

二十世纪中医之精华

● 主 编 张文康

「临 中」 「床 医」 家

林
如
高

林子顺 王和鸣 主编

中国中医药出版社

林如高——中国百年百名中医临床家丛书

丛 编 项： 中国百年百名中医临床丛书

作 者： 林子顺 王和鸣 主编

出 版 社： 中国中医药出版社

出版时间： 2003-11-01

字 数： 198000

版 次： 1

页 数： 281

印刷时间： 2003-11-01

开 本： 32 开

印 次： 1

纸 张： 胶版纸

I S B N ： 9787801563352

包 装： 平装

定 价： ￥ 12.00

所属分类： 图书 >> 医学 >> 中医学 >>

中医临床

中国百年百名中医临床家丛书

主 编 张文康

副主编 余 靖 李振吉

中国中医药出版社

出版者的话

祖国医学源远流长。昔岐黄神农,医之源始;汉仲景华佗,医之圣也。在祖国医学发展的长河中,临床名家辈出,促进了祖国医学的迅猛发展。中国中医药出版社为贯彻卫生部和国家中医药管理局关于继承发扬祖国医药学,继承不泥古,发扬不离宗的精神,在完成了《明清名医全书大成》出版的基础上,又策划了《中国百年百名中医临床家丛书》,以期反映近现代即 20 世纪,特别是建国 50 年来中医药发展的历程。我们邀请卫生部张文康部长做本套丛书的主编,卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖同志、国家中医药管理局副局长李振吉同志任副主编,他们都欣然同意,并亲自组织几百名中医药专家进行整理。经过几年的艰苦努力,终于在 21 世纪初正式问世。

顾名思义,《中国百年百名中医临床家丛书》就是要总结在过去的 100 年历史中,为中医药事业做出过巨大贡献、受到广大群众爱戴的中医临床工作者的丰富经验,把他们的事业发扬光大,让他们优秀的医疗经验代代相传。百年轮回,世纪更替,今天,我们又一次站在世纪之巅,回顾历史,总结经验,为的是更好地发展,更快地创新,使中医药学这座伟大的宝库永远取之不尽、用之不竭,更好地服务于人类,服务于未来。

本套丛书第一批计划出版 140 种左右,所选医家均系在中医临床方面取得卓越成就,在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家,包括内科、外科、妇科、儿科、骨伤科、针灸等各科的代表人物。

本套丛书以每位医家独立成册,每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分进行编写。其中,医家小传简要介绍医家的

生平及成才之路；专病论治意在以病统论、以论统案、以案统话，即将与某病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理，便于临床学习与借鉴；诊余漫话则系读书体会、札记，也可以是习医心得，等等；年谱部分则反映了名医一生中的重大事件或转折点。

本套丛书有两个特点是值得一提的，其一是文前部分，我们尽最大可能的收集了医家的照片，包括一些珍贵的生活照、诊疗照以及医家手迹、名家题字等，这些材料具有极高的文献价值，是历史的真实反映；其二，本套丛书始终强调，必须把笔墨的重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且要大篇幅详细介绍，把医家在用药、用方上的特点予以详尽淋漓地展示，务求写出临床真正有效的内容，也就是说，不是医家擅长的病种大可不写，而且要写出“干货”来，不要让人感觉什么都能治，什么都治不好。

有了以上两大特点，我们相信，《中国百年百名中医临床家丛书》会受到广大中医工作者的青睐，更会对中医事业的发展起到巨大的推动作用。同时，通过对百余位中医临床医家经验的总结，也使近百年中医药学的发展历程清晰地展现在人们面前，因此，本套丛书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值，这也是我们组织编写这套丛书的由衷所在。

中国中医药出版社

2000年10月28日

目 录

医家小传	(1)
专病论治	(9)
骨折	(9)
一、骨折概述	(9)
(一) 骨折的分类	(10)
(二) 骨折的愈合	(12)
(三) 影响骨折愈合的因素	(13)
(四) 骨折的临床表现	(15)
(五) 骨折的诊断	(17)
(六) 骨折的预防	(21)
(七) 骨折的急救	(22)
(八) 开放性骨折的急症处理	(24)
(九) 骨折的治疗	(26)
(十) 陈旧性骨折的处理	(38)
二、骨折验方	(41)
1. 消炎退肿汤	(41)
2. 退瘀消肿汤	(41)
3. 活血镇痛汤	(41)
4. 清热止痒汤	(42)
5. 通窍祛瘀汤	(42)
6. 止咳化痰汤	(42)

7. 跌打养营汤	(42)
8. 壮骨强筋汤	(43)
9. 八仙散	(43)
10. 跌打补骨丸	(44)
11. 养营丸	(44)
12. 补肾丸	(44)
13. 续骨丸	(45)
14. 理气补血汤	(45)
15. 壮筋补血酒	(45)
16. 活血散	(45)
17. 消肿散	(46)
18. 消炎膏	(46)
19. 消毒散	(46)
20. 接骨散	(47)
21. 化瘀通络洗剂	(47)
22. 舒筋活血洗剂	(47)
23. 风伤药水	(48)
24. 旧伤洗剂	(48)
三、骨折医案	(48)
(一) 肩胛颈骨折	(48)
(二) 锁骨骨折	(49)
(三) 肱骨外科颈骨折	(50)
(四) 肱骨大结节骨折	(51)
(五) 肱骨干骨折	(52)
(六) 肱骨髁上骨折	(53)
(七) 肱骨外髁骨折	(55)
(八) 肱骨内上髁骨折	(56)

(九) 尺骨鹰嘴骨折.....	(57)
(十) 桡骨颈骨折.....	(58)
(十一) 尺桡骨中段骨折.....	(59)
(十二) 桡骨干骨折.....	(60)
(十三) 尺骨上段骨折并桡骨头脱位.....	(61)
(十四) 桡骨下1/3骨折并下尺桡关节脱位.....	(63)
(十五) 桡骨下端伸直型骨折.....	(64)
(十六) 掌骨骨折.....	(65)
(十七) 指骨骨折.....	(66)
(十八) 股骨颈骨折.....	(66)
(十九) 股骨粗隆间骨折.....	(67)
(二十) 股骨干骨折.....	(68)
(二十一) 股骨髁间骨折.....	(70)
(二十二) 髌骨骨折.....	(71)
(二十三) 胫骨外髁骨折.....	(72)
(二十四) 胫腓骨中段骨折.....	(73)
(二十五) 胫腓骨下段骨折.....	(74)
(二十六) 踝部骨折.....	(75)
(二十七) 距骨骨折.....	(76)
(二十八) 跟骨骨折.....	(77)
(二十九) 跖骨骨折.....	(79)
(三十) 跗趾骨骨折.....	(79)
(三十一) 胸骨骨折.....	(80)
(三十二) 肋骨骨折.....	(81)
(三十三) 腰椎压缩性骨折.....	(83)
(三十四) 尾骨骨折.....	(84)
(三十五) 骨盆骨折.....	(85)

脱位	(86)
一、脱位概述	(86)
(一) 病因病机	(86)
(二) 分类	(87)
(三) 临床症状与诊断	(87)
(四) 并发症	(88)
(五) 治疗方法	(90)
二、脱位验方	(99)
1. 化瘀息痛汤	(99)
2. 养血壮筋汤	(99)
3. 健筋通络汤	(100)
4. 舒筋续骨汤	(100)
5. 益肾壮筋汤	(100)
6. 健筋壮骨汤	(100)
7. 跌打祛伤散	(101)
8. 舒筋散	(101)
9. 舒筋活络膏	(101)
10. 破瘀愈伤散	(102)
三、脱位医案	(102)
(一) 颞颌关节脱位	(102)
(二) 肩关节脱位	(103)
(三) 肘关节脱位	(105)
(四) 小儿桡骨头半脱位	(106)
(五) 月骨脱位	(107)
(六) 拇指掌指关节脱位	(108)
(七) 髌关节脱位	(109)
(八) 髌骨脱位	(111)

(九) 膝关节脱位	(111)
(十) 跗跖关节脱位	(113)
(十一) 跖趾关节脱位	(114)
筋伤	(115)
一、筋伤概述	(115)
(一) 病因病机	(116)
(二) 筋伤分类	(118)
(三) 临床表现	(119)
(四) 治疗方法	(120)
二、筋伤验方	(125)
1. 活血化瘀汤	(125)
2. 行瘀疏滞汤	(125)
3. 散结利气汤	(125)
4. 理气化痰汤	(125)
5. 新伤跌打汤	(126)
6. 活血消肿汤	(126)
7. 颈椎病方	(126)
8. 肩周炎方	(126)
9. 腰肌劳损方	(127)
10. 疏风活血汤	(127)
11. 补肾壮骨汤	(127)
12. 壮骨舒筋汤	(127)
13. 散结活络汤	(128)
14. 透骨养筋汤	(128)
15. 风伤伸筋汤	(128)
16. 祛风通络汤	(128)
17. 参茸大补汤	(129)

18. 跌打膏	(129)
19. 舒筋止痛水	(130)
20. 风伤洗剂	(130)
21. 通络药水	(130)
三、筋伤医案	(131)
(一) 颈部扭挫伤	(131)
(二) 落枕	(132)
(三) 颈椎病	(132)
(四) 肩部扭伤	(133)
(五) 冻结肩	(134)
(六) 肘部扭伤	(135)
(七) 肱骨外上髁炎	(136)
(八) 腕部扭挫伤	(137)
(九) 腱鞘囊肿	(137)
(十) 桡骨茎突腱鞘炎	(138)
(十一) 手指扭挫伤	(139)
(十二) 手指筋断	(140)
(十三) 弹响指	(140)
(十四) 髌关节暂时性滑膜炎	(141)
(十五) 大腿内收肌损伤	(142)
(十六) 弹响髌	(143)
(十七) 膝部筋伤	(144)
(十八) 膝半月板损伤	(145)
(十九) 踝部扭伤	(146)
(二十) 跟腱损伤	(147)
(二十一) 跟痛症	(148)
(二十二) 平足症	(149)

(二十三) 腰部急性筋伤	(150)
(二十四) 腰腿痛	(151)
内伤	(152)
一、内伤概述	(152)
(一) 血证	(153)
(二) 痛证	(155)
(三) 热证	(157)
(四) 昏愤	(159)
(五) 喘证	(161)
(六) 惊悸	(162)
(七) 眩晕	(163)
(八) 口渴	(164)
(九) 呕吐	(166)
(十) 便秘	(167)
(十一) 癃闭	(169)
二、内伤验方	(170)
1. 理气散瘀汤	(170)
2. 跌打损伤汤	(170)
3. 新伤逐瘀汤	(171)
4. 活血散结汤	(171)
5. 回生散	(171)
6. 麝香七厘散	(171)
7. 通关散	(172)
8. 复苏散	(172)
9. 芎芷汤	(172)
10. 头风止晕汤	(173)
11. 通窍祛瘀汤	(173)

12. 祛风散瘀汤	(173)
13. 顺气祛瘀汤	(173)
14. 红伤药	(174)
15. 逐瘀消积汤	(174)
16. 散瘀健脾汤	(174)
17. 养营益气汤	(174)
18. 理气健胃汤	(175)
19. 补肾养血汤	(175)
20. 胜金散	(175)
21. 安神止痛汤	(175)
22. 定痛和营汤	(176)
23. 驱伤汤	(176)
24. 旧伤跌打汤	(176)
25. 陈伤止痛汤	(177)
26. 风伤丸	(177)
27. 祛风酒	(177)
28. 风伤膏	(177)
29. 清热凉血汤	(178)
30. 化瘀通淋汤	(178)
31. 益气活血汤	(178)
32. 养血行气汤	(179)
33. 调气活血汤	(179)
34. 开胸顺气汤	(179)
35. 宿伤祛瘀汤	(179)
36. 顺气宽胸汤	(180)
37. 强心安镇汤	(180)
38. 头部晕痛汤	(180)

39. 活血润燥生津汤	(180)
40. 腹部逐瘀汤	(180)
41. 行气通淋汤	(181)
42. 疏滞逐水汤	(181)
三、内伤医案	(181)
(一) 头部内伤	(181)
(二) 胸部内伤	(182)
(三) 腹部内伤	(183)
(四) 腰部内伤	(184)
骨病	(185)
一、骨病概述	(185)
(一) 附骨疽 (化脓性骨髓炎)	(185)
(二) 关节流注 (化脓性关节炎)	(188)
(三) 骨痹 (骨关节结核)	(190)
(四) 痹证	(192)
(五) 痿证	(196)
(六) 骨质增生 (骨性关节炎)	(200)
(七) 骨质疏松	(205)
二、骨病验方	(208)
1. 附骨痛方	(208)
2. 附骨疽方	(208)
3. 托里定痛汤	(209)
4. 骨疽膏	(209)
5. 过皮膏	(209)
6. 解毒消脓方	(209)
7. 清热解脓汤	(210)
8. 托里透脓汤	(210)

9. 消炎透脓方	(210)
10. 益气化瘀汤	(211)
11. 阳和解凝膏	(211)
12. 祛痹丸	(211)
13. 宣痹汤	(212)
14. 化湿定痛汤	(212)
15. 宣痹散	(212)
16. 风伤散	(213)
17. 宣痹洗剂 (浓缩液)	(213)
18. 清解湿毒汤	(213)
19. 风痹膏	(214)
20. 理气和胃汤	(214)
21. 骨刺汤	(214)
22. 增生汤	(215)
23. 骨刺膏	(215)
24. 补骨汤	(215)
25. 骨质疏松方	(216)
三、骨病医案	(216)
(一) 附骨疽 (胫骨骨髓炎)	(216)
(二) 关节流注 (化脓性髋关节炎)	(217)
(三) 骨痹 (髋关节结核)	(218)
(四) 痹证 (肩关节周围炎)	(219)
(五) 痿证 (小儿麻痹症)	(220)
(六) 骨质增生	(221)
(七) 骨质疏松	(222)
年谱	(223)
附录	(227)

一、党的三大作风的楷模	
——回忆周总理（节选）	(227)
二、盛世应活一百一	(228)
三、妙手回春为人民	(229)
四、医林一棵不老松	(234)
五、经验传世间 医术为人民	(238)
六、“活神仙”林如高	(241)
七、正骨有术 妙手回春	(255)
八、骨科妙手 医界寿星	(259)
九、“大陆神医”林如高	(262)
十、“活神仙”的长寿秘诀	(263)

医家小传

林如高（1888~1986），福建省福州市盘屿乡人，著名中医骨伤科专家，生前曾任中华中医学学会福建分会常务理事、福州中医学会名誉会长、福建中医学院骨伤科顾问、福州市林如高正骨医院名誉院长等职。

盘屿位于闽水江畔，高盖山麓。清代高盖山上建有妙峰寺、鹤巢寺，由擅长武术的少林高僧主持，迄今妙峰寺内尚保留有几座酷似河南嵩山少林寺的高僧塔墓。清代道光年间，盘屿出了个英俊少年，身材魁伟，天资聪颖，拜少林高僧铁珠为师，练就了一身好武艺，尤其以“金狮拳”闻名遐迩，冠魁闽中，他就是林如高的祖父——林达年。在习武同时，寺僧还传授正骨治伤秘法，林达年潜心学习，并通读历代骨伤经典著作，打下牢固的医学基础。林达年青年时代结识一位游方老郎中，因老郎中无子嗣，见林达年为人忠厚老实，遂传授其丰富的伤科医疗经验，并馈赠其平生所藏的医

书，使林达年的医术更加成熟、精湛。1884年中法海战在福州马尾港爆发，林达年出自爱国义愤，立即乘船奔赴前线，奋勇抢救我军受伤官兵。1902年，福建总督在福州跑马场从马背上跌下，致左大腿骨骨折，特请林达年就医，经整复固定后，疼痛顿消，总督大悦，特备宴招待大夫，须臾林达年起身告辞曰：“天色已迟，城门将关，容吾出城。”总督说：“不必挂虑，宴罢送你回府。”即令解除宵禁，城门敞开。此事在福州城迅速传开，一时成为佳话，名医林达年也家喻户晓。

林达年生有五子，均学正骨疗伤之术，悬壶济世，亦颇有名声。五子林邦勋为人诚实厚道，医术精良，受乡里爱戴。

1888年6月6日林如高出生于福州市郊盘屿乡大头村，他自幼聪明好学，祖父林达年视其为掌上明珠。林如高15岁时私塾结业，遂跟随祖父林达年学习正骨技术，林如高热爱中医学，老祖父又耳提面命，悉心传教，经过几载刻苦努力，林如高深得家学真传，医道与日俱增，继承了一整套独特的正骨技术与祖传秘、验方，成为小有名气的青年大夫。1913年祖父林达年病逝，临终时拉着小孙子的手嘱咐说：“医道万千，唯德最重，救人一命，胜造七级浮屠。”并将珍藏的秘方、验方交给林如高。林达年病逝后，林如高继续随父亲林邦勋行医，但没过几年，林邦勋积劳成疾，于1918年亦逝世了。从此林如高继承先祖的遗志，挑起医疗工作与家庭生活的重担。

林如高不仅有高尚的医德，而且对自己所取得的成绩从不满足，他说，对祖传的医术，不仅要继承，更重要的在于发展，要有自己的特点，这样才能有所作为。所以他对自己

常常是严格要求，从不满足，为了准确了解人体骨架结构，他常常一个人关在屋里，对着祖父留给他的骨架图结合自己的体会反复修改、补充，一笔一划地勾勒着骨骼图像。

高盖山上，丛冢累累。每年清明、重阳，正是当地收骨移葬的黄道吉日，此时，林如高总是蹲在墓坑旁，看着拾骨的土工如何把一块块骨头拾起来装进陶瓮。墓穴深处不时散发出难闻的腐臭，林如高却看得入迷，还不时掏出他的图像作品，一一矫正其中不精确的地方，久而久之，土工也渐渐理解这个青年的举动，迁墓时常常带上这个义务工。有时，林如高下墓坑，动手拾骨，把一根根骨头从头到脚按顺序排好，再装进陶瓮，如果碰上患有骨折的骸骨，林如高更是像考古学者一样，仔细观察、琢磨，不时还掏出尺子比量。林如高也正是在高盖山坟场——最为人嫌恶的角落里不知观察、摩挲过多少具尸骨，才画出一张张只有他自己才能看懂的人体图像，修完复杂精深的人体解剖学。

林如高思想解放，性格开朗，他对自己所学到的知识并不保守，常常与同道们交流，他认为知识应该互通，不能固步自封，只有相互交流，技术才能长进。他除了专研骨伤科以外，还向有经验的外科、内科医师学习，以提高和丰富自己的知识。附近村里有一个医生，功夫不深，自以为了不起，有一次，这位医师到某村给一个脱颏病人治疗，结果整复了好几次都无法复进去，他对病人说：我有一种药忘了带来，待回家去取。无奈，他只好求助于如高，林如高见他为难的样子，安慰他不要急，以后要虚心学习就是。说完就附在他耳朵旁教了他复位的方法，结果这位医生用了林如高教他的方法，很顺利地为病人复了位。原来林如高教他在病人口里灌点米醋，这样复位就容易了。后来这个医生就拜林如

高为师，再也不自以为是了。

林如高对穷苦人民有一种特殊的感情，对远道来的病人，也都尽量安顿在自己小小的诊所里，望着那么多的病人无钱住进城里医院，心想要是能办个医院让这些人都住进来治疗，那该多好啊！可又哪里有钱来盖房子呢？

解放后，林如高的愿望得到了实现，1950年，党和政府把他安排在家乡的保健院工作，从此他成了一位国家医务工作者。虽然当时条件还比较差，但毕竟有了简陋的病床，远道来的农民患者也可以住上医院了。同时也有了较好的医疗环境，从此他认识到只有大量搜集临床资料，才能总结和提高医疗技术水平。随着年龄的增长，实践经验的丰富，他的医术与日俱增，才华和智慧日渐显露，治愈了一些被认为已无法治疗的疑难症，吸引了越来越多的骨伤患者。医术的提高，患者的增加，医院原来的规模已不能适应事业发展的要求，1966年有关部门拨款新盖了卫生院，增加了骨科床位，各方面的条件有了较大的改善。为了提高临床诊断水平，提高复位成功率，他设法买了一架30毫安的X光机，学看X光片，并给病人透视复位。他说以前没有条件，靠手摸心会，而“心会”靠自己的经验，难免会有失误。X线的应用，使林如高的医术出现了新的飞跃，无论骨折、脱位、关节错缝、软组织损伤，还是风湿痹症等疾患的治疗都取得了较好的疗效，对骨病的诊疗也有了可喜的突破。林如高临床实践丰富，几十年如一日，风里来，雨里去，足迹遍及福州及附近几个县，热心为伤病员服务，在人民群众中享有很高的威望。他治疗的病人成千上万，最小的是刚出生不久的产伤婴儿，最大的是年近百岁的老人。1975年，罗瑞卿将军来福州请林如高治疗腿伤，罗将军简略地向林如高介

绍他备受迫害的经历，以及腿部残肢疼痛的症状后说：“我这次来福建治疗，是总理批的假。我请您来给我治疗，只要求双腿不酸痛，拄着拐杖能走一二百米就行了，我还要为革命工作啊！”林如高当即为罗将军做检查，他伸出手，刚要触及罗将军的病体时，又赶忙缩了回来，他将双手放在自己胸口，用自己的体温暖热后才开始检查，然后进行按摩、推拿。此后，林如高每个星期来一次。并配合药物熏洗，内服中草药治疗。在一年多的时间里，林如高总是风雨无阻。罗瑞卿将军的治疗小组考虑到林老年岁已大，医疗方案定下后，就由他的儿子林子顺医师代行，但林老出自对罗将军的敬仰之情和对首长高度负责的精神，总是千方百计抽出时间前往治疗。有一次约定复诊，突然大楼停电，电梯无法使用，为了照顾林如高老中医行走不便，首长通知工作人员叫林老不要来，林老怕耽误给首长治疗，仍按时前往。电梯不能用，他徒步登上九楼，打蜡的地板一步一滑，林如高索性脱下鞋子，赤脚一步一步去登楼梯，当额头沁着细密的汗珠、两颊通红、微微喘息的林如高突然出现在罗瑞卿将军面前时，这位在炮火纷飞的战争年代都没有掉过眼泪的硬汉，也感动得眼眶湿润了。

经过林如高的精心治疗，罗瑞卿将军的腿伤有了明显的好转，拄着拐杖能走一二百米了。罗将军十分高兴和满意，对林如高的医疗技术作风十分赞赏，临别时，他握着林如高的手说：“老先生，我没什么送您，这把拐杖留给您作个纪念，老人家多保重！”

遵照敬爱的周恩来总理关于要总结整理林如高老中医医疗经验的指示，1975年起，福建省卫生厅先后派张安桢、王和鸣、葛懋昌、陈新民医师与林子顺医师一起整理林如高

的正骨经验，1977年出版了《林如高正骨经验》一书，以后又相继整理出版了《林如高骨伤验方歌诀方解》《保健练功三十六法》《林如高骨伤敷药法》《骨伤资料选编》以及学术论文三十多篇。在编写这些论著的过程中，林如高毫无保留地贡献了祖传秘、验方一百多个。这些文章发表后，引起了国内外医学界的重视，国内外报刊、电台、电视台纷纷撰文、录像介绍。这些作品均先后获全国、省科学大会优秀科研成果奖。各地询病索药的信件达一万余封，慕名求医者纷沓而至。1978年林如高被选为省政协委员、福州中医学会名誉会长、福建省中医学会常务理事。1981年出版作品获福建省科普作品一等奖。林如高老中医思想解放，重视培养骨伤科后继人才，他晚年致力于中医骨伤科教育事业，十分关心福建中医学院骨伤专业的教学情况，认为这是加快骨伤科队伍建设和培养高水平的骨伤科人才的重要措施。他还十分重视基层骨伤科队伍的建设，不仅培养自己子孙后代从事医务工作者20余人，还先后举办四期福建省中医正骨进修班，为本院及海内外培养了120多名中高级骨伤科医生。为使林如高的丰富经验能更好地继承下来，福建中医学院与省计算中心还将林如高医术思想分为骨折、脱位、筋伤、内伤及手法等部分输入计算机，研制《林如高骨伤计算机诊疗系统》，经国内专家鉴定，此项成果达到国内先进水平。林如高计算机软件的研制成功，使林如高的医疗经验以“活”的形式保存下来。

为了继承和发扬林如高的医术，表彰他对中医骨伤科事业的建树，1985年经福建省人民政府审批，福州市建立了以林如高名字命名的正骨医院。林如高正骨经验在国内外产生了巨大影响，在学术界也享有很高声望。当人们问他学术

渊源与将来打算时，他谦逊地说：“我的经验来自人民，应当献给人民。”1986年3月18日凌晨，这位为中医骨伤科事业作出重大贡献的一代巨匠的心脏停止了跳动。虽然他离开了人间，但留下的经验和著作已成为中医学的一笔宝贵财富，他的学术思想与医疗品德如同医林中的不老松，仍然那样青翠、挺拔。

专
病
论
治

骨 折

一、骨折概述

由于外力作用或病变使骨的完整性或连续性遭受破坏，称骨折。因外力作用而发生骨折者，称为外伤性骨折；若骨骼本身已有病变（如骨疽、骨痹、骨瘤等）经轻微外力作用而产生骨折者，称病理性骨折。

人体是以骨骼为支架，以关节为枢纽，通过肌肉的舒缩活动而完成各种动作的，一旦骨的完整性或连续性中断，肢体就失去稳定的支架而不能进行正常的活动。中医学对骨折很早就有所认识，西周年代（公元前 11 世纪至公元前 8 世纪）《周礼·天官》载有“折疡”，汉代郑玄注释为“踉跄”，

宋代王安石注释为“折骨”。马王堆出土的汉代《帛书医经》中记载了“折骨绝筋”、“折骨裂肤”，后者指开放性骨折。“骨折”这个名称最早出自唐代王焘《外台秘要》。

林如高先生在防治骨折方面积累了丰富的经验，一些重要的治疗原则与正骨手法至今仍被广泛应用，如早期无损伤的正确复位，使骨折疗法取得了骨折对位好、愈合快、疗程短、功能恢复好、后遗症少等显著效果。

（一）骨折的分类

骨折可根据发病的原因、机理、时间、是否与外界相通、程度、骨折线的形状、骨折部位以及骨折的稳定性而分类，分类的目的在于掌握其发生、发展及其变化的规律，同时便于决定其治疗方法。

1. 按发病的原因分类

①外伤性骨折：因外来暴力而造成，如堕坠、跌仆、车祸等原因而发生的骨折。骨折前，骨质结构正常，纯属外力作用而引起。②病理性骨折：骨质原已有病变，如骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等，经轻微外力作用甚至无明显外力作用，而产生骨折者。

2. 按发病机理分类

可分为内外翻骨折、伸直屈曲骨折、内收外展骨折等，由于骨折发病机理不同，骨折端移位方向不同，复位与固定的方法亦有原则性的区别。

3. 按发病的时间分类

①新鲜骨折：骨折发生后2~3周以内就诊者。②陈旧性骨折：骨折发生2~3周以后就诊者。

4. 按骨折端是否与外界相通分类

①闭合性骨折：骨折部皮肤未破，骨折端不和外界相通者。此类骨折感染机会较少，但由于瘀血蓄积，出血多时可形成较大的血肿。此种骨折又可分为单纯性和复杂性两种，单纯性骨折者除骨折外，无其他重要软组织损伤；复杂性骨折者，除骨折外尚有重要神经、血管或肌腱之损伤。②开放性骨折：骨折部皮肤或粘膜破裂，骨折断端与外界相通。皮肤或粘膜破裂，可由于外力作用引起，也可以由骨折片自内部向外穿出而发生，前者之伤口较后者污染程度严重。开放性骨折的处理较闭合性骨折复杂，容易发生感染。

5. 按骨折的程度分类

①不完全骨折：骨质仅部分地失去其连续性或完整性。如儿童青枝骨折，骨膜下骨折或裂纹骨折等。②完全骨折：骨的连续性或完整性完全中断，骨折线通过骨膜与骨质，使骨断裂为两段或多段，骨折断端发生移位。

6. 按骨折线形态分类

①横形骨折：骨折线与骨干纵轴垂直。②斜形骨折：骨折线与骨干纵轴斜交。③螺旋形骨折：骨折线呈螺旋形。④粉碎形骨折：骨折线两条以上，使骨骼断裂成多块。根据骨折线的形状，又可分为“T”形、“Y”形、“米”形骨折等。⑤青枝骨折：骨皮质部分断裂而尚有部分连续，犹如青枝折断。⑥嵌入骨折：骨折之断端嵌插于另一断端内，多发生在坚质骨与松质骨交界处。⑦压缩骨折：松质骨被挤压，体积缩小外形改变。

7. 按骨折的部位分类

①骨干骨折：即长骨的骨干（约占长骨3/5）骨折，多发生在坚质骨部分。②干端骨折：即长骨两端骨折，多位于

坚质骨与松质骨交界处，如肱骨髁上骨折、桡骨远端骨折、肱骨外科颈骨折等。③关节内骨折：骨折线进入关节内，如肱骨外髁骨折。④骨骺分离：青少年时期，未融合之骨骺与干骺端因损伤而发生分离，如桡骨远端、肱骨下端之骨骺分离较多见。

8. 按骨折的稳定性分类

①稳定性骨折：复位与外固定后，骨折断端一般不易发生移位。如横断骨折、青枝骨折、嵌入骨折、压缩性骨折及有锯齿的小斜面骨折等。②不稳定性骨折：移位之骨折断端经复位后，在外固定下容易发生再移位。如大斜面骨折、螺旋骨折、粉碎骨折、缺损骨折等。

(二) 骨折的愈合

骨折的愈合过程目前尚未十分明了。一般可分为消瘀退肿期、接骨续损期和坚骨壮筋期三个阶段，不过这三期之间没有明显的界线。

1. 消瘀退肿期

骨折初期，损伤部位筋骨及络脉均有不同程度断裂，血离经脉，瘀积不散，形成血肿。外部青紫肿胀，断骨症状明显；内部经络受阻，气血之道不得畅通，疼痛剧烈，且出现积瘀化热等证候。

此期一般经过1~2周时间，这一时期应内服活血祛瘀的药物，促进气血运行，清除凝块，以利断骨生新。

2. 接骨续损期

骨折中期，肿胀瘀阻渐趋消退，断骨之间血肿渐被骨痂代替，但尚未连接，动则作痛。

此期一般从伤后半个月开始至伤后1~2个月时间，治

疗以和营生新、濡养筋骨为主，促进骨折断端愈合。

3. 坚骨壮筋期

骨折后期，断骨虽连而未坚，筋骨萎软无力，肢体功能尚未恢复，X线拍片显示骨折线模糊，有连续性骨痂形成。此期一般从伤后1~2个月开始，需要2~3个月时间，治疗宜补养肝肾，强壮筋骨，同时加强功能锻炼，以恢复正常活动与工作能力。

(三) 影响骨折愈合的因素

骨折临床愈合表现为骨断端形成紧密连合，局部无明显压痛与异常活动，X线常显示骨痂形成，骨折线模糊。若骨折复位不良或固定欠妥，骨折断端之间发生重叠、旋转或成角畸形，未能及时矫正而愈合者，称为畸形愈合；骨折固定时间已超过同类骨折愈合所需的最长时间，而骨痂形成缓慢，不能把骨折端坚强连结，骨折端的骨质吸收疏松，边缘模糊，临床表现局部仍有肿胀、疼痛及异常活动，称为延迟愈合；若骨折端硬化，髓腔封闭，断端分离，成骨生长停止，临床表现肢体活动时有关节现象而疼痛不明显，称为骨折不愈合。影响骨折愈合的因素很多，归纳起来有以下几点：

1. 内因

(1) 年龄：年龄越小，骨组织的再生和塑形能力越强，骨折的愈合也越快，同时功能恢复也较好，随着年龄的增加，骨折愈合时间也往往相应延长。如股骨干骨折，小儿一个月能基本愈合，成人往往需要3个月左右，老年人愈合更慢。

(2) 健康状况：身体健康，气血旺盛，骨折愈合较快；

健康状况恶劣，气血虚弱，骨折愈合延迟。临床与实验证明，中药可调整机体脏腑、经络、气血功能，改善健康状况，促进骨折愈合。

(3) 骨的血液供应情况：骨的生长发育依靠血液濡养，骨折的愈合过程中需要足够的血液供给，以利骨组织的再生。骨折发生于血管丰富部位，则愈合较快，如桡骨下端骨折、肱骨髁上骨折。骨折处血液供应较差，甚至严重障碍或完全丧失，则骨折可能发生延迟愈合、不愈合，乃至骨缺血性坏死。常见骨的血液供应较差的部位如股骨颈骨折、胫骨中下段骨折、腕舟骨骨折等。一骨有数段骨折，由于血供受破坏，愈合速度也较慢。

2. 外因

(1) 损伤程度：直接暴力造成开放性骨折，大块骨缺损；外伤或粗暴整复造成软组织损伤严重，断端形成巨大血肿，骨折愈合较慢。严重暴力或手术破坏了骨膜，骨折愈合亦受影响。骨膜完整的骨折较骨膜破裂的骨折愈合得快。

(2) 骨折类型：骨折断端接触面大的愈合较快，如大斜形骨折、螺旋形骨折等；反之，骨折断端接触面小的，则愈合较慢，如横形骨折、小斜形骨折等。

(3) 骨折对位：骨折断端对位良好，骨折面接触紧密，骨折愈合较快。如果骨折断端对位不良，断端分离，或断端间有软组织嵌入，则愈合较慢，甚至发生不连接。

(4) 邪毒感染：骨折处的感染多因开放性创伤或手术切开复位所致，感染引起骨折断端处骨组织破坏，脓液积蓄及毒素吸收，均不利于骨折的修复，常造成延迟愈合或不愈合。

(5) 固定与活动：合理固定可保持骨折整复后的位置，

防止软组织损伤和血肿扩大，为骨痂的顺利生长创造条件，有利于骨折的愈合。但固定势必限制肢体的活动，而活动可促进气血运行，关节活利，增强骨代谢，恢复肢体功能，是加速骨折愈合的重要因素。超关节的“绝对固定”可使骨折愈合迟缓，不合理的活动会影响固定，使骨折部位经常承受剪力、旋转力或成角力，骨痂就不能顺利生长。因此，固定与活动是对立的统一，两者在骨折治疗中都要重视，既要选择较好的固定方式，又要采取合理的练功方法，动静结合，相辅相成，才能加速骨折的愈合。

（四）骨折的临床表现

1. 全身症状

较轻的骨折，局部无严重软组织损伤与血肿，一般无明显的全身症状，但较重的骨折可产生一系列的证候。

（1）晕厥：跌打仆堕，较严重的创伤刺激可引起患者晕厥，呼之不应，脉细或伏，多因气一时闭塞，血不循行而引起，一般平卧数分钟可以恢复。

（2）昏愤：昏愤又称昏迷、迷闷。主要表现为人事不省，面色苍白，汗出肢冷，脉微细数或触不到。

昏愤可见于出血较多时的开放性骨折，或内出血较多的骨折，如骨盆骨折、多发性骨折等。因剧烈疼痛，引起气机紊乱，亦可导致昏愤。

（3）发热：骨折后局部瘀血，营卫阻遏不通，郁而化热，患者发烧，一般体温在 38℃ 左右，常伴有口渴，纳差，倦怠，尿赤等症状。

（4）脏腑内伤：骨折后局部气血瘀滞，可导致机体的气机紊乱，从而影响脏腑的功能，伤及脾胃症见腹胀，脘闷，

纳呆，呕吐，便秘，苔黄厚腻，脉弦滑；伤及肝胆则胁肋窜痛，不敢转侧；伤及心肺症见胸闷，气喘，心悸，失眠，惊悸等；伤及肾与膀胱，则小便不利，尿黄涩痛。严重者可引起脏腑器质性损伤而出现一系列严重的证候时须加警惕，要及时救治。

2. 局部症状

(1) 一般症状：

①疼痛：骨折后伤部络脉受损，气血凝滞，阻塞经络，因而出现不同程度的疼痛。骨折发生时，经络受震激，局部麻木，而后疼痛逐渐加重，不动亦痛，移动时疼痛尤甚，伤处明显压痛，在伤肢远端顺肢体纵轴叩击有纵轴叩击痛。

②肿胀与瘀斑：骨折后局部血脉破裂，营血离经，瘀滞于肌腠理，因而出现肿胀，若伤处出血较多，透过撕裂的肌膜及深筋膜，溢于皮下，形成瘀斑。肿胀加上瘀斑则呈现青肿，严重肿胀时还可出现水泡。瘀肿可能广泛，也可能局限。肘部或踝部骨折后往往局部明显肿胀，瘀斑，甚至出现水泡；股骨骨折时往往出血较多，但由于大腿的周围有丰富的肌肉，同时受阔筋膜的限制，所以肢体可明显肿胀而瘀斑较少；深部骨骼骨折，如股骨颈骨折，局部肿胀或瘀斑不易发现。

③功能障碍：骨折后肢体失去支架与杠杆作用，功能必受影响，再加上疼痛、肿胀，筋肉痉挛或破坏，功能更受障碍，若是嵌插骨折、压缩骨折或青枝骨折，支架与杠杆作用未完全丧失，功能障碍较轻；完全的、有移动的长骨骨干骨折，功能障碍较明显。

疼痛、肿胀、瘀斑、功能障碍是一般损伤所共有的症状，虽然可作为诊断骨折的依据之一，但明确诊断还需了解

有无骨折的特殊症状并作分析检查。

(2) 特殊体征：

①畸形：骨折后由于断端移位，故出现肢体形态改变，产生畸形。由于骨折的部位、类型及移位程度不同，可出现不同的畸形，常见的骨折移位有成角、侧方、缩短、分离、旋转五种，故肢体外观可相应出现成角、弯曲、缩短、伸长、旋转等畸形。

②骨擦音：是完全骨折时两断端互相碰触或摩擦所产生的声响，用手触摸可触知摩擦错动的感觉。骨擦音是完全骨折的明确依据，从骨擦音的声响可初步判断骨折的性质，《伤科补要·接骨论治》说：“骨若全断，动则辘辘有声；如骨损未断，动则无声；或有零星败骨在内，动则渐渐之声。”经治疗后骨擦音消失，表示骨折已接续。但检查时，动作需轻柔，不能有意寻查骨擦音而增加病人痛苦，造成骨折移位或其他损伤，骨折端明显移位查不出骨擦音时，可能在骨折端间嵌夹软组织。

③异常活动：是指正常情况下不能活动的部位在伤后出现屈曲、旋转等不正常活动现象，亦称为假关节活动。长骨干部位出现假关节活动是骨折的明确依据，异常活动一般在搬动肢体时偶然发现，也不能有意去寻求。异常活动明显的，往往表示骨折端对位较差且不稳定。

畸形、骨擦音和异常活动是骨折的特殊体征，当伤后发生其中一个体征，若能排除关节脱位或筋腱损伤，即可诊断骨折。

(五) 骨折的诊断

骨折诊断除了明确是否骨折外，还要了解骨折的部位、

类型、移位情况以及有无并发症。在辨证诊断中，要防止只看浅表伤，不注意骨折；只看一处伤，不注意多处伤；只顾检查，不顾患者痛苦；只顾骨折，不顾全身伤情。通过详细的伤科四诊、体格检查以及必要化验与 X 线摄片检查，将获得的资料加以综合分析，才能得出正确的诊断。

1. 望诊

(1) 年龄：小儿好发青枝骨折、骨骺分离。儿童肘部外伤后出现畸形，首先考虑肱骨髁上骨折。老年人骨质脆弱，跌倒后容易发生骨折，尤其桡骨下端骨折，股骨颈骨折较常见。

(2) 神色：中医学非常重视观神察色，认为：“有疾音容俱转变，无病色脉自调匀”，“得神者昌，失神者亡”。神色如常，表情自若者，骨伤较轻；若神色失常，面色苍白，汗出如油，则伤严重。

(3) 形态：骨折后患处可出现特征性畸形，如桡骨下端骨折呈“餐叉”畸形，股骨颈骨折呈下肢外旋畸形等。患者往往表现特殊的姿态，例如锁骨骨折时，患者常以健手托着患侧肘部，头向伤侧倾斜。

(4) 肤色：观察局部有无肿胀，肿胀的范围、程度，有无水泡或瘀斑。新伤肢体肿胀青紫，陈伤肿处肌肤变黄，皮色嫩红可能并发感染，紫绀或紫黑是肢端血运受阻，可能骨折并有血管损伤。

(5) 伤口：开放性骨折时须注意创口的大小、深浅，创缘是否整齐，创面是否清洁，色泽以及出血情况等。伤口出血紫暗而且浮有油珠，为开放性骨折的特征，应注意有无骨折端外露。伤口如已感染，应注意脓液是否畅通，脓液的气味及稀稠等情况。若伤口周围紫黑，脓液恶臭，皮下有捻发

感，可能是气性坏疽，对小而深的污染严重的伤口，尤其应当注意。

此外，望诊可了解瞳孔的变化，舌苔舌质的情况，肢体有无萎缩以及功能活动变化。

2. 问诊

首先应询问受伤史，了解骨折的原因，暴力作用的方式，从而分析受伤的轻重程度。平地跌伤，一般仅仅单纯骨折；高处坠堕，可能合并颅脑、脊髓神经或其他内脏损伤；挤压、绞轧常发生开放性骨折，软组织损伤往往比较严重。此外还应了解病情的发展，治疗的经过，肢体感觉情况，以及既往史、个人史、月经生育史、家族史等。

3. 闻诊

从患者的语言、气息、呻吟、啼哭、咳嗽、局部声响以及胸腹部听诊等方面收集资料，以了解伤情。伤处闻及骨折摩擦音，完全骨折可以确诊。

4. 切诊

切脉除了判别损伤的轻重、寒热、虚实外，可以了解患肢血运情况。骨折引起血运障碍的常见原因有血脉损伤受压、痉挛等。重物挤压或外固定过紧压迫，肢端脉搏可能也触及不到。通常切脉的部位有肘前肱动脉，腕部桡动脉、尺动脉，胭窝腘动脉，足背动脉以及内踝后方胫后动脉等。若发现血运障碍，必须查明原因，紧急采取有效措施予以治疗，以免造成严重后果。

5. 局部检查

检查者用双手在伤处进行检查，以了解肢体形态与功能的变化，从而对骨折作出进一步明确的诊断，判别骨折的部位、类型、移位情况以及有无合并症等。

(1) 触摸：《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“以手摸之，自悉其情。”通过医者之手对损伤局部进行触摸，可以了解损伤的确切部位，患处有无肿胀、压痛、畸形、骨擦音、异常活动，以及温度、软硬等改变，从而进一步判断骨折的性质。

(2) 挤压：用手掌或手指在患处上下、左右、前后挤压肢体，根据力的传导作用诊断有无骨折。例如以两手分别挤压两侧髂骨翼而引起挤压痛者，提示骨盆骨折。以两手分别按压胸骨及相应的脊骨时，如肋骨发生疼痛，提示肋骨骨折。

(3) 叩击：用指头或拳头轻轻叩击伤处，或沿长骨之纵轴轻轻叩击，以检查有无骨折。如沿长骨之纵轴叩击在伤处产生疼痛，称纵轴叩击痛阳性，则表明有骨折。下肢骨折时一般叩击足跟，脊椎骨折时可叩击头顶。

(4) 屈伸：一手握伤处关节，一手握伤肢远端，缓缓地进行屈伸动作，若关节部位疼痛，表示有骨伤，关节内骨折可出现骨擦音。根据屈伸度数测量关节功能活动的情况，可与健侧对比。此法常用以检查四肢关节或近关节部骨折。

(5) 旋转：用手握伤肢远端，轻轻旋转，观察伤处有无疼痛、响声或活动受限。例如伤后下肢发生外旋畸形，握住足部轻轻内旋，若髋部产生剧痛，表明股骨颈骨折。

6. 量比

用软尺（布尺或钢卷尺）、量角器测量肢体的长短、粗细以及畸形角度、关节活动度等，通过测量，与健侧对比，以确定伤肢畸形状况与关节功能活动范围。

7. X线检查

X线检查是诊断骨折可靠、准确的方法。透视可在动态

下直接观察骨折的移位情况，X线摄片保留记录。X线摄片至少拍正位和侧位两个方位。某些部位还须拍摄特殊体位的照片，例如脊椎椎弓峡部应拍斜位片，第一、二颈椎拍张口位，X线检查可以了解骨折的确切部位、骨折线的形状、骨折块的多少、骨折移位情况、关节间隙及周围软组织状况，陈旧性骨折还可观察骨痂生长的情况以及骨的密度等。

8. 实验室检查

开放性骨折并发感染，可查白细胞计数与分类，脓液作细菌培养和药敏试验。怀疑骨盆骨折伤及肠道或膀胱，可查大便有否隐血，尿中有否血细胞。

（六）骨折的预防

骨折是较常见的损伤，由于伤情严重或治疗不当可能遗留不同程度的功能障碍，即使得到正确的治疗，由于疗程和恢复时间较长（常需数月），对劳动力有较大影响。根据“预防为主”的方针，应积极预防骨折的发生，主要措施有以下几点：

1. 增强体质

积极参加体育锻炼，提高健康水平。筋骨健壮者不易发生骨折，增强体质是预防骨折之首要。

2. 加强儿童教育工作

儿童期骨折发生率较高，绝大部分发生在日常生活中，如追逐嬉戏，登高爬树时不慎跌伤，其他为体育活动或交通损伤，因此对儿童应加强教育，防止危险活动，遵守交通规则，从事体育活动时给予指导和保护。

3. 预防工伤事故

加强劳动中的安全教育和安全措施。教育职工遵守劳动

纪律及安全操作规程，工作时思想集中，工作场地光线应充足，不乱堆放杂物，及时清理场地，平整道路。经常对劳动条件进行检查和维护，如高空作业时安全措施是否确实做到，机器的防护罩是否损坏等。积极开展技术革新和生产现代化，使人逐步摆脱笨重或危险的手工劳动，从而减少骨折的发生。

4. 严格交通管理制度

汽车、自行车等车辆应谨慎驾驶，遵守交通规则，避免翻车、撞车等事故。同时注意对各种车辆检查和维修，以防因制动失灵而发生车祸。教育行人应遵守公共秩序，不要拥挤或乱抛果皮，以免他人脚踏跌跤。老年人行走时，要给予搀扶，以免跌倒。

5. 加强体育运动的指导

积极作好运动前的准备，认真执行训练规则，特别对青少年应加强指导和保护，并注意运动器械是否牢固，预防运动过程中摔伤。

(七) 骨折的急救

骨折的急救是治疗的第一步，与其他治疗方法具有同样重要的意义。如处理不当，轻者加重损伤，增加伤员痛苦，或引起感染，病程迁延；重者可造成残废，甚至危及生命。因此救护人员要熟练掌握急救的止血、包扎、固定、搬动四项基本技术，同时注意维护伤员呼吸道通畅，积极预防和治疗脱症。

1. 维护呼吸道通畅

在现场首先要迅速解除危及伤员生命的因素，特别要注意保持呼吸道通畅，注意不使血液、粘液、呕吐物或其他异

物吸入，防止舌头后缩或假牙脱落阻塞气管，必要时作气管切开，甚至人工呼吸。

2. 防治脱症

治疗过程中要解除引起脱症的原因，主要防治措施有以下几点：

(1) 患者平卧，保持安静。尽量不搬动患者，冬季要保暖，夏季要防暑。

(2) 如伤口出血，应迅速止血，肢体创伤最好用气囊止血带。

(3) 气脱者可针刺人中、十宣、内关、百会等穴。情况允许时，可服独参汤或参附汤。

(4) 剧痛者，除固定伤肢外，可适当应用止痛剂，服用活血镇痛汤。

(5) 补养气血，煎服当归补血汤、生脉散、增液汤，必要时输液或输血。

3. 止血

开放性骨折并发出血应用清洁敷料覆盖伤口，加压包扎，一般很少使用止血带。若伤口见有大血管出血，可采用紧急指压止血法或止血钳夹止血。使用止血带时要注意使用的时间和松紧度。止血带扎缚过松，非但不能止血，反而加重出血；扎缚太紧，时间过长，可损伤神经、血管，甚至导致肢体坏死。故上止血带时要标记时间，每上1小时左右放松1次。

4. 固定

现场急救时必须将骨折的肢体作可靠的临时固定，目的是防止因骨折端活动而造成软组织、神经、血管及脏器的新损伤，同时可以减轻疼痛，预防休克。临时固定的材料可以

就地取材，利用木板、竹竿、树枝、木棍、雨伞等，固定范围应包括骨折处上下两关节。在无固定材料时，上肢可固定在身侧，下肢可与健侧绑在一起。脊椎骨折取仰卧位，躺在铺上被褥的硬板上，如利用一般担架则取俯卧位。颈椎损伤用沙袋放在头颈部的两侧，避免头部转动。

5. 包扎

及时而妥善的包扎，可压迫止血，保护伤口，减少污染，减轻疼痛，固定敷料和夹板。开放性骨折不要把突出创口外的骨端回纳，一般用灭菌纱布或清洁布料覆盖伤口包扎固定。

6. 搬运

搬运时要求动作轻柔，平稳。在运送过程中，应避免震动。脊椎骨折病人，应将病人平卧硬板担架运送医院。颈椎损伤患者应在颈部两侧垫以沙袋，防止颈部旋转。骨盆骨折，应用多头带包扎骨盆，臀部两旁垫以软垫，最后将身体捆绑在担架上，避免运送时受震动。

(八) 开放性骨折的急症处理

开放性骨折由于覆盖骨折部位的皮肤或粘膜破裂，伤口污染，给骨折带来感染的危险，必须按急症迅速处理，以免感染或产生其他并发症。

开放性骨折的急症处理应注意下述几个方法：

1. 彻底清创

彻底清创是治疗开放性骨折的关键。只要患者全身情况允许，清创术应尽早施行，一般认为伤后时间较短，细菌未侵入深部组织，也未繁殖引起感染，如在伤后 6~8 小时以内的可争取进行清创术，把创口内异物，坏死组织清除干

净，使污染的伤口变为清洁的伤口，随即可进行早期缝合。伤后 8~24 小时仍可进行清创术，而是否早期缝合依伤口污染情况而定。一般创口经 24 小时后都已有感染，但亦有部分伤口因得到严格保护，同时污染较轻，伤口清洁，虽超过 24 小时，仍可考虑清创，并试作缝合。

2. 正确处理折端

清创时，应除去与软组织完全脱离的小骨片，较大的骨片和仍与软组织连接的骨片应予以保留，用咬骨钳将骨折断端咬去少许，骨髓腔刮除深为 1 厘米左右，以减少感染可能。在直视下应用手法或器械将骨折端复位。是否使用内固定，视具体情况而定。若伤口较清洁、新鲜，清创较彻底，或须缝合血管、神经，可将骨折端内固定。内固定可以稳定骨折端，对位良好，并为植皮创造条件。若不作内固定，则保持良好对位，待伤口缝合后，采用可靠的外固定。

3. 其他组织损伤的修复

中、小血管损伤，可结扎止血。大血管损伤可造成肢体坏死，应予以修补和吻合。神经干损伤，应将其污染的断端切除少许，行对端缝合；如不能行对端缝合时，应将断端固定在周围组织上并作好标志，以便二期修补。挫灭之肌腱应切除，横断之肌腱应尽量予以缝合；不能缝合者，可用丝线将断端固定于周围组织，以便伤口愈合后二期修补。

4. 皮肤伤口的处理

彻底清创与处理骨折端及其他组织后，应采用有效的措施尽可能地闭合伤口，清除创面。经清创后的伤口，大多数都可作一期缝合，一般不必放引流条。皮肤缺损，伤口不能直接缝合，可利用植皮术消灭创面。若污染较重，时间较长，清创不彻底，皮肤张力过大等因素，不宜缝合者，可在

伤口内松松填入消炎膏油纱布，覆盖消毒纱布包扎，准备延期缝合或通过换药使伤口自行愈合。

5. 清创术后处理

伤后应立即给予肌注破伤风抗毒素 1500 单位，并给予消炎退肿汤加减以预防伤口感染，用养血疏风汤预防破伤风。患肢用托板固定，或用持续牵引维持，待伤口愈合后，可按一般闭合性骨折处理。在伤口愈合前，除极小的开放性骨折外，一般不宜用小夹板外固定。若伤口不能生肌收敛，宜补气养血，可服养营丸、养营益气汤或理气补血汤加减；若伤口感染、溃烂，症见寒热，宜凉血解毒，方用退瘀消肿汤、清解湿毒汤或托里透脓汤加减。

（九）骨折的治疗

整复、固定、功能锻炼和内外用药，是治疗骨折的四项基本方法。在治疗骨折过程中，不能只着重借助外力整复与固定，而忽视肢体内在的动力；不能只强调固定，而忽视功能活动；不能只重手法，而忽视药物治疗；不能只注意局部，而忽视了整体与发挥病员的主观能动性。若顾此失彼，则效果不佳。正确整复，使移位的骨折段恢复正常（或接近正常）的解剖关系，是重建骨骼支架作用的基本条件。但骨折愈合需要一定的时间，必须合理地局部外固定，使骨折断端保持正确的位置直至骨折愈合。有控制的适当的功能锻炼，可以恢复伤肢功能，防止肌萎缩，筋腱挛缩，骨质疏松，关节僵硬等并发症，又能加速骨折愈合。内外用药能活血祛瘀，舒筋续骨，既调整机体气血、经络、脏腑的生理功能，又促进局部骨折的愈合。所以，正确的复位、合理的固定、及时恰当的功能锻炼、有效的内外用药是保证骨折愈合

的基本原则。

1. 整复

整复是治疗骨折的首要步骤。整复的方法有闭合复位与开放复位两类，闭合复位又有手法复位和持续牵引等方法，持续牵引既可复位，又可固定。整复时间越早越好，因为骨折后周围软组织逐渐发生充血、渗出而肿胀，在肿胀未发生之前（伤后2~3小时）手法整复容易获得良好效果。但对严重骨折，合并昏迷或休克患者，不能立即整复，应首先积极抢救生命，待全身情况稳定后才能考虑整复。

手法复位：应用手法使移位的骨折端恢复其解剖位置称为手法复位。手法复位是治疗骨折的最重要环节，施行手法者要用熟练的技巧，准确的方法，轻巧的动作使骨折端“复归于旧”，力求达到“断者复续，陷者复起，碎者复完，突者复平”要求。

（1）复位前准备：

①麻醉：良好的麻醉，可减轻伤员在骨折整复时的痛苦，使痉挛的肌肉松弛，有利于骨折整复，同时减少整复过程中软组织损伤。我国古代伤科医生很早就开始采用麻醉整骨。公元846年唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方》记载整骨麻药为“常用正骨药”，认为凡整骨都要先服麻醉药。公元1337年危亦林《世医得效方》载有“草乌散”，又名“麻药方”，主要成分有草乌、川乌、木鳖子等，指出：“损伤骨节不归窠者，用此麻之，然后用手整顿。”说明中医学对应用麻药进行骨折整复早有认识。

麻醉方法可采用局部麻醉、针刺麻醉、中药麻醉、脊髓麻醉、神经阻滞麻醉以及全身麻醉等方法。目前较常用局部麻醉或神经阻滞麻醉，但儿童不配合时，可采用全身麻醉。

局部麻醉是最安全实用的麻醉方法，常用于闭合骨折的整复。在无菌操作下，在骨折局部皮肤先作少量皮内注射，然后将针头刺入骨折部血肿，抽出暗红色的血液证实后，缓缓注入 2% 普鲁卡因 10 毫升左右。裂纹骨折无明显血肿时，可在骨折部四周浸润，通常注射 10 分钟后产生麻醉作用。

②明确诊断，作好计划：经过临床检查与 X 线拍片，医者应对伤情有透晰的了解，胸有成竹，脑中构成骨折的立体形象，术前制订出正骨的计划，准备好固定器材，并与助手磋商好，以便施行手法时动作协调，夹缚固定时有条不紊。

③适当体位：下肢骨折、躯干骨折以及年老、体衰患者取卧位，一般上肢骨折可取坐位。复位前应将伤肢放置在肌肉松弛、骨折端容易凑近的体位，以利于骨折整复，例如尺桡骨干双骨折时应将上肢放置在屈肘 90°、前臂中立位。

(2) 手法复位基本要求：复位操作时要求做到正确、稳妥、轻巧，避免粗暴动作。手法整复的理想标准是骨折移位完全被矫正，骨折端对位（接触面）与对线（指纵轴关系）良好，也就是达到解剖复位。对某些骨折，不能达到解剖复位时，应根据患者年龄、职业及骨折部位的具体情况，力求达到功能复位。所谓功能复位，即骨折整复后，虽未完全纠正某种移位（如旋转成角畸形被矫正，对线良好，对位达 1/2~1/3），骨折愈合后，肢体功能恢复较满意，不影响生活和工作。不同的年龄、职业、部位对功能复位有不同要求。老年人骨折对位稍差，肢体较轻度畸形，但只要关节活动好，生活能自理，疗效就算满意；儿童骨骼有很强的塑形能力，整复后只要无明显旋转及成角畸形，轻度重叠或侧方移位可自行矫正。而年轻的体育运动员或舞蹈演员，对骨折之功能对位则要求很高，对位不良，往往影响其技能。长骨

