

· 论 著 ·

发展具有中国特色的新医学

中国中医研究院骨伤科研究所 尚天裕

一、中西医是在不同历史条件下形成的两种体系的医学，都是劳动人民长期和疾病做斗争的经验总结。

早在抗日战争期间，毛主席就提出“要团结中西医，用中西医两法治病。”解放后，党和政府制定了四大卫生政策，我国医疗卫生事业取得了显著成绩，由东亚病夫一跃而成世界强国。1958年党中央发出号召：“中国医学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”在这样的大好形势下，举国上下大搞中西医结合，取得了不少成果，有的居于世界领先地位。

在骨折治疗上，中西医各有一套方法，解放初，广大农村及中小城市，大多数是中医，仅在大中城市少数西医院有骨科。中医整骨就是依靠人的固有感觉器官，发挥人的本能，靠眼看、耳听、手摸和对比测量等方法来诊断、治疗骨折。应用巧妙的手法将骨折整复，在骨折局部施用夹板固定（不包括上下关节），局部及全身用药，鼓励病人早期功能活动。早在唐朝蔺道人著的《仙授理伤续断秘方》中就有这样的记载：“凡骨折，先拨伸捺正，用付木夹缚。……凡曲转，如手腕脚凹手指之类，要转动，用药帖，将绢片包之，后时时运动……或曲或伸，时时为之方可……”由于肢体合能以活动，一般来说，肢体血运好，骨折长得快，功能恢复的也好，骨折迟缓愈合或不愈合等合并症很少发生。但对一些难以整复，不易固定的骨折，骨折对位差，往往造成骨折畸形愈合，也影响肢体的外形及功能的恢复。因为我国长期处于封建社会，中医是农业，手工业的

基础上形成的，它没有与现代科学结合，保持着原来的古老传统，看起来原始落后，但是它在长期的医疗实践中，形成了一套独特的理论体系和治疗原则和方法，积累了丰富的经验，而且在对疾病的认识上，一直保持着朴素的辩证唯物观点，总的来说是正确的，但它不能对客观事物做深入细致的说明。就象恩格斯在肯定希腊哲学世界观的同时所指出的那样：“这种观点虽然正确地把握了现象的总画面一般性质，却不足以说明构成总画面的各个细节，而我们要是不知道这些细节，也就看不清总画面。”

欧洲古典医学在未与现代科学结合以前，对骨折的治疗和我国的传统整骨方法基本相似，也是手法整复，帖膏药，木制夹板局部固定和定期热敷、按摩，自动活动等措施。当时欧洲的许多著名的学者都是采用这种方法治疗骨折的。根据Giranni de vigo（1460—1520）的记载，肩部骨折24日，肱骨骨折40日，大腿骨折50日，小腿骨折40日即可愈合，骨折愈合也较快，这与我们现在中西医结合治疗骨折临床愈合日期基本相似。David（1977年）在总结自己的经验时曾指出：“适当的休息和运动（自动的）二者对受伤骨组织的修复都很重要，关键在于二者之间应有适当的安排。”这就表明“动静结合”这一骨折治疗思想，早已被国内外学者所认识。西医是在近代化工业的基础上发展起来的，具有现代医学知识，又利用了现代科学技术成就，因而对于疾病的认识比较深入细致，较能形象的说明其中的一些科学道理，就象恩格斯指出的那样：“十八世纪上

半叶的自然科学，在知识上，甚至在材料的整理上高过了希腊古代，但是在理论的掌握这些材料上，在自然观上却低于希腊古代。……从16世纪到18世纪自然科学所以获得卓越的成果，就在于人们把自然界分为各个部分，把整体分割开来，对物体的形象和内容进行了描述，对动植物进行了解剖，这种分门别类深入细致的研究方法，在科学发展中，证明是完全正确的，但不要绝对化，一绝对化就走上形而上学的道路。”尤其是X线的发明为骨折的诊断、治疗创造了有利的条件，但是有些学者为了追求骨折的解剖复位，谋求坚强的固定，逐渐放弃了局部外固定，而代之包括上下关节的广泛石膏外固定或手术切开内固定。“广泛固定，完全休息”就成为西医疗骨折的指导原则。虽然在西医中如Lucas Championniere (1910年)认为生命在于运动，治疗骨折需要活动，反对完全休息的主张，并受到一些学者如Perkins的拥护，但绝对固定派在西医中始终居于统治地位。在这种原则的指导下，近百年来西医从整复方法，内外固定用具也做了一些改进，并从局部到全身试用了许多药物，但骨折愈合并未加快，骨折治疗中的合并症（即西医所称的骨折病）并未减少，反而有所增加，有些学者惊呼这样发展下去会把骨折治疗引入死胡同。因此，从60年代后期西方学者普遍对“广泛固定，完全休息”这一原则发生了怀疑，随之而出现了两种相反的潮流。以瑞士müller为首的AO学派（Association osteosynthesis）从手术方法和内固定器械上狠下工夫，设计了更复杂的内固定用具，成立了金属内固定研究

