

编者按：2016年2月，江苏省卫生和计划生育委员会、江苏省中医药局评选出首批10位江苏省“国医名师”，这是江苏推进老中医药专家学术经验传承工作的又一重要举措。为配合此项工作的开展，本刊今年推出江苏国医名师临床经验系列文章，由10位“国医名师”亲自撰稿，本期刊登诸方受教授的文章。

骨错缝诊治心得

诸方受 魏学东*

(诸方受全国名老中医药专家传承工作室,南京中医药大学附属江苏省中医院,江苏南京210029)



诸方受 (1926—),男,上海市青浦区人,教授,主任医师,博士研究生导师,江苏省级名中医,江苏省“国医名师”,国务院政府特殊津贴专家,第1~5批全国老中医药专家学术经验传承工作指导老师。曾师从上海骨伤科名医石筱山先生。现任江苏省中医药学会骨伤科专业委员会名誉主任委员,曾兼任中国中医研究院客座教授、中华全国中医学会(现为中华中医药学会)骨伤科专业委员会第一届常务委员、南京市中医药学会骨伤科专业委员会主任及《中医正骨》《中国骨伤》《中国中医骨伤科》杂志编委、顾问等职,并获第二届江苏省“医师修身荣誉奖”、江苏省中医院“医师终身荣誉奖”称号。

摘要 骨错缝是发生于骨关节之间的微小错位,程度多轻于半脱位,多数X线片不能显像。笔者通过长期临床实践及研究,对骨错缝的诊治颇有心得。临床应详询病史,特别注意了解受伤时的体位。治疗上以手法复位为主,辅以固定、功能锻炼、中药内服外用。复位前需让患者保持正确的体位,使其肌肉放松;复位时,手法要急要重,力量适度。

关键词 骨错缝 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R274.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)11-0001-05

骨错缝是中医的传统病名,缝即隙,说明关节间隙有所移动。今有人称之为关节半脱位,如小儿桡骨头半脱位、骶髂关节半脱位等。为了与关节全脱位区别,故仍以“错缝”来命名,这是比较恰当的。关节脱位在X线片上应当显像,而关节错缝多数X线片不能显像,这说明了关节脱位与错缝的程度不同。骨错缝多隐藏在软组织损伤之中,如何区别于其他

损伤,需要根据致伤原因、临床症状、医学检查与临床经验综合诊断。错缝好发于联动关节和微动关节,如下颌关节、颈椎小关节、骶髂关节、腕关节及趾跖关节等,患者多为青壮年,学龄前儿童次之,老年则罕见。治疗首先以手法复位,可辅以固定、功能锻炼、中药内服外用等等,临床疗效较好。现将常见骨错缝治疗方法介绍如下,以供同道参考。

*整理者

1 颈椎小关节错缝

颈椎除第1(寰)椎和第2(枢)椎的结构特异外,第3~7颈椎的结构都是基本相同的,其中第4、5颈椎常发生错缝。当头部急剧扭转或挫、撞时均可发生,如急刹车时头部突然猛烈摇晃,进行篮球、足球、冰球、摔跤等运动时互相撞击,动作急骤,均可致伤。伤后颈椎小关节可向侧方滑动而离开原位,遂成本病。

1.1 手法复位 患者取俯卧位,头部于床前悬空。一助手用双手扶住患者下颌和头枕部位,使患者头部处于微伸位,拔伸头部,另一助手用两手按住患者肩部作反方向牵拉。术者用两手拇指分别放在侧偏棘突的两侧,用力推侧偏棘突向中间靠拢复位。操作成功后患者双上肢麻木感随即缓解,颈项部活动恢复,3~7天患者痛麻不适可逐步减轻至痊愈。

1.2 固定方法 陈旧性颈椎小关节错缝复位后,应予以颈托固定,3周后拆除。

1.3 药物治疗 外用:新伤有肿胀者,外敷伤一膏1周。伤一膏为江苏省中医院骨伤科外用贴敷药。处方来源于上海石氏伤科,又称为三色敷药,经笔者改进而成。药物组成:紫荆皮、当归、丹参、赤芍、五加皮、羌活、独活、姜黄、天花粉、白芷、防风、威灵仙、木防己、木瓜、川芎、淮牛膝、秦艽、连翘、紫荆皮、甘草、洋金花。

