

蔡建平“整骨四部手法”的学术思想与临床实践探析^{*}

沈杰枫^{*}

摘要 作为“刘氏骨伤”的第四代主要传承人之一,蔡建平教授深谙流派精髓,并在此基础上系统凝练出以“察伤、整骨、绑扎、理伤”为核心的“整骨四部手法”。其核心理念在于以手感为先导,以技巧为关键,以安全为根本,追求“心手合一”的诊疗境界。“整骨四部手法”在实现精准复位、有效固定和促进功能恢复方面展现出显著优势,这不仅是对传统经验的继承,更是具有重要临床借鉴价值的创新体系。文中以1则“手牵足蹬法”复位失败的肩关节脱位伴大结节骨折案例为例,具体展示了如何灵活运用“外展复位法”成功复位,并辅以“三指按摩”理伤、中药外敷及系统功能锻炼等综合措施,最终通过3个月随访证实患肩功能恢复良好。

关键词 骨伤手法;手法复位;肩关节脱位;刘氏骨伤;蔡建平;名医经验

“刘氏骨伤”是由清末无锡玉祁刘济川先生创立的一种骨伤疗法,现为江苏省级非物质文化遗产。该疗法作为无锡市中医医院骨伤科的诊疗特色,其技艺一脉相承,目前已传承至第五代^[1]。

蔡建平教授是“刘氏骨伤”第四代主要传承人之一,南京中医药大学博士研究生导师,第五批“江苏省名中医”。其从事骨伤医教四十余年,深得“刘氏骨伤”手法之精髓,并在此基础上发展创新,凝练提出“整骨四部手法”。笔者跟随临证,现将学习心得整理如下。

1 蔡建平教授整骨四部手法

蔡建平教授临证手法,包括察伤、整骨、绑扎和理伤四部分,合称“整骨四部手法”。

1.1 三指察伤法 “刘氏骨伤”传人擅长“三指按摩”手法治疗急、慢性软组织伤痛^[2]。蔡建平教授强调整骨前必须将阅片与察伤相结合,此即“三指察伤”之法。其核心是用食、中、环三指指腹触摸、循按损伤部位,对照既有影像结果,仔细辨识伤情,手摸心会。术者通过此法,不仅可判断骨折断端在空间中的相对位置,同时还可检查局部肿胀程度,感知患者肌肉力量、

伤后疼痛保护强弱,了解局部软组织损伤、肢体血运、有无神经损伤等情况。相同移位、不同软组织条件的损伤,复位难易程度会有明显差距,譬如:伤后8 h之内的早期复位较容易;待到受伤36 h以后,肿胀明显,复位相对困难。

1.2 整骨手法

1.2.1 拔伸牵引多留意手下感觉 蔡建平教授认为,对于多数损伤,肢体牵引是整复成功的关键因素。骨伤先辈刘寿山曾指出:“拔不开则按不上。”因此,蔡建平教授强调,术者需掌握正确牵引方法:以远端对近端,顺势牵拉;既要有“牵得开”的基本功(力量练习),也要懂得“顺势而为”之变通,心手协同;阻力较大时,可以适当旋转、摇晃,同时,操作确有困难时,可以变换手法,当随机应变,切忌粗暴;在行折顶和回旋手法时,助手牵引力量应适当放松,以便术者操作。临床可借助“骨折整复床”^[3]的固定和对抗作用,以便于稳定牵引效果。

1.2.2 端提捺正与夹挤分骨是矫正移位的常用手法 端提捺正法主要通过手指发力,以实现骨折前后及侧方移位的矫正;夹挤法的操作方法为双手四指交叉抱拢,以掌根之力矫正肌肉丰厚部位骨端之移位或纠正跟骨体之增宽;分骨法通过在前臂尺桡骨或掌骨间放置手指或分骨垫,以实现分离并矫正侧方移位。

1.2.3 旋转屈伸适用于邻近关节之骨折移位 如伸直型肱骨髁上骨折(远折端向背侧移位),复位时,医

^{*}基金项目 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(No. 国中医药人教函[2022]1号)

^{*}作者简介 沈杰枫,男,主任中医师,国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修学员。主要从事中医骨伤科疾病的临床研究。

• 作者单位 无锡市中医医院(江苏 无锡 214000)

