

· 名 医 经 验 ·

## 谈骨折治疗的“七上八落”期

浙江省金华市中医院 王锡林 整理

“七上八落、因势利导”系金华市已故中医骨伤科名医黄乃聪先师的学术见解之一，对骨折病机转变和辨证论治颇有创建，他运用祖国祖阴阳学说，较为深刻地阐明了骨折后“七上八落”的病机转变的机理，因势利导地对骨折病人进行辨证论治。对骨伤科临床工作起着现实的指导意义，笔者禀宗师教用于临床实践，确实起到满意的效果，兹将黄老医师的“七上八落”期的立论和相应的“因势利导”之治法，浅谈如下，以供同道参改：

### “七上八下”论阴阳

《内经·阴阳应象大论》曰“阴阳者、

天地之道也、万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始……”，阴阳是对世界上一切运动着的事物的相互对立、相互统一的矛盾双方的概括，没有阴也就没有阳，没有阳也就没有阴，但又不局限于特定的某一事物。一般地说：“凡是活动的，外在的，上升的，明亮的，功能的，机能亢进的都属于阳；而沉静的，内在的，下降的，寒冷的，晦暗的，物质的，机能衰退的都属于阴”，但事物阴阳的属性不是绝对的，而是相对的，既可在一定的条件下相互转化，又可在阴阳之中再分阴阳，阴阳双方在事物的运动过程中保持着动态的平衡。

基于这种观点，先师认为，人体在骨折

症的认识。我们对模型大鼠用活血化瘀、理气软坚的腰痛一号方灌肠三十天后，1、各期病理切片均显示：服药组在异物巨细胞反应，肉芽组织形成，炎症的消退比对照组要提前5~7天。2、模型大鼠体态显示：给药组模型大鼠右下肢感觉和运动的恢复都较对照组提前7~10天左右。3、致炎定量滤纸片的重量方面提示：给药组服药三十天后取出的定量滤纸片的重量明显低于对照组，经卫生统计学处理P值<0.05，以上述三项观察指标看出，活血化瘀、理气软坚的腰痛一号对神经根无菌性炎症，起到了减轻炎症反应程度，缩短炎症反应时间的作用，因而减轻了对神经根的炎性刺激和粘连。从细胞形态学的角度证实了祖国传统医学活血化瘀的作用。

二、从目前文献报导（环一磷酸腺苷和环一磷酸鸟苷的研究），CAMP有抑制血小板聚集作用，与中医活血化瘀作用有关。凡是能促使CAMP升高的因素均可发挥此作用。

从本实验结果看，术后第一天模型大鼠脑组织内的CAMP值均升高，术后三十天，给药组模型大鼠脑组织内CAMP含量仍高于正常组，而对照组模型大鼠脑组织内CAMP含量则低于正常组，因CAMP升高抑制了血小板的聚集作用，因而腰痛一号方药对模型大鼠起到了活血化瘀的作用。就脑组织来说，CAMP升高还可降低某些中枢细胞的兴奋性，避免ATP的过度消耗，保护生命活动直接能源。

1974年，美国学者Goldberg提出CAMP与CGMP比值可能与东方传统医学中阴阳学说有关，引起我国中西医结合研究工作者的兴趣，发现肾阳虚患者血内CAMP与CGMP的比值低于正常值，用补肾药物后，CAMP升高。从本实验结果看，模型大鼠术后三十天后，服药组模型大鼠脑组织内CAMP与CGMP比值高于正常值，因此可以认为腰痛一号方药在发挥活血化瘀作用的同时，也起到了调节阴阳的作用。

之前，多无偏阴偏阳的病理变化，骨折之后，血溢脉外，或气血散失、气滞血瘀或败血归肝，或内动于肾，破坏了人体阴阳平衡，瘀血过多，瘀血发热，而致阳热亢盛，失血过多，血虚发热，阴虚火旺。因此，骨折早期前七天，自然表现出相火元进，阳热偏盛的证候；与此同时，机体调动内部各种因素，加之以适当的外部治疗，改善了气血运行，瘀热，肿势渐退，阳亢渐平，瘀血得化，再经中后期的调治，就可如期恢复机体的阴阳平衡。

