

## 略谈伤科内治法则

湖南中医学院附二院 (410005) 孙达武

内治法是通过服药使局部与整体得以兼治的一种方法。伤科内治法则是局部与整体兼顾，分期与辨证相结合。分期是按病程分早、中、后三期。早期以“破”为主；中期以“和”为主；后期以“补”为主。再结合伤者的年龄、体质、受伤部位、损伤轻重、时间新久、局部与全身症状，通过四诊、八纲，而进行辨证施治。正如《正骨心法要旨》所说：“须先辨或有瘀血停积，或为亡血过多，然后施以内治之法，……更察其所伤上下轻重浅深之异，经络气血多少之殊，必先逐去瘀血，和荣止痛，然后调养气血，自无不效。”因此，临床上必须辨证准确，治疗才能取得预期效果。如《外科证治全书》指出：“盖有瘀血不先行散而加补剂，则成实实之祸；设无瘀血而妄行攻利，则致虚虚之祸。”

辨证首先要了解“病”、“证”、“症”三者的关系。三者之间既有联系，又有严格界限和区别。其联系是三者均统一在人体病理变化的基础之中。每种病都有它的基本症状，但病在各个发展阶段，还是以证表现出来，证由症状组成。现分别阐述如下：

“病”是在一定致病因素作用下，正常健康状态遭到破坏，机体与周围环境及机体内部各系统之间的相互关系紊乱，出现了机能或形态等方面的异常变化，反映出一定的病理演变过程。

“证”不是若干症状的简单凑合，而是由一组固定的具有内在联系的，可以揭示疾病本质的症状所组成。每一证都有不同的表现形式和一定的结构层次。

“症”即病人自身感觉到的异常变化及医者通过诊察所获得客观上的特征（包括舌苔、脉象及辅助检查等）。

伤科内治的诊疗方法，要求“辨病”和“辨证”相结合。

辨证，如伤后发热，临床上有血瘀发热，血虚发热，感冒发热，感染发热之分。因此，必须鉴别。

血瘀发热。如《金匱要略》说：“病者如热状，烦满，口干烦而渴，其脉反无热，此为阴状，是瘀血也”。

血虚发热。如《正骨心法要旨》说：“伤损之证发热者，若因出血过多，脉洪大而虚，重按之全无者，此血虚发热也”。

感冒发热。如《正骨心法要旨》说：“伤损之证外挟表邪者，其脉必浮紧，证则发热体痛。”

感染发热。皮肤破损后，若污浊之物染触创口而致毒邪入机体，可产生发热；或因伤后局部气滞血瘀，经络壅塞，积瘀成痛而发热。如《灵枢·痈疽篇》说：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。”局部早期亦有红、肿、痛、热症状。

辨证施治，如《正骨心法要旨·内治杂证法》载：“伤损之症，胸腹痛闷者，……其胸腹喜手摸者，肝火伤脾也，用四君子汤加柴胡、山栀；如畏手摸者，肝经血滞也，用四物汤加柴胡、山栀、桃仁、红花；若胸胁闷痛，发热肺热，肝经血伤也，用加味道遥散；若胸胁闷痛，饮食少思，肝脾气伤也，用四君子汤加芎、归、柴、栀、丹皮；若胸腹胀满，饮食少进，肝脾气滞也，用六君子汤加柴胡、芎、归；若胸腹不利，食少无寐，脾气郁结也，用加味归脾汤；若痰气不利，脾肺气滞也，用二陈汤加白术、芎、归、山栀、青皮；若咬牙发搐，肝旺脾虚也，用小柴胡加川芎、山栀、天麻、钩藤钩”。以上辨证用药的法则，可为后世之楷模。

伤科病内治法则，与一般内科病相比较，

既有其共同性，也有其特殊性。现仅就其特殊性，略谈几点。

1. 先利二便：如《素问·缪刺论篇》说：“人有所堕坠，恶血留内，腹中满胀，不得前后，先饮利药。”指出跌打损伤之后，二便不通者，先通二便。

2. 先散表邪：如《永类铃方》说：“被伤之时，岂无外感风寒之证，且先用三四服顺气药，却看患人虚实，有何证候轻重”。指出新伤易感寒，治伤先发散表邪。

《江氏伤科方书》亦指出：“大凡人于既跌之后，或相打受伤之后，感冒经风，发寒、发热、头身皆痛，先用解肌汤，或小柴胡汤治之，然后再服跌打药”。说明跌打损伤之后，凡有表邪者，宜先散表邪，后服损药。

3. 先服气药：如《仙授理伤续断秘方》说：“凡伤重者，未服损药，先服气药，如匀气散之类。”该书在“匀气散”方前又说：“凡伤重先下此药调气，然后服损药”。

《永类铃方》也指出：“若伤重，亦先通气，而后通血”。

盖“跌打损伤之证，专从血论”，何以先

服气药？《杂病源流犀烛》说：“忽然跌，忽然闪挫，必气为之震，震则激，激则壅，壅则气之周流一身者，忽因所壅而凝聚一处，是气失其所以为气矣。气运乎血，血本随气以周流，气凝则血凝矣。气凝在何处，则血亦凝在何处矣。夫至气滞血瘀，则作肿作痛，诸变百出”。此即先服气药之理也。

4. 破勿太过。如《素问·五常政大论》说：“病有久新，方有大小，有毒无毒，固宜常制矣。大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七；小毒治病，十去其八；无毒治病，十去其九；谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。不尽，行复如法”。因此，临床使用攻破之剂时。应适可而止，否则，诛伐太过，必损天年。

5. 顾护脾胃。脾胃是气血生化之源，为人体赖以生存的后天之本。

总而言之，伤科内治法则，正如《证治准绳》所说：“夫伤损必须求其源，看其病之轻重，审其损之浅深，……有当先表里而后服损药者，为医者当循其理治之，然医者意也，不知意者，非良医也”。

## 妊娠子痫致肩关节脱位合并肱骨大结节及肱骨上段斜行骨折一例

江苏省太兴县红十字医院 (225400) 封寄春

作者曾治疗1例女性患者在无外来的致伤暴力，卧位并有她人监护的情况下，子痫致使肩关节内下脱位合并肱骨大结节、肱骨上段斜行骨折，实属罕见。现报道如下：

石××，女，24岁，X线片号：35546。患者于89年10月1日怀孕8个月突发子痫(高血压、昏迷、抽搐)。由乡卫生院转到县医院急诊住院。病人经抢救苏醒后，感觉右肩疼痛、活动受限，遂请骨科医师会诊(未经X线检查)，诊断为肩关节脱位，施行卧位足蹬复位术，闻到响声后误认已复位。患者术后仍感右肩疼痛，活动受限。出院后，10月29日到我门诊就诊，历时29天。查：神清，面色萎黄，语音低微，右肩峰突出，

触之关节盂空虚，杜加氏征(+)。X线片示：陈旧性右肩关节内下脱位、合并大结节、肱骨上段斜形骨折。诊断：同上。10月31日在臂丛神经阻滞麻醉下，施行肩关节手法闭合复位，复位成功后行小夹板绷带超肩固定。11月28日复查X线片示：右肩关节间隙增宽，肱骨大结节及肱骨上段斜形骨折对位尚好，已有骨痂形成。于是拆除外固定，施以后期研磨手法加深关节，加强和恢复关节结构的稳定性。90年1月3日X线复查片示：右肩关节仍有增宽现象，断端已有大量骨痂。检查关节稳定，外形正常，关节功能大部分恢复，方才终止手法。追踪随访，关节外形正常，固定结构稳定，功能全部恢复。