者以双手四指从肘前环抱近骨折端向后按压,双拇指从肘后鹰嘴部推顶远骨折端向前,同时屈肘完成复位;屈曲型肱骨髁上骨折则将远折端向背侧推挤并伸直肘关节以完成复位。蔡建平教授对于肱骨髁上骨折远折端之旋转移位,采用与骨块移位相反方向的前臂旋前或旋后动作予以矫正,可降低肘内翻发生率^[3]。对于肘关节后脱位,蔡建平教授习惯采用旋腰整复法,具体操作方法为:患者端坐,医者侧身顶住患肢上臂内侧,一手抓住患肢腕部,另一手按住患肘后方,通过腰部旋转用力,牵拉、屈曲患肘。此法适合在“检查”时,趁患者放松,“不经意间”完成复位。

1.2.4 巧用回旋折顶 蔡建平教授临床擅长以折顶手法治疗背靠背的横行骨折,比如科雷式骨折。该法的具体操作方法为:助手适度牵引,术者双拇指从腕背按住远骨折端,四指自腕掌侧顶住近骨折端,拇指缓缓向下按压,加大移位趋势,以解除断端绞锁,待远、近端背侧骨皮质靠拢平复后,迅速反向提起,完成折顶复位。对于骨干背靠背的斜行骨折,蔡建平教授强调在适度牵引下采用回旋手法。其操作关键为:在已形成游离的软组织鞘内,逆损伤步骤回绕骨端,如有明显阻力,应改变回绕方向,以免软组织嵌夹和损伤。

1.3 绑扎手法 国医大师石仰山教授提出:“用手绑扎固定的方法,似亦可附列于手法之内。”这句话突出了绑扎固定的专业性和技巧性。蔡建平教授指出,临床许多骨折畸形愈合的根源并非复位不良,而是后期发生的复位丢失,这一点在系列X线片中可得到证实。因此,有效的包扎固定是手法复位的延续,与良好的复位同等重要。本院“纸质支架夹板”^[4]所采用的绷带续增包扎法,其要领即为用力均匀,远近一致^[1]。

1.4 “三指按摩”理伤法 临证时,医师通过触摸诊察伤情。在急性期,患者肿胀较为明显,此时多采用食、中、环三指循经按擦法^[2],向心方向操作,以促进局部回流,每次重复5~10次,有助于肿胀消退;至损伤中、后期,此时则改用三指对局部进行揉摩,并点按硬结及条索状物,反复操作30~40次^[2],以局部发热为度,从而促进瘀肿消散,加速功能恢复。

2 蔡建平教授整骨心法要领

2.1 手感为先 当代伤科临床借助X片、CT等影像检查,外伤局部可以三维重建,以致“手摸”触诊之价值常被忽略。临床不乏医生对照X片匆忙复位未果,

再回头认真触摸检查,分析局部骨端和软组织状况,最终复位成功的案例。施行手法时,首先应遵循生物力学原则,但切忌将其简单等同于“杠杆原理”。施治者须有整体观念,看到“生病的人”,关注患者骨骼质量、损伤类型,以及实时的“手下感觉”,做到心明手巧,心手合一,保证手法安全。如果复位时手下有弹性阻力,或者是松开后骨端弹起,无明显骨擦感,比如前臂和指掌骨骨折,此时需要考虑软组织的嵌夹,可以将骨端适当旋转,绕过嵌夹组织;如果复位时手下有明显的、坚硬的阻力,比如整复肩关节脱位,此时通常需要缓缓加大牵引,并轻轻旋转、晃动肢体,依据损伤类型,判断可能的结构变异,逐步解除绞锁,切忌眼中只有杠杆原理,暴力撬动,强力推送,从而造成肱骨近端骨折等医源性损伤。

2.2 技巧为要 《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“盖正骨者,须心明手巧,既知其病情,复善用夫手法,然后治自多效。”运用“手牵足蹬法”整复大多数肩关节脱位时,顺势牵引是复位成功与安全的关键。其核心在于通过足够强度与持续时间的牵引力“欲合先离”,以解除关节绞锁这一首要障碍,从而为后续的“离而复合”创造前提。此法追求的是顺势“拉上”,而非依赖杠杆力“撬上”。若牵引不足,绞锁未解便急于内收患肢,此时产生的杠杆力极易导致医源性损伤,对于骨质疏松或合并大结节骨折的患者风险尤甚。蔡建平教授在处理此类病例时,更强调以技巧而非力量取胜。具体操作中,可嘱患者取坐位,患肩轻柔外展;医师在触诊与交谈之中分散患者注意力,伺机而动,单手从腋下轻巧地推拨托举,常可瞬间实现复位,最大限度地减轻了患者的痛苦。