先师在丰富的医疗实践中观察到：骨折早期前七天为瘀肿增加期，在此期中，局部由不肿胀到明显肿胀，并见发热、尿赤、苔黄、脉弦数等全身症状，其病变表现出上升的、亢进的，属阳的病理变化；经过七天左右，伤后第八天开始，进入瘀肿衰退期，此期局部肿胀逐渐消退，疼痛日减，诸症皆缓，其病变呈现出下降的，抑制的，属阴的病理变化，黄老先生遂将骨折中局部与全身症状之病势日重的瘀肿增加期与病势日衰的瘀肿消退期简洁地概括为“七上八落”。

《内经》云：七为阳数，“其气高，其性速，其用燔灼，其化蕃茂，其用火”八为阴数，“其气端，其性随，其用曲直，其化生荣，其类草木”（《素问·五常政大论篇》），是谓阴阳之对立，七八之相违。《内经》又云：“上下相召，阴阳相错，而变化由生”（《素问·天元记大论篇》），“七损八益”，“阴生阳长，阳杀阴藏”（《素问·阴阳应象大论》），是谓阴阳之转化，七八之相变，然而这相互转变的实现需要有一定的外部条件。“七上八落”正确地反映了骨折后病机发展与转变的全过程，这一过程既是客观的，也是相对的。若我们在骨折治疗中，施以恰当的治疗与用药，充分发挥医患双方的主观能动性，就能够促进这个转变过程加快向愈合的方向进展，收到事半功倍的效果；反之，若治疗不恰当，不能调动医患双方的主观能动性，这个转变过程就会延期，

甚至向坏的方向发展。此外，对幼儿、年老、体弱者，该过程有长短之差别；所以“七上八落”乃是一个阴阳转变的规律，宜虚看，不宜实看，七并非专指七天，八并非专指八天，而是对阴阳属性，阴阳运动转变之特性而言的，“七上八落”是指示阴阳相互转变，“重阴必阳，重阳必阴”的一个可移动的转折点。

总之，先师在骨折辨证中极为重视阴阳这个辨证的总纲，以阴阳总统表里、寒热、虚实、气血津液的辨证。在临证中做到“察色按脉，先别阴阳”，“闻病之阳，论得其阴，闻病之阴，论得其阳。”他认为：《内经》中论述的阴阳学说与伤骨科临床有着十分密切的关系，只有维持人体的阴阳平衡，才能使气血循行于经脉之中周流不息，营运全身，需润全身，滑利关节，温养肌肉，只有把握阴阳，才能使之安其位。筋脉和顺，骨髓坚固，气血畅行，骨骼直、筋脉和、腠理固、精气强。因此，在骨折发生后由于血溢脉外，气滞血瘀，骨的连续性与完整性遭受破坏，阴阳气机的连贯性为之阻断，阴阳失去平衡，也就导致了先阳后阴，“七上八落”，是阴阳消长转变的必然过程。

#### 因势利导用治法

《杂病源流犀烛》说：“跌打闪挫、心气为之震、震则激、激则壅、壅则气之周流一身者，忽因所壅在一处，……气凝在何处，则血凝在何处”。

黄老先生指出：由于外来暴力的作用，造成了局部骨折后，当时肿胀不显，而以后七天内，受外力侵害的软组织，复受在内的断骨锐锋的戳伤，血溢脉外，造成内出血而致瘀肿，局部肿胀随日增加，病变呈上升的趋势，称为瘀肿增加期；而第八天后，肿胀渐退，病变呈下降的趋势，称为瘀肿衰退期。黄氏的见解与现代医学的认识具有一致性。现代医学认为：局部瘀肿的原因是在于骨折部发生血肿，血肿的大小取决于骨折错位与软组织损伤的程度，血肿的消除机化，依靠

骨折后刷状毛细血管伸入以及吞噬细胞的作用。在骨折第一周，因新生毛细血管少，不能完全吸收瘀血，加之骨折断端对骨折局部软组织的损伤，血肿呈增大的变化，而一周后，大量新生的毛细血管，改善了血液供应，且局部固定的稳妥，使骨折断端不再损伤软组织，血肿逐渐吸收机化，分别形成骨与软骨。另外，现代医学还证实，骨折后一周内出现的负氮平衡，即使补给大量的氨基酸，亦不能被纠正，而在一周以后，除非极严重的多处骨折病员，负氮平衡均自行得以纠正，这充分表明“七上八落”的规律机转是能够为现代医学所验证的。