内服:新伤治当行气活血、温通经络,常选用鸡血藤、丹参、泽兰、川芎、全当归、益母草、炙乳香、广郁金、制香附、桑枝、桂枝、淡苡蓉、淡附片、白茯苓、白术^[1];陈旧伤者内服温肾宣痹汤^[2]。温肾宣痹汤为笔者经验方,药物组成:明天麻、制狗脊、山萸肉、川桂枝、淡附片、北细辛、炒白术、广木香、泽泻、白茯苓、生薏苡仁、生甘草。

2 胸椎小关节错缝

胸椎小关节错缝多因外伤所致,常发生在第3~7胸椎,20~40岁发病率较高,其次为幼儿,至于老年患者则较少,女性居多。新伤及时治疗症状随即缓解,陈旧伤病愈得较为迟缓。胸椎与颈椎和腰椎相比,有明显的区别,它有肋骨协助维持稳定。实际上,脊柱的胸段是一个由胸椎、肋骨和胸骨组成的桶状结构,与颈椎和腰椎相比,胸椎的稳定性较好,错缝的机会较少。临床常见患者因一侧肩部着地或遭受撞击,躯体向另一侧扭转而使得胸椎内稳定性遭到破坏,致使胸椎小关节错缝。

2.1 手法复位

2.1.1 坐位推棘拉肩旋转法 患者取坐位,挺胸抬头,术者立于胸椎偏突一侧,一手拇指顶按于与压

痛相关或偏歪之棘突,另一手由患者胸前拉住对侧之肩臂,嘱患者深吸气后呼出放松之际,双手同时用力,推棘拉肩动作配合完成,在旋转胸椎过程中,可在错缝关节间听到清脆的响声,提示手法复位成功。

2.1.2 侧卧位斜扳复位法 患者先取俯卧位,背部肌肉放松,术者用小鱼际沿患者胸椎两侧的菱形肌、骶棘肌作舒筋推擦手法,用力深透肌层,动作舒展平缓,时间约为10min。后以两手拇指在邻近错缝之棘突两侧的肩胛内侧缘作点按镇定手法,并在该部位按摩2~3min。随后患者取侧卧位,术者以一手扶肩前侧,一手置肩胛骨下缘之背肋部,相对用力作胸椎部的旋扳,当听到“咯哒”的复位声,患者即感到背部疼痛随之缓解,提示复位成功。若未闻及复位声,则需变换双手的位置,即肩前侧的手改肩后侧,背肋部的手改为前胸肋弓处,再作反向旋扳,以闻及复位声效果为佳^[3]。

2.2 固定方法 新伤一般不需要固定,陈旧伤复位后根据患者病情的恢复情况,必要时给予相应的固定措施,嘱患者绝对卧床静养1个月左右。

2.3 功能锻炼 不论新伤还是陈旧伤,都不用特意练功,可任其自然恢复。

2.4 药物治疗 外用:新伤可外敷伤一膏1周。内服:治当行气活血、和伤散结,服用提伤顺气丸^[4]。提伤顺气丸为江苏省中医院院内制剂,由香橼皮、木香、当归、红花、香附、香加皮、槟榔等药物组成。

3 腰椎小关节错缝

腰椎小关节错缝,又称为“腰椎后关节紊乱症”“腰椎后关节滑膜嵌顿”,属临床常见损伤,本病容易与腰肌扭伤、腰椎间盘突出症、增生性脊柱炎等相混淆,临床宜仔细分辨。当腰部用力活动时,腰椎小关节的关节囊也相应地移动。腰部做前屈活动时,小关节的关节囊张力增加,反之腰部后伸时,小关节的关节囊处于松弛状态。当腰部处于不恰当的体位时,腰部扭挫致使腰椎后关节位置发生变化,而此时小关节间隙增大,小关节的关节腔内形成负压,造成滑膜被“吸入”关节间隙而局部出现疼痛,甚至可导致腰背肌肉的痉挛,使得卡在关节间隙的滑膜受到更大的挤压造成持久性疼痛。