干骨折，如肱骨干骨折，虽有轻度成角、重叠、侧方移位，但对肢体功能影响不大；前臂双骨折就要求对位对线良好，否则将影响前臂旋转功能；股骨骨折轻度重叠移位（儿童不超过2厘米，成人不超过1厘米），轻度向前或向后成角移位（成人不超过 10° ，儿童不超过 15° ），功能恢复良好，但侧方成角移位必须矫正，因与关节活动方向不相一致。关节部骨折对位要求较高，否则易引起创伤性关节炎。

（3）接骨八法：临床上经常采用的接骨手法有八种，在具体应用时，可选用一法或数法组合，灵活掌握。

①触摸：用拇指和余四指指腹在患处周围进行触摸，如触摸骨折断端在体内移位的方向和程度，脱位的方向，肌肉、肌腱、韧带的伤势，以进行诊断，为治疗做好准备（图1）。



图1 触摸

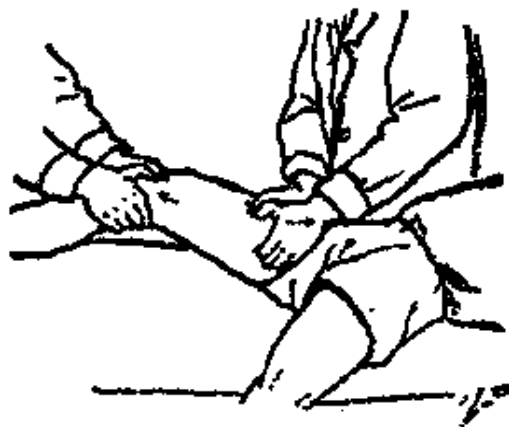


图2 拔伸

②拔伸：用双手或两人分别环握患肢上、下端，进行纵轴相对拔伸，以拉开重叠的骨端，并根据患者肌肉的强度和骨折重叠移位的情况，适当用力恢复其长度（图2）。

③按压：用手指或手掌按压患处，或一端或两端，使

“突者复平”。适用于四肢骨折及关节脱位（图3）。



图3 按压



图4 提托

④提托：用手指或手掌向上提托患处一端或两端，使“陷者复起”。适用于骨折及关节脱位（图4）。

⑤推挤：用拇指或手掌将移位的骨段端，向前后或向左右推挤，使其复位。适用于上下肢关节脱位或骨折移位（图5）。

⑥摇转：握住关节远段骨骼，进行内外摇转，使粘连分离，脱位的杵进臼，球入窝。适用于关节脱位、近关节处骨折、伤筋、陈旧性骨折等（图6）。

⑦捏分：用一手或双手的拇指，分别从骨折的背掌侧捏分骨隙，使靠拢的骨折端分开。适用于前臂双骨折、胫腓骨双骨折、掌骨和跖骨骨折（图7）。



图5 推挤



图6 摇转



图7 捏分

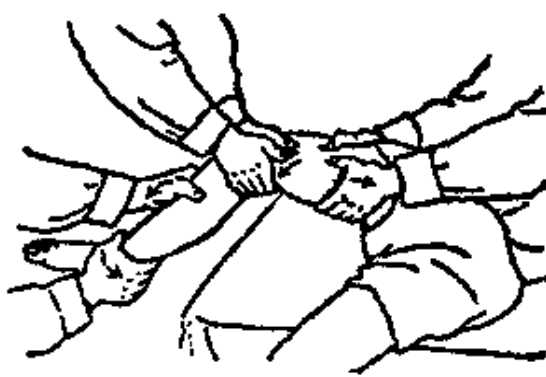


图8 反折

⑧反折：两人相对握住骨折上、下段端，在拔伸下加大成角，进行反折整复。适用于重叠移位较严重的骨折、陈旧性骨折（图8）。

2. 固定

固定是治疗骨折的重要环节，已复位的骨折必须持续地固定在良好的位置，直至骨折临床愈合为止。目前常用的外

固定方法有夹板和持续牵引等。

(1) 夹板固定：要求材料有一定的弹性、韧性和可塑性，并能被 X 线穿透。由于杉木板有这些较好的物理性能，故为林如高老医生所采用。夹板加上扎带和压力垫，绑在骨折部肢体的外面，以固定骨折。此法能有效地防止骨折端再发生成角、旋转和侧方移位。固定的范围较石膏绷带为小。一般不包括骨折上、下关节，便于及时进行活动锻炼，防止发生关节僵硬等并发症。夹板固定并不妨碍肌肉的纵向收缩，肌肉收缩可使骨折互相挤压，有利于骨折愈合；肌肉收缩时体积膨胀，使夹板、扎带和压力垫的压力暂时增加，残余的骨折端侧方或成角移位得以进一步矫正。因此，夹板固定法具有固定确实可靠，骨折愈合快，功能恢复好，治疗费用低，并发症少，病人痛苦轻等优点。但必须正确掌握应用夹板的原则和方法，方能取得理想的疗效，否则可因绑扎太松或压力垫使用不当而失去固定作用，导致骨折再发生移位，或绑扎太紧而产生压迫性溃疡，缺血性肌挛缩，甚至肢体坏疽等不良后果。

①夹板固定的适应症：a. 四肢闭合性管状骨骨折，以接近骨干中段较稳定骨折更适宜。股骨骨折因大腿肌肉有较大的牵引力，常需结合持续皮牵引或骨牵引。b. 四肢开放性骨折，创面小或经处理后创口已愈合者。c. 陈旧性四肢骨折适合于手法复位者，经折骨、整复后用夹板固定。d. 关节部骨折，经复位后较稳定，可用超关节夹板固定或配合其他器具固定，如髌骨骨折采用夹板加抱膝器固定。

②夹板固定的禁忌症：a. 局部严重肿胀、皮肤起水疱者。b. 血管损伤，伤肢远端脉搏微弱，或末梢循环较差者。c. 严重的开放性骨折或局部感染者。d. 不适合夹板固定的

部位，如肋骨骨折、骨盆骨折。e. 需施行手术治疗的骨折。

③夹板固定步骤：先维持患肢在适当的体位，选择适当的压力垫放在需要位置上，按需要放置夹板或各种固定器具，用1~2厘米宽的白布带或绷带折叠成绑扎带3~4条，依次缠扎中间、远端、近端，活结扎在前侧或外侧板上，最后妥善安置肢体。

④夹缚固定的注意事项：a. 所用夹板必须按照需要选取合适的材料，同时根据肢体的体型，予以塑形。b. 固定松紧度应适当，太松起不到固定的作用，太紧则影响气血运行或产生压迫症状，以扎带在夹板上面上下活动1厘米为宜。c. 抬高患肢（如软枕垫高，以利肢体肿胀消退）。d. 密切观察患肢的血循环情况，特别在固定后1~4天内更应注意患肢的感觉、肤色、温度、疼痛、功能活动状况、肢端脉搏搏动及末梢循环等，需及时作出判断与处理，切勿大意。e. 把夹板固定注意事项告诉病人家属，指导病人进行练功活动，取得配合，及时发现问题，提高疗效。f. 定期作X线检查，了解骨折愈合情况以及是否再发生移位。

⑤小夹板规格：临床治疗四肢各部位骨折小夹板规格（以中等身材，成年人为例）：甲板宽3.5厘米、厚0.35厘米；乙板宽3.0厘米、厚0.3厘米；丙板宽2.5厘米、厚0.25厘米；丁板宽2.0厘米、厚0.2厘米。

上臂骨折小夹板四条，为前、后、内、外侧板等。a. 前侧板：乙板长18厘米。b. 后侧板：乙板长22厘米。c. 内侧板：乙板长22厘米。d. 外侧板：乙板长22厘米。

前臂骨折小夹板四条，为掌、背、尺、桡侧板等。a. 掌侧板：乙板长20厘米。b. 背侧板：乙板长20厘米。c. 尺侧板：丙板长20厘米。d. 桡侧板：丙板长20厘米。

股骨骨折小夹板六条，为前内、前外、内、外、后内、后外侧板等。a. 前内侧板：甲板长 30 厘米。b. 前外侧板：甲板长 30 厘米。c. 内侧板：乙板长 25 厘米。d. 外侧板：甲板长 30 厘米。e. 后内侧板：乙板长 25 厘米。f. 后外侧板：乙板长 25 厘米。

小腿骨折小夹板五条，为前内、前外、内、外、后侧板等。a. 前内侧板：乙板长 25 厘米。b. 前外侧板：乙板长 25 厘米。c. 内侧板：丙板长 25 厘米。d. 外侧板：丙板长 25 厘米。e. 后侧板：乙板长 25 厘米。

掌、跖骨骨折小夹板 2 条，为背侧板、掌（跖）侧板。a. 掌侧板：丙板长 8 厘米。b. 背侧板：丙板长 7 厘米。

指、趾骨骨折小夹板 2 条，为背侧板、掌侧板。a. 背侧板：丁板长 7 厘米。b. 掌侧板：丁板长 6 厘米。

(2) 持续牵引：持续牵引既是整复方法，又是固定方法，它可克服肌肉的收缩力，矫正重叠移位和肢体挛缩，使骨折端逐渐复位。除复位作用外，还可以防止骨折发生成角、旋转和缩短等移位，并因骨折周围肌肉被牵紧，形成围绕在骨折四周的压力，使碎骨片靠拢，起肌肉夹板作用，从而达到固定的目的。我国古代医家已掌握了用牵引技术治疗骨折，如采用软绳、巾兜等牵引整复骨折。《证治准绳·疡医》对脊椎骨折主张：“须用软绳从脚吊起坠下身直，其骨使自归窠，未直则未归窠。”对颈椎损伤者则采用：“用手巾一条，绳一条系在枋上垂下来，以手巾兜缚颈下，系于后脑。”应用绳索牵引与手法相结合的方法。

现代常用的持续牵引方法有皮肤牵引、布托牵引、骨骼牵引等方法。

①持续牵引适应症：a. 颈椎骨折、多根肋骨双处骨折、

有移位骨盆骨折等躯干部骨折。b. 上肢骨折肿胀明显，特别是肘部损伤。c. 下肢不稳定骨折，特别是股骨骨折。d. 下肢已感染的开放性骨折。

②持续牵引注意事项：a. 牵引力应加上适当的重量，下肢牵引约体重的 $1/6 \sim 1/7$ ，以纠正骨折的重叠和移位。一旦复位后，立即将重量减至维持量，约 $1/10$ 体重。b. 牵引后，尤其是第一周，每天用皮尺测量健肢和患肢的长度，检查骨折整复后情况，防止过度牵引使断端分离，根据具体情况随时调整牵引重量。c. 皮肤牵引时，注意胶布条有无松脱，皮肤有无水疱形成，若水疱较多，应停止皮肤牵引。d. 检查牵引绳是否受到障碍，牵引重量是否适宜。e. 骨牵引的针眼有无感觉不适，皮肤是否受到牵引弓压迫。f. 定期 X 线检查，观察骨折位置及骨痂形成情况。g. 牵引过程中注意功能锻炼，防止肺部感染或形成褥疮。

3. 练功

练功又称功能锻炼，古称“导引”。古人认为：“导引，谓摇筋骨，动肢节以行气血也……病在肢体，故用此法。”骨折整复和固定为骨折愈合创造了基本条件，而练功能使骨折迅速愈合，防止机体肌肉萎缩，骨质疏松与关节僵硬。同时，练功能促进全身和局部的气血循行，使伤处气血灌流充足，各种病理产物得到吸收和排除，皮肉筋骨得以濡养，保证组织修复，并有助于肢体功能恢复。在有效控制下，练习通过肌肉的舒缩作用，使复位的骨折端产生纵轴挤压作用，有利于骨折端趋向稳定并加速骨折愈合。练功应以主动活动为主，被动活动为辅，动作要协调，循序渐进，切忌采用粗暴的被动活动。同时，根据骨折的部位、类型，选择适当的活动方法，控制不利的活动，如前臂骨折早期避免旋转活

动，肱骨外科颈外展型骨折早期限制外展活动等，以免骨折端移位。按照骨折愈合的不同阶段，采取适当的练功方法。

(1) 骨折早期：伤后1~2周内，患肢经脉受伤，气血受损，局部肿胀、疼痛，容易再发生移位，骨折尚未连续，筋骨正处于修复阶段。此期练功的目的，是改善全身情况，促进气血流通，加强祛瘀生新，有利于消肿，防止肌肉萎缩，避免关节僵硬。方法是使患肢肌肉作舒缩活动，但骨折部上下关节则不活动或轻微活动，例如前臂骨折时，可作轻微的握拳及手指伸屈活动，上臂仅作肌肉舒缩活动，而腕、肘关节不活动。股骨骨折时可作股四头肌舒缩活动等。应配合健肢锻炼，卧床患者须加强呼吸锻炼与自我按摩。

(2) 骨折中期：两周以后患肢肿胀基本消退，局部疼痛逐渐消失，筋骨损伤已修复，骨折端已纤维连接，并正在逐渐形成骨痂，骨折部日趋稳定。此期练功活动除继续进行患肢肌肉的舒缩活动外，应逐步活动骨折上、下关节。动作应轻柔，活动范围应由小到大，逐渐增加活动次数、运动幅度和力量。例如股骨骨折，在夹板固定及持续牵引的情况下，可进行撑臂抬臀，伸屈髋、膝关节等活动。

(3) 骨折后期：骨折临床愈合后，练功活动的主要形式是加强患肢的主动活动锻炼，使各关节能迅速恢复正常活动范围。同时恢复筋肉力量，争取迅速恢复劳动能力。练功方法以下肢着重行走负重训练为主，上肢以各个关节灵活活动为主。关节僵硬者，可配合按摩推拿手法，以舒筋活络，通利关节。

4. 内外用药

应用中草药治疗骨折是中医正骨的特点之一，早在《神农本草经》就记载有二十多种治疗骨伤的药物，如续断“治

折跌，续筋骨”。中医学认为，人体是一个完整的有机体，五脏六腑、四肢百骸、气血经络、皮肉筋骨都有密切的联系。肢体某处骨折，除局部症状外，常影响全身，出现脏腑、经络、气血的功能失调，因此治疗骨折是在整体观念指导下，以辨证施治为基础，调整机体生理机能，消除骨折后的病理反应，达到治愈骨折的目的。内服药与外敷药是治疗骨折的两个重要方法。从中医治疗骨折的传统用药可以看出，古人特别注意“调理气血”，《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰：“损伤之症，专从血论。”所以治疗骨折的内外药物，均以活血化瘀，舒筋通络为主。根据骨折愈合过程有三个不同阶段，骨折的治疗也可以采用三期用药。

(1) 外用药物：

①初期（骨折后两星期内）：血离经脉瘀积不散，肿胀疼痛。常用验方：a. 活血散：用于消肿定痛。b. 消肿散：消肿止痛，清热凉血。c. 消炎膏：清热，收湿，祛瘀。

②中期（骨折两星期以后至拆除外固定以前）：肿胀基本消退，断端初步连接，但筋骨软弱，经脉尚未畅通。常用验方：a. 消毒散：清热，消肿，化瘀，定痛。b. 接骨散：温经行血，接骨续筋。

③后期（骨折已临床愈合，拆除外固定以后）：筋骨尚未坚强，关节功能尚未完全恢复。常用验方：a. 化瘀通络洗剂：舒筋活血，适用于上肢骨折后期，筋络挛缩酸痛者。b. 舒筋活血洗剂：舒筋活血，适用于下肢骨折后期，瘀血凝聚。c. 风伤药水：活血祛瘀，祛风止痛。d. 旧伤洗剂：舒筋活络，活血止痛。

(2) 内服药物：

①初期：筋骨损伤，瘀血凝积，肿痛甚剧，以化瘀活血

止痛的汤剂、散剂为主。常用验方：a. 消炎退肿汤：凉血，活血，清热，舒筋。b. 退瘀消肿汤：凉血，清热，消肿，镇痛。c. 活血镇痛汤：养血舒筋，活血止痛，补肾壮骨。d. 清热止痒汤：消肿止痒，清热利湿。e. 通窍祛瘀汤：通窍活络，疏风养血。f. 止咳化痰汤：疏风止咳，健脾化痰。

②中期：瘀肿减轻，骨痂开始生成，此期一般时间较长，临症时如全身症状稳定，以内服接骨续损的丸散为主。常用验方：a. 跌打养营汤：大补气血，健脾益肾。b. 壮骨强筋汤：舒筋，活血，壮骨。c. 八仙散：壮骨续筋，化瘀镇痛。d. 跌打补骨丸：活血破瘀，壮筋补骨。

③后期：骨折已初步续连，由于气血不足，筋骨乏力，应以补气养血，强壮筋骨的方药为主。常用验方：a. 养营丸：养血和营，理气散瘀。b. 补肾丸：补肾壮骨。c. 续骨丸：化瘀通络，理伤镇痛，壮骨舒筋。d. 理气补血汤：双补气血，壮骨舒筋。e. 壮筋补血酒：养血舒筋，补肾壮骨，祛风利湿。

骨折后期，尚应该注意补益脾胃，可用参苓白术散、补中益气汤、归脾丸等加减。

骨折后，由于气血虚弱，正气下降，风寒湿邪乘虚而入，除强壮筋骨、补养气血外，应舒筋活络、祛风除湿、温经散寒，常用药物有桂枝、秦艽、羌活、独活、川乌、草乌、威灵仙、海风藤、络石藤、宽筋藤、千年健等。常用方剂有风伤伸筋汤、宣痹汤、化湿定痛汤、透骨养筋汤及祛风酒等。

（十）陈旧性骨折的处理

由于存在影响骨折愈合的因素，如复位不良，血供不

足，损伤严重，固定欠妥或年老体弱等，陈旧性骨折可发生畸形愈合、延迟愈合或不连接等并发症，此时应按具体情况予以处理。

1. 骨折畸形愈合

骨折断端错位愈合（包括成角、重叠、旋转等）而伴有功能障碍者称骨折畸形愈合。骨折畸形愈合影响肢体的形态与功能，临床上表现为外观畸形，肢体缩短，关节活动受限，肢体各关节之间运行不协调。例如行走时，膝、踝关节轴线与足底基本上与地面平行，小腿骨折向内或向外成角畸形愈合，势必造成三者相互之间不平行，导致运动时不协调，步态失常。同时使某些肌肉相对松弛，削弱了肌力。大多数畸形愈合都是骨折处理不当造成的，只要整复后给予有效固定，合理功能锻炼与内外用药，密切 X 线定期检查，发现骨折断端再移位即及时矫正，骨折畸形愈合是可以防止的。

儿童时期骨骼畸形矫正的能力较强，不仅具有骨折局部的塑型能力，而且可以通过骨骼发育过程中对骨组织的改造矫正，以适应肢体使用需要。年龄越小，越近骨骺部位，改造能力越强，严重的侧方错位愈合的骨干骨折，数年后可能看不出骨折痕迹，明显成角畸形采用小夹板加纸压垫固定矫正最终可以完全长直。因此，在确定骨折畸形愈合必须给予人为的矫正时，儿童期宁可放宽尺度。但对骨骼畸形的改造能力不是无限度的，与关节运动方向不在一个平面上的成角畸形、旋转畸形则改造能力较差，需给予必要的处理。

骨折畸形愈合在伤后 2~3 个月之内者，因骨痂尚未坚硬，可以麻醉下采用闭合折骨，再行整复，给予正确局部固定，使骨折在良好的位置中愈合。此法适用于长骨干接近中

段的畸形愈合；不适用于邻近关节与小儿骨髓附近的畸形愈合，以免损伤关节周围韧带和骨髓。畸形愈合若已坚固，手法折骨不能进行时，可手术切开，将骨折处凿断，并清除妨碍复位的骨痂，作新鲜骨折处理。若骨折断端重叠，复位困难，可于缝合伤口后，作持续骨牵引维持，直至骨折愈合。

2. 骨折延迟愈合

骨折愈合时间已超过该类骨折正常临床愈合时间一倍以上（一般3个月以上），骨折端尚未连接，骨折处仍有疼痛、压痛、纵轴叩击痛、异常活动现象，X线片显示骨折端所产生的骨痂较少，骨折线不消失，骨折断端无硬化现象，而轻度脱钙，称为骨折延迟愈合。造成骨折延迟愈合的原因，多为骨折对位较差，固定不良，骨折部血运较差，骨折端经常承受有害的应力干扰（如剪力、扭转力等），以及感染所致。常见延迟愈合的部位有股骨颈、胫骨中下段、尺骨中下段、肱骨干中下段、腕舟骨等。延迟愈合者，骨痂乃有继续生长的能力，只要找出发生的原因，采取针对性治疗，一般骨折均可获得连接。

骨折对位较差者，若估计愈合后对功能影响不大，可继续采取非手术疗法，延长固定时间，直至牢固愈合。固定不良，伤处经常承受有害的应力干扰者，应改善固定方法。如腕舟骨骨折，常存在剪式伤力，而局部血液供给也较差，应作较大范围和较长时间的固定，如纸壳固定法。过度牵引者，应立即减轻重量，使骨折端回缩，同时鼓励患者进行肌肉舒缩活动锻炼。如骨折端对位稳定，可配合纵轴捶击法，即沿骨纵轴方向，以拳捶击，每次20~30拳，每日2次，可刺激断端并使之紧密接触。感染引起者，应清除死骨或其他异物，保持伤口引流通畅和良好制动，应用抗生素或清热

解毒的中药，骨折一般均可获得连接。

骨折延迟愈合的内治法应加强使用养气血、补肝肾、壮筋骨的药物，如八仙散、跌打补骨丸、跌打养营汤及壮骨强筋汤等。

二、骨折验方

1. 消炎退肿汤

处方：当归三钱 地骨皮三钱 川芎一钱半 白芍三钱
木瓜三钱 制乳香一钱半 生地三钱 泽泻三钱 淮牛膝三钱
砂仁一钱 连翘三钱 炙甘草一钱

功用：凉血、活血，清热，舒筋。

主治：骨折后皮肤红肿者。

服法：水煎服。

2. 退瘀消肿汤

处方：川连二钱 生地五钱 知母三钱 防风二钱 黄柏二钱
地骨皮五钱 黄芩二钱 泽泻三钱 地鳖虫三钱 薄荷一钱
甘草一钱 灯心草三钱 茯苓三钱 栀子二钱 车前子三钱 银花三钱

功用：凉血清热，消肿镇痛。

主治：骨折筋伤或局部肿痛者。

服法：水煎服。

3. 活血镇痛汤

处方：白芍三钱 三七一钱半 制乳香一钱半 连翘三钱
骨碎补三钱 制没药一钱半 防风二钱 炙甘草一钱 枸杞三钱
续断三钱 川芎一钱半 桃仁二钱 生地三钱 当归三钱 茯神四钱

功用：养血舒筋，补肾壮骨，化瘀止痛。

主治：骨折、脱位初期，瘀血作痛。

服法：水煎服。

4. 清热止痒汤

处方：木通三钱 苍术二钱 蝉衣一钱 茯苓三钱 银花三钱 知母二钱 荆芥一钱 防风二钱 牛蒡子三钱 甘草一钱 白芍三钱 连翘三钱 泽泻三钱

功用：清热利湿，消肿止痒。

主治：过敏性皮炎。

服法：水煎服。

5. 通窍祛瘀汤

处方：蝉衣一钱 赤芍三钱 防风二钱 当归三钱 琥珀二钱 双钩藤三钱 甘草一钱 麝香三分 川芎一钱半 桃仁二钱 沉香一钱 菖蒲一钱半 朱砂二钱

功用：疏风养血，通窍活络。

主治：重伤之后，人事不省。

服法：水煎服。

6. 止咳化痰汤

处方：茯苓三钱 蝉衣一钱 川贝一钱半 砂仁一钱 榕树须三钱

功用：疏风止咳，健脾化痰。

主治：受伤之后，因风而咳，痰多。

服法：水煎服。

7. 跌打养营汤

处方：枸杞五钱 当归二钱 川芎一钱半 白芍三钱 淮山药五钱 西洋参一钱（或党参五钱） 木瓜三钱 砂仁一钱 甘草一钱 骨碎补三钱 续断三钱 熟地五钱 黄芪三钱 补骨脂三钱 三七一钱半

功用：大补气血，健脾益肾。

主治：骨折中后期，能促进骨痂生长。

服法：每日一剂，水煎服。

8. 壮骨强筋汤

处方：续断三钱 川芎二钱 骨碎补三钱 当归三钱
红花一钱 熟地四钱 桃仁二钱 甘草一钱 补骨脂三钱
煅自然铜三钱 淮牛膝三钱 制乳香一钱

功用：舒筋、活血、壮骨。

主治：骨折、筋伤的中后期。

服法：水煎服。

9. 八仙散

处方：醋煅虎骨（用代用品）二两 醋炒猴骨二两 醋
煅龙骨二两 制乳香六钱 制没药六钱 煅自然铜三两 酒
地鳖虫二两 血竭二两

功用：壮骨续筋，化瘀镇痛。

主治：骨折、脱位中后期，或骨痂生长迟缓者。

服法：共研细末，每服二钱，分上、中、下部汤剂冲服。

上部：羌活一钱半 独活一钱半 秦艽三钱 续断三钱
紫荆皮三钱 乌药二钱 骨碎补三钱 赤芍三钱 归尾三钱
桂枝二钱 木香一钱 甘草一钱 水煎服。

中部：乌药二钱 赤芍三钱 青皮一钱半 桃仁二钱
续断三钱 陈皮一钱半 秦艽三钱 甘草一钱 柴胡一钱半
制香附三钱 骨碎补三钱 醋元胡二钱 红花一钱半 水煎服。

下部：木瓜三钱 杜仲五钱 淮牛膝三钱 乌药二钱
续断三钱 骨碎补三钱 五加皮三钱 羌活一钱半 独活一

钱半 威灵仙三钱 甘草一钱 水煎服。

10. 跌打补骨丸

处方：三七一两 五加皮二两 杜仲三两 苏木二两
酒续断三两 川红花二两 血竭一两 骨碎补三两 酒防风
二两 白芷二两 当归尾二两 桃仁二两 扁豆二两 酒大
黄一两 枳壳二两 广木香二两 桔梗二两 醋煅自然铜五
两

功用：活血祛瘀，理气壮筋补骨。

主治：筋骨损伤中后期。

服法：每次一丸（蜜丸，每丸重三钱），每日早晚各一
次，黄酒送服。

11. 养营丸

处方：枸杞八两 杜仲八两 淮山药六两 党参八两
黄芪六两 茯苓八两 白术三两 当归八两 白芍八两 熟
地八两 龙眼肉五两 三七二两 丹皮三两 何首乌八两
枣仁三两

功用：养血和营，理气散瘀。

主治：气血两虚者。

服法：每次一丸（蜜丸，每丸重三钱），每日早晚各一
次，温开水送服。

12. 补肾丸

处方：茯苓三两 白术二两 杜仲三两 续断二两 补
骨脂三两 枸杞三两 党参五两 熟地三两 酒当归三两
狗脊五两 菟丝子二两

功用：补肾壮骨。

主治：筋骨痿弱无力。

服法：每次一丸（蜜丸，每丸重四钱），每日早晚各一

次，温开水送服。

13. 续骨丸

处方：制乳香二两 制没药二两 煅虎骨（用代用品）二两 酒炒地鳖虫一两 血竭六两 煅硼砂五两 麝香一钱 肉桂五钱 三七三两 木香二两 醋煅自然铜四两 骨碎补三两 煅礞石三两 煅狗骨三两

功用：化瘀通络、理伤镇痛、壮骨舒筋。

主治：骨折、脱位后期，功能未复者。

服法：每日一丸（蜜丸，每丸重三钱），黄酒送服。

14. 理气补血汤

处方：白芍三钱 川芎二钱 太子参三钱 当归三钱 续断三钱 制首乌三钱 黄芪三钱 炙甘草一钱 骨碎补三钱

功用：气血双补，壮骨舒筋。

主治：气血两虚，肝肾不足，骨折愈合迟缓者。

服法：酒水各半煎服。

15. 壮筋补血酒

处方：三七二两 当归三两 白人参一两 枸杞三两 杜仲二两 何首乌一两 熟地二两 虎骨（用代用品）二两 续断一两五钱 沉香五钱 木瓜二两 黄芪一两五钱 羌活一两 独活一两 五加皮二两 冰糖一斤 西红花三钱 高粱酒十斤

功用：养血舒筋、补肾壮骨、祛风利湿。

主治：骨折、脱位后期，筋骨虚弱无力者。

服法：每次服一两，每日中晚各一次。

16. 活血散

处方：乳香一两 没药一两 无名异二两 赤芍二两

血竭二两 桂枝二两 白芷二两 羌活二两 紫荆皮二两
续断二两 梔子二两 骨碎补二两 楠香五两 三七一两
五加皮三两 沉香一两

功用：疏风散结，消肿定痛。

主治：筋伤及骨折，初中期肿痛者。

用法：共研成粉末，酒水各半，调拌成糊状，敷贴患处，每日敷一次，每次 5 小时。

17. 消肿散

处方：黄柏二两 侧柏五两 透骨草三两 穿山龙三两
骨碎补三两 芙蓉叶三两 天花粉三两 煅石膏半斤 楠香
六两 川黄连二两 紫荆皮三两 菊花叶三两

功用：清热凉血，消肿定痛。

主治：骨折脱位筋伤初期。

用法：共研成细末，用蜜水各半，调拌成糊状，每日敷贴一次，每次 8 小时。

18. 消炎膏

处方：儿茶一两 黄柏二两 煅石膏二斤 冰片五钱
朱砂一两 黄连二两 炉甘石三两 蜂蜡一斤 净茶油六斤

功能：清热、收湿、消炎。

主治：伤后肿痛发炎。

用法：摊于油纸上，贴于患处。

19. 消毒散

处方：木香二两 蒲黄二两 乳香一两五钱 银花四两
白芷四两 没药一两五钱 大黄三两 黄芩三两 炮山甲一
两五钱 楠香七两 黄柏四两 天花粉四两

功用：清热、消肿、化瘀、定痛。

主治：骨折和脱位中后期。

用法：共研成粉末，用茶水调拌成糊状，每日敷一次，每次8小时。

20. 接骨散

处方：骨碎补三两 沉香一两 乳香二两 没药二两
透骨草二两 穿山龙二两 续断三两 楠香八两 煅自然铜
三两 地鳖虫一两 螃蟹（焙灰）三两 煅狗骨（焙灰）四
两 当归一两 接骨仙桃草一两

功用：温经行血，接骨续筋。

主治：骨折中后期或骨折延迟愈合者。

用法：共研成细末，酒水各半，调拌成糊状，每日敷一次。

21. 化瘀通络洗剂

处方：归尾三钱 桑枝三钱 续断三钱 桃仁三钱 红
花二钱 川芎二钱 骨碎补、桑寄生、威灵仙、苏木、伸筋
草各五钱

功用：舒筋活血。

主治：上肢骨折，脱位后期，筋络挛缩酸痛者。

用法：水煎熏洗，每剂加黄酒二两。每日一剂，熏洗二
次。

22. 舒筋活血洗剂

处方：伸筋草五钱 透骨草五钱 桑寄生五钱 骨碎补
五钱 土牛膝五钱 归尾三钱 红花三钱 秦艽三钱 五加
皮三钱 木瓜三钱

功用：舒筋活血。

主治：下肢骨折，脱位后期，瘀血凝聚，筋结不伸。

用法：水煎熏洗，每剂加黄酒二两。每日一剂，熏洗二
次。

23. 风伤药水

处方：五加皮五钱 桑寄生五钱 归尾五钱 土牛膝五钱 红花五钱 防风五钱 两面针五钱 乌药五钱 威灵仙五钱 络石藤五钱 白花风不动五钱 泽兰五钱 续断五钱 三棱五钱 莪术五钱 生草乌五钱 生川乌五钱 樟脑一两 70%酒精 2000 毫升或高粱酒三斤

功用：祛风止痛，活血祛瘀。

主治：风湿性关节炎，跌打损伤后期，关节酸痛。

用法：将药水涂擦患处，每日二至三次。

24. 旧伤洗剂

处方：桃仁 红花 三棱 莪术 乌药 企边桂 归尾 泽兰 生川乌 生草乌各三钱

功用：舒筋活络，活血止痛。

主治：久伤蓄瘀作痛。

用法：水煎熏洗，每剂加陈醋一两五钱。每日一剂，熏洗二次。

三、骨折医案

(一) 肩胛颈骨折

王某，男，35 岁，福州市建筑公司工人，就诊日期：1973 年 3 月 8 日。病案号：730408。病史摘要：患者于一天前不慎从 3 米多高建筑架上跌下，当时人事不省约 10 分钟，醒后诉右肩背部疼痛，转侧时加剧，即送福州某医院，经输液及用镇静药物后转本院。检查：患者面色苍白，痛苦表情，舌红，脉洪数。右肩背部明显肿胀，皮肤见大片瘀斑，约 5 厘米×4 厘米大小，压痛，可闻及骨擦音。右肩活

动明显受限。X线片（片号 6605）：右肩胛颈骨折。诊断：右肩胛颈骨折。

治疗经过：入院后，即按肩胛颈骨折的手法给予整复，患者顿感局部疼痛减轻。复位后患侧腋窝安置一腋管，采用单肩“8”字绷带固定，并以三角巾悬吊患肢。患处外敷消炎膏和消肿散，内服退瘀消肿汤。一周后局部肿痛明显减轻，瘀斑开始消退，继续用上药外敷、内服，开始练肘、腕及手部活动。2周后局部无肿痛，用接骨散外敷，服跌打补骨丸。5周后（4月15日）解除外固定，患者右肩活动范围接近正常。

〔按〕肩胛颈骨折整复手法：患者坐位，助手固定患者身躯，不使其摇动，医者一手握患侧臂部牵引并外展外旋，另一手托住腋窝用力上提，借肌肉韧带之牵拉力，使骨折端复位。腋窝腋管（用竹管或塑料管）固定是林老中医对肩部骨折的特色固定方法，符合生物力学原理，使肩部骨折难于固定变为容易固定。

（二）锁骨骨折

潘某，女，31岁，福州灯泡厂工人。就诊日期：1983年5月11日。病案号：830533。病史摘要：患者于四天前因骑自行车不慎跌倒，以右肩部先着地，当时患部肿胀疼痛，活动右上肢时疼痛加剧。曾经福州某医院治疗，但症状未改善，遂来我院就诊。检查：患者痛苦呻吟，面色晦暗，舌边有瘀斑，脉滑。头部向右侧倾斜，右肩部向前向下倾斜，以左手托扶右肘部，右上肢不能抬举。右锁骨处肿胀，皮肤青紫，隆起畸形，局部压痛明显，可触及骨折端。X线片（片号 21658）：右锁骨中段骨折，近端向上移位，远端

向下移位。诊断：右锁骨中段骨折。

治疗经过：入院后，以压背挺胸法整复，当即局部畸形消失，在骨折处放置一坡形垫，然后行单肩“8”字绷带固定，将右上肢屈肘70°，用三角巾悬吊胸前。局部外敷消肿散，内服活血镇痛汤，患处肿痛逐日减轻。3周后（6月2日）X线片复查：骨折对位良好，有中等量骨痂生长。改敷消毒散，服跌打养营汤。6周后（6月23日）解除外固定，患者右锁骨处无肿痛，右肩部功能活动恢复正常。

〔按〕锁骨骨折压背挺胸整复手法：患者正坐，医者站在患肢外侧，一手从肩前穿过腋下，紧压患侧肩胛骨，并向前提挤，使患侧挺胸，此时患者肘部应紧勾医者前臂；另一手拇、食指揣捏骨折远近端，使之平正。然后夹缚固定。

（三）肱骨外科颈骨折

徐某，女，40岁，福州市郊农民。就诊日期：1973年6月5日。病案号：730634。病史摘要：患者于两天前在田间挑土时不慎滑倒，以右手先撑地，当时右肩部明显肿痛，活动障碍，即送福州郊区某医生处，给复位、固定，因肿痛未减，且出现右手发麻症状，遂到本院诊治。检查：患者面色青灰，痛楚呻吟，舌质暗淡，苔薄，脉细涩。以左手托住右前臂部，右上臂呈外展畸形，右肩部明显肿胀，肩前及上臂内侧皮下瘀斑，范围约10厘米×7厘米大小，压痛，右肩部活动障碍。右上臂、右前臂及右手均有中等程度肿胀，右手掌部皮肤感觉稍迟钝，右桡动脉搏动减弱。X线片（片号6795）：右肱骨外科颈骨折（外展型），合并肱骨大结节骨折。诊断：右肱骨外科颈骨折（外展型）并肱骨大结节骨折。

治疗经过：入院后按托腋内收法进行整复，右上臂部畸形消失，患手麻木感减轻，桡动脉搏动增强。在骨折近端外侧，远端内侧各置一压骨垫，然后以夹板固定，并在患侧腋下置腋管，以单肩“8”字绷带固定，再以三角巾悬吊患肢于胸前，患处外敷消炎膏和消肿散，内服消炎退肿汤，练伸掌握拳、托手屈曲等活动，局部肿痛逐日减轻。2周后患处只有轻度肿痛，改用接骨散外敷，服壮骨强筋汤，练肩部前屈、后伸、内收等动作。4周后（7月3日）X线复查：骨折端对线对位良好，骨折部已有连续性骨痂生长。解除外固定，查肩部有轻度外展受限，以化瘀通络洗剂熏洗，内服补肾丸，练肩部各方向活动。6周后（7月18日），患处无肿痛，患肩功能活动恢复正常。

〔按〕林老中医托腋内收法整复步骤如下：患者正坐位，助手一人站在患者背侧，一手握拳穿过患肢腋下，用腕部向上提托患肩，另一手按住健侧肩上，避免躯干向患侧倾斜。医者站在患者前外侧，双手握住上臂中部，并向下与助手相对拔伸，将骨折的重叠完全拉开。然后医者一手持续牵引，并逐渐内收肘部，另一手用虎口按住肱骨上部，拇指向内推挤骨折近断端，余指将骨折远断端向外推挤，以整复肱骨外科颈外展型骨折。

（四）肱骨大结节骨折

范某，女，38岁，福州市郊新店乡农民。就诊日期：1981年1月20日。病案号：810171。病史摘要：患者三天前挑菜上街时不慎跌倒，以右手先着地，当时右肩外部疼痛、肿胀，肩部活动受限，曾就诊省立某医院骨科，拍片诊为：右肱骨大结节骨折。给复位及石膏固定，肿痛未见减轻

而就诊于我院。检查：面色青，痛苦表情，舌暗紫，脉滑。患者左手托扶右肘部，右肱骨大结节处肿胀、皮下瘀斑，压痛明显，可触及骨擦音，右上臂外展、外旋及上举障碍。X线片（片号 11604）：右肱骨大结节骨折，骨折块向上方移位，约 1 厘米。诊断：右肱骨大结节骨折。

治疗经过：入院后即给复位，医者一手托住肘部将上臂徐徐外展、外旋，另一手拇指向下按压肱骨大结节骨折块，即达复位。复位后以超肩弧形夹板配合腋管固定，然后以三角巾悬吊伤臂，外敷活血散，内服活血镇痛汤。2 周后患处肿痛明显减轻，改敷接骨散，内服续骨丸。3 周后解除固定，以化瘀通络洗剂熏洗，并练滑车拉绳及肩部各方向活动。4 周后右肩部活动正常。

〔按〕肱骨大结节骨折系因跌倒时上肢外展外旋，冈上肌、冈下肌等骤然强烈收缩而发生撕脱骨折。常与肩关节脱位合并发生。无移位骨折，仅用三角巾悬吊伤肢即可，一周后开始肩部功能锻炼，4 周后可作肩关节各方面活动。移位骨折，医者一手托住肘部将上臂徐徐外展外旋，另一手拇指向下按压肱骨大结节即可复位。如不稳定，可将肩关节外展 90° 、外旋 60° 及前屈 40° 姿势下，用外展支架固定 4~6 周。

（五）肱骨干骨折

张某，男，36 岁，闽侯县农民。就诊日期：1986 年 12 月 22 日。病案号：861259。病史摘要：2 天前患者左上臂被压蔗机压伤，肿痛，畸形，曾就诊当地土医，给复位固定，未见效，今转本院。检查：面色苍白，痛苦呻吟，舌暗紫，脉洪大。左上臂中上部畸形，皮肤表面擦伤，范围约 3 厘米 $\times$ 3 厘米，局部肿胀明显，压痛，有骨擦音，患肢活动障

碍。X线片（片号 19621）：左肱骨中段螺旋形骨折，近折端向前内移位，远折端向后外移位。诊断：左肱骨中段螺旋形骨折。

治疗经过：入院后，即按肱骨中段骨折整复手法复位，并以夹板固定，患者当即局部疼痛明显消退，改用消毒散外敷，内服壮骨强筋汤。2周后患者局部无肿胀，仍有压痛，继续服壮骨强筋汤，外敷接骨散，练托手屈曲活动。3周后（1987年1月15日）X线片复查：骨折处已有少量骨痂生长，骨折对线对位良好，继续使用上药，练习滑车拉绳、双手推车等活动。5周后（1987年2月2日）患肢握力增强，解除外固定，并用化痰通络洗剂熏洗肩、肘关节，6周后（1987年2月10日）患肢功能恢复正常。

〔按〕肱骨中段骨折整复手法：患者坐位，助手站在背后，双手拇指按压三角肌，余指插入腋下，紧抱上臂肩部；医者站在前外侧，双手握肘部，将患肢外展 60° ，与助手相对拔伸，然后医者拇指抵住骨折近端外侧推挤向内，其他四指环抱远段内侧端托向外。纠正移位后，术者捏住骨折部，助手放松牵引，微微摇摆骨折端使断端触碰，可感到断端摩擦音逐渐减少，直至消失，表示骨折基本复位。

若骨折整复后有弹性，或立即再移位，应考虑断端间有软组织嵌入，可试行回旋手法，以解脱骨折断端的软组织，再按上述方法重新整复。

（六）肱骨髁上骨折

陈某，男，8岁，福州市郊人。就诊日期：1977年5月3日，病案号：770534。病史摘要：患儿于2天前不慎跌倒，右肘部肿胀、疼痛、畸形，曾就诊土医，给予复位，固

定，但局部肿痛未减，故转本院。检查：患儿面色红，痛苦哭叫，右侧脉沉细弱，左侧浮洪，右肘部畸形，呈半伸肘位，前臂变短，鹰嘴部突出，局部明显肿胀、发红，皮下有广泛青紫瘀斑，肘前可见散在小水泡。右肘活动障碍，但右手指感觉、运动存在。X线片（片号 7955）：右肱骨髁上骨折，伸直型尺偏移位。诊断：右肱骨髁上骨折。

治疗经过：以肱骨髁上骨折整复手法给予复位。复位后右肘部畸形消失，右侧脉转为浮洪，将肘部置屈曲 90° 位，在骨折近端外侧和远端内侧分别置压骨垫一个，骨折远端后侧置坡形垫一个，以髁上夹板固定，局部外敷消炎膏，内服消炎退肿汤，练伸掌握拳动作。一周后肘部肿痛明显减轻，改敷接骨散，服跌打养营汤，练托手屈曲动作。2 周后肘部仅有轻度肿痛，继续按上法用药、练功。3 周后（5 月 25 日）右肘无肿。拍片示：骨折处有多量连续性骨痂生长。仍继续使用上药，练滑车拉绳、手摇纺纱、小云手、大云手等动作。4 周后解除外固定，但右肘活动轻度受限，以舒筋止痛水外涂，5 周后患儿右肘活动自如出院。

〔按〕肱骨髁上骨折整复手法：患者正坐靠背椅上，助手站于患者背后，双手握住上臂中部，医者站在患者前外侧，一手握住前臂中部，另一手握住肘部，与助手相对拔伸，纠正重叠移位，同时矫正旋转移位。患者前臂中立位，医者另一手拇指按压骨折近断端外侧，余指按压骨折远断端内侧，相对推挤，矫正侧移位。若为伸直型骨折，侧移位矫正后，在持续牵引下，医者双手拇指移向骨折远段端后方，向前推挤，余指提托骨折近断端前方，屈曲肘关节 90° 以达整复。若为屈曲型骨折，在持续牵引下，医者双手拇指移向骨折近端后方，向前推挤，余指提托骨折远段端的前方向

后，并徐徐伸直肘关节。

（七）肱骨外髁骨折

施某，男，8岁，福州市台江第二小学学生。就诊日期：1980年9月21日。病案号：800953。病史摘要：患儿三天前在学校玩滑梯时不慎跌倒，右肘部肿胀、疼痛，患肘活动障碍，经本市某医院拍片诊为：右肱骨外髁骨折。复位二次未成功，遂转本院。检查：面色稍苍白，痛苦表情。左手托扶右肘部，右肘部呈半屈伸位，肘外侧明显肿胀，可见皮下瘀斑，范围约2厘米×2厘米，肘部三点关系改变。被动活动手腕时，肘外侧部疼痛剧烈。X线片（片号10801）：右肱骨外髁骨折，其骨折块约翻转150°。诊断：右肱骨外髁骨折。

治疗经过：按肱骨外髁骨折复位法整复，助手将患肘内翻，前臂旋后腕背伸；医者以拇指尖自外内后方按压骨折片上缘，同时前臂旋后、肘屈曲130°位，以三角巾悬吊于胸前，局部外敷消肿散，内服活血镇痛汤，患儿肘部肿痛逐日减轻。2周后，肘部无肿，只有轻度压痛，将肘部固定于90°位，改敷接骨散，服跌打养营汤，练腕部、肩部活动。4周后解除外固定，肘部以化瘀通络洗剂熏洗。5周后右肘活动正常出院。

〔按〕肱骨外髁骨折整复手法：患者正坐，助手握持患侧上臂下段，医者一手握前臂下段，嘱患者腕背伸。复位时使患肘内翻，前臂旋后，腕背伸。医者另一手拇指触及骨折粗糙面，指尖自外向内后方按压骨折片上缘，纠正其翻转，同时前臂旋后、屈肘，即可复位。若还有轻度向外移位，可将骨折块压向内，同时轻轻作几次肘部屈伸动作，使骨折块

对位更好。

(八) 肱骨内上髁骨折

葛某，男，21岁，福建师大学生。就诊日期：1984年3月15日。病案号：840352。病史摘要：患者于两天前参加学校投标枪运动时，因用力过猛跌倒，右手撑地，致使右肘部发生肿胀、疼痛、畸形，活动障碍，经省某医院骨科诊为：右肱骨内上髁骨折，给复位处理，但局部疼痛未减，今转本院。检查：患者面色正常，舌淡，苔薄白，脉弦滑。以左手托扶右肘部，右肘内侧肿胀，皮下见小片瘀斑，局部压痛明显，肘后三角关系改变，患肘部活动障碍，右手第4、5指感觉迟钝。X线片（片号16125）：肱骨内上髁骨折，骨折片夹在关节内，肘关节向外侧脱位。诊断：右肱骨内上髁骨折第Ⅳ度。

治疗经过：先整复右肘关节侧脱位，然后按肱骨内上髁骨折复位手法给予整复。医者一手牵拉患肘伸直并将其前臂旋后，另一手推肘外侧使肘外翻，使骨折块牵出关节，然后以推挤法将骨折块复位。复位后骨折块处置一小平垫，夹板固定患肢屈肘90°位，外敷消肿散，内服消炎退肿汤。一周后局部肿痛减轻，继续使用上药。2周后局部无肿痛，外敷活血散，内服壮骨强筋汤，练肩、腕部活动。4周后解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗，并练习手部、腕部、肘部活动。5周后右肘活动正常。

〔按〕肱骨内上髁骨折整复方法：轻度移位者，医者一手握前臂，使患肘屈曲90°，并屈腕，另一手拇、食指将骨折块向后上方推挤，觉察有粗糙摩擦音，骨折即复位。如屈伸肘关节，出现阻塞感或沙沙声，说明外髁骨折块夹于肘关

节，医者一手牵拉患肘伸直，并伸腕伸指，另一手推压肘外侧，使肘外翻，以加大肱尺关节间隙，利用屈肌的牵引力，将关节内骨折块拉出，然后按上法推挤骨折块复位。合并肘关节脱位者，应先整复脱位，后整复骨折，往往随关节脱位的复位，骨折亦得到复位。

(九) 尺骨鹰嘴骨折

陈某，男，45岁，长乐县农民。就诊日期：1975年7月20日。病案号：750760。病史摘要：患者于三天前在田间劳动时不慎摔倒，右肘后肿胀、疼痛、畸形，曾在当地医院拍片诊为“右尺骨鹰嘴骨折”。给予复位、固定，未见效，转我院。检查：面色苍白，痛苦呻吟，以左手托扶右前臂。右肘呈半屈伸位，肘后明显肿胀，鹰嘴骨两侧凹陷处隆起。局部皮下瘀斑、压痛明显，可摸到骨折裂隙，右肘关节活动障碍。X线片（片号7682）：右尺骨鹰嘴骨折，近折端向上移位。诊断：右尺骨鹰嘴骨折。

治疗经过：先在右肘后穿刺抽出积血30毫升，以鹰嘴骨骨折整复手法复位，将肘伸直至150°，随即用夹板固定，后侧板超肘，并在鹰嘴骨后置坡形垫一个，以消炎膏外敷，服退瘀消肿汤，练伸掌握拳。一周后局部肿痛减轻，改敷消肿散，服壮骨强筋汤。2周后局部只有轻度肿胀，外敷消毒散，继续内服壮骨强筋汤。3周后局部无肿痛，仍继续用上药，练托手屈曲、双手推车动作。4周后（8月20日）X线片复查：骨折处已有中等量骨痂，增加练滑车拉绳、手摇纺纱动作。5周后解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗右肘关节。6周后右肘活动正常。

〔按〕尺骨鹰嘴骨折整复手法：医者一手扶持前臂，一

手拇、食指捏住尺骨鹰嘴突向远侧推按，同时使肘关节徐徐伸直，闻及骨擦音，说明骨折端已对合，将骨折块稍加左右晃动，骨擦音逐渐消失，骨折块有稳定感时，即已复位。

(十) 桡骨颈骨折

贾某，男，35岁，福州市邮电工人。就诊日期：1979年7月11日。病案号：790753。病史摘要：患者五天前骑自行车时不慎跌倒，当时左肘部外侧肿胀、疼痛，前臂活动障碍，即就诊某区医院，经处理后肿痛未见减轻，今转本院。

检查：患者面色苍白，痛苦呻吟，舌暗，脉弦滑。患者以右手托扶左肘部，左肘外侧明显肿胀，桡骨头处压痛甚，左肘屈伸活动受限，前臂旋转障碍，被动旋转前臂时左肘剧烈疼痛，有骨擦音。X线片（片号8678）：左桡骨颈骨折，桡骨头向外侧移位（歪戴帽型）。诊断：左桡骨颈骨折。

治疗经过：按桡骨颈骨折复位手法给予整复，一助手固定上臂，另一助手牵引前臂，在左肘关节伸直内收位来回旋转，医者两手拇指用力将桡骨头向上、向内推挤，即达复位。复位后，在桡骨头外侧置一长方形平垫，呈弧形围住桡骨头，并以夹板固定，屈肘90°以三角巾悬吊胸前。局部外敷活血散，内服活血镇痛汤，练伸掌握拳活动。2周后局部肿痛明显减轻，改敷接骨散，内服跌打养营汤，练伸掌握拳及肩部活动。3周后局部无肿痛，解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗肘关节。4周后左肘活动正常。

〔按〕桡骨颈骨折，如无移位的裂纹骨折、塌陷骨折、嵌插骨折关节面倾斜度在30°以下，估计日后不影响关节功能者，不必复位。有移位骨折按上述整复手法整复。

(十一) 尺桡骨中段骨折

郑某，男，24岁，连江县黄岐造船厂工人，就诊日期：1979年5月8日，病案号：790529。病史摘要：患者于五天前不慎从3米高处跌下，右前臂肿痛、畸形，就诊当地医院拍片诊为“右尺桡骨中段骨折”。转福州某医院治疗，因效果不佳遂转本院。检查：患者面色苍白，舌红，脉细涩。右前臂中部向掌侧成角畸形，局部肿胀，压痛明显，有骨擦音，右上肢活动受限，但右手运动、感觉存在。X线片（片号0739）：右尺桡骨中段骨折。尺骨近端向背侧移位，桡骨近端向桡掌侧移位。诊断：右尺桡骨中段骨折。

治疗经过：入院后以捏挤分骨手法进行整复，复位后在尺桡骨断端掌背侧骨间隙各置一分骨垫，并据移位方向置压骨垫3个，用前臂夹板固定，外加扶手托板，纱布胸前悬吊固定，外敷消炎膏，内服安神止痛汤，练伸掌握拳动作。2周后局部肿痛消失，给外敷消毒散，内服续骨丸，作托手屈曲练功。6月6日拍片：骨折处已有连续性骨痂生长。6周后（6月20日）去除夹板固定，以化瘀通络洗剂熏洗，并积极进行滑车拉绳、手摇纺纱等练功动作，8周后（7月4日）患者前臂旋转功能恢复正常活动范围，并从事轻体力劳动。

〔按〕捏挤分骨手法整复步骤：患者取坐位或仰卧位，肩外展 80° ，屈肘 90° ，中、下段骨折取中立位，上段骨折取旋后位。由两助手分别握住上臂与手腕作对抗拔伸以矫正重叠与旋转移位。继而医者双手拇指与其余四指相对，分别捏住背侧与掌侧骨折处，令助手徐徐用力拔伸，在持牵的同时，医者用力将尺桡骨间隙分到最大限度，两者之断端可以

同时得到纠正而复位。经上法整复后，若还有残余移位，可采用托压推挤手法，即医者一手在分骨情况下固定骨折一端，另一手提按推挤另一端。内、外侧的移位，须向中心推挤突向内、外侧的骨折断端；掌、背侧移位，须用提托手法向上托提下陷的骨折断端。

（十二）桡骨干骨折

郑某，男，16岁，福州三中学生。就诊日期：1983年10月1日。病案号：831008。病史摘要：患者于两天前参加篮球比赛时不慎摔倒，当即感到右前臂剧痛，肿胀，不能举手，就诊省立某医院，经手法复位和石膏托固定，效果不满意，今转本院。检查：患者痛苦面容，舌淡，脉细涩。以左手托扶前臂，右前臂上段明显肿胀，其桡侧部皮下有散在瘀斑，且压痛甚，可闻及骨擦音，右前臂旋转功能障碍。X线片（片号14578）：右桡骨上段骨折，近折端向外向后移位。诊断：右桡骨干上段骨折。

治疗经过：入院后，按桡骨上段骨折复位进行整复，患者前臂取旋后位，经拔伸、分骨按压等手法矫正旋转及侧向移位。在骨折端掌背侧间隙各放置一分骨垫，在骨折近端外侧放置压骨垫，以夹板固定，并将前臂置于扶手托板上，屈肘90°，纱布胸前悬吊。局部外敷消肿散，内服消炎退肿汤，并练伸掌握拳。一周后局部肿胀基本消退，练托手屈肘，双手推车等动作。2周后局部无明显压痛，外敷接骨散，内服八仙散，继续按上法练功。4周后X线复查：骨折已有连续性骨痂生长。解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗患肘，练手摇纺纱动作，以恢复前臂旋转功能。5周后，患者右前臂活动正常出院。

〔按〕儿童或少年桡骨干骨折多为青枝骨折，成年人桡骨干骨折由于骨间膜作用，折端多向对侧移位，同时由于筋肉牵拉而旋转移位。桡骨上段骨折，近端由于旋后肌的牵拉，向后旋转移位；而远端由于旋前圆肌和旋前方肌的牵拉，向前旋转移位。桡骨中、下段骨折，骨折线位于旋前圆肌止点以下，由于旋后肌的旋后倾向被旋前圆肌的旋前力量抵消，骨折近端处于中立位，而远端受旋前方肌的牵拉，而发生旋前移位。

林老对桡骨干骨折的整复手法：患者坐位，患肩外展 80° ，屈肘 90° ，上段骨折时前臂取旋后位；中、下段骨折时前臂取中立位。助手双手握住患肢肘部，医者一手握住前臂下部进行相对拔伸，另一手掌心顶住尺骨，拇指与食、中二指从掌、背侧捏住分骨，同时矫正旋转移位。然后医者一手拇指与食、中指维持分骨位置，另一手拇指与余指在移位的断端进行按压，矫正侧移位，以达整复。

（十三）尺骨上段骨折并桡骨头脱位

蒋某，男，45岁，长乐县江口公社农民。就诊日期：1979年12月21日。病案号：791280。病史摘要：患者于一天前骑自行车与他人相撞跌倒，当时即出现左前臂上部及肘部肿胀、疼痛、畸形，左肘部活动障碍，经当地医院夹板固定后转入本院。检查：患者面色青，痛楚表情，舌暗紫，边有瘀斑，脉涩。左前臂上段尺侧及肘部畸形，局部肿胀，在前臂尺骨上段可触及骨折端，肘后外侧触到桡骨头，局部压痛明显，左肘关节活动受限。X线片（片号8844）：左尺骨上段骨折并右桡骨头脱位，屈曲型。诊断：左尺骨上 $1/3$ 骨折合并右桡骨头脱位。

