

· 学术探讨 ·

中医三种“变治接骨”临床特点探讨

海南行政区中医院骨科 郑志荣

华生一琼斯曾经断定：“任何药物都不能促进骨折愈合”。基于这个原因，中药对骨折愈合作用问题应引起重视，在通常情况下，伤科“三期治血”规律值得效法，病变者所谓随证变法、不断更新概念。我们选择186例四肢骨折进行验证分析，认为中医三种“变治接骨”方法，具有实用价值，是祖国医学治疗体系中独特的一环，为中药治疗骨折延迟愈合的必要性和可能性提供理论根据。

一、遵循“开源引流”证治规律

骨折愈合乃靠气血之濡养，气血两虚，必致骨折愈合迟缓。有一种骨折处于缺血部位，因血管分布稀少或血管损伤，经脉闭塞，气血循行失常，无以生髓养骨。《伤医大全》说：“患在脾枢及气血罕到之处，最难调治。”另一种开放性损伤亡血伤津，或症延日久，气虚血淤，病变涉及各脏腑阴阳气血虚弱为根，医者不善其变每多忽视，拘于常证定法，必致误治。这种虚证常见脏腑不和，生化无源，运化无力，“气虚则血行之动力减弱，气虚益甚则血淤益锢”，形成恶性循环，加重病情。所以，发挥“开源引流”，效能，确有它的临床意义。

开源，即生血化阴。首先充分利用和发挥全身生血泉源的优势，通过敷布运化之功，解决缺血区域源流问题。治疗上应注意几个环节：

(一) 振奋脾阳，以裕生血之源。“五脏六腑之精气，皆受于脾”。临床常以补血药配健脾补气药，益气摄血，血自归经。如用归脾汤治血虚就是有名的例子，补气重于补血，这也是取“阳生则阴长”的意思。

(二) 补气生血，引血化气；或温补气血为主。“凡骨折皆用热药，以生气血。”“血虚者，补其气而血自生”。凡是阳气虚弱还是阳气虚寒，或是胃土燥热或有脾胃虚寒等症均不生阴血者，应调和阴阳，多半是气血同治。气虚者，须补血填精以化气，此即“有形之血生于无形之气”的含义。

(三) 重视“肾主骨”理论的应用。肾实骨生，“肾实则骨有生气”，补肾壮髓，骨合筋柔，“骨通精髓，故合骨也”。对于脏腑虚损证治：“五脏之真，唯肾为根”，然而单纯补肾力量薄弱，只有补肾与调五脏相结合，才能具体地发挥“扶正培本”的作

用。历代医家对“五内相关”方面有所侧重。我们认为，无论“补肾不如补脾”，还是“补脾不若补肾”，乃以“脾肾并重”为妥。特别要改善脾肾阳虚状态，为骨痂形成创造条件。对于骨折不愈合，每多精血亏耗、脏阴损害为先，临床常见肝肾阴虚证。“今水不胜火，则骨枯而髓虚”启迪我们对“壮水制火”的认识，滋其不足，泻其有余，能改善肝火或肾火的病变，才是接骨论治的有效途径。

(四) 祛淤血，生新血。历代医家用药多从治“淤”着手。“血不活则淤不能去，淤不去则骨不能接也。”祛淤，是吸收侵吞痰淤范围，扩大新生的血管面积；活血、气化的动力使静止的死血变成搏动的新血，激活成骨细胞提前突变。对缺血区域骨折应用微量活血药刺激确好处。考证各种接骨丹方，大多是由活血化瘀通络药物组成，仍不失为发掘研究价值。

引流，即从阳化阴。或攻或补，皆以调气为先，取其生化动力，引流要早期，主动，引流气血灌溉充达缺血灾区，恢复“动态平衡”。

(一) 疏肝补脾。“补脾当中，必宜疏肝”。推黄芪补肝气为冠，气血以流，疏则通畅。(二) 补脾开窍。“脾胃虚则九窍不通”。开窍莫精于升降，窍通，引流溢口变铗途。(三) 辛药开豁。究“酸苦甘膩不能入络”戒律，久病入络者投辛温或辛润通络药物，以辛取胜，“便生血气，以接骨耳”。(四) 引火归原。常在滋阴降火药中少佐桂附或温热下行品，引阳入阴，虚火归根，筋生骨合，其原在肾，肾实则骨有生气。(五) 疏引气血，宜结合经络脏腑证治。保持中医传统的辨证论治的原则。

开源引流是对缺血区骨折或骨折延迟的愈合治疗，突出重点，动用各种力量，解决源流问题，尽可能具体、细致、准确，提高疗效。观察40例胫腓骨骨折延迟愈合治疗情况，20例采用开源引流法，平均60天全部患者达到骨性愈合，20例按照常规补法，68天有15例达到骨性愈合，60天有4例达到愈合标准，有1例120天开始出现少量骨痂。