按照“七上八落”之病理机转，先师在骨折早期予以整复后，因势利导地施用了小夹板三让四追的矫正固定法。

在瘀肿增加期，对骨折病人，换敷骨折损伤接骨软膏\*，同时施用摸接端提，按摩推拿的矫正术，接着予以包扎固定。在此期，固定须“三翻”，即每二天重新绑扎一次，采用“宽松法”，外敷接骨软膏，每次适度放松小夹板外的扎带，以防因骨折局部肿胀增加而造成压迫坏死，并可同时矫正骨折移位，也即瘀肿来犯，暂作退让，所以亦称三让，以利软组织的营卫气血畅达，阴阳气机畅行少受阻滞。

瘀肿渡过了高肿极点转入衰退期，在此期，固定须“四复”，即每四、五天绑扎一次，包扎固定采用“紧迫法”，每次按肿势消减程度适度的紧小夹板外的扎带，也即乘瘀肿败退时期，肌肉萎顿收缩阶段，用以猛追，所以亦称“四追”。外敷则乘瘀开始长新之际，改用接骨万应膏药（薄贴）\*\*，衡其长短狭阔紧贴于断骨部，然后加以小夹板固定扎紧。经过小夹板三让四追法固定整复，骨折治疗一般能达到较满意的疗效。

骨折治疗采用先松后紧的小夹板三让四追法固定整复，体现了中医伤骨科固势利导，辨证论治的观点，与西医采用石膏一次成形

固定迥然不同，显露出明显的优越性。在临床上，采用石膏固定骨折的病员，在瘀肿增加期因过紧受压迫而致溃疡、坏死，或在瘀肿衰退期因过松、骨折端移位而致畸形愈合，延期愈合，骨不连接的例子，是十分常见的。下面是本院在79.1—82.12.四年中分别采用小夹板三让四追法与石膏一次固定法治疗单纯性胫骨下1/3骨折的有效率差别的显著性检验—u检验。

#### 单纯性胫骨下1/3骨折疗效观察对照

| 治疗方法     | 例数  | 疗效  |    | 有效率(%) |
|----------|-----|-----|----|--------|
|          |     | 有效  | 无效 |        |
| 小夹板三让四退法 | 114 | 111 | 3  | 97.4%  |
| 石膏一次固定法  | 49  | 42  | 7  | 85.9%  |

(将163例单纯性胫骨下1/3骨折病人随机分组，内服均以随证处方之中药汤剂，凡在治疗过程中发生溃疡、关节僵硬，骨折畸形愈合，延期愈合，骨不连接者均为无效。)

1. 建立无效假设，假设小夹板与石膏两法的治疗有效率发生在同一整体中。

$$2. \text{计算: } n_1 = 114 \quad n_2 = 49 \quad n = 163$$

$$X_1 = 111 \quad X_2 = 42$$

$$P_1 = 97.4\% \quad P_2 = 85.7\%$$

$$P = (X_1 + X_2) / n = (111 + 42) / 163 \approx 93.9\%$$

$$Sd = \sqrt{\frac{nP(1-P)}{n_1n_2}} = \sqrt{\frac{163 \times 0.939(1-0.939)}{114 \times 49}} \approx 0.0412$$

$$u = \frac{|P_1 - P_2|}{Sd} = \frac{|0.974 - 0.857|}{0.0412} \approx 2.84$$

3. 判断结果：u值2.84 > 2.58 说明小夹板三让四追法与石膏一次固定法的治疗有效率差别有非常显著意义，即可以认为小夹板固定治疗骨折的有效率大大高于石膏固定治疗的有效率。