3.1 手法复位

3.1.1 背法(适于伸腰受限者) 术者与患者背对背站立,肘部以下与患者的肘部互挽,术者弯腰提臀,将患者反背起,使患者双足离地,同时头部后

仰,然后左右摇摆3~5次,并做轻轻抖动,伸展腰背部。

3.1.2 扭法(适于弯腰受限者) 患者取仰卧位,双手扶床边,屈曲髋膝关节,术者按住患者双膝,旋摇转动患者双髋,左右分别七八次。最后一手按住右肩,一手推双膝,向一侧极度斜倒,双手同时用力,形成对拔。同法施用于对侧。最后将患者双髋、膝被动屈曲,接近腹壁,再握住双足踝将腿伸直并强力拔伸。

3.1.3 扳法(适于伸腰受限者) 患者取俯卧位,术者先用掌根自上而下按揉患者腰背部,反复3次,使得腰背部肌肉放松(重点在患侧腰部),随后术者一手托住患者健侧大腿,以另一掌根抵在痛处棘旁,做摇动扳按。同法可施用于对侧。

3.1.4 蹲压法(适于弯腰受限者) 患者慢慢蹲于地下,术者立其后勿使其后仰,两手分按患者两肩,令患者低头突背,待其肌肉放松后,两手同时用力下压并向痛侧旋扭其身,反复操作2~3次,手法即告完毕。

无论采用何种手法,手法后患者可立即感到症状大减或消失,如手法后效果明显,功能基本恢复,留有部分酸胀不适感觉亦能逐渐恢复。

3.2 固定方法 复位后既不要固定也不要强制活动,应安静卧床休息3~5日症状即可消失。

3.3 药物治疗 外用:新伤复位后外敷伤一膏,1周停药;陈旧伤复位后外用骨科洗药(海桐皮、桂枝、伸筋草、透骨草、红花、花椒、桑枝、油松节、木瓜、海风藤、络石藤),用布袋盛入煮沸,乘热熨于局部,谨防烫伤,凉时加敷热水袋以保持温度,熨后局部棉被盖好,避免受凉。

内服药:常用青木香、制香附、泽兰、延胡索、制乳香、炒白术、桑寄生、当归尾、红花、甘草^[5]。

4 耻骨联合错缝

耻骨亦称横骨,女性称交骨。耻骨联合在骨盆中只是半个关节,它由两侧耻骨体相接而成,关节面上覆以透明软骨,其间由一较厚的纤维软骨相联系,在纤维软骨上部有一很小的关节腔,这个腔于9岁时始出现,女性腔隙较大,关节周围有较薄弱的韧带。真正起连接作用的还是纤维软骨盘,它与椎间软骨盘相似。从其构造来看,当遭受外力冲击时,易发生骨折而不易发生耻骨联合分离,故耻骨联合错缝临床较少见,多发于女性。女性分娩后易出现耻骨联合分离,此外外伤、劳损、风寒湿侵袭、关节退变等也是发病因素。因外力方向不同,耻骨联合可出现不同方向的错缝,如单足负重,可产生单侧耻骨向

上错缝;如外力来自前方,可产生前后错缝;如突然滑倒臀部着地,由于腹腔压力增加,可出现左右分离错缝。

4.1 手法复位 患者仰卧床上,根据不同错缝方向,施以不同手法。

4.1.1 向上错缝复位法 助手用双手按压患者双侧髌前上棘,作骨盆分离准备。术者用一足跟蹬在患者健侧的耻骨降支处(即大腿根部内侧),双手握住患侧下肢,作向上拉和向下蹬的准备。2人协调配合,一齐用力,即可复位。