案一：刘×，女，32岁，X片—10498，诊断为胫腓骨折延迟愈合畸形，经手法复位成功，证合脾肾阳虚，治以益气健脾，温肾培元，佐微量祛淤药，

3 周后复查骨折愈合。

二、提倡“分类冲击”临床变法

(一) 临床分型和分类治法

内伤气血，外伤筋骨。不仅提示是气血失调的继续，而且意味着由气滞血淤向痰浊淤阻转变的规律。筋伤内动于肝，骨伤内动于肾。临床常见肾气疲惫，命门火衰，脾胃气虚，运化失职，谓之脾肾阳虚证，或阴血内戕，虚火蒸炎，易致肝肾阴虚证。所见资料186例，兼型79例。气滞血淤型68例，证见胸脘闷痛，气憋不畅，痛有定处，筋脉不舒，舌质黯淤，脉弦或涩。多见受伤初期，虽有疼痛而不明显肿胀，治“以气为先”“兼而理血”确有良效。痰浊淤阻型118例，证见肿胀淤斑，疼痛痞满，舌黯红，苔厚腻，脉弦滑或弦数。多见骨折中后期，血伤则肿，有形不移，久淤必有痰，痰淤同源。治“以血为先”“痰淤同治”，多投活血祛淤之剂，配之消痰强筋药品。肝肾阴虚型45例，以心烦口渴，潮热盗汗，面颧戴阳，溲赤涩，舌红，脉细数为辨。常见血管损伤，阴血耗损，骨骼虚软，治以滋阴配降火或潜阳，有利于骨折修复。脾肾阳虚型34例，证见畏寒肢冷，夜尿频数，腹胀纳少，便溏，舌淡胖，脉沉细。骨折后期肾阳不足，脾阳衰弱，断端迟缓连接，治以温补脾肾为本。

(二) 变法源说和冲击模式

长期以来，接骨分期治血。即早期破血，中期和血，末期补血的方法，一直为后世医家所遵循。“分类冲击”接骨法是在特殊情况下，以专方专药和分期治血相结合优选出来的新方案。既要利用促进骨折愈合最有效的药物，又要发挥临床分期治血的中医传统特长。分期药物有针对性，治疗效能有冲击性。即集中优势的药力，不断递增剂量，解决主要矛盾，方能建功。治疗价值是使中药接骨获得新的效果，尤其对血肿严重区域的骨折，疗效更为显著。那种冲击治疗可以恢复动态平衡，利于骨折修复。分类冲击的特点是分组分类冲击。要求冲击药物要分类(少而精)量大(饱和量为准)，其冲击模式：如甲组方(常用活血祛淤药配补气药)集中药力从常规剂量开始递增至饱和量，以继续冲击，更换乙组方(常用接骨续筋配补血药)再次递增冲击。观察46例股骨干、粗隆间骨折治疗情况。冲击组和对照组各23例，前者血肿吸收快，虚肿消退快，平均76.5天骨折愈合，对照组平均90天骨折愈合其中2例迟缓愈合。

案二：蒋××，男，26岁，X片—10102号，左大

腿被汽车撞伤诊断左股骨多段粉碎性骨折，经牵引复位40天，仍无骨痂形成转我院治疗，继续牵引，启用桃红四物汤加自然铜、黄芪、土别、山楂、地龙、海马分三组分类冲击，30天后骨性愈合成功。

三、重视“微量刺激”特殊价值

“微量刺激”一词，顾名思义，微少的量，刺激的力。正如人们生命新陈代谢中不可缺少的微量元素一样。可以说在特定条件下，较长时间应用微量药物有的放矢地产生刺激的功力，达到理想的接骨效果。

其一，骨折临近关节或关节韧带出现硬化现象时，于适当时候加用少量软坚药或化痰药。观察肱骨髁部骨折30例治疗，两组各15例，骨折愈合时间无明显差异，但刺激组骨愈合后肘关节活动基本正常。对照组骨愈合后有11例肘关节僵硬，治疗20天左右，关节活动恢复正常。

其二，骨折部位无感染过敏者，可用外敷中草药。虽然药物渗透力微弱，但长时间能发挥效力。桡骨远端骨折分两组各25例。消肿时间，敷药组平均2.5天，对照组5.5天。临床痊愈时间，敷药组比对照组快5—7天。最近，采用恒定颤振法和药液渗透法相结合的方法。

其三，缺血区域骨折气血俱虚，临床上可能无明显血淤征象，谓“无形证血淤症”。最难调治原因是这些部位淤血虽少但已紧锁源流之势。治闭不除，新血难生。开源引流和微量祛淤药，从某种意义上启迪我们对这种特殊征候的认识，在缺血区域可以扩大活血祛淤应用范围。观察20例股骨颈骨折治疗。甲组10例以补肝肾为主加微量祛淤药，乙组以补肝肾为主。结果发现甲组“微量刺激”的效能使骨折迟缓愈合发生率降到最低限度，平均60—70天骨折愈合，乙组有3例骨折愈合缓慢，1例骨不愈合合并股骨头缺血性坏死。

