

· 手法介绍 ·

中医整骨经验心悟

叶劲,熊昌源,林吉良,李浩,刘奎

(湖北省中医院暨湖北中医学院附属医院,湖北 武汉 430061)

关键词 骨折; 正骨手法; 中医骨伤科学

Manipulative experience of TCM YE Jin, XIONG Chang-yuan, LIN Ji-liang, LI Hao, LIU Kui The Affiliated Hospital of TCM College of Hubei, Wuhan 430061, Hubei, China

Key words Fractures; Bone setting manipulation; Orthopaedics-Traumatology (TCM)

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2007, 20(2): 132-133 www. zggszz. com

中医骨伤科历来重视整骨方法,认为它是骨伤科医生必须掌握的基本功。对于有移位的新鲜骨折,必须要在弄清骨折移位机制的基础上,根据骨折复位需要决定复位方法。骨折移位机制认识得越清楚,由之而决定的复位方法就越合理、越轻柔、越巧妙。

1 骨折的基本移位

骨折后可发生重叠、旋转、成角、分离和侧方移位。简单的骨折,只含有其中的 1~2种移位,复杂的骨折可有 3~4种移位并存。即任何一种复杂的骨折移位均可分解为重叠、旋转、成角、分离和侧方移位。同一根骨的两骨折断端不能同时出现重叠和分离移位,临床上分离移位比重叠移位少见。在 2根管状骨并列的部位(如前臂),骨折后可出现交叉移位,这是骨折端发生重叠、旋转、成角、分离和侧方移位而又同时发生交错的结果。出现交叉移位,虽不可能每个骨的骨折端 5种移位兼备,不过至少也会具备其中的 1~2种移位才能构成,所以交叉移位并非是一种独立的移位^[1]。这种移位临床上较为多见,而且整复比较特殊。

2 整复骨折移位的基本方法

整复骨折移位的手法有:拔伸、旋转、端提、挤按、纵压、折顶、分骨,这 7种手法合称整骨的基本手法。由于移位程度有轻重、骨骼有长短、肢体内部抵抗整复的肌肉牵拉力有强弱,因此,需要整复移位的力有大小,而骨折肢体允许整复用力的面积也有大小。这些就决定了同一基本手法,在具体整复用力的方式上会有很大差别,遂从基本手法衍生出许多具体的手法。例如股骨、胫骨、肱骨、指骨骨折发生侧方移位,可分别用前臂、手掌、鱼际、手指挤按整复。分别称为前臂挤按法、手掌挤按法、鱼际挤按法和手指挤按法(见图 1)。

3 整骨手法的活用

骨折移位常多是沿着某一条轨迹形成的,这一轨迹的方向就是造成这几种移位的几个外力的合力方向,应该把整复这几种移位的手法有机地结合在一起使移位的骨折端从相反的方向沿着移位的轨迹复位。通过转动的手法,使嵌夹在骨折断端周围的软组织得以松解。治疗骨折应时时注意保护软组织,这是骨折能否顺利愈合的一个重要因素。

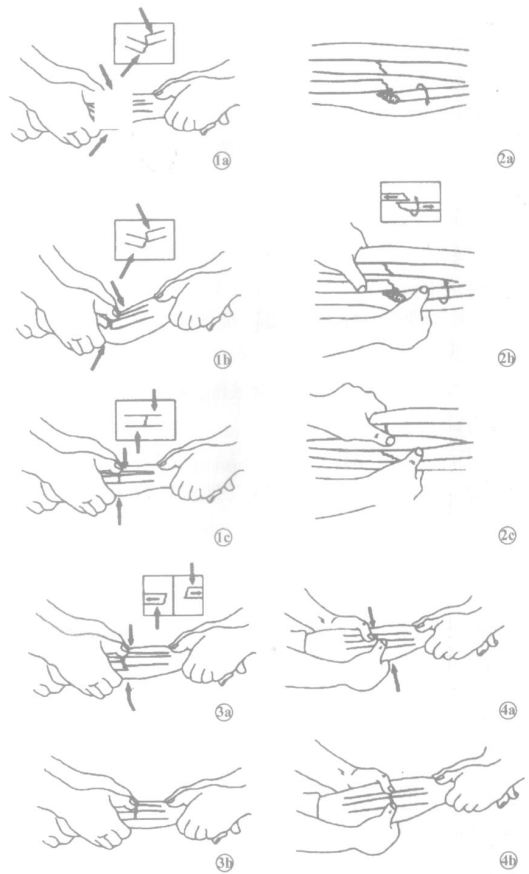


图 1 反折手法 1a 顺势推挤; 1b 加大成角; 1c 反折,骨折已复位
图 2 回旋手法 2a 旋转移位; 2b 回旋; 2c 骨折已复位
图 3 端提手法 3a 端提; 3b 骨折已复位
图 4 捺正手法 4a 捺正; 4b 骨折已复位 (摘自张英泽·《临床创伤骨科学》)

