

· 流派菁华 ·

顾氏伤科正骨经验

沈钦荣, 孟永久, 叶斌

(浙江省绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000)

摘要 顾氏伤科始于清初的顾士圣, 盛传 9 代, 已有 200 多年历史, 为浙江省著名伤科, 具有独特的治伤经验和丰富的中医药文化内涵, 现已被列入绍兴市非物质文化遗产名录。顾氏伤科重视诊断, 急缓有别; 注重手法整复, 强调心明手巧; 擅长夹板固定, 强调“四要一原则”; 强调筋骨相连, 一发全身。本文对顾氏伤科的正骨经验作了简单总结分析。

关键词 正骨疗法; 中医流派; 中医学术发掘

顾氏伤科始于清初的顾士圣, 盛传 9 代, 已有 200 多年历史, 为浙江省著名伤科, 具有独特的治伤经验和丰富的中医药文化内涵, 现已被列入绍兴市非物质文化遗产名录。顾氏伤科临证重视法药并蓄, 内外兼治; 正骨复位, 强调一个“活”字, 突出一个“巧”字; 遣方用药, 围绕一个“和”字, 不忘一个“养”字, 造诣颇深, 自成一派。顾氏伤科原秘不外传, 至建国后才开始广收门徒以传其术。顾氏伤科第 5 代传人顾凤来总结前辈的经验, 编著了《医录》一书^[1-3]。现根据《医录》所载及顾氏后人所述, 将其正骨经验简述如下。

1 重视诊断, 急缓有别

顾氏伤科把诊断放在治伤的首位; 认为诊断是治伤的第一步, 只有辨得明, 方能医得真^[4-5]。《医录·跌打损伤穴道要诀》曰: “凡伤须验在何部位, 按其轻重, 明其脏腑经络, 又验其生死迟速, 然后从症用药为当。”顾氏伤科认为, 验伤首从大处着眼, 急者为先, 不为局部所限。《医录·受伤吉凶看法》曰: “一看两眼, 内有淤血, 白睛必有红筋。血筋多淤血亦多, 白筋少淤血亦少。看眼活动有神, 否则难治。二看指甲, 将指甲掀起, 放即还原色者易治, 少后还原者难治, 紫黑色不治。三看阳物, 不缩者易治, 缩者难治。四看脚甲, 与手同看法。五看足底, 红活者易治, 黄色者难治。五者全犯者不治, 如犯一二、尚可救治。”顾氏伤科还特别重视某些致命部位伤情的诊断。《医录·穴道看法》曰: “天灵盖骨碎, 髓出者不治; 两太阳穴重伤者难治; 截梁(即喉)打断不治; 塞(即结喉下、横骨

上、空潭上)打断不治; 心坎(即人字骨)打断晕闷, 久后必血汛; 百劳穴、天柱骨断者不治; 尾子骨、两肾打碎, 或哭或笑, 不治。”

顾氏伤科认为, 手摸心会是诊断伤科的重要手段, 也是最见功夫之处^[6-7]; 正骨之首务, 必知其体相, 识其部位, 以明确骨折移位情况、脱臼方位、损伤程度等。《医录·症药之辨》指出: “摸触肌肤, 察其体相, 审理症脉, 以明诊断。”顾氏伤科通过触摸、压挤、叩击、摇晃、转旋等手法诊断有无骨折脱臼、损伤程度或内损外伤, 如用压挤之法诊断肋骨骨折; 以纵向叩击远端传导性压痛, 诊断脊柱实质性病变、胫骨骨折等; 以轻度摇晃、轻旋之法, 诊断长骨骨折等。

2 注重手法整复, 强调心明手巧

《医宗金鉴》曰: “手法者, 诚正骨之首务哉”。手法整复是治疗骨折、脱位的重要手段。顾氏伤科十分强调手法整复的重要性, 认为整复手法的正确与否及其熟练程度, 是治疗骨折、脱位成败的关键^[8]。顾氏在《医录·接骨入骱奇妙手法》和《医录·布式》中记录了整复手法的适应证、要领, 并指出施术者须“心明手巧”, 切忌漫无目的, 强拉硬推, 动作粗暴。顾氏伤科特别注重“心悟”, 认为“法之所施, 使患者不知其痛, 方称为手法也”“上骱不与接骨同, 全凭手法及身功”等。

