

· 学术探讨 ·

明清时期中医骨伤科的治疗技术初探

王明亮¹, 梁明¹, 田增辉², 杨丽¹, 王功国¹, 尹世昌¹

(1. 日照市中医医院, 山东 日照 276800; 2. 山东中医药大学, 山东 济南 250355)

摘要 明清时期的中医骨伤科医家在归纳、总结前人经验的基础上提出了新的理论和治疗方法, 为中医骨伤科的兴盛奠定了基础。本文从手法、固定、功能锻炼 3 个方面, 对明清时期中医骨伤科的治疗技术进行了初步探讨。

关键词 中医骨伤科学; 中医学术发掘; 明清时期

明清时期是中医骨伤科的兴盛时期, 这一时期的骨伤科医家在总结前人经验的基础上提出了新的理论和治疗方法, 形成了不同的骨伤科学术流派, 如以内治法为主的“平补派”^[1]、以手法治疗为主的“武术伤科派”^[2]等。深入发掘明清时期的中医骨伤科治疗技术, 有助于厘清骨伤科复位、固定和功能锻炼等的历史源流^[3], 能够为骨伤科疾病的治疗提供参考。为此, 我们对明清时期中医骨伤科的治疗技术进行了初步探讨。

1 手 法

1.1 摸 法 摸法既是诊断方法, 又是治疗手法。骨折后, 可以通过触摸大概了解骨折的移位情况, 从而采用合适的复位方法; 骨折复位后, 可以通过触摸大概评估复位效果。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载: “摸者, 用手细细摸其所伤之处。”岭南林氏正骨流派继承和发扬了摸法, 注重摸法在临床治疗中的应用, 认为摸法是了解损伤情况的重要方法^[4]。

1.2 拔伸法 拔伸法是一种通过拔伸牵引对抗肌肉组织的力量, 矫正骨折的重叠移位, 恢复肢体长度的手法。《普济方》载有“手掌根出臼……若只用手拽, 断难入窠。手臂出臼……此骨须拽手直”, 其中“拽”即拔伸法, 常用于整复桡骨远端骨折、肩关节脱位、髋关节脱位、胫腓骨骨折。《证治准绳》载有“凡搏捺, 要手法快便, 要皮肉相执平正, 整拔亦要相度难易, 或用三四人, 不可轻易”, 其中“整拔”即拔伸法。《伤科汇纂》强调“徐徐拔伸”, 认为应用拔伸法时不能暴力

操作, 避免加重软组织损伤。拔伸法还可作为肩周炎的辅助疗法, 有助于减轻肩部疼痛、改善肩关节运动功能^[5]。

1.3 搜摇动授法 搜摇动授法即摇摆触碰法, 是通过摇摆震动骨折远端以寻求骨折近端对合的一种手法。《普济方》首载搜摇动授法, 其中有关该法治疗踝关节骨折的记载为“令病人正坐倒, 一手拿病人脚腕, 一手拿脚大趾, 搜摇动授, 捏骨入臼平正”。搜摇动授法主要用于治疗横形、短斜形或锯齿形骨折, 也可用于治疗儿童尺桡骨双骨折、陈旧性桡骨远端骨折畸形愈合^[6]。

1.4 屈曲伸舒法 屈曲伸舒法不仅用于整复骨折脱位, 也用于伤后功能锻炼。《普济方》中有关屈曲伸舒法的记载相对多见, 如治疗胫腓骨骨折的“伸舒扯拽脚跟对齐”、治疗肘关节脱位的“一伸一缩, 摇动二三次”等。

1.5 端 法 端法类似于端挤提按法, 主要用于纠正骨折的侧方移位。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载: “端者, 两手或一手擒定应端之处, 酌其重轻, 或从下往上端, 或从外向内托, 或直端、斜端也。”端法联合小夹板固定治疗桡骨远端骨折, 操作简单、效果良好, 具有“简”“便”“效”“廉”的优势^[7]。

