

论著

伤科痛证诊治管见

中国中医研究院骨研所 (100700) 丁继华

痛证在伤科领域中系最常见的临床症候，人体受伤，无论是创损皮肉筋骨，或是伤及五脏六腑，均会引发气滞血瘀经络受阻或气血离经的病理改变。“不通则痛，通则不痛”，气伤则痛，形伤则肿，故伤科疾病无不出现痛证。本文就伤痛的辩识和治疗谈一点管见。

伤痛有二特征：一为普遍性，即有伤便有痛，只是疼痛的性质和程度不同而已；另一为严重性，在痛伤中有不少伤势较重的病例，其痛证常藏有危及生命的病机，不识者按一般伤痛处理易贻误病情。甚至病人死亡。

伤痛的常规处理方法很多，如局部痛处可施以简单的冷敷、热敷，或用红外线、超短波等医疗仪器进行物理疗法，亦可用针灸治疗，或限制肢体活动来减轻伤痛。从中医的角度来处理治疗伤痛，应以治本为主，在急痛时可先治标。由于跌扑闪挫，卒然身受，由外及里，气血俱伤，因此外敷或内服中药的法和方当以活血逐瘀、行气消肿为宜；气血通则可消肿止痛。前人在治伤痛时，所立之法虽然雷同，但所下投三方药却各有所异。笔者认为治疗伤痛方药应以沉香、木香、血竭、川芎、乳香、没药、川乌、草乌、羌活、独活等药味（乳香寻痛散加减）为主。至于不同的病情、不同的年龄、不同的病位，则应辩证加减药味和药量，再行加减引经之药，当收伤痛治疗之效。

对于有危及生命的伤情，必须先处理病因，以免延误病情。

一、头部伤痛

1. 骨折所致：颅骨骨折会引发伤痛，如果仅系颅顶骨的线状骨折，或颅底骨折不伴有或伴有轻度脑脊液漏（耳漏、鼻漏）的病例，只要局部伤处不受压，无剧烈咳嗽或喷嚏等强烈震动，此类伤痛均属可忍受而无须施以特殊处

理，随着伤势的好转而逐渐减轻和消失。

如系头颅骨凹陷骨折，其深度超过1公分（X线）证实或有头脑受压的症候出现者，此时头痛较重，局部触及血肿，压痛明显，伴有恶心、呕吐的症状，对此伤痛必须把凹陷骨折撬平复原，上述症候有所改善，可投以中药治疗。

如果头底骨折严重、耳漏、鼻漏数日不止，且有加重趋势，则必须开头施行修补手段后，方可处理治疗伤痛。

对颅骨骨折的伤痛除用乳香、没药、川乌、草乌外，尚可加用骨碎补、自然铜、青皮、陈皮、狗脊、防风等药味（定痛接骨紫金丹加减）。

2. 内伤所致：头部受伤，轻者为脑震荡，可因脑水肿、颅内压增高而引发头痛；严重创伤可以造成颅内血肿、脑组织挫伤、脑干损伤。上述诸伤不仅均可引发头痛、恶心、呕吐等症状，同时可以随时发生呼吸骤停，心跳终止。单纯的脑震荡，除用一般治疗伤痛的方药外，尚可加用川芎、细辛、归尾、天麻等引经药味。而对后三种伤病必须严格辩识清楚，根据笔者经验，不论其病情如何变化，关键要注意以下几点：首先要注意病人的意识丧失与否，清醒则吉多凶少，如处于昏迷状态，则必须防范呼吸骤停；其次要注意两侧瞳孔是否等大等圆，散大的一侧往往指示同侧脑部有定位伤肿；第三双侧肢体的肌张力是否相等，肌张力低下的一侧往往指示对侧脑部有伤肿；第四是上下肢是否引发出病理反射，如有病理反射则说明有颅脑内伤。单纯的脑震荡虽然也曾出现暂短的意识丧失，但很快就会复醒，勿须惊慌。如果清醒后又复昏迷，出现所谓的“中间清醒期”，说明颅内局部有进行性出血，血肿