4.1.2 前后错缝复位法 助手的姿势同“向上错缝复位法”,术者用两手交叉重叠放于耻骨突起侧,用力下按,二人协调同力,当听到复位音,畸形消失即是复位。

4.1.3 分离错缝复位法 患者坐床边,左手按于耻骨联合部,身体微向后仰,屈膝屈髋,同时双大腿作外展、外旋位。一助手在患者背后扶其后背,另一助手两手握住患者的双足踝部,术者坐于患者左侧,并用腕部紧贴患者髋部,右手按于患者右髋部,左手握住患者右手,向患者左手拍按,术者的右手用力抱挤骨盆,同时助手将双下肢向下拉,使双下肢内收,内旋伸直,在症状未解除时,以上手法可重复施用。

4.2 固定方法 对上下、前后错缝者,不需固定,3周内限制负重走路;对分离错缝者,复位后用布制骨盆兜带结扎固定或悬吊固定,轻者3周,重者4~5周后解除固定。

4.3 功能锻炼 不需特意练功,待疼痛缓解时方可逐渐负重行走。

4.4 药物治疗 外用:有肿胀者,外敷伤一膏,消肿即停药。内服:新伤可内服接骨丸,自觉症状消失即可停药;陈旧伤者内服壮骨伸筋汤。接骨丸系江苏省中医院院内制剂,由煅自然铜、制没药、骨碎补、血竭、续断等组成,具有活血消肿、续筋接骨之功效。壮骨伸筋汤为笔者经验方,药物组成:潞党参、绵黄芪、全当归、炒白术、炒川断、川独活、制狗脊、川芎、红花、骨碎补、伸筋草、五加皮、煅自然铜、炙甘草。

5 骶髂关节错缝

骶髂关节错缝,亦有称为骶髂关节错动、骶髂关节骨错缝等。20世纪60年代初期,《正骨经验汇萃》上首次发表了骶髂关节半脱位的复位手法,但至今仍未被普遍认识和掌握。本病临床较为常见,好发于青壮年女性,如错缝未被及时矫正,可长期遗留腰骶部疼痛。

5.1 手法复位

5.1.1 单人复位法 患者取俯卧位,术者立于患侧,面向患者足部。如患侧在左,术者左足跟蹬在患者健侧的坐骨结节上,双手握住患侧下肢,用力向上蹬坐骨结节,同时向下牵拉下肢使其复位;随后改用两手交叉按压两侧的髂后上棘部位,左手放右侧,右手放左侧,分别向外推按,使向内(脊中线)变位的髂骨得到可靠复位。

5.1.2 双人复位法 患者体位同前,一助手两手重叠置于患者健侧的坐骨结节上准备上推,术者立于助手对面,两手重叠按在患侧的髂后上棘,准备用力下推,二者同时相对用力,进行复位(如一次不行可连续复位2~3次),最后按单人复位的第二步手法进行复位,即可完全复位。术毕,患者疼痛不适症状可获得缓解,甚至消失。一般来说,复位后新伤1周左右就能获得痊愈,但复位后可能再发,再发再治不能拖延,休息3周不再复发者,即为痊愈。

5.2 固定方法 不用固定,复位后仰卧休息,下肢不负重,新伤休息1周,陈伤休息3周。

5.3 药物治疗 外用:如有肿胀,局部外敷伤一膏,陈伤可用狗皮膏等。内服:新伤可服用接骨丸;若病久体弱,反复变位,关节不稳者药用黄芪、当归、党参、红花、熟地、赤芍、狗脊、苍术、羌活、续断、生姜、延胡索,以益气养血、强筋壮骨。

6 小儿髌关节错缝

小儿髌关节错缝系指股骨头与髌臼窝之间发生微小移动,病因尚不明确。由于对发病机理尚无统一认识,故提出了很多的病名,如小儿髌关节扭伤、小儿髌关节闪伤、小儿髌关节一过性滑膜炎、髌关节滑囊炎、小儿髌关节半脱位、小儿髌关节假性脱位、小儿髌关节圆韧带嵌顿、小儿髌臼错缝等等。本病发生后,少数患者可以自行恢复,但大多数患者必须借助手法复位方可痊愈,否则常在发病半年以后出现股骨头无菌性坏死。发病年龄以5~10岁者多见,2~5岁者次之,10~15岁者又次之,成人则罕见,是儿童的多发病,女多于男,约为6:4。本病常因下肢过度外展或内收而致伤,如滑倒、摔跤、溜冰、赛跑、跳皮筋、打球等。由于受伤后髌关节内收或外展肌群肌肉痉挛,当髌关节处于过度屈曲外展位或过度内旋位时,可造成旋股内侧动脉受挤压而影响股骨头颈的血供,长时间保持这个姿势还将使关节内压增高,导致静脉回流障碍,骨内压增高,输入血量减少,甚至血流中断而发生缺血坏死。因此,本病应尽早进行干预治疗。