顾氏整复脱臼手法可概括为“理、捺、端、入”四字。“理”是术前的准备。复位前先以按摩手法, 柔其筋络, 然后按其脱出的方向和部位, 以刚柔相济的劲力和四两拨千斤的巧力, 通过拔伸、按捺、端托、旋转、屈曲等手法使其入位。《医录·接骨入骱奇妙手法》曰: “跌打损伤, 筋骨多有受其累者, 若骨不能对, 医者必须捏骨平复。”“惟肩骱与膝骱相似, 膝骱送上有力,

基金项目: 2014 年浙江省中医药科学研究基金项目(2014ZB123)

通讯作者: 沈钦荣 E-mail: sq. 88619257@163. com

肩胛送下亦有力。可上之先,将一手上按住其肩,一手按住其手,缓缓转动,使其筋舒。令患者坐于低处,使一人抱住其躯,医者两手捏其肩,抵住其肩骨,将膝夹住其手,齐力而上,绵裹如鹅蛋大,落在胯下。外贴损伤膏,内服羌活桂枝汤,再用吉利散调治而安。”

顾氏整骨手法,可归纳为四字、八法。四字即“柔、拔、捏、合”。复位前,先柔其筋,缓解肌肉紧张,以分离嵌入骨折断端的肌筋,然后以“欲合先离,离而复合”的原则,选用伸牵拔、屈牵拉等不同手法进行牵拔(切忌过度牵拔);再以捺压(捺正错位,使“突者复平”,是矫正侧方移位的重要手法)、捏挤(挤压分离或粉碎之骨片,是处理锁骨骨折移位或捺平粉碎性骨折之法)、推碰(用相对之力推送移位或分离之骨片,使其吻合,适用于髌骨骨折)、提掣(将凹陷之断骨上提复平)、分骨(夹挤并列两骨断端靠拢之间隙,矫正移位,使间隙恢复正常)、折旋(加大成角纠正呈锯齿形骨折的重迭畸形)或用回旋之法(矫正斜形背侧错位畸形)等复合其位。上述手法概括起来即为八法:捏挤压捺法、提掣复平法、对捺挤压法、拉颤压纳法、推送抱合法、屈伸牵捺法、挤捺分骨法、折旋矫正法。八法之间相互关联,施术时需要几种手法同时配合,做到术前“心明”,施术时“手巧”。对于脱臼合并骨折,先将脱臼复位再接骨;对于多处骨折者,先处理稳定性骨折,再处理不稳定性骨折;对于合并粉碎性骨折者,先行单纯骨折对位,再处理粉碎性骨折;对于患肢肿胀瘀血严重者,先消瘀退肿,再行整复术。顾氏伤科重视手法整复、强调临证时灵活应变的思想与历代伤科医家的思想不谋而合^[9-10]。

3 擅长夹板固定,强调“四要一原则”

顾氏伤科擅长夹板固定,特别强调“四要一原则”。顾氏在《医录·布式》中记述:“如断,方可绑缚,先贴接骨膏,棉布包裹,用杉板四片,按其患处,再将棉布三条与板均齐。”其方法可以归纳为“四要一原则”。四要指包扎要平整、松紧要恰当、夹板要适中、复查要经常。平整指外敷的膏药要平直,缠扎要平齐,即使为加强有效固定或矫正残余畸形而加以衬垫,也要符合平整的要求;夹板的松紧度指在不影响气血循环的前提下,以夹板略能移动为准,且固定后肤色与健侧相同,肌肤无冰凉感,肢体无麻木感,所测脉动正常;在不影响固定的原则下,夹板之类的固定器械尽量少绑缚,夹板之间应留有一定的空隙,而且