4 持续牵引的整骨作用

造成骨折移位的力有外力、肌肉牵拉力和肢体重力。损伤过程的结束,外力的作用也就消失了。但肌肉牵拉力和肢体重力仍然在起作用,必须克服这两种力的有害影响,并尽量争取把这种有害的消极因素转变为促进骨折整复的积极因

素。位于长管状骨周围的肌肉大多是纵向收缩的,肌力的中心线在骨骼的纵轴上。当纵向牵引时,周围的肌肉张力有一个把骨折端推向中心线的趋势。正因如此拔伸又是其他某些移位的整复基础。肢体重力可使骨折移位,但又可帮助骨折复位。脊柱骨折悬吊复位法,就是一个利用肢体重力整复骨折移位。熊昌源等^[2]曾报道一组 104例股骨干骨折骨牵引复位、小夹板固定和功能练习,除 2例因过度牵引发生分离移位改行其他方法治疗外,其余 102例全部治愈。股骨干周围有丰厚的肌肉,强大的外展肌群止于大转子,而与之拮抗的内收肌群则止于股骨干与髁部的内侧,由于止点平面不一,一旦发生骨折,容易移位。这种移位不能只靠手法复位,一般都需要骨牵引复位。做好骨牵引是复位的关键,也是夹板压垫发挥作用的基础。顾云伍^[3]认为股骨髁上牵引比胫骨结节牵引优越。熊昌源教授临床研究认为:从复位效果看股骨髁上牵引优于胫骨结节牵引;但前者不仅有碍夹板安放和针孔护理,而且有增加膝关节肿胀,形成髁上囊粘连的可能。对成年病例,用斯氏针牵引比用克氏针牵引稳定。然而最重要的还是穿针方向要正确,一定要使牵引针与股骨干的纵轴垂直并与水平面平行。只要方向正确,在牵引下,通过股骨干周围的“肌肉夹板”作用,移位可自行纠正。方向不正确,不仅复位困难,夹板压垫亦不容易发挥作用。即使复位成功,也容易再移位。再者穿针方向不正确,两侧针端牵拉力不平衡,受力多的一端易被拉豁,针道松动、感染。此外牵引针方向不正确,可以发生下肢外旋,使腓总神经受压。

5 夹板固定、压垫安放、肢体摆放的整骨作用

一般来说骨折的近端相对比较稳定,所以整复时应以远端对近端,即所谓“子骨对母骨”。如前臂双骨折如果骨折平面在旋前圆肌止点以上则把前臂置于旋后位整复。如果骨折平面在旋前圆肌止点以下则把前臂置于中立位整复,利用前臂骨间膜的张力而作用于两根骨的骨折端。叶劲等^[4]报道采用手法复位、腕背伸位小夹板固定一组 Colles骨折 34例,根据 1975年天津全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会所拟定骨折疗效标准草案评定,优良率达 92%。生物力学研究表明,腕关节主要承力支柱包括桡骨远端关节面、月骨、舟状骨近端 2/3,小多角骨和第 2、3掌指关节。Colles骨折破坏了这一支柱的连续性,必然使附着于第 2、3掌骨基底的腕伸肌对骨折对位产生影响。所以治疗 Colles骨折时无论使腕关节处于什么位置上固定,均可因上述原因发生不同程度的再移位。复习解剖,桡腕关节掌背侧韧带均起于桡骨下端,止于第 1排腕骨。Gupta^[5]认为腕背侧韧带限制了近排腕骨屈曲,而腕间关节缺乏韧带的控制,力量强大的腕桡侧伸肌力将近排腕骨连同桡骨远折端转向背侧,其变形力的作用方向与移位方向一致。腕关节背伸时的情况正好相反,有利于骨折的复位与稳定。桡腕关节的运动与腕骨间关节的运动同时作用,手在背伸和掌屈时,近排腕骨对桡骨的位置关系急剧改变。背伸时近排腕骨在桡骨远端关节面上向前移动;掌屈时则正好相反。由此推测,掌屈时应力通过桡骨远端关节面的背侧,偏离了中心点,使桡骨远折端转向背侧;背伸时则相反。