6.1 手法复位 患者仰卧床上,两手交叉枕于头下。一助手扶持固定患者两肘;另一助手立于健侧,一手压在健侧膝前,勿令屈膝翻身,一手压在健侧髌前上棘部固定骨盆。术者立于患侧,一手握患肢踝上,一手握膝关节,先轻轻作屈髌屈膝试验,出现疼痛即停止,在无痛范围内作伸屈两关节运动,至患者肌肉放松并能主动配合运动时,骤然屈曲患者髌膝至最大限度,稍作等待,疼痛症状一旦减轻,将患者屈髌旋转后,伸直患肢。复位后双下肢即可等长,功能立刻恢复。也有少数患者当时仍不能自动屈髌或骨盆仍然倾斜,如手法较为彻底,即不必重复手法,而应先令其休息,多可在次日恢复正常。

新伤患者复位后,需要家长注意:(1)复位后应在3天内避免患肢外展,如侧身下楼、背着走路、持幼儿两腿大小便等,否则可引起复发。(2)如复位后已有明显好转,又突然复发者,应立即复诊复治,不要拖延等待。

6.2 固定方法 对患病1个月以上的陈旧伤,采用上法复位后,应予固定。固定时将患儿两腿并拢,在膝关节用三角巾或布带缠绕3~4周,不使两腿分开。1个月以上的陈旧伤,固定1~3周解除。

6.3 药物治疗 新伤者内服接骨丸,按年龄增减用量;陈旧伤者服壮骨伸筋汤。

7 膝关节错缝

膝关节错缝系指半月板与股骨髁和胫骨平台之间发生微小移动。

7.1 手法复位 患者背靠墙壁而坐,健侧下肢伸直,两手背后。术后立于患者面前,一手放于患膝上,另一手固定小腿下段,逐步屈伸患膝,等患者肌肉放松时,骤然将患者膝关节屈曲至最大限度。在屈膝复位过程中,感到关节内有研磨的涩滞音,即是复位的标志。当屈膝时患者感到剧痛,屈膝后疼痛便逐渐缓解,待疼痛过后即可将膝关节伸直。再作伸屈试验时,功能可完全恢复,有严重血肿者,亦可大部分消散殆尽。

7.2 功能锻炼 一般不需特意功能锻炼,随着患肢的活动即可恢复功能。

7.3 药物治疗 外用:有血肿者外敷伤一膏,肿消后停药。内服:内服二藤汤等,1周停药。二藤汤为笔者经验方,药物组成:当归、雷公藤、丹参、羌活、地龙、白术、制南星、川牛膝、鸡血藤、白茯苓、生薏仁、生甘草^[6]。

8 结语

唐代《仙授理伤续断秘方》中提出,对损伤处要相度骨缝,即对于两骨相对之处受伤,伤骨科临床医

师临诊时需要仔细观察,触摸相度,检测骨缝是否正常,有无错开。随着经验的积累,“骨缝错开——骨错缝”的症候群,以及诊断要点、治疗方法等,渐为很多伤骨科医师所掌握。清代《正骨心法要旨》及《伤科汇纂》《伤科补要》等书中对此均有较多论述,对“骨错缝”有了更深入的阐述,并得到广泛流传,甚至东渡日本,在《中国接骨图说》中也有“若脊椎筋隆起,骨缝必错”等论述。