对脑组织呈现明显的压迫，继续发展下去可压迫生命中枢而出现呼吸骤停，心跳终止。在病人意识清醒时，又具有第二至第四条情况时，则须在严密观察随时准备手术的前提下，进行中医保守治疗。

二、胸部伤痛

胸部因解剖的关系，伤痛较难治疗，因为人的呼吸运动一刻也不能停止，所以不论是肋骨骨折或仅是胸壁软组织挫伤，均会因呼吸运动牵扯伤处而感疼痛，特别是咳嗽、喷嚏更加重，伤痛，迫使病人不敢作深呼吸，因而迁延修复，拖长病程。为此胸部受伤骨折理应即刻用宽胶布将骨折处封贴固定，如系多发性骨折而引发出“反常呼吸”，更应在胶布下于伤折填压棉垫加以固定，既消除“反常呼吸”，又可固定止痛。治疗胸部伤痛应在一般治疗伤痛方中加用南星、石菖蒲、半夏、苏子、枳壳，胁下伤痛勿忘加用柴胡、桔梗等药。

胸部受伤如出现严重的血胸、气胸时，它会压迫肺组织迫使纵隔移位，出现休克，危及生命，此时需采取排气、抽血、止血、修补等措施。在急救治标时，原则是速将张力性气胸变成开放性气胸，先消除纵隔摆动（会引发休克）和进行性的肺组织受压萎缩，开放性气胸则用无菌棉垫，或干净布块（现场急救时）填塞创口，使其变成闭合性气胸，终止外界空气继续进入胸腔；对闭合性气胸、血胸有严重的压迫肺组织妨碍呼吸时，当在胸前高位处排气，侧胸低位处抽血来松解压迫。

三、腹部伤痛

腹部伤痛病机较为复杂，疾病的转归和预后也不尽相同。最简单的是腹壁软组织受创引发的伤痛，重创可伤及腹腔内诸脏器而产生的腹部伤痛。前者伤痛比较浅表，浅触即可致痛，凡使腹肌紧张的动作（如平卧举头试验）均可加重伤痛。而内脏破裂所致的腹痛则可因脏器的不同使伤痛的性质、程度、后果亦不相同。如肝、脾破裂出血，血液刺激腹膜引发的腹痛以钝痛居多，腹壁压痛虽不明显，但生命欲处于危急之中；胆、胃、肠、膀胱破裂，也

因溢出的内容不同，对腹膜刺激最大的要推胆汁和空腹的胃酸，腹部伤痛剧烈，腹壁呈板硬状，下手压迫、抬手松压均会引发腹锐痛；食物和粪便对腹膜刺激引发的伤痛次之，尿液更次之，血液最弱。

危及生命的内伤必须采取紧急手术救命，但同时针对不同的病情投以中药治疗，此时宜用当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、枳壳、甘草等药，如再加生地、牛膝、柴胡、桔梗则组成血府逐瘀汤；如上述当归等药外加灵脂、丹皮、乌药、元胡、香附则又组成膈下瘀血逐瘀汤。上述两方虽为清朝名医王清任所创，但对胸、腹内伤及伤痛迄今仍为伤科医生所常用。

四、脊柱伤痛

脊柱受伤可引发出头、肩、背、腰、腿伤痛，因为不论是脊柱骨折或软组织受伤，出血伤肿均可刺激，压迫脊髓或周围神经而致痛。严重的椎体压缩性骨折或小关节错位，对脊髓又有明显的压迫、损伤而引发出截瘫，则必须先行手法或手术复位，再行中医保守治疗。前人对脊柱损伤，腹中胀满，二便不利时，主张用攻下法先利二便，这是很科学的，因为不论是脊髓或周围神经受伤，或后腹膜间隙血肿，腹腔内脏腑经络受伤出血，均可刺激腰、盆神经丛，而导致不得前后（二便不利）。所以伤家们多喜用大黄、桃仁、甘遂、大戟等药，既可通利二便，维护脾肾，又可荡涤败血、逐血去瘀。治疗脊柱伤痛除服用中药外，尚可配合推拿手法和针灸疗法，他们不仅可消肿止痛，而且可使错缝、出槽的筋骨复位，甚至可使久卧病床的截瘫病人离床行走。