其四，“以骨补骨”治法多为病者接受。这是传统的“取象比类”用药方法，取其“同气相求”之意。也是骨折者喜欢的食疗。

其五，关于攻淤逐邪而不伤中。攻淤久之会伤胃。保护脾胃功能离不开“微量健脾理气药”。每服伤药不败脾胃。

总之，使用“微量刺激”接骨法，无疑是摸索某些骨折特殊见症的疗效，追求其特殊的治疗价值的一种新方法。

案三 卢×，女，8岁，X片—6647号，诊断左股

(下转16页)

·手法经验·

推拿手法为主治疗创伤性踝关节粘连症

温州医学院附属一院

狄任农

踝关节系由胫腓骨的下端和距骨滑车构成的，以背伸和跖屈为主的屈戌关节。其内、外侧分别由副韧带予以固定，以加强其稳定性。内侧的称为三角韧带，起自内踝，呈扇形向下放射，止于舟骨、距骨和跟骨；外侧副韧带由距腓前、后韧带和跟腓韧带组成。当踝关节及其周围的软组织或骨遭受损伤后，若早期处理失当，或持续固定时间过久，后期均有可能遗留不同程度以局部肿胀、疼痛和踝关节内翻活动受限为主的临床综合症候群。既往对此症的治疗，一般主张以锻炼为主，虽有一定作用，但见效甚缓。笔者经长期临床实践，摸索到运用伤科手法为主，辅以中药洗方（落得打、仙灵脾、独活、桑寄生、桂枝、当归、红花、伸筋草、透骨草各10克）湿热敷局部，疗效迅速。经治11例，均系成人患者；男性7例，女性4例，病程最长的达三个月，最短的1月；由踝关节扭伤所致的7例，踝关节及其周围骨折导致的4例。经上述疗法后，均于短期（3~4周）内肿痛锐减，恢复功能。

手法操作

一、术者一手固定外踝，另一手握住足部，在踝关节内翻位姿势下，用大拇指向前推揉外踝周围之软组织数遍，使局部筋络松舒；二、术者一手固定踝关节稍上方，手掌紧贴胫骨，另一手握住足背外侧，双手同时用相反方向的力量，迅速将踝关节被动内翻，此时可有明显的粘连松解的撕裂声闻及；三、将踝关节被动背伸和跖屈。至此，手法即告结束。

注意事项

一、术前须向患者及其家属说明，在手法操作过程中可有短暂之剧痛，术后1~2天局部疼痛有时加剧，此系正常反应，不必顾忌。二、手法通常每隔3~4天操作一次。三、操作时动作须轻重适度，由轻渐重，使伤员有一适应过程；否则，若急于求成，骤用暴力，则往往难以达到预期效果。四、中药四肢洗方系已故著名伤科专家魏指薪氏

经验方，具有良好的温经、通络、祛风、止痛作用，须坚持每天热敷1~2次，每次15分钟左右；尤其对粘连较明显的病例，应先用本方热敷1~2周，待局部症状及体征稍有缓解后，再施以手法治疗，可收事半功倍之效。

典型病例

例一、陈××，女，46岁，1985年1月5日初诊。

左外踝扭伤后疼痛、行动不便一月余。受伤后经××医院，X线摄片检查；骨与关节无异常。予以外敷中药软膏，内服活血化瘀之剂。药后局部肿胀虽明显消退，但仍疼痛，行走时牵掣不适，经人介绍转来我院治疗。检查：左外踝周围之软组织略呈肿胀，距腓前韧带起点处压痛明显，踝关节被动内翻时明显受限且感疼痛加剧。拟诊为创伤性踝关节粘连症。即嘱其每日以四肢洗方煎汤熏洗1~2次，同时每隔3~4天施上述手法一次。三周后随访，功能恢复，疼痛消失，行动自如。

例二、程××，男，48岁，1985年9月8日初诊。

从约三米高处跌下，足跟着地，至某医院急诊，摄片检查发现左跟骨骨折。经手法整复后予以小腿石膏固定六周。拆除外固定后，即进行功能锻炼，同时配合理疗。因局部肿痛及踝关节功能未见明显改善而转来本院就医。检查：左踝部周围软组织肿胀，压痛以外踝前下方部位为显著；踝关节被动内翻时疼痛剧烈功能障碍。拟诊为跟骨陈旧性骨折并发踝关节粘连症。即令其先用四肢洗方热敷。一周后复诊，诉疼痛减轻。继而手法和热敷并进，经四周治疗，踝关节功能基本恢复正常，肿痛消失。

（上接7页）

骨颈陈旧性骨折合并髓内翻二个月入院，经手法折骨复位成功，小夹板固定和骨牵引，治则温补肝肾为主，辅以微量活血药，60天痊愈出院，三年后行走如常。

（本文经尚天裕教授、郭维淮主任医师指导，特此致谢！）