黄老先生在用药上也强调要遵循“七上八落”之规律，采用因势利导的原则，配合四时季节阴阳消长的变化灵活用药，“病方盛，则不治其太甚，固守元气，所以老其

师，病方衰，则必穷其所之，更益精锐，所以搗其次”。（《医学源流论》）。

瘀肿增加期，常见发热、口渴、尿赤、喘促、腹胀、舌红苔黄，脉弦数等症状，为瘀血归肝，内动于肾相火偏亢，阳热炽盛，病势呈上升趋势，因而即使使用极大量的活血化瘀退肿止痛药物，也不能起到完全消除症状的作用，而只能起到改善症状的作用；然而第八天左右开始，很多病人则在使用同样药物，常规用量的情况下，病情就迅速好转，症状从根本上得到改善。如肋骨骨折病人，多数在前七天内，服药收效不大，咳嗽，胸胁引痛，喘促不能平卧的症状不能减轻，但到第八天起，咳嗽胸痛就显著减轻，若喘促不能平卧者，此时即能喘停得卧。这就是“七上八落”，阳极转阴的病机转变的必然结果，这时药物的疗效也就能显而易见地反映出来，所以把握住“七上八落”之常规。遵循骨折病机之传变规律，因势利导地采用治法方药，乃是指导骨伤科临床辨证论治的关键所在。

### 小 结

先师黄乃聪认为：骨折之后，其症状、病位、病势、病程无不反应了阴阳对立统一，相互联系，互相消长转化的过程，形成了“七上八落”之客观规律。这一规律与现代医学对骨折病机的认识亦有相互贯通之处。若把握住“七上八落”的病机规律，四诊合参，揆度阴阳，按照因势利导原则，采用小夹板三让四追法，并辅以中医中药辨证论治，就能在临床中，病机在握，有的放矢，促进骨折的早日愈合。统计学分析则可表明，这一治法与石膏一次固定法相比具有明显的优越性。

“七上八落，因势利导”乃先师千虑一得，书出高明，足资临床伤骨科医师借镜。

• 接骨软膏：黄氏接骨软膏主方有四个重要层次，以十六味主体药物构成。

(1) 四猛将：（亦称四老虎）生川乌15g 生草乌15g，生南星15g，生半夏15g。

(2) 四清凉：生蒲黄15g，生大黄12g，生黄栀18g，生黄柏18g。

(3) 四辛开：猪牙皂18g，生白附12g，细辛12g，羌独活各12g。

(4) 四香窜：广木香12g，乳香没药各15g，丁香12g，麝香0.8g。

再配合时令季节、阴阳消长的变化增加药味如下：

(1) 春季把四猛将药量增加50%，并添用红花12g，骨碎补15g，五加皮15g。

(2) 夏令把四清凉部分增加50%，并添用甘松9g，姜黄12g，元参12g，地骨皮12g。

(3) 秋令把四辛开部分增加50%，并添用麻黄12g，当归15g，山奈9g，川芎12g。

(4) 冬令把四香窜部分增加20%，并添用樟冰9g，骨碎补15g，苍术12g，白芥子9g。

以上药物共研末，用凡士林调稠为软膏。

••接骨万应膏的处方和配制法如下：

甲方（用饮片或粗块）细生地90g，玄参60g，生栀子60g，木鳖子60g，地骨皮60g，羌活独活各45g，猪牙皂45g，苍术45g，桂枝45g，骨碎补45g，生香附60g，白芥子45g，苏子90g，桃仁90g，荆芥45g，生麻黄30g，五加皮60g，元胡60g，青皮陈皮各60g，地别虫60g，桑节、松节各240g。乙方（共研细末），当归24g，赤白芍各15g，香白芷24g，细辛12g，薄荷12g，生川乌15g，生草乌15g，生南星18g，生半夏18g，乳香没药各18g，肉桂12g，生白附12g，冰片60g，川连12g，川芎12g，生军30g，原麝香2.4g

配制法：

用麻油拾斤，把甲方的药味浸入油里（冬春七天左右，夏秋五六天）浸毕倾入锅内；文武火熬至药物焦枯，把药渣滤掉，继续文武火熬煎，候至醴油滴水成珠，放入广丹搅匀（每斤油冬春用广丹150g，夏秋用广丹240g），然后把乙方的药末筛入油内搅匀，待冷冻，即凝结成膏药肉（做成接骨万应膏，也称薄贴）。