1.6 拽提法 拽提法类似于牵引法, 适用于整复肌肉丰厚部位的骨折脱位或单纯依靠手法无法纠正的重叠移位。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载: “提者, 谓陷下之骨, 提出如旧也。其法非一, 有用两手提者, 有用绳帛系高处提者, 有提后用器具辅之, 不致仍陷者, 必量所伤之轻重浅深, 然后施治。倘重者轻提, 则病莫能愈; 轻者重提, 则旧患虽去, 而又增新患矣。”这提示实施牵引法时应注意牵引重量, 避免牵引重量过大造成不必要的损伤。

1.7 捏 法 捏法类似于夹挤分骨法, 主要用于整复尺桡骨或胫腓骨骨折。尺桡骨或胫腓骨骨折后, 因

基金项目: 山东省中医药科技项目 (2020Z49); 山东省中医药科技发展计划项目 (2019-0802); 山东省中医药高层次人才培育项目 (鲁卫中医药科教字〔2021〕6 号); 日照市医学学科带头人和骨干医师项目 (日卫办字〔2021〕7 号)

通讯作者: 王明亮 E-mail: mingliang_wang@163.com

为骨间膜的牵拉,骨折端会向中间成角移位,呈“背靠背”状。复位时需要在两骨之间进行夹挤和分骨,从而恢复肢体的力线。《普济方》中有关捏法的记载有“令患人正坐,用手拿患人胳膊伸舒,揣捏平正”和“如骨折处,再用手按捏骨平正”等。

1.8 足攀法 足攀法即拔伸足蹬法或手牵足蹬法,主要用于肩关节、髋关节脱位或前臂骨折。《伤科汇纂》对足攀法的记载相对较多,如治疗“肘弯骨搓出”的“手拉同足攀,骨平筋自伸”,以及“攀法如何攀,两人抵足眠,足踏臀尻上,手捧胫跗边,手仗身势捷,足趁腿力便,静听骨内响,其患即安然”等。手牵足蹬法是前臂骨干骨折的常用复位方法,联合夹板固定可以获得良好疗效^[8]。

1.9 接法 有关接法的记载首见于《医宗金鉴·正骨心法要旨》,如“接者,谓使已断之骨,合拢一处,复归于旧也”,然而书中没有记载接法的具体操作过程,而仅记载了外伤后关节脱位、简单骨折、凹陷性骨折、粉碎性骨折、侧方移位型骨折均可通过手法复位和(或)器具固定达到“接”的目的。

1.10 杠杆法 杠杆法是运用杠杆原理进行复位操作的一系列方法的总称。《江氏伤科学》载“凡肩甲骨出,用椅圈将软衣垫好,令伤人坐圈中,使一人捉定,以绢缚之”,此即椅背复位法治疗肩关节脱位,而椅背复位法即属于杠杆法。此外,《证治准绳》所载“肩胛上出臼……须用春杵一枚,矮凳一个”,这种用春杵复位肩关节脱位的方法也属于杠杆法。

1.11 按法和摩法 按法和摩法是最为常用的理筋手法,主要用于治疗软组织损伤。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“按者,谓以手往下抑之也。摩者,谓徐徐揉摩之也。此法盖为皮肤筋肉受伤,但肿硬麻木而骨未断折者设也,或因跌扑闪失以致骨缝开错,气血壅滞为肿为痛,宜用按摩法。按其经络以通郁闭之气,摩其壅聚以散瘀结之肿,其患可愈。”按法和摩法可以解除肌肉痉挛、减轻局部疼痛,有利于促进损伤软组织的修复。此外,按法和摩法还具有温经通络、祛风散寒、调和气血等作用^[9]。

1.12 推法和拿法 推法和拿法具有松解粘连、理顺筋络的作用,还可以通过经络的传导作用于全身^[10]。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“推者,谓以手推之,使还旧处也。拿者,或两手一手捏定患处,酌其宜轻宜重,缓缓焉以复其位也。”推法和拿法不仅可用于治疗外伤

引起的“筋出槽、骨错缝”,还可用于骨折术后康复^[11-12]。

2 固定

2.1 固定工具

2.1.1 裹帘 裹帘是用白布做成的一种固定或辅助固定器具,主要用于不适合采用夹板固定的筋伤、骨折或脱位。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“因患处不宜他器,只宜布缠,始为得法,故名裹帘,其长短阔狭,量病势用之。”《伤科补要》载有“其骹出者,一手抬住其脚踝骨,一手扳住脚后跟拔直,拨筋正骨,令其复位。其骹有声,转动如故,再用布带缚之,木板夹定”,此即裹帘联合木板固定治疗踝关节骨折脱位。《伤科汇纂》采用“用带兜其手臂,悬于项下”治疗肱骨骨折,其中“带”也属于裹帘。裹帘还可用于跗外翻截骨矫形术后局部固定,可以提高整体疗效^[13]。