Colles骨折后无论关节处于什么位置,腕伸肌倾向于增加骨折远端向背侧移位,腕屈肌则促使骨折端的复位。为了使 Colles骨折达到良好的复位固定,使腕伸肌的作用减少,最佳的固定位置是背伸位。腕背伸位时,掌侧的韧带紧张,呈牵拉骨折块向掌侧的趋势,其变形力的一个分力趋使骨折复位。Colles骨折端背侧骨膜常被撕裂而未完全横断,呈铰链样,其作用可以成为一种重要的稳定因素。固定时骨折部位掌屈能最好地利用背侧骨膜的铰链样作用,但不必将腕关节维持在掌屈位。小夹板固定治疗 Colles骨折可以利用压垫防止桡骨远端向背侧和桡侧移位。如果忽视了这一点而一味强调腕关节的背伸固定,那么骨折断端所受应力与致伤暴力的方向一致可以加大骨折远折端的移位,其结果适得其反。小夹板加压垫既可防止桡骨远端的背侧和桡侧移位,又不妨碍腕关节的背伸位固定。

6 功能锻炼的整骨作用

脊柱胸腰段单纯屈曲压缩性骨折患者的前纵韧带一般没有断裂,这是采用垫枕练功法治疗的解剖学基础。在伤椎后凸处垫枕和进行腰背伸肌功能锻炼时,脊柱被动或主动后伸,前纵韧带张力增加,使压缩楔变的椎体前方所承受的牵张力正好与受伤时所承受的压应力相反,在前纵韧带椎间盘前部纤维环的张力作用下逐渐复位。叶劲等^[6]曾从生物力学角度,分析传统的拱桥式方法与臀肩式练功方法的不同之处,认为拱桥式采用挺腹动作,力量作用于原本略向前凸的腰段脊柱,再通过铰链效应,间接传递,产生脊柱胸腰段的背伸动作。臀肩式采用挺胸动作,脊柱胸腰段处于脊柱铰链的最高点,力量集中在略向后凸的胸腰段脊柱,使整个胸腰段呈完全伸展位,更有利于压缩椎体的复位。熊昌源等^[7]认为:脊柱胸腰段屈曲压缩性骨折的主要问题是后遗腰背疼痛。其原因主要是腰背肌肉萎缩,骨质疏松,软组织的粘连和瘢痕。患者通过背伸肌收缩为主的练功活动,不仅不会发生肌肉萎缩,而且可能比受伤前更发达。强大的背伸肌是脊柱稳定和和功能活动的重要条件。由于练功活动,脊柱骨骼保持着正常的新陈代谢,因而可防止或减轻骨质疏松。练功活动能行气活血、祛瘀消肿、减少粘连、软化瘢痕。因此患者只要能进行合理的练功活动,即使压缩椎体复位不理想,同样能预防后遗腰背疼痛,获得满意的治疗效果。

参考文献

- 1 熊昌源. 整骨手法初探. 湖北中医杂志, 1984, (6): 5-7.
- 2 熊昌源, 白书臣, 尹晓光, 等. 股骨干骨折的治疗体会. 中国中医骨伤科杂志, 1988, 4(3): 30-32.
- 3 顾云伍. 骨牵引复位小夹板固定及功能练习治疗成人股骨干骨折. 中华骨科杂志, 1983, 3(2): 108.
- 4 叶劲, 白书臣. 腕背伸位小夹板固定治疗 Colles骨折机理分析. 中医正骨, 1997, 9(1): 9-10.
- 5 Gupta A. The treatment of Colles fracture. Immobilisation with the wrist dorsiflexed. J Bone Joint Surg (Br), 1991, 73: 312-315.
- 6 叶劲, 白书臣. 臀肩式练功治疗脊柱胸腰段压缩骨折. 中国骨伤, 1995, 8(2): 18.
- 7 熊昌源, 孙昌慈, 郭金星, 等. 垫枕练功法治疗脊柱胸腰段屈曲压缩性骨折疗效分析. 湖北中医杂志, 1989, (6): 36-37.

(收稿日期: 2006-03-15 本文编辑: 王玉蔓)