

全國醫藥衛生技術革命展覽會資料彙編

矯形外科

全國醫藥衛生技術革命展覽會 編

人民衛生出版社

全國醫葯衛生技術革命展覽會資料彙編

矯 形 外 科

開本：850×1168/32 頁數：51 插頁：9 字數：142千字

全國醫葯衛生技術革命展覽會 編

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可証出字第〇四六號)

• 北京崇文區柳子胡同三十六號 •

北京市印刷一厂印刷 • 新华書店發行

統一書號：14048•1851

1959年1月第1版—第1次印刷

定 价： 0.80 元

(北京版)印數：1—20,000

目 录

共产主义协作抢救了重病人	1
祖国正骨医学發展及其成就	4
北京市創伤骨科躍进情况	34
正骨的革新	37
天津市人民医院骨科的技术革新	39
柳枝接骨	49
中医柳枝接骨的研究	50
地鳖虫和草药接骨三天愈合	51
用中药接骨药酒和外包中药治疗骨折疗效显著	54
接骨丹(膏)治疗骨折及急性挫伤	55
中药“接骨散”对实验性骨折愈合的研究	57
柳木接骨膏接骨法	59
用中药黄柏皮固定治疗骨折	59
中医不用石膏治疗四肢骨折	63
中医整复陈旧性肩关节脱臼的手法	64
陈旧性肩关节脱位复位手法	67
中医治疗髌骨骨折的总结	68
中医正骨疗效显著	70
伤科正骨	73
髌关节脱臼祖国医学复位法的分析	77
中医按摩治疗关节扭伤 200 例經驗介紹	78
中西医合作治疗骨折的初步临床观察	81
中医治疗骨与关节結核 74 例初步临床疗效观察	84
中医治疗骨結核的疗效	86
陽和湯治疗骨結核	89
以結核散为主的綜合疗法对骨与关节結核治疗的初步报告	91
中药治疗骨結核及淋巴結結核的临床体验	97
中药捻治結核性瘻管	101
外科治愈骨結核七例	103
新的肩关节固定术	122

脊柱骨折、脫臼合併截癱的椎板切除、減壓復位	
及不銹鋼板內固定術介紹	125
採用不銹鋼板，大量植骨內固定術對脊柱及腰骶關節固定的改進	127
應用粗隆間截骨術治療新鮮股骨頸骨折	128
半月板損傷在中國發病的特殊性	129
腰椎間盤纖維環破裂症綜合診斷和定位法	130
採用切開復位內固定治療少年和成年人橈尺骨干雙骨折	133
四針固定牽引無腳短腿石膏管型治療脛腓骨各型骨折	134
手足複雜性骨折合併廣泛軟組織損傷的處理	139
採用凸側椎體骨質破壞，橫突鋼絲加壓術治療幼年脊柱側彎	139
採用肌腱延長和移植術治療前臂 Volkmann 氏肌攣縮症	142
脊柱截骨術治療駝背畸形	146
推行腰椎間盤脫出症一種效果良好的手術療法	148
雙皮瓣重迭法修補頰部廣泛缺損	151
髌關節帶蒂肌植骨融合術	154
前臂分叉手術	155
掌骨指化術	156
拇指再造術	156
鼓干勁爭上游開展新手術獲得良好結果	157
椎旁注射碘化鈉和抗癆藥物治療脊椎結核	158
骨關節結核病灶形成骨骼肌纖維因素新學說	159
採用椎板切除術治療頸椎結核合併截癱並施行	
枕骨頸椎鋼板內固定	160
骨關節結核 X 綫病變各種類型的新認識	160
脛腓骨骨折石膏外鋼針固定牽引架	164
前臂截肢用自動義肢	166
几件有價值的創造	166
試制麻布石膏纏帶和亂麻石膏床初步經驗總結	173
竹麻代替紗布包石膏	176

共产主义协作抢救了重病人

上海第一医学院附属第一医院 鄒永清

六月十八日我院急診室中来了一位急診病人龔杏春，患第七頸椎脫位。該患者系六月十七日上午九时，在工作中背抗150斤重的苞米大包而跌倒，由粮食堆上滾下，当时即感到全身麻木，四肢不能活动。經其他医院轉入我院，已相隔受伤時間三十小时。到急診室时四肢癱瘓，大小便不会自理，膀胱充盈几达平臍，胸部呼吸肌麻痺，仅依靠膈肌呼吸維持生命，而腹脹更影响了呼吸，因而呼吸極微弱。体温高达40°C以上。診斷第七頸椎脫位，压迫脊髓而致严重脊髓损伤，立即收入病房。