要对称,且超关节固定尽量少用;夹板固定 2~3 周内要勤检查夹板的松紧度、肿胀消退等情况。

一原则指“七上八落”,七、八指时间限度;上、落指正骨、夹缚的措施。“七上”的要求:①骨折尽量在 7 d 内复位。若伤后血肿较轻,应伤后马上复位,力求一次复位成功;若瘀肿严重,不宜即刻复位,应给予消肿祛瘀之内服、外治法,待瘀肿消退后再行复位,但要把握整复时机,原则上不超过 7 d。②骨折后 7 d 内夹板固定宜松不宜紧。因术后往往会增加瘀肿,过紧会加剧瘀肿,造成肢体过度受压而出现缺血性坏死的严重后果。③复位固定后 7 d 内要勤查患肢。每日或隔日复查患肢 1 次,若瘀肿增剧,则略松其夹板;若瘀肿消减,则紧其夹板,以防移位。“八落”指复位固定 7 d 后瘀肿渐趋消退,则夹板宜紧固,但亦要松紧适度,随时注意防止夹板松动,以防止骨折再移位;并随时检查肿胀、肤色、肤温等情况,原则上每周复查、换药 1 次;开始适当功能锻炼(不稳定性骨折则应推迟功能锻炼,或注意功能锻炼的形式及活动量)。顾氏伤科认为,在不影响骨折移位、愈合的前提下,夹板固定时间尽量要短,一般固定 4~6 周可解除夹板,但是对于股骨骨折、胫腓骨骨折等,应固定 8 周左右;夹板固定时间不易过长,否则会造成肌肉萎缩、关节僵直等。顾氏祖传的小夹板是杉木片,沿用至今已改换为竹片夹板。竹片具有较好的韧性,能起到坚强固定的作用而不易劈裂或折断,并有一定弹性,能适应肢体肌肉舒缩变化的生理要求,质轻易于塑形,适合体形的要求^[11]。

4 强调筋骨相连,一发全身

顾氏伤科重视筋与骨的关系,筋骨并重^[12]。顾氏认为治疗骨伤科病不能仅着眼于骨、着眼于局部,应谨遵薛己“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和,岂可纯任手法而不求之脉理,审其虚实,以施补泻”之意;提出骨伤者每损及筋,局部所损常累及全身,伤于外易累及里;身体损伤后不仅需要注重气血,且须顾及脏腑不同^[13-15]。《医录·接骨入骹奇妙手法》指出:“跌打损伤,筋骨多有受其累者”“跌打损伤,虽损筋骨,而多累及全身。”《医录·跌打损伤穴道要诀》指出:“伤胸者,伤久必发嗽,胸高气满,面黑发热;伤两肋者,两肋痛者,肝火有余,实火盛之故也;左肋痛者,亦有痰与食也;凡跌踢打仆损伤,须看得痛真,验得脉确,辨明脏腑。医者宜斟酌,

视病而施治,行之慎之。”

5 参考文献

- [1] 沈钦荣. 绍兴医药文化[M]. 北京:中华书局,2004:10-12.
- [2] 张居适,沈钦荣. 越医薪传[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:581-590.
- [3] 沈钦荣. 顾氏伤科及其家传秘本《医录》简介[J]. 浙江中医杂志,2015,50(3):184.
- [4] 张建华. 《正骨心法要旨》伤科学术思想探析[J]. 安徽中医学院学报,2004,23(4):4-6.
- [5] 邹善祥,陆翔. 近 40 年中医伤科诊法研究进展[J]. 中医药临床杂志,2015,27(3):445-450.
- [6] 孟春,王人彦,胡柏松,等. 浙江富阳张氏伤科(张绍富)正骨经验总结[J]. 中医正骨,2010,22(1):63-64.
- [7] 钱忠权. “摸法”在骨折诊断上的应用[J]. 江苏中医,1988,20(3):22-23.
- [8] 王平,古恩鹏,李远栋,等. 叶氏伤科(叶希贤)正骨经验介绍[J]. 中国中医骨伤科杂志,2011,19(7):64-65.
- [9] 沈钦荣. 古代医家正骨特色探要[J]. 中医文献杂志,2002,37(2):35.
- [10] 沈钦荣. 传统伤科学辨治特色探析[J]. 中医药临床杂志,2008,20(1):78-79.
- [11] 沈钦荣. 古代中医正骨器具初探[J]. 中医药临床杂志,2007,19(5):513-514.
- [12] 孙贵香,郭艳幸,何清湖,等. 平乐正骨筋骨互用平衡论——平乐正骨理论体系之平衡理论研究(二)[J]. 中医正骨,2012,24(10):73-77.
- [13] 孙贵香,郭艳幸,何清湖,等. 平乐正骨五脏协调平衡论——平乐正骨理论体系之平衡理论研究(四)[J]. 中医正骨,2012,24(12):79-82.
- [14] 王战朝,马珑,郭艳锦,等. 调理气血为骨伤科疾病治疗的总则——郭维淮学术思想撷英[J]. 中国中医骨伤科杂志,2007,15(1):64-66.
- [15] 周太安,潘良春,屈本君,等. 正骨手法的现状和探讨[J]. 中医正骨,2002,14(2):43-44.