治疗经过：按尺骨上段骨折合并桡骨头脱位屈曲型复位手法给予整复，复位后前臂上部及肘部畸形当即消失，疼痛减轻。在前臂骨折部的掌背侧各置一分骨垫，在桡骨头后侧置一压骨垫，在其后外侧置一小平垫，以夹板固定，将前臂放置伸肘 150° 位，以三角巾悬吊胸前。局部外敷消炎膏，内服退瘀消肿汤，练伸掌握拳和腕部屈伸活动。1 周后局部肿胀基本消退。2 周后局部轻度压痛，改屈肘 90° 位固定，外敷接骨散，内服跌打养营汤，逐渐作肘部屈伸活动。4 周后局部无肿痛，X 线拍片见骨折线模糊，有连续性骨痂生长。解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗患部，并开始练前臂旋转活动。6 周后，左肘部屈伸及前臂旋转活动正常。

〔按〕尺骨上 $1/3$ 骨折合并桡骨头脱位，根据暴力方向及骨折移位情况，可分为伸直、屈曲和内收三型，临床以伸直型常见。整复手法：患者正坐，肩外展 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，前臂中立位。①伸直型整复：助手握住上臂中部，医者一手握住患者腕部相对拔伸，待重叠移位矫正后，医者另一手拇指置桡骨头前外侧，将桡骨头向内、背侧推挤，同时将肘关节屈曲至 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，即可使桡骨头复位。复位后嘱助手用拇指固定桡骨头，以防再脱位。医者双手拇指在背侧桡尺骨间隙，余指在掌侧桡尺骨间隙处进行捏分，然后双拇指分别按压在尺骨骨折近远端，矫正成角，然后推挤，以矫正侧移位。②屈曲型整复：拔伸手法同于伸直型，只是医者拇指置桡骨头外侧和背侧，将桡骨头向内侧、掌侧推挤。继而在桡尺骨间捏分，然后在尺骨骨折端向掌侧挤按。③内收型整复：拔伸手法同上，只是医者以拇指置桡骨头向内侧推按，再采用捏分手法。

(十四) 桡骨下 1/3 骨折并下尺桡关节脱位

姜某，女，36岁，福州塑料厂工人。就诊日期：1981年2月26日。病案号：810287。病史摘要：患者于5小时前走路不慎从台阶上摔下，以右手掌撑地，当即右前臂出现肿胀、疼痛、畸形，即送本院。检查：患者面色苍白，痛苦呻吟，舌淡，脉弦紧。右前臂下段肿胀，向掌侧成角畸形。局部压痛明显，尺骨茎突向外突起，有挤压痛。前臂旋转活动受限。X线片（片号11691）：右桡骨下1/3骨折合并下尺桡关节脱位。诊断：右桡骨下1/3骨折合并下尺桡关节脱位。

治疗经过：按桡骨下段骨折合并下尺桡关节脱位复位手法整复。先以牵引、捏分、反折、提按、推挤等手法整复桡骨骨折，然后再以挤压、扣挤手法整复下尺桡关节脱位。复位后在骨折部骨间隙的掌背侧各放一分骨垫，以夹板固定，局部外敷活血散，服活血镇痛汤，练伸掌握拳、托手屈肘等活动。2周后局部肿痛减轻，改敷消毒散，内服壮骨强筋汤，逐渐作腕部屈伸活动。4周后局部肿痛消失。拍片查：骨折线模糊，有中等量痂生长。解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗患部，并练前臂旋转活动。6周后患者腕屈伸及前臂旋转活动正常。

〔按〕林老对桡骨下1/3骨折合并尺桡关节脱位的整复手法：患者平卧，肩外展，肘屈曲，两助手对抗牵引3~5分钟，将重叠移位拉开，医者先行捏挤分骨，矫正桡骨的内侧成角移位，然后在分骨的同时轻度增加向掌侧或背侧的成角畸形，行反折手法矫正掌侧或背侧的成角与移位。亦可一手分骨，另一手拇指与四指分别按住骨折近、远端，采用提

按推挤手法矫正掌、背侧移位。骨折整复后，医者用双手掌分置腕部内外侧扣挤尺桡关节。

(十五) 桡骨下端伸直型骨折

林某，男，59岁，福州郊区农民。就诊日期：1975年10月2日。病案号：751030。病史摘要：患者于七天前不慎滑倒，以右手先着地，当时右腕部肿胀、疼痛，曾在某医院拍片诊为“右桡骨下端伸直型骨折”。给予手法复位、夹板固定，但患者肿痛一直未减，且手部发麻，故转我院。检查：患者神疲，痛楚表情，面色晦暗，舌暗紫，脉沉涩。腕及手部呈餐叉样畸形，局部肿胀、压痛，腕部、手指活动受限。X线片（片号7790）：右桡骨下端伸直型骨折，远折端向背侧桡侧移位，两骨折端嵌插。诊断：右桡骨下端伸直型骨折。

治疗经过：用拔伸推挤法整复，因骨折端嵌插较紧，故在拔伸过程中配合摇摆动作，使断端易于分离，继而以推挤手法复位。复位后患者即感手部麻木消失，局部疼痛减轻，以夹板固定，背、桡侧板超关节，局部外敷活血散，服安神止痛汤，练伸掌握拳及屈腕动作。1周后腕部肿痛明显减轻，改用接骨散外敷，服跌打养营汤，继续按上法练功。2周后局部肿痛消退。3周后腕部无肿痛，拍片：骨折对位、对线好，已有骨痂生长。解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗。4周后患者右腕活动正常。

〔按〕林如高老中医整复桡骨下端伸直型骨折手法步骤如下：医者两手分别握住手部与前臂下端相对拔伸牵引，使两断端分离，继将手部略向内侧牵引，另一手拇指置于桡骨远端外侧用力推挤，以矫正其外侧移位。然后将拇指置于桡

骨远端背侧向掌侧按压，余指提托桡骨近端，与此同时，另一手持患手屈腕并内偏。

(十六) 掌骨骨折

苏某，男，40岁，福州机床厂工人。就诊日期：1985年8月17日。病案号：850852。病史摘要：患者于4小时前左手掌被铁锤击伤，局部出现痛疼痛、肿胀，活动障碍，即送我院。检查：患者痛苦面容，左手掌部明显肿胀、压痛，有轻度向背侧成角畸形，可闻及骨擦音，纵向叩击第3、4掌骨头则疼痛加剧。X线片（片号18252）：左手第3、4掌骨骨折，骨折端向背侧成角，远折端向尺侧移位。诊断：左手第3、4掌骨骨折。

治疗经过：按掌骨干骨折复位手法整复。在牵引下，先矫正向背侧成角，然后用分骨挤压手法矫正侧移位，用三个分骨垫放于骨折处的骨间隙，在背侧成角处放置一平垫，置夹板于掌背侧，并以胶布固定。复位固定后外敷活血散，服消炎退肿汤，练指、肘、肩部活动。2周后，手掌部仍有轻度肿痛，继续以活血散外敷。3周后，局部肿痛消失，解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗，并加强掌指关节和腕关节的活动。5周后患手活动正常。

〔按〕林老对掌骨干骨折整复手法：在牵引下先矫正向背侧突起成角，以后用食指与拇指在骨折的两侧自掌侧与背侧行分骨挤压，并放置两个分骨垫以胶布固定。如骨折端向掌侧成角则在掌侧放一小毡垫以胶布固定，最后在掌侧与背侧各放一块夹板，以胶布固定，外加绷带包扎。

(十七) 指骨骨折

邓某，女，42岁，福州台江码头搬运工人。就诊日期：1982年2月17日。病案号：820256。病史摘要：患者于三天前搬运货物时不慎右手中指被压伤，当时患指畸形、肿胀、疼痛，就诊于土医，经包扎固定，症状未见改善，今转本院。检查：患者痛苦表情。右手中指近节向掌侧成角畸形，局部肿胀、压痛明显，有骨擦音和异常活动，患指活动障碍。X线片（片号13245）：右手中指近节指骨骨折，向掌侧成角，远折端向尺侧移位。诊断：右手中指近节指骨骨折。

治疗经过：在拔伸牵引下，以挤压手法矫正侧移位，然后将远折端掌屈，将近折端自掌侧向背侧顶，以矫正向掌侧成角畸形。复位后将一小绷带卷置患指掌侧，将患指屈曲后以胶布固定。局部外敷活血散。3周后，患指无肿痛，解除外固定，以风伤药水外擦并练患指屈伸活动。4周后，患指活动自如出院。

〔按〕指骨骨折在临床中较常见，尤以近节骨干骨折最多。其骨折断端因骨间肌和蚓状肌牵拉而向掌侧突起成角。整复手法：在拔伸牵引下，医者用一手拇指与食指自内外侧挤压矫正侧向移位，以后将远端逐渐掌屈，同时以另一手拇指将近端自掌侧向背侧顶起以矫正向掌侧成角。

(十八) 股骨颈骨折

余某，女，64岁，1985年7月3日。病案号：850734。病史摘要：患者于7天前因走路不慎滑倒，以右臀部先着地，当时感右髋部疼痛，不能站立，曾就诊福州市某医院，

拍片诊为：右股骨颈骨折。经采用牵引治疗，疼痛未见减轻，遂转本院。检查：患者形体消瘦，面色较苍白，痛楚呻吟，舌淡，脉沉细数。右下肢呈缩短、外旋、稍屈曲畸形，右髋部无明显肿胀，右腹股沟中点部位压痛明显，活动髋部时疼痛加剧，伤肢有纵向叩击痛。测量：右下肢比左下肢短缩3厘米。X线片（片号18103）：右股骨颈中部骨折，远断端向后上方移位约2.5厘米，骨折线与股骨干纵轴的垂直线所成的倾斜角约40°。诊断：右股骨颈骨折（外展型）。

治疗经过：入院后按拔伸推挤法整复，复位后局部畸形消失，双下肢等长。作皮肤牵引，重量4千克，维持足外展20°中立位，局部外敷活血散，内服定痛和营汤，练踝背伸及股四头肌收缩活动。2周后局部疼痛消失，改敷接骨散，内服跌打养营汤，继续按上法练功。5周后拍片复查：骨折处已有骨痂生长。解除皮肤牵引，敷接骨散，内服跌打养营汤。6周后，练扶杆站立。2个月后，下地作扶拐练走活动。3个月后患者行走如常。随访5年，未发现股骨头坏死现象。

〔按〕林老中医整复股骨颈骨折采用拔伸推挤法，其具体步骤如下：患者仰卧，第一助手用宽布带置于伤肢腹股沟处，用力向上拔伸。第二助手一手环握患肢膝部，另一手环握小腿下部用大力相对拔伸。医者站在患肢外侧，用一手掌心按住大粗隆外侧，并向内、下挤压，另一手掌心按压腹股沟处向外推挤，同时嘱第二助手将患肢外展、内旋，矫正畸形，使双下肢等长，则断骨整复。

（十九）股骨粗隆间骨折

王某，男，65岁，福州市汽车修配厂退休工人。就诊

日期：1981年8月13日。病案号：810853。病史摘要：患者于5小时前被自行车撞倒，当时左髋部剧痛、肿胀，不能站立，未经任何处理即由他人送入本院。检查：患者面色红润，痛苦表情，呻吟不止，舌淡，脉弦紧。左下肢呈短缩、内收、外旋畸形，左髋部肿胀，髋外侧部皮下青紫瘀斑，范围约12厘米×10厘米，左股骨大粗隆处压痛明显，被动活动左下肢时，髋部疼痛加剧。测量：左下肢比右下肢短缩5厘米。X线片（片号12134）：左股骨粗隆间骨折，顺粗隆间型，远端向上移位约5厘米。诊断：左股骨粗隆间骨折。

治疗经过：入院后按屈髋屈膝法整复，由助手固定骨盆，医者握其膝部和小腿，先屈髋屈膝90°向上牵引，然后伸髋、内旋、外展即达复位。复位后查双下肢等长，置左下肢于外展30°中立位，作皮肤牵引，重量5千克，局部外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练踝背伸、股四头肌收缩活动。2周后左髋部肿痛减轻，改敷消毒散，内服壮骨强筋汤，继续按上法练功。4周后左髋部无肿胀与压痛，解除皮肤牵引，以舒筋活血洗剂熏洗左髋，下地练扶杆站立、脚踩跷板、双拐行走等活动。6周后患者可不扶拐行走。

〔按〕林老中医整复股骨粗隆间骨折用屈髋屈膝法，其具体步骤如下：患者仰卧，助手固定骨盆。医者握其膝部与小腿，使膝、髋均屈曲90°，向上牵引，纠正缩短畸形，然后伸髋内旋外展以纠正角畸形，并使折面紧密接触。

（二十）股骨干骨折

林某，女，20岁，学生，福州市台江人。就诊日期：1988年2月23日。病案号：880280。病史摘要：患者于七天前从一丈高楼上跌下，当时左侧大腿肿胀、剧烈疼痛，经

福州市内某区医院急救处理后转本院。检查：患者急性痛苦面容，较烦躁，面色苍白，脉细弱。左侧大腿中部明显肿胀，皮下可见散在瘀斑，局部压痛，有异常活动，骨折处向外侧成角畸形，左下肢比右下肢短缩5厘米。X线片（片号20676）：左股骨中段斜形骨折，骨折端重叠5厘米。诊断：左股骨中段斜形骨折。

治疗经过：入院后在血肿内麻醉下施行拔伸法、反折法整复，并用提按、推挤手法矫正侧移位和成角畸形。复位后，患肢畸形矫正，双下肢等长，按畸形方向置2个压垫，再以夹板固定，外加长直角托板，外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练踝背伸、股四头肌收缩活动。2月24日拍片复查：骨折端仍有轻度移位，当即再以拔伸、推挤手法矫正侧移位，夹板固定，并加用下肢皮肤牵引，重量7千克，局部外敷活血散，内服退瘀消肿汤，2周后查局部肿痛明显消退，改服壮骨续筋汤，外敷接骨散。3周后，拍片示骨折处已有中等量骨痂生长，去除皮肤牵引，内服跌打补骨丸，练床上抬腿、蹬空踢球活动。5周后（4月1日）患者可扶双拐下地练走。5月13日解除夹板而出院。

〔按〕林老中医整复骨干骨折常用拔伸法、反折法及提按推挤法，其具体步骤如下：①拔伸法：患者仰卧位，一助手站在患肢外侧，双手环抱（或用布带绕过）大腿根部，另一助手双手环握住膝部，用大力相对拔伸牵引，以矫正患肢骨折端的重叠畸形，如有侧移位，再用手按捏平正。②反折法：对于拔伸难于矫正重叠畸形者，采用反折手法进行矫正。③提按推挤法：根据上、中、下部各段骨折的移位情况，在拔伸牵引下采用上提下按、内外推挤手法。以上手法后还需配合皮肤牵引或骨牵引。

(二十一) 股骨髁间骨折

许某，男，35岁，福清县农民。就诊日期：1983年5月27日。病案号：830586。病史摘要：患者于一天前因建筑房屋时不慎从3米多高处跌下，以足部先着地，当时无昏迷，右膝上部畸形、肿胀、疼痛明显，不能站立行走，由他人送当地医院，拍片诊为：右股骨髁间骨折，给石膏托固定后送本院。检查：患者面色苍白，痛苦呻吟，舌暗紫，脉洪大。右膝部畸形、明显肿胀，膝内侧部皮下有大片瘀斑，股骨内外髁处均有压痛，有骨擦音，浮髌试验(+)。X线片(片号14985)：右股骨髁间骨折，呈“T”型，内外骨折块分离约2厘米。诊断：右股骨髁间骨折。

治疗经过：先在严格无菌下抽出右膝关节内积血，约50毫升。采用扣挤法整复，在两助手牵引下，医者以两手掌对扣后即复位。复位后用超膝关节夹板固定，并作小腿皮肤牵引，重量3千克，局部外敷消肿散，内服消炎退肿汤，练踝背伸、股四头肌收缩活动。一周后右膝部肿痛明显减轻。2周后右膝部只有轻度肿胀、压痛，改敷消毒散，内服跌打养营汤，并由医者每日作膝关节屈曲活动5~6次。4周后解除牵引，以舒筋活血洗剂熏洗患膝，并练关节屈伸。6周后练扶双拐不负重步行、扶杆站立、扶椅练走等活动。8周后患者能不扶拐下地行走，右膝关节活动基本正常。

〔按〕扣挤法整复步骤如下：患者仰卧，一助手握大腿上段，另一助手握小腿下段，相对拔伸牵引。医者站在患侧，双手掌分别置于内、外髁部，手指相交叉，随着助手的牵引，两手掌用力将髁部向中线扣挤，听到骨擦音，说明骨折已对位。在施行扣挤法的同时，助手可在用力牵引下将膝

关节作几次轻度屈伸动作，使骨折块准确对位，并趋于稳定。夹板固定后配合皮肤牵引或骨牵引。

(二十二) 髌骨骨折

蒋某，男，58岁，长乐县古槐乡工人。就诊日期：1984年11月18日。病案号：841167。病史摘要：患者于两天前骑自行车不慎跌倒，以左膝部着地，当即局部剧痛，不能行走，曾经当地县医院拍片诊为左髌骨横形骨折。给复位、固定，因疗效欠佳遂转本院。检查：患者痛苦呻吟，面色青灰，舌边有瘀点，脉弦涩。左膝部明显肿胀，局部皮肤青紫瘀斑，压痛，膝前可触及上下两骨折片断端，间隙约2厘米，浮髌试验阳性。X线片（片号19843）：左髌骨横形骨折，两折端分离约2.5厘米。诊断：左髌骨横形骨折。

治疗经过：先作患膝关节穿刺，抽出积血50毫升，因患膝局部肿胀严重，用环形纸条在髌骨上方围绕2~3圈，然后用绷带捆扎，以使髌骨近端向下推挤。入院一天后患膝肿胀消退，即给予施行推挤手法整复，并用抱膝器固定。在膝后侧置抱膝器托板，外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练踝背伸动作。8天后局部肿胀明显消退，改用小号抱膝器固定，外敷活血散，内服定痛和营汤。3周后（12月10日）局部只有轻度肿痛，拍片复查：骨折对位良好，骨折端已有少量骨痂生长。给服跌打养营汤，外敷接骨散，下地扶双拐练走。4周后（12月17日）解除固定，给舒筋活血洗剂熏洗膝关节，12月30日复查，患者膝关节活动自如。

〔按〕林老中医整复髌骨骨折采用推挤手法，具体步骤如下：先将膝关节积血抽吸干净，伤肢置于伸直位，医者站在患肢外侧，一手虎口固定于髌骨上缘，另一手拇、食指将

髌骨下缘向上推挤，使骨折断端靠拢。然后医者用一手的拇食指围住髌骨，另一手沿髌骨边缘触摸，检查是否平整。最后用抱膝圈固定。

(二十三) 胫骨外髌骨折

毛某，女，40岁，福州市搬运社工人。就诊日期：1979年9月11日。病案号：790933。病史摘要：患者于两天前在汽车上搬运货物时不慎跌下，以右足先踩地，当时感右侧膝部外侧明显肿胀、畸形、疼痛，不能站立，曾就诊本市某医院，拍片诊为：右胫骨外髌骨折，给复位和石膏托固定，但肿痛未见减轻。检查：面色苍白，痛苦表情，舌暗，苔薄白，脉弦滑。右膝稍呈外展畸形。膝部明显肿胀，尤以膝外侧为甚，皮下有小片青紫瘀血斑。右膝外侧部压痛明显，有骨擦音。右膝活动障碍，被动活动时局部痛剧。右膝浮髌试验（+），膝关节侧向试验（-）。X线片（片号8722）：右胫骨外髌骨折，外髌骨折块向下方移位。诊断：右胫骨外髌骨折。

治疗经过：在严格无菌消毒下抽吸关节内血肿，约40毫升，继而手法复位，两助手上下拔伸后，医者双手四指环抱住膝内侧，使其内翻，以加大外侧关节间隙，同时以双手拇指用力向内上方推挤外髌骨折块，并轻轻屈伸膝部数次，即达复位。复位后拍片复查：骨折对位好。在骨折处置压骨垫，以夹板固定右膝部于内翻位，给外敷消炎膏，内服消炎退肿汤，练踝屈伸和股四头肌收缩活动。2周后局部肿痛好转，以接骨散外敷，内服跌打养营汤，继续按上法练功。4周后局部无肿，仅有轻压痛，患肢可上抬，解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗患膝部，并练膝部屈伸。6周后关节活动

接近正常，嘱下地扶双拐行走。7周后，患者弃拐能自行走路。

〔按〕胫骨髌骨折多发生于青壮年。依骨折部位可分为内髌、外髌及双髌骨折，其中以外髌骨折较为常见。胫骨髌骨折整复手法：外髌骨折，整复时患者仰卧，抽尽积血，一助手握住大腿，另助手握踝上部拔伸牵引。医者两手四指抱住膝内侧，使膝内翻，加大外侧关节间隙，同时以两手拇指用力向内上方推按移位之外髌骨块。触摸移位已纠正后，即用两手相扣胫骨髌部，用力对挤，并令助手轻轻屈伸患膝数次，使骨折块趋于稳定。若为内髌骨折，用相反方向的手法整复。双髌骨折者，两助手在中立位强力相对拔伸牵引，继而医者以两手掌根部分别置于胫骨髌内外侧相对扣挤而复位。

（二十四）胫腓骨中段骨折

马某，男，21岁，长乐县营前公社农民。就诊日期：1978年7月28日。病案号：780791。病史摘要：患者于三天前因拉板车不慎自二丈多高山坡上跌落，当时右小腿肿痛，畸形，不能站立。即由他人送当地医院，拍片诊为：右胫腓骨中段横形骨折。给予手法复位，石膏固定，因肿痛未减，转本院。检查：患者痛苦面容，烦躁不安，面色苍白，脉细涩，右小腿中下部明显肿胀，并向内侧成角畸形，局部皮肤潮红，灼热，压痛甚，有骨擦音，右下肢活动受限。X线片（片号6390）：右胫腓骨中段横形骨折。诊断：右胫腓骨中段横形骨折。

治疗经过：入院后即给予手法复位，由两个助手拔伸后，医者以捏分手法分骨，继而以提托、按压手法矫正侧移

位。用分骨垫一个置骨折部骨间隙，按移位方向放置2个压骨垫，用小腿夹板固定，最后将患肢置于短直角托板上。整复后内服消炎退肿汤，外敷消炎膏，练踝背伸及股四头肌收缩活动。1周后，小腿肿痛减轻，改敷活血散。2周后，局部肿痛明显消退，给内服跌打养营汤，外敷接骨散。4周后（8月26日）患者局部无压痛，服续骨丸，练床上抬腿，蹬空踢球动作，以活动下肢各关节。5周后患者下地练扶椅行走。9月10日去夹板外固定，以舒筋活血洗剂熏洗踝关节，9月20日患者行走接近正常出院。

〔按〕林老整复胫腓骨横形骨折手法：患者平卧、膝微曲，一助手站在患肢外侧，双手环握小腿上部，另一助手握住踝部，用力拔伸牵引，矫正重叠畸形。然后医者采用分骨夹挤或提按推挤手法将骨折复位。一般骨折近端多向前内侧移位，医者两手拇指按压骨折近端前内面，余指环握骨折远端后外面向前内提托，即可复位。

（二十五）胫腓骨下段骨折

李某，17岁，福州市人，就诊日期：1968年12月21日。病案号：681279。

病史摘要：患者于5小时前被汽车撞伤，右小腿肿胀、疼痛、出血，经福州某医院急诊包扎处理后转送本院。检查：患者急性病容，面色苍白，心烦不安，舌淡，苔薄白，脉沉细。右小腿中下部明显肿胀，右小腿下部前内侧有一创口长约6厘米，可见骨断端刺出皮肤，创口仍渗血不止。X线片（片号3858）：右胫腓骨下段斜形骨折，近端向前下方移位。诊断：右胫腓骨下段斜形骨折。

治疗经过：入院后当即给予清创缝合，继而施行拔伸、

分骨、提托、按压等手法复位，以小腿夹板固定，并开窗换药，外敷消炎膏，内服退瘀消肿汤。1周后局部肿胀消退，但见创口感染，以狗皮膏换药，2周后创口愈合。继而改用跌打养营汤内服，外敷接骨散，4周后右小腿局部无肿痛，练习床上抬腿、蹬空踢球等动作。5周后患者能扶杆站立、扶椅练走，于6周后（1969年2月3日）解除外固定，但右侧踝关节仍有轻度受限，嘱出院后继续以舒筋活血洗剂熏洗踝关节。

〔按〕林老整复胫腓骨斜形或螺旋形骨折手法如下：因骨折远端易向外侧移位，所以在两个助手相对拔伸时，医者站在患肢外侧，一手拇指放在远端前外侧骨间隙，用力夹挤分骨，将远端向内侧推挤，余指捏住近端的内侧，同时用力向外提拉。另一手掌部提托小腿后侧。嘱握住踝部的助手在牵引下稍稍内旋，闻及骨擦音，说明已复位。

（二十六）踝部骨折

章某，男，37岁，连江县浦口乡农民。就诊日期：1981年4月14日。病案号：804478。病史摘要：患者于两天前下山坡时不慎扭伤左踝部，当时感到局部有响声，随即肿胀、疼痛，左足不能站立，即就诊当地医院，拍片诊为：左双踝骨折。经简单固定后送本院。检查：面色正常，舌淡红，苔薄白，脉弦。左踝部呈内翻畸形；局部肿胀，尤以外踝前下方为甚；皮下青紫瘀斑，范围约8厘米×5厘米。外踝及内踝处均压痛明显。将患足内翻时疼痛加剧，可闻及骨擦音，右踝活动明显受限。X线片（片号12086）：右双踝骨折，外踝骨折线呈横形，内踝骨折线呈斜线，右踝关节有轻度向内脱位。诊断：左双踝骨折。

治疗经过：入院后即按整拽并施法给予整复，医者顺势将患足拔伸后，略带拽势将踝外翻，然后取中立位，一手握前足，一手握双踝，同时屈伸踝部数次，即达复位。在内外踝下方各置一个坡形垫，以夹板固定，将患侧小腿抬高，局部外敷活血散，内服消炎退肿汤，练足趾活动。一周后局部肿痛减轻，加练踝部小幅度屈伸活动。2周后，踝部只有轻度肿痛，给外敷消毒散，内服壮骨强筋汤，并加大踝部主动活动范围及床上抬腿等活动。4周后，踝部不痛，外敷接骨散，内服跌打补骨丸，练扶杆站立、扶椅练走。5周后解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗踝部，并配合关节活动。6周后患者能弃拐负重行走。

〔按〕踝部骨折以内翻最多见，其次为外翻与外旋，其他类型少见。林老整复踝部骨折的手法主要采用整拽并施法，其具体步骤如下：患者取侧卧位或坐位，助手握住小腿上段。内翻型患足向上，医者面向患足，两手握住患足，两拇指按住外踝，余指扣在内踝，两手掌分别托住足背与足跟，先向远侧拔伸牵引，略带拽势将踝外翻。然后将足取中立位，一手握足前部，一手握住踝部，将足轻轻地背伸、跖屈数次，使骨折复位趋于稳定，并可矫正距骨轻度脱位。外翻型患足向下，医者手的放置与内翻骨折相反，两拇指顶内踝，余指扣外踝，将足内翻，同前法将骨折复位。外旋骨折复位法与外翻骨折大致相同，所不同的是，将踝部内翻时，同时将足内旋，即可复位。

（二十七）距骨骨折

朱某，女，25岁，闽侯城门公社农民。就诊日期：1983年5月13日。病案号：830546。病史摘要：患者三天

前在家上楼时不慎从3米高处楼梯上坠落，以足先着地，当时无昏迷，右踝部畸形、肿胀、疼痛，不能行走，曾送郊区土医治疗未见效，今转本院。检查：神清，面色暗，痛苦表情，舌淡，苔薄白，脉细涩。右踝部畸形，肿胀，踝前可触及高低不平骨折块，局部压痛明显，右踝活动障碍。X线片（片号14996）：右距骨颈体间骨折，远骨折块向前移位，踝关节轻度向后脱位。诊断：右距骨骨折。

治疗经过：按距骨骨折复位手法整复，医者与助手对抗牵引后，一手握前足强力跖屈，另一手握小腿下端向前提托，即达复位。复位后置踝关节稍跖屈外翻位，在内踝下方和距骨头部背侧各置一平垫，然后以夹板固定，外敷活血散，内服活血镇痛汤，练趾、踝部屈伸活动。2周后局部肿痛明显减轻，改敷接骨散，服跌打补骨丸，继续练踝部活动。5周后，X线复查：骨折处已有少量骨痂生长。患部无肿痛，解除夹板固定，以舒筋活血洗剂熏洗，内服续骨丸，练踝关节屈伸活动。6周后可扶拐练走。8周后踝部活动基本正常，可自行走路。

〔按〕林老整复距骨骨折手法如下：患者仰卧，患肢屈膝90°，助手环握小腿上部，医者一手握住前足，轻度外翻，强力跖屈，向后推压；另一手握住小腿下端后侧向前提托，使距骨头与体两骨块对合。合并体部后脱位时，请另一助手将踝关节极度背伸，稍向外翻，并向下牵引。医者用两拇指将距骨体部向前上方推压；使其复入踝穴，然后用拇指向前顶住体部，将踝关节稍跖屈，使两骨折块对合。

（二十八）跟骨骨折

许某，男，46岁，福州市郊区农民。就诊日期：1978

年8月30日。病案号：780890。病史摘要：患者于5小时前因盖房屋在高空作业时不慎自4米多高处跌下，以左足先着地，当时左足跟部肿胀、疼痛，不能站立，由人抬至本院。检查：患者神志清楚，面色苍白，疼痛难忍，舌淡红，脉弦紧。左足跟部明显肿胀，足弓变平，足跟增宽，足跟两侧皮下见大片青紫瘀斑，压痛甚。左踝活动障碍。X线片（片号6430）：左足跟骨骨折。轴位片见骨折远端向侧方移位，侧位片见近折端向后上方移位。诊断：左跟骨骨折。

治疗经过：按跟骨骨折复位法给予整复，当即足跟部畸形消失，在双踝下方各置一马蹄垫，外盖跟骨夹板，以宽胶布固定，外敷活血散，内服活血镇痛汤，练踝背伸及股四头肌收缩活动。一周后患处肿痛明显减轻，继续使用上药，加练床上抬腿动作。2周后患处肿退，但仍有轻度疼痛，改敷接骨散，服壮骨强筋汤，继续按上法练功。4周后（9月27日）X线片复查：跟骨关节结节角正常，骨折处可见连续性骨痂生长。5周后解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗左足，练扶拐行走、脚踩跷板等活动。7周后患者左足行走如常。

〔按〕林老整复跟骨骨折的手法：患者仰卧，患肢垫高伸出床外，助手环握患肢小腿。医者一手托握住足跟后部，另一手握住足背，两手同时用力向下拔伸牵引，以矫正骨折块向上移位。继而医者以两手指交叉于手足底，两手掌根部用力扣挤跟骨两侧，以矫正侧方移位。

马蹄垫系林老固定跟骨骨折的特色，双侧马蹄垫凹侧顶在双踝部下方，既不压迫踝骨，又相当稳定地垫在跟骨两侧，加上半月形小夹板外固定，其固定牢靠，疗效好。

(二十九) 跖骨骨折

姚某，女，30岁，福州轧钢厂工人。就诊日期：1974年3月10日。病案号：740331。病史摘要：患者于4小时前搬钢筋不慎压伤右足，患足畸形、肿胀、疼痛，前足不能着地，由他人送至本院。检查：患者痛楚表情，舌质暗，脉弦滑。右足部畸形、肿胀，皮下可见瘀斑，局部明显压痛，有骨擦音。X线片（片号7152）：右足第二、三、四跖骨骨折，骨折远端向外侧移位。诊断：右足第二、三、四跖骨骨折。

治疗经过：按跖骨骨折复位手法给予整复，当即右足畸形消失，在第2~3、3~4跖骨间隙各置一分骨垫，外盖夹板，以胶布粘贴固定，外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练床上抬腿。2周后足部肿消，外敷消毒散，内服跌打补骨丸。3周后（4月2日）X线片复查：骨折处骨痂生长良好。解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗，练扶椅走路，脚踩跷板等动作。5周后患者右足行走正常。

〔按〕林老整复跖骨骨折手法：患者仰卧位，医者立于患足内侧，双手拇食指分别捏住骨折远近断端，用力相对拔伸，以矫正重叠移位或成角移位。继而医者用拇指将近断端向下按压，食指将远断端向上提托，以矫正跖背侧移位。如合并侧移位，则医者以双手拇食指分别从足背和足底捏住跖骨两侧进行分骨，迫使其复位。然后取分骨垫置于足背侧骨间隙，外盖夹板固定。

(三十) 跗趾骨骨折

罗某，男，37岁，福州市郊建新乡农民。就诊日期：

1984年6月30日，病案号：840696。病史摘要：患者于一天前不慎被砖头压伤右脚趾，局部出血、疼痛、肿胀，不能行走，经当地医疗站包扎后今转我院。检查：患者面色暗，痛苦表情，舌淡，脉弦紧。在脚趾稍向外侧成角畸形，局部肿胀，皮肤有少许擦伤，趾甲下青紫瘀血；局部触痛明显，右脚趾活动障碍。X线片（片号16763）：右足脚趾末节趾骨基底骨折，远折端向外侧移位。诊断：右足脚趾末节趾骨基底骨折。

治疗经过：医者以纱布包裹脚趾末端，双手拇食指分别捏住两断端相对拔伸，并跖屈，然后以捏挤手法矫正侧移位。复位后，以两块小夹板置趾背侧和跖侧固定，外敷活血散。2周后患趾肿痛减轻，改敷消毒散，3周后解除固定，以舒筋活血洗剂熏洗，并下地练走，4周后患者行走如常。

〔按〕林老整复足趾骨折手法：患者仰卧位，足跟垫一沙袋。医者站于患肢外侧，用一块纱布包裹骨折远段端，双手拇食指分别捏住两断端，进行相对拔伸，并稍屈趾，即可复位。若有侧方移位，医者一手拇食指捏住伤趾末节拔伸，另一手拇食指用捏挤手法使骨折端复位。

（三十一）胸骨骨折

单某，男，45岁，福州市环卫清洁工人。就诊日期：1983年3月15日。病案号：830352。病史摘要：患者4小时前不慎被垃圾车车柄撞伤前胸部，胸骨区当即肿胀、剧痛、呼吸困难，当咳嗽、深呼吸或抬头时疼痛加剧，即由他人送至本院。检查：面色苍白，口唇暗紫，痛苦呻吟，呼吸急促，舌质暗，脉弦滑。患者头颈略向前倾，胸骨处畸形、肿胀、皮下青紫瘀斑，摸之有凹陷，局部压痛明显。X线片

(片号 14775): 胸骨中段横形骨折, 下折端向后移位。诊断: 胸骨骨折。

治疗经过: 按胸骨骨折复位手法给予整复, 患者仰卧, 胸背垫枕, 将两手上举过头。医者两手掌重叠按于胸骨上部, 正当患者深吸气末时向下挤压复位, 患者当即疼痛减轻。复位后, 在胸骨上部置压骨垫一个, 取一夹板覆盖, 并以宽胶布粘贴固定, 外敷活血散, 内服开胸顺气汤。1 周后局部肿痛减轻, 呼吸平顺。2 周后, 局部无肿, 外敷接骨散, 内服行血顺气汤。3 周后拆除固定, 局部无痛、呼吸正常。

〔按〕胸骨骨折多发生在胸骨体部, 折线多为横形。胸骨后面的骨膜因有筋肉附着而加强, 不易发生断裂, 故骨折通常无明显移位。若有移位, 下骨折段多重叠于上骨折段的前面。

胸骨骨折复位手法: 患者仰卧床上, 并将双手上举过头, 胸背部垫薄枕, 使背脊尽量后伸。先嘱患者平静呼吸几次, 然后叫患者缓慢深吸气, 正当吸气末, 医者两手掌重叠向下按压向前移位的骨折断端, 使断端平正。

(三十二) 肋骨骨折

林某, 男, 41 岁, 南平大洲贮木场工人。就诊日期: 1969 年 4 月 15 日。病案号: 690461。病史摘要: 4 天前患者右侧胁部被木头撞伤, 当时局部剧痛难忍, 呼吸困难, 不能转侧, 经当地医院处理后, 今转本院。检查: 神清, 急性病容, 呼吸急促, 不能平卧, 舌暗紫, 边有瘀斑, 脉洪数。右腋下 5、6 肋骨处明显肿胀、压痛, 触之有骨擦感。听诊右肺呼吸音减弱。X 线片 (片号 4128): 右胸第 5、6 肋骨

骨折，骨折端轻度移位。诊断：右胸第5、6肋骨骨折。

治疗经过：当日即按肋骨骨折整复手法给予整复，并以一宽胶布施行固定，患者当即胸痛减轻，呼吸平顺，能平卧。用行血利气汤内服，局部外敷消肿散，肿痛逐日减轻。1周后，患者能在床上活动，改用跌打补骨丸内服，外敷接骨散。2周后局部肿痛消失，仅有轻度压痛，能由他人扶持下地行走，改敷活络膏。5周后（5月20日）拍片复查：骨折处已有连续性骨痂，对线对位良好。患者局部无肿痛，拆除胶布，予出院。

〔按〕单纯肋骨骨折，因有肋间肌的保护和其余肋骨的支持，所以多无明显移位，一般无需手法整复。多根有明显移位的肋骨骨折，则需手法整复。林老整复肋骨骨折有立位、坐位和卧位整复法。①立位整复法：令患者站立靠墙，医者与学生相对，并用双足踏在患者双足上，双手通过患者腋下，相交叉抱于背后，然后双手扛起肩部，使患者挺胸，骨折断端自然整复。②坐位整复法：嘱患者正坐，助手在患者背后，将一膝顶在病人背部，双手握其肩，缓缓用力向后方拉开，使患者挺胸。医者一手按扶健侧，一手按定患侧，用推挤按压手法将高凸部分复平。若骨折在背后，则患者双手交叉抱在头后，助手扶住患者双肘向后按压，令患者挺胸，医者立在患者背后，用推挤按压手法将断骨复正。③卧位整复法：用于胸前肋骨骨折，且病人身体衰弱时。患者仰卧，背部垫高，双手举高抱头。医者站于外侧，一手拇食指捏住肋骨骨折处，另一手推挤，矫正侧移位。然后医者双手掌心在两侧胸相对推挤复位。

(三十三) 腰椎压缩性骨折

郑某，男，54岁，长乐县潭头建筑队工人。就诊日期：1987年3月10日，病案号：870346。病史摘要：患者于入院前3天因建筑施工时不慎从5米多高处跌下，当时人事不省约10分钟，醒后感腰背剧痛，不能坐立，经当地医院诊为第1腰椎压缩性骨折，于今天转本院。检查：患者痛苦呻吟，面色潮红，舌红，苔微黄，脉洪数。第1腰椎棘突处呈后凸畸形，其两侧肿胀，腰肌紧张，压痛明显，腰部活动障碍。X线片（片号13624）：第1腰椎压缩性骨折，椎体前缘约压缩1/2。诊断：第1腰椎压缩性骨折。

治疗经过：入院后当即以俯卧按压整复法给予整复，整复后患者仰卧，腰部垫枕（高约10厘米），以行血利气汤内服，外敷活血散。3天后局部肿痛明显减轻，改用顺气祛瘀汤内服，嘱患者练习仰卧挺腰、俯卧撑腰动作。1周后，患者能自动转身，用跌打补骨丸内服，外敷消毒散。患者腰部无肿痛，仅有腰酸症状。1987年3月16日拍片复查：第1腰椎椎体前缘恢复到4/5高度。4周后患者时有下地大小便，服补肾丸，嘱练弯腰仰背、左右屈腰、扶膝转腰等动作。于4月20日痊愈出院。

〔按〕林老整复胸腰椎压缩性骨折手法有俯卧位、坐位以及站立整复法。①俯卧按压整复法：患者俯卧硬板床上，第一助手站在患者足侧，双手分别紧握患者小腿下部及上部后侧，屈膝60°。第二助手站在患者头侧，双手拉住患者腋部，施行相对拔伸。医者双手拇指沿胸腰段脊柱上下两侧进行按揉，然后双手掌心重叠用力挤压突出部，以达平复。②坐位顶压整复法：患者坐位，双手扶住椅背，医者立于患者

背后，双手按住患者两肩部，膝部顶压胸腰脊柱后突出部位，同时双手拉肩向后挺胸进行复平。③站立顶压整复法：患者站立，双手抱住圆柱（直径约15~20厘米，外包裹棉花）。医者站立患者背后的椅子上，膝关节屈曲，用膝顶压胸腰段脊柱后突出部位，同时双手拉肩向后挺胸，以达整复，此法一般运用青年无合并症的胸腰段压缩骨折。

（三十四）尾骨骨折

谢某，女，32岁，福州外贸公司干部。就诊日期：1981年8月24日。病案号：810874。病史摘要：患者于两天前行走建筑工地时不慎跌坐于地上，地上有一石块撞击尾骨部，当时局部疼痛剧烈，经医疗室外贴狗皮膏，疼痛不减，夜不寐，今转本院。检查：面色苍白，痛苦表情，不敢坐于椅上，舌淡，脉沉细。尾骨处轻度肿胀，压痛明显，患者正常直立行走时局部疼痛减轻，但坐位或弯腰时局部疼痛加剧。X线片（片号12251）：尾骨骨折，骨折块向前倾。诊断：尾骨骨折。

治疗经过：按尾骨骨折肛外复位法给予整复，局部疼痛即减轻，然后于近断端置一压骨垫，以弧形夹板固定，内服安神止痛汤。一周后局部肿痛明显减轻，改服活血镇痛汤。2周后患者局部无肿痛，解除外固定，敷贴舒筋活络膏。3周后患者行走如常。

〔按〕林老整复尾骨骨折有肛内复位法和肛外复位法两种。①肛内复位法：患者用膝胸卧位。医者戴消毒手套，食指涂抹茶油，轻轻插入肛内，将尾骨向上提，同时矫正歪斜，给予整复。②肛外复位法：患者反坐于靠背椅，肛门露出椅外，双手扶住椅背。医者一手按住患者腰骶部，另一手

食指用力将尾骨尖端向上钩，拇指从近段推挤，可以整复。

（三十五）骨盆骨折

王某，男，40岁，连江县马鼻乡农民。就诊日期：1982年6月21日。病案号：820669。病史摘要：患者于5小时前被拖拉机辗压胯部，当时胯部疼痛剧烈，不能站立，即由汽车送本院。检查：脉搏90次/分，呼吸：25次/分，血压：96/60mmHg。患者面色苍白，痛苦呻吟不止，舌暗，脉细数。右侧胯部肿胀，皮下大片青紫瘀斑，局部压痛。骨盆挤压试验和骨盆分离试验均阳性。X线片（片号13565）：髋髂关节脱位伴右耻骨上下支骨折，右半骨盆向外上方移位。诊断：骨盆骨折（蚌壳张口型）。

治疗经过：入院后即给输液，镇静处理，患者血压2小时后即上升至120/70mmHg，然后给手法复位。患者取仰卧位，医者纵向牵引右下肢以纠正右半骨盆向上移位，继而以两手掌对挤两侧髂骨部即复位。复位后，用骨盆帆布兜悬吊固定，局部外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练踝部屈伸、股四头肌收缩活动。1周后局部肿痛明显减轻，继续服用上药和练功。2周后局部轻度肿痛，改敷接骨散，内服跌打养营汤，练双髋和膝屈伸活动。3周后胯部不痛，去除骨盆帆布兜，卧于床上练髋膝活动。4周后，下地扶杆站立，扶拐练走，服续骨丸。6周后患者弃拐正常行走。

〔按〕盆环弓断裂的骨盆骨折，若病情许可，应采用手法复位。复位方法视骨折移位情况而定。蚌壳张口型复位手法：患者仰卧位，助手纵向牵引患侧下肢以纠正伤侧骨盆向上移位，然后医者双手对挤两侧髂骨，使骨折整复。蚌壳闭合型复位手法：患者仰卧，助手先纵向牵引纠正伤侧骨盆向

上移位，然后医者以两手分别置于两髂骨内缘向外推按，分离骨盆，使骨折段复位。

脱 位

一、脱位概述

脱位，古称脱臼、出臼、脱骱、脱髁、骨错等。关节因外力作用脱离正常的位置，不能自行复位，以致功能障碍者，称为脱位。脱位多发生在人体活动范围较大的关节，临床中以肩关节、肘关节、髋关节、下颌关节脱位较为常见。

(一) 病因病机

1. 外因：脱位多由直接或间接暴力所致，其中以间接暴力较多见。如跌仆、挤压、扭转、冲撞、坠堕等损伤，只要外力达到一定程度，使构成关节的骨端超出正常范围，就能引起脱位。暴力方向不同，引起脱位的类型亦不同。

2. 内因：脱位与年龄、性别、职业、体质有着密切关系。如年老体衰，筋肉不健，易发下颌关节脱位；小儿因关节发育尚不健全，常发生桡骨头半脱位。由于工作、活动的环境差异，成年人脱位多于儿童，男性多于女性，体力劳动多于脑力劳动。此外，素体虚弱，关节先天性发育不良，亦较易发生脱位，若治疗不当，关节周围筋肉因未能很好地修复而松弛，常导致习惯性脱位。

关节本身的病变（如附骨疽、流注、骨痹），也可引起

脱位。某些疾患，如中风后半身不遂，由于患肢关节周围的肌肉松弛，可引起肩关节或髋关节的脱位。

脱位还与关节结构的特点有关，如肩关节的肱骨头较大，而肩胛盂较浅，关节周围的肌肉较薄弱、松弛，加上肩关节活动范围大与活动机会多，故肩关节脱位较容易发生。

脱位时，必然伴有轻重不同的关节周围肌肉扭挫撕裂，局部形成血肿。有时可伴有血管神经损伤，骨端边缘部骨折。若暴力强大，可造成开放性脱位。脱位不仅是局部的病变，而且对整个机体产生广泛的影响，因而出现不同程度的伤气血、伤经络、伤脏腑等病理变化。

(二) 分类

1. 按脱位的原因分为：外伤脱位、病理脱位、先天脱位和习惯脱位。

2. 按脱位的时间分为：新鲜脱位（脱位时间在2~3周内）和陈旧脱位（脱位时间超过2~3周）。多次反复发生的脱位称为习惯性脱位。

3. 按脱位的程度分为：全脱（关节完全移位）、半脱（脱环、错缝，为关节不完全移位）、单纯脱位以及复杂脱位（脱位合并骨折或神经、血管损伤）。

(三) 临床症状与诊断

1. 脱位的一般症状

疼痛和压痛：脱位时，往往伤及附近筋肉，经脉受损，气血凝滞，阻塞经络，不通则痛，因而局部出现不同程度的疼痛和压痛，活动时疼痛加剧。

肿胀：脱位后，由于关节周围受损，筋肉出血，因而在

短时间内可出现肿胀。如损伤血脉，则出现血肿。

功能障碍：脱位后，关节构造失常，其周围筋肉又因疼痛发生痉挛，因而“不得屈伸”，活动功能障碍。

2. 脱位的特有体征

关节畸形：脱位后，组成关节的骨端发生移位，破坏了肢体原来的轴线，与健侧对比不相对称，因而出现了畸形。如肩关节脱位时呈方肩畸形；肘关节脱位出现靴样畸形；髋关节脱位时，伤肢呈屈曲、内收、内旋畸形。

关节盂空虚：关节全脱后，由于骨端脱离关节盂，造成关节盂空虚。表浅关节比较容易摸清，如肩关节脱位时，肩部关节盂空虚，摸之有凹陷。

骨端异位：构成关节的骨端不在正常位置上，脱离关节盂，可在其前、后、上、下的不同位置触到。如髋关节脱位，股骨头可向髋臼前下方或后上方移位，甚至穿破髋臼发生脱位。

弹性固定：脱位后，关节周围未撕裂的筋肉痉挛收缩，可将脱位后的骨端保持在特殊的位置上。远端肢体被动活动时，虽可有稍微活动，但有弹性阻力，去除外力后关节又回到原来的特殊位置。这种情况，称为弹性固定。

根据病史、一般症状和特有体征，脱位通常不难作出临床初步诊断。但为了诊断与便于治疗，常规行 X 线摄片检查，以了解脱位的方向、程度和是否合并骨折。

（四）并发症

脱位的并发症，是因构成关节的骨端移位而引起的其他损伤。并发症分为两种，一种是与脱位同时发生的损伤，称为早期并发症；一种是脱位当时并未发生，而在脱位整复以

后逐步出现的病症，称为晚期并发症。早期并发症若能早期发现并妥善处理，则预后多佳；晚期并发症的疗效，很难达到满意程度。故对早期并发症应以早期积极治疗为主，而对晚期并发症则应以预防为主。

1. 早期并发症

骨折：多发生于关节邻近的骨端或关节盂的边缘，如肩关节脱位并发肱骨大结节骨折，髋关节脱位并发髋臼后上缘骨折等。大多数在脱位整复后，骨折片亦随之复位。亦有少数发生在脱位的同一肢体骨干，如肩关节脱位合并肱骨干骨折，髋关节脱位合并股骨骨折等，这种类型常在脱位复位后，再处理骨折。

神经损伤：多为脱位的骨端压迫或牵拉所致。这种神经损伤，一般在关节复位后，随着压迫或牵拉的因素解除，可在3个月左右功能逐渐恢复，不必手术治疗。若能证明脱位时神经已经完全断裂者，应早期施行手术治疗。

血管损伤：一般多因压迫牵拉所致，如肩关节脱位可引起腋部血管损伤，随着关节复位，多能逐渐恢复。若是伴有动脉硬化症的老年患者，可因血管挫伤导致血栓形成，影响患肢血液供应。发生大的血管破裂者，极为少见，应紧急处理，手术修补或结扎血管，同时整复脱位，然后佐以中药活血祛瘀，预防血栓形成。

感染：开放性脱位，如不及时清创或清创不彻底，可引起关节与创口化脓或发生破伤风、气性坏疽等，严重者可危及生命，故应特别注意预防。

2. 晚期并发症

关节僵硬：由于关节内、外的瘀血凝滞，形成关节内粘连及关节周围粘连或瘢痕挛缩，导致关节活动严重受限，甚

者僵硬而不能活动。

骨缺血性坏死：主要因为脱位时损伤了关节周围的血管，破坏了骨的血液供应，导致骨的缺血性坏死，给关节留下永久性的疼痛和功能上的障碍。常见的缺血性坏死部位有股骨头、腕舟骨、距骨等。

关节损伤痛证：又称损伤性关节炎。脱位时关节软骨面受损伤，造成表面不平整，或整复不当，骨端表面之间关系未完全复原所致。当活动负重时，骨端表面不断遭受磨压，引起疼痛，时久则产生退行性变与骨端边缘骨质增生。常见于下肢负重的关节，如踝关节、膝关节。

（五）治疗方法

1. 新鲜外伤脱位的治法

（1）麻醉法：可选用针刺麻醉、中药麻醉（如洋金花针剂）、局部麻醉、臂丛神经阻滞麻醉、坐骨神经阻滞麻醉、硬膜外麻醉等，必要时行全身麻醉。麻醉可以减轻患者疼痛，并使痉挛收缩的肌肉松弛，便于手法整复，同时可避免因复位造成周围肌肉损伤和骨折。对于肌肉不很粗壮的新鲜脱位患者，只给指压穴位麻醉便可进行复位。

（2）手法复位：宋代《圣济总录·伤折门》说：“凡坠堕颠仆，关节闪脱，不得入臼，遂致蹉跌者，急须以手揣搦，复还枢纽，次用药调养，使骨正筋柔，营卫气血，不失常度，加以封裹膏摩，乃其法也。”我国古代医家如晋代皇甫谧、葛洪，唐代孙思邈、王焘、蔺道人，元代危亦林等都为脱位的复位手法作出很大贡献，不少的方法至今仍为脱位复位的准绳。林如高对脱位的整复亦有自己特殊有效的手法。早期、正确的手法复位，则效果优良，日后可完全恢复关节

的活动功能。若是延误了时间，或手法不得当，往往治疗效果亦差。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》所说：“伤有重轻而手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关乎法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也。”手法复位时，应根据脱位的方向和位置，运用拔伸牵引、旋转屈伸、提按端挤等方法，利用杠杆原理，将脱位的骨端轻巧地送回原位，并结合理筋手法，按摩推拿，理顺筋络。儿童的脱位，复位动作要特别轻柔，否则易造成骨折。清代《伤科汇纂》中上髌（髌）歌诀云：“上髌不与接骨同，全凭手法及身功，宜轻宜重为高手，兼吓兼骗是上工，法使骤然人不觉，患如知也骨已拢。”这首歌诀，对于指导脱位手法整复，至今仍具有一定意义。手法复位不能成功时，应找出阻碍复位的原因。若撕脱或游离的骨片、筋肉被夹在关节之间阻碍复位时，使用暴力强行复位，会加重筋肉的撕裂，甚至发生骨折、血管神经损伤等。因此，必要时需考虑手术复位。整复脱位的手法，又称上髌手法，应心明手巧，通过反复实践而得以掌握。兹将常用上髌手法列举如下：



图9 拉推

①拉推：医者双手或两人分别握着患肢上、下端，沿着

肢体纵轴相对牵拉，克服肌肉收缩力，拉开重叠的骨端后，医者将脱出的骨端推入关节孟内（图9）。

②翻托：肢体远段有旋转畸形时，医者手握其远段，在牵拉下围绕肢体纵轴向左或向右翻转，以恢复肢体的正常轴线，然后医者将骨端托入关节孟内（图10）。



图10 翻托

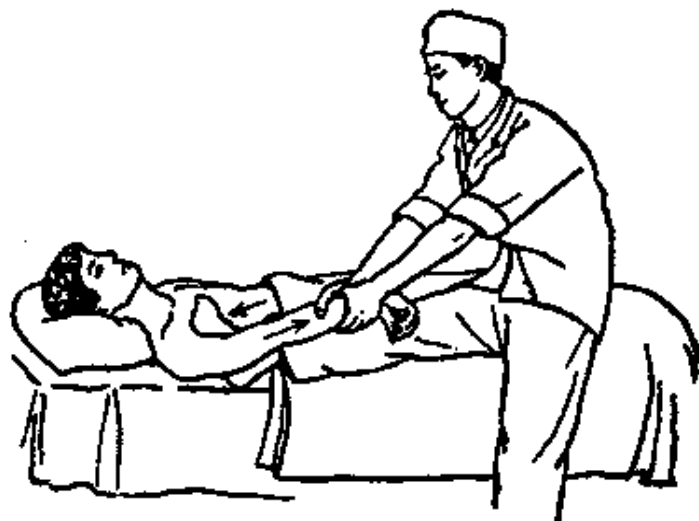


图11 脚牵

③脚牵：患者仰卧，医者两手握住患肢，并用足跟抵于患侧腋窝或腹股沟处，并沿着患肢纵轴方向，手牵足蹬，缓

慢而稳妥地相对用力，以克服患部肌肉收缩力（图 11）。



图 12 膝顶

④膝顶：患者端坐椅上，医者侧立其旁，一足踏于椅上，将膝部顶于患者腋窝或肘窝等关节屈侧。医者两手分别握患肢近远侧，在用力牵拉的同时，以膝将脱出的骨端顶入关节孟（图 12）。

⑤屈挺：医者一手固定关节的近段，另一手握住远段，使脱位的关节进行被动屈曲或挺直活动。屈挺法常与推拉或翻托法配合应用（图 13）。

⑥扣捏：医者单手或双手拇指与其余四指分别扣住脱位的两骨端，在维持牵拉下，拇指与其余四指相对用力捏挤，使关节复

位（图 14）。

⑦杠杆：用木棍、竹竿或椅背等置于关节的屈侧，然后在肢体远近侧相对用力牵拉，并应用木棍、竹竿或椅背等作为杠杆的支点，将脱出的骨端顶入关节孟（图 15）。

⑧悬吊：患者卧位，两足踝衬上棉垫后用绳扎缚，再通过滑车将两足徐徐吊起，使身体倒坠，然后用手整复骨节。适用于髋关节脱位，有时亦用于脊椎骨折脱位（图 16）。

（3）固定：脱位复位后，必须将伤肢固定于功能位或关节稳定的位置，以减少出血，也有利于破裂的筋肉修复，防止发生习惯脱位与关节僵硬。我国古代医学对于脱位复位后的固定积累了丰富的经验，晋代葛洪主张“重布夹裹”和“用

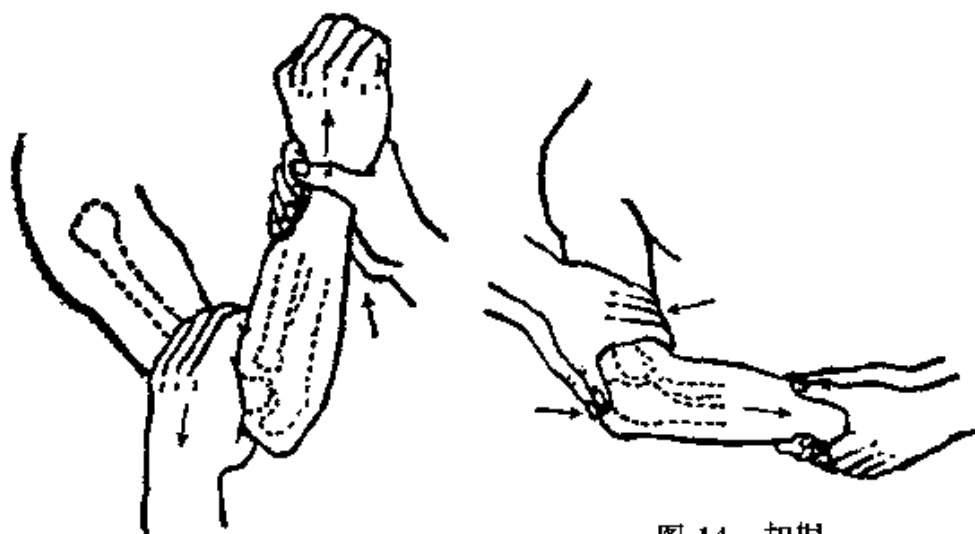


图 13 屈挺

图 14 扣捏



图 15 杠杆

竹片夹缚之，勿令转动”的固定技术，唐代蔺道人提倡用绢片屈肘位固定肩关节脱位。现代一般用胶布、绷带、三角巾、托板或石膏固定。固定时间按脱位部位及并发症的程度而定，一般固定2~3周，不宜过长，否则易致筋肉粘连而