会（A. S. I. F）通过三万多例的治疗经验，总结出四条原则：1. 骨折解剖对位；2. 坚强内固定；3. 仔细的手术操作；4. 早期无痛性功能活动。其目的是为了减少骨折病的发生。AO学派还从生物力学、组织学上进行研究，提出了骨折可以“一期愈合”的理论，使骨折治疗前进了一步，但也随之出现了不少问题，首先是骨折愈合后不能取出内固定物，按照他们的规定，就是在手术后1.5~2年取除了内固定，有的最好还要用外固定加以保护，否则有再骨折的可能，再骨折率有的高达20%。这就令人发生了怀疑，坚强的内固定是否为骨折愈合创造了良好条件，还是给骨折带来了新的麻烦，有人把AO称做外科领域内的一顶王冠，也有人说它为骨折病人带来了新的灾难。目前，从临床观察及动物实验都得到证明，坚强的内固定发生了应力代替，骨质本身就要发生萎缩、疏松，导致螺钉松动、拔出，钢板弯曲、断裂，最后再骨折。因而在全球风行了十几年的AO学派已开始走下坡路。

另外，手术把闭合性骨折变成开放性骨折，总会带来一些合并症。因此多数学者认为假若能以非手术疗法取得同样的效果，还是以非手术疗法为宜。

在美国，差不多与欧洲AO学派兴起的同时功能支架新型非手术疗法也开始形成。Dehne首先采用腓韧带及胫骨内外髁负重石膏治疗小腿骨折，Mooney, Connolly及Sarmiento等相继报告用功能架治疗四肢骨干骨折，取得令人鼓舞的效果，骨折愈合的较快，骨折病很少发生，骨折不愈合率近消灭。（表一）

骨折部位	西医传统疗法骨折不愈合率		局部功能支架疗法不愈合率	
肱骨干骨折	1—2%	非手术疗法	0	Sarmiento 1977
尺桡骨干骨折	2.9—20%	手术疗法	2.2%	Sarmiento 1975
股骨干骨折	4—12%	混合疗法	0.9%	Connolly 1978
胫腓骨干骨折	1—26%	混合疗法	0	Rockwood 1975

通过临床及实验研究，他们也认识到，肌肉收缩，关节活动，适当负重可以加速骨折愈合和功能恢复，骨折周围的软组织是维持骨折稳定的重要因素，病人少受痛苦，易取得病人的信任和合作，病人可以自行管理，大大减轻了医护人员的负担，认为他们的方法和我国中西医结合的方法非常相似，说是受了我国的影响，Sarmiento所著骨折闭合功能疗法一书，1981年出版，总结了他17年所治疗的二千病例的经验，在骨科界影响也很大，可以说与AO学派并驾齐驱。