(2015-08-10 收稿 2015-09-17 修回)

· 通 知 ·

全国水针刀微创技术及中医筋骨三针法学习班通知

水针刀微创技术、中医筋骨三针疗法是由北京世针联中医微创针法研究院院长吴汉卿教授经过 30 余年潜心研究,在传统九针、刀针、水针疗法、针挑疗法、运动针法及太极针法基础上,根据中医经筋学说及软组织解剖学所总结的融中西医针法于一体的中医微创技术。该技术已被纳入国家中医药管理局“中医医疗适宜技术”,写入全国高等中医药院校创新教材,确定为中医药 I 类继续教育推广项目。该技术问世以来,全国性培训班已成功举办 200 余期,培训学员数万名,学员来自国内包括台湾、香港等地区及国外,如:马来西亚、新加坡、韩国、俄罗斯、澳大利亚、美国等,其“短、平、快”的治疗特点受到了国内外专家及广大学员的好评。为满足广大医师要求,继续举办学习班,培训内容如下。

水针刀微创技术、三氧融盘技术 ①水针刀微创技术结合三氧融盘技术治疗软组织损伤病,如:颈椎病、肩关节周围炎、肘关节病变、腕管综合征、腰椎间盘突出症、膝关节病变、坐骨神经痛、臀上皮神经痛、风湿类风湿关节炎、腱鞘炎、跟痛症等骨伤疼痛疾病。②水针刀尸体解剖微创入路内容:该班在医学院解剖馆进行,结合新鲜尸体全面讲解人体全身三维解剖以及三针法定位、进针方向、针下层次、危险区的划分、常用针法及操作技巧等内容,学员能自己动手练习。

中医筋骨三针疗法 中医筋骨三针疗法分为微型筋骨三针疗法与巨型筋骨三针疗法 2 种,微型筋骨三针疗法的优点:该针具针体细如银针,创伤微、痛苦小,融合了中医针法和西医刀法,定位独特,针法灵活多变,既有微创针刀的松解分离功能,又有针灸的补泻候气、疏通经络功能;该疗法主治:中风偏瘫、失语症、三叉神经痛、面瘫、肋间神经痛、坐骨神经痛、皮神经卡压症、四肢末端病等。巨型筋骨三针疗法的优点:该针法有钝性松解、安全可靠、通透力强、松解力度大等特点。其主要针法有:筋膜扇形撬拨法、筋骨减压术、椎间孔针旋转术等 10 大针法;该疗法主治:颈腰椎术后综合征、腰椎管狭窄症、强直性脊柱炎驼背、颈 1 横突综合征、颈 7 棘突综合征等临床疑难病。同时培训水针刀松解埋线技术内容:脊背九大诊疗区,应用水针刀松解、注射、磁线留置并配合整脊手法快速治愈颈性心脏病、颈性咽炎、面瘫、癫痫、慢性支气管炎、哮喘、胃炎、胃溃疡、结肠炎、生殖疾病等;并教授三氧自血疗法治疗心脑血管疾病,乙肝、丙肝、脂肪肝等肝病,妇科疾病及皮肤病性病等。

培训时间:每月 1 日正式上课,学期 12 天,请提前 1 天报到。

培训方式及待遇:学习班由吴汉卿教授主讲,采用小班授课,理论结合临床实习和尸体解剖操作,学期结束后颁发培训证书及 I 类继续教育学分证书。

培训地址:①北京班地址:北京市东城区广渠门内夕照寺街东玖大厦 B 座 703 室,北京世针联中医微创针法研究院。②河南南阳班地址:河南省南阳市仲景路与天山路口,水针刀研究院。

联系电话:400 8377 618 **联系人:**黄建老师 13721820657,0377-63282507

网址:www.shuizhendao.com (中华水针刀微创网)