发生关节僵硬，影响治疗效果。

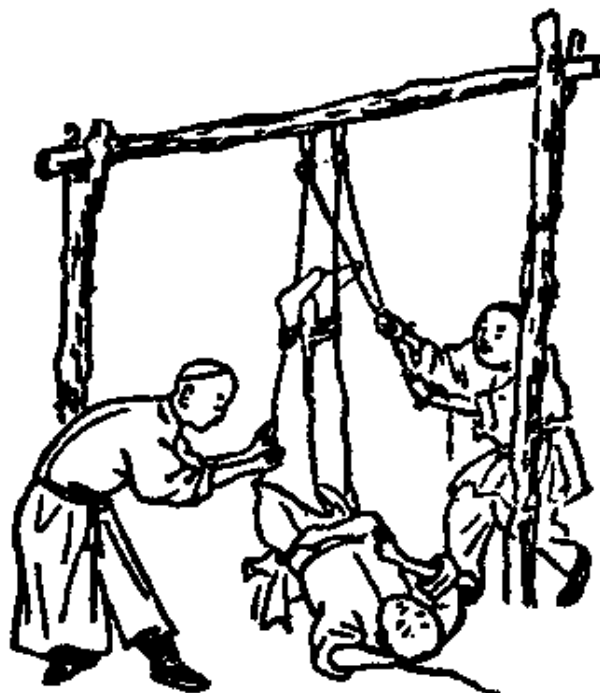


图 16 悬吊

(4) 练功：练功疗法，可分为早、晚两期。早期即指复位固定期间的练功，复位后一切未固定的关节应开始做主动活动锻炼，受伤关节附近的筋肉也应做主动的收缩活动。晚期即指解除固定之后的练功，可逐步地锻炼受伤关节的活动。练功的目的在于避免发生肌肉萎缩、骨质疏松和关节僵硬等并发症；且可增强血液供应，促进损伤筋肉的修复；同时防止关节粘连，尽快地恢复其最大活动范围。练功活动既要不失时机，又要循序渐进，避免粗暴的被动活动，可配合适当按摩，使关节周围损伤筋肉的愈合与关节功能活动的恢复同时并进。

(5) 药物治疗：脱位时，都有不同程度的筋肉损伤，所以脱位复位后其损伤性质以筋伤为主。如并发骨折时，脱位

复位后的损伤性质以骨折为主。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说：“今之正骨科，即古跌打损伤之证，专从血论。”清代陈士铎《洞天奥旨·跌打》指出：“跌打损伤疮，皆瘀在内而不散也，血不活则瘀不能去，瘀不去则不能续，初伤之时必须内服活血止痛之药。”因此，脱位的内外用药，首先必须活血化瘀，然后和营生新，并根据筋伤或骨伤的主次，予以续筋或补骨。三期辨证施治的原则如下：

①外敷中草药：

初期（复位后2周内）：经脉受伤、肿胀较严重，局部疼痛。可选用以下药方：a. 消肿散：消肿止痛，清热凉血（见骨折验方）。b. 活血散：疏风散结，消肿定痛（见骨折验方）。c. 跌打祛伤散：消肿散结，祛风定痛。d. 消炎膏：清热、祛瘀、除湿（见骨折验方）。

后期（复位2周以后）：肿胀基本消退，仍有疼痛，关节功能活动尚未恢复。选用以下药方：a. 消毒散：清热、消肿、化瘀、定痛（见骨折验方）。b. 舒筋散：舒筋活络，祛风利湿、化瘀定痛。c. 舒筋活络膏：祛风、活血、止痛。d. 化瘀通络洗剂：舒筋活血，适用于下肢脱位（见骨折验方）。e. 舒筋活血洗剂：舒筋活血，适用于上肢脱位（见骨折验方）。f. 风伤药水：祛风止痛，活血祛瘀（见骨折验方）。

②内服中草药：

初期：a. 活血镇痛汤：养血舒筋，活血止痛，补肾壮骨（见骨折验方）。b. 退瘀消肿汤：凉血、清热、消肿、镇痛（见骨折验方）。c. 化瘀息痛汤：活血化瘀，舒筋息痛。d. 养血壮筋汤：养血补气，通络壮筋。e. 健筋通络汤：活血化瘀，健筋通络。f. 舒筋续骨汤：化瘀退肿，舒筋续骨。

g. 益肾壮筋汤：养血和络，益肾壮筋。

后期：a. 续骨丸：化瘀通络，理筋镇痛，壮骨舒筋（见骨折验方）。b. 八仙散：壮骨续筋，化瘀镇痛（见骨折验方）。c. 壮筋补血酒：养血舒筋，补肾壮骨，祛风利湿（见骨折验方）。d. 健筋壮骨汤：活血益气，健筋壮骨。

2. 陈旧性外伤脱位的治疗：脱位后，因诊治延误时间超过3周以上者，称为陈旧性脱位。脱位时久，由于瘀血凝滞，关节内粘连，关节与周围肌肉之间产生瘢痕及粘连，关节周围肌肉的挛缩，造成整复的困难。应根据患者的年龄、脱位时间、临床表现及关节结构，严格掌握手法整复的适应症与禁忌症。

(1) 治疗方法的选择：a. 高龄体弱者，脱位的部位保留一定程度活动能力，不需强行复位，以防其疏松的骨质断裂，若有局限性酸痛等症状，可用药物熏洗等方法保守治疗。b. 青壮年患者，脱位不超过3个月（髋关节脱位不超过半年），脱位的部位有一定活动度，且无骨折、骨质疏松、关节僵硬及神经损伤等并发症，可考虑在短时间（1周左右）持续牵引后，试行手法复位。c. 青壮年患者，有上述并发症，或手法复位不成功者，可考虑手术切开复位。

(2) 手法复位禁忌症：a. 年老（年龄60岁以上），体衰，有心血管疾病，如高血压、心脏病等患者。b. 脱位时间较长（超过3~6个月），X线摄片显示骨质疏松，已显著脱钙者。c. 临床检查时，脱位部位的活动度极小，且异常僵硬，X线摄片显示脱位周围肌肉有广泛的钙化或骨化阴影；d. 有严重的并发症，如骨折、神经损伤、血管损伤、感染等。

(3) 手法复位步骤：包括以下三个步骤。

①牵引舒筋：对于陈旧脱位，不能像新鲜脱位一样采取一次复位的措施，必须做好充分准备，才能进行手法整复。脱位时间长，活动范围较小，关节周围肌肉丰厚（如髋关节）或肌肉挛缩较明显者，应先行持续牵引1周左右，成人用骨牵引，儿童用皮肤牵引。在牵引的同时，配合舒筋活血的中草药（如化瘀通络洗剂、舒筋活血洗剂、旧伤洗剂）煎汤熏洗患部，每日3次，每次1小时。在熏洗间隔时间，用舒筋药水（如舒筋止痛水、风伤药水）揉擦，并辅以按摩推拿患部，每日3次，每次15~30分钟。这一阶段的治疗目的在于舒筋活血，使肌肉之挛缩逐渐松弛，粘连日趋缓解，直至关节的骨端牵引到关节孟附近。此时可摄X线片了解准备情况，为手法复位创造有利条件。若脱位时间短，活动范围较大，则牵引时间可缩短或不牵引。

②活动解凝：先行旋转拔伸，反复摇晃，然后进行屈伸、收展和回旋等各方面活动，手法由轻而重，活动由小到大，动作稳健温柔，使患部在各个方向的活动中，松解关节与周围肌肉的粘连和挛缩。施行手法时，由于杠杆作用原理，长骨的骨端所受应力较大，加之粘连未完全松解，以及骨骼长期废用脱钙，如操之过急可能造成骨折，故应耐心操作，这一步骤是复位成功的关键。

③手法复位：经上述手法，当患部肌肉粘连已松解，活动较充分时，可按照不同部位脱位，采用适当的手法进行复位，动作要温和，不能强硬粗暴。若手法复位不能成功，可考虑手术治疗或其他保守疗法。

（4）固定与练功：复位成功后，应将患肢妥善固定在关节较稳定的位置，如肩关节内收位、肘关节屈曲位、髋关节伸直外展位。肩、肘可用绷带、三角巾固定，髋关节需要用

皮肤牵引。初期应进行未固定的关节的主动锻炼，受伤关节附近筋肉也应做主动的收缩活动。2~3周后，解除固定，可逐步地锻炼受伤关节的活动并配合药物熏洗与适当按摩。下肢需3~4周后试行负重活动。早期练功可避免筋肉萎缩、骨质疏松、筋腱挛缩、关节僵硬等并发症。

(5) 药物治疗：

①外敷中草药：初期，一般肿胀较严重者，外敷消肿散、活血散或破瘀愈伤散，每日1次；后期，尽量促进关节功能恢复，采用旧伤洗剂或化瘀通络洗剂熏洗，每日3次。

②内服中草药：初期，肿胀较严重者，内服退瘀消肿汤或活血镇痛汤；后期，增强筋骨力量，促进功能活动恢复。内服补肾丸或跌打养营汤、壮筋补血酒。

二、脱位验方

1. 化瘀止痛汤

处方：丹参三钱 赤芍二钱 泽兰三钱 制乳香一钱
苏木二钱 姜黄二钱 桃仁二钱 桑枝四钱 桂枝二钱 地
鳖虫二钱 元胡三钱 防风二钱 独活二钱

功用：活血化瘀，通经活络，消肿息痛。

主治：脱位或筋伤初期，患处肿痛者。

用法：每日1剂，水煎服。

2. 养血壮筋汤

处方：红参一钱 白芍四钱 乌药三钱 鸡血藤四钱
制香附三钱 元胡三钱 桂枝二钱 秦艽三钱 威灵仙三钱

功用：补益气血，和营生新，通络止筋。

主治：脱位或筋伤初、中期，气血虚弱者。

用法：每日1次，水煎服。

3. 健筋通络汤

处方：当归三钱 川芎二钱 西红花一钱 泽兰三钱
姜黄二钱 狗脊四钱 续断四钱 制没药一钱 独活二钱
防风二钱 陈皮二钱 制香附三钱

功用：活血化瘀，舒筋通络，祛痹止痛。

主治：脱位或筋伤初期，疼痛及筋软无力者。

用法：每日1剂，水煎服。

4. 舒筋续骨汤

处方：当归三钱 地鳖虫二钱 苏木二钱 泽兰三钱
姜黄二钱 狗脊三钱 制乳香一钱 桑枝三钱 独活二钱
制南星二钱 留行子二钱 煅自然铜四钱

功用：活血化瘀，和营生新，舒筋续损。

主治：脱位初、中期，瘀痛未减，筋骨痿弱无力者。

用法：每日1剂，水煎服。

5. 益肾壮筋汤

处方：当归三钱 制首乌四钱 熟地五钱 川芎一钱
山萸肉三钱 淮山四钱 白芍三钱 狗脊三钱 续断三钱
茯苓三钱 西红花一钱 甘草一钱

功用：益气血，补肝肾，壮筋骨。

主治：习惯性脱位，气血不足，肝肾亏虚者。

用法：每日1剂，水煎服。

6. 健筋壮骨汤

处方：当归三钱 续断四钱 狗脊四钱 党参三钱 桂
枝一钱 白术三钱 白芍三钱 独活二钱 陈皮二钱 红花
一钱 姜黄二钱 骨碎补三钱 伸筋草四钱

功用：补益肝肾，养血止痛，健筋壮骨。

主治：脱位后期，筋骨失健，关节活动障碍者。

用法：水煎服，每日1剂。

7. 跌打祛伤散

处方：大黄五两 栀子五两 海风藤三两 白芷三两
桂枝五两 姜黄五两 防风三两 楠香六两 骨碎补五两
三七二两 乳香一两

功用：祛风、消肿、散结、定痛。

主治：脱位复位后或伤筋初期肿痛者。

用法：共研成粉末，酒水各半，调拌成糊状，每日敷一次，每次敷6小时。

8. 舒筋散

处方：磁石二两 升麻二两 生川乌二两 大黄四两
白芷三两 生草乌二两 防风二两 丹皮二两 五加皮三两
血竭二两 泽兰二两 煅自然铜二两 红花二两 续断二两
木香一两五钱 苏木二两 楠香八两 羌独活各二两

功用：舒筋活络、祛风理湿、化瘀定痛。

主治：脱位或损伤肿痛，经久未愈，挟有风湿痹痛者。

用法：共研细末，用酒水各半，调拌成糊状，每日一次，每次6小时。

9. 舒筋活络膏

处方：当归二两 松节二两 豨薟草二两 蓖麻仁二两
木瓜一两 蚕砂一两 穿山龙三两 双钩藤二两 海风藤二两
五加皮三两

以上10味粗料，用净茶油一斤八两，桐油八两，同入锅内熬，滤去药渣，再加上以下6味细料：乳香一两 没药一两 蚯蚓干一两 蛇退五钱 麝香一钱 炒黄丹一斤

功用：祛风，活血，止痛。

主治：脱位后期，风湿、旧伤引起关节及软组织酸痛。

用法：将药膏摊在布上，温贴患处。

10. 破瘀愈伤散

处方：泽兰五两 血竭三两 儿茶一两五钱 赤芍二两
乳香二两 白芷二两 三七一两 楠香五两 紫荆皮二两
无名异二两

功用：活血破瘀。

主治：脱位或筋伤，局部肿痛者。

用法：共研细末，用酒、水各半调拌敷贴患处，每日一次，每次6小时。

三、脱位医案

(一) 颞颌关节脱位

林某，女，31岁，福州某中学教师。就诊日期：1969年11月8日。病案号：691135。病史摘要：患者于4小时前由于张口大笑后引起下颌部畸形、疼痛、肿胀，不能说清话语，曾就诊某医院，诊为：颞颌关节脱位。给予手法整复未成功，遂转送本院。检查：患者体质衰弱，面色苍白，口微张开，下颌部向前突出且偏向右侧，口涎外流，语言不清。在左侧耳前方，可触到凹陷，局部压痛明显。诊断：左侧颞颌关节脱位。

治疗经过：先给患者口含一汤匙米醋，5分钟后医者以口内复位法给予整复，患者正坐靠背椅上，医者站在患者左侧，用一手扶住患者头后部，另一手拇指先用纱布包裹插入口内，按在左侧最后一个臼齿，并用力向下按压，余指提托下颌骨，向后推挤，听到响声，即已复位。患者下颌畸形当即消失，疼痛减轻，继而医者一手按头顶顶部，另一手托住下

颌部使口闭合，进行扶正。复查患者牙齿咬合自如，说话清楚。嘱2~3天内不张大口和咬硬食物，局部给涂擦舒筋止痛水。

〔按〕醋味酸，含服使口腔部筋骨酥软，肌肉松弛，便于脱位整复。通常颞颌关节脱位，医者多采用双拇指口内复位法，而林如高先生应用单拇指口内复位法，此为一绝。

（二）肩关节脱位

例一：陈某，女，24岁，闽侯县双龙公社农民。就诊日期：1969年11月11日。病案号：691142。病史摘要：一天前，患者因扛木头跌倒，以左肘部着地，当时左肩部肿痛剧烈，畸形明显，经市郊某土医整复2次未成功，遂转本院。检查：患者痛苦不堪，以左手扶托住左肘部。舌暗，脉弦滑。右肩局部失去膨隆呈方肩畸形，局部明显肿胀，皮下有瘀斑，在大结节处压痛甚，患肩活动功能障碍，左侧搭肩试验阳性。X线片（片号4469）：左肩关节脱位，并肱骨大结节骨折。诊断：左肩关节脱位并肱骨大结节骨折。

治疗经过：入院后，以拔伸托入法给予复位，患者当即疼痛缓解，以胸壁绷带固定法将患侧上臂固定内收内旋位，肘屈曲90°，三角巾悬吊胸前。整复后拍片复查：左肩关节已复位，大结节骨折块亦对位良好。局部以消肿散外敷，内服活血镇痛汤，一周后局部肿痛明显消退，改用活血散外敷，2周后患者皮肤因敷药发生过敏，停用活血散，给清热止痒汤内服。3周后局部肿痛消失，解除固定，查左肩关节粘连，功能活动受限，给内服壮骨舒筋汤，并以化瘀通络洗剂熏洗，风伤药水外涂。配合肩关节功能锻炼，五周后患者左肩关节活动恢复正常。

〔按〕拔伸托入法是林如高先生整复新鲜肩关节脱位的常用方法，具体步骤为：患者正坐，第一助手由健侧抱住患者腋下胸部，第二助手一手环握患者上臂下部，另一手环握前臂下部，向下用力拔伸，并外旋上臂，医者一手握拳穿过腋下，以腕部向上外提托肱骨头，嘱第二助手将患肢屈肘内收，医者另一手推挤肱骨头入臼，听到响声，即达复位。复位后，给予中药内服外用，辨证施治，同时配合练功疗法，该例虽合并肱骨大结节骨折，因处理得当，故关节功能较快恢复正常。

例二：宋某，男，31岁，长乐县古槐乡农民。就诊日期：1983年5月26日。病案号：830584。病史摘要：患者于40天前从3米高水库堤坝上摔下，当时右肩部畸形，肿痛，活动障碍，曾就诊当地土医，给予复位、固定，局部肿痛减轻。但于上周解除固定时，发现右肩部仍畸形，右上肢不能上举，遂在县医院拍片诊为：右肩关节脱位，今转本院。检查：患者面色稍苍白，舌暗红，脉沉细。左肩部呈“方肩”畸形，肩部肌肉萎缩，局部轻压痛，在锁骨下可触及肱骨头。右肩活动受限，以外展及上举受限为明显。右手搭肩试验阳性。诊断右肩关节陈旧性脱位。

治疗经过：入院后右肩部先以旧伤洗剂熏洗，每日三次，连续三天。在每次熏洗后，采用拔伸、摇转及局部按摩等手法，以松解粘连和挛缩，使右肩活动度逐渐增大。3天后进行复位，先在肩关节囊内注射1%普鲁卡因15毫升，然后以立位杠杆整复法进行复位，听到响声，当即畸形消失，右手搭肩试验阴性。在右腋下置腋管，再以绷带单肩“8”字固定，局部外敷活血散，内服壮骨舒筋汤。1983年6月18日X线拍片复查（片号14149）示右肩关节对位良好，

解除外固定，逐渐练右肩部各方向活动。5周后患者右肩活动基本正常。出院带回舒筋止痛水外擦。

〔按〕立位杠杆整复法是林如高先生用以整复陈旧性肩关节脱位的手法。在臂丛或局部麻醉下，患者取坐位，第一、第二助手分别站在患者前、后侧，用肘部同抬一条圆木棍（硬木制成，直径3~4厘米，中段均匀包扎棉花约20厘米长度），置于患侧腋下，嘱两助手用力将棍子向上抬高，使患肩处于抬肩位为度。医者站在患肢前外侧，双手分别握住上臂中部及下部，肩部外展45°，向下用大力拔伸，同时逐渐摇转，肱骨头已松动后，第二助手将棍子拿开，第一助手从健侧双手指交叉扣紧，抱住患侧胸廓腋下，不使其身体向患侧倾斜。医者一手继续握住患肢上臂中部进行持续牵引，另一手拇指置于患侧肱骨，余指插入患侧腋下，提托肱骨头，同时外旋，逐渐内收上臂，听到响声，即已复位。

（三）肘关节脱位

林某，女，38岁，福州市针织厂工人。就诊日期：1969年7月26日。病案号：690785。病史摘要：患者于三小时前因骑自行车不慎跌倒，以左手先着地，左肘部即感肿痛剧烈，伴见畸形而送入我院。检查：患者痛苦面容，右手托扶左前臂，左肘部固定于130°位，呈轻度肘内翻畸形，左肘窝饱满，可摸到肱骨头，肘后空虚，尺骨鹰嘴在肘后内侧触及。X线片（片号4237）：左肘关节后脱位，伴尺侧移位。诊断：左肘关节后脱位。

治疗经过：先轻度拔伸，矫正侧方移位，然后以拔伸屈肘法整复，当即疼痛减轻。屈肘90°位纱布胸前悬吊固定。局部外敷消肿散，内服安神止痛汤。2周后局部肿痛消失，

解除固定，以舒筋止痛水外涂，内服风伤伸筋汤，练左肘屈伸活动。3周后左肘关节活动接近正常，给化瘀通络洗剂熏洗，于4周后（8月25日）查患者肘部活动正常。

〔按〕拔伸屈肘法系林如高整复单纯性肘关节后脱位的手法。整复方法：患者正坐靠背椅上。助手站于患肢外侧，双手环握患者上臂中部。医者一手握前臂下部，进行相对拔伸。另一手拇指按尺骨鹰嘴向前，余指推挤肱骨髁上向后，同时逐渐屈曲肘关节，听到响声，即达复位。如合并有侧脱位，应在拔伸下先用双手掌相扣挤手法整复侧脱位，然后再以拔伸屈肘法整复后脱位。在胸前悬吊固定2周后，内服风伤伸筋汤、外涂舒筋止痛水，同时配合肘关节屈伸活动，可加快肘关节恢复正常功能。

（四）小儿桡骨头半脱位

林某，3岁，福州市郊盘屿乡人。就诊日期：1984年2月8日。病案号：840224。病史摘要：于2小时前由患儿母亲手牵患儿右前臂走路时，孩子不慎跌倒，其母以手提起，患儿即哭吵不安，右手不愿上举。检查：患儿面色青，哭吵不安，右肘呈半屈曲，前臂旋前位，右肘部未见明显肿痛，但右肘外侧桡骨头处压痛，不肯触摸，右上举障碍。诊断：小儿右桡骨头半脱位。

治疗经过：以小儿桡骨头半脱位复位手法整复，听到响声，当即患儿不哭，右手能上举取物。复位后以绷带悬吊屈肘90°位2天，嘱家长避免牵拉患肢。

〔按〕小儿桡骨头半脱位复位手法：成人正坐椅上，抱住患儿。医者一手握住前臂下部，另一手拇指按压在桡骨头，余指握住肘部，将前臂旋前并屈曲肘部，即见小儿患肢

能屈肘、上举，活动自如。若不能复位，则一手稍加牵引，然后屈曲肘关节，常可听到或感到轻微的人臼声。也可屈肘90°，向旋后方向来回旋转前臂，至闻及人臼声，则已复位。复位后可用颈腕吊带或三角巾固定屈肘90°位2~3天，并嘱家长避免牵拉患肢，以免屡次发生而形成习惯性半脱位。

(五) 月骨脱位

马某，男，37岁，福州市养路段工人。就诊日期：1980年2月15日。病案号：800251。病史摘要：患者于3天前骑自行车时不慎跌倒，以右手掌先着地，当即出现腕部肿胀、疼痛，手掌不能握物。曾就诊市某医院经拍片诊为：右腕月骨脱位。给手法复位未成功。后又就诊于省某医院骨科，重新复位仍未成功，今转本院。检查：患者情绪正常，无痛苦表情，舌淡红，脉弦滑。右手腕关节呈屈曲位，中指不能完全伸直，右手腕掌侧部隆起，畸形，肿胀，压痛明显。令患者握拳则第三掌骨头明显塌陷，叩击此掌骨头有明显疼痛。患者拇、食、中指屈曲活动障碍。X线片（片号9954）：左月骨脱位。诊断：右月骨脱位。

治疗经过：按腕部月骨脱位整复手法进行复位，当即手腕掌侧畸形消失，疼痛减轻，以夹板将右腕关节固定于掌屈30°位，外敷活血散，练手指关节屈伸活动。1周后腕关节改用中立位固定，外敷跌打祛伤散。2周后，腕部疼痛消失，解除固定，以化瘀通络洗剂熏洗腕部，开始作腕关节屈伸活动。4周后，患者腕关节活动正常。

〔按〕林如高整复月骨脱位是采用单人复位法，具体步骤如下：医者一手握住患手四指；另一手拇指按住脱位月骨的前端，余指握住腕背。先用力拔伸牵引，并逐渐使腕部背

伸，以加大腕骨间隙。继而拇指用力将月骨远端压向背侧，以后逐渐将腕关节屈曲，即可复位。

（六）拇指掌指关节脱位

于某，女，31岁，永太县蜜饯厂工人。就诊日期：1978年6月25日。病案号：780688。病史摘要：患者两天前因走路不慎滑跌，以右拇指触地，当时右拇指根部畸形、肿胀、剧痛，经当地医院诊为：右拇指掌指关节脱位，给复位数次未成功，遂转本院。检查：患者痛苦面容，舌红，脉沉细。以左手扶托右手腕部，右手拇指掌指关节弹性固定于过伸位，手指关节呈屈曲位。右手拇指掌指关节畸形，局部肿胀，皮肤有擦伤。在远侧掌横纹处可摸到第一掌骨头。右拇指活动障碍。X线片（片号6359）：右手拇指掌指关节脱位。诊断：右手拇指掌指关节脱位。

治疗经过：按掌指关节脱位整复法进行整复，复位后以二块烤成弧形夹板置于掌背侧，并固定掌指关节于轻度屈曲对掌位，外敷活血散，练其他未固定各指的活动。2周后局部肿痛基本消失，解除固定，以化瘀通络洗剂熏洗患指，并逐渐练掌指关节的屈伸活动。3周后右拇指掌指关节活动基本正常。

〔按〕林如高老中医整复掌指关节手法如下：患者正坐，前臂中立位，拇指朝上。医者以一手拇、食指握住第一掌骨，另一手拇、食指握患手拇指，先在背伸位进行拔伸，并逐渐摇转患指，继而将拇指基底插入掌侧，使与掌骨头相对，然后逐渐掌屈，即可复位。



(七) 髌关节脱位

例一：王某，男，38岁，平潭县农民。就诊日期：1983年4月16日。病案号：830462。病史摘要：患者一天前驾驶拖拉机下坡时，不慎翻车，当时患者人事不省片刻，醒后左髌部畸形、肿胀、疼痛剧烈，不能站立，经当地医院简单处理后今转本院。检查：患者面色苍白，痛苦呻吟不止，舌暗，脉滑。左下肢呈屈髌、屈膝、内收、内旋和缩短畸形，左臀部较膨隆，左侧股骨大粗隆上移突出，臀部可触及股骨头。左下肢活动障碍。X线片（片号14016）：左股骨头向后上方移位。诊断：左髌关节后脱位。

治疗经过：按侧卧拔伸推入法进行整复，听到响声即复位，然后将患肢伸直放平，取2条长夹板作内外侧固定，以沙袋维持患肢于外展20°中立位，局部外敷消肿散，内服安神止痛汤，练踝背伸和股四头肌收缩活动。1周后髌部肿痛明显减轻，继续按上法用药和练功。2周后髌部只有轻度肿痛，以舒筋散外敷，内服续骨丸。3周后局部无肿痛，解除固定，以舒筋活血洗剂熏洗，并练扶杆站立、扶椅练走等活动。4周后患者行走正常。随访4年未发现股骨头坏死现象。

〔按〕侧卧拔伸推入法是林老特色手法，其具体步骤如下：患者侧卧位，患肢朝上，第一助手用宽布带环绕患肢大腿根部，用力向上拔伸；第二助手以一手环握患肢小腿中部，另一手环握小腿下部，与第一助手相对拔伸。医者立于患肢外侧，一手用前臂提托患膝腘部，协同拔伸，另一手用掌心按压在患肢臀部，用大力将股骨头向前推，同时嘱第二助手内外摇转大腿，将髌部屈曲，听到入臼响声，即已复



位，然后将患肢慢慢伸直放平。

例二：余某，女，32岁，连江县马鼻公社农民。就诊日期：1981年9月9日。病案号：810931。病史摘要：患者于7小时前因乘坐摩托车翻车，致使右髋部肿胀、疼痛，活动障碍，不能站立，即由人送至本院。检查：患者面色青，痛苦呻吟，舌淡，脉洪数。右下肢外形较健肢增长，右髋部呈外展、外旋、屈曲畸形。在右侧腹股沟处可触及股骨头，局部皮肤红肿，压痛明显。右下肢活动障碍。X线片（片号12374）：右股骨向前下方移位。诊断：右髋关节前脱位。

治疗经过：以拔伸提托按压法整复，当即髋部畸形消失，右髋活动自如，以2条长夹板内外侧固定，外侧板超髋部，维持患肢于轻度内收、内旋中立位，患髋部外敷消炎膏，内服退瘀消肿汤，练踝背伸和股四头肌收缩活动。1周后局部红肿消退，改敷活血散。2周后右髋部无肿痛，以八仙散内服，继续敷活血散。3周后解除外固定，以舒筋通络洗剂熏洗右髋部，并开始练扶杆站立、扶双拐练走等活动。5周后患者右髋部活动正常。随访3年，右股骨头未见缺血性坏死。

〔按〕拔伸提托按压法为林如高老中医整复髋关节前脱位的一种特色手法，整复手法如下：患者平卧位，第一助手用宽布带环绕患肢大腿根部，用力向上拔伸。第二助手一手环握患肢小腿中部，另一手环握小腿下部，与第一助手相对拔伸。医者站于患肢外侧，一手用前臂提托患肢腘部，另一手掌心压在腹股沟处，用大力将股骨头向后按压，同时嘱第二助手将患肢从外展、外旋位转为内收屈曲位，听到入臼响声，即已复位。

(八) 髌骨脱位

陈某，43岁，福州市郊南屿乡农民。就诊日期：1979年4月26日。病案号：790485。病史摘要：患者于3小时前与邻居打架，右膝部被对方用木头打伤，即由他人送本院。检查：患者面色苍白，痛苦呻吟，舌淡、脉涩。右膝部呈微屈位，膝部肿胀，以膝外侧为甚，皮下有青紫瘀斑，膝前有一皮肤裂口约1厘米×0.5厘米，膝外侧可触及髌骨，触痛明显，右膝活动障碍。X线片示：右膝髌骨向外侧脱位。诊断：右髌骨脱位。

治疗方法：先对局部进行清创、缝合，然后按髌骨脱位复位手法给予整复，一次成功，膝部畸形消失。复位后，以夹板固定伸直位，外敷消肿散，内服退瘀消肿汤。2周后膝部肿痛明显减轻，改用舒筋散外敷，内服八仙散。3周后，右膝部无肿痛，解除外固定，以舒筋活血洗剂熏洗，并练膝部屈伸活动。4周后逐渐下地扶拐练走，6周后患者行走如常。

〔按〕林如高老中医整复髌骨脱位如下：患者平卧，医者立于患侧，一手握其足踝上方，另一手拇指按于髌骨外上方，余指托于腘窝下，使患肢在微屈状态下轻轻作屈伸活动，由微屈位伸直时，拇指向内前方推按髌骨，使其复位，然后将伤膝伸直。

(九) 膝关节脱位

施某，男，32岁，农民，长乐县潭头公社农民。就诊日期：1969年10月7日。病案号：691035。病史摘要：患者于8小时前因跳渠沟滑跌，左膝部肿胀、剧痛，不能站

立，由人送至本院。检查：患者面色青灰，痛苦呻吟，舌暗紫，苔薄白，脉弦紧。左膝呈半屈曲状，明显肿胀，畸形，膝前下部皮下青紫。左胫骨向前方移位约2厘米。局部压痛。浮髌试验（+）。X线片（片号4358）：左膝关节脱位，胫骨向前移位2厘米。诊断：左膝关节脱位。

治疗经过：入院后即行膝关节穿刺，抽去积血，然后按膝关节脱位整复手法给予复位，当即畸形消失，疼痛减轻。复位后取长直角托板一个，腘窝下置一厚棉花垫，以绷带3条捆扎固定，使患膝固定在约150°位置上。给服退瘀消肿汤，外敷消肿散。5天后左膝肿痛明显减轻，改用活血镇痛汤内服，作踝背伸及股四头肌收缩活动。2周后局部改用活血散外敷。3周后左膝肿胀基本消退，但仍有轻度疼痛，给内服壮骨舒筋汤，外敷消毒散。4周后（11月3日）解除外固定，选用舒筋活血洗剂熏洗，并作扶杆站立、扶椅练走活动。11月14日患者左膝活动自如出院。

〔按〕膝关节脱位多因强大暴力作用于股骨下端或胫骨上端而造成。根据外力的方向不同产生不同方向的脱位；根据外力的大小可产生程度不同的脱位，外力大者可产生完全脱位，外力小者则产生不全脱位。完全脱位者，不但关节囊破裂，交叉韧带与膝侧副韧带亦撕裂，有时还可合并半月板损伤、撕脱骨折以及神经、血管损伤。因此膝关节脱位应认真仔细检查，完全脱位者应使用手术切开复位为宜。

林老中医手法步骤如下：患者仰卧，一助手用双手握住患侧大腿下端，另一助手握住伤肢踝部及小腿作对抗牵引，保持膝半屈伸位置。医者用双手按脱位的相反方向推挤或提托大腿下端或小腿上端，如有入臼声，畸形消失，即表明已复位。

(十) 跗跖关节脱位

吕某，男，46岁，福州市古楼区搬运工人。就诊日期：1980年11月8日。病案号：801124。病史摘要：患者于4小时前因搬运货物时，不慎左足被货包压伤，当即左足背畸形、肿胀、青紫、剧痛，不能站立行走，即由他人送本院。检查：患者痛苦表情，舌淡，脉滑。左足呈增宽畸形，足弓塌陷，足背明显肿胀，皮下见青紫瘀斑，范围约5厘米×5厘米，在足外侧可触及突出的骨端，局部压痛。左足活动障碍。X线片（片号11032）：左足第2～5跗跖关节脱位，2～5跗骨基底均向外侧移位。诊断：跗跖关节脱位。

治疗经过：在血肿麻醉下按跗跖关节脱位复位法给予整复。复位后在足背放上薄棉垫，外盖两块硬纸壳固定，外敷消肿散，内服退瘀消肿汤，练踝部屈伸活动。2周后左足肿胀消退，改用舒筋散外敷，内服续骨丸。4周后，左足部无肿痛，解除固定，并练左足活动。6周后扶双拐练走，但左足有轻度酸痛、肿胀。8周后左足行走基本正常。

〔按〕林如高老中医整复跗跖关节脱位手法如下：一助手握小腿下段，一助手握足趾向远侧拔伸牵引，医者用对掌挤按法，将脱位的跗跖骨推回原位，并轻轻地摇转前足，使关节对缝，然后按摩理筋。

跗跖关节脱位多由直接暴力引起，多数发生多个跗跖关节同时脱位情况，严重破坏跗跖关节甚至跗骨间关节的正常解剖，林老使用的拔伸、挤按、摇转、理筋等手法，有效地整复跗跖关节之间脱位以及跗骨间的错位，加上复位后配合内服、外敷中草药，一般不留下后遗症。

(十一) 跖趾关节脱位

钟某，女，20岁，福建农学院学生。就诊日期：1984年11月14日。病案号：841154。病史摘要：患者于6小时前跳远时不慎撞伤右跖趾，右跖趾根部畸形、肿胀、疼痛，不能行走，即送本院。检查：面色青，痛苦表情，舌淡，脉濡数。右跖趾根部畸形，跖趾过伸，趾间屈曲，局部明显肿胀，压痛，右跖活动障碍。X线片（片号17247）：右跖跖趾关节脱位。诊断：右跖跖趾关节脱位。

治疗经过：按跖趾关节脱位复位法给予整复，当即畸形消失，疼痛明显减轻。复位后以2块小夹板固定跖趾掌背侧，外敷消肿散，练踝关节屈伸活动。1周后局部肿胀减轻，下地扶拐以足跟行走。3周后，局部无肿痛，解除夹板外固定，以舒筋活血洗剂熏洗，并开始练跖趾关节活动。4周后患者左足行走正常。

〔按〕林如高老中医对跖趾关节脱位整复手法如下：患者仰卧，医者一手的拇食指捏住患趾，顺近节趾骨的纵轴方向顺势拔伸牵引；另一手拇指顶住趾骨基底部，向足尖方向推按，食中指扣住趾骨远端向背侧端提，牵引与推提手法配合运用，逐渐将患趾屈曲，有入臼感，即已复位。

筋 伤

一、筋伤概述

筋伤，又称为软组织损伤，好发于骨关节周围，多见于青壮年劳动者和运动员，是伤科临证最多见的疾患之一。

凡是人体各关节、筋络、肌肉等软组织遭受外来暴力撞击、强力扭伤、牵拉压迫、跌仆闪挫及经久积劳等原因所引起的损伤，而无骨折、脱位或皮肉破损的，均称为筋伤。

俗语说：“伤筋动骨”。筋伤与骨折、脱位相互之间的关系是非常密切的。严重扭伤常伴有骨折，骨折时周围筋肉往往合并损伤，严重的关节扭伤多伴有关节半脱位，脱位整复后遗留的问题即是筋伤。

中医学很早对筋伤就有所认识，公元前十一世纪《周礼·天官》有“以酸养骨，以辛养筋，以咸养脉，以甘养肉”等论述，提出治疗筋肉损伤疾病的方法。《内经》阐述了筋伤的病因病理和治疗大法，《素问·血气形态论》说：“病生于筋，治之以熨引。”把热熨与导引（练功）作为治疗筋病的主要方法。隋代巢元方《诸病源候论·风四肢拘挛不得屈伸候》说：“遇风邪则伤于筋，使四肢拘挛，不得屈伸，诊其脉，急细如弦者，筋急足挛也。”阐述了筋伤后，风寒湿邪乘虚而入所发生的临床表现。唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方·跌仆损伤》说：“手足久损，筋骨差爻，举动不能，损后伤风湿，肢节挛缩，遂成偏废，劳伤筋骨，肩背疼痛。”

指出筋骨损伤后的病理变化及其症候。宋代针灸有很大发展，治疗筋伤广泛运用针灸疗法，如《圣济总录·治法》指出：“其病挛痹，其治宜微针。”同时阐发《内经》关于药熨的作用，《圣济总录·治法》又说：“因药之性，资火之神；由皮肤而行血脉，使郁者散，屈者伸，则熨引为力多矣，引取舒伸之义，以熨能然。”熨引能通过温热发挥药物性能以温通血脉，驱散邪之所郁，使拘急挛缩之筋得以舒伸，使凝泣经血得以宣流，消除痹而不仁的症候。元代朱丹溪认为筋骨痹痛主要是风湿与痰饮两大病因，《丹溪心法》说：肥人肢节痛，多是风湿与痰饮，流注经络而痛。清代张璐总结前人经验详细地描述痰饮导致筋骨痹痛的病因病机与治疗方法，《张氏医通》说：“凡人身中有块、不痒不痛，或作麻木，名败痰失道，宜随处用药消之，如忽患手足胸背头项腰膝疼痛不可忍，及连筋骨牵引痛，坐卧不安，走易不定，头疼困倦，手足重坠痹冷，脉伏，此乃涎饮顽痰。”此痰饮之说，与筋伤常见的筋结、筋挛、筋痛等有相似之处。由此可见，中医学对筋伤有独特的理性认识并有丰富的治疗经验。这些论述可供后世对筋伤诊治的借鉴。

（一）病因病机

1. 病因

（1）直接暴力：如跌坠、撞击、压挤等，伤后局部立即出现肿胀、青紫等临床表现。

（2）间接暴力：如扭、蹇、拉、吊等，肿胀、青紫等症状出现较迟缓，严重者也有即现症状。

（3）过力积劳：《素问·宣明五气》云：“久行伤筋”。用力过度，持久操劳均能导致筋络的损伤。此种筋伤，见症缓

慢，外表多无明显变化，多兼杂有风、寒、湿等外邪侵袭，出现虚实夹杂的症状。

(4) 年老体衰或骨关节疾患：年老体衰者，肌肉力量较软弱，肌腱比较松弛，容易筋伤。关节松弛，增生性关节炎等骨关节疾患，也易造成周围筋肉损伤。

2. 病机

《内经》说：“诸筋者，皆属于节。”筋伤多发生在关节周围，尤其是肢体活动度较大、活动较频繁的部位，如颈、腰、肩、肘、腕、膝、踝等部位。

(1) 急性筋伤：当人体遭受外来暴力撞击、牵拉、扭转、跌仆、闪挫、挤压等时，均可引起筋伤。伤后由于筋肉受损与伤及络脉，发生气滞血瘀，形成血肿，患处肿胀、疼痛、功能障碍。轻者，筋肉损伤不著，肿痛与功能障碍较轻；重者，筋肉部分撕裂或完全断裂，甚至合并骨折或脱位，肿痛较重，且肢体功能障碍较明显。急性筋伤的病理发展过程常分为三个阶段：

①早期（瘀肿形成期）：伤后由于络脉受损，气血互阻，患处剧烈疼痛，迅速肿胀，2~3日内瘀血凝聚达到高峰，肿胀逐渐加重，局部红热胀痛较重，肢体功能障碍。

②中期（瘀肿消退期）：受伤3~4日后，瘀血逐渐吸收，肿胀开始消退，瘀斑转为青色，皮肤红热与胀痛逐渐减轻。伤后10~14日，轻者已康复，重者肿痛减轻，功能部分恢复。

③后期（筋伤修复期）：严重筋伤2周后，瘀肿大部分消退，瘀斑转为黄褐，疼痛减轻，筋伤逐渐修复，功能障碍继续改善。经3~5周后，则症状全部消失，功能亦可恢复正常。若筋伤严重且处理不当，则断筋不能修复或硬结为

块，关节内瘀血僵凝，患处隐隐作痛，余肿残存，肢体功能活动受限，迁延日久则成慢性筋伤。

(2) 慢性筋伤：由于急性筋伤伤情严重或处理不当，损伤之筋肉愈合不良，或瘀血不散，凝结积聚于关节或筋肉间，发生组织粘连，关节僵硬，日久则筋肉挛缩成痿废，成为缠绵难愈的慢性筋伤，影响肢体功能，甚至引起残废。

(3) 慢性劳损：在日常生活或工作中，肢体某一部分筋肉、筋膜经常受到牵拉、磨擦、扭转等作用，积劳成伤，且损及血气、经络，出现一系列病症，转为慢性劳损。慢性劳损好发于关节活动较频繁及负重部位，在肩、肘、膝、腰部等。临床表现为患处肿胀、隐痛或酸楚，并有不同程度的功能障碍等。

慢性劳损逐渐发病，迁延日久，时轻时重。常因损伤而急性发作，每易受风、寒、湿邪的侵袭，使病症变得复杂，经久难愈。一般筋肉柔弱者，容易发生慢性劳损。

(二) 筋伤分类

《医宗金鉴·正骨心法要旨》曾把筋伤分为筋断、筋歪、筋走、筋翻、筋挛、筋强等。为了便于诊断治疗，目前常根据外力作用的性质、时间以及损伤后的病理变化等三种情况进行分类。

1. 根据外力作用的性质，可分为扭伤与挫伤两类。

(1) 扭伤：肢体受到牵拉、扭转、伸屈、闪挫等外力，使关节周围的筋肉，筋膜被过度的牵拉扭曲而发生损伤或撕裂。扭伤通常发生在关节部位或关节周围。

(2) 挫伤：局部筋肉受到快速的直接作用于体表的钝力（如打击、冲撞等）而引起筋腱、经络、肌肉损伤。以头部

及躯干部较为重要，若震伤内脏或经脉气血则引起内伤。

2. 根据外力作用的时间，可分为急性损伤和慢性劳损两类。

(1) 急性损伤：发病急，有明显的外伤史，多为新伤。

(2) 慢性劳损：往往有较长的病程和受风寒湿史。急性损伤治疗不当，迁延日久可转为慢性或谓陈伤。慢性劳损与陈伤又可因外力诱发而急性发作。

3. 根据损伤后筋肉的形态变化，临证中主要掌握筋断与筋不断两大类。

(1) 筋断：筋肉（肌腱、韧带、筋膜等）损伤后，全部或部分断裂。

(2) 筋不断：筋伤后局部瘀肿疼痛，甚至失去原来的正常位置（如转、歪、走、翻等）。但筋肉仍然保持连续性，没有断裂。

（三）临床表现

1. 全身症状

一般筋伤无明显全身症状，严重筋伤者由于瘀血停聚，积瘀化热，出现口渴，口苦，心烦，夜寐不安，尿赤，便秘，舌红，苔黄腻，脉浮数或弦紧。

2. 局部症状

(1) 疼痛：急性损伤疼痛较剧，慢性损伤疼痛多与活动牵扯有关，或仅有轻微酸痛。

(2) 肿胀：新伤由于皮下出血，局部肿胀较明显；陈伤一般不肿胀或不及新伤明显，局部肌肉可因废用性萎缩而使肢体变细。

(3) 瘀斑：是外伤后营血离经，皮下溢血凝滞而致，可

呈红、青、紫、黄等色。新伤多呈红、青二色，伤皮肉多呈红肿，伤筋多呈青色。受伤数天之后，伤处肤色多呈紫色，以后逐渐退成黄色，黄色表示瘀血散而未尽。

(4) 功能障碍：《内经》曰：“骨为干，筋为刚。”筋可联络骨骼，维持肢节的活动。筋肉损伤必然导致肢体活动受限，尤其筋断时功能障碍更为明显。

(5) 压痛：触摸最敏感的压痛点，常能反映受伤的部位，所以寻找压痛点在诊断上具有特殊意义。除手触摸寻找痛点外，还可用0.5%普鲁卡因作局部浸润，若注射后疼痛消失，多种活动不引起疼痛，就能确定病变部位。

(6) 特殊征象：严重撕裂可出现局部凹陷或膨胀等畸形。关节附近的筋肉撕裂使关节失去正常稳固性，可被拉开或松动，被动活动时异常活动，如膝关节侧副韧带断裂时可产生侧向活动。慢性筋伤在患处常可触及痕迹（疤痕）、条索（挛缩）、分离（撕脱）、核块（增生）等异常征象。

(7) X线检查：排除骨折、脱位、骨痹等其他骨病。关节的伤侧在张力下作X线检查可了解该侧筋肉是否断裂而造成关节部分脱位。

(四) 治疗方法

急性筋伤宜活血化瘀，消肿止痛。临床以中草药外敷、内服并配合局部适当制动为主，以轻柔手法按摩理筋，若有筋肉或筋腱完全断裂，则考虑手术修补。

慢性筋伤宜舒筋活络，祛风除湿。以手法按摩理筋、拔火罐、理疗、熏洗、药物注射等局部治疗为主，辅以中草药内治。

1. 按摩理筋手法

手法是治疗筋伤的主要方法之一。通过手法，可达到消瘀退肿，理顺筋络，舒筋活血的作用。使用理筋手法时应注意以下几点：

(1) 手法操作时，用力要轻重适当。新伤局部出血较多，肿胀尚在发展时，不宜在局部立即进行理筋手法，以免加重出血，增加肿胀，可在伤处肢体的近端或附近进行，且手法操作宜轻。陈伤手法宜重，可以局部加强推拿揉捏等手法。

(2) 筋伤而不断裂，但有筋翻、筋歪错位者，均须拨正筋络，并予以理顺。筋伤而断裂者，忌用屈、伸、旋、转等手法，只可进行轻擦、轻摩。

(3) 四肢关节筋伤而有粘连时，应以屈、伸、旋、转手法为主，以协助恢复关节功能活动。

2. 针灸火罐

新伤急性期一般都“以痛为腧”与循经取穴相结合。在疼痛最剧点进针，可收到止痛、消肿、舒筋等功用。慢性期主要是循经取穴、对症施治。陈伤而有风寒湿邪时多在针刺后加用火罐，用刺络拔罐法治疗，以促使血脉畅通。拔火罐的具体操作如下：

(1) 器材：用竹节或玻璃制成火罐，分大、中、小三种口径。

(2) 准备：拔罐前应准备好火罐、长镊子、酒精、棉花、火柴、舒筋止痛水等。

(3) 操作步骤：①伤处涂擦舒筋止痛水。②选好火罐，按伤处部位，采用闪火法，迅速将罐叩在应拔的部位上。③拔吸时间：一般为5~10分钟。④起罐后，局部皮肤再次涂

擦舒筋止痛水。

(4) 注意事项：①伤处皮肤炎症，严重挫伤者忌用。②该疗法可单独使用，但配合针刺或按摩理筋手法应用，效果更佳。③多用于慢性筋伤，急性筋伤一般不用或慎用。

3. 外用药物

(1) 急性期：外用药物以药散、药膏为主。药散可调水、茶水、酒、油、蜜等作为敷药。急性期肿痛甚剧且有继续肿胀趋势者，宜选用消瘀退肿药物外敷：①消肿散、活血散：用于筋伤的初、中期有痛者（见骨折验方）。②跌打祛伤散：用于筋伤初期肿痛（见脱位验方）。③跌打膏：用于跌打损伤初期，化瘀止痛。④舒筋止痛水：用于跌打损伤，局部肿痛者。

(2) 慢性期：肿痛基本上消散退尽，宜以舒筋活络、祛风除湿为主。常用药物：①消毒散：用于筋伤后期（见骨折验方）。②舒筋散：用于筋伤肿痛，经久不愈（见脱位验方）。③舒筋活络膏：用于旧伤、风湿引起关节及筋肉疼痛（见脱位验方）。④风伤药水：用于筋伤后期，风湿性关节炎，关节疼痛（见骨折验方）。⑤风伤洗剂：用于筋伤后期，风湿入络挛缩痹痛。⑥旧伤洗剂：用于久伤蓄瘀作痛（见脱位验方）。⑦通络药水：用于筋伤后期，关节或筋络活动功能障碍者。

4. 内服药物

(1) 急性期：伤后因气滞血瘀，肿痛剧烈者，宜活血化瘀、理气止痛。常用验方：①活血化瘀汤：消瘀退肿，活络舒筋。②行瘀疏滞汤：舒经通络，消瘀止痛。③散结利气汤：祛瘀散结，理气化滞。④理气化瘀汤：行气止痛，化瘀通络。⑤新伤跌打汤：散瘀理伤，行气定痛。⑥活血消肿

汤：活血散瘀，消肿止痛。

(2) 慢性期：常因慢性劳损或伤后体虚，风寒湿邪侵袭而引起患处酸痛，活动受限。天气变化时酸痛加剧，患处痿软无力或苍白浮肿，治宜宣痹和络、祛风除湿。常用方剂：①颈椎病方：活血通络，祛风止痛，主治颈椎病。②肩周炎方：祛风通络，伸筋止痛，主治肩关节周围炎。③腰肌劳损方：补肾壮腰，祛风养血，主治慢性腰肌劳损。④疏风活血汤：疏风理气，化瘀疗伤，主治头、颈部筋伤者。⑤补肾壮骨汤：补肾固腰，强筋壮骨，主治腰部筋伤。⑥壮骨舒筋汤：补肾壮骨，化瘀舒筋，主治腰部慢性筋伤。⑦散结活络汤：舒筋散结，活血通络，主治伤后关节僵硬者。⑧透骨养筋汤：养血舒筋，温经透骨，主治血虚筋弱、麻痹酸痛者。⑨风伤伸筋汤：祛风除湿，化瘀舒筋，主治筋伤后期，兼夹痹证者。⑩祛风通络汤：祛风散瘀，通络和伤，主治筋络受伤周身作痛者。⑪参茸大补汤：大补气血，强壮元阳，主治伤后元阳虚衰，筋骨痿软不仁者。

5. 局部制动

筋伤后应限制受伤局部的活动，以免加重损伤。在治疗筋伤过程中，外固定法虽然不如治疗骨折那样具有明显的作用，但某些筋伤，尤其筋断者，如不修复与外固定，必然影响肢体的功能。外固定可限制受伤肢体关节的活动，减轻疼痛，预防重复受伤机制，避免损伤的筋肉受到牵拉、扭转或磨损，利于组织的修复。患部休息还可以减少损伤组织的出血与渗液，减轻肿胀，有利于功能恢复。

常用的固定器材有木制夹板、硬纸壳、弹力棉制保护套（如护踝、护膝、护腕等）及特殊器具（如腰围、腰背支架等）。外固定的原则是：至少固定一个关节，固定时间一般

不超过3周，但弹力棉制保护套例外。固定时对受伤局部不施加压力，将患肢固定在舒适的体位。例如踝关节内翻扭伤，可用硬纸壳及绷带包扎踝关节于轻度外翻的直角位，以限制其活动。同时卧床休息，用软枕垫高患肢，结合中草药内外治，以利消肿止痛。

6. 练功活动

筋伤处瘀肿消退，疼痛减轻后，即应开始练功活动。除筋断者外，早期练功活动有利于舒筋活络、散瘀消肿、滑利关节，同时可防止关节粘连、肌肉萎缩，有促进功能恢复的作用。因此对筋伤的病员，既要做到合理的外固定，又要注意早期的练功活动，与治疗骨折一样贯穿着“动静结合”的观点。唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方·跌仆损伤》说：“凡曲转，如手腕脚凹手指之类，要转动，用药贴，将绢片包之，后时时运动，盖曲则得伸，得伸则不得屈，或屈或伸，时时为之方可。”阐明对关节部位的损伤既要用绢片包扎外固定，又要时时运动，体现了“动静结合”的观点。练功方式可参照骨伤练功十八法，如上肢做伸掌握拳、托手屈肘、滑车拉绳、手摇纺纱，以及手部搓滚二个桃核等；下肢做踝关节屈伸、股四头肌收缩、床上抬腿、蹬空踢球、脚踩跷板、扶杆站立、扶椅练走、双拐练走、屈膝摇转等。膝踝练功还可将患足放在地面的竹管上前后滚动。腰脊练功可做仰卧挺腰、俯卧撑腰、弯腰仰背、左右屈腰等。练功活动要循序渐进，持之以恒，轻柔和缓，做广播操或打太极拳等也可起到练功的作用，但练功过程中要预防重复造成损伤的动作，限制不利筋伤修复的因素，尽可能发挥患者主观能动性，促进肢体的功能恢复。

二、筋伤验方

1. 活血化瘀汤

处方：紫苏三钱 赤芍三钱 西红花五分 生地三钱
泽兰二钱 茜草三钱 三七二钱 蒲黄三钱 姜黄一钱半
莪术二钱 当归三钱 甘草一钱

功用：活血化瘀。

主治：筋伤，瘀血肿胀。

用法：酒水各半煎服。

2. 行瘀疏滞汤

处方：骨碎补三钱 三棱二钱 桂枝二钱 郁金二钱
丹皮三钱 血竭二钱 大黄二钱 羌活一钱 甘草一钱

功用：行血舒筋。

主治：筋伤早期，蓄瘀便秘。

用法：水煎服。

3. 散结利气汤

处方：茯苓三钱 当归二钱 龙涎香二钱 麦冬三钱
红花二钱 泽兰二钱 莪术二钱 淮牛膝三钱 茜草二钱
郁金二钱 桃仁二钱 陈皮二钱

功用：祛瘀散结。

主治：筋伤，气滞瘀阻，局部筋结不散。

用法：水煎服。

4. 理气化瘀汤

处方：当归二钱 赤芍三钱 枳壳二钱 苏木二钱 大
黄二钱 红花一钱 槟榔三钱 泽兰二钱 制香附三钱 醋
元胡二钱 陈皮一钱 郁金二钱 甘草一钱 青皮一钱

功用：祛瘀活血，理气镇痛。

主治：筋伤气滞血瘀，经络作痛，局部有筋结者。

用法：水煎服。

5. 新伤跌打汤

处方：桃仁二钱 红花二钱 苏木三钱 赤芍三钱 泽兰二钱 制没药一钱 归尾三钱 血竭三钱 制香附二钱 枳壳二钱 木香一钱 生地三钱 姜黄二钱

功用：散瘀理伤，行气定痛。

主治：新伤筋络作痛者。

用法：酒水各半煎服。

6. 活血消肿汤

处方：泽兰二钱 大黄二钱 荆芥二钱 枳壳二钱 川贝二钱 红花二钱 桃仁二钱 黄芩三钱 炙甘草一钱

功用：活血消肿，化瘀定痛。

主治：筋伤局部瘀肿疼痛。

用法：水煎服。

7. 颈椎病方

处方：丹参七钱 白芍五钱 葛根七钱 姜黄五钱 天麻五钱 制川乌二钱 制草乌二钱 元胡五钱 威灵仙五钱 山楂五钱 白芷二钱 泽兰三钱 黄芩五钱

主治：颈椎病。

用法：水煎服，1日1剂。

8. 肩周炎方

处方：川续断五钱 台乌药三钱 山楂十钱 桑椹十钱 乌梅五钱 白茄根五钱 五味子五钱 伸筋草五钱 桑枝七钱 桂枝七钱 两面针五钱

主治：肩关节周围炎。

用法：水煎服，1日1剂。

9. 腰肌劳损方

处方：狗脊七钱 肉苁蓉五钱 鸡血藤八钱 秦艽五钱
地龙五钱 泽兰五钱 豨莶草五钱 羌活三钱 台乌药三钱
杜仲五钱 牛膝三钱

功用：补益肝肾，祛风散寒，活血养血。

主治：慢性腰肌劳损。

用法：水煎服，1日1剂。

10. 疏风活血汤

处方：当归三钱 赤芍三钱 防风一钱 木香一钱 蝉
衣一钱 川贝二钱 甘草一钱 桃仁二钱 连翘三钱 天麻
二钱 川芎一钱半 西洋参一钱 荆芥一钱

功用：疏风理气，化瘀和伤。

主治：头部、颈部筋伤者。

用法：水煎服。

11. 补肾壮骨汤

处方：杜仲三钱 枸杞三钱 酒续断三钱 芡实三钱
狗脊三钱 骨碎补三钱 破故纸三钱 煅狗骨五钱

功用：壮腰补肾、舒筋。

主治：腰部筋伤，肾气虚弱。

用法：每日一剂，水煎服。

12. 壮骨舒筋汤

处方：木通三钱 党参三钱 枸杞三钱 杜仲三钱 续
断三钱 川芎一钱半 泽兰二钱 川朴二钱 淮牛膝三钱
白芷二钱 木瓜三钱 穿山龙三钱 当归三钱 熟地五钱
西红花五分 防风二钱