二、要坚持中西医结合的方针，中西医互相学习，取长补短，努力发挥各自的优势，把两者之长结合起来。

根据上述的国内外骨折治疗概况，中西医都各有其优缺点，骨折是这样，其他系统的疾病也是一样。一个有经验的医师，在长期的医疗实践中，无论是中医还是西医都会碰着一些疑难病症，并为取得了成功的经验而欣慰，反之，也会为一些失败的教训而内疚，尽管中西医是两种不同体系的医学，在名称上，有不同的说法，但它的真实涵意应该是相同的，现在科学技术日新月异，飞速发展，中医和西医都面临着挑战，我们研究的对象是人，医学是生命科学，人是万物之灵，然而人类对自身的研究远远落后于其他学科，就拿现在对人类威胁最大的四大疾病：高血压、心脏病、脑血管病、癌症等，可以说都是常见多发病，但是它的发病原因，诊断技术，治疗方法，病程转归，都还难以完全阐明，感觉到自己的知识有限，诊断技术，治疗效果，不是完美无缺，急需要不断的学习补充加以提高。我国有两种医学，有现成的条件，党和国家又制订了具体方针政策，宪法规定要把中医和西医摆在同等重要的地位，号召要中西两医互相学习，取长补短，努力发挥各自的优势，去为病人寻找最好的诊断，治疗方法，去解除人民的疾苦，这是历史负于我们肩上的历史责任，是

我国医学发展的必然趋势。就我国目前的情况来说，有能力的人住院后，组织中西医专家会诊，明确诊断，选择最好的治疗方法，以求得到较好的疗效。一般的病人呢，往往是忍着疾病的痛苦，甚至冒着生命的危险，奔波于中西医之间，去进行试探，自己搞中西医结合。我们医务人员应该如何对待呢？是置若罔闻，熟视无睹？还是应该义不容辞、自觉地承担起这一历史使命呢？

请听“病人的呼声吧！病榻上的困惑”
(87. 6. 12日人民日报)

“病人太苦，到处碰壁，希望能使许多互相矛盾的说法，有个接近正常的答复。医疗部门除了管好自己医院之外，对于这些互不通气的治疗学说，是不是也应该研究研究，既加惠于病人，也可能对世界医学有所贡献，比他们在病人面前“百家争鸣”总要强些吧。”

我觉得做为一个西医应该首先珍惜祖先留给我们的这份宝贵文化遗产，虚心地向中医学习，看看中医是怎样讲的，如何治的，效果怎样？当然有条件的中医也是同样。无论是中医或西医，只要掌握了自己所从事的专业范围内两方面的知识和技能。碰到具体问题，两种学术思想，医疗原则和具体疗法，就很自然地自己的头脑中进行盘旋。按照疾病发生发展的内在规律，古为今用，洋为中用，吸取中西医两者之长，合理地将它们有机地结合起来，推陈而出新，就可以将疗效提高一步。我从1958年开始学习中医，在党的领导下，中西医政治上团结，学术上尊重，业务技术上互相学习，各取其长，互补其短，为着一个共同目标去提高疗效。但做为一个西医要学好中医，必须要放下架子，甘当小学生，虚心学习，首先要钻进去，把中医的宝贵经验继承下来，通过实践加以提高，但西医学习中医，不是要西医变成中医，更不能被任何一家学说所局限。因此，到了一定阶段又要跳出一师一徒、一

方一剂的圈子，冲破中医各家之间的门户之见，博采中医诸家之长，进而打破中西医之间的界限，对中西医两法进行比较鉴别，批判地继承中外文化遗产，使古今中外皆为我用，取百家之长，走创新之路。例如，我们在学习正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿）的基础上，结合现代医学知识，通过临床实践，总结成十大手法，可以灵活地运用于各部位骨折，获得满意的整复。从中医各家所用的木板、竹帘、纸壳、牛皮、杉树皮等外固定用具材料中，通过力学试验，选择了具有弹性、韧性、可塑性和能吸潮、透X线的柳木制成适合各部位使用的夹板，可以稳固地将骨折保持在整复后的位置。根据骨折部位、类型、骨折整复后的稳定程度和具体骨再移位的倾向，从病人的实践中为各种骨折总结出一套练功式，指导病人进行有节制的功能锻炼，不但可以保持骨折对位，原来对位稍差，有些残余成角及侧移位的骨折在合理的功能锻炼中还能自动复位，骨折愈合快了，较过去单纯西医疗法缩短了三分之一，全部疗程只有过去的二分之一，绝大多数骨折功能恢复满意，骨折病也很少发生，骨折不愈合率由过去平均5—7%降低到0.04%。