2.1.2 披肩 披肩首载于《医宗金鉴·正骨心法要旨》,主要用于肩部骨折脱位的固定,书中有关披肩的记载为“披肩者,用熟牛皮一块……凡两肩扑坠闪伤,其骨或断碎,或旁突,或斜努,或骨缝开错筋翻……复以披肩夹住肩之前后”。

2.1.3 攀索和叠砖 攀索和叠砖的具体用法和用途为:患者两手握住悬于高处的绳索,脚踩在叠在一起的砖块上,然后逐个取出脚下的砖块,使患者在自身重力的作用下过伸脊柱,从而复位屈曲型胸椎或腰椎骨折。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“攀索者,以绳挂于高处,用两手攀之也。叠砖者,以砖六块,分左右各叠置三块,两足踏于其上也。”

2.1.4 通木 通木多用杉木制成,可以塑形,主要用于胸椎或腰椎骨折的固定,具有局部制动和维持复位等作用。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“用杉木宽三寸,厚二寸,其长自腰起,上过肩一寸许,外面平整,向脊背之内面刻凹形,务与脊骨膂肉吻合。”

2.1.5 腰柱 腰柱类似于腰围,主要用于腰椎骨折的固定,可以限制腰部的活动。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“腰柱者,以杉木四根,制如扁担形,宽一寸,厚五分,长短以患处为度,俱自侧面钻孔,以绳联贯之……若腰节骨被伤错笋,膂肉破裂,筋斜伛偻者,用醋调定痛散,敷于腰柱上……用宽长布带,绕向腹前,紧紧扎裹。”

2.1.6 杉篱和竹帘 杉篱和竹帘类似于杉树皮夹板,主要用于四肢长管状骨骨折的固定。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“杉篱者,复逼之器也。量患

处之长短阔狭、曲直凸凹之形,以杉木为之……竹帘者,即夏月凉帘也,量患处之大小长短裁取之。”

2.1.7 抱膝 抱膝多采用竹圈和麻线制成,主要用于髌骨骨折的固定,既可以维持复位效果,又不限制膝关节的活动。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“抱膝者,有四足之竹圈也。以竹片作圈,较膝盖稍大些,须再用竹片四根,以麻线紧缚圈上,作四足之形,将白布条通缠于竹圈及四足之上,用于膝盖,虽拘制而不致痛苦矣。”

2.2 固定方法 明清时期骨伤科医家对外固定方法进行了较多改进,其中最为著名的是夹板超关节固定法,这种固定方法既可以维持复位效果,又不完全固定关节,有利于关节功能的恢复。

2.2.1 肘部骨折固定 《伤科汇纂》载有夹板超肘关节固定治疗肘部骨折的方法:“其夹须用杉木皮一大片,能容肘撑尖处,折转可动,其宽以患处粗细为则……若骨碎……须用正副夹缚。”这种固定方法是用大块杉木皮放在肘后做主夹板,在尺骨鹰嘴处夹板上开洞,再将副夹板放在上臂和前臂的内侧和外侧,然后与主夹板捆扎到一起。捆扎时注意在上臂和前臂的副夹板中间留出部分空隙,便于肘关节适度屈伸。

2.2.2 桡骨远端骨折固定 《普济方》载有夹板超腕关节固定治疗桡骨远端骨折的方法:“再用夹,向背一片长,托在手背后;向面一片短下,在掌按处;向小指一片长下,在指曲处;向大指一片短下,在高骨处,三度缚之。”这种固定方法即背侧、尺侧夹板超腕关节固定,可以限制骨折端向背侧和尺侧移位,同时不影响掌指关节活动,既能促进局部血液循环,减轻肿胀,又能防止掌指关节和腕关节僵硬。