功用：益气养血，祛瘀舒筋。

主治：腰部慢性筋伤，瘀阻作痛。

用法：酒水各半煎服。

13. 散结活络汤

处方：当归二钱 黄连一钱半 赤芍三钱 龙胆草二钱
柴胡二钱 苍术二钱 天花粉三钱 连翘三钱 莪术二钱
枯芩二钱 三棱一钱 炙甘草一钱 葛根二钱 升麻一钱
黄芪三钱

功用：舒筋散结，活血通络，通利关节。

主治：伤后筋肉瘀结不散，关节僵硬，功能未恢复者。

用法：水煎服。

14. 透骨养筋汤

处方：桂枝二钱 川芎二钱 当归二钱 白芍三钱 生
地五钱 续断三钱 松节三钱 甘草一钱 石楠藤三钱

功用：补血舒筋。

主治：血虚、筋弱、麻痹酸痛者。

用法：水煎服。

15. 风伤伸筋汤

处方：独活二钱 羌活二钱 当归尾二钱 茯苓三钱
甘草一钱 桑寄生五钱 木瓜三钱 白芍三钱 桃仁二钱
续断三钱 秦艽三钱 淮牛膝三钱 生地五钱 五加皮二钱
制乳香一钱半 制没药一钱半 地骨皮五钱

功用：祛风凉血，化瘀舒筋。

主治：软组织损伤后期，风湿性关节炎。

用法：酒水各半煎服。

16. 祛风通络汤

处方：当归三钱 川芎二钱 羌活一钱半 三七二钱
白芍二钱 独活一钱半 桃仁二钱 防风一钱 川贝母二钱
沉香一钱 续断三钱 制乳香一钱半 党参五钱 炙甘草一钱

功用：祛风通络，散瘀和伤。

主治：周身筋络受伤作痛。

用法：酒水各半煎服。

17. 参茸大补汤

处方：洋参一钱 鹿茸一钱 制首乌三钱 当归三钱
川芎二钱 破故纸三钱 白芍三钱 杜仲三钱 续断三钱
生地三钱 肉桂五分

功用：大补气血，强壮元阳。

主治：元阳虚衰，筋骨痿软不仁者。

用法：水煎服。

18. 跌打膏

处方：乌药一两 白芷二两 何首乌二两 灵仙一两
木通一两 苍耳叶一两 桂枝一两 木瓜一两 穿山龙二两
杜仲一两 生地三两 金银花一两 泽兰一两 当归二两
五加皮二两 郁金五钱 大黄一两 地榆皮一两 川芎一两
五钱 五倍子一两 生川乌二两 生草乌二两 生半夏五钱
淮牛膝三两 小茴香五钱 破故纸一两 炮山甲一两

以上 27 味粗料，用茶油六斤，桐油二斤十二两同入大锅内熬炼，滤去药渣，再加上以下 11 味细料。

血竭二两 三七二两 肉桂一两 沉香一两 朱砂二两
乳香一两五钱 楠香二两 川连一两 北芥子一两 西红花
五钱 炒黄丹四斤

功用：祛风通络，凉血消肿，化瘀止痛。

主治：一切跌打损伤。

用法：将膏药摊在布上，温贴患处。

19. 舒筋止痛水

处方：三七粉六钱 三棱六钱 红花一两 生草乌四钱

生川乌四钱 归尾六钱 樟脑一两 五加皮四钱 木瓜四钱
淮牛膝四钱

70%酒精 1500 毫升或高粱酒二斤，浸泡备用。

功用：祛风止痛，舒筋活血。

主治：筋伤局部肿痛。

用法：将药水涂擦患处，每日 2~3 次。

20. 风伤洗剂

处方：柚叶三钱 橘叶三钱 侧柏五钱 骨碎补三钱
松针三钱 风不动三钱 桑寄生三钱 桑桂枝各三钱 土牛
膝三钱 白茄根三钱 穿山龙三钱 忍冬藤三钱

功用：祛风理湿，通络和营。

主治：筋伤后期，风湿入络，挛缩痹痛者。

用法：水煎熏洗患处，每剂加黄酒二两。每日一剂，熏
洗二次。

21. 通络药水

处方：义酸草七钱 王不留行五钱 泽兰七钱 红花三
两 归尾一两 三棱一两 莪术七钱 桑寄生一两半 千年
健一两 两面针一两 松节一两 土牛膝一两半 白花风不
动一两 苏木一两 穿山龙一两 生川乌二两 生草乌二两
台乌药七钱 企边桂五钱 田七一两 紫荆皮一两 儿茶一
两 血竭八钱 梅片七钱 薄荷五钱 95%酒精 3000 毫升

用 95%酒精浸泡中草药粗料 3 个月，过滤液加细料儿
茶、血竭、梅片、薄荷，待溶均后分装。

功用：活血化瘀，祛风除湿，通络止痛。

主治：筋伤后期，关节活动功能障碍。

用法：将药水涂擦患处，每日 2~3 次。



三、筋伤医案

(一) 颈部扭挫伤

林某，男，40岁，福州市郊区农民。就诊日期：1982年6月12日。病案号：820641。病史摘要：患者二天前与邻居打架，被对方抱头扭动，并摔倒在地，当时感颈部酸痛，如负重感，疼痛向背部放射，旋头时疼痛加剧，曾经以风湿膏外贴未见效，今转本院。检查：面色红，痛苦表情，舌淡，脉弦。头部略呈前倾姿势，颈背侧筋紧张，颈椎5~7右侧压痛明显，右侧肩胛骨内上缘处压痛，颈部活动受限，被动旋头或仰头时疼痛加剧。诊断：颈部扭挫伤。

治疗经过：按颈部扭挫伤理筋手法进行操作一遍，患者颈部顿感轻松，给内服行瘀疏滞汤加减，外用舒筋止痛水。以后每日施手法一次，连续2次，并练头颈部仰俯、侧转及环转动作。3天后颈部活动自如。

按：林如高老中医对颈部扭挫伤理筋手法具体步骤：患者端坐凳上，脱去上衣，低头挺胸，将患侧前臂置于其背后，以指尖能触及对侧肩胛下角为度，此时患侧肩胛下角即可由后胸壁上翘起来。医者用一拇指放入翘起的肩胛骨前方，用力由下向上边推边揉地滑动拨筋，反复操作4~5次。然后放下患者前臂，按住患者颈后筋肉，强作低头向健侧旋头活动，使颈背筋肉处于紧张状态，持续时间约3~5分钟。最后用轻手法弹提患侧颈肌和肩部数次，症状即可明显减轻。



(二) 落枕

谢某，男，30岁，福州台江中心小学教师。就诊日期：1983年10月6日。病案号：731022。病史摘要：患者昨天早晨睡觉起床后突感头部歪斜、强硬、酸痛，转动头部时疼痛加剧，经附近卫生院医生施行按摩1次，症状未减，今转本院。检查：患者痛苦表情，头部向左侧歪斜，左颈椎旁肌紧张，触及如条索状，压痛明显，斜方肌部位压痛。头部活动受限，尤以左旋转受限为甚。诊断：落枕。

治疗经过：先针刺落枕、后溪穴位，强刺激1分钟，继而按落枕理筋操作施行一遍，当即颈部疼痛明显减轻，颈部活动范围大，外敷活血散。次日复查：患者颈部无痛，活动正常。

按：落枕理筋手法步骤如下：患者取坐位，医者立于患者背后，在伤侧颈部皮肤涂擦舒筋止痛水。接着用双手掌根部在患者颈项部揉筋，并从耳根后向肩部平推；再用叠手按压患侧筋伤处，并用双拇指腹在双侧颈根部按压；继而医者一手按压额顶部，另一手进行拿筋及拨筋手法；然后医者用一手按住患者头顶后部，另一手托住下颌部，将颈部徐徐摇转，从左向右，从右向左，再逐渐将颈部极度后伸，然后扶正。

(三) 颈椎病

黄某，女，42岁，福州市钟表店职工。就诊日期：1980年7月11日。病案号：800761。病史摘要：患者颈肩部反复酸痛已2年，每当工作劳累时疼痛加剧，并可放射至右侧前臂手部，常伴有头晕、头痛。本次于一个月前开始

颈、肩、上肢疼痛，无法正常工作，多方治疗未见效，遂转本院。检查：患者面色尚正常，舌淡，苔白，脉滑。颈部较硬，项筋稍肿胀，第5~6颈椎处压痛，可触到条索状物，头颈部向右侧转动受限。X线片示：颈椎生理前凸减少，颈椎5~6椎间隙变窄，颈椎5~6钩突骨质增生。诊断：颈椎病（神经根型）。

治疗经过：按颈椎病理筋手法步骤施行，每天1次，配合枕颌牵引，内服风伤伸筋汤，练颈部各方向活动。经12次手法后，患者症状消失出院，嘱平时加强颈部功能锻炼。随访4年未复发。

按：林老对神经根型颈椎病的手法步骤：患者取坐位。医者站在患者背后，双手掌根部在患者颈项部两侧揉筋，并从耳根后向肩部平推；然后双手叠按患肩内侧筋肉，并用双手拇指指腹在颈根部双侧按揉；接着一手按额顶部，另一手拨筋肉；最后医者一手按住患者头顶后部，另一手托住下颌部，然后将颈部徐徐摇转，从左向右，从右向左，再逐渐将颈部极度后伸，然后扶正。

（四）肩部扭伤

欧某，男，53岁，福州公路段工人。就诊日期：1979年12月9日。病案号：791230。病史摘要：患者于三天前搬重物时扭伤右肩部，当时右肩部酸痛乏力，可向下放射至三角肌止点部位，患肩活动受限，曾用风湿膏外贴无效，转本院。检查：右肩部无明显肿胀，肱骨大结节处压痛。当肩主动外展60°~120°范围时疼痛剧烈。诊断：肩部扭伤。

治疗经过：按肩部扭伤手法操作施行1次，患肩酸痛明显减轻，但主动肩外展时仍有轻度疼痛，给外敷消肿散，内

服活血镇痛汤。以后再施行手法操作，每日1次，连续3次，逐渐练肩部各方面活动。5天后肩部无疼痛，活动功能正常。

按：肩部扭伤主要指三角肌、冈上肌、肱二头肌腱的损伤，若处理不当可引起冻结肩，因此应尽早处理。林如高的手法如下：患者端坐椅上。医者先在肩部伤处轻轻按摩2~3分钟，继而将肩关节作各方面活动4~5次，然后在伤处作垂直肌腱的分筋手法及顺着肌腱方向的理筋手法。

（五）冻结肩

施某，女，54岁，福州市台江区家庭妇女。就诊日期：1982年2月13日。病案号：820259。病史摘要：患者右肩部酸痛已一年，近3个月来疼痛加剧，可放射至上臂，洗脸、梳头、穿衣等均发生困难，经福州某医院行封闭、推拿、针灸、火罐等治疗均未见明显效果。检查：患者消瘦，面色稍苍白，神疲乏力，舌淡，苔薄白，脉沉细。左肩部三角肌轻度萎缩，喙突部、上臂后部、肩峰下等处有压痛，肩部各方面活动均受限，尤以后伸、上举、内旋活动受限为著。诊断：冻结肩（肩关节周围炎）。

治疗经过：按冻结肩理筋手法操作，每日一次，内服祛风通络汤加当归补血汤，外用化瘀通络洗剂熏洗患肩部，练滑车拉绳、手摇纺纱等动作。患者住院8天，左肩部疼痛明显减轻，左肩活动范围增大，但上举和后伸动作仍有轻度受限。又按上法治疗8天，内服改用宣痹汤，外敷改用宣痹散。患者左肩部无疼痛，活动正常。随诊5年未见复发。

按：肩关节周围炎是肩关节周围肌腱损伤变性引起肩部疼痛与活动障碍的一种病变，又称为冻结肩、五十肩、漏肩

风、肩凝症等。因其病程长、疗效慢，要鼓励病员树立信心配合治疗。早期肿痛明显时，应限制肩关节活动，肿痛消减后才采用手法治疗。林老治疗肩周炎手法如下：患者取坐位，医者站于患者背后，一手将患臂外展 90°平肩，另一手用掌心揉肩前部。接着医者双手掌叠按冈上肌止点处，并用双手掌在肩前、肩后相对搓筋。继而医者一手扶肩部，另一手握患侧手，作牵拉、抖动和旋转动作。然后医者一手在肩部作推拿动作，另一手将患侧上肢外展、上举及后伸等动作。最后医者一手握住患肢前臂下部，将肘屈曲上举，另一手在肩部进行摩筋扶正。在施行理筋手法的每一动作时，均会产生不同程度疼痛，故必须在患者能忍受情况下进行。

（六）肘部扭伤

游某，男，37岁，福鼎县运输队司机。就诊日期：1984年7月14日。病案号：840756。病史摘要：患者于两天前以摇把发动汽车时，因用力过度扭伤右肘部，当时右肘关节肿胀、疼痛、青紫，活动障碍，经当地医生外敷草药，未见明显效果。检查：痛苦表情，面色青，舌暗，脉弦滑。右侧肘关节处于半屈伸位，局部肿胀，肘内侧可见到青紫瘀斑，肘内侧后方压痛明显，右肘活动障碍。诊断：右肘部扭伤。

治疗经过：入院后右肘部屈曲 90°，以三角巾固定，局部外敷活血散，内服胜金散。5天后，右肘肿痛明显减轻，开始逐渐作右肘部屈伸活动，并以化瘀通络洗剂熏洗。10天后右肘部活动正常。

按：因肘部扭伤处理不当容易发生骨化性肌炎，所以林老在处理此部位损伤时绝不轻易使用手法，先用三角巾作胸

前悬吊固定，2周后才开始作肘部主动屈伸练功，活动范围由小到大，循序渐进。

(七) 肱骨外上髁炎

岳某，女，32岁，福州市台江区家庭妇女。就诊日期：1980年6月5日。门诊号：809650。病史摘要：患者右肘部肿痛已7个月。初起时仅在洗衣被等劳动后感右肘外侧疼痛，以后疼痛日渐加重，近2个月来提热水瓶、扫地、揭锅盖等动作时均感疼痛乏力，有时疼痛可放射至前臂部，痛重时常引起失眠。曾在某医院行局部封闭治疗未见效。检查：面色正常，右肘部无红肿，右肘外侧突起处压痛明显。将患肘伸直，腕掌屈握拳，使前臂被动旋前时患处疼痛加剧。右肘部活动功能正常。诊断：右肱骨外上髁炎。

治疗经过：按肱骨外上髁炎理筋手法操作，每日1次，配合外敷舒筋散，内服活血化瘀汤，连续治疗5天，患者右肘痛明显减轻，随后用梅花针叩打并拔火罐1次，8天后复查，右肘痛消失。

按：肱骨外上髁炎又称“网球肘”、“矿工肘”等。主要由于附着于肱骨外上髁处的前臂伸肌遭受过猛牵拉、扭伤或慢性损伤，引起撕裂肿胀，可伴有骨质增生。其理筋手法如下：患者取坐位，局部涂擦舒筋止痛水。医者立于伤肢后外侧，一手握住腕部，另一手掌心托住肘部，以拇指指腹揉压患处。摇转肘部，逐渐将肘伸直至 $160^{\circ}\sim 170^{\circ}$ 左右。然后屈曲肘部，一伸一屈，交替进行，同时医者拇指从患处向上进行推筋手法。

(八) 腕部扭挫伤

许某，男，26岁，福州汽车厂工人。就诊日期：1985年3月15日。病案号：850354。病史摘要：患者三天前在厂内打球时不慎跌倒，以右手掌着地，当时即听到响声，随即右腕部肿胀、疼痛，尺骨茎突处压痛明显，手握物无力，手腕部活动障碍。经单位医疗室外擦正骨水，未见效，故转本院。检查：痛苦面容，以左手托扶右腕部，右腕部肿胀，尺骨茎突处较为隆起，局部压痛明显，右腕部活动障碍，当被动旋转前臂时右腕疼痛加剧。X线片示：右侧下尺桡关节间隙增宽约0.5厘米。诊断：右腕部扭挫伤。

治疗经过：按腕部扭挫伤理筋手法施行，当即腕部畸形消失，疼痛明显减轻，以跌打膏外敷后，用2块硬纸壳置于腕部桡尺侧，再以绷带包扎固定，内服新伤跌打汤。2周后解除固定。逐渐练腕部屈伸活动，并以化瘀通络洗剂熏洗，3周后练前臂旋转活动。4周后右腕无肿痛，活动正常。

按：腕部扭挫伤发病原因是坠堕或跌仆时，常以手掌撑地，暴力首先传导至腕部，引起腕部掌侧筋膜的挫伤或撕裂。当外力强使腕部过度旋前或旋后时，可使腕部前后筋膜扭伤，导致下尺桡关节分离。腕部扭挫伤手法如下：单纯的腕部扭挫伤，可在拔伸牵拉后，医者以分筋和理筋手法治疗。如合并有下尺桡关节错缝，则先采用以上手法，继而在前臂中立位，医者用拇指按压尺骨头，并逐渐将腕部旋后，然后用双手扣挤腕部内外侧，使骨错缝复位。

(九) 腱鞘囊肿

方某，女，30岁，福州台江家庭妇女。就诊日期：

1982年3月6日。病案号：820319。病史摘要：患者发现右腕背肿块已2年，开始时肿块只有花生米大小，肿块无痛，以后逐渐增大至龙眼核大小，近一个月来肿块出现疼痛，未经任何治疗。检查：患者面色正常。右腕背见一肿块约2.5厘米×2厘米×1厘米大小，肿块较硬，有压痛，右腕掌屈稍受限。诊断：腱鞘囊肿。

治疗经过：以按压掌屈手法治疗，肿物即压散，局部复平。然后再加按摩，局部以一包有棉花的硬币作垫置于肿块部位，外加硬纸壳，再以纱布包扎。并内服散结利气汤，每日一剂。5~7天后解除外固定，查局部正常。嘱患者一个月经常按摩局部。随访三年无复发。

按：按压掌屈手法具体步骤如下：本法适用腕部背侧的腱鞘囊肿。医者两手握腕部，使腕关节极度掌屈，这时囊肿更为高突、固定，以两拇指相叠按住囊肿，用猛力按压，多数都可按破。如果仍按不散，可用叩诊锤敲破囊壁，然后用按摩手法散瘀活血。其他部位腱鞘囊肿可参照上法挤破。

（十）桡骨茎突腱鞘炎

徐某，女，37岁，福州某鞋厂工人，就诊日期：1981年11月9日，病案号：819559。病史摘要：右腕部酸痛已5个月。当工作繁重时局部痛剧，可放射至右手及右前臂部，休息后疼痛减轻，曾经过某医院封闭治疗数次未见效。检查：患者面色正常。右桡骨茎突处轻度红肿，压痛明显，右拇指活动时可触及摩擦感。使患者右拇指内收握拳，并将腕向内侧屈曲时，患处感觉剧痛。诊断：右桡骨茎突腱鞘炎。

治疗经过：按桡骨茎突腱鞘炎理筋手法操作，每日1

次，外敷舒筋散，内服风伤伸筋汤，7天后局部肿痛消失。

按：针对桡骨茎突腱鞘炎，林老的理筋手法如下：医者一手托住患手，另一手于腕部桡侧痛处及周围作上下来回按摩及揉捏。按压手三里、阳溪、合谷等穴，弹拨该筋腱4~5次。继而左手固定前臂，右手握住患手，在轻度拔伸下将患手缓缓旋转及伸屈。然后右手拇、食二指捏住患手拇指末节，向远心端突然后伸，能引起小关节弹响，可起舒筋作用。最后按揉患处即可。

（十一）手指扭挫伤

邢某，男，福州师专学生。就诊日期：1984年3月9日。病案号：840333。病史摘要：患者于5小时前打排球时因左手手指猛烈冲击，致使左手中指畸形、肿胀、疼痛、活动受限，即就诊本院。检查：面色正常，左手中指轻度向外侧成角畸形，其近节指关节肿胀、压痛，手指伸屈活动明显受限。X线片示：右手中指未见明显骨折。诊断：左手中指扭挫伤。

治疗经过：以理筋手法治疗。手法后患指畸形消失，舒适无痛，以厚纸板将患指与食指一同夹缚固定半屈曲位，外敷活血散。2周后，患指肿痛基本消失，解除外固定，以化瘀通络洗剂熏洗。3周后患指活动正常。

按：各手指的掌指关节、指间关节均有关节囊，其两侧均有坚强的侧副韧带附着以稳定关节。掌指关节能作屈、伸、收、展及环转运动；指间关节可作屈伸运动，而且屈大于伸。当手指伸直时，两侧侧副韧带紧张，不能作收展动作，所以伸直位韧带容易受伤。

手指扭挫伤的理筋手法：医者一手托住患手，另一手拇

指及食指握住患指末节向远端牵引，使关节间隙拉宽，将卷曲的筋膜舒顺，继而将伤节轻柔伸屈、旋转，以滑利关节。然后在局部推揉按摩，使局部舒适轻松为度。如伤指正直，为理筋手法成功。每日或隔日作一次。

（十二）手指筋断

王某，女，31岁，福州糖果厂工人。就诊日期：1983年5月21日。病案号：830563。病史摘要：患者二天前洗衣服时不慎，右手小指猛力冲撞于洗衣板上，当时患指末节肿胀、畸形、疼痛，曾以正骨水外搽未见效。检查：患者面色正常。右手小指末节半屈曲畸形，局部肿胀，压痛。右手小指末节能屈曲，而不能自伸直，但可被动伸指。X线片示：右手小指末节指骨基底背侧撕脱骨折。诊断：右手小指末节筋断。

治疗经过：以铝板或铁丝夹按特殊体位固定，外敷活血散。4周后解除固定，小指近节和末节手指关节屈伸活动差，以化瘀通络洗剂熏洗。8周后患指活动基本正常。

按：手指仅有伸屈活动，指伸肌腱抵止于末节指骨的基底部背侧，当打球或跌倒时手指末节突然屈曲，引起远侧指间关节肿痛，如同时有下垂屈曲畸形，不能自动伸直，则说明末节指骨基底部的背侧有小骨片撕脱，又称之为“锤状指”。治疗方法：可用铝板或铁丝夹将患指近侧指间关节固定于 120° ，患指末指固定于过伸位，经4~6周，当骨片愈合时，末节即可伸直。再以化瘀通络洗剂熏洗。

（十三）弹响指

梁某，女，60岁，福州鼓楼区家庭妇女。就诊日期：

1983年6月3日，门诊号：838732。病史摘要：右手拇指疼痛伴弹响声反复发作已8个月，初起时仅有右手拇指活动不利，继而拇指活动时疼痛，患指不能自由屈伸，若勉强伸指即出现弹跳动作。虽经某医院针灸、封闭等治疗，未见明显疗效。检查：右手第一掌骨头掌侧面可触及一米粒大的硬结，局部压痛明显，右手拇指屈伸活动受限，强力伸指时疼痛剧烈，且发生弹响声。诊断：弹响指。

治疗经过：按弹响指理筋手法操作，每日1次，配合针刺硬结压痛部位，用化瘀通络洗剂熏洗，并练拇指屈伸动作。5天后局部硬结变小且无压痛，弹指声消失，患指屈伸较灵活。

按：弹响指理筋手法如下：医者左手托住患手腕，右拇指摸清其硬结，在局部作按压、横向推动、纵向推动、按揉等动作，最后握住患指末节向远端迅速拉开，如有关节弹响声则效果更好。

（十四）髌关节暂时性滑膜炎

周某，男，5岁，福州人。就诊日期：1985年5月27日。病案号：850595。病史摘要：患儿3天前，在幼儿园嬉戏游玩时跳跃过度，翌日右髌部肿痛，不能站立。曾就诊市立某医院，诊为“右髌关节炎症”，给庆大霉素肌注，未见效。检查：患儿体温正常，哭吵不安。右下肢呈轻度屈髌屈膝位，患侧下肢外观似有增长，但测量等长。患侧腹股沟中点下方压痛明显，患髌主动活动受限，被动活动时疼痛剧烈。X线片示：右髌部软组织阴影增宽，骨质未见异常。诊断：右髌关节暂时性滑膜炎。

治疗经过：按髌痛理筋手法操作，手法后患儿安静平

卧，诉说右髋部已不大痛，给外敷活血散。以上手法每日1次，连续5天，患儿右髋部疼痛消失，活动正常。

按：髋关节周围肌肉丰满，有筋膜分隔，其间包含多个滑囊，常与关节相通，儿童因髋部劳累受凉后，可引起该处急性滑囊炎，囊内积液增多，压力加大，故发生疼痛、跛行等症状。本病理筋手法如下：先嘱患者俯卧，按压、揉摩腰臀部及髋部肌肉，然后让患者仰卧，医者使两下肢呈屈髋屈膝位，摇动髋部4~5次，一般无需服药，痛点可外敷活血散或消肿散。

（十五）大腿内收肌损伤

邱某，男，25岁，福州大学学生。就诊日期：1980年6月21日。病案号：800684。病史摘要：患者2天前参加打篮球运动时，不慎摔倒，突感右大腿内侧部肿胀、疼痛，右足不能着地，经医疗室外擦正骨水等处理未见效，今转本院。检查：患者面色红润，烦躁不安，舌质红，脉洪数。右髋处于半屈位，右大腿呈稍内收位。右腹股沟内侧压痛，右侧大腿内收肌肿胀，触之较硬，压痛明显。被动将右大腿外展时，内收肌肌起处疼痛剧烈。诊断：右大腿内收肌损伤。

治疗经过：按内收肌理筋手法操作1次，患者右侧内收肌处疼痛明显减轻，右足能着地，以后每天操作1次，配合外敷舒筋散，内服风伤伸筋汤，6天后患侧大腿无疼痛，患者下地行走如常。

按：大腿内收肌的主要功能是使大腿内收和屈曲。由于受到猛烈牵扯或慢性劳损，可致内收肌反复损伤、撕裂，先有出血，继之成索状物。本病常发生于体操运动员或爱好打球的人，多因下肢过度外展或蹬空致伤。

理筋手法：在大腿内收肌处作按摩、拿捏手法。然后医者一手按压内收肌处，另一手按着大腿下内侧，在大腿伸直位快速将大腿外展，连续作3~5次，可松解粘连，使内收肌紧张度缓解。再外敷舒筋散，内服风伤伸筋汤。

(十六) 弹响髌

许某，男，12岁，福州市郊左山小学学生。就诊日期：1974年4月29日。病案号：740496。病史摘要：患儿于4年前在山上砍柴时不慎从3米高岩石上跌下，当时左大腿外侧青紫、肿痛，经治疗后半个月，患部肿痛好转，但局部较硬，走路时左腿不灵活。3个月后走路时局部发生轻微响声，但无痛，一年后响声逐渐加重，曾经各种治疗均无效。检查：面色红润，舌淡红，脉洪弦。患儿走路轻度摇摆，左大腿外上部在屈伸及旋转时出现弹响，局部可摸到一条稍硬而粗的索状带，无明显压痛。左髌关节除内收活动受限外，其他各方面活动正常。X线片示：右髌关节及左股骨上段未见明显病变。诊断：弹响髌。

治疗经过：按弹响髌理筋手法施行操作，隔日1次，并以舒筋止痛水外搽。1个月后局部弹响声减轻，2个月后局部触摸比手法前柔软，弹响声未闻及，但患儿走路时仍感有沙沙作响。以后带回舒筋止痛水，自己涂擦，4个月后患儿局部响声消失，走路正常。

按：弹响髌是指髌关节在做某些动作时可听见或感觉到响声，分关节内和关节外两型，常见于关节外型。主要是由于髌胫束的一部分紧张肥厚，在髌关节活动时，此紧张肥厚的纤维带在股骨大粗隆部滑动产生弹响。弹响髌的理筋手法：关节外弹响者医者一手按住股骨大粗隆部，另一手握踝

上，将髌关节屈曲、内收、内旋，然后迅速向下牵抖，使下肢伸直，如有弹响则效果较好，最后用舒筋止痛水推揉理筋。

（十七）膝部筋伤

彭某，男，19岁，福州某中学学生。就诊日期：1979年8月11日。门诊号：790826。病史摘要：患者于2天前在体育场滑旱冰游玩，不慎跌倒，当即右膝内侧明显肿胀、疼痛，不能行走，由人抬至本院。检查：患者面色红，痛苦呻吟不止，舌质偏红，脉洪数。右膝内侧明显肿胀，皮下青紫瘀斑。当屈伸膝部时疼痛加剧。将右膝关节伸直作侧向试验时，伤处疼痛，可有轻微侧向外展活动。诊断：右膝关节侧副韧带损伤。

治疗经过：按膝部伤筋理筋手法操作，当即患处疼痛减轻，将膝关节固定150°简易架上，外敷消肿膏，内服新伤跌打汤加减。以后每天以轻手法操作1次，20天后去除固定架，用舒筋活血洗剂熏洗患处，练膝部屈伸活动，并扶拐练走，28天后患者右膝部活动正常。

按：膝关节的内、外侧均有坚强副韧带附着。当膝关节处于半屈曲位时，若突然受到使膝关节外展或外旋的外力，如跳跃、滑冰、打球时，可使内侧副韧带损伤。这种损伤一般较轻，多为单纯擦伤，完全撕裂者较少，有时可合并内侧半月板损伤。当膝关节伸直位时，突然受到使膝外翻的暴力，如站立时重物砸及外侧，滑跌时腿伸直、外展均可发生。这种损伤由于内侧副韧带过度牵张，往往发生较重撕裂伤，甚至完全断裂。由于韧带撕裂，局部可出现血肿，伤重时可发生关节内积血。理筋手法：伤处可作轻揉按摩，并轻

轻地伸屈膝关节 2~3 次，恢复关节之轻微错位，并舒顺卷曲、嵌顿的滑膜或筋膜。

(十八) 膝半月板损伤

雷某，男，30 岁，福州市搬运社工人。就诊日期：1976 年 4 月 21 日。病案号：760473。病史摘要：患者于 1 个半月前搬运东西时，不慎从汽车踏板上跌下，当时左膝部肿胀疼痛，经治疗 10 天后肿痛减轻，能下地行走。但以后走路时常发生疼痛，时见膝交锁征及弹响声，曾经针灸、按摩、中药等治疗，未见效，现局部疼痛加剧，遂转我院。检查：患者面色苍白，走路乏力，舌淡苔白，脉细。左侧股四头肌轻度萎缩，内侧膝眼处压痛。回旋挤压试验：膝内侧发生弹响。X 线片示：左膝关节空气造影见左膝内侧半月板破裂。诊断：左膝内侧半月板损伤。

治疗经过：按左膝部筋伤手法操作，每日 1 次，并敷活血散，内服活血化瘀汤。10 天后左膝内侧压痛减轻，下地行走无交锁现象，继续施行手法 12 天，以舒筋活血洗剂熏洗，洗后贴风伤膏，内服壮骨强筋汤。患者左膝无疼痛，下地行走正常，随访 3 年无复发。

按：半月板为位于股骨髁与胫骨平台之间的纤维软骨，因周边较厚而中央部较薄，因此可加深胫骨髁的凹度，使膝关节稳定。半月板损伤多见于球类运动员、矿工、搬运工等。当膝关节完全伸直时，内外侧副韧带紧张，关节稳定，半月板损伤的机会少。当膝关节处于半屈曲位时，半月板向后移位，此时半月板容易损伤。半月板损伤理筋手法：可作轻柔的被动伸屈活动。患者仰卧，医者左拇指按摩痛点，右手握踝部，徐徐屈曲膝关节并内外旋转小腿，使局部疼痛减

轻，然后伸直患膝。

慢性期，可每日或隔日作一次局部推拿，先用拇指按压关节边缘的痛点，继而在痛点周围作推揉拿捏，可促进局部气血流通，有利于损伤半月板的修复。

(十九) 踝部扭伤

王某，女，35岁，福州钢管厂工人。就诊日期：1977年1月18日。病案号：770174。病史摘要：患者3小时前骑自行车不慎跌倒，左踝部肿胀，剧痛，青紫，不能站立，即到本院。检查：面色青，痛苦呻吟，舌淡，脉弦滑。右外踝前下方、右足背肿胀明显，皮下可见大片瘀斑，外踝前下方明显压痛，踝部的活动受限。右踝部拍片未见明显骨折。诊断：右踝部扭伤。

治疗经过：按踝部扭伤理筋手法操作，患者即感右踝部疼痛明显减轻，以硬纸壳固定踝背伸90°位，外敷消肿散，内服活血化瘀汤。以后继续施行手法操作，每天1次，5天后患者踝部肿胀消退，可下地行走，再以舒筋活血洗剂熏洗3天，右踝活动正常。

按：踝关节的主要功能是背伸和跖屈。由于外踝比内踝长，内侧副韧带比外侧副韧带坚强，有效地阻止了踝部外翻，故内翻损伤较多见。另外，距骨体前宽后窄，当足跖屈时，关节间隙增大，较不稳定，故足跖屈时容易损伤。

踝部扭伤的理筋手法：对踝部单纯筋伤者，可采用理筋手法。患者平卧，医者一手托住足跟，一手握住足前部，缓缓作踝部背伸、跖屈及内翻、外翻动作。可恢复细微的错位。然后用两掌心对扣内外踝，轻轻用力按压，有散肿止痛作用。踝部筋伤局部瘀肿明显者，忌用按、揉、推、搓等手

法，以免增加局部的损伤与出血。后期瘀肿消退，解除固定后，可作踝部按揉、推拿、屈伸、摇转等手法，防止踝部粘连，有助于功能恢复。

（二十）跟腱损伤

余某，男，26岁，福州市罐头厂工人。就诊日期：1984年5月12日。病案号：840539。病史摘要：患者于7天前在打篮球时被人踢伤左足跟部，当时患处明显肿胀、疼痛，经福州市某医院推拿治疗，效果不明显，遂转本院。检查：面色暗，痛苦面容，舌暗紫，舌边、舌下有瘀斑。左足跟部至小腿后侧明显肿胀，皮下大片青紫瘀斑，触之较硬，局部触痛甚。站立时左足跟不能上提。诊断：右跟腱损伤。

治疗经过：入院后将患足置跖屈位，在左跟腱肿痛处作按压揉摩，每日1次。手法后用硬纸壳和纱布固定踝部于跖屈位，局部外敷消肿散，内服新伤跌打汤。2周后局部肿胀消退，解除固定，以舒筋活血洗剂熏洗，内服风伤伸筋汤。3周后局部轻度疼痛，但触之仍较硬，可下地练习行走。4周后患者行走较正常，站立时可上提起足跟，但比对侧差。5周后局部复软，行走正常。

按：跟腱由小腿的腓肠肌与比目鱼肌腱联合组成，附着跟骨结节，是人体最强大的筋腱，可使踝部作跖屈运动。跟腱损伤可因直接暴力或间接暴力引起。直接暴力多系利器所伤，多为开放性，跟腱可部分断裂或完全断裂，应予以手术缝合修补。间接暴力多为闭合性，如遭受骤然猛力牵拉，引起跟腱部分撕裂或完全撕裂，部分撕裂者可用手法治疗。跟腱损伤理筋手法：将患足置跖屈位。在肿痛部位作轻柔的按压、揉摩，并在小腿肚处作揉摩，使小腿肌肉松弛，以减轻

近段跟腱回缩。

(二十一) 跟痛症

温某，男，59岁，福州医药公司干部。就诊日期：1981年9月10日。门诊号：818876。病史摘要：患者自5年前开始，走长路后感右足跟部钝痛，以后疼痛逐渐加剧，晨起上班走路时感疼痛，片刻后稍减，行久后疼痛难忍，有时足跟部刺痛，经休息后又稍好转。本次发病于5天前，因右足跟部疼痛剧烈，行走困难，遂就诊于我院。检查：患者体质肥胖，舌淡胖，苔白，脉弦。右足跟底部压痛明显，无明显肿胀，走路跛行。X线片示：右跟骨见鸟嘴样骨刺。诊断：跟痛症。

治疗经过：按跟痛症理筋手法操作，每日1次。内服当归鸡血藤汤，外用舒筋活血洗剂洗足，并嘱患者以患足跟的痛点，踩于圆滑的鹅卵石上，每日3~4次，每日半小时。7天后患者右足跟痛减轻，行走如常，但仍有轻度疼痛。嘱日常仍坚持以足跟的痛点踩压鹅卵石，约1个月以后，疼痛消失。随访6年无复发。

按：跟痛症是跟骨跖面的疼痛。好发于中老年人，多数由慢性劳损引起。中老年人多因肝肾不足，筋骨衰弱，而自体又骤然发胖，足跟负重增加；或因足有畸形，足跟着力过大；或经常长途跋涉，足跟下软组织遭受反复挤压性损伤，而出现跟痛症。病程日久，可在跟骨负重面产生骨质增生——跟骨骨刺，使症状加重。跟痛症理筋手法：在痛点及其周围作按摩、推揉手法，以温运气血，减轻疼痛。嘱患者坚持以足跟痛点踩压鹅卵石，以巩固疗效。

(二十二) 平足症

罗某，男，13岁，福州市郊小学生。就诊日期：1973年7月17日。病案号：730378。病史摘要：患儿常赤脚走路，3年前发现走路时双足感酸痛，休息后减轻，挑东西或走长路时疼痛加剧。一年来症状较前严重，遂到本院治疗。检查：患儿矮胖，行走呈八字步态，双足纵弓低平，双足跟及第一掌骨头内侧缘可见胼胝，双足舟骨结节处压痛明显。诊断：平足症。

治疗经过：按平足症理筋手法操作，每3天1次，服壮骨强筋汤，经4周，双足畸形明显改善，然后穿特制矫形鞋，约半年。半年后复查，双足纵弓比原先增高，去矫形鞋行走不痛。

按：人是唯一有足弓的脊椎动物，足弓包括纵弓和横弓。足弓的主要作用是吸收人在行走时所产生的震荡，借以保护人体关节与内脏。构成足弓的骨骼、筋肉的结构或功能异常时，必然使足弓发生塌陷，弹性消失，而引起足痛则称之为平足症。

平足症理筋手法：畸形明显的平足，可用手法予以矫正。痛者平卧，先在踝前部及小腿下部作按摩及轻轻摇晃踝部，然后医者左手握住足跟部，右手握住足前部，为便于用力，可将患足跟部顶于医者大腿作支点，尽力将患足迅速内翻。当患足内翻时，可闻及细微的软组织撕裂声，并引起局部疼痛。此时，医者两手仍需握住足前部，尽量保持内翻位，同时用硬纸板绷带将患足固定于内翻位。医者可隔3天作一次手法矫形。在治疗期间，严禁患足行走，一般要经过3周，待畸形有很大改善后，再穿矫形鞋逐步恢复行走。

(二十三) 腰部急性筋伤

郑某，男，37岁，福州机器厂工人。就诊日期：1976年9月5日。门诊号：762730。病史摘要：患者2天前在车间搬重物时，不慎扭伤腰部，当时突感腰部疼痛，俯、仰、转侧困难。随后腰部剧痛，卧床不起，虽经某医院推拿2次，未见效。检查：患者急性痛苦面容，呻吟不断，卧于床上，转侧艰难。舌暗紫，舌下有瘀斑，脉洪大。腰椎轻度向左侧弯，左侧腰肌紧张，第4腰椎骨左侧压痛明显，腰部活动障碍，“4”字试验（-），双侧直腿抬高试验均（-）。诊断：腰部急性筋伤。

治疗经过：按腰部筋伤理筋手法步骤施手法1次后，患者即感腰部疼痛明显减轻，能在家属扶持下慢步行走，嘱局部外敷跌打祛伤散，服活血化瘀汤加香附、木香、枳壳。2天后患者自己坐车来院就诊，查腰部无压痛，腰部各方向活动均正常。

按：腰部急性筋伤可分为扭伤与挫伤两类。临床以扭伤较为多见。腰部扭伤患者应卧床休息，采用理筋手法；腰部挫伤则以药物治疗为主，忌用理筋手法。腰部扭伤的理筋手法：患者俯卧，医者用两手从胸背部至腰骶部的两侧，自上而下地轻轻揉按，以松解腰肌的紧张。接着按压揉摩腰阳关、命门、次髂等部位，再拿捏痛侧肾俞、环跳周围，进一步缓解疼痛。然后医者用左手压住腰部痛点，用右手托住患侧大腿，向背侧提腿扳动、摇晃拔伸数次，如腰两侧俱痛者，可两腿同时扳动。最后在脊柱两旁自上而下推拿揉捏，轻轻叩击腰部并揉按数次。手法后应嘱患者卧床3~5天，严重扭挫伤应卧床1~2周。

(二十四) 腰腿痛

方某，男，28岁，福州某塑料厂工人。就诊日期：1978年5月1日。病案号：780510。病史摘要：患者于半年前弯腰搬重物时不慎扭伤腰部，当时腰痛剧烈，卧床不起，经治疗半个月逐渐好转。三个月前患者腰部又扭伤一次，当时腰部疼痛，可放射至左下肢，左下肢有麻木沉重感，一直治疗未见效。一周前曾就诊于福州军区医院，诊为腰4~5椎间盘突出症，动员手术，患者不接受，遂转本院治疗。检查：患者面色淡红，神疲乏力，舌质暗紫，苔薄白，脉弦。腰椎向左侧弯，第4腰椎左侧压痛明显，可放射至左小腿及足背，左小腿外侧皮肤感觉迟钝，左足跖趾背伸肌力减弱。患者腰部活动受限，尤以后伸受限为甚。直腿抬高试验：左25°(+)，右80°(-)。诊断：腰腿痛（腰椎4~5椎间盘突出症）。

治疗经过：按腰腿痛推拿手法施行一次后，患者即感腰痛减轻，左下肢无沉重感，随后加用骨盆牵引，总重量为20千克，并给活血镇痛汤内服。以后每日施行手法一次，患者腰腿痛逐日减轻。经施行手法10次后，患者已能下地行走，左下肢无痛，但腰部仍轻度疼痛，腰部活动仍轻度受限，又施行手法5次，患者腰腿功能恢复正常。经随访5年未见复发。

按：腰腿痛多因腰椎间盘突出症引起。腰腿痛推拿手法如下：患者俯卧，医者在腰腿痛处依次作推摩、揉筋、按筋、拿捏、屈腿按腰、斜扳、牵抖手法。①推摩：医者双手掌心在患者腰背部从上向下、从内向外平推理筋。②揉筋：双手掌根在痛处进行按揉。③按筋：医者叠手掌心按压腰背

痛处，可作快速颤抖，一分钟约 20~30 次。④拿捏：双手拇指与食、中指向腰背肌两侧，直向拿捏，然后施行横向拿捏手法。⑤屈腿按腰：医者一手环握患者小腿下部，进行屈腿，另一手掌心按压腰肌，每侧 12 次，两侧分别进行。⑥斜扳：患者侧卧，下腿伸直，上腿屈曲，医者立于背侧，一手推上侧髂前上棘后方部向前，一手扳肩前向后，两手反向用力推扳数次，活动范围逐渐加大，嘱患者全身放松，作一次稳重的最大范围的推扳动作，此时往往可听到清脆的响声，必要时改换侧卧位，医者用同法再抖扳一次。⑦牵抖：医者双手握患者单踝或双踝向远侧牵拉，患者双手用力攀住床头，医者将肢体作上下快速抖动，反复数次。⑧抬腰上推法：患者站立，蹬双足尖，背部向后倾，医者虎步站立，左手提托患者左腋下，右手掌心按住骶部，左手将腋部向上举，使患者足尖离地；右手掌从骶部向上平推至痛部，进行抬腰上推手法，反复做 3 次。⑨踢腿法：患者站立，双侧下肢分别做踢腿动作，每侧 8 次。

内 伤

一、内伤概述

凡人体内部气血、经络、脏腑遭受损伤而致功能紊乱者，统称内伤，亦称内损。在日常生活与劳动中，人体经常会遇到各种伤害，如碰撞、打击、跌仆、坠堕等，造成内伤者屡见不鲜。经过千百年的医疗实践，中医伤科对内伤的诊

治积累了丰富的经验，这对保障人民的健康起着重要的作用。

人体遭受外来暴力或强力负重而损伤后，由于体内气血、经络、脏腑机体紊乱，常常出现如瘀血、流注、疼痛、发热、昏愤、萎软、惊悸、眩晕、口渴、呕吐、便秘、癃闭等证候。在整体观念的指导下，针对上述损伤内证进行施治，往往会取得较好的效果。

（一）血证

损伤血证常见有瘀血、流注、血虚等。损伤之后，血液多离经妄行，古人治疗损伤有“专从血论”之说，可见血证的辨证施治在临床中的重要地位。

1. 瘀血

《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“伤损之证，肿痛者，及瘀血凝结作痛也。”因伤损而血液离经，滞留于肌肤腠理、脏腑及体腔之间而不能排出者，称为瘀血。《内经》说：“有所堕坠，恶血留内。”由于瘀血内停，常可引起各种病症。

（1）病因病机：①直接暴力：如打击、碰撞、挤压、跌仆等，致脉络受损，血离经脉。②强力负重：如举重、挑担、抬重物用力过度而致胸部损伤，血蓄胸胁。③血液流注：他处损伤因血液流注而导致瘀血，如脊椎或骨盆骨折可引起腹部瘀血，颅底骨折可引起眼部周围瘀血。

（2）临床症状与诊断：①大量瘀血，可出现面色苍白、头晕目眩、耳鸣健忘、心烦神倦、脉微弱等失血证候。②皮下瘀血斑先呈现暗红色，数日后呈青紫色，以后逐渐消退成黄色。③因瘀血部位不同出现不同的症状，如头部瘀血出现神昏、头痛、呕吐、烦躁；胸胁瘀血出现胸闷、气急、发

绀、咳喘；腹部瘀血出现腹痛、呕恶、腹胀、便血等。

(3) 治疗方法：①皮下瘀血：《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“若胀而重坠，色或青黑，甚则发热作渴汗出者，乃经络壅滞，阴血受伤也，宜先制去恶血以通壅塞，后用四物汤以调之。”对于瘀血肿胀严重者，可争取穿刺抽去血液，然后服四物汤或理气散瘀汤，以理气和伤，散瘀活血；瘀血较轻者，可应用消肿散、活血散等药物外敷。②泛注：《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“损伤瘀血泛注之证，乃跌仆血滞所致，盖气流而注，血注而凝，或注于四肢关节，或留于胸腹腰臀，或漫肿，或结块。初起皆属肝、脾郁火，急用葱熨法，内服小柴胡汤以清肝火，次用八珍汤以壮脾胃，或益气养荣汤，久服自然收功，若日久溃破而气血虚者，宜十全大补汤。”目前“泛注”多指四肢关节瘀血，瘀血较多时应穿刺抽血，瘀血较少可用消瘀止痛之类的药膏外敷，内治可按《医宗金鉴》用小柴胡汤、八珍汤、益气养荣汤、十全大补汤等分期辨证施治。亦可用林如高验方：a. 跌打损伤汤：祛瘀通经，导滞清热；b. 新伤逐瘀汤：泻火凉血，逐瘀通络；c. 活血散结汤：活血补血，散结和营；d. 回生散：活血破瘀，清热镇惊。③颅脑瘀血：治以启闭开窍，祛瘀行气，宁神止痛。急症时用：a. 麝香七厘散：行气止痛，芳香开窍；b. 通关散吹鼻：导滞利窍，复苏神志。复苏后用：a. 复苏汤：活血理气，通窍安神。b. 芎芷汤：理气通窍，祛风清热。c. 头风止晕汤：祛风止晕，醒脑开窍；d. 通窍祛瘀汤：活血祛瘀，通窍安神。④胸胁瘀血：治以疏肝理气、活血化瘀之法。方用：a. 祛风散瘀汤：活血散瘀，理气和伤。b. 顺气祛瘀汤：开胸顺气，祛瘀和中。c. 红伤药：活血清热，通络止痛。

腹部瘀血：治以活血逐瘀，行气通利为主。方用：a. 逐瘀消积汤：活血逐瘀，行气消积；b. 散瘀健脾汤：散瘀理气，健脾和营。

2. 血虚

(1) 病因病机：①损伤失血：每因伤后创口大量出血或内出血未能及时发现而致。②伤久耗血：因损伤日久，气血损耗，或积瘀化热，伤津耗血所致。③平素体弱：因肝肾不足，损伤后肝气不舒，血不养肝，肾火衰弱，气化无权，血气愈加虚弱。④生化不足：损伤后因脾胃功能受累，胃纳不佳，气血化生不足，亦可导致血虚。

(2) 临床症状与诊断：患者面色苍白，心悸气短，少气懒言，头晕目眩，神疲耳鸣，舌质淡白，脉搏微细。

(3) 治疗方法：按“虚者补之”的原则，结合病因病机辨证施治。①单纯血虚：宜养血补血。方用四物汤。②气血俱虚：宜气血双补，方用理气补血汤（见骨折验方）。③心血不足：宜养血安神，方用生脉散（人参、麦冬、五味子）。④脾胃虚弱：宜补脾生血，方用归脾汤；或养营益气汤，以益气健脾，养血和营；或理气健骨汤，以理气活血，健骨和中。⑤肝肾亏损：宜补益肝肾，方用六味地黄丸，或补肾养血汤，以养血强筋，补肾壮腰。补血药多滋腻，脾胃虚弱者服之易致纳呆、便溏等，故补血方内宜用健脾和中之品。跌仆损伤，瘀血未尽者，可于补虚之中酌加祛瘀药，以免积瘀为患。

（二）痛证

损伤必有疼痛之症，为了解除患者痛苦，必须对痛证有所认识，并对其进行辨证施治。

1. 病因病机

《素问·阴阳应象大论》说：“气伤痛、形伤肿。”吴昆曰：“气无形，病故痛，血有形，病故肿。”由于气血互相依存，伤气必及其血，伤血亦常导致气滞，所以气血损伤均有肿痛之表现，只是有所侧重而已。

2. 临床症状与诊断

张景岳辨痛时指出：“血积有形而不移，或坚硬拒按，气痛流行而无定，或涤聚而涤散。”瘀肿者疼痛部位固定，呛咳及转侧时疼痛加剧。气滞多为无形之疼痛，痛无定处，范围较广，忽聚忽散，无明显压痛点。营卫气滞，痛在皮内；胸部气滞，表现咳嗽、呼吸不畅、气急、胸闷胸痛、脉沉等；头颅气滞，出现头痛头晕，甚至晕厥、昏迷等症状；肝肾气伤，则痛在筋骨。

3. 治疗方法

《薛氏医案·正体类要》说：“肌肉间作痛者，营卫之气滞也，用复元通气散。筋骨作痛者，肝肾气伤也，用六味地黄丸。内伤下血作痛者，脾胃气虚也，用补中益气汤。外伤出血作痛者，脾肺之气虚也，用八珍汤。”痛证的治疗方法，至今基本上仍遵照《正体类要》的原则。

(1) 气滞痛：治以理气止痛，方用胜金散理气化瘀、安神止痛，或安神止痛汤宁心安神、益气镇痛等。

(2) 瘀血痛：应活血定痛、化瘀通经，方用定痛和营汤活血祛瘀、和营定痛，或驱伤汤活血驱伤、通络止痛，或旧伤跌打汤活血散瘀、疏风舒筋，或陈伤止痛汤行气止痛、活血消肿。皮肤无破损者，可用消肿散、活血散外敷。

(3) 筋骨痛：宜补益肝肾、舒筋止痛。内治可用风伤丸活血定痛、舒筋壮骨，外敷药物可选用活血散、跌打祛伤

散等。

(4) 风湿痛：损伤后，机体正气下降，风寒湿邪乘虚而入，患处表现酸、麻、痹、痛，治以祛风除湿、散寒止痛。方用风伤伸筋汤（见筋伤验方），或祛风酒祛风散寒、除湿止痛。外用风伤洗剂或旧伤洗剂等熏洗，也可用风伤膏等敷贴，以祛风散瘀、活血疗伤。

（三）热证

伤后发热是常见的证候，常见证型有积瘀化热、毒邪侵袭、血虚生热等。

1. 积瘀化热

(1) 病因病机：损伤后，气滞血瘀，离经之血瘀滞于肌肤腠理或体腔脏器之间，郁而化热。

(2) 临床症状与诊断：下午或夜晚发热，体温常在 38°C 左右，一般不超过 39°C 。口干咽燥而不多饮，肢体常有固定痛处或肿块，面色黯黑或萎黄，唇舌青紫或出现紫斑，脉象细涩。

(3) 治疗方法：

①化瘀清热：因局部瘀血，郁而化热者，宜用消炎退肿汤（见骨折验方），退瘀消肿汤（见骨折验方）。

②清热凉血：损伤后积瘀化热，血热妄行而有呕血、尿血者用清热凉血法，宜用清热凉血汤及化瘀通淋汤以活血化瘀，清热通淋。

③攻下泻热：伤后呈实热证候者，宜用新伤逐瘀汤。

④疏肝清热：瘀血积聚胸胁而发热、疼痛、烦躁者，系血瘀肝经，宜用益气活血汤，以理气定痛，活血破瘀；或顺气祛瘀汤，以疏肝散热，祛瘀理气。

2. 毒邪侵袭

(1) 病因病机：损伤后，毒邪经创口乘虚而入，或因正气下降，毒邪侵袭，与瘀血相聚而化热。

(2) 临床症状与诊断：毒邪在肌肤之间的卫分，病情尚轻，表现发热恶寒，头痛身痛，舌苔薄白，脉浮。邪入气分，病情较重，兼见腹胀，烦躁，谵语，便秘或泄泻，舌红苔黄，脉沉数无力。邪入营分，发热较高，烦躁不安或谵语，出现隐隐斑疹，舌绛无苔，脉细数。热入心包，神志不清，表情淡漠，谵语，循衣摸床。若伴有四肢拘挛，项强抽搐，角弓反张，舌歪舌颤，则为热动肝风。邪入血分，表现寒战高热，头痛或全身剧痛，呼吸困难，谵妄狂躁，甚至神志不清；伴有吐血、咯血、衄血或尿血、便血，皮肤出现紫黑斑疹，舌绛紫，苔焦黄或无苔，脉数洪大或数而沉细。

(3) 治疗方法：

①卫分证：宜清热解毒佐以辛凉解表之剂，方用五味消毒饮（金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵）。

②气分证：宜清热生津，方用黄连解毒汤（黄连、黄芩、黄柏、山栀）或退瘀消肿汤（见骨折验方）加减。

③营分证：宜清营泄热，方用清营汤（生地黄、玄参、淡竹叶、金银花、连翘、黄连、丹参、麦冬、犀角用代用品）。

④血分证：须凉血止血，固脱开闭，方用犀角地黄汤（犀角用代用品，生地黄、赤芍、丹皮）合黄连解毒汤。伴出血者，用犀角地黄汤（犀角改为代用品）加田七、十灰散（大蓟、小蓟、荷叶、侧柏叶、茅根、茜草根、大黄、山栀、棕榈皮、牡丹皮）；兼见高热、气血两燔者，用犀角地黄汤合白虎汤（生石膏、知母、粳米、甘草）加减（犀角改为代用品）。

用品)。

3. 血虚生热

(1) 病因病机：血本属阴，阴血亏虚可导致阳浮发热。《证治汇补·发热》指出：“血虚不能配阳，阳亢发热者，治宜养血。”血虚则阴不制阳，阳亢则发热，故宜养血治之。

(2) 临床症状与诊断：多为低热，患者头晕，体倦，气短，面色无华，心悸不宁，唇甲色淡，自汗，食少便溏，舌淡苔薄白，脉细弱。

(3) 治疗方法：

①气虚：宜补中益气，方用补中益气汤（黄芪、党参、白术、陈皮、炙甘草、当归、升麻、柴胡）。自汗多加牡蛎、龙骨；时冷时热，汗出恶风者，加桂枝、芍药；夹有湿邪者，加苍术、茯苓、厚朴。