三、实践是检验真理的唯一标准，矛盾对立统一规律是宇宙的根本规律

通过大量的临床实践及反复的总结，发现上述规律，骨折愈合快，疗程短，功能好，骨折治疗中的合并症很少发生，骨折不愈合率接近消灭，为什么出现这些现象，解决了骨折治疗中长期存在的问题，是不是就是用夹板代替了石膏，在外固定用具和治疗方法上发生了改变，还是有其他原因呢？我们回顾了中西治疗骨折的历史，调查了目前国内外的概况，重新认识了人体的生长发展规律，运用唯物辩证法和历史唯物论对中医百家和西医各派的学说及方法进行了比较鉴别，看到古今中外医学的联系和区别，各自

的长处和缺点，认识“动与静”、“筋与骨”、“内与外”、“人与物”四对基本矛盾，这也就是中西医及西医各学派争论的焦点。西医在“广泛固定、完全休息”治疗原则的指导下，处理骨折时，强调固定，忽视活动；着重对骨折的处理，轻视软组织在骨折治疗中的作用；重视损伤局部，忽视整个肢体及全身；只想借助外力来整复、固定骨折，把人的肢体视作一般“用具”来“修理”治疗，而忽视了肢体本身的内在固定力和人在治疗中的主观能动作用。其结果，束缚或限制了伤肢及整体的功能活动；影响或破坏了肢体本身的内在固定力；减低或损伤了骨折部的自然修复能力，增加了病人的肉体痛苦及精神负担，约束了人在治疗中主观能动性。

中医治疗骨折从来主张“动静结合”，在固定骨折时就重视了肢体的活动。因而，在具体措施上，只固定骨折局部，不包括上下关节，固定后的肢体都能活动，这就是“动中有静、静中有动”。鼓励有利的动，限制不利的动。全身、患肢和骨折端都要动静结合，在骨折愈合以前，动是绝对的，静是相对的，绝对固定是难以实现的，而且是有害的。

“对立统一规律是宇宙的根本规律”。在骨折治疗中，固定和运动同样重要，骨折愈合与功能恢复应相辅相成，局部与整体需要兼顾，外力只有通过病人机体的内在固定力才起作用。在这四对矛盾中，固定与运动是诸对矛盾中的主要矛盾，而后者又是各对矛盾中的主要方面。按照对立统一的辩证关系提出了以内因为主导的“动静结合”（固定与运动相结合），“筋骨并重”（骨折愈合与功能恢复同时并进），“内外兼治”（局部治疗与整体治疗兼顾），“医患配合”（医疗措施与病人的主观能动性密切配合）的骨折治疗原则，从而打破了西医长期以来“广泛固定、完全休息”的传统观念。

在骨折治疗中，不能强调一方面而忽视

了另一方面，双方互相矛盾而斗争，而又互相联系而依存。固定必须从肢体能以活动的目标出发、而活动又要以不影响骨折部位固定为限度，有效的固定是肢体能以活动的基础，而合理的活动又是加强固定的必要条件。

肢体是人体的运动器官，其生理功能就是活动。骨骼是人体的支架，活动中的杠杆，承受负重及接受应力是其生物性能。任何违反肢体生理功能和骨骼生物性能的作法都是有害的。“广泛固定，完全休息”对肢体来说是一种生理性损伤，应用坚强的内固定用具将骨折断端绝对固定，等于剥夺了骨组织的生物性能，会导致骨质萎缩。骨组织本身具有强大的再生及塑形改造能力，治疗骨折只是为骨组织愈合创造一定的有利条件，复位后将骨折部相对固定，让病人及时地进行合理的功能锻炼，使骨折断端承受一定的压应力，骨折可以较快的愈合，新生的骨痂亦随之塑形改造，恢复骨质的原有结构，骨折治疗中的合并症可避免发生，肢体功能满意地恢复。

由实践上升到理论，假如这些理论是正确的，在实践中再加以验证。在新的治疗原则的指导下，就可以创造性地，有目地把中西医的精华有机地进行结合，向纵深发展。

1. 由新鲜到陈旧

陈旧性骨折有畸形愈合，迟延愈合和不愈合三类，要对造成的原因认真分析，对于畸形愈合的病例，按骨折愈合坚强程度分别采用手法折骨术或手术凿断术，变陈旧为新鲜，而后按新鲜骨折来治疗。对于还没有形成假关节的不愈合病例，只要骨折对位尚好，改用夹板局部固定，让病人扶拐下地，适当负重，骨折多可获得愈合，僵硬的关节亦可随之恢复。