综上所述，伤科痛证皆因气血两伤、经络阻滞、营卫不贯所致，且往往出自急症，故应标本兼治。在治疗伤痛中不可机械套用成方，必须辨伤施治，行气导滞、活血化瘀故能收一定功效，如考虑到脾胃系气血之父，所化之水谷精微可盛荣气血；心肾又系气血之母，肝肺又为气血之舍，故伤痛系气血两伤，常筋骨并伤，表里藏象互相影响，投药须全面考虑。

（下转第11页）

第五跖骨基底部骨折误诊135例报告

福州林如高整骨医院(350007) 林子顺 傅继敏

本院收治因误诊或延误治疗的第五跖骨基底部骨折135例，现报告如下。

临床资料

135例的病史都在两周以上，且都有明显的外伤史，时间最长28天；女性多于男性；接诊时踝部都有不同程度的肿胀，均诊断为踝关节扭伤合并第五跖骨基底部陈旧性骨折，局部症状明显者111例，一般者23例，不明显者1例，因患处疼痛打封闭未见效者13例，理疗者12例。

临床症状

患部均有不同程度肿胀，足背外侧（第五跖骨基底部）有凸起或明显凸起，压痛局限，行走时此点痛剧。X片示第五跖骨基底部明显骨折线，有的没有骨折线，可见基底部边缘骨皮质增厚或模糊，大部分无明显移位。

治疗方法

1. 手法整复：医者一手拇指用力按压骨折端，余四指提托足底部（一般可感觉骨凸起），另一手抓住足部使足背伸，可听到复位声，检查第五跖骨基底部凸起消失，即已复位。

（上接第4页）

笔者崇尚“补肾学派”的学术思想，故在治疗处理伤痛、伤证时，时时以“肾主骨”的理论作为指导，但攻下派大医家张子和的下法在治伤痛时有其独到之处，特别是大黄是治伤不可缺之药味，它既可荡涤败血，又可破血逐瘀，消肿止痛，此为邪去元气自复。此外，治伤痛不可缺柴胡，它能升能降，不论伤在上、中、下何部均可投用，柴胡为厥阴、少阳两经之引经药，具有升清阳、降浊阴之功效。伤痛属于瘀滞或气滞，血瘀则阴气不舒，气滞则阳气不达，而柴胡治脏伤时为血中之气药，治经时为气分之血药，又能开郁散滞而通达上下，疏利气机、调和升降。因此，笔者

2. 夹缚固定：在骨折端和足底外侧各方置一块小夹板，折端放置一块厚薄适宜的纸压垫，用胶布粘贴、固定，一般固定2—3周，局部症状即可消失。

讨 论

1. 踝部扭伤是骨伤科常见病，发病率较多，但对于合并第五跖骨基底部骨折容易漏诊或误诊，因此对踝关节扭伤特别是对内翻引起的扭伤应引起重视。

2. 第五跖骨是腓骨长肌腱附着处，由于腓骨长肌腱的牵拉，易使踝内翻，再加上外踝筋膜韧带比较松弛，当足突然内翻时，足底筋膜呈应激性的松弛，所以第五跖骨处于不稳定状态，易造成骨折。

本组均用林如高老中医的治疗方法，治疗后局部症状都有明显好转，特别是后期中药熏洗，脚踝翘板的功能锻炼，可舒筋活血，改善足部的功能。

3. 固定后，一定要注意观察足部的肿胀情况，早期的消肿十分重要。

除介绍治疗伤痛诸方时，特别推崇大黄、柴胡二味，作为治伤不可缺之要药。

· 书 讯 ·

由哈尔滨市骨伤科医院副院长张德桂，院长张进学，哈尔滨市东来医院院长刘明凯主编，黑龙江中医药大学黄殿栋教授主审的《骨科外固定学》已由黑龙江科学技术出版社出版发行。全书共48万字，250幅插图，全书共分上、中、下三篇20章，对骨科外固定的基本知识，骨科外固定的方法，以及外固定的临床应用等做了系统的阐述。订购者请与哈尔滨市骨伤科医院办公室联系，邮政编码150080。