2.2.3 髌骨骨折固定 《医宗金鉴·正骨心法要旨》载有抱膝圈固定治疗髌骨骨折的方法:“抱膝者……其法将抱膝四足,插于膝盖两旁,以竹圈辖住膝盖,令其稳妥,不得移动,再用白布宽带,紧紧缚之。”除此之外,《伤科汇纂》和《救伤秘旨》中也有抱膝圈固定治疗髌骨骨折的记载。

2.2.4 踝关节骨折固定 《伤科汇纂》载有杉树皮夹板超关节固定治疗踝关节骨折的方法:“用杉木皮二大片,向小腿下起至脚底为则。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。”这种固定方法可以防止踝关节跖屈、内翻和外翻,有利于维持复位效果,而且可以预防足下垂。此外,《救伤秘旨》中也有杉树皮夹板超关节固定治疗踝关节骨折的记载。

3 功能锻炼

明清时期骨伤科医家十分重视筋伤、脱位、骨折治疗后关节的功能锻炼,因此提出了很多具体的功能锻炼方法。

3.1 肩关节功能锻炼 《普济方》载有肩关节复位后的锻炼方法,即“常以伸舒演习如旧”,该法主要通过钟摆样活动肩关节达到避免肩关节粘连的目的。

3.2 肘和腕关节功能锻炼 《伤科汇纂》载“腕肘须时常屈伸,否则久而筋强,难以屈伸”,认为肱骨骨折复位后要要进行腕关节和肘关节屈伸功能锻炼,防止长时间制动造成腕关节和肘关节屈伸功能障碍。《陈氏秘传》载有肘关节功能锻炼方法,认为肘部骨折脱位治疗后应注意进行肘关节屈伸活动,防止肘关节僵硬。《伤科汇纂》载“此臂骨折断,接后不可长挂于颈,常要屈伸活动,坐则舒于几案,卧则舒于床席……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”,认为前臂骨折复位后用颈腕带悬吊的同时应注意进行功能锻炼,防止关节僵硬。《普济方》载有桡骨远端骨折夹板固定治疗后的腕关节功能锻炼方法,认为可通过手指主动屈伸的“抓空”锻炼促进局部肿胀消退,防止腕关节僵硬。

3.3 膝关节功能锻炼 《医宗金鉴·正骨心法要旨》《伤科汇纂》《救伤秘旨》均记载了髌骨骨折后的膝关节功能锻炼方法,认为在用抱膝圈固定髌骨的同时应注意进行膝关节屈伸运动^[14]。

3.4 踝关节功能锻炼 《伤科汇纂》载有踝关节骨折固定后的功能锻炼方法,即“使脚掌不直伸于下也,又时令屈伸”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》载“故必待气血通畅全复,始可行动”,认为踝关节骨折治疗后应注意在合适时机进行功能锻炼。

4 小 结

手法、固定和功能锻炼是治疗骨伤科疾病的重要方法,明清时期骨伤科医家在总结前人经验的基础上对上述方法进行了改良,促进了骨伤科的发展。深入

探讨明清时期中医骨伤科的治疗技术,有助于促进现阶段骨伤科手法的改进、固定器具的革新、固定方法的改善、功能锻炼方案的改良。

参考文献

- [1] 王明亮,田思胜.明清时期中医骨伤科“平补派”的学术思想[J].中医正骨,2019,31(4):59-60.
- [2] 王明亮,田思胜.明清时期中医骨伤科“武术伤科派”的学术思想[J].中医正骨,2019,31(6):73-74.
- [3] 王明亮,田思胜,王功国,等.明清时期中医骨伤科学术成就探讨[J].中医正骨,2016,28(9):75-77.
- [4] 黄帆,丘明旺,雷骏轩,等.从《医宗金鉴》伤科学术思想论岭南林氏正骨的传承与创新[J].湖南中医药大学学报,2018,38(11):1300-1303.
- [5] 何泉源,段智霞,马民.握肩拔伸法联合背后臂屈伸锻炼对粘连性肩周炎的疗效[J].河南医学研究,2021,30(31):5896-5898.
- [6] 王轩,郑允彬,王俊锋,等.“时时转动使活”理念在中医正骨理筋手法中的运用[J].中华中医药杂志,2020,35(7):3721-3723.
- [7] 刘绍海.端挤提按整复法配合小夹板外固定治疗桡骨远

端骨折疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(6):722-723.