2. 由四肢到躯干

我们在治疗陈旧性骨折中受到启发，陈旧性变为新鲜性骨折后，不能马上恢复，主

要是在牵引及夹板固定下，通过病人积极地功能锻炼使骨折逐渐自动复位的。对脊柱压缩骨折，无论是稳定或不稳定的骨折，甚至合并脊髓压迫的病例，我们应用垫枕练功自身复位法，即在病人骨折部垫一高枕，保持脊柱过伸，教病人积极地进行三步仰卧位练功法，利用腰背肌的强大拉力，使脊柱过伸，前纵韧带及环状韧带就自然地被拉紧，压缩的椎体随即逐渐地被拉开，重新鼓起而复位。

3. 由骨干到关节内

关节内骨折既要关节面恢复平整，又要早期活动恢复关节功能，因此国外都主张切开复位内固定。我们多年来逐渐积累了经验，对肩关节，肘关节，踝关节内骨折多可采用手法复位，自身重量牵引，夹板固定及早期活动，让对面完整的关节面对破裂的关节面进行模造，既平整了关节，又恢复了关节功能。对膝关节骨折有的须用撬拨法复位骨折，而后夹板固定、早期活动，也是利用健侧完整的关节面去进行模造，以恢复关节功能。

4. 由闭合到开放感染骨折

对开放已感染的骨折，我们外用中药来治疗，很严重的开放性感染骨折，骨质外露，皮肤缺损，只要肢体血运尚未完全破坏，肢体都可保留，骨折可以愈合，伤口最后封闭，且不留瘢痕挛缩，中医从长期的临床实践中积累了丰富的经验，根据伤口内脓汁的性质、气味、颜色及稀稠程度辨证用药，中药有去腐的，有提脓的，有生肌的，有长肉的，在换药过程中肉芽面新鲜、上皮生长迅速，外露骨质很少发生感染，一般不会形成骨髓炎而导致骨折不愈合。

四、对于临床验证行之有效的方法，必须积极利用先进的科学技术和现代化手段来阐明其科学原理，使中西医结合成为一个完整的体系。

中医骨伤科是一富矿、浅矿，用手摸得着，眼看的见，硬碰硬，实打实的一门学

科,骨折整复的好坏,愈合的快慢,功能恢复的怎样,它本身就能说明问题,还可用X线加以证实,当然不能满足于这些具体事实,宏观现象,还需要用现代科学技术和手段来加以阐明中医的骨伤科理论的科学性。

1.骨折愈合机理:传统中医对损伤一症专从血论,有“活血化瘀,去瘀生新”之说。“盖打扑跌坠,皮不破而内损者,必有恶血留内。”“内治之法必须以活血化瘀为先,血不活则瘀不去,瘀不去则骨不能生也。”

西医近年来对骨折愈合的机理也进行了深入研究,认为骨折后出血形成血肿,血肿变成肉芽,肉芽机化、钙化、最后骨化,这种软骨内骨化,既复杂又缓慢,不是骨折愈合的主要形式。通过实验证明,骨折愈合主要是靠骨内外膜及有成骨机能的骨折周围纤维组织增生、分化产生新骨,采用膜内骨化形式。骨折后出血发生血肿是损伤后的病理生理现象,不可避免,但出血多、血肿大,反而影响骨膜新生骨痂的“会师”融合,对骨折愈合不利。因而早期防止出血,促使血肿及早吸收消散,也成为西医治疗骨折的重要措施,这与中医的“活血化瘀”“去瘀生新”的说法基本相符,英国著名学者 Treuta 等在总结其长期骨折愈合机制时指出:“关于骨质形成的秘密,虽然未完全了解,但这一事实可以完全肯定,即骨质是由钙盐沉着而部分硬化的“有机软组织”,它的组织者是骨折部有生骨机能的血管”。

2.关于骨折治疗“动静结合”的原则前已详述,西医自十八世纪以来所坚持的“广泛固定,完全休息”的原则,坚持了百余年,走了一段大弯路,在事实面前宣告放弃,现在西方学者也都认识到治疗骨折须要“动静结合”,虽然在西医界所采取的具体措施仍有分歧,风行了十多年的AO绝对固定学派已发生动摇,而新的功能支架相对固定派日益被更多的学者所接受,Sarmiento说他们的方法和中国的中西医结合方法非常