3 “整骨四部手法”临床应用举隅

许某,女,31岁,2024年1月3日因“跌伤右肩肿痛畸形半小时”就诊,摄X片后于门诊试行“手牵足蹬法”复位未果,遂收住入院。刻诊:右上肢弹性固定、右侧“方肩”畸形,腋下可触及肱骨头,手指感觉、血运未见异常。舌淡红,苔薄白,脉弦数。X片提示“右侧肱骨头位于关节盂下方,大结节可见骨折块”(见图1)。诊断:右肩关节脱位伴肱骨大结节骨折。治疗上采用手法复位、“三指按摩”理伤,外敷并悬吊固定。

①外展复位法:患者平卧于“骨折整复床”,挡杆顶于右侧肋肋;助手握住患腕部,沿纵轴方向徐徐拔伸,逐渐外展外旋;术者双手自腋下触及肱骨头,用力向外

上方推挤,若手下有滑动感并轻微“咯嗒”声,患者疼痛和“方肩”畸形消失,杜加氏征阴性,提示复位成功。
 ②“三指按摩”理伤以及外敷:以食、中、环“三指”循上臂至肩方向按擦、揉摩5~10次,局部外敷“消肿膏”^[1]。③悬吊固定:将患肢用三角巾于内收位悬吊固定,同时指导患者主动进行肘、腕及指关节的伸屈活动,以维持关节功能。



图1 患者许某初诊时的X线片

2024年1月14日二诊:右肩疼痛轻微,肿胀不明显,肘、腕关节屈伸活动及血运、感觉正常。X片提示“右肩关节在位,右肱骨大结节对位良好”(见图2)。治疗方案:“三指”揉摩以及点按右肩前、外及下方压痛点30~40次,更换“消肿膏”,继续悬吊固定。

随后每周于门诊复诊,持续采用“三指按摩”手法理伤。4周后解除固定,并开始进行系统的肩关节功能锻炼。末次随访(治疗后3个月)显示,患者肩部无明显疼痛,抬举功能及日常生活能力均未受影响。

按 ①本例患者入院前曾行“手牵足蹬法”整复但未成功,需调整复位策略。根据文献报道^[5],充分外展患肢可使肱二头肌腱解除对移位肱骨头的绞锁。基于此机制,本例改用“外展复位法”后成功实现复位。②肩部损伤常并发顽固性疼痛及肩关节功能障碍^[6]。本例在复位成功后,综合采用手法理伤、外敷“消肿膏”并指导患者进行渐进式功能锻炼。经3个月随访,患者未诉明显疼痛,肩关节运动功能恢复良



图2 患者许某复查时的X线片

好,日常生活无障碍。

4 小结

蔡建平教授将“三指按摩”精髓有机融入整骨技法,系统总结出以“察伤、整骨、绑扎、理伤”为核心的“整骨四部手法”。该手法体系贯穿外伤治疗全程,其核心要义在于强调医者的手下感觉与操作技巧,追求“心手合一”的境界,并将手法安全性置于首位,对临床实践具有重要的借鉴与参考价值。

参考文献

- [1]蔡建平,张贤.刘氏骨伤临证备要[M].北京:中国医药科技出版社,2024:2-88.
- [2]沈杰枫,蔡建平,王建伟,等.刘氏伤科“三指按摩”手法[J].中医正骨,2013,25(12):79-80.
- [3]严辉,唐娟,黄埔.儿童肱骨髁上骨折保守治疗后发生肘内翻的影响因素分析[J].现代医学与健康研究,2021,5(12):110-112.
- [4]华臻,叶明,王建伟,等.桡骨远端解剖型纸质支架夹板的力学性能研究[J].中医药导报,2017,23(22):70-73,83.
- [5]施杞.当代骨伤百家方技精华[M].北京:中国中医药出版社,2012:12.
- [6]陈景君,房迎丽.中药封包对肩关节脱位患者复位后疼痛程度及关节功能的影响[J].深圳中西医结合杂志,2024,34(22):8-11.

(收稿日期:2025-04-02)

(本文编辑:蒋艺芬)