②气滞瘀阻：宜行气解郁，养血活血，方用养血行气汤，以养血解郁，行气止痛。

③气血两虚：宜益气养血，方用调气活血汤，以温经和伤，调气养血。

④阴虚阳亢：宜滋阴潜阳，方用大补阴汤（熟地、龟板、黄柏、知母、猪脊髓）。

（四）昏愤

损伤引起意识障碍称为昏愤，又称晕厥、昏迷、昏死等。本证为内伤之重症，需及时抢救。

1. 病因病机

(1) 气为血壅：《伤科汇纂·昏愤》载：“人从高坠下昏死不苏。人以为恶血奔心，谁知乃气为血壅乎。”由于一蹶而伤，气血错乱，心窍壅闭，故猝然昏愤。

(2) 瘀血攻心：《可法良规·昏愤》说：“若坠扑太重，皮肤不破，血未出而昏愤者，瘀血在内也。”多见于头部或其他部位之重伤。

(3) 气血虚极：《可法良规·昏愤》说：“凡伤损之症，若皮肤已破，出血过多而昏愤者，气血虚极也。”损伤之后，大量出血，心神失养，气随血脱，遂成昏愤。

(4) 热隐心包：邪毒入营，内陷心包；或风热闭肺，邪热壅滞上焦，热毒逆转心包，均可导致昏愤。

2. 临床症状与诊断

昏愤分闭证和脱证。闭证属实，昏愤时牙关紧闭，两手握固，面赤气粗，痰声曳锯；脱证属虚，以四肢厥冷、汗出、目闭、口张、鼾声、二便失禁、舌淡唇干、脉象细微等为特征。昏愤程度有深浅之分，浅者仅暂时意识障碍，如晕厥；深者长时间人事不省，知觉丧失，如昏迷。

3. 治疗方法

(1) 气为血壅：《伤科汇纂·昏愤》载：“治法逐其瘀血，佐以醒脾之品，则血易散而气易开。倘徒攻瘀血，则气闭不宣，究何益乎，用苏气汤。一剂气疏，三剂血活全愈。”所以对气闭昏愤患者，应通闭开窍，方用苏气汤（乳香、没药、大黄、山羊血、苏叶、荆芥、丹皮、当归、白芍、羊蹄蛄、桃仁）、麝香七厘散内服或通关散吹鼻。

(2) 瘀血攻心：《伤科汇纂》载：“血迷心窍，而致昏沉不知人事者，宜花蕊石散，童便调服。”故瘀血攻心者，方用花蕊石散（花蕊石、石硫黄）。

(3) 气血虚极：表现为脱证，应以回阳救逆，方用参附汤（人参、制附子）合生脉散（人参、麦冬、五味子），或理气补血汤（见骨折验方）加减。

(4) 热陷心包：治以清心开窍、泄热护阴，方用清营汤加减。若昏迷深重，应送服至宝丹（犀角代用品，玳瑁、琥珀、朱砂、雄黄、龙脑、麝香、牛黄、安息香）以增强清热解毒、清心开窍之功。若见抽搐者，可加羚羊角、钩藤、生石决明、地龙，并送服紫雪丹（石膏、寒水石、滑石、磁石、玄参、升麻、甘草、硝石、丁香、朱砂、木香、犀角代用品、羚羊角、沉香、麝香、芒硝）以凉肝熄风开窍。

（五）喘证

喘证以呼吸急促为特征，严重者张口抬肩，鼻翼煽动，口唇紫绀。损伤喘证常见于胸部内伤及出血过多的血虚患者。

1. 病因病机

(1) 胸胁损伤：如跌仆、堕坠、打击、碰撞等，致胸胁络脉破裂，胸膈瘀血，气道不通，肺失清肃，而发为喘证。《素问·脉要精微论》说：“因血在胁下，令人喘逆。”损伤后期瘀血不化，凝结胁下，亦令人喘逆。

(2) 强力负重：因突然用力屏气举重，可致肺部气伤，发为气胸，呼吸困难而呈喘证。

(3) 血气虚弱：损伤出血过多，血虚气无所附，致气短气逆。出血量愈多，其喘愈甚。

2. 临床症状与诊断

患者气闭气憋，呼吸困难，气息短促，常因不能平卧而取半坐位，面色苍白，口唇发绀，鼻翼煽动，脉细数。若胸胁损伤有瘀血者，可咳出血痰；陈伤血凝胁下者，咳喘时胸胁疼痛。

3. 治疗方法

损伤喘证的治疗，首先应解除病因，血胸或气胸严重者应穿刺抽血或抽气，必要时行胸腔闭式引流。出血量多者，应及时输血补液，并配合内治法，其辨证如下：

瘀血壅盛：宜活血祛瘀，开胸顺气，方用开胸顺气汤。

瘀结胁下：宜破血逐瘀，止咳平喘，方用宿伤祛瘀汤，咳甚者加杏仁、苏子、法夏。

胸胁屏伤：宜开胸、理气、镇痛，方用顺气宽胸汤。

血虚喘逆：宜益气补血，方用二味参苏饮（人参、苏木）加味。血虚加当归、白芍、首乌、阿胶；气虚加黄芪、白术、淮山。阴虚者宜养血、补气，故以四物汤为主方，酌加人参、黄芪、五味、麦门冬等。

（六）惊悸

《素问·举痛论》说：“惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。”损伤作为突然的暴力打击，常引起患者惊恐、恼怒，心中悸动不安，故损伤惊悸者在临床中甚为多见。

1. 病因病机

（1）突受惊恐：损伤时，患者突受惊恐，心悸神摇，遂发心悸不已。

（2）心血不足：伤后失血过多，思虑过度，既耗伤心血，又影响脾胃功能，致生化不足，气血两亏，心失所养，心神不安。

（3）阴虚火旺：筋骨损伤，肾阴亏耗，虚火妄动，上扰心神，而致心悸。

2. 临床症状与诊断

心悸不宁，善惊易怒，心烦少寐，坐卧不安，脉虚数或结代。心血不足者，面色无华，倦怠无力，舌淡苔白；阴虚火旺者则头晕目眩，手足心热，耳鸣腰酸，舌质红。

3. 治疗方法

突受惊恐：宜镇惊定神、养心宁悸，方用安神止痛汤、强心安镇汤。

心血不足：宜补血养心、益气安神，方用归脾汤。

阴虚火旺：宜滋阴清火，可用知柏地黄丸（熟地、山萸肉、淮山、泽泻、丹皮、知母、黄柏、茯苓）。

（七）眩晕

眩晕乃目视昏花、头沉晕转之证候，是伤后常见的病症，尤其是头部内伤后常见的后遗症。

1. 病因病机

（1）脑髓受损：《灵枢》说：“脑为髓之海”；“髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”颅脑损伤后，脑髓受损，髓海不足，故发眩晕。

（2）气逆血晕：《伤科汇纂·眩晕》说：“若扑打即时晕倒在地，此气逆血晕也。”扑打伤损时，一时气逆，血行受阻，故头晕目眩而倒地。

（3）克伐太过：《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“伤损之症，头目眩晕，有因服克伐之剂太过，中气受伤，以致眩晕者。”故伤损之症应慎服克伐之剂。

（4）气血亏虚：《证治汇补·眩晕》说：“血为气配，气之所丽，以血为荣，凡吐、衄、崩、漏、产生亡阴，肝家不

能收摄荣气，使诸血失道妄行，此眩晕生于血虚也。”故伤后失血过多，气血亏损，可发生为眩晕。

2. 临床症状与诊断

头晕、目眩，活动或烦恼时加剧，卧床或闭目养神后可得缓解，严重者耳鸣、神疲、健忘、头痛、失眠、心悸、纳差，或伴有恶心、呕吐、汗出，甚至猝然昏倒。气逆血晕者，面色苍白，呼吸微弱，脉细数。气血亏虚者，面色无华，唇甲苍白，舌质淡，脉细弱。

3. 治疗方法

脑髓受损：宜祛瘀生新、升清降浊，方用芎芷汤。有抽搐筋挛者用羚羊钩藤汤（羚羊角、钩藤、桑叶、川贝、竹茹、生地黄、菊花、茯神木、甘草）。陈伤积瘀者用补阳还五汤（生黄芪、归尾、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花）加天麻、钩藤。

气逆血晕：宜通关开窍、摄气归元，方用麝香七厘散、头部晕痛汤内服或通关散吹鼻。《急救方》记载：“用血管鹅毛煨存一钱，老酒调服即醒。”

气血亏虚或克伐太过：宜补养气血，方用芎归汤（当归、川芎）酌加桃仁、红花、枸杞、桑椹、阿胶、首乌。

（八）口渴

伤后由于大量出血、失水与伤津，常引起口干欲饮、舌燥等证候，称为损伤口渴。

1. 病因病机

（1）出血：损伤出血后，气血虚衰，津液与气同出一源，气血虚衰势必导致津液不足而出现口渴。

（2）失水伤津：在正常生理功能情况下，水液保持动态

平衡。损伤后，平衡失调，水液与津液丧失或滞留于组织间隙，因而产生失水与伤津液症状。

(3) 伤阴大汗：伤后由于积瘀化热或邪毒感染，热盛伤阴，火炽津枯。《灵枢·决气》说：“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津。”大汗则津液损耗，故发口渴。

(4) 生化不足：《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”损伤后，脏腑功能紊乱，脾胃虚弱，饮食俱少，津液化源不足，输布受阻，故发为口渴。

2. 临床症状与诊断

患者咽干、舌燥、眼眶凹陷，皮肤枯燥欠弹性，口渴思饮，躁动不安，尿少黄赤，脉细弱或浮数。失血者出现面色苍白、神疲肢冷等虚证，伤阴大汗者出现发热、舌红等热证。

3. 治疗方法

出血口渴：宜补血生津，方用当归补血汤（当归、黄芪）加麦冬、玉竹、花粉、黄芪。《薛氏医案·正体类要》说：“作渴若因出血过多，用四物汤加参术；如不应，用人参、黄芪以补气，当归、熟地以养血。”此方亦可供参考。

失水伤津：宜增液生津，方用增液汤（玄参、麦冬、生地黄）；或活血润燥生津汤，用以生津润燥，滋阴养血。

伤阴大汗：宜益气养阴，方用生脉散。若毒邪侵袭，大热大汗者，用白虎汤；毒甚加黄连、黄芩、大青叶；热甚加生地、知母、犀角代用品；渴甚加花粉、玄参。

生化不足：《薛氏医案·正体类要》说：“若胃热伤津液，用竹叶黄芪汤；胃虚津液不足，用补中益气汤；胃火炽盛，

用竹叶石膏汤；若烦热作渴，小便淋沥，乃肾经虚热，非地黄丸不能救。”凡脾胃化源不足及肾脏输布紊乱均可按上述辨证，方用竹叶黄芪汤（淡竹叶、黄芪、生地黄、当归、麦冬、川芎、甘草、炒黄芩、芍药、人参、煅石膏）、补中益气汤、竹叶石膏汤（淡竹叶、煅石膏、桔梗、木通、薄荷、甘草、生姜）及六味地黄丸等。

（九）呕吐

呕吐乃胃失和降，气逆于上而发。胃主受纳和腐熟水谷，其气主降，若伤损扰胃或胃虚失和，气逆于上，则发生呕吐。头部与胸腹损伤均可发生呕吐，但以腹部内伤与头部内伤为多见。

1. 病因病机

（1）瘀郁脑髓：头部内伤，瘀血凝滞，郁结脑髓，阻遏清阳，扰乱神明，气逆上冲，发为呕吐。

（2）瘀阻中焦：胃脘损伤，瘀阻中焦，气机不顺，胃失和降，水谷随气上逆，引起呕吐。

（3）忿怒伤肝：伤后恼怒或忧思，肝失条达，横逆犯胃，胃气上逆，食停难化，因而呕吐。

（4）脾胃虚弱：因损伤耗动中气，脾虚不能承受水谷，胃气上逆则每发呕吐。

2. 临床症状与诊断

瘀郁脑髓者，有头部损伤史，常并发头痛、头晕乃至昏愦，呕吐呈喷射性。瘀阻中焦，多见于胃脘部损伤，出现伤处疼痛，痛有定处，拒按，胃脘胀满，胃纳不佳，食后即吐，甚或伴有吐血等症状。忿怒伤肝，肝气犯胃，常痛无定处，胸胁痛闷，暖气吞酸，愠愠欲吐。脾胃虚弱，饮食稍不

慎，即易呕吐，或劳倦之后，困惫乏力，眩晕作呕，面色晄白，口干不欲饮，喜暖恶寒，舌质淡，脉濡弱。

3. 治疗方法

瘀郁脑髓：宜活血化瘀、升清降浊，方用玉枢丹（又名紫金锭）或麝香七厘散。

瘀阻中焦：《证治准绳·疡医》曰：“瘀血在膈间，阻碍气道而反胃者，以代抵当丸作芥子大，取三钱，去枕仰卧，细细咽之，令其搜逐停积，利下恶物，将息自愈。”代抵当丸（大黄、芒硝、桃仁、归尾、穿山甲、桂枝、生地）具逐瘀生新、和胃降气之功用。

忿怒伤肝：《薛氏医案·正体类要》说：“因忿怒而伤肝者，用小柴胡汤加山栀、茯苓。”小柴胡汤（柴胡、半夏、人参、甘草、黄芩、大枣、生姜）可疏理肝气，和胃降逆。

脾胃虚弱：《薛氏医案·正体类要》说：“因胃气虚者，用补中益气汤加生姜、半夏；因出血过多者，用六君子汤加当归。”补中益气汤主治因损伤气血耗损、中气不足而发生脾胃气虚者；六君子汤（人参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、半夏）主治因出血而引起脾胃阳虚气弱的呕吐患者。

（十）便秘

便秘即大便秘结不通，虽有便意，但排便困难。便秘的发生，主要由于肠道传导功能失常，粪便在肠内停留时间过长，水分被吸收，而致粪便过于干燥、坚硬，排出受阻。

1. 病因病机

（1）经络阻滞：多因脊柱骨折，督脉损伤所致。督脉总督手足三阳经，涉及手阳明大肠经时，由于经络不通，可出现排便困难。

(2) 气血凝滞：胸腹、脊柱、骨盆损伤，血瘀腹中，气血凝滞，肠胃消化障碍，通降失常，传导失职，而致便秘。

(3) 肠胃积热：伤后发热、出汗，肠胃燥热，耗伤津液，津失输布，不能下润大肠，而至大肠干燥，排出困难。

(4) 气血亏虚：损伤时大量出血或伤患缠绵，致气血大衰，肠胃运化无权，久无便意，又兼血虚津枯，故大便秘结。

2. 临床症状与诊断

大便干燥，排出困难，通常 3~5 日甚至 7~8 天才大便一次。日久可引起腹痛腹胀、头晕头胀、食欲减退、睡眠不安等。有的患者可引起痔疮、肛裂。便秘分虚、实两类，气血亏虚者属虚证，患者虽时有便意，且大便并不干燥，但努厕乏力，面色㿠白，神疲肢倦，舌淡苔白，脉虚。经络阻滞，气血凝滞，肠胃积热者多属实证，每见大便干结，小便短赤，腹胀腹痛，口干口臭，发热心烦，舌红苔黄燥，脉滑数。

3. 治疗方法

经络阻滞：宜通经润下，方用麻仁丸（麻仁、杏仁、枳实、大黄、厚朴、芍药）。亦可用生理盐水灌肠，若粪块积聚，可戴手套，手指涂上润滑油，将大便挖出。

气血凝滞：宜攻下逐瘀、消积通便，方用腹部逐瘀汤。

肠胃积热：宜清热润汤，方用活血润燥生津汤。

气血亏虚：宜养血润燥，方用润肠丸（大黄、归尾、羌活、桃仁、麻仁）、五仁丸（桃仁、杏仁、柏子仁、松子仁、郁李仁、陈皮）。

（十一）癃闭

损伤癃闭指伤后排尿困难，甚至小便闭塞不通的病症。《类证治裁·癃闭》说：“闭者，小便不通，癃者，小便不利。”临床上多合称为癃闭。

1. 病因病机

（1）尿路损伤：如会阴部骑跨伤后引起后尿道断裂，下腹部损伤产生膀胱破裂等，由于尿路中断，而致小便不能排出。

（2）经络阻滞：如脊椎骨折引起督脉损伤，督脉总督周身阳经，累及足太阳膀胱经时，则排尿功能失常而癃闭。

（3）肝郁气滞：《灵枢·经脉》说：“肝足厥阴之脉，……是主肝所生病者，……遗溺闭癃。”筋肉损伤后，恶血归肝，肝气郁结，失去疏泄条达功能，影响三焦水液的运行及气化，水道通调受阻。从经脉分布而言，肝经绕阴器，抵少腹，这也是肝经受累而产生癃闭的原因。肝郁气滞常见于严重之挤压伤。

（4）津液亏耗：损伤热证，大汗淋漓，饮水不足，或大量失血，致阴液大耗，津液亏损而发为尿少、癃闭。

（5）下焦湿热：损伤后，积瘀化热，湿气侵袭，湿热下注，阻滞膀胱，膀胱气化障碍，从而形成癃闭。

2. 临床症状与诊断

小便点滴而下，或点滴俱无，少腹胀或不胀。少腹胀者，说明膀胱传导功能失常，预后尚好。若小腹不胀，则其病生于肾，或为膀胱破裂，证候多危急。张景岳说：“小水不通为癃闭，此最危最急症也。水道不通内侵脾胃而为胀，外侵肌肉而为肿，泛及中焦而为呕，再及上焦而为喘，数日

不通则奔迫难堪，必致危殆。”损伤癃闭与内科癃闭一样，胀、肿、呕、喘皆为癃闭之后常见的并发症。此时，患者面色苍白，四肢冰冷，神志滞呆，甚至昏愦、脉细数。

3. 治疗方法

尿路损伤：需急症手术，修补尿路，使其恢复通畅。

经络阻滞：宜行气解郁、清利水道，方用行气通淋汤。若不应，需插导尿管排尿。

肝郁气滞：宜疏肝理气、通利小便，方用行瘀疏滞汤（见筋伤验方）加柴胡、茅根、栀子、石韦、山茱萸等。

津液亏耗：宜滋阴养液，方用增液汤或活血润燥生津汤。

下焦湿热：宜清利湿热、通利小便，方用疏滞逐水汤或八正散（车前子、木通、瞿麦、篇蓄、滑石、大黄、栀子仁、甘草）加减。有尿血者，用小蓟饮子或清热凉血汤。

二、内伤验方

1. 理气散瘀汤

处方：川芎二钱 归尾三钱 红花二钱 泽兰二钱 生地三钱 制陈皮二钱 枳壳二钱 槟榔二钱 续断三钱 甘草一钱

功用：理气和伤，散瘀活血。

主治：新伤气逆不顺，瘀阻作痛。

用法：酒水各半煎服。

2. 跌打损伤汤

处方：归尾三钱 赤芍三钱 制乳香一钱半 白术三钱 生地三钱 制没药一钱半 苏木二钱 泽泻三钱 荆芥一钱半 桃仁二钱 红花一钱半 五加皮二钱 大便不通加大黄

三钱

功用：活血散瘀、定痛。

主治：跌打损伤，蓄瘀作痛。

用法：水煎服。

3. 新伤逐瘀汤

处方：生地三钱 苏木二钱 泽兰二钱 木香二钱 大黄二钱 红花二钱 桃仁二钱 黑丑一钱

功用：攻下逐瘀，理伤。

主治：气滞瘀凝、属新伤体质壮实者。

用法：酒水各半煎服。

4. 活血散结汤

处方：当归二钱 赤芍三钱 紫苏三钱 红花二钱 茜草三钱 熟地四钱 三七二钱 蒲黄二钱 姜黄一钱半 莪术二钱 甘草一钱 泽兰二钱

功用：活血补血，散结和营。

主治：挫伤、肿块未散者。

用法：酒水各半煎服。

5. 回生散

处方：三七三两 熊胆一钱 麝香一钱 朱砂三两 血竭三两 川连三两 琥珀三两 牛黄一钱 山羊血三两 郁金一两 续断三两 川贝三两 骨碎补三两 铁树根五两

功用：活血、化瘀、镇痛。

主治：久年重伤，逢天气变化作痛。

用法：共研细末，每服五分，开水送服。儿童减半。孕妇忌服。

6. 麝香七厘散

处方：制乳香二两 麝香五钱 革澄茄一两五钱 草豆

蔻一两五钱 槟榔三两 丁香二两 煅虎骨三两 三七三两
木香二两 沉香三两 龙涎香二两 人中白三两 煅自然铜
五两 无名异四两

功用：行气散结，化瘀镇痛。

主治：久年陈伤，重伤昏迷。

用法：共研细末，每服一分，每日二次，开水送服，儿童减半。孕妇忌服。

7. 通关散

处方：雄黄二钱 朱砂二钱 芒硝三钱 麝香三分 冰
片三钱 牙皂二钱 细辛六分 蟾酥五分

功用：通窍、清心。

主治：外伤性休克。

用法：共研成粉末，装在磁瓶封固，临症时，吹入鼻内，一嚏即醒。

8. 复苏汤

处方：三七二钱 龙骨三钱 真珠粉二分 川朴二钱
辰砂一钱 琥珀二钱 血竭三钱 枳壳二钱 麝香二分 菖
蒲二钱

功用：通窍安神，理气化瘀。

主治：重伤之后，有人事不省者。

用法：水煎服。

9. 芎芷汤

处方：川芎二钱 白芷二钱 细辛七分 生石膏四钱
甘草一钱 白菊花三钱

功用：祛风、清热。

主治：头部挫伤，肿痛伴有头晕者。

用法：每日一剂，水煎服。

10. 头风止晕汤

处方：天麻三钱 羚羊角一分半 川芎三钱 鸡内金三钱

功用：祛风止晕，醒脑开窍。

主治：头部挫伤后期或脑震荡后遗症。

用法：每日一剂，水煎服。

11. 通窍祛瘀汤

处方：当归三钱 赤芍三钱 川芎一钱半 桃仁二钱
朱砂二钱 琥珀二钱 双钩藤三钱 蝉衣一钱 防风二钱
甘草一钱 麝香一分 沉香一钱 菖蒲二钱

功用：活血祛瘀，疏风养血，通窍活络。

主治：重伤之后，人事不省。

用法：水煎服。

12. 祛风散瘀汤

处方：生地五钱 苏木二钱 薄荷一钱 三七一钱 白
术三钱 桃仁二钱 红花一钱 五加皮三钱 防风一钱半

功用：理气活血，散瘀和伤。

主治：肋部挫伤，气滞血瘀。

用法：水煎服。

13. 顺气祛瘀汤

处方：茅根八钱 沉香一钱 木香一钱 槟榔三钱 半
夏二钱 枳壳二钱 桔梗二钱 郁金二钱 红花一钱 三七
一钱 桃仁二钱 陈皮二钱 甘草一钱

功用：开胸顺气，祛瘀和中。

主治：胸部外伤，内有蓄血者。

用法：水煎服。

14. 红伤药

处方：川连三两 熊胆二钱 朱砂三两 甘草一两 麝香二钱 地龙干三两 三七三两 血竭二两 山羊血二两 沉香五钱 西红花五钱

功用：化瘀、和伤。

主治：陈伤作痛。

用法：共研细末，每服五分，黄酒送服。孕妇忌服。

15. 逐瘀消积汤

处方：归尾二钱 红花二钱 生地三钱 赤芍三钱 羌活一钱 桃仁二钱 苏木二钱 枳壳二钱 陈皮二钱 郁金二钱 续断三钱 泽兰二钱 甘草一钱

功用：活血去瘀，理气舒筋。

主治：腹部挫伤，瘀血阻滞。

用法：水煎服。

16. 散瘀健脾汤

处方：麦冬三钱 杏仁三钱 当归二钱 枳壳二钱 郁金二钱 茯苓三钱 红花一钱 陈皮二钱 茜草三钱 泽兰二钱 青皮一钱

功用：理气散瘀，健脾和营。

主治：腕部受伤，胀闷不舒。

用法：水煎服。

17. 养营益气汤

处方：白术二钱 生黄芪三钱 陈皮一钱 升麻一钱 当归二钱 五味子一钱半 柴胡二钱 麦冬三钱 炙甘草一钱

功用：益气健脾，养血和营。

主治：伤后体质虚弱，脾虚，尤其气血两虚患者。

用法：水煎服。

18. 理气健胃汤

处方：麦冬三钱 槟榔三钱 当归二钱 陈皮二钱 龙
涎香二钱 红花一钱 泽兰二钱 甘草一钱

功用：理气化痰，健胃和中。

主治：胸腹受伤，脘闷厌食。

用法：水煎服。

19. 补肾养血汤

处方：川连二钱 茯神三钱 当归二钱 生地三钱 枸
杞五钱 人中白三钱 桔梗二钱 川芎二钱 益母草三钱
甘草一钱

功用：补肾养血。

主治：腰部挫伤。

用法：水煎服。

20. 胜金散

处方：枳壳四钱 朱砂三钱 煅虎骨一两 紫荆皮一两

功用：行气消肿。

主治：新伤肿痛。

用法：共研细末，每服一钱，开水送服，儿童减半。

21. 安神止痛汤

处方：淮山药五钱 白芍五钱 制乳香一钱半 莲子八
钱 远志二钱 制没药一钱半 黄芪三钱 生地三钱 双钩
藤三钱 三七一钱 党参五钱 酸枣仁三钱 甘草一钱 琥
珀二钱 醋元胡二钱 朱茯神三钱

功用：宁心安神，益气镇痛。

主治：得伤痛极，夜寐不安。

用法：水煎服。

22. 定痛和营汤

处方：当归三钱 赤芍三钱 川芎二钱 生地三钱 红花一钱 苏木二钱 琥珀一钱 血竭二钱 制乳香一钱 朱砂二钱 淮牛膝三钱 砂仁一钱半 三七二钱 枳壳二钱 大黄二钱 甘草一钱

功用：和营定痛，活血祛瘀。

主治：新伤气阻血滞。

春季加：泽泻二钱、续断三钱、甘草一钱，酒水各半煎服。

夏季加：麦冬三钱、天冬二钱、泽泻三钱，水煎服。

秋季加：冰糖三钱、黄芩二钱、五味子三钱，酒水各半煎服。

冬季加：紫苏二钱、续断三钱、破故纸三钱，酒煎服。

23. 驱伤汤

处方：当归三钱 红花二钱 桃仁二钱 赤芍二钱 泽兰二钱 莪术二钱 三七二钱 沉香一钱 甘草一钱

功用：活血祛瘀，通络止痛。

主治：跌打损伤肿痛者。

用法：水煎服。

24. 旧伤跌打汤

处方：三七二钱 梔子二钱 五灵脂三钱 生地三钱 羌活二钱 制乳香一钱 独活二钱 杜仲三钱 制没药一钱 防风二钱 赤芍三钱 穿山甲二钱

功用：疏风散瘀，凉血消肿。

主治：跌打旧伤，瘀血肿胀者。

用法：酒水各半煎服。

25. 陈伤止痛汤

处方：无名异一钱半 乳香一钱 没药一钱 琥珀二钱
沉香一钱半 血竭二钱 枳壳二钱 田三七二钱 海翁香一钱半

功用：行气理伤，消肿止痛。

主治：陈伤作痛。

用法：水煎服。

26. 风伤丸

处方：川芎六两 归中八两 赤芍八两 生地八两 党参八两 茯苓八两 木香二两 砂仁二两 肉桂五钱 沉香二两 三七三两 桃仁六两 泽泻八两 淮牛膝八两 红花三两 续断八两 双钩藤六两 乳香三两

功用：活血定痛，舒筋壮骨。

主治：一切跌打损伤。

用法：每日一丸（糊丸，每丸重四钱），酒水各半炖服。

27. 祛风酒

处方：羌活二两 木瓜三两 五加皮三两 牛膝三两 续断三两 独活二两 党参五两 白芍二两 秦艽二两 冰糖一斤 桑寄生二两 破故纸三两 高粱酒十斤

功用：祛风、活血通络。

主治：骨节酸痛，筋络拘挛。

用法：每次服一两，每日中晚各一次。

28. 风伤膏

处方：红花三两 归尾四两 生川乌二两 生地六两 牛膝四两 生草乌二两 三棱三两 莪术三两 穿山龙三两 五加皮三两 羌活二两 独活二两

以上 12 味粗料，用净茶油二斤八两，桐油十二两，同

入大锅内熬炼，滤去药渣，再加上以下9味细料。

乳香一两 没药一两 肉桂一两 梔子三两 楠香二两
北芥子一两五钱 三七二两 沉香二两 炒黄丹一斤八两

功活：活血定痛。

主治：一切跌打损伤。

用法：根据患部大小，将膏药摊在布上分大、中、小三种温贴患处。

29. 清热凉血汤

处方：槐花三钱 地榆三钱 三七一钱 茜草三钱 生地三钱 辰砂一钱 茯苓三钱 白术三钱 泽泻三钱

功用：清热化瘀，凉血止血。

主治：劳伤筋络，伴有便血溺血者。

用法：水煎服。

30. 化瘀通淋汤

处方：木通三钱 泽泻三钱 淮牛膝三钱 桃仁一钱 续断三钱 制乳香一钱半 当归二钱 防己三钱 川芎一钱半 茯苓三钱 赤芍三钱 炙甘草一钱 车前子三钱

功用：祛瘀血、利小便。

主治：腰、腹部损伤，湿聚瘀阻，小便不利。

用法：水煎服。

31. 益气活血汤

处方：桂枝二钱 柴胡二钱 归尾三钱 川芎二钱 赤芍三钱 丹皮二钱 红花二钱 苏木二钱 桔梗三钱 升麻二钱 甘草一钱

功用：理气定痛，活血破瘀。

主治：气血两伤，胸闷不舒者。

用法：水煎服。

32. 养血行气汤

处方：当归二钱 生地四钱 熟地五钱 红花二钱 桃仁二钱 郁金二钱 苏木二钱 三七二钱 泽兰二钱 木香一钱半 沉香一钱 桔梗二钱 大黄二钱

功用：活血解郁，消肿定痛。

主治：气滞瘀阻，局部肿痛。

用法：水煎服。

33. 调气活血汤

处方：当归三钱 川芎二钱 木香一钱半 生地三钱 赤芍三钱 制乳香一钱半 肉桂五分

功用：温经活血，理气和伤。

主治：损伤后期，气血虚弱。

用法：水煎服。

34. 开胸顺气汤

处方：肉豆蔻一钱 桃仁二钱 归尾二钱 桔梗二钱 龙涎香一钱 槟榔二钱 茜草三钱 陈皮二钱 枳壳二钱 甘草一钱

功用：破积开胸，顺气。

主治：胸部内伤，呼吸不顺，气滞所致者。

用法：水煎服。

35. 宿伤祛瘀汤

处方：归尾二钱 红花一钱 桃仁二钱 泽兰二钱 陈皮二钱 甘草一钱 莪术一钱半 龙涎香一钱半

功用：祛宿瘀，散积聚。

主治：久年陈伤瘀血结聚。

用法：水煎服。

36. 顺气宽胸汤

处方：桔梗三钱 枳壳二钱 川朴一钱半 木香一钱
白芷一钱半 白术三钱 苍术二钱 防风二钱 甘草一钱

功用：开胸、理气、镇痛。

主治：胸部挫伤，呼吸不顺，气滞作痛。

用法：水煎服。

37. 强心安镇汤

处方：西洋参三钱 生黄芪七钱 延胡五钱 田七三钱
羚羊角一分 合欢皮三钱

功用：补气和营，镇肝息风，安神解痉。

主治：创伤后心悸、惊恐、烦躁不安者。

用法：水煎服，日一剂。

38. 头部晕痛汤

处方：天麻五钱 川芎三钱 鸡内金五钱 羚羊角一分
元胡五钱 白芷三钱 防风三钱 合欢皮四钱

功用：活血行气，熄风安神，止晕镇痛。

主治：头部损伤后发生头晕头痛者。

用法：水煎服，日一剂。

39. 活血润燥生津汤

处方：熟地四钱 当归二钱 天花粉三钱 白芍三钱
麦冬三钱 红花二钱 桃仁二钱 天门冬五钱 瓜蒌实五钱

功用：祛瘀活血，润燥通肠。

主治：阴亏血少，大便秘结者。

用法：水煎服。

40. 腹部逐瘀汤

处方：郁金二钱 郁苏参三钱 苏木三钱 槟榔二钱
红花二钱 大黄三钱 泽兰二钱 三棱二钱 淮牛膝三钱

功用：通瘀散结。

主治：瘀血内蓄，腹部闷痛，大便秘结者。

用法：水煎服。

41. 行气通淋汤

处方：砂仁一钱 泽泻三钱 广木香一钱 琥珀二钱
白芍三钱 车前子三钱 续断三钱 黄芪三钱 双钩藤三钱
甘草一钱 木通三钱 川贝母二钱 连翘三钱 防己三钱
茯神三钱

功用：行气清热，化瘀通淋。

主治：腹部损伤，小便不利者。

用法：水煎服。

42. 疏滞逐水汤

处方：泽泻三钱 黑丑三钱 红花二钱 猪苓三钱 槟榔二钱
木通三钱 枳壳二钱 陈皮二钱 生地三钱

功用：逐水疏滞。

主治：小便不利，气滞肿胀。

用法：水煎服。

三、内伤医案

(一) 头部内伤

胡某，男，42岁，马尾养路段工人。就诊日期：1977年9月25日。病案号：770974。病史摘要：患者4小时前因施拉机翻车而使头部受伤，当时人事不省约20分钟，醒后感头晕、头痛、耳鸣、视物模糊，伴呕吐1次，系胃内容物。由他人送入我院。检查：患者神志尚清楚，对答切题，呼吸平顺，双瞳孔等圆等大，对光反应正常，颈软，胸腹无

异常，舌淡红，脉弦紧。右头顶部可见肿胀，皮下轻度瘀血，局部压痛明显。诊断：头部损伤（脑震荡）。

治疗经过：先给麝香七厘散内服，次日患者头晕、头痛减轻，即服芎芷汤，每日1剂，连服5天，患者头痛、头晕好转出院。

按：头部损伤临床上可分为头皮损伤、颅骨骨折和颅内组织（脑）损伤三种，但常合并发生。其中头皮损伤症状较轻，如开放性者应清创缝合，瘀血肿痛者宜服麝香七厘散，出血较多，气血受损，可服理气补血汤或营养丸。颅骨骨折病情稍重些，颅顶骨折如开放性应给予彻底清创；颅底骨折应禁止耳鼻的填塞或冲洗，以免引起颅内感染，可服退瘀消肿汤。脑损伤，轻者为脑震荡，给服麝香七厘散及芎芷汤；重者为颅内血肿或脑挫裂伤，病情较重，应进行抢救或转神经科手术。

（二）胸部内伤

田某，男27岁，福州台江市场商贩。就诊日期：1984年9月13日，病案号：840968。病史摘要：患者于4天前因小事与其他商贩斗殴，右胸部被人击伤，引起右胸部肿胀、疼痛，胸闷，呼吸不畅，转侧或咳嗽时疼痛加剧，有时痰中带血，不能平卧，曾就诊于私人诊所，给洗伤治疗，未见明显效果。检查：患者面色暗，痛苦呻吟，呼吸稍急促，不能平卧。舌质暗紫，边有瘀斑，脉弦涩。右锁骨中线第4~5肋骨处明显肿胀，皮下瘀血范围约6厘米×5厘米，压痛明显。胸廓挤压征（-）。诊断：右胸部内伤（气血两伤型）。

治疗经过：局部外敷软吊散，内服活血通气汤，每天1

剂，2天后患者右胸肿痛明显减轻，呼吸平顺，能平卧。改服风伤丸，每日1丸，酒水各半炖服，外敷活血散。5天后患者右胸肿痛好转，步行出院。

按：胸部内伤指外力伤及胸壁的筋肉、骨骼、胸膜和胸内器官（如心肺等）而引起气血、经络和脏腑等损伤，并发生一系列证候。胸部内伤外治法如下：胸胁挫伤，外敷消肿散、活血散、软吊散；陈伤可用风伤膏、舒筋活络膏。肋骨骨折，用胶布固定法。气胸，若胸腔积气少，一般可自行吸收；若积气较多，有气急存在，可自第二肋间锁骨中线处行胸腔穿刺抽去积气；血胸，在损伤12~24小时后施行胸腔穿刺术抽去积血。内治法如下：①新伤：伤气型，宜疏肝行气止痛为主，方用顺气宽胸汤、活血通气汤、开胸顺气汤；伤血型，宜活血化瘀止痛为主，方用顺气祛瘀汤、祛风散瘀汤、红伤药等；气血两伤型，宜行气活血，方用活血镇痛汤、调气活血汤、行血利气汤等。②陈伤：虚证，可用八珍汤合柴胡疏肝散、理气补血汤等；实证，用红伤药、宿伤祛瘀汤、驱伤汤等。

（三）腹部内伤

孙某，男，30岁，福州三叉街清洁工。就诊日期：1980年12月14日。病案号：801280。病史摘要：患者三天前不慎被垃圾车的车柄撞伤上腹部，患处肿胀，剧痛，伴腹胀、纳呆、便秘。曾经就诊某医院伤科，经服中药及外贴镇江膏等处理未见效。检查：面色稍红，痛苦面容，弯腰捧腹，舌质暗，脉弦紧。上腹部肌紧张，轻度肿胀，有少许瘀点，拒按，触痛明显，无反跳痛，腹鸣音尚正常。诊断：腹部内伤（气血两伤型）。

治疗经过：外敷软吊散，内服散瘀健脾汤，每日1剂，连用3天，患者腹痛、腹胀明显减轻。以后改用活血散外敷，内服腹部逐瘀汤，每日1剂，4天后腹痛疼痛消失，无腹胀，纳食正常。

按：腹部内伤乃指腹壁及腹腔脏器包括肝、胆、脾、胃、肠、膀胱等闭合性损伤。腹壁挫伤者病情较轻，其中新伤伤气型，拟理气活络佐以活血止痛，如活血通气汤、理气健胃汤；新伤伤血型或气血两伤型，宜活血化瘀，佐以润肠通便之剂，如加味承气汤、逐瘀消积汤、散瘀健脾汤；陈伤虚证者，宜益气养血、化瘀生新，可用八珍汤、十全大补汤；陈伤实证者，宜破瘀散结、润肠通腑，可用腹部逐瘀汤、宿伤祛瘀汤。腹腔内脏损伤应及时转外科治疗。

（四）腰部内伤

许某，男，33岁，福建省六建工人。就诊日期：1982年4月19日。病案号：820483。病史摘要：患者5天，在3米处作业时不慎跌下，腰部撞在一根木头上，出现右腰部肿胀剧烈疼痛，俯、仰、转侧困难，但大小便正常。曾在某医院就诊，拟诊为腰部挫伤，给止痛、消炎、外贴伤湿膏等处理，症状未见减轻，遂转本院。检查：面色灰暗，痛苦难忍，以右手扶按住右腰部。舌质暗紫，脉涩。右腰部肿胀明显，腰肌紧张，局部压痛，腰部活动明显受限。诊断：右腰部挫伤（伤血型）。

治疗经过：外敷消肿散，内服补肾养血汤，每日1剂。2天后右腰部肿痛明显减轻，改敷跌打祛伤散，仍内服补肾养血汤。6天后腰部肿痛消失，活动正常。

按：腰部内伤，轻者为腰部挫伤，严重者可合并肾破

裂。腰部挫伤初期，应注意卧床休息，可内服补肾养血汤、化瘀通淋汤；兼便秘腹胀实证，宜通理攻下，用腹部逐瘀汤；癃闭或淋沥不畅用化瘀通淋汤或八正散加减。腰部陈伤，宜补益调治、舒筋活络，可内服补肾壮骨汤。肾挫伤，宜凉血止血、利水化瘀，常用清热凉血汤或小蓟饮子。腰部挫伤及肾挫伤急性期可外敷消肿止痛、舒筋活络的药物，如消肿散、活血散、跌打祛伤散、软吊散等，腰部陈伤可外敷硬吊散、破瘀愈伤散。严重肾挫裂伤应考虑手术治疗。

骨 病

一、骨病概述

(一) 附骨疽（化脓性骨髓炎）

附骨疽是一种附着于骨的深部脓疡。好发于青少年，2~20岁约占80%。四肢管状长骨较常见，其发病率依次为胫腓骨、桡尺骨、股骨及肱骨。其临床特征是患处红肿，连筋附骨，疼痛难忍，溃后脓液淋漓，不易收口，形成窦道，伤筋蚀骨，病程迁延，反复发作，经久不愈。

附骨疽现称化脓性骨髓炎，是由化脓性细菌经血运或直接侵入骨内而发生。

1. 病因病机

(1) 邪毒蚀骨：本病多因疔疮、疖肿、痈疽或中耳炎、扁桃体炎、麻疹、伤寒等病后，正气虚弱，余毒炽盛，深窜入里，邪毒腐筋蚀骨，蕴积成脓。

(2) 外伤感染：跌打损伤，尤其开放性骨折，全身与局部正气虚衰，复感邪毒，凝滞筋骨，蕴郁化脓。

2. 临床症状与诊断

发病前可能有疔、疖、痈、中耳炎、上呼吸道感染病史，或跌打损伤史。

发病急，突然寒战、高热，体温可达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，脉搏加快，血白细胞计数可达 $2 \times 10^9/\text{L}$ 以上。

患肢剧痛，活动障碍。

早期皮肤不红肿或仅有轻度肿胀，数天后脓液穿破骨膜而波及骨周围筋肉时，局部出现红、肿、痛、热等表现。凡急性患者，又称附骨痈。

患肢如已形成脓肿，则可出现波动感，局部穿刺可抽出脓液。

慢性患者，多有急性发作史或开放性骨折史，患肢可见长期不愈合的窦道，窦道反复长期流脓，或偶尔见有小死骨片流出。

X线检查，早期常无骨质改变；发病2周后X线片可能显示骨影模糊、骨质破坏或明显骨膜反应；4周后才可能发现死骨和包壳形成。慢性者，可呈现广泛骨硬化、死骨、骨空洞等现象。

3. 治疗方法

(1) 内治法：根据患者全身情况及病情发展的不同阶段辨证施治。

毒热炽盛型：由于感染扩散或排脓不畅，患部肿痛，伴有全身中毒症状，如发热、食欲不振、精神倦怠等。舌苔黄厚，舌质红绛，脉滑数，创口脓液稠厚臭。治疗应以清热解毒、退瘀消肿为原则，方用退瘀消肿汤（见骨折验方）加

减，或内服附骨痛方。临床可随证加减：发于上肢者，加桑枝、桂枝；发于下肢者，加木瓜、牛膝；剧痛者，加乳香、没药；体虚者，加黄芪、党参；高热者，加石膏、知母、板蓝根。

气血两虚型：局部流脓经久不愈或反复发作，营养慢性消耗，导致气血双亏，患者面色萎黄，体倦纳少，心悸盗汗，失眠健忘，舌苔白，舌质淡，脉细或虚大，创口肉芽浮肿，色灰白。治疗应以补益气血为原则，方用养营丸（见骨折验方）；或附骨疽方加减，以补气活血、清热解毒。

虚寒肿痛型：瘰管或窦道周围瘢痕肿硬，由于气血虚弱，遇寒或过累则患处疼痛较剧，患者面色无华，神疲乏力，舌质淡红或嫩红，苔白，脉细数。治疗应以补血温中、托里定痛为原则，方用托里定痛汤加减。

肝肾亏损型：筋骨损害日久，内动肝肾，患者腰膝酸软，头晕耳鸣，四肢无力，舌质淡红，脉沉细无力。治疗应以滋补肝肾、调养气血、强筋壮骨为原则，方用补肾丸（见骨折验方），或六味地黄汤加女贞子、菟丝子、牛膝、龟板、杜仲、枸杞等。

(2) 外治法：患处皮肤红肿热痛时，可用消肿散外敷；形成脓肿、皮肤有波动征时应切开排脓；瘰管或窦道较深，脓液稠厚，引流不畅时，可用棉纸卷入少量八二丹，搓成药捻，将此药沿瘰管外口插入深处引流，每天更换药捻1次；伤口脓液引流通畅，脓液稀薄且量少时，可用骨疽膏外贴，以拔毒除腐，化结生肌，伤口较浅或形成慢性溃疡后，可用消炎膏（见骨折验方）或过皮膏摊在扎孔的油纸（涂上茶油的棉纸）上换药。若瘰管深而曲转，腐肉蚀骨未脱净者，可用刮匙搔刮；有死骨形成，并且完全分离者，可手术切开

将死骨夹去。

(3) 调护：患者应增进营养，改善体质。若感染未控制，患处红、肿、热、痛较明显时，应使患肢充分休息。可用沙袋、夹板等临时固定制动，以减轻疼痛和防止病理性骨折。当病情较稳定后，应适时下床活动，配合练功，促进肢体功能早期恢复。

(二) 关节流注（化脓性关节炎）

关节流注是发于关节的脓疡，因邪毒流于经脉，注入关节所致。其临床特征是关节部位漫肿，疼痛剧烈，伴有发热，穿刺可抽出脓液。本病现称化脓性关节炎，多见于小儿，男多于女，系化脓性细菌引起的关节感染，常见于髋、膝关节。

1. 病因病机

(1) 邪毒流注：本病多因疔疮、疖肿、痈疽病后，余毒流注关节所致；或因暑湿、湿毒，侵袭机体，客于营卫，阻于经络，蕴热蓄毒而发病。

(2) 瘀血流注：跌打损伤，筋脉受损，瘀血停滞，或产后恶露未尽，郁而化热，热毒流注关节而发病。

(3) 先天不足：气血与肝肾皆虚，寒邪乘虚入里，流注关节，也可发生本病。

2. 临床症状与诊断 发病前常有疔、疖、痈等细菌感染史或跌打损伤史。

发病急剧，全身不适，寒战发热，白红细胞计数可在 $2 \times 10^9/L$ 以上，血沉增高。

受累关节疼痛、肿胀、活动障碍。若病情发展，关节脓液增多，局部红肿，疼痛加剧，压痛明显，可有波动感。受

累关节处于松弛位，如髋关节屈曲外展外旋，膝关节屈曲，常发生病理性脱位。

关节穿刺可抽出脓液，如关节脓液向外破溃至筋肉间，疼痛减轻；如穿破皮肤，则形成窦道。

X线检查：早期因滑膜肿胀充血，关节液增加，故出现关节间隙增宽、关节囊肿胀；如软骨面有破坏，则关节间隙变窄；有时可并发病理性脱位。晚期，关节间隙消失，呈骨性或纤维性强直。

3. 治疗方法 分为内治与外治。

(1) 内治法：应根据发病不同时期，给予适当方药治疗。

早期未成脓者，方用五味消毒饮，或用：①解毒消脓方，清热解毒，活血通络；②清热解脓汤，清热解毒，托里消脓。

中期已成脓而未破溃者，宜清热解毒、托里透脓，方用托里透脓汤或消炎透脓方。

后期脓已破溃者，宜益气化瘀，托里定痛，方用托里定痛汤或益气化瘀汤。

(2) 外治法：早期宜外敷消肿散、消炎散或消毒散。

关节已成脓后，应作关节穿刺，吸尽关节内脓液，必要时可切开排脓。

形成窦道或瘻管，若脓液稠厚，引流不畅时，可用棉纸卷入少量八二丹或七三丹（熟石膏7份，升丹3份），搓成药捻，将此药捻沿瘻管外口插入深处引流，每天换药1次；若伤口脓液引流通畅，脓液稀薄且量少时，可用骨疽膏外贴。

伤口较浅表时，可用消炎膏或过皮膏摊在扎孔的油纸上

换药。

局部炎症消退，无伤口，而关节发生挛缩僵硬时，可用风伤洗剂熏洗，外涂风伤药水，以利关节功能恢复。

(3) 调护：应予以全身支持疗法，给高蛋白饮食，增进营养。急性期，可用直角托板或皮肤牵引固定患肢于功能位，减少感染扩散，减轻疼痛。肌肉炎症消退后，可进行关节练功活动，以恢复肢体功能。

(三) 骨癆（骨关节结核）

骨癆，或称流痰，今名骨关节结核。因其发病部位不同名称亦不同。如发于脊背称为“龟背痰”，发于髋部称为“附骨痰”，发于膝部称为“鹤膝痰”，发于踝部称为“穿拐痰”等。本病发病年龄以10岁以下儿童为最多，尤以4岁为高峰，其次为21~30岁，再其次为11~20岁，30岁以后病例数迅速下降。本病好发部位依次为脊柱、膝关节、髋关节、肘关节，其中脊柱结核约占50%。

1. 病因病机

(1) 先天不足：本病好发于儿童，多因先天不足，骨骼柔软，肾气虚弱所致。肾主骨，肾气虚则骨生长障碍，骨质疏松，外邪容易侵犯而发病。

(2) 外伤劳损：若有所损伤，气血失和，或慢性劳损，正气亏虚，外邪乘虚而入。

(3) 痰浊凝聚：风寒侵袭机体，沿经脉深窜入里，流于筋骨，痰浊凝聚而发病，久则寒化为热，出现阴虚火旺的证候。脓疡破溃后，脓水淋漓不断，耗伤气血津液，故又可出现气血两虚的症状。现代医学认为本病由结核杆菌引起，骨关节结核属继发性病灶，原发病灶约95%在肺部，经血行

而播散。

2. 临床症状与诊断 本病病史长，发病缓慢，早期患处仅有轻度疼痛，常不引起重视，继而可出现潮热、盗汗、消瘦、失眠、精神萎靡、口燥咽干、胃纳差等症状，舌红苔少，脉细数。

本病常发生儿童及青少年，好发于负重或易损伤的关节，如脊柱、髋、膝等关节，病灶多单发，常合并肺结核、淋巴结核等。

早期疼痛轻微，以后随着病情发展逐渐加重。疼痛一般局限于本关节，但由于神经放射，亦可出现远处部分疼痛，如脊柱结核除腰背痛外，可出现胸部、腹部、肋间等处放射痛，髋关节结核可出现膝部痛。

关节肿胀。病变的关节周围发生肿胀，但局部皮肤一般无发红现象。

寒性脓疡及窦道。所产生的脓疡的局部皮肤和筋肉无红肿热等急性炎症表现，故常称为“寒性脓疡”或“冷脓疡”。

脓疡破溃后流出干酪样物质或稀薄如米泔样脓液，形成经久不愈窦道。

病变关节周围常出现肌痉挛、肌萎缩、畸形、关节功能障碍。

X线检查对明确诊断很有帮助。X线拍片主要显示骨质疏松，松质骨呈溶骨改变或出现空洞及死骨等。

化验检查，病变活动期血沉加快，静止期或恢复期血沉可恢复正常，红细胞及血红蛋白可能降低。

3. 治疗方法

(1) 内治法：根据临床表现可分为以下三期。

初期：宜补肾养血、温通经络、散寒化痰，用阳和汤

(熟地、鹿角胶、姜炭、肉桂、麻黄、白芥子、生甘草) 加减。

中期：宜补益气血、托里透脓，用托里透脓汤加减。

后期：宜气血双补、培补肝肾，用八珍汤、十全大补汤加减。若阴虚火旺、骨蒸劳热，宜养阴清热，用清骨散（银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘草）或大补阴丸（黄柏、知母、熟地黄、龟板）加减。

(2) 外治法：局部肿胀疼痛者，可有阳和解凝膏外敷；成脓后，可穿刺抽脓；脓溃后形成窦道，可用红升丹或八二丹、七三丹药捻换药；脓尽后创面可用消炎膏或过皮膏摊在扎孔油纸上换药。若病灶内有较大死骨，可手术清除。

(3) 调护：加强营养，注意休息，选择阳光充足、空气新鲜的环境疗养。凡局部或全身症状严重者，应卧床休息，局部制动，用直角托板或皮肤牵引将患肢固定于功能位，促进病灶吸收，并防止肌肉挛缩、关节畸形。

(四) 痹证

痹是阻闭不通的意思。当人体骨、关节及筋肉遭受风寒湿邪侵袭后，经络阻闭，气血运行不能畅通，肢体产生疼痛、麻木、酸楚、重着及关节肿胀、拘挛、弛纵、屈伸不利等症状，统称为痹证。《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”指出风寒湿邪是本病的病因，同时根据邪气偏盛分为行痹、痛痹、着痹。《素问·痹论》还依发病季节与部位不同分为五痹，曰：“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”若痹证经久不愈或复感于邪，由浅入深，可内舍五脏六腑。《素问·痹论》又说：“骨痹不已，复感于邪，

内舍于肾。筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。脉痹不已，复感于邪，内舍于心。肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”对于痹证的病因病机、辨证分类以及疾病转归等，《内经》均做了较详细的描述。后世一些医家又称本病为历节、痛风、中湿、风湿、走注、白虎风、鬼箭风等，但近代通常仍以痹证作为这一类疾患的总称。人体发生跌打损伤后，患处气血凝滞，经络阻闭，且周身体质减弱，正气下降，易感受风寒湿邪侵袭，故损伤后常并发痹证，且病程缠绵，经久不愈。

1. 病因病机

(1) 风寒湿邪侵袭：气候变化无常、阴雨连绵，风吹寒冻，居处潮湿或涉水冒雨，风寒湿邪均可侵袭机体，损伤后更易发病。风寒湿三气杂合中，因各气的偏胜、轻重不同，临床表现亦各异。风气胜者，因风性善行数变，故时而走窜上肢，时而流注下肢，疼痛游走不定；寒气胜者，因寒邪凝而不散，故疼痛较剧，甚者如锥刺，痛有定处，关节不可屈伸；湿气胜者，因湿邪粘滞难解，故表现四肢麻木不仁，重着不移。

(2) 素体虚衰：《灵枢·刺节真邪》说：“虚邪搏于皮肤之间，其气外发腠理，开毫毛，留而不去为痹。”因体虚，腠理空疏，营卫不固，邪气乘虚而入，导致痹证。

(3) 外伤劳损：机体损伤后，恶血内留，瘀阻经络，或离经之血聚于皮肉之间，气血运行阻滞。同时，伤后筋脉失养，素体虚弱，外邪乘虚而入，恶血与邪气相搏，发为痹证。

(4) 内有蕴热：因素体阳气偏胜，或阴虚阳亢，内有蕴热；或跌打损伤后，瘀血停滞，郁而化热。当感受外邪时，

邪从热化，流注于经络关节，而表现一系列热盛证候，则为热痹。

综上所述，引起痹证的病因有外因与内因两方面。外伤劳损、风寒湿邪侵袭属于外因，素体虚衰或内有蕴热属于内因，外因与内因交织、相搏形成各种不同的证型，如行痹、痛痹、着痹、热痹等。若病情进一步发展，病邪由浅入深，由经络而至脏腑，可产生相应的脏腑病变，病转深重，痹固难愈。

2. 临床症状与诊断 痹证的临床表现依风寒湿邪、四时季节、素体盛衰及罹病部位的不同而异。

行痹：又称风痹、筋痹。因体虚腠理开，风邪偏胜而致。其临床症状为肢体关节疼痛，游走不定，日间较剧，入夜稍安，关节屈伸不利，或见恶风发热等表证，苔薄白或腻，脉浮紧或浮缓。

痛痹：又称寒痹、骨痹。因营气不足，卫外之阳不固，腠理空疏，寒邪侵袭而致。其临床表现为肢体关节疼痛较剧，痛有定处，遇寒痛增，得热痛减，日间稍安，入夜加剧，关节不可屈伸，痛处皮肤不红不热，苔白，脉弦紧。

着痹：又称湿痹、肌痹。因湿邪偏胜而致，如久居湿地、雨露所袭、汗出沾衣等。其临床症状为肢体关节疼痛重着，肿痛固定不移，手足沉重，活动不便或半身不能转侧，肌肤麻木不仁，舌苔白腻，脉濡缓。

热痹：又称痹热、脉痹。因素体阳盛，脏腑积热，或瘀血郁而化热，或风寒湿邪郁久化热所致。其临床症状为关节疼痛，局部红肿灼热，痛不可触，得冷则舒，不能屈伸，可涉及一个或多个关节，多兼有发热，口渴，恶风，烦闷不安，舌苔黄燥，脉滑数。

尪羸：诸痹迁延不愈，均可由肌肤经络内入脏腑，此时气血运行不畅，络脉痹阻，瘀血凝滞，身体尪羸。临床症状为关节肿大变形，顽固疼痛，僵硬强直，活动不灵，筋挛肉缩，脚肿如脱，头眩，短气，愠愠欲吐，严重者身体畸形，脊以代头，尻以代踵，舌质青紫，脉象沉涩。

3. 治疗方法 痹证的治疗以内治为主，兼以外敷、熏洗、针灸、理筋等外治法。同时根据不同证型，辨证施治。

(1) 内治法：

行痹：以祛风通络为主，兼以散寒除湿。方用祛痹丸，或宣痹汤加秦艽、羌活、独活。

痛痹：以散寒止痛为主，兼以祛风除湿，方用乌头汤（乌头、桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣）、化湿定痛汤，或宣痹汤加干姜、制附子。

着痹：以除湿通络为主，兼以祛风散寒。方用蠲痹汤（羌活、姜黄、当归、赤芍、黄芪、防风、炙甘草、生姜）加薏米仁、防己；或清解湿毒汤，清热解毒，除痹止痒；或宣痹汤加木瓜、防己；或化湿定痛汤加薏米仁、木瓜、防己。

热痹：以清热通络、疏风胜湿为主。方用退痹消肿汤，或白虎加桂枝汤（石膏、知母、粳米、甘草、桂枝）加连翘、黄柏、忍冬藤、丹皮、威灵仙、防己、桑枝、赤芍等。

尪羸：以活血通络、补肾壮骨为主，方用宣痹汤加减。热胜加黄柏、地骨皮；寒胜加干姜、制附子；上肢加桑枝、桂枝；下肢加木瓜、牛膝；腰背痛加桑寄生、杜仲；瘀痛加乳香、没药、桃仁、红花；气血虚弱加熟地、何首乌、黄芪；骨质变形加透骨草、寻骨风、醋煅自然铜；筋挛节曲、肢体蜷缩者，去防风、苍术，加木瓜、白芍、白僵蚕、地龙