相似,说是受了中国的影响,最近英国骨与关节外科杂志用塑料仿制的中国式夹板登了广告,公开推销,他们的治疗骨折也实际是执行了动静结合、筋骨并重和医患合作的中西医结合原则。

3.中医治疗骨折有“骨肉相连,筋能束骨”之说,我们整复、固定骨折,无论是在整复、固定和功能锻炼,都是从中医的这个基本学说出发,整复、固定要施加一定的外力,而施行外力的根据是肢体本身的内在固定力,也就是西医所说的骨折部的骨膜、肌肉等软组织的马缰绳的牵拉作用。至于病人有节制的功能锻炼,肌肉收缩活动所产生的内在动力,更是维持固定,矫正残余移位的主要因素,因此我们说功能活动不仅是骨折治疗的目的,而且是维持固定促使骨折愈合的重要手段。现在我们治疗股骨干骨折,脊柱压缩骨折,采用的自动复位法,更是以筋束骨的突出例子,并可以通过肌电图加以表明。

4.“祛腐生肌,煨脓长肉”是中医治疗疮疡的基本理论,创面分泌物粘稠、量多、色清,无恶臭者有利于创面愈合,这种伤口分泌物是促进伤口愈合的营养物质,不是西医所指的脓是腐败性产物。外用中药对伤口内常见的化脓菌,如葡萄球菌、绿脓杆菌均有抑制作用,但它不是象抗菌素那样直接杀菌,而是提高了机体防御能力、免疫及抗感染能力。伤口分泌物中含有大量的溶菌酶,它与抗体、补体共存时有显著溶菌作用,另外,使用中药后,巨噬细胞数量增多吞噬能力增强。分泌物中还有多种氨基酸,伤口内毛细血管丰富,伤口新鲜,在骨面上可产生“骨肉芽岛”,相互融合将外露骨面覆盖,在肉芽组织中心可出现“皮岛”,向四周扩散,与伤口边缘新生的上皮融合将伤口封闭。山西稷山县杨文水就是用这些中药开设了500张床位的骨髓炎医院,保留了许多在大医院要截肢病人的肢体,把全国28个省市

的病人吸引到农村，就是最好的说明。

中西医结合治疗骨折，就是根据中医骨伤科的基本理论，“活血化瘀”，“动静结合”，“筋能束骨”，“煨脓长肉”，来指导临床实践，并用现代科学技术而加以研究，并说明其科学道理。85年中央书记处对中医药的决定更具体明确，世界上又出现了针灸热、中医热，中医药要面向未来，走向世界，而骨伤科又有它的独具特点，比较具体形象，能取得立竿见影的效果，在四化建设中，骨伤科患者日益增多，这是因为交通发达了，人与人之间的来往频繁了，工农生产机械化，群众性体育运动的普遍开展，人的寿命老化的必然结果，意外的天灾人祸就更难以预计了。欧美各国近10年来骨折病人成倍增加，约有1/10的人口罹患骨伤科疾病，我国正在进行四化建设，仅交通事故去年就死亡4.2万人（87年6月5日《人民日报》），受伤人就是几百万，若再加上工农业外伤及日常生活中的意外损伤就更可观了。

现代骨科奠基人之一Robert Jones爵士早在1926年就说过，功能是矫形外科医师的目标，他的专业是了解并选用最好的方法去获得功能，手法或手术只是治疗的开端，最卓越的功绩只能从它功能上的成功来衡量。但是因为我国骨伤科人才的缺乏，全国不到三千人，只有一个中医学院设有骨伤科系，每年才培养30人（据说新增加了几个），再加上学术思想的偏见及传统习惯势力的影响，使具有中国特色又有突出疗效的中西医结合的骨伤科优势远远没有发挥出来，看见许多患者忍受了极大的痛苦、甚至冒着生命的风险而导致伤残，实在令人痛心。日本明治维新在医学上也全盘西化，把传统医学致于非法地位，但在日本许多有远见的西医学者，自己组织起来继承发扬皇汉医学，就骨伤科来说全国有十六座学校，培养了一万二个正规骨伤科医师，散布全国各地，承担着