近代有经验的伤骨科医师根据骨错缝的症候群,相度损处,仔细触摸,运用“四诊”中的切诊进行诊断。切诊在伤科中又称摸诊,是中医伤科主要诊法之一,即现在称为“手摸心会”的检查方法。具体操作方法:将两手的拇指或一手拇指、食指,相对地放在伤处,并由伤的远处向伤处移动,以了解受伤的部位;力量由轻到重,以了解伤的深浅;边摸边拨动皮下组织,以体会软硬、锐钝、突起、凹陷、侧偏等。如有关节错缝,手下能够摸到轻微的异常,除和健侧作对比外,还应看是否是患者主诉的疼痛部位,如是,则关节错缝的诊断基本可以明确。除了排除其他疾病,条件允许时,可拍摄X光片检查以辅助诊断。诊断明确后,通过按摩、推拿等正骨手法,常可使骨缝复合,伤痛减轻,症状缓解,很多病例可获得立竿见影、着手成春之效。随着现代科学的发展,X线检查已普遍应用于临床,关节脱位及半脱位的明确诊断,总需以X线片所见为客观依据。但对于X线片上不能明确的微小的骨错缝疾患,常难于依靠临床症状作肯定的诊断。事实上,骨错缝的病理变化是完全存在的,也是可以理解的。外伤性关节脱位,当暴力很大时,引起某一关节的全脱位;暴力较小时,引起某一关节的半脱位;当暴力足以导致某一关节失去稳定,但不足以形成半脱位时,就会形成微小的错骨。

关节错缝的主要治疗方法是手法复位,只要复位满意,其他均为辅助疗法,如固定、练功、用药等,都是在关节正确复位后进行的,以加强关节的稳定和加速关节功能的恢复。复位应本着以下三个原则:(1)纠正畸形。即凸者抑之,陷者提之,偏者正之,错者复之。(2)逆向疗法。如果没有畸形,即可逆着伤力的方向用力以复其位。(3)逆痛疗法。如果以上二者均不明显,则朝着疼痛方向用力使其复位。此外还需注意,在施行复位手法前首先需让患者保持正确的体位,手法要轻,不可让患者感到疼痛,只有使其肌肉放松,才能配合治疗。待一切准备工作完毕,要予复位的时候,手法要急要重,动作要突然,一次成功,即所谓“法使骤然人不觉,患

者知痛骨已拢”。凡是关节错缝的复位,都会引起剧烈疼痛,如果手法慢,则疼痛时间长,患者不予配合;如果手法轻,一次复位不成,再次复位则患者难以接受。手法虽重而急,但也需适度,以免引起损伤。

错缝关节复位后很多部位是不需固定的,有的只要体位合适,错缝关节即可稳定,也有少数关节需要采用器具固定以维持关节的稳定。固定器具随症而异,如夹板、硬纸板、绷带等均可酌情选用。在固定的同时,我们亦强调“动静结合”,疗效的优劣,疗程的长短,除了正确的诊断、合理的治疗外,还取决于功能锻炼的适时与适度。关节损伤后,周围组织出血较多,如不早期进行功能锻炼,久之关节易粘连并会发生不同程度的僵直,肌肉亦可能萎缩而废用。病人适度地进行功能锻炼,肌肉收缩活动产生内在动力,能够防止肢体痿废,且可帮助稳定关节,矫正错缝,改善局部血供,促进肿胀消退。

参考文献

- [1] 魏成建.诸方受教授治疗颈椎病的经验[J].中国中医骨伤科杂志,2005,13(6):73.
- [2] 魏学东.诸方受教授治疗腰椎间盘突出症的临床经验[J].中国中医骨伤科杂志,2010,18(9):60.
- [3] 李宁.诸方受教授正骨治伤手法经验介绍[J].江苏临床医学杂志,1997(1):47.
- [4] 诸方受.胸肋内伤证治探讨[J].中医杂志,1963,4(3):8.
- [5] 诸方受.急性腰扭伤诊治琐谈[J].江苏中医,1999,20(10):3.
- [6] 王培民.诸方受教授治疗膝关节骨性关节炎的经验[J].中医正骨,1999,11(11):48.

整理者:魏学东(1969—),男,医学博士,主任医师,中医创伤骨伤科专业。

收回日期:2017-07-20

编辑:吴宁