干、白花蛇；脊柱僵硬强直者，去苍术，加狗脊、山甲、羌活、鹿角胶；肾虚者可配合服用补肾丸（见骨折验方）。

（2）外治法：包括敷药、熏洗、理筋手法、针灸。

敷药：凡风、寒、湿痹者可用宣痹散、风伤散，与茶水、蜜水或酒水调拌成糊状，外敷患处，每日1次，每次6小时，或用风痹膏烊化后，温贴患处。热痹者可用消炎散与茶油调拌外敷患处。

熏洗：凡寒湿痹及身体羸弱者，可用宣痹洗剂加黄酒熏洗。熏洗后可用风伤药水外擦。

理筋手法：筋肉挛缩者，可选用按、揉、摩、捋、搓、拿、捏、击、拍等手法理筋。关节僵硬、活动功能障碍者可用滚、摇、转、抖及点穴等手法。

针灸：可选阿是穴，循经或邻经配穴，用体针或电针，痛痹可用温针或艾灸患处。风寒湿痹者，可应用拔火罐疗法，以疼痛局部为主，采取推罐、留罐或点刺出血后推罐等法。

（3）调护：应避风寒，防感冒，勿冒雨涉水，居处应阳光充足，空气新鲜，饮食应丰富，以增进营养。急性期需注意卧床休息，缓解期应加强功能锻炼。

（五）痿证

痿指肢体萎弱不用，是人体遭受损伤、邪毒内侵或正气亏损后，发生以肢体筋脉弛缓、软弱无力、肌肉萎缩、不能随意运动为特征的病证。临床以下肢痿废，不能步履较多见，故称“痿躄”。《素问·痿论》对本病的病因病机及治疗原则作了精辟的论述，指出：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄著，则生痿躄也。”并认为“五脏使人痿”，即指痿证的发生

与脏腑的病变关系密切，同时又可根据肺主皮毛、心主血脉、肝主筋、脾主肌肉、肾主骨等理论，将痿证分为痿躄、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等五痿。在治疗上还指出“治痿独取阳明”之说，对后世产生了深远的影响。骨伤科临床中所常见的小儿麻痹后遗症、大脑性瘫痪、脊髓及周围神经损伤等引起肢体痿弱不用，可参照痿证辨证施治。

1. 病因病机

(1) 经髓外伤：肢体遭受外伤，血离经脉，形成瘀肿，经络阻遏，气血之道不得畅通，遂致筋脉失养，肌肉挛缩，如缺血性肌挛缩症；或经髓直接遭受损伤，经络运行阻滞，其循行的肢体发生瘫痪，如脊髓损伤，周围神经损伤等。

(2) 肺热叶焦：由于正气不足，皮毛虚弱，感受温热毒邪，肺受热灼，津液耗伤，筋脉失养，如小儿麻痹症。

(3) 湿热浸淫：居处潮湿，涉水冒雨，感受外来湿邪，湿留不去，肌肉濡渍，郁久化热，浸淫筋脉，则发为肉痿。

(4) 脾胃虚弱：足阳明胃主纳水谷，若脾胃虚弱，运化失职，津液气血化源不足，肌肉筋脉失养，则肉痿筋缩。

(5) 肝肾亏虚：跌打损伤，内伤肝肾，或久病体虚，正气亏损，以致肝肾亏虚。肝主筋，肝伤不能荣筋，使筋肉拘挛，四肢不为人用；肾主骨，肾精虚则骨髓失充，不能步履而为痿。

2. 临床症状与诊断

痿证以肢体痿软无力为主要表现，虽以下肢为多见，亦有手、足、腰、舌俱痿不用，可一侧或双侧，严重者足不任地，手不能持物，肌肉瘦削，甚至瘫痪。《素问·痿论》说：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄著，则生痿躄也。心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿，枢折挈，胫纵而不

任地也。肝气热则胆泄口苦……筋膜干则筋急而挛，发为筋痿。脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”五痿之中，以肉痿最常见。

痿躄：症见皮毛枯萎，感觉麻木不仁，足不任地，或见呛咳、气逆等症状，如多发性神经炎、皮炎等病。

脉痿：症见四肢失养，关节如折，不能举动，足胫软弱，不能站立着地，如缺血性肌挛缩症。

筋痿：症见筋急拘挛，渐至痿弱不用，肢节活动不灵，常伴有口干、口苦、身痒、尿少黄赤等症状，如关节挛缩症。

肉痿：症见肌肉萎缩，麻痹不仁，四肢不能举动，常伴有纳差、口渴、胃脘满闷等症状，如小儿麻痹后遗症。

骨痿：症见腰脊不能伸举，骨质疏松，手不持物，足不任地，如骨萎缩症、骨坏死等。

痿证需与痹证鉴别。痿证以筋骨痿软为主证，一般不疼痛；而痹证则多有疼痛症状，肌肉萎缩乃因肢体长期废用而逐渐形成的。二者病因病机与临床表现各有不同，不能混淆。

3. 治疗方法

《素问·痿论》有“治痿独取阳明”之说。所谓独取阳明，即注重调理脾胃，培土固本。脾胃功能健旺，饮食增进，气血津液生化充足，脏腑功能旺盛，筋脉得以濡养，有利于痿证的恢复。故临床治疗时不论药物内治或针灸、推拿，均应重视调理脾胃这一原则。但造成痿证的病因，除脾胃虚弱外，还有经髓外伤、肺热叶焦、湿热浸淫、肝肾亏虚等，故治疗还包括活血化瘀、清热润肺、清热利湿、补益肝

肾等，临床应根据患者具体情况辨证施法。

(1) 内治法：

经髓外伤：宜活血化瘀，益气通络。方用圣愈汤加味（人参、黄芪、熟地、白芍、当归、川芎、芍药、桃仁、红花、地龙）。

肺热叶焦：宜清热润燥，养肺生津。方用清燥救肺汤（人参、麦冬、石膏、桑叶、杏仁、麻仁）加减，高热加银花、连翘、知母，尿赤加生地、白芍、玄参、茅根，口干加沙参、石斛、玉竹、生地，呛咳加桑白皮、枇杷叶、瓜蒌实。

湿热浸淫：宜清热利湿，祛邪通络。方用三妙丸（苍术、黄柏、牛膝）加减。

脾胃虚弱：宜益气健脾，补中养胃。方用理气和胃汤或参苓白术散（党参、白术、莲肉、山药、扁豆、陈皮、茯苓、薏米仁、砂仁、桔梗、红枣）加减。

肝肾亏虚：宜壮阳补肾，养血益肝。方用补肾丸（见骨折验方）、参茸大补汤（见筋伤验方）等。若阴虚阳亢，去狗脊、破故纸、鹿茸、肉桂等壮阳药，加黄柏、知母等滋阴药。

(2) 外治法：包括针灸、理筋手法、练功。

针灸：选中脘、胃俞、脾俞、足三里、解溪、阴陵泉、三阴交等为主穴，以调理脾胃，补益后天，营养筋肉，通经活络。

理筋手法：瘫痪的肢体可采用推、拿、捏、搓、揉等手法；感觉障碍的部位可选用拍击、点穴等手法；关节活动不灵可采用推、转、晃、抖等手法；若有大小便失常（失禁或秘结）可做腹部揉法和滚法。

练功：上肢可采用伸掌握拳、托手屈曲、双手推车、滑车拉绳、手摇纺纱等；下肢可用采用踝关节背屈、股四头肌收缩活动、床上抬腿、蹬空踢球、脚踩跷板、扶杆站立、扶椅练走、双拐练走、屈膝摇转等；腰背部可用仰卧挺腰、俯卧撑腰、弯腰仰背、左右弯腰、扶膝转腰等。练功须循序渐进，量力而行，活动由小到大，次数由少到多，动作轻柔和缓。

(3) 调护：应给予高蛋白、富有营养的饮食。卧室应宽敞，阳光充足，空气新鲜。卧床不起的患者应注意经常翻身，预防褥疮、肺炎及尿路感染，不能主动活动的部位应进行被动活动。患者起床练功时需有人保护，避免摔倒。要鼓励患者树立战胜疾病的信心与决心。

(六) 骨质增生（骨性关节炎）

由于关节的局部损伤、炎症或慢性劳损，引起关节软骨面变性，软骨下骨板反应性增生，骨刺形成，导致关节出现一系列症状、体征，称为骨质增生。由于上述病理改变的存在，临床上常又把骨质增生称为骨性关节炎或退化性关节炎。

1. 病因病机

中医学从痹证角度认识本病，认为骨质增生是痹证中的特殊证型，在《内经》所述的“风寒湿三气杂至，合而为痹也”的大前提下，本病有一些特殊的病因病机。①气血虚怯：《诸病源候论》认为痹证“亦有血气虚，受风邪而得之者”。素体气血不足之人，络脉空虚，外邪（主要是风邪）乘虚而入，流滞关节，从而发病。②辛苦失度：《儒门事亲》指出，此疾多发于四时阴雨之时，劳力之人，辛苦失度，触

风冒雨及寝处浸湿等，认为本病的发生可因慢性劳损，复又感受外界湿浊邪气而致。③肾阳不足：《中藏经》在论痹时曾提到，痹证可因“肾气内消，精气日衰，则邪气妄入”而致。《古今医鉴》则进一步阐发说，痹因无精内虚，肾阳不足，感受外邪，不能祛散，搏于经脉，留于关节或内注筋骨所致。

现代医学认为，骨质增生可分为继发性和原发性两种。继发性者常继发于关节的先天或后天畸形、关节损伤、关节炎等；原发性者多见于老年人，其发生往往受遗传和体质的影响。

骨质增生的病理变化从软骨面的病损开始。正常的关节软骨面外观呈浅蓝色，滑润而有光泽，压之硬韧。开始发病时软骨面的一部分变为浅黄色，粗糙，失去光泽，压之较软。以后该部软骨面可出现裂隙，或呈绒毛样外观（称为原纤维变性），变性的软骨面因软化、碎裂和脱落而消失后，软骨板就暴露在关节腔内。裸露的软骨下骨板直接受到反复的应力冲击后出现反应性骨质增生，肉眼呈象牙样外观。附着于骨周围的韧带亦因关节软骨面消失而松弛。关节过度活动，可刺激骨膜，故骨端边缘往往有骨刺形成。象牙样骨板有许多裂孔，关节运动的压力波可通过该裂孔传导至骨端松质骨的髓腔内，使骨小梁因受压萎缩而被吸收，骨端因而呈囊肿样改变。囊肿的内容物有的是关节液，有的是纤维组织或纤维软骨组织。本病早期关节滑膜多无明显改变，晚期可见滑膜呈绒毛状增生，关节囊肥厚，关节内有时出现游离体。

2. 临床症状与诊断

骨质增生的发病年龄多在 50 岁以上。女性稍多于男性。

受累关节常为多数，在脊柱多见于颈椎和腰椎，在下肢多见于膝、髌、踝和第一跖趾关节，在上肢多见于肘、远侧指间关节和第一腕掌关节。继发性骨质增生的发病年龄稍小，平均在 40 岁左右。除继发于多发关节的畸形外，受累关节常为少数，以膝、腰椎、肘、髌、踝等关节最为常见。

最早的症状是关节疼痛，或为持续性钝痛，或为活动时突然刺痛，并伴有腿软欲跌的感觉。疼痛一般具有运动后加重、休息后减轻的特点。受累关节常有“胶着”现象，即长时间停留于某一个位置后，开始活动时有僵硬和疼痛的感觉，活动后减轻。脊柱病变可因骨刺和肿胀的软组织刺激或压迫神经根，引起反射或放射性疼痛，严重者甚至可有肌肉萎缩，感觉、运动和反射的改变，位置表浅的关节可见骨性粗大，偶可触知滑膜肿胀。滑膜丰富的关节尚可出现关节积液。关节功能常受轻度或中度限制，但骨性或纤维性强直则极少发生。主动或被动活动受累关节时，常可听到或触到捻发声、捻发感或碎裂样摩擦声。

上述症状和体征在发病早期常可因轻微的外伤、劳损或寒冷而引起发作。每次发作历时较短而间隔时间较长，有的 1~2 年才发作 1 次。间歇期一般没有明显症状。多次发作以后，间歇期可逐渐缩短而每次发作的持续时间加长，最后症状可变为持续性。

实验室检查一般无阳性发现。有的患者血沉可能增快，但每小时很少超过 30 毫米。关节液检查偶见红细胞、软骨碎片和纤维碎片。X 线检查早期不显示任何病理变化，随病程进展，以后逐渐可见关节间隙狭窄，软骨下骨板致密，关节边缘部有骨刺形成。在邻近关节面的骨端松质骨内可见多数囊肿样改变，囊肿的直径一般均在 1 厘米以下。骨质疏松

和软组织肿胀一般是轻度的，有时可见到关节内游离体。

不同部位的骨质增生临床表现略有差异，现将其症状、体征分述如下：

膝关节：无论原发性或继发性均较常见。继发者多继发于膝内外翻畸形、半月板破裂、关节韧带损伤、髌骨软化症、剥脱性骨软骨炎、髌骨习惯性脱位或关节内骨折等疾病之后，常可能触到摩擦感，有时可有关节积液，积液较多时浮髌试验阳性。

指间关节：多为原发性。常见于远侧指间关节，偶见于近侧指间关节，受累关节常为多数。可见骨性粗大，关节背侧远节指骨基底处常可见到2个隆起，为增生骨刺或膨出的关节囊，受累关节常有轻度屈曲畸形。

髋关节：继发性者多见。常继发于髋臼发育不良、股骨头坏死、骨折脱位和炎症之后。X线片上常见较大的软骨下囊肿样改变，或在髋臼上缘，或在股骨头内。

肘关节：继发性者多见。常与慢性劳损有关，木工、矿工、体操运动员、杂技演员及关节内骨折患者发生率高。如骨折发生在儿童时期（骨骺闭合之前），常有桡骨头增大。

脊柱：原发性或继发性均属常见。继发性者常继发于脊柱先天畸形、侧弯、骨折和骨结核之后，多见于活动度较大的颈椎、腰椎。颈椎病变可伴见脊髓或神经根受压症状。

根据中医学对本病的认识，可将骨质增生分为以下几种证型：

血虚风入型：关节疼痛，活动不利，受累关节可由一两个发展成三五个，少气懒言，乏力，自汗，心悸，失眠，舌体淡嫩，苔白滑，脉浮缓。

劳损感邪型：关节疼痛不甚剧烈但持续发展，受累关节

的酸痛感较疼痛更明显，常与职业有关，或常发生于膝、踝等负重关节，或见头晕乏力，自汗等气虚证候或面黄、唇白、心悸、眼目昏花等血虚证候，舌淡，脉虚。

阳虚血凝型：关节呈针刺、刀割样疼痛，痛处可有微肿，皮色较暗，或见形寒畏冷，腰膝酸软，行走时足软欲跌等，舌体淡肿，可有瘀点，脉细弱带涩。

另外，肥胖患者，形盛气虚，可表现出关节酸重冷痛，喜温喜熨，面色苍白，舌苔滑腻，脉濡缓等气虚痰滞症状。

3. 治疗方法

(1) 药物治疗：

血虚风入型：补血益气，祛风通络。方用风伤丸（见内伤验方）或骨刺汤。

劳损感邪型：补血续损，祛风止痛。方用八珍汤加防风、黄芩、制乳没。

阳虚血凝型：温经壮阳，活血通络。方用乌头汤或增生汤加减。

此外，还可用骨刺膏摊在布上温贴患处；风伤洗剂（见筋伤验方）加黄酒熏洗或旧伤洗剂（见骨折验方）加陈醋熏洗；舒筋止痛水（见筋伤验方）外擦患部。

(2) 针灸治疗：以局部取穴为主。如肩部取肩髃、肩井、曲池、外关；肘部取曲池、手三里、合谷；腕部取阳谿、阳池、曲池、腕骨；髌部取环跳、居髎、跌打、委中；膝部取梁丘、膝眼、足三里、阳陵泉、阴陵泉等；踝部取解溪、昆仑、悬钟等；颈部取天柱、大椎、风池；胸腰椎取大椎、身柱、命门、腰俞、肾俞等。

(3) 理筋手法：局部疼痛者，可应用弹筋、拨筋、分筋、揉筋及点穴、震颤、镇定等手法；关节活动功能障碍

者，应用活节展筋手法；颈部或腰部骨质增生可施行旋转法。

(4) 物理疗法：理疗可促进炎症吸收、消除肿胀从而达到镇痛、缓解症状的目的。通过采用直流电醋离子导入或20% 乌头离子导入法，每日1次，每次20分钟，15次为1个疗程。超短波电疗法，每日1次，每次15~20分钟，15次为1疗程。超声波局部直接移动法或水下辐射法，剂量 $0.8\sim 2W/cm^2$ ，每日1次，每次6~8分钟，10次为1个疗程。

(5) 调护：避免外伤或劳损，若发病与职业有关，应适当减轻受累关节的负重，必要时改变工种或短期休养；身体过胖者，应适当减轻体重；早期矫正畸形、可避免发生损伤性关节炎；做好解释工作，消除患者思想负担，要使患者了解骨质增生是生理上退化作用的结果，虽然暂时有一些痛苦和不便，但一般都不致残废，多数病人仍可从事适当的劳动；休息与活动相结合，急性发作期应注意休息，症状缓解其可适当地进行功能锻炼，但应避免从事激烈的活动，否则会加重关节的损害。

(七) 骨质疏松

由于年老、外伤、制动及脏腑功能紊乱等因素，导致骨质稀疏萎缩者，称为骨质疏松，又称骨萎缩症。《素问·痿论篇》认为骨痿的病因有“远行劳倦”，“大热而口渴”等。晋代王叔和《脉经》将骨枯的病因归于“足少阴气绝”。明代张景岳认为痿证的发病与脏腑热证关系密切。现代归纳骨萎缩的病因有年老体衰、外伤制动、营养不良、脏腑失调及风邪侵袭等。

1. 病因病机

(1) 年老体衰：年老体弱，肝肾功能不足，骨髓缺乏肾精濡养，骨质稀疏萎缩，绝经期后妇女较多见。如老年性骨萎缩、特发性少年骨质疏松症等。

(2) 外伤制动：损伤后，气血凝滞，经络阻隔，骨质失养。或肢体长期制动，气血运行缓慢，筋骨濡养不足。外伤，尤其是骨折后，局部需加固定，若缺乏练功，则上述两个因素协同作用，尤其容易发生骨质疏松，如急性骨萎缩、失用性骨萎缩等。

(3) 营养不良：营养摄入不足，或吸收障碍，气血化源受影响，筋骨得不到濡养，遂发骨质疏松。如缺乏维生素C、D以及钙、磷所引起的骨质疏松症。

(4) 脏腑失调：骨伤内动于肾，或脏腑功能紊乱，内伤肾阴，骨骼失养，乃发骨痿。如甲状腺、甲状旁腺、肾上腺皮质功能亢进所致的骨质疏松症。

(5) 风邪侵袭：风为百病之长，因正气不足，风邪乘虚侵袭，遍历关节，阻隔筋脉，骨髓失养，如游走性骨质疏松症。

2. 临床症状与诊断

本病多发生于男女更年期以后，发病率女性高于男性，男女比例为1:4。病程缓慢，主要表现全身疼痛，以腰背部为明显，严重者卧床不起，脊柱后突畸形，轻微外伤可致胸、腰椎压缩性骨折。X线表现为骨质普遍稀疏，以脊柱、骨盆、股骨上端较明显，椎体上下面成双凹形，椎间隙增宽，胸腰椎体可呈楔状改变。血清钙、磷均正常。骨密度测定可明确诊断。临床可分为以下几种：

肾阴不足型：患部发热、灼痛、关节僵硬等症状。形体

消瘦，腰膝酸软，健忘失眠，眩晕耳鸣，五心烦热，盗汗颧红，咽干唇燥，舌红苔少，脉细数。见于急性骨萎缩早期，甲状腺或肾上腺皮质功能亢进的患者。

肾阳不足型：患部湿冷、水肿、光亮，汗毛脱落，指甲变脆。表现形寒肢冷，神疲倦怠，面色苍白，腰膝酸冷，四肢痿软不用，舌淡苔白，脉沉细无力。多见于老年性骨萎缩、失用性骨萎缩及急性骨萎缩后期的患者。

气血两虚型：患部肿胀，有压痛。表现少气懒言，四肢痿软，乏力自汗，面色苍白，心悸失眠，舌淡苔白，脉细弱。多见于缺乏维生素C、D以及钙磷摄入不足的患者。

风邪偏胜型：患部肿胀，可见红斑。表现游走性骨关节疼痛，日间较剧，入夜稍安，肢节屈伸不利，痿软无力，舌苔薄白，脉浮。

3. 治疗方法 首先必须找出病因或原发病，采取针对性治疗。

(1) 药物治疗：

肾阴不足型：滋阴补肾，方用六味地黄丸、左归丸或补骨汤加减。

肾阳不足型：补肾壮阳，方用骨质疏松方、补肾丸或右归丸加减。

气血两虚型：补益气血，方用八珍汤、理气补血汤（见骨折验方）加减。

风邪偏胜型：祛风通络，方用祛风通络汤（见筋伤验方）加减。

(2) 调护：①老年性骨萎缩患者应加强肌肉锻炼，增加营养，摄入高蛋白及高钙、高磷的食物。一旦发生骨折，即需卧床休息，并用夹板或支架妥善固定。早期进行练功活

动。②特发性少年骨质疏松症患者，应加强肌肉锻炼。禁用性激素治疗。骨折应按常规处理，预防发生畸形。预后一般良好。③继发性少年骨质疏松症患者，应消除病因，注意加强肌肉锻炼，增进营养。通常病因解除后，骨质疏松症可逐步得到改变。④游走性骨质疏松症急性发作时，局部应适当休息，给予祛风通络的中药治疗。⑤失用性骨质疏松症患者，应减少摄入钙，多饮水，以改善高血钙和减少肾结石的机会。骨折患者要注意动静结合，在不妨碍治疗的情况下，早期功能锻炼。⑥急性骨萎缩患者，腕、踝关节损伤后，应抬高患肢，鼓励病人进行患部各关节的主动活动，促进肿胀消退，使血液循环得到改善。一旦发病应加强患肢锻炼，局部可进行理疗。

二、骨病验方

1. 附骨痈方

处方：银花一两 紫花地丁五钱 蒲公英一两 连翘四钱 花粉三钱 黄连二钱 丹参四钱 赤芍三钱 甘草一钱
功用：清热解毒，凉血消痈。

主治：附骨痈（急性化脓性骨髓炎）。

用法：水煎服，1日1剂。

2. 附骨疽方

组成：当归三钱 泽兰三钱 生黄芪八钱 金银花一两 蛤蟆一只 甘草三钱 穿山甲五钱 白芍三钱 一枝黄花三钱 苦草三钱 蒲公英五钱 紫花地丁三钱

功用：清热托毒，活血通络。

主治：慢性骨髓炎（附骨疽）。

用法：水煎服，1日1剂。

3. 托里定痛汤

处方：煨草果一钱半 当归二钱 生地三钱 制没药一钱
川芎二钱 白芍三钱 肉桂三分 制乳香一钱

功用：补血温中，托里定痛。

主治：血气虚弱，局部酸痛麻木者。

用法：酒水各半煎服。

4. 骨疽膏

处方：生地五两 防风二两 煨象皮二两五钱 荆芥二两
木香二两 桃仁二两 归尾二两 赤芍二两 山甲一两
青黛二两 五加皮三两 白芷二两 红花一两 樟脑一两五钱
癩蛤蟆二两 梅片三钱 松香半斤 麻油二斤 净茶油三斤 炒黄丹二斤

功用：温经活血，散寒化结。

主治：损伤后感染形成骨髓炎者。

用法：根据伤口大小，摊在棉纸上敷贴患处，每日二次。

5. 过皮膏

处方：朱砂二两 煨象皮二两 煨石膏三斤 龙骨三两
珍珠一钱 儿茶二两 琥珀一两 梅片五钱 炉甘石三两
珊瑚五钱 麝香五分 降真香二两 三七一两 锦蛇胆三钱
蜂蜡二斤 净茶油十斤

主治：创伤或外伤后感染，肿痛、发炎、糜烂形成溃疡。

用法：共研成粉末，制成软膏，摊于消毒纱布或穿小孔的油纸上，敷贴患处，每日2次。

6. 解毒消脓方

处方：银花五钱 蒲公英五钱 连翘四钱 草河车五钱

黄连二钱 栀子三钱 当归三钱 川芎三钱 赤芍三钱 丹参四钱

功用：清热解毒，活血消脓。

主治：化脓性关节炎早期。

用法：水煎服，1日1剂。

7. 清热解脓汤

处方：太子参五钱 黄芪五钱 熟地四钱 白芍四钱
狗脊四钱 蒲公英五钱 黄芩三钱 皂刺三钱 玄参五钱
金银花六钱 玉竹四钱

功用：清热解毒，托里消脓

主治：化脓性关节炎急性期。

用法：水煎服，1日1剂。

8. 托里透脓汤

处方：党参五钱 炙黄芪三钱 皂刺二钱 白芷一钱半
青皮二钱 当归二钱 升麻二钱 白术三钱 甘草一钱 乳
没各二钱 金银花四钱 穿山甲二钱

功用：补益气血，清热解毒，托里透脓。

主治：化脓性骨髓炎、疔疖痈肿，或蓄瘀成脓未破溃者。

用法：水煎服。

9. 消炎透脓方

处方：银花一两 蒲公英一两 白芷三钱 黄连三钱
黄柏三钱 当归四钱 赤芍三钱 炮山甲三钱 皂角刺三钱
生黄芪五钱 甘草一钱 陈皮二钱

功用：清热解毒，托里透脓。

主治：化脓性关节炎及其他脓疡。

用法：水煎服，1日1剂。

10. 益气化瘀汤

处方：归尾三钱 赤芍三钱 桃仁三钱 川芎二钱 丹参五钱 苏木三钱 黄芪五钱 党参四钱 白术三钱 甘草一钱

功用：益气化瘀，和营生新。

主治：脓疡或关节流注已破溃者。

用法：水煎服，1日1剂。

11. 阳和解凝膏

处方：鲜牛蒡子根叶梗三斤 鲜白凤仙梗四两 川芎一两 川附二两 桂枝二两 大黄二两 当归二两 肉桂二两 草乌二两 地龙二两 僵蚕二两 赤芍二两 白芷二两 白藜二两 白及二两 乳香二两 没药二两 续断一两 防风一两 荆芥一两 五灵脂一两 木香一两 香橼一两 陈皮一两 苏合香油四两 麝香三钱 茶油十斤

白凤仙熬枯去渣。次日除乳香、没药、麝香、苏合香油外，余药俱入锅煎枯，去渣滤净，称准分量，加黄丹（烘透）熬至滴水成珠，不粘指为度，撤下锅来，将乳没、苏合香油加入搅和，半月后可用。

功用：温经和阳，行气活血，驱风散寒，化痰通络。

主治：骨痹或痹病早期。

用法：每用时，置铜杓中，加热，烊化，加入麝香，摊布上，贴患处。

12. 祛痹丸

处方：防风三钱 苍术三钱 桂枝三钱 制川草乌各一钱 络石藤三钱 薏米仁一两 当归三钱 大黄一钱 沉香一钱半 穿山龙三钱 榕树须二钱 忍冬藤一两 川续断三钱 两面针三钱 田三七一钱半

功用：逐风胜湿，除痹止痛。

主治：各种痹证，腰腿痛。

用法：制成蜜丸，每丸重 9 克，每次 1 丸，早晚各 1 次，温开水送服。

13. 宣痹汤

处方：防风二钱 桂枝二钱 制川乌一钱 苍术二钱
当归三钱 制草乌一钱 薏米仁一两 络石藤三钱

加减：风胜加秦艽、羌活；湿胜加防己、木瓜；寒胜加制附子、干姜；上肢为主加桑枝、桂枝；下肢为主加牛膝、木瓜；腰背痛加杜仲、桑寄生；瘀痛加乳香、没药、红花、桃仁；气血虚弱加黄芪、熟地、何首乌。

功用：祛风、散寒、除湿、活络止痛。

主治：筋痛、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、肌肉风湿痛。

用法：水煎服。

14. 化湿定痛汤

处方：苍术二钱 当归二钱 五加皮三钱 淮山药三钱
独活二钱 炮山甲二钱 羌活二钱 甘草一钱 肉桂心三分

功用：化湿散瘀。

主治：寒湿侵络，骨节酸痛者。

用法：水煎服。

15. 宣痹散

处方：榕树须三钱 铁树根三钱 两面针五钱 鳝鱼血
适量

功用：舒通筋脉，止痛除痹。

主治：风伤痹证，筋络酸痛者。

用法：研成粉末，每次用三钱。另加适量鳝鱼血。症状

比较严重的另加麝香一分，调拌均匀，用纱布包裹涂擦患处，每周2~3次，每次保持药性12小时。

16. 风伤散

处方：生南星三钱 生半夏三钱 天仙子五钱 生草乌六钱 生川乌六钱 大黄二钱 紫荆皮五钱

功用：祛风除痹，和伤治痿。

主治：损伤后风寒入络所致腰腿痛、关节痛，或风痰壅盛之瘫痪。

用法：共研粉末，用茶水调拌敷贴。

17. 宣痹洗剂（浓缩液）

处方：桑桂枝各四钱 羌独活各五钱 生川草乌各四钱 两面针五钱 榕树须七钱 络石藤三钱 铁树根三钱 白茄根七钱 松节一两 桑寄生五钱 归尾七钱

功用：祛风除湿，止痛通痹。

主治：各种痹证。

用法：煎汤熏洗，或采用泡浴法，即将上药煎汤后浓缩成250~300毫升药水，另加黄酒一斤，倒入浴盆（盛水约25升），浸泡20~30分钟（夏天水温在35℃左右，冬天水温在40℃~45℃左右），每周3次，每次浸泡后配合按摩理筋。

18. 清解湿毒汤

处方：羌活一钱 独活一钱 柴胡二钱 防风二钱 前胡一钱 生黄芪三钱 连翘三钱 枳壳二钱 僵蚕一钱半 荆芥二钱 金银花三钱 陈皮一钱 云苓一钱 大黄一钱半

功用：清热解毒，祛风除湿，止痛止痹。

主治：湿痹、热痹或湿毒内蕴，皮肤瘙痒、糜烂者。

用法：水煎服。

19. 风痹膏

处方：松节八钱 生南星七钱 生川乌二两 生草乌二两 两面针七钱 榕树须七钱 千年健五钱 蒲公英一两 铁树根七钱 威灵仙七钱 泽兰七钱 乌药七钱 海风藤七钱 紫荆皮八钱 地龙干五钱 田七一两三钱 刺五加八钱 伸筋草八钱 白花风不动五钱 沉香一两三钱 桑寄生八钱

按：处方药物与生茶油六斤共煎，至药物中心焦枯为度，过滤药渣干净，再加白蜡三斤、凡士林三两三钱、麻油五~七两溶化后，投入以下细料：梅片五钱、薄荷脑一两七钱~二两。

功用：祛风通络，散寒除湿。

主治：行（风）痹。

用法：将药膏摊在布上，温贴患处。

20. 理气和胃汤

处方：茯苓三钱 白术三钱 沉香一钱 木香一钱 砂仁一钱 藿香一钱半 枳壳二钱 苍术二钱 川朴一钱半 白芷二钱 甘草一钱

功用：理气降逆，和胃止呕。

主治：气分受伤，中脘闷胀不舒者。

用法：水煎服。

21. 骨刺汤

组成：白花蛇一只 穿山甲三钱 刺五加五钱 鸡血藤七钱 骨碎补七钱 肉苁蓉七钱 淫羊藿七钱 鹿衔草五钱

功用：补肾壮阳，祛风通络。

主治：骨质增生血虚络阻型。

用法：水煎服，1日1剂。

22. 增生汤

处方：泽兰二钱 莪术二钱 木瓜三钱 川芎二钱 当归三钱 穿山甲三钱 萆薢二钱 甘草一钱 鹿衔草三钱 续断三钱 制草乌一钱 制川乌一钱 淮牛膝三钱 白花蛇一只 红花二钱

功用：散瘀、通经、止痛。

主治：骨质增生疼痛。

用法：水煎服。

23. 骨刺膏

处方：白芷三两 菖蒲一两 五加皮三两 栀子二两 生地四两 紫荆皮一两 羌活二两 防风二两 骨碎补二两 赤小豆二两 生草乌二两 独活二两 生川乌二两 赤芍三两 归尾三两 蜂房一两 威灵仙二两

以上 17 味粗料，用净茶油二斤九两，桐油十二两，同入大锅内熬炼，滤去药渣，再加上以下 10 味细料。

麝香二钱 阿胶四两 北芥子一两五钱 乳香二两 细辛五钱 川花椒五钱 楠香二两 炮山甲二两 磁石粉三两 炒黄丹一斤十一两

功用：理气化瘀，消肿止痛。

主治：筋骨损伤，骨刺增生作痛。

用法：将药膏摊在布上，温贴患处。

24. 补骨汤

处方：熟地黄五钱 淮山药三钱 山萸肉三钱 枸杞子三钱 菟丝子三钱 鹿角胶三钱 龟板三钱 川牛膝三钱 煅狗骨三钱

功用：补益肝肾，强壮筋。

主治：骨质疏松症肾阴虚型。

用法：水煎服，1日1剂。

25. 骨质疏松方

处方：淫羊藿七钱 骨碎补七钱 草薢五钱 鹿角霜七钱
鹿衔草五钱 生牡蛎一两七钱 生龙骨五钱 鸡血藤七钱
枸杞五钱 桑寄生七钱

功用：补肾壮阳，益精强骨。

主治：骨质疏松症肾阳虚型。

用法：水煎服，1日1剂。

三、骨病医案

(一) 附骨疽（胫骨骨髓炎）

王某，男，16岁，连江县浦口镇人。就诊日期：1986年4月26日。病案号：860439。病史摘要：患儿于2年前因感冒发烧后出现右小腿肿胀、疼痛，6天后右小腿上段破溃流脓，经当地医院治疗，肿胀消退，但仍遗留一小创口。以后这小创口反复肿胀流脓，今住我院治疗。检查：患儿神清，无痛苦表情，面色苍白，舌质淡红，苔白，脉细数。右小腿上段内侧可见一窦口，约2厘米×1厘米大小，流出少量脓液，窦道周围瘢痕肿硬。右膝关节活动正常。X线片（片号15490）：右胫骨上段慢性骨髓炎，可见3个小死骨块。诊断：右胫骨骨髓炎（虚寒肿痛型）。

治疗经过：入院后即用消毒茶油清洗创口，外敷骨疽膏。内服托里定痛汤加减，每日一剂，服10剂后见创口流出米粒大小死骨4~5块。改服附骨疽方加减10剂，创口已愈合，拍X片复查见：右胫骨上段未见死骨。患者要求出院，让其带附骨疽方加减14剂回家，以巩固疗效。经随访

5 年未复发。

按：附骨疽内治法，根据病情发展不同阶段辨证施治，可分为毒热炽盛型、气血两虚型、虚寒肿痛型和肝肾亏损型。本例患者属虚寒肿痛型，治疗应以补血温中，托里定痛为原则，方用托里定痛汤加减，因辨证准确，故疗效较好。

（二）关节流注（化脓性髋关节炎）

马某，男，14 岁，福州市后街塔巷人，学生。就诊日期：1985 年 11 月 21 日。病案号：851159。病史摘要：患者于 7 天前因咽喉肿痛就诊卫生院，诊为扁桃体炎，给予六神丸 2 支口服，咽喉部疼痛减轻。于前天开始出现畏冷发热，右髋部肿痛，辗转反侧，今就诊我院。检查：神情疲乏，面色潮红，痛苦表情，舌质红，苔黄浊，脉细数。右侧腹股沟处饱满，有热感，局部压痛明显，右髋关节活动时痛剧。X 线片（片号 14553）：右髋关节间隙增宽。化验：白细胞 17500，中性 87%，血沉 40mm/h。诊断：关节流注（右髋化脓性关节炎）。

治疗经过：入院后即给关节穿刺抽液，抽出混浊液体 60 毫升，患者右髋疼痛减轻，局部外敷消肿散，内服解毒消脓方加减 5 剂，患者右髋部肿痛明显减轻。再服解毒消脓方加减 3 剂，患者局部已无肿痛，但仅有轻度压痛。继续给清热解脓汤 5 剂，患者右髋关节活动正常。复查 X 线片：右髋关节正常。查白细胞 9200，中性 70%。患者痊愈出院。随访 3 年未复发。

按：本病例为化脓性髋关节炎中期，林如高老中医用清热消脓方和清热解脓汤治疗，并外敷消肿散，炎症消退较快。

(三) 骨癆（髌关节结核）

许某，男，7岁，连江县幕浦乡人，学生。就诊日期：1980年6月6日。病案号：800615。病史摘要：患儿于6个月前出现右髌部酸痛，开始时疼痛轻微，以后逐渐加重。前3个月出现潮热，盗汗，胃纳差，此后身体逐渐消瘦，由原来的35千克，减少至27千克。1个月前右髌部疼痛加剧，并可放射到右膝部，局部出现轻度肿胀，下床走路时右髌部剧痛。曾就诊于当地卫生院，先以扭伤给外敷消炎膏，未见效；以后又以右髌炎症给予青霉素抗感染治疗，未见效，遂送我院。检查：消瘦痛苦面容，面色苍白，舌淡，苔薄白，脉沉细。右腹股沟部稍肿，皮肤无红、热，局部压痛。被动活动右髌关节时疼痛明显。右髌关节活动受限。X线片（片号：11052）：右侧髌臼外上部骨质模糊，右股骨头中央部可见米粒大死骨3~4块。化验：血沉65mm/h。诊断：骨癆（右髌关节结核）。

治疗经过：入院后即给补肾养血、温通经络、散寒化痰，方用阳和汤加当归、党参、川牛膝5剂，每天外用阳和解凝膏，5天后右髌部肿痛明显减轻。嘱患者继续卧床休息，并增加营养。继续给阳和汤10剂，外用阳和解凝膏，患者右髌部仅有轻度疼痛，且可以小范围活动右髌关节。以后用八珍汤7剂，局部继续使用阳和解凝膏外贴。3周后患儿可下地扶拐行走，再继续用八珍汤7天，局部仍用阳和解凝膏外贴。4周后X线片复查：右股骨头小死骨已吸收。准予出院。

按：四肢骨关节结核早、中期关节面未破坏者，林老使用阳和汤内服，阳和解凝膏外贴，疗效较好。如后期较严重

骨与关节结核，关节面有破坏者，应及时转手术治疗。

（四）痹证（肩关节周围炎）

例一：邱某，男，45岁，美籍华人。

患者后肩部无明显诱因酸痛5天，多方投医不奏效，经服镇痛药，使用封闭疗法症状仍不缓解，彻夜辗转不安，于1984年元月3日就诊。检查：患肩部无红肿，局部冰凉，周围压痛广泛，肩峰下及喙突处压痛最为明显，肩关节活动有弹响声，手臂抬举困难，神疲，面色无华，四肢末端冰凉，脉弦紧，舌质暗红。辨证：寒痹、痛痹。诊断：肩关节周围炎。治疗经过：施以按摩理筋手法每日1次，外用活络膏，服3剂风伤伸筋汤加制附、干姜、酸枣仁，患处酸痛症状明显好转，手臂已能抬举，嘱患者练滑车拉绳，继续采用上法，中药改为以散风祛寒为主，辅以补肝肾。4剂后症状消失，3个月后随诊未见复发。

例二：李某，女，40岁，美国华盛顿人。

患者左肩部酸痛数年，症状加重5天，尤以天气变化症状加重，靠打针吃药及理疗，症状时好时坏。近一周出现穿衣困难，食欲减退，因仰慕中国医术，于1984年9月10日就诊。检查：患者形体肥胖，舌苔白，脉滑数。既往有风湿性心脏病史。左肩部无明显压痛点，手臂不能抬举。辨证：风湿着痹。诊断：肩关节周围炎。

治疗经过：施以按摩理筋手法，配合穴位针灸，外敷风伤膏、风伤水，内服祛风通络汤加白术、桑寄生、薏米、丹参，连续5剂，顿觉好转，左肩部功能活动明显改善，穿衣梳妆已能自理。后又坚持锻炼和治疗一个月，症状消失，体重下降5千克。一个月后停止用药，半年后复查未见复发。

患者已将滑车拉绳作为常规锻炼。

按：《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”上述例一患者诊为寒痹和痛痹，除用肩周炎理筋手法外，还用风伤伸筋汤加减内服，使病情好转较快。上述例二患者施以肩周炎理筋手法，并配合内服祛风通络汤加减及肩部练功，疗效较佳。

（五）痿证（小儿麻痹症）

林某，女，3岁。就诊日期：1973年9月17日，病案号：730958。以发热、嗜睡，咽痛，喉干、流涕3天为主诉就医。检查：苔薄腻，脉濡数。辨证：邪犯肺金，肺热叶焦。治拟养肺阴，清阳明，方用清燥救肺汤加减：

南沙参6克 大麦冬6克 炙杷叶3克 炙桑叶3克
川石斛3克 甜光杏3克 生石膏9克 鲜芦根1节（约15厘米） 日1剂，水煎服。

二诊（9月28日）：热退，两足不能下地，下肢痿软，舌红，少苔，脉濡。此为邪注经络，津液亏损，气血不畅，乃生痿痹。治宜清热生津，养血通络，方用三妙丸加减：

苍术9克 黄柏9克 淮牛膝9克 黄菊花3克 淮山药6克 浙玄参6克 全当归3克 白芍药3克 熟地黄6克 龟板3克 丝瓜络3克 地龙干3克 日1剂，水煎服。

配合针灸治疗，15天1疗程，疗程间隔3~5天，1个月后可扶拐下地行走。

按：本例因邪犯肺金，肺热津伤，筋脉失却濡润，故发痿证。早期表现肺热叶焦，故用清燥救肺汤，养肺阴、清阳明。10日后两足不能下地，系病情发展的必然过程，用三

妙丸加减以养血，生津，徐图功效。

(六) 骨质增生

许某，男，65岁，福州市台江区搬运公司工人。就诊日期：1982年8月11日。病案号：820841。病史摘要：患者于7年前开始反复发作双膝部酸痛，每年2~3次。3年前开始双膝疼痛加重，活动时疼痛厉害，并伴有腿软欲跌现象，休息后症状减轻。3个月前开始出现双膝持续性疼痛、肿胀，以右膝为甚，右膝关节屈伸受限，走路跛行。曾就诊于外院，治疗未见效，症状反而加重，还出现乏力、自汗、失眠等。检查：面色苍白，痛苦面容，舌淡、苔白滑，脉浮缓。右膝肿胀，外膝眼及髌周压痛明显，浮髌试验(+)，右膝关节伸直活动受限。左膝部轻肿，内、外膝眼处压痛，浮髌试验(-)。X线片(10209)：双膝关节髌骨及胫骨平台边缘、股骨髁边缘均见骨质增生，关节间隙正常。化验：血沉14mm/h。诊断：双膝骨质增生(双膝骨性关节炎)。

治疗经过：入院后即给予骨刺汤加川牛膝五钱、木瓜五钱、当归四钱，服4剂。外用骨刺膏，患者感双膝肿痛减轻。然后用增生汤5剂，患者双膝肿胀、疼痛基本好转，但右膝关节屈伸仍有轻度受限。继续给增生汤5剂，患者双膝关节肿痛消失，行走正常。随访3年，双膝关节活动正常。

按：骨质增生又称为骨性关节炎或退行性关节炎。中医学认为骨质增生可分为血虚风入型、劳损感邪型和阳虚血凝型。以上病例属于血虚风入型，林如高老中医给予骨刺汤加减及增生汤治疗，并配合骨刺膏外敷，达到补血益气、祛风通络目的，疗效较好。

(七) 骨质疏松

刘某，女，64岁，福州市马尾区工人。就诊日期：1983年2月9日。病案号：830243。于5年前出现腰背部反复酸痛，劳累时疼痛，休息后减轻。3年前开始腰背部疼痛逐渐加重，且出现背部驼背畸形。3个月前出现腰背痛剧烈，并向胸胁两侧放射，并出现形寒肢冷、膝酸脚软、倦怠。曾在当地医院治疗，疗效不佳，遂转我院。

检查：神疲倦怠，面色苍白，舌淡苔白，脉沉细无力。胸背部轻度驼背畸形，在胸腰段范围内脊椎叩击痛明显。X线片（片号12885）：胸腰椎椎体普遍骨质疏松，胸椎11、12及腰椎1、2椎体有轻度楔形改变。诊断：老年性骨质疏松症。

治疗经过：入院后以补肾壮阳为法，方用骨质疏松方加狗脊六钱、续断五钱；内服7剂，患者胸腰背部疼痛减轻；后继续服用7剂，腰胸背部疼痛明显减轻；然后再内服补肾丸14剂，胸胁部未见疼痛，患者行走正常。嘱回去后继续服用补肾丸半个月，并且加强关节肌肉锻炼，增加营养，摄入含高蛋白、高钙、高磷的食物。

按：此病例属于骨痿，肾阳不足型。我们给予补肾壮阳，方用骨质疏松方以及补肾丸治疗，疗效明显。

年 谱

林如高（1888—1986），福建省福州市盘屿乡人，著名中医骨伤科专家，生前曾任中华中医药学会福建分会常务理事，福州中医学会名誉会长，福州市林如高正骨医院名誉院长，福建中医学院骨伤科顾问，福建中医学院中医骨伤科学研究生导师等职。

1888年6月6日林如高出生于福州市盘屿乡，他自幼聪明好学，祖父林达年视其为掌上明珠。林如高15岁时私塾结业，遂跟随祖父林达年学习正骨技术，林如高热爱中医学，老祖父又耳提面命，悉心传教，经过几载刻苦努力，林如高深得家学真传，医道与日俱增，继承了一整套独特的正骨技术与祖传秘、验方，成为小有名气的青年大夫。

1913年祖父林达年病逝，临终时拉着小孙子的手嘱咐说：“医道万千，唯德最重，救人一命，胜造七级浮屠。”并将珍藏的秘方、验方交给林如高。

1950年，党和政府安排林如高在医院工作，从此他成

了一名国家医务工作者。

1960年林如高亲自组织建立福州市红星农场卫生院，骨伤科是该院最有特色的科室。

1966年有关部门拨款新盖了卫生院病房楼，增加了骨科床位，各方面的条件有了较大的改善。

1975年，罗瑞卿将军来福州请林如高治疗腿伤，罗将军简略地向林如高介绍他备受迫害的经历，以及腿部残肢疼痛的症状后说：“我这次来福建治疗，是总理批的假。我请您来给我治疗，只要求双腿不疼痛，拄着拐杖能走一二百米就行了，我还要为革命工作啊！”经过林如高的精心治疗，罗瑞卿将军的腿伤有了明显的好转，自己能站起来并能走一二百米路。罗将军十分高兴和满意，对林如高的医疗技术和作风十分赞赏，临别时，他握着林如高的手说：“老先生，我没什么送您，这把拐杖留给您作个纪念，老人家多保重！”

林如高还为王震、万里、叶飞、项南等国家领导人治疗伤病，都取得较好的疗效，并得到好评。

遵照敬爱的周恩来总理关于要总结整理林如高老中医医疗经验的指示，1975年起，福建省卫生厅派张安楨医师同林子顺医师一起整理林如高的正骨经验，1977年出版了《林如高正骨经验》一书。在编写这本书的过程中，林如高毫无保留地贡献了祖传秘、验方一百多个。以后又相继派王和鸣、葛懋昌、陈新民医师等参加整理出版了《林如高骨伤验歌诀方解》、《保健练功三十六法》、《林如高骨伤敷药法》、《骨伤资料选编》以及学术论文五十多篇。这些作品均先后获全国、省科学大会以及省、厅级优秀科研成果奖。

1978年林如高被选为省政协委员、福州中医学会名誉会长、福建省中医学会常务理事。

1978年《林如高正骨经验》等获福建省科学大会奖、省科普图书一等奖、全国医药卫生科学大会奖。

1980年福州市红星农场卫生院更名为福州市盘屿正骨医院，林如高任名誉院长，林子顺任院长。

1982年，《林如高骨伤电脑诊疗系统》等获省科技成果三等奖。

1985年经福建省人民政府审批，福州市建立了以林如高名字命名的福州市林如高正骨医院。林如高正骨经验在国内外产生了巨大影响，在学术界也享有很高声望。

1986年3月18日凌晨，这位为中医骨伤科事业作出重大贡献的一代巨匠的心脏停止了跳动。虽然他离开了人间，但留下的经验和著作已成为中医学的一笔宝贵财富，他的学术思想与医疗品德如同医林中的不老松，仍然那样青翠、挺拔。

附

录

一、党的三大作风的楷模

——回忆周总理（节选）

凡是接触过总理的人，从总理身上得到的最深刻、最亲切的印象，是他那种密切联系群众的优良作风。

记得就在那次邓大姐代表总理询问我的身体情况的时候，我正在请福州一位八十多岁的老中医治腿。这位老中医在骨科方面很有经验，许多病人经他治疗后都恢复得很好，对保障劳动人民的身体健康是有一定贡献的。但是，这位老中医的医术没有得到应有的重视，而且后继无人。总理听邓大姐转述这个情况后，立即指示：要给这位老中医做工作，把他的医疗经验整理出来，留给后代，为人民服务。我再次去福州市时，把总理这个指示告诉了福建省委的一位负责同志，那个同志抓了这件事，派人帮助把这位老中医的经验整

理了出来。

罗瑞卿

《人民日报》1978年3月24日

二、盛世应活一百一

——访福建省政协委员，九旬正骨老中医林如高

（中国新闻社福州七月六日电）林如高是福建省福州市著名的骨伤科老中医，今年九十岁了。他行医七十多载，有丰富的医疗实践经验，治疗骨伤科疾病有独到之处，手法简便，疗效又高。

一天，在福州红星农场卫生院骨科诊察室，我们见到了这位高龄的老医生，他体格健壮，脸色红润，双眼炯炯有神，正在为一个青年病人治疗关节脱位。他先用一种中草药水给病人涂擦患部，由他的助手抱住患者腋下、胸部，然后老医生舒展双手，环抱患肢上臂下部，用力向下拔伸，再进行外旋，逐渐内收上臂，只听咔嚓一声，他告诉病人说：“行了”。病人活动了一下刚才还动弹不得的手臂，又惊奇又感激地向老中医道谢，看到他那敏捷而熟练的治疗方法，我们不禁脱口赞道：“老医生，你的医术真好啊！”

林老医生转过身来同我们打了招呼，接着从抽屉里拿出了《林如高正骨经验》一书，向我们介绍说，1975年年底，福建省卫生局派省人民医院骨科主治医师张安楨和红星农场卫生院林子顺医师，帮助他整理正骨经验，用了一年时间就整理成书。这本书初版和再版共十万余册，行销全国各省和香港等地，引起各界的重视，读者纷纷来信，反映病情，求医买药，或者交流正骨经验。现在已收到几百封信。

在交谈中，我们得知林如高老医生正在虚心地向西医学

习，尽量地做到中西医结合，努力创造骨科新医学，前不久，长乐县石龙大队一位农民，小腿被石头砸伤，引起复杂性骨折，伤口感染，病人由其他医院转到红星农场卫生院后，林老医生采用中草药内服外敷并用，用西医疗法从伤口钳出死骨片，病人很快康复出院，回到了劳动岗位。

当谈到林老医生今后的打算时，他说：最近他和整理小组人员一起，已经制订了到1985年的继续整理和研究新医正骨经验的计划。有《林如高医案》、《保健练功法》等书，还有临床疗法研究，中草药的动物实验以及举办正骨经验学习班等，有的项目现在已开始进行，最后林老医生满怀信心地说：有人说盛世应活一百一，这话说到了我心上，我不服老，一定要努力不懈，为整理和研究新医正骨经验，贡献自己的力量。

《中国新闻》第8403期 1978年7月7日

三、妙手回春为人民

——访福州正骨老中医林如高

当我们走进福州红星农场卫生院骨科诊察室的时候，只见九十高龄的老中医林如高正在为一个青年农民检查受伤的肩膀，他安慰病人说：“是关节脱位，我们帮你复位，很快就会好的，请放心。”说着，就用一种药水涂擦伤肩，然后林如高中医舒展双手，环抱伤肢上臂下部，用力向下拉伸，外旋，逐渐内收上臂，只听咔嚓一声，林如高对伤员说：“行了！”这位农民疑惑地活动一下刚才还动弹不得的手臂，又惊奇又感激地笑了，看到林如高那敏捷而熟练的手法操作，我们不禁脱口赞道：“老医生，你的身手真好啊！”林如高转过身来同我们打了招呼，爽朗地说：“托毛主席的洪福，

才有我林如高的今天啊！”林如高心潮澎湃，旧社会一幕幕辛酸苦难的图景又闪现在他的眼前。福州骨科名医林达年在清朝曾名噪一时，然而十五岁的林如高在那黑暗的旧社会，也只能跟随祖父沦落街头，靠压石吞针召来生意，卖膏药，接骨疗伤，林达年死后，林如高凭祖传医术在码头街口，穿乡僻壤，行医混饭，受尽封建统治阶级和恶霸势力的欺凌侮辱和敲诈勒索。记得有一年春天，他被邀请搭船到闽侯县乡下为一个骨折病人治疗，谁知双脚刚踩上岸，一伙恶霸地痞就一拥而上，把他绑架走了。后来在亲戚朋友的帮助下，筹措了一笔巨款，才赎回人身，幸免于难。那时他的正骨医术已经闻名四方，通往盘屿乡（红星农场所在地）的小道上，每天都有扶老携幼的劳苦大众寻访求治。但万恶的国民党反动派却诬蔑他“走江湖，卖膏药，有伤国体”，不准他开业行医。林如高没有办法，只好半医半农，一家老小与千千万万劳动人民一样，过着不温饱的悲惨生活。新中国成立后，人民政府重视他的医术，安排他和他的儿子、媳妇在卫生院当医生，这怎不叫他百感交集，感激万分！他无限感慨地说：“想当年，看现在，真是两种社会两重天哪！”

林如高兴奋地从抽屉里拿出了《林如高正骨经验》这本书，介绍说，遵照敬爱的周总理关于“把医疗经验整理出来，留给后代，为人民服务”的指示，上级选派福建省人民医院骨科主治医生张安桢来到红星农场卫生院，配合他的儿子林子顺医生，共同整理他的正骨经验。这本书出版十万余册，行销全国各省及香港等地，现在，林如高已收到五百多封来信，反映病例，请求治疗，甚至不远千里来榕求医，还有的买药，购书……这些信件，有的寄自大庆油田、北国边陲哨所、天山南北少数民族自治区，有的寄自江浙水乡、南

国海岛渔村；写信的还有港澳同胞和海外华侨。在这许多信件中，福建机器厂工具车间工人林莹的充满激情的来信，尤为引人注目。前不久在一组介绍老中医林如高的电视节目，就曾报道过林莹的故事。那是发生在三十多年前的事了。一个风雨如磐的黑夜，闽侯县尚干乡（现在的祥谦公社）贫苦农民林和尚，抱着垂死的六岁女儿，迈着沉重的步伐走向乌龙江畔，吃人的旧社会逼迫他把自己的亲骨肉投向悲咽的江流。原来这女孩前些时候被石头砸断了胫腓骨，林和尚没钱给孩子医治，开放性骨折的伤口已经溃烂，生命奄奄一息。“迟早难逃一死，何必让孩子受苦受罪呢！”林和尚快到江边时，遇到一个穷朋友拦住他，劝他去找林如高。林医生听完林和尚的倾诉，毅然地抱过瘦骨嶙峋的小女孩，说：“天下穷人是一家，快把孩子留下吧！”为了谋生活命，林和尚含泪走了，把女儿留在林医生的家里。林如高就像对待亲生女似的精心调治。两个月后，林和尚来了，这女孩子天真活泼地扑向爸爸怀抱。林和尚激动得要女儿给林医生磕头谢恩……这个小女孩就是林莹。她在信上说：“林医生，当时你同情我父亲贫困，同情我这苦命的小女孩，不收分文医药费，还贴上伙食，救活了我的命，您真是我的再生父母啊！”像这样全心全意救死扶伤的事迹何止一桩！

谈到《林如高正骨经验》这本书，林如高感慨地告诉我们，这本书的整理，也经历了一番思想斗争。旧社会惨痛的生活教训，使他的祖辈得出一条结论，“要保住饭碗，祖传的医术传内不传外，传男不传女”。那时候每逢研制药物时，都要关起门来秘密进行，谨防外人得了秘法，夺去他家祖祖辈辈赖以生存的饭碗。解放后，他一家生活安定，日子越过越好。对于生活的后顾之忧早已消除了，长期形成的保守思