- [8] 郭永林,刘浩,汤智,等.手牵足蹬法复位结合夹板、分骨垫外固定治疗前臂骨干骨折 46 例[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(7):67-69.
- [9] 黄枫,陈凯佳,董航.岭南骨伤名家蔡荣《按摩疗法》对中医正骨手法发展的贡献[J].新中医,2016,48(12):193-194.
- [10] 张宇星,李武,冯祥,等.推拿手法启效的神经机制的研究[J].山西中医药大学学报,2020,21(3):224-225.
- [11] 邱惠英,翟佳滨.浅析推拿正骨法治疗骨折后功能障碍[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(14):167-168.
- [12] 孙钰,杨利学.杨利学教授“三位一体”外治疗法治疗神经根型颈椎病的临证经验[J].中国中医急症,2021,30(10):1832-1835.
- [13] 毕春强,温建民,孙卫东,等.踞外翻中西医结合微创治疗中“裹帘”法外固定的理念探讨[J].中医正骨,2016,28(4):69-71.
- [14] 王明亮,卢承顶,田思胜.《救伤秘旨》伤科学术特点探讨[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3424-3425.

(收稿日期:2021-11-24 本文编辑:郭毅曼)

(上接第 70 页)

- [24] BEWYER K J, BEWYER D C, MESSENGER D, et al. Pilot data: association between gluteus medius weakness and low back pain during pregnancy[J]. Iowa Orthop J, 2009, 29: 97-99.
- [25] NADLER S F, MALANGA G A, FEINBERG J H, et al. Relationship between hip muscle imbalance and occurrence of low back pain in collegiate athletes: a prospective study[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2001, 80(8): 572-577.
- [26] KAMAZ M, KIRESI D, OGUZ H, et al. CT measurement of trunk muscle areas in patients with chronic low back pain[J]. Diagn Interv Radiol, 2007, 13(3): 144-148.
- [27] SKORUPSKA E. Muscle atrophy measurement as assessment method for low back pain patients[J]. Adv Exp Med Biol, 2018, 1088: 437-461.
- [28] 罗荣庆.伸肌活动对腰痛康复的影响[J].中国临床康复, 2003, 7(17): 2494.
- [29] PAQUET N, MALOUIN F, RICHARDS C L. Hip-spine movement interaction and muscle activation patterns during sagittal trunk movements in low back pain patients[J]. Spine (Phila Pa 1976), 1994, 19(5): 596-603.
- [30] NELSON-WONG E, GREGORY D E, WINTER D A, et al. Gluteus medius muscle activation patterns as a predictor of low back pain during standing[J]. Clin Biomech (Bristol, Avon), 2008, 23(5): 545-553.

- [31] ARAB A M, GHAMKHAR L, EMAMI M, et al. Altered muscular activation during prone hip extension in women with and without low back pain[J]. Chiropr Man Therap, 2011, 19: 18.
- [32] COOPER N A. Gluteus medius dysfunction in chronic low back pain[D]. Iowa City: University of Iowa, 2017.
- [33] KENDALL K D, EMERY C A, WILEY J P, et al. The effect of the addition of hip strengthening exercises to a lumbopelvic exercise programme for the treatment of non-specific low back pain: a randomized controlled trial[J]. J Sci Med Sport, 2015, 18(6): 626-631.
- [34] DE JESUS F, FUKUDA T Y, SOUZA C, et al. Addition of specific hip strengthening exercises to conventional rehabilitation therapy for low back pain: a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Rehabil, 2020, 34(11): 1368-1377.
- [35] BADE M, COBO-ESTEVEZ M, NEELEY D, et al. Effects of manual therapy and exercise targeting the hips in patients with low-back pain-a randomized controlled trial[J]. J Eval Clin Pract, 2017, 23(4): 734-740.
- [36] ZAFEREO J, WANG-PRICE S, RODDEY T, et al. Regional manual therapy and motor control exercise for chronic low back pain: a randomized clinical trial[J]. J Man Manip Ther, 2018, 26(4): 193-202.

(收稿日期:2021-10-11 本文编辑:李晓乐)