面的杰出代表是中国唐代的蔺道人,他在《仙授理伤续断秘方》中明确地提出了骨折治疗中的动静结合问题,并记载了对骨折进行整复、固定、用药及练功的治疗方法。十八世纪后叶法国学者J.P.David(1779)总结自己的经验,认为休息与活动(主动)二者对伤后组织修复都很重要,关键在于二者间应有适当的安

排。另一种态度是绝对否定，全盘抛弃，一笔勾销，毫无保留和继承。这方面的代表人物是十八世纪后一些欧洲学者如Pott（1714—1788），Desault（十八世纪末至十九世纪初），H. Owen Thomas（他的文章发表在1876—1891年间），他们用固定骨折上下关节法或长期不间断地牵引来贯彻他们主张的“骨折愈合需要绝对休息”。与此同时，法国的Lueas. Championniere发现骨折在不固定的情况下也能愈合，且能愈合得更快些。因此，他一反过去百年来“绝对休息”治疗骨折的学说，主张运动配合按摩治疗骨折。他认为运动不但不妨碍且能促进骨折的愈合，除股骨和胫骨骨折他仍用少量局部夹板外，对其他骨折均废除局部固定设施，伤后立即进行运动和按摩疗法。他的疗法固然缩短了骨折的愈合期，但也给不少患者带来畸形愈合。因此，他的方法不能获得推广。

从西医骨折治疗方法的演进过程看，对每一方法的肯定和否定都是辩证的统一，任何治疗方法都是在一定的条件下适应客观的需要而产生的，它的产生具有客观性、必然性，对骨折的治疗起积极的推动作用。但是，随着时间的推移和条件的变化，它逐渐失去了必然性，它对骨折愈合的不利影响越来越为人们所认识，也就失去了它继续存在的条件。于是旧的方法被否定，为新的方法所取代。但是，新的

方法并不是凭空想象出来的，新方法开始是作为一种因素而孕育在旧方法中，它是由旧方法发展来的，它否定旧的方法，不仅克服旧方法中消极无用的东西，而且吸取其中积极有用的成分，并在此基础上取代旧方法。

如果坚持形而上学的否定观，就会把肯定和否定对立起来，要么肯定一切，要么否定一切，其结果只能是走向自己的反面。

五十年代以来，我国骨科工作者吸取前人“动静结合、筋骨并重、内外兼治”的骨折治疗观点，批判地继承了各家流派治疗骨折的经验，创造了不加重局部损伤的闭合复位，不超关节的夹板局部固定，及时合理的功能练习及适当的内外用药这样一套骨折治疗方法。使前人的宝贵经验得以继承，又在现代科学技术的手段的支持下，使骨折疗法又发生了新的突破。疗效有了显著提高，这是唯物辩证法的否定之否定规律的又一具体体现。

骨折治疗的辩证规律生动地证明了恩格斯的伟大论断：“不管自然科学家采取什么样的态度，他们还是得受哲学的支配。问题只在于：他们是愿意受某种最坏的时髦哲学的支配，还是愿意受一种建立在通晓思维的历史和成就的基础上的理论思维的支配。”让我们在临床工作中自觉地运用唯物辩证法，合理地选择应用现有的骨折固定方法，探索新的骨折治疗方法，为保护劳动人民的身体健康服务。

## 压垫加压固定治疗三踝骨折

湖北省沙市中医院骨伤科（434000） 黄福云

**病例** 患者张某，女，43岁。住院号：6865，X片号：10508。由于骑自行车时跌倒，左足呈外翻位着地，当时即感踝部疼痛剧烈，活动功能受限，继而踝关节逐渐肿胀。经专科检查：左踝关节明显肿胀，畸形，局部压痛，踝关节活动功能受限，可触及骨擦音，内外踝上方可见各有2cm×2cm之张力性水泡。X光片示：左胫骨内踝骨折，远端明显向关节内移位，左

腓骨外踝骨折，骨折端稍向外移位，胫骨后踝可见一骨折，无明显移位。诊断：左三踝骨折。

**治疗** 先行手法整复，但复位情况不理想。后根据移位情况设计了用压垫加压固定的方法。其方法：先准备棉质压垫数块，待固定时备用。从X光片见内踝骨折片向关节内移位，故放置一棉质压垫于骨折近端。外踝置一棉

（下转41页）