骨伤疾患的主要任务，我们若不急起直追，将来而要反向日本学习。

我国骨伤科虽有几千的历史，但大多蕴藏在民间，还需要进一步发掘、整理、提高，只有从实际出发，因地制宜，根据具体条件，能挖掘的挖掘、能继承的继承，有条件可以整理提高，发扬光大，不要强求一律，政策要坚持，学术要争鸣，不要一种倾向掩盖了另一种倾向。中医、西医，西学中以及其他有关科学工作者，只要珍惜祖先留下来的宝贵文化遗产，愿为人类解除病痛，呈献自己的智慧才能，对于振兴中医都是有益的。

结束语

1.骨折多是由外伤造成的，除个别情况外，患者的身体是健康的。因此，不要把骨折患者视做病人，应积极地创造条件，让其尽快地恢复接近正常人的生活。

2.肢体是人的运动器官，其生理功能就是活动；骨骼是人体的支架，是活动的杠杆，接受应力及负重是其生物性能，任何违反肢体生理功能，剥夺骨骼生物性能的措施都是有害的。

3.骨组织有强大的再生及塑形改造能力，治疗时应该为患者创造有利条件，不要伤上加伤，干扰和破坏骨组织的自身修复能力。

4.对骨折的整复，固定只是为骨折愈合创造条件。骨折能否较快愈合，关键在于活动。功能活动不仅是治疗骨折的目的，从目前来讲，它是促进骨折愈合，治疗骨折的重要手段。

5.治疗骨折是目的，而所采取的措施是针对软组织的，“骨肉相连，筋能束骨”。骨折移位是被动的，而肌肉收缩活动是主动的。在骨折愈合以前，骨折断端的活动是绝对的，而固定只是相对的，对骨折愈合不利的活动，通过人的意志要加以控制，使骨折断端的不利活动减少到最低限度，而对骨折

愈合有利的活动，要尽情发挥，保持骨折断端持续接触，紧密嵌插，产生压电效应，促使骨折愈合及新生骨痂的塑形改造，提高其抗折能力。

6.我们治疗的对象是人而不是物，从表面上看来，是医师给患者治疗疾病；实际上医师只是按照疾病发生发展的客观内在规律，为患者战胜疾病创造有利条件，任何医疗措施只有通过病人的主观能动性才能充分发挥作用。不应该将患者放在被治的地位。要治病首先要治人，人是物质的，也是精神的，人是万物之灵，有意识，能思维，富感情，善适应，最自动化的有机整体。在一定的条件下，患者的精神状态和主观能动性对疾病的发生，发展及转归起着关键作用，患者才是治疗中主力。

7.骨折愈合，骨组织的再生，一般是由骨折周围的软组织首先形成骨痂，将骨折断端“焊接起来，恢复其骨骼的支架作用，而后按照骨组织的生物性能去塑形改造，恢复其正常骨质结构。一般将这称为间接愈合。

在特定的条件下，骨折解剖对位，坚强内固定，骨折处间隙很小，从动物实验证明骨折端的Havers（哈佛氏）管，可以直接增生、塑形经由活的皮质骨跨过坏死的皮质骨处架桥直接愈合，这称一期愈合。问题是那种方式骨折愈合的快，患者痛苦少，愈合的坚固，不怕再骨折，而又不遗留合并症。

8.骨折治疗大体上分为手术疗法，非手术疗法和介于二者之间的有限手术疗法（半侵入），都各有其适应症。应根据具体骨折，设备条件，技术能力和个人经验辩证施用。但多数学者一致认为，假若非手术疗法能取得手术疗法同样的效果，还是以非手术疗法为宜。人们应该去做那些非做不可的手术，而不要做那些想做和能做的手术。手术要损伤骨折部的血运，减低骨折的自身修复能力，把闭合性骨折变成开放骨折，总会发生一些合并症，带来一些不良后果。在我国的现有条件下更应慎重，一切要从患者的利益出发，为病人服务，而不是相反。

庆祝中国中医研究院骨伤科研究所 建所十周年(篆刻)

创业十年



誉满神州



湖北 郑国寰 贺