想，也在病人一次又一次的痛苦呼声中逐渐打消了。每次他看到许多病人及其家属从外地长途跋涉，远道求医，千辛万苦，不但加重了病人的经济负担，而且有的病人延误了治疗时间，形成残废，失去劳力。有一次来了个青年病人，右手关节脱位。这本来是很简单的病例，只要进行手法整复，再敷几剂中草药就可恢复。但由于病人家住山区，拖了好几个月，脱位部已经粘连，手法整复已难治愈，即便是开刀也不能完全治好。林如高遇到很多这样的病人，他们往往含着眼泪发问：“医生，你为什么不能把技术传给更多的人，使大家都能及时得到治疗呢？”每次听到这些痛苦的呼喊，尖锐的发问，林如高常常彻底难眠。周总理的指示像春雷震动了他的心。林如高想到自己的过去的那些保守思想惭愧得无地自容。于是他毫无保留地献出了临床经验，并且对药方、制药方法、药物性能以及处理疑难症和疗效快的特技，统统都传授出来，加以整理。他过去往往是单人匹马上山采药，制成丹、膏、丸、散等成药，后来为了尽快地传授技术，他就带上卫生院的同志们漫山遍野采集中草药。在永泰山区，在高盖山上，人们经常可以看到林如高徒步登山，采掘草药。今年以来，上级领导考虑到他年事已高，一再叮咛卫生院同志照顾他，劝阻他不要再上山采药了。

林如高经常想：周总理是当代的杰出的革命家，他心上装着全体人民，唯独没有他自己。我作为一个医生，把病人的痛苦都放在心上了吗？骨科病例是不是百分百地治愈了呢？知识无穷尽，医学无止境。他决心再学习、再探索、再攀登，扩大治疗范围，解救受伤的阶级兄弟。他虚心地向卫生院医生学习西医，做到中西结合，努力创造骨科新医学。前不久，长乐县石龙大队一个贫农社员小腿被石头压伤，经

医院石膏固定，创口严重感染。医生主张截肢，病人不肯。病人转到红星农场卫生院后，林如高采取中草药内服外敷并用，再主动配合卫生院医生进行西医治疗，从创口钳出坏死骨片。病人很快康复出院，又是生产队的全劳力。中西医结合治愈了一个又一个疑难病症，使林如高更坚定地在传统经验的基础上，不断创新，开拓骨科新医领域。这是多么难能可贵的进取精神啊！

看来，林如高的正骨经验还在发展，他的书不会止于眼前这一本。我们对他说：“在晚年能看到你自己的成功经验整理成书，留给后代，为人民服务，一定高兴吧！”他说：“可惜周总理看不到这本书。这使我不安于怀，我只能把这本书作为一项祭礼，告慰敬爱的周总理的英灵。”接着他又气忿地说：“这本书还应该是炮弹，砸烂‘四人帮’！这伙害人虫竟然诬蔑整理我们的正骨经验是什么‘举逸民，请隐士’，把我这个出身穷苦的民间医生说成是什么‘反动权威’。他们辱骂我，攻击省委负责同志，矛头却是指向敬爱的周总理！”林如高对周总理的无限热爱，对‘四人帮’的切齿痛恨，深深地感染了我们。这时，负责整理这本书的张医生和林医生，接过林如高的话说：“我们一定要实现周总理的遗愿，整理这本书只是我们工作的开始，我们一定要沿着中西医结合的道路，继续研究，不断突破，拿出新成果。”他们递过一份继续整理和研究新医正骨经验的计划，内容包括林如高的临床病例、临床研究、中草药动物接骨试验、举办正骨经验学习班等等，有些项目现在已开始进行，有的则要1985年之后才能进行。林如高指着这份规划爽朗地笑着说：“在全国科学大会上，有人说盛世应活一百一，这话说得好。党中央粉碎了‘四人帮’，率领我们开始新的长征，

加速实现四个现代化，这是我们中华民族的盛世，我们一定加快学习西医，总结传统经验，研究新课题，更好地为人民服务！”

盛世应活一百一，妙手回春为人民。我们赞美林如高老中医的雄心壮志。

任凤生

《福建日报》1978年8月24日

四、医林一棵不老松

——访著名骨伤科中医、九旬老人林如高

福建省长乐县一位公社社员张子旺的右小腿不慎被石头砸伤了，引起开放性、粉碎性双骨折。于是，队里火速地把他护送到福州一家医院抢救。不料住院三个多月，花了不少钱，病情反而恶化，医生建议截肢。张子旺正在着急的时候，听说福州郊区红星农场卫生院有位名叫林如高的老中医，擅长治疗各种疑难骨伤。于是，他抱着一线希望，前往就医。林医生热情地收留他，经过一个多月的精心治疗，张子旺的骨髓炎果然治好了。九十高龄的老中医林如高，几十年来经他治好的骨伤病人数以千万计，张子旺只不过是普通的一例。

红星农场卫生院依山傍水，座落在风景秀丽的高盖山下的闽江畔。不久前，记者去那里访问，走进骨伤科诊疗室，只见里面坐满了来自各地骨伤患者。一位须发银白、精神矍铄的老人，在椅子上正给一位女病人作检查。这就是林如高老中医。

接受检查的女病人叫雷日珍，是南平市的女工，劳动中曾被机器轧伤，左手尺桡骨双骨折，当地一家医院为她动了

手术，采用钢针固定治疗，可是过了两个半月还未见愈合，于是他要求医院取出钢针，然后到这里就医。半月前，老中医林如高为她进行手法整复，随后用四条小夹板夹缚固定，并给她内服外敷中草药，教她常做伸掌握拳动作，以加强血液循环，促进肿胀消退。十多天来，病人的手功能活动明显好转。今天复查后，林医生高兴地告诉病人，她的骨伤康复得很快，再治疗一个阶段，骨折即可愈合。

病人一个接一个地请林如高医生诊治，尽管天气炎热，这天上午他一连看了十七位病人，整整工作了四个小时才下班。

林医生的家离卫生院只有几百步远，下班后刚一跨进家门，一位患有骨伤的中年妇女就跟来了。她是从香港回来的同胞，名叫郑宝玉。原来她在香港时，被汽车撞伤了左腿，经当地医生久治不愈，这次远道来此求医。林医生不怕麻烦，仔细给她检查，诊断是损伤性关节炎。他亲自给她上了药，又开了方，并教给她治疗调养的方法。老医生的热情周到，使病人深为感动，临走时一再道谢。

有关部门考虑到林医生年纪大，所以曾限定他每天诊病时间不要超过三小时。可他一见病人，就不知疲倦地忘我工作，经常一天要治疗一二十个病人。他常说，要把我有限的余年为更多的病人服务。

林老医生今年九十岁了。他小时候跟随祖父——清代福州骨伤科名医林达年学习正骨医疗技术。他天资聪颖，好学上进，学会一整套的正骨手法和练功疗法。平时，祖父带他攀悬崖，走峭壁，上山识别和采集中草药；教他配制骨伤各种丹、膏、丸、散，传授秘方、验方。祖父去世后，他又跟随父亲学医。年轻的时候，他一边务农，一边给病人看

病。算起来，他行医已有七十多载了。他在长期的医疗实践中，对骨伤的诊断、治疗、用药等方面探索出一套独特的技术，简便易行，疗效又高，深受群众欢迎。有许多常见的、多发性的骨伤科疾病，诸如骨折、脱臼、慢性骨髓炎、内伤等，他都有比较好的疗法。

可是，在黑暗的旧社会，林如高在民间行医，为劳动人民正骨治伤，谁知船一靠岸，就被恶霸地痞绑架走了。后来，在亲戚朋友的帮助下，筹借了一大笔款，才幸免遭害。那时候，万恶的国民党反动政府，指责中医骨伤是什么“走江湖、打拳头、卖膏药，有伤国体”。林如高和其他老中医一样，横遭歧视和排挤，生活困难。

解放后，林如高成了国家干部，他自觉地用自己的医术为人民服务。他长期在农村行医，和劳动人民建立深厚的阶级感情。几十年如一日，风里来雨里去，足迹遍及附近几个县的山山水水，他想病人所想，急病人所急，凡有病家来请，不论白天黑夜，从不推脱。

有一年，长乐县农村妇女依铿嫂，上山砍柴不慎跌下山崖，小腿粉碎性骨折。那时农村还没有办合作医疗，林老医生看到她家里经济不宽裕，住院有困难，就决定把她安顿在自己家里治疗，生活上由家人照顾。四十多天后，依铿嫂的骨伤基本痊愈，老医生不但没有收她的伙食费和医疗费，还掏出自己的腰包，租借了一条小船，亲自划桨送她回到长乐。林老医生全心全意为人民服务的事迹，我们还听说过许多。经他治好的骨伤病人，寄给他一封封热情洋溢的感谢信，送给他一面面鲜艳的锦旗，赞扬他救死扶伤，实行革命人道主义的精神和精湛的医疗技术，人们称誉他是“医林一棵不老松”。

我军杰出的领导人罗瑞卿同志，生前曾请林如高老医生治过腿。罗瑞卿同志曾在一篇文章中说：“记得就在那次邓大姐代表总理询问我的身体情况的时候，我正在请福州一位八十多岁的老中医治腿。这位老中医在骨科方面很有经验，许多病人经他治疗后都恢复得很好，对保障劳动人民的身体健康是有一定贡献的。但是，这位老中医的医术没有得到应有的重视，而且后继无人。总理听邓大姐转述这个情况后，立即指示：要给这位老中医做工作，把他的医疗经验整理出来，留给后代，为人民服务。”随后省卫生局遵照周总理的指示，于1975年11月，派福建省人民医院骨科主治医生张安桢来到红星农场卫生院，帮助林老医生整理、编写临床正骨经验。张安桢有较好西医基础，他在林老医生的儿子林子顺医生合作下，夜以继日，认真工作，仅用一年多时间就整理成书，书名《林如高正骨经验》。出版发行后，已销售十万余册，仍是供不应求。

林老医生在这本书中毫无保留地贡献了他的骨伤科医疗经验，并公开了祖传骨伤秘方、验方。对于一位老中医来说，这是一件很不容易的事情。旧社会惨痛的生活教训，使他得出了一条经验：要保住饭碗，祖传的医术只能“传内不传外，传男不传女”，因此，每逢研制药物，都要关起门来秘密进行。解放后他们一家生活有了保障，日子越过越好。特别是，周总理指示整理他的医疗经验，使他受到极大的教育和鼓舞。他想，敬爱的周总理在病中，还关心全国亿万人民的疾苦，也关怀着成千上万的老中医，要求我们把医疗经验整理出来，为子孙后代谋福利，自己只有彻底抛弃过去那些保守狭隘的思想，才能对得起敬爱的周总理，于是，他下定决心，把自己的经验统统传授出来。在林如高正骨经验整

理小组的协助下，现在又着手整理《林如高医案》、《保健练功三十六法》、《林家伤科诊断与治疗》等书，并进行临床和基础理论研究，以便在骨伤医疗上作出更大贡献。

由于林如高老医生在医学科研上的出色成就，不久前，他荣获全国医疗卫生科学大会授予的优秀科技成果奖。

新华社通讯员 任凤生

新华社记者 蔡清河

《人民日报》1978年8月24日

五、经验传世间 医术为人民

——访盘屿正骨医院

阳春三月，桃李争妍。一天，我们访问了高盖山下福州市盘屿正骨医院。

盘屿乡，依山临江，风光旖旎。自从清末林达年以高超的正骨医术闻名于世以来，这里便成为远近骨伤患者瞩目所在。林达年的孙子林如高独承家传，开辟蹊径，医术更加精湛。他在近八十年的行医生涯中，治愈骨伤患者近三万名，出诊行程不下十五万公里。1974年至1975年期间，他以中草药熏洗、按摩、推拿等方法为罗瑞卿同志治伤，使这位被林彪、“四人帮”迫害致残的名将逐步摆脱了轮椅、双拐杖，可以借助小拐杖行走二百米左右路程。为此，周总理曾指示：“把他的医疗经验整理出来，留给后代，为人民服务。”1975年根据周总理的指示，省卫生部门选派省人民医院骨伤科主治医师张安楨配合林如高的儿子林子顺，协助他整理临床经验和祖传秘方。去年12月，在省市有关部门支持下，原红星农场卫生院经过扩建，正式办起了福州市盘屿正骨医院。

进村后，我们在一幢农舍前遇见了九十三岁高龄的名老

中医林如高。他现在是省政协委员，中医学会福州分会名誉会长、中医学院骨伤科顾问，盘屿正骨医院名誉院长。林老身骨硬朗精神矍铄。他告诉记者，他正抓紧有生之年，继续总结临床经验，进行中西医结合的动物试验，进一步提高医疗技术水平，以便更好地为人民服务。真是树老雄风在，年高志不衰。林老一席话使我们对他更加钦佩。

记者信步走向医院，只见大门口停着几辆小轿车和吉普车，经了解，这是有关部门送归国华侨骨伤患者前来就诊的。我们进院参观后，得知这家新成立的医院已有十几个科室、四十名医护人员，拥有五十张床位的住院病房和一个小制药厂。在主楼底层正骨科里，四壁挂满了锦旗和镜框、奖状。一位中医生正在给一位老农检查伤痛的肩膀。那医生就是医院副院长林如高的次子林子顺。只见林医生敏捷而又熟练地为伤员进行手法整复。然后胸有成竹地说：“是肩关节脱位，不要紧，很快就会恢复正常的。”那农民活动了一下手臂，紧皱的眉头立即舒展开来。果真是“妙手回春”，名不虚传。在交谈中，我们问起了整理林老医疗经验的情况。林医师说：我父亲牢记周总理的教诲，献出了临床经验和所有秘方验方，传授出药物性能、制药方法以及处理疑难病症和快速见效疗法等特技。经张安楨医师等人协助整理，《林如高正骨经验》一书，已经出版发行十几万册，深受全国各地及香港、日本医务界人士和广大读者喜爱，获得了全国医药卫生科技成果奖，《林如高骨伤验方歌诀方解》一书，共收集了102个秘验方，也已出版发行了四万多册，《林如高保健练功三十六法》一书也已付印。还有《林如高骨伤敷药法》、《林如高临床骨科选编集（之一）、（之二）》、《林如高临床医案和论文》等四部著作，正在广泛征求各方面的意

见，不久也将出版。今年初，省计算中心和福建中医学院的科技人员还研制成功《林如高骨伤电脑诊疗系统骨折部分》，最近投入临床考核。但是，林老并不满意，他仍然孜孜不倦地钻研医学，为提高祖国中医医疗水平，培养中医正骨后继人才而日夜操劳。

谈到培养人才，林子顺说：因为中医正骨手法具有痛苦少、疗程短、效果好以及经济简便等特点，所以前来就医的省内外和海外侨胞伤员络绎不绝，每天门诊都达五六十之多，要求就医，请求指点的来信更是纷如云片。为了适应卫生事业发展的需要，近年来，我们积极帮助省、市医院和工厂、部队、卫生保健单位培训中医正骨人员，还为省正骨进修班培训了一批学员。从去年起还承担了中医学院正骨科学员实习点的任务。今后，这一方面的工作还要加强。

林如高父子公开祖传秘方，传授医疗经验的精神十分可贵，而认真诊治伤员的事迹也很感人。前年，河南范县林业科研所职工吴果奇因交通事故，小腿胫骨开放性、粉碎性双骨折造成骨不连，经多方医治不见疗效，后慕名远道前来求医。林如高父子在其他医师配合下采取中草药内服外敷并用小夹板固定等中西医结合办法治愈其腿伤。旅居香港侨胞曾金官去年八月右肘关节脱位伴有骨裂伤，今年二月一个手指掌骨骨折，两次都因就地治疗无效而来福州由林如高父子治好的……

知识无穷尽，医学无止境。林子顺医师表示，他们一定要继续努力挖掘中医学遗产，沿着中西医结合的道路，去开拓骨科医疗的新领域。我们衷心祝愿盘屿正骨医院。

薛香泉 王用宜

《福建日报》1980年5月19日

六、“活神仙”林如高

山不在高，有仙则名；水不在深，有龙则灵。

盘屿——福州市郊一个偏僻的乡村，既没有名胜古刹，又不是交通要衢，但是，就因为住着一位经历过三个朝代，被人们誉为“华佗后身”的“活神仙”，成了一个盛名远扬，遐尔尽知的去处。这位“活神仙”，就是九十六岁高龄的骨伤科专家、福建中医学院骨伤科顾问林如高老先生。

七级浮屠

1932年初秋，一个大雨滂沱、雷电交加的夜晚，离盘屿乡十几里地的高盖山上，看山依伯蹒跚在山顶的小庙里呻吟。傍晚，这位枯瘦佝偻的老人巡山时跌断了腿骨，十五岁的小侄儿把他背进这座濒于倾圮的破庙里，就连忙下山去请林如高出诊，好几天没见到林如高上山采药了，听说这个很少患病的精壮汉子最近偏偏病倒了。这风吼雨啸的夜晚，他能上山吗？

能。酉时三刻，浑身泥水的林如高跌跌撞撞地撞了进来。看山老人股骨断裂，伤势严重。小庙里缺这少那，又不蔽风雨，不是治伤的地方。林如高沉吟一阵，给依伯做了临时性处理，然后背他下山，住在自己家里继续治疗。

高盖山雄伟高峻，矗立在盘屿东南。它是盘屿的天然屏障，也是林如高“修练得道”的地方。

林如高是医家子弟。他的祖父林达年，是清代一名身怀绝技的骨伤科圣手。闽江两岸，方圆数百里，人人都知道接骨林达年。十五岁那年，林如高因贫辍学，跟随祖父学医。他自幼聪敏好学，老祖父又耳提面命，悉心传技。光阴荏

苒，林如高的医道也与日俱进。几年以后，林如高便深得家学真传，继承了一套独特的正骨手法和祖传秘方、验方，成为一个小有名气的青年大夫。

然而，林如高并不满足，忽然又对绘画发生了兴趣，常常一个人关在屋里，一笔一划地勾勒着人物图像。只是他绘的人物并不美，有骨无肉，无论是正面的，背面的，侧面的，尽是一个个骷髅，狰狞可怕。

高盖山上，丛冢累累。每年清明、重阳，正是当地拾骨移葬的黄道吉日。此时，林如高总是蹲在墓坑旁，看着拾骨的土工如何把一块块骨头拾起来装进陶瓮。墓穴深处不时散发出难闻腐臭，死者的亲属都避之若浼，林如高却看得入迷，还不时掏出他的作品，一一矫正其中不精确的地方。久而久之，土工也渐渐理解这个青年的举动。迁墓时常常带上这个义务工。有时，林如高也下墓坑，动手拾骨，把一根根骨头从脚到头按顺序排好，再装进陶瓷。如果碰上患有骨折史的骸骨，林如高更是像考古学者，仔细观察、琢磨，还不时掏出尺子比量。

四百多年以前，达·芬奇为了深入钻研人体结构，曾经冒着亵渎神灵的风险，在夜深人静时，悄悄到存放尸体的寺院地下室进行尸体解剖，并以此为据，详细画出骨骼和肌肉的细部。凭着人体解剖学的丰富知识和炉火纯青的绘画技巧，达·芬奇终于细腻、准确地画出蒙娜·丽莎的微笑，留下了传世佳作。而林如高也正是在高盖山坟场——世界上最为人们嫌恶的角落里，不知观察、摩挲过多少具尸骨，才能画出一张张只有他自己才看得懂的人体图像，修完复杂精深的《人体解剖学》。

除了拣拾骨骸外，每隔十天半月，林如高还要上高盖山

采撷一次草药。他的草鞋吻遍山上的每一寸小径。闭着眼睛，他也知道什么地方长满苍苔，什么时候要穿过竹林杂树。但是，在这风大雨猛、夜色如墨的晚上，拖着病中虚乏的身子，背负一个伤员从崎岖坎坷的小道上下山，其艰难是可以想象的。及至半山，林如高几乎要瘫倒了。他还在发烧，烫人的体温灼烘着看山老人。老人不忍折磨这个济世良医，再次恳求放下他，林如高连忙扶住一棵横伸出的古松，一边喘息，一边安慰老人。离这儿不远，安眠着他的祖父。前年，祖父突染重病，药石无效。临终前，老人艰难地嘱咐孙子：“医道万千，唯德最重；救人一命，胜造七级浮屠！”此刻，风声雨声，又用低沉的音符，在他耳畔奏鸣着祖父的遗训，伴送着林如高背负着老人下山。从此后，林如高早上为看山老人治伤，然后就上高盖山采药，顺便替老汉看山。他夜间常常留宿山上，同老汉的小侄儿作伴，驱除孩子的恐惧。看山老人感动得老泪纵横，烧高香为林如高祈祷。林如高牢记祖父遗训，又积了一点阴功，为七级浮屠添了一块砖。

佛塔倒了

林如高云游四方，行医布善。他名震遐迩，被称为“小达年”，然而小达年过于善良，过于憨厚，现实给予他的却不都是依依塔影和感恩的微笑。

闽侯螺州有一个姓陈的达官显贵。陈某有一个女儿，得了类风湿性关节炎，两臂肌肉萎缩，连吃饭饮茶，穿衣系带都得丫环伺候。陈某四处求医占卜，名医国手前门进后门出，花了不少银两，但他女儿还是疯瘫如故。后来，林如高外用舒筋散熏洗，局部按摩，内服加减宣痹汤，只几次，陈家千

金便病痛解除，手臂挥动自如，陈某说不尽感激的话：“今后有什么事，尽管来找我。不用说螺州，就是福州，我陈某说话也是掷地有声的！”言谈之中，不时透露，林如高能投其门下，听其驱遣，日后前程无可限量。林如高并不贪图额外的酬谢，更不用依附显贵，用穷乡亲的血汗肥己私囊。他习惯于淡泊自在的行医生涯，遵循“救人一命，胜造七级浮屠”的祖宗遗训。他只希冀万一需要这个显赫的陈家为穷人说句公道话主持公正时，陈某不要忘了今日的许诺。他拱了拱手，背起药囊走了。

盘屿地处闽江下游，河道交错，港叉纵横。这里的穷百姓往往几家合置一条船，出门进城，运肥送菜，用以代步。林如高出门巡诊，送病人回家，也常常借邻里的船只。这年冬天，村里九条船被螺州姓陈的官员无理扣押。村里人找林如高，请他出门讨船。向达官显贵屈膝求情，林如高有一种本能的反感。但乡亲的船只被扣，无异是断绝了众人的生路。乡情难却，林如高只好出面讨船。

一进陈家，林如高就碰了个软钉子。陈某先是装聋作哑，一问三不知。后来，又给林如高开了空头支票——查一查再说。一查三个月，还是石沉大海，毫无消息。林如高无奈，只得再度上门讨船，请陈某履行当时许下的诺言。最后船是讨回来了，但是原来好端端九条的船，有的被江水沤烂了船底、船帮，有的被人为地故意捣坏，全都变成残破不堪的了。林如高知道被作弄，气得七窍生烟，准备联名上告。

可是，林如高状告未成，倒先身陷囹圄。一天，林如高到闽侯出诊回来，路过虎头山时，被一伙土匪绑架了。土匪放出风声，要林家十日内交出一笔巨款，不然就要撕票。林如高世代行医，除了几亩薄田，一只药囊，就是祖辈积下的

一点阴功，哪来这么多钱呢？家里人急得团团转，东挪西借，还不足半数。乡亲们知道这事，纷纷倾囊相助。附近乡里凡是经林如高治过病的病家，也都赶来资助。总算凑足了款托人把林如高赎回来。后来，林如高才知道这绑架事件，就是螺州陈某买通土匪搞的鬼，想以此刹一刹林如高专替穷人办理，不肯皈依官府的傲气。

一抹如烟的夕阳，照着林如高那惆怅的背影，蹒跚的步履。幻想开始模糊，七级浮屠开始倾倒。然后，林如高同时也明白了许多道理：天下只有穷帮穷，富人的心比蛇蝎还毒。他心里大骂这些人面兽心的家伙，发誓今后再也不替为富不仁者看病了。

一方金匾

1948年，一个阴雨绵绵的夜晚，闽侯县尚干乡的贫苦农民林和尚，迈着重重的步子，背着他那六岁的女儿林莹，走到闽江岸边。他搂着女儿，流着泪说：“孩子，不要怪爸爸心狠，爸爸也是没有办法的啊！来生来世去找个好门第投胎吧！”说着，抱起女儿，就要往闽江抛去。这时，一只大手把他拉住。林和尚一看，来的是渡口艄公，便呜呜大哭起来，向艄公诉说他的不幸。

原来，他的女儿林莹一月前被石头砸断腿骨，引起开放性双骨折。这年月，三餐不继，哪有钱给孩子看病！一拖再拖，林莹伤口溃烂，转为骨髓炎。眼看孩子越来越不行了，反正迟早难逃死，与其让孩子活受罪，不如一死了结。

艄公很同情小林莹，陪着流泪。猛然间，艄公想起一个人，对林和尚说：“去找盘屿林如高。祖传名医，孩子有救了。”“那钱呢？总得要一点钱，可我……”林和尚怯懦地

说。“咳！他就是专给没钱的穷哥们看病的，走，我送你们去！”

当晚，一行三人找到林如高。林如高听完林和尚的诉说，既同情他的不幸，也责备他的狠心；“蝼蚁尚且贪生，何况一个活活的孩子！早就该来找我。这样吧，孩子留下，你们还要谋生，先回去！”

林莹从此成了林如高家中的一员。林如高为她接骨治伤，林师母为她端饭穿衣。一有空暇，林如高就给小林莹讲神奇的传说，迷人的神话，排遣孩子想家的忧郁。两个月后，林和尚来接女儿，看到蹦蹦跳跳天真活泼的小林莹，激动地对林如高说：“你是孩子的再生父母啊！”说着，抱起女儿，就要磕头。林如高连忙摆摆手说：“不用谢，这是我的本份。”他又嘱咐说，小孩身体还很虚弱，回去后最好能杀只鸡或是买几条鳊鱼炖老汤，给孩子补养补养，林和尚听后，黯然良久。当时，一只鸡可以换几十斤大米。家无隔夜粮，何敢谈鸡！就是有，也早拿去换粮食糊口了，林如高看出他的难处说：“我家还有一只大公鸡，你拿去吧！反正我也用不着。”林和尚说啥也不肯，但最后还是拗不过。他带着女儿，提着鸡，向林如高磕了三个响头走了。

这年，林如高整整六十岁了。这只大公鸡是家里特地养着为他祝寿用的。林如高送走林和尚父女，笑着对妻子说：“不要责怪我，没有活鸡，用面粉捏个面鸡不就行了！”祝寿时，林如高摆起香案，供上面捏的公鸡猪首，感谢天地之恩。这场面中虽然有点寒酸，“但救人一命，胜造七级浮屠”，能救穷人疾苦，修善积德，就是一种莫大的安慰，一种只有他才能体会到的人生乐趣。

林如高不慕虚名，只遵奉医者贵德的信条，然而，谁能

想到，他也有用钱“买”匾，堂堂正正挂在正厅上这么一个令人惊讶的秩事。

那是1947年秋天的一个傍晚，劳累了一天的林如高，斜倚在竹榻上，闭目小憩。突然，一位泪流满面的中年妇女撞进门来，“扑”地跪在林如高跟前，哭喊着请林如高救命。原来，这女人是盖山搬运工人郑土妹的妻子。方才郑土妹搬运货物，跳板滑动，连人带货摔倒在地。二三百斤重的行包砸在大腿上，引起股骨粉碎性骨折。

林如高背起药囊，立即赶去抢救。此后，整整四五十天，林如高风雨无阻，天天为他出诊，光消毒和作为敷料用的茶油就用去十来斤。郑土妹是一家的支柱，支柱倒了，一家生计毫无着落。林如高为他治病，药费不用说，连茶油钱也不要，得到的只是一掬感激的热泪。

三个月过去了，郑土妹茁壮如初，又能扛起三百斤重的行包健步如飞，完全看不出是一个有骨折病史的人。郑土妹得救了，一家生活有了着落。他们整天念叨着林医师的恩情，思量如何报答才好；他们省吃俭用，积累了一些钱，做了一个大横匾，上书“华佗后身”四字，一路上放鞭炮，敲锣打鼓送到林家，林如高感谢他的一团美意，也责怪他无端浪费血汗钱。但是匾额送来了，拒之不成礼数，也伤了病家的心。他想了想，走进后间，叫妻子拿出一些钱，对郑土妹说：“匾额我收下，这钱你拿去补养身体。我怎敢以华佗自喻呢？权当座右铭，以激励自己。”林如高用钱“买”匾的事传开了，成为一段佳话。

梅峰大楼

在旧中国，林如高度过了五十几个春秋寒暑，但是他徒

有“华佗后身”之名，却被反动政府诬之为“走江湖”、“有伤国体”，一直无法挂牌开业。林如高只得半医半农，躬耕陇亩，勉强维持一家生计。

解放的炮声为他开拓了光明之路。不久，盖山医院送来大红聘书，请他作为人民的骨科医师，并征求他对自己工资报酬的意见。林如高说：“工资由政府定，是多是少没关系。只有一个要求。搞几张床位，接收远道而来的病人和重症患者，一定要设法办到。”医院满足了他的这个要求。

林如高作为人民的医生，感到莫大的荣光，他返老还童了。六十几岁的人了，还经常背着药囊，赤着双足，跋山涉水，走访千家万户。他为杂技演员矫正肘关节脱位，使患者重登舞台；他为飞行员治愈踝关节创伤性关节炎，使银鹰重上蓝天；他为腰椎断裂、瘫痪在床的电工治病，使他重上高空作业输送光明；他为十几个骨折运动员正骨，使他们保持青春，为祖国争得荣誉……他治疗的病人成千上万，最小的是刚出生不久的产伤婴儿，最大的是年近百岁的老人。

1975年初，一部黑色小轿车开进盘屿正骨医院，接林如高到福州军区宾馆——梅峰大楼，为一位首长看病。来人告诉林如高，这位首长就是罗瑞卿同志。“啊，罗总长！”林如高不禁惊呼起来。他是多么熟悉这位戎马倥偬，跟随毛主席南征北战的老将军的名字啊！可是从1966年以后，再也无法从报刊上了解这位老将军起居情况和行踪了。民间风传罗总长在那几年浩劫中备受迫害，他到底被摧残得怎样了？

罗总长简略地向林如高介绍他备受迫害，以致腿部残肢创伤性神经疼的经过以后，说：“我这次来福建治病，是总理批的假。我请您来给我治病，只要求双腿不酸痛，拄着拐杖能走一二百步就行了。我还要为革命工作啊！”林如高对

林彪、“四人帮”倒行逆施的政治背景知之不多，但以他那颗善良诚实的心，以一个医生人道主义的直觉，再也按捺不住心中的愤懑。素来老成持重的他，也忘记了在首长面前应有的礼节，拍案而起说：“残无人道，天地难容！首长，我一定尽老夫之所能，把您的腿治好。”

林如高当即为罗总长作检查。他伸出手，刚要触及罗总长病体时，又赶忙缩了回来。他将双手放在自己的胸口，用身上的体温把手温热后，才开始检查、按摩、推拿。此后，林如高每个星期来一次，用带着八十八岁老人体温的双手为罗总长按摩推拿，并配合外部熏洗，内服中草药治疗。在一年多的时间里，林如高总是风雨无阻，如约而至。罗瑞卿同志的医疗小组，除了林如高和他的次子林子顺外，还有张安楨等三同志，医疗方案定下来后，一种对罗总长的敬仰之情，一种爱憎分明的正义感，催动着他，使他非亲自去不可。罗瑞卿同志住在大楼上第九层，有一天约定复诊，却遇到临时停电，电梯无法使用。为了照顾八十八岁的老人的身体，罗瑞卿同志通知林老先生暂时不要来。但林如高却怕耽误罗总长的治疗，仍旧前去为罗总长诊疗。到了宾馆，打蜡的地板一步三滑。林如高索性脱了鞋子，打着赤脚，一步一步往九楼登去。当额头沁着细密的汗珠，两颊通红，微微喘息的林如高突然出现在罗瑞卿同志面前时，这位在炮火纷飞的年代都没有掉过泪的铮铮硬汉，也感动得眼眶湿润了。

经过林如高的精心治疗，罗瑞卿同志的腿部酸痛麻木感显著减轻了，拄着小拐杖可以步行一二百米。在这之前，罗瑞卿同志也曾请过几位骨伤科医生看病，其中有一位民间医生听说是给中央首长治病，还没见到人，就漫天要价，提出种种非份的要求。歪风邪气岂能助长！正直无私的罗瑞卿同

志一气之下，决定不请他看病。而这次林如高为他看病，从来没有开口提出任何要求，他对林如高说：“林老医生，您为我治好病，我很感谢。有什么困难要我帮忙解决的尽管说。”林如高摇摇头说：“我只要求首长多多保重，人民需要您。”多好的老人啊，真是高寿高德！罗瑞卿深为老人的真诚和正直所感动。临回北京前，他对林如高说：“老先生，我没有什么送给您，这把手杖给您作个纪念。老人家多保重！”林如高接过拐杖，久久抚摩着，热泪夺眶而出。

设坛传经

1978年3月，报上发表了罗瑞卿同志回忆周总理的文章《三大作风的楷模——回忆周总理》，里面有这么一段话：“记得就在那次邓大姐代表总理询问我的身体情况的时候，我正在请福州一位八十多岁的老中医治腿。这位老中医在骨科方面很有经验，许多病人经他治疗后都恢复得很好，对保障劳动人民的身体健康有一定贡献。总理听邓大姐传达这个情况后，立即指示：要给这位老中医做工作，把他的医疗经验整理出来，留给后代，为人民服务。”这话犹如一股春潮，冲击着林如高的心扉，翻腾激越，奔泻不止。林如高颤抖着双手捧着这报纸，含着热泪一个字一个字地读着，渐渐泣不成声了。

此时，《林如高正骨经验》一书已经整理出版。这本书聚集着他七十余年的心血，收有祖传秘方、偏方一百多个，很受读者欢迎，第一版就印刷发行了十几万册，还畅销日本、香港和东南亚各国。日本《汉方研究》杂志还撰文报道了这本书的出版消息。然而，林如高感到深深的遗憾和极度的悔恨。他悔恨自己醒悟太迟，悔恨自己私心太重，没有早

点着手做这项工作，好在总理健在之时，捧献给他老人家，他彻底难眠了，又联想自己引为憾事的一幕。

几年前的一天下午，一位青年农民吊着胳膊，从永泰跑来，找林如高医治。林如高一检查，发现只是肩关节脱臼，但因为没有及时复位，患部红肿发亮。林如高先用舒筋消瘀的药水给患者涂擦，然后舒展双手，紧握伤肢下部，用力向下拉引、外旋，然后逐渐内收上臂。只听得“咔嚓”一声，林如高说：“好了。”患者疑惑地活动了一下原先动弹不得的臂，挥动自如，并无痛楚，他感激地说：“林老，你这一手真神！”林如高淡淡一笑，说：“不，你这本来就不算什么大毛病。”青年一听，动情地说：“林老，你不知道，在我们永泰山区，正骨医生太少。我摔伤后，母亲只好请来一个巫医，又上香，又点烛，最后烧了一个纸符撒在患处，算是上药了。结果拖了十几天，痛苦一丝也没减少，反而越肿越大，越痛越厉害了。你医术这么高明，为什么不写成书，让更多的人看到它，学到它，免得像我这样，从永泰赶到这里，来回上百里，既耽误治疗，又花工费钱，多不方便！”

这话很一般，但却使林如高的心弦为之一震：早年，他曾虔诚地信奉过佛教，佛教的宗旨不是“普救众生”吗！现在，作为人民的医生更要解除广大病员的痛楚，岂能把祖传的正骨手法和验方秘而不宣！他感到内疚。

“应当把祖辈传下来的医疗经验整理出来！”林如高萌动了这个念头。但是，有些人好像是分工好了似的，轮番前来劝阻，甚至很不客气地说：“不要把祖宗都卖了！”祖辈曾立下一条规矩：要保住饭碗，祖传秘方“传内不传外，传媳不传女”。连碾制膏、丸、丹、散，也交代要关门闭户，秘密进行。林如高还记得，祖辈留下的“财富”中，有一本是记

载五官科单方、验方的抄本。他年轻时，在一次出诊中把这本薄薄的小书丢了。后来，得到这本小书的人就靠着那几味单方，勤学苦练，竟然成了一个小有名气的五官科大夫。六十年代初，听说那人把这些单方献给了国家，某制药厂据此生产出一种颇有效力的成药，很受病家欢迎。想不到，在十年动乱中，这个献方的人竟然被当作“反动学术权威”，吃了不少苦头。现在，虽然是新社会，他这个昔日江湖郎中得到应有的尊重，生活有了保障，可以不愁别人抢走“饭碗”。但是，万一再有什么变故，献出了秘方以后，又将怎样对待我呢？想到这些，林如高献方的念头又淡薄了。

1975年，一个中年男子带着铺盖，前来拜师学医。林如高以礼相待，可是他仍然遵循家教祖训，对祖传秘方，接骨绝技，不肯轻易外传。

很快，林如高了解到，这个名叫张安桢的新徒弟，是共产党员，五十年代毕业于福建医学院，在省人民医院里已经是个西医外科主治医生了。张安桢这次来，是受省卫生局指派，前来协助林如高整理医疗经验的。张安桢很理解老人的心，他抓紧一切可以利用的机会，跟林如高促膝谈心，讲毛主席和周总理关于发掘中医学宝库的指示；讲医疗技术来自人民，应该归还人民，为人民服务的道理。在日常协助林如高看病中，张安桢还把自己学到的西医治疗骨伤的经验，同林如高的传统疗法相结合，使之更符合科学。林如高是通情达理的人，对这些晓以大义的话语，当然不会无动于衷。

不久，从邻县送来一位农民患者，小腿被石头砸伤，胫腓骨粉碎性双骨折。患者曾找当地的一个民间骨科土医治疗。那个土医生也略知正骨技术，只是喜欢趁人之危，大敲病家竹杠，这位农民患者就因为家境较差，一下付不出大批

诊金，未能得到应有的治疗，以致伤口严重感染，成了骨髓炎，不得不转到一家大医院准备截肢。病人家属听说林如高正骨手法如神，抱着试试看的心情，转到盘屿。林如高在张安楨的配合下，采用中西医结合疗法，用扩创手术，钳出死骨，并配合牵引，夹板固定，内服中草药，外敷中药膏。仅一个月，病人伤口就愈合长肉，八个月后完全康复，一共只花了四十多元。

这个患者的遭遇，又一次深深地震动了林如高本来就不太平静的心。善良而又正直的他，怎能容忍敲诈病家的恶劣行径？他还常听说病家就是到大医院就诊，也得托人情，送礼物。不然，不是敷衍了事，就是推三推四，冷眼相待。可是对这一切弊病，他又有什么办法呢？他不过只是一个高龄老叟，既无法用行政命令约束那些医德低劣者，也不能四处奔波，劝人行善。唯一有效的办法，就是打掉那些人“一招鲜，吃遍天”的资本！于是，他像犯了过错的孩子，负着一种赎罪的心理，披衣下床，戴上老花镜，伏案疾书，拟出了下一步的整理计划。

第二天一早，他把张安楨、林子顺找来，对他们说：“昨天的报纸你们看了吧！我对不起周总理、罗将军啊！周总理要我‘为人民服务’，这不就是我七十余年幻想的基柱和归宿吗？我要在有生之年，把所有的经验都献出来，以告慰周总理的英灵，也赎回我的过失。请你们多多协助。”

他加快了著书的进度，在张安楨、林子顺等同志的协助下，又相继整理出版了《林如高骨伤敷药法》、《林如高练功三十六法》、《林如高骨伤验方歌诀方解》等三本书。这么系统地整理出版中医骨伤科专著，在国内还是不多见的。

新的起点

《林如高正骨经验》等几本书问世后，引起国内外医务界的重视，先后获得我省和卫生部的优秀科技成果奖。国内外报刊、广播、电视纷纷撰文、录像介绍。林如高驰名中外，各地询病索书的信件六千多封，慕名求医者纷沓而至。然而，林如高毕竟是年近期颐的老人了，出入不得不仰仗罗将军赠送的那支手杖。他再也不能像年轻时那样翻山越岭采药配方，再也无法风雨无阻地巡医出诊了。林如高为此深感烦恼。他多么希望自己能年轻二十岁，再为人民服务几十年。

很快，林如高的烦恼变成欢乐，希望成为了现实。现代科学为林如高的经验安上了翅膀，展翅高飞了。经过张安桢和其他科研人员的努力，林如高经验终于分成骨折、脱位、伤筋、内伤四组软件输入电脑，并投入临床使用。林如高电脑系统使林如高的经验得以用活的形式保存下来，使一个林如高变成千百个林如高。林如高经验进入新的起点，正朝着为千百万人民服务的方向迈进。

从“救人一命胜造七级浮屠”到为人民服务，林如高走过漫长的八十年。在他面前，不单是一部电子计算机，而是一座丰碑，一座高耸入云的“浮屠”。林如高微笑了，这不正是他几十年来梦寐以求的目标吗？！他仿佛年轻了许多。他正用最新的科学技术和坚持八十年坚韧不拔的毅力，继续谱写着他的生命进行曲。

我们真诚地祝愿他健康长寿！

李玉光 游冰

《福建文学》3期 1982年4月

七、正骨有术 妙手回春

——介绍著名骨伤科医生林如高

亲爱的台湾青年朋友们，您好！我是王薇，谢谢您经常收听我主持的节目。

朋友，华佗的名字，您大概很熟悉吧！他是我国古代著名的医生。如果您看过古典小说《三国演义》，一定会被里面华佗为关羽刮骨疗毒的故事所吸引，所叹服。故事说关羽在攻打樊城时，被曹仁毒箭射中右臂，毒已入骨，如果不及治疗，手臂就只好截掉了。这时，华佗主动前来替关羽医治。他胸有成竹地切开伤口，用尖刀刮去骨头上的箭毒，然后敷上药，缝上线。关羽伸舒几下手臂，像平常一样顺当，而且还不疼，连连称赞华佗：“先生真神医也！”亲爱的朋友，在一千七百多年前的三国时代，我国就拥有华佗这样的骨伤科医生，实在是不简单的。千百年来，人们对华佗的医术和医德是赞扬备至的，都希望“华佗再世”为民治病，这是人们共同的愿望。但是实际上，在漫长的历史过程中，我国像华佗这样的医生是很多的。就说现在的福建省福州市吧，这里就有一个被誉为“华佗后身”、“活神仙”的骨伤科医生。他的名字叫林如高，是福建中医学院骨伤科顾问。今天这次节目，我就向您介绍林如高先生，欢迎收听。

亲爱的朋友，林如高老先生今年已经九十五岁高龄了。他从十五岁跟着祖父行医，到现在的八十年当中，他奇迹般地救治了千千万万个病人，其中有已故的人民解放军总参谋长罗瑞卿将军，真是名驰四海，功德无量了。提起林老先生的祖父，可能您身边的许多老人都很熟悉。他就是清末福州著名的骨伤科医生林达年先生。林达年先生生前最喜欢林如

高了，向他悉心传授了许多祖传的秘方验药，又精心教授了许多治疗骨伤的妙法。林如高细心体会，努力实践，很快就名满八闽大地。现在林如高先生除了担任福建中医学院骨伤科的顾问以外，还在自己的家乡福州市郊区盘屿乡建了一座正骨医院，并且担任院长。每年都接待大量的国内外骨伤患者。

朋友，《三国演义》中描写，当华佗为关羽刮骨疗毒以后，关羽十分感激，想以百金相谢，可是华佗却坚持推辞，分文不取。救危而不图报，华佗的医德可以说是很高尚的了。林如高先生也像华佗那样，有高尚的医德。这里我不妨向您讲一个故事吧！那是1948年事儿了。福建省闽侯县尚干乡一个叫林和尚的农民，他的六岁女儿不幸被石头砸烂了胫腓骨，引起开放粉碎性骨折。因为没钱医治，一拖再拖，伤口溃烂，转为骨髓炎，小生命奄奄一息。林和尚痛苦极了，他想：迟早总难免一死，还是让孩子早点解脱吧！就要把孩子扔到乌龙江去。林如高知道了这件事，毅然把这个病孩子接到家中，精心调治，不但不收分文的医药费，而且还贴上许多伙食钱。两个月后，小女孩的骨伤治好了。林和尚感激涕零，连忙让女儿给林如高先生磕头谢恩。朋友，这个小女孩名叫林莹，现在是福建机器厂工具车间的工人。每逢林医生寿辰，她都要亲自来给林医生祝寿呢？

朋友，像这类的善事，林如高先生做过多少呢？他自己记不清楚了。他说：“医道万千，惟德最高。我是个医生，救死扶伤，是我的天职，还有什么比看到自己的病人恢复健康更幸福的呢？”

亲爱的朋友，从上面我讲的那个小故事当中，我们可以看出，林如高的医德是高尚的，他的医术呢，也是十分高超

的。在大陆，许多人都称他为“活神医”，您可以想象他的声誉有多么高了。林如高先生不但善于治疗一般的骨伤，而且对治疗肥大性脊柱炎、慢性骨髓炎、腰椎间盘突出症等都颇有功夫。香港九龙砵石村翠楼石室的严碧玉女士，患有肩周炎并发颈椎骨质增生，肩部肌肉萎缩，疼痛不堪，连梳头都感到困难。1981年夏季，她两次来到福州盘屿医院，经按摩推拿，中草药熏洗，内服抗增生药，病情大有好转，她给林医生的一面锦旗写道：“医术高明，妙手回春”。福建省长乐县有个叫张子望的人，因骨折引起骨髓炎，疮口糜烂，原打算进行截肢手术。后来他来到盘屿医院，林如高医生用中西医结合的方法替他治疗，只有四十多天，花了五十元人民币，伤口就全部愈合了。您说这神不神！现在，来找林如高医生诊治的，除了国内病人以外，还有许多港澳同胞，以及从美国、日本、菲律宾等国家回来的华侨。林先生虽然年近百岁，但还是身体力行，有求必应。他每天除了到门诊部给病人诊治外。还要给求方索药的国内外同胞回信、寄药，有时呢，还得同外埠的医生利用书信的形式会诊。最近，本台记者访问了林如高老先生。林先生告诉记者说，他非常愿意为台湾同胞服务，欢迎台湾的病患者到内地来治疗，更欢迎台湾医学界的同仁们，用各种形式会诊，一起解除病人的痛苦，以提高我们民族的健康水平。

亲爱的台湾青年朋友，您也许会问，林如高先生治好了那么多病人，他采取的是什么呢？好，下面我就简要地向您作一些介绍：林医生的医术包括手法和药物两个系统。手法有中医整复骨折、小夹板、练功三个内容；药物有中草药内服和骨伤、内伤、骨质增生、腰肌劳损等丸散丹膏的外敷。如果您想了解得更详细一些，我在这儿向您推荐四部

书，这些书是根据周恩来总理生前的指示，由福建人民出版社和福建科技出版社出版的。这四本书是《林如高正骨经验》、《林如高骨伤验方歌诀方解》、《林如高练功三十六法》和《林如高骨伤敷药法》，其中《林如高正骨经验》在港、澳已经再版发行两次，日本的《汉方研究》也曾经推荐过这本书。另外我还想告诉您，为了保存和推广林如高先生宝贵的正骨经验，福建省电子计算中心和福建中医学院联合研制成功了《林如高骨伤电脑治疗系统》。这个电脑诊疗系统应用微型电子计算机，模拟林如高诊治疾病的思维过程能够根据输入的信息进行辨病、辨证、开处方、计算药价等等。还可以开出一千多个秘方，同时还能进行治疗手法的电视演示，基本上概括了林老先生的骨伤科诊疗经验。这个电脑诊疗系统已经在1982年3月通过鉴定，今年4月份在广州春季出口商品交易会上展出，引起了人们的极大兴趣。许多国家和地区都竞相订购。还有，今年，由福建省中医学院配制，由屏山制药厂生产的林如高正骨水、林如高风伤药水、林如高活血散、林如高增生丸等成药也将在东南亚各国销售。

台湾青年朋友，我是王薇，刚才我介绍的是福建省著名骨伤科专家林如高医生，您感兴趣吗？如果您需要我给您办什么事，尽可给我来信，我的通讯地址是福州一八七信箱。好，亲爱的朋友，再会！

福州郊委来稿

《青年之友》节目1983年7月23日

八、骨科妙手 医界寿星

——访福建著名骨伤科老中医林如高

(中国新闻社福州十月四日电) 一个秋高气爽的日子, 我们驱车福州南郊盘屿乡, 专程拜访福建省骨伤科老中医林如高。林老在医术早已名闻遐尔, 而自 1975 年为中国著名将军罗瑞卿治好腿伤后, 病家慕名求治者, 更是纷至沓来。

柴门仁宅 茅屋名医

盘屿乡, 位于高盖山下, 依临闽江, 风光旖旎。沿着树荫覆盖的乡间小道, 我们来到一座大庭院前。

入院门, 只见两个小花坛上植着苍翠的柏树, 树下的大理花、鸡冠花、菊花等盆景掩映有致, 生气盎然。南面围墙旁种有金石榴、白玫瑰、橘树、枇杷和芋头、丝瓜。向导介绍说: 这都是林如高老人亲手所栽种, 这里的一花一木都显示着老人的爱好和匠心。

前行数步, 厅堂门旁的一副大红对联灿然入目: “柴门仁者宅, 茅屋名医家”。这里就是我们的主人林如高府上。

治愈伤者 不下数万

林如高老人在堂房中厅热情地接待了我们。

林老已届九十四高龄。他身穿汗衫、短裤, 身骨硬朗, 步履稳健, 目明耳聪, 交谈中还一眼认出我们中的一位摄影记者, 因他四个月前曾在福建省政协一次会上为林老拍过照片。

“你现在还常去医院看病人吗?” 我们问及林老近况。

他说: “现在医院病房住有四五十个骨伤患者, 每天我

都去巡诊，要想办法让他们尽快恢复健康。不去关心过问，放心不下。”

林如高告诉我们，1913年，他的祖父林达年临终时嘱咐：“医德万千，唯德最重，救人一命，胜造七级浮屠。”几十年来，他一直把祖父的话记在心上。他风里来，雨里去，足迹遍及福州和附近几个乡，热心为伤病员服务。近八十年，经他治愈的骨伤患者不下几万人。说到这里，陪坐一旁的该院院长林钟慈说：“林老行医，不分贵贱。他特别关心农村里较为贫困的病号的生活，他们遇到什么困难，他都尽力帮助。”

“你今后宏愿怎样？”

“我还要继续整理总结祖传秘验方和医疗经验，让它传下去更好为人民服务。我闲时就在家门前拾花草、种果蔬，偶尔也活动活动手脚。”接着林老给我们作了平时练功的动作，他挥身蹬脚，刚劲有力，干净利落。

南州冠冕 著述留芳

林如高的祖父林达年是清代末年福州骨科名医，他自十五岁起，跟随祖父学续骨疗损之术。祖父逝世后，又是跟父亲学医三年。此后独立行医，悬壶济世，得乃祖骨科之秘，积累了丰富的临床经验，于骨科一道，堪称“南州冠冕”。尤其在运用正骨和按摩推拿、小夹板固定法以及治疗肥大性脊柱炎、慢性骨髓炎、腰椎间盘突出症等疑难症有所特长。

林如高现任福建省政协委员、福建中医学会常务理事、福建中医学院骨伤科顾问、福州中医学会名誉理事长。前由张安楨、王和鸣、林子顺等人整理了他的著作，如《林如高

正骨经验》、《林如高骨伤验方歌诀方解》、《林如高保健练功三十六法》、《林如高骨伤敷药法》等，都已出版发行。由福建省计算中心和福建中医学院科技人员合作研制成功的《林如高骨伤电脑诊疗系统骨折部分》也已投入临床考核。

港澳同胞 常往求医

告辞林老，走过四五百米小路，我们来到由他担任名誉院长的福州盘屿正骨医院。这里环境幽静，院前池水荡漾，院旁杨柳萌绿。医院正骨科里，四壁挂满锦旗、镜框。该院副院长、林如高次子林子顺正给一名来自长乐县的小女孩进行肘关节脱位的手法整复。林医生动作熟练而敏捷，不过一两分钟，小女孩的伤臂恢复正常，她的父亲也转悲为喜，果然是林家功夫，名不虚传。

林子顺利用门诊间隙时间，向我们介绍为侨胞治病的情况：近年来，常有海外侨胞与港澳同胞前来求医或写信请求指点。香港同胞曾金官 1980 年 8 月右肘关节脱位有骨裂，去年 2 月一个指掌骨折断，两次均因就地治疗效果不佳而来福州，由林如高父子治愈。香港九龙砵石村翠石楼的严碧玉女士患肩周炎，并发颈脊骨增生，肩部肌肉萎缩，疼痛不堪，连梳头都感困难。去年夏季，她两次前来盘屿，经林如高父子采用按摩推拿、中草药熏洗、内服抗增生药等法治疗后，病情大大好转。严碧玉很感激，亲自送来一面锦旗，上书：“医术高明，妙手回春，欢迎来港，为侨服务。”

介绍到这里，林如高在孙女的陪伴下又来医院巡诊。看到这位一生勤劳不息的名医，我们不禁想起他在一本著作的序言所写：“余虽年近期颐，犹不甘老骥伏枥，救死扶伤，

未敢后人。”愿老医师健康长寿，为人民做更大贡献。

薛香泉 曾宪成

菲律宾《世界日报》1982年10月13日

九、“大陆神医”林如高

九十五岁高龄的林如高先生，是福建省福州市盘屿正骨医院的院长、福建中医学院骨伤科顾问，行医八十年，蜚声海内外。林医生高超的医术和高尚的医德，深得大陆内地的病人和港澳、台湾同胞以及美国、日本、新加坡、菲律宾等国华侨的称赞。

前不久，有一位台湾同胞到香港求医正骨，但外治不愈。当他得知林如高的正骨医术后特地到福州求医，经过林医生一段时间的精心治疗，已病愈出院。他感慨地说：“大陆有神医！”

林如高医生不仅善于治疗一般的骨伤，对肥大性脊柱炎、慢性骨髓炎、腰椎间盘突出症等都颇有功夫。香港九龙砵石村严碧玉女士，患有肩周炎并发颈脊骨增生，肩部肌肉萎缩疼痛不堪。前年夏天，她两次来福州请林医生治病。经按摩推拿、熏洗、服药，严女士的病情大有好转。为表示感谢，他给林医生送来一面锦旗，上书“医术高明，妙手回春”。

林医生不仅对登门求医的病人尽心尽力，对写信求医者也一样热心服务。

今年七月，一位六十多岁的台湾同胞写信向林医生求药方。病人右膝盖骨变形，肿痛已历三十余年，在台湾四处求医，花了不少钱。一直没有治好。林医生接信后，和助手一起研究了信中病人提供的病情，并去信详细询问病人的病

因、病情和治疗过程，还请病人寄来右膝盖的照片。针对病人的症状，林医生调配了一个多月的骨伤科外用药寄给这位台湾同胞。他说，我能为台湾同胞服务很高兴。

林医生不但热心为病人服务，而且把积累多年的经验编写成四本书。其中《林如高正骨经验》一书已畅销海内外。

为了保存和推广林医生的正骨经验，福建省电子计算机中心和福建中医学院联合制成了“林如高骨伤电脑诊疗系统”。这个电脑诊疗系统今年四月在广州春季出口商品交易会上展出，引起外商的极大兴趣，许多国家和地区争先订购。

杨德全

《羊城晚报》港澳海外版总第一五四号

十、“活神仙”的长寿秘诀

人们称骨科医生老中医林如高为“活神仙”、“不老松”，这是对林老高超医术的赞誉，也是对他九十四岁高龄，而仍然精神抖擞，步履稳健地步行上班，每天参加诊病工作的仰慕。

林老身高 1.64 米，体重 66 公斤，血压 142/88 毫米汞柱，脉搏 70 次/分，呼吸 20 次/分，都达到老年人的健康要求。他长寿的秘诀是什么呢？

（一）练功长坚持

林老从少年起每日坚持练功，以金狮拳为主，也喜欢划船、游泳，90 岁以后练气功。他认为练功可以促进气血运行，加强新陈代谢，使精力充沛，气机通畅，脾阳健运，能增强健康，推迟衰老过程。

（二）劳动不可缺

他少年时便参加体力劳动，农活样样精通，并上山采药。目前仍每日浇菜、种花。参加适当劳动是人生乐趣，能使人精神奋发，使邪气不可入。

（三）饮食要节制

平时三餐米饭，米量约八两，早中晚为二三三，不夜食、不饱食、不偏食、不暴饮暴食，多吃蔬菜、水果，鱼和瘦猪肉适量。天冷时饮一小杯（约一两）老酒，不吸烟。保证人体必须的营养，而饮食有节制，使营养物质能定时供应，生命活动不息。

（四）生活有规律

林老养成早睡早起的习惯，注意环境安静，空气新鲜。注意冬天保暖，夏天防暑。喜穿布鞋，布衣帽。爱看闽剧等，但不入迷。所以生活有规律，大脑皮层兴奋抑制平衡，大脑健康，功能正常，就能很好地调节机体组织、器官和内分泌等活动。

（五）适当的保健

林老重视防病及疾病的早期治疗，注意个人卫生。他认为轻病对老年人不能等闲视之，要早期治疗，定期体检。但长期吃药会降低机体抵抗力，还会招致其他疾病，也不要乱吃补药。

（六）心胸要开朗

林老心情舒畅，心胸开朗，从不计较小事，没有烦恼。他把八十年临床实践与祖传经验整理成书，贡献给人民。他说：“我的临床经验来自人民，一定要把它献给人民。”对赞扬不骄傲，对批评不气馁，谦虚谨慎，对病人一视同仁。林老九十四年所经过的路程，说明生命在于活动。让我们对生命衰老本质进行探索，努力揭开生命衰老的秘密，争取延长人类的寿命。

张安楨

《福建科技报》1982年7月31日