頸椎脫位，脊髓受伤，呼吸肌麻痺，四肢癱瘓，高热……都意味着病情極危急，而且麻痺的水平有繼續上升可能，威胁着患者生命，抢救工作刻不容緩。全体骨科医师都来診視病人，立即进行抢救。但骨科医师們都想到頸椎脫位脊髓损伤的严重性。在以往医院的經驗中共收容治疗过14例頸椎脫位者無一例生还。有的受伤后不久死亡；有的虽經抢救，但先后都因并發症，而死于3—14天中。在医师們面前二个难题，一是如何挽救病人脱离危境，一是今后如何来防止并發症。医师們被以往經驗束縛住，信心不足。

在病人入院时党总支書記及时来到病房，了解病情后，及时組織全院有关科室主任医师共同研究，如何进行必要的抢救这一位工人同志。党了解医师們沒有信心，迷信过去經驗及迷信資本主义国家的文献，党及时指出資本主义国家制度的本質，不可能为劳动人民創造有利条件治疗，資本家本身亦不会在工作中受伤，及时指出我們要破除迷信，敢想、敢說、敢作、敢为，进行一切力量抢救这一位工人同志。再加以已經听到广慈医院抢救邱財康同志的范例后，教育了每个医师，鼓舞起所有在場医师的信心，一定要、一定能救活这一病人，不久医学院党委書記也赶来領導抢救工作。

最初治疗工作的进行不是一帆風順的，保守思想、旧的观念仍然影响着搶救的进行，仍按照过去的經驗，文献上的記載作头頗牽引，一小时一小时地过去了，經過数次的連續拍片均証实脫位仍未复位，体温仍然 40°C 以上，無下降趋势，呼吸急促起来了，再这样进行下去是沒有希望的。有人提出了比較大胆的想法，进行手术复位，但体温 40°C 以上，呼吸急迫，对进行手术的危險性很大，麻醉科主任及神經外科教授提出采用降溫措施，来为手术創造条件，党委支持这一建議，很快在短時間內病人体溫下降至 38°C （补充一句，在这以前亦用降溫处理，不过是一般性的），病人大有起色，呼吸不急迫了。第一炮打响了，这一炮亦是关键問題。不过問題还是沒有解决，手术能否成功还是悬案。党委書記很关怀手术的进行，深夜还等候电话听取消息，总支副書記亲自护送病人入手术室中，深夜十二点鐘进行了手术。手术是順利的，脫位部是完全复位了。党及时、正确的领导破除迷信，搶救生命，通过事实教育了全体医生們。

搶救工作尚未就此完畢，翌日及今后党总支还时刻关怀着病人的情况，党委書記經常来院巡視病人，听取病情，及时加以必要的指示。院內各科在院领导下进行了一系列的治疗方案，組織了一次有关科系的党员医师座談会商酌如何处理病人，組織了好多次的院內外大会診及文献閱讀、經驗交流会等等。經常及时地解决了治疗問題。医师們在治疗上有了党的领导及指示，始終是正确而順利地进行。党并提供了治疗的一切有利条件，及时組織了人力物力支持搶救工作。

治疗工作中，医护人员及其他工作同志們均在党的领导下忘我地劳动。在这时期前，全院工作人員都听到过院领导組織的广慈医院搶救邱財康同志的生动事例，共产主义治病救人的形象深深的映在大家的心里，每人都有着同样的心情，要学习他們为病人服务的精神。其次通过整風运动，羣众阶级觉悟提高，一切为病人的信念提高了，在这样前題之下才有这样的成績。茲举院內一些点滴事例作介紹，因为在病人的今后护理上不能缺少翻身床，骨科主治医师和技工陈新法同志連夜赶去广慈医院学制，缺少人力物力，兄弟医院中山医院大力支援。护士长連續工作36小时而不休息，有

的护士同志上午参加了义务劳动,下午开会一直没有休息,听到病室需要人员时再继续工作 12 小时,而且担当起特别护理的职务,病室其他护士同志正在开会而中途停止,帮助病室工作都在 12 小时以上。今后因病人需要特别护理,而抽出三人作特别护理,另外三人担负起病室 37 位病友的治疗护理工作。日夜轮值。骨科主任医师通夜不眠看望病人的转变。营养室的同志连夜为病人购买食物。最初在为病人翻身时因对翻身床的性能未掌握,且头部尚有牵引,需要较多的人力,其他病室同志自动的组织了支援队,提出随时要人随时就有,要多少有多少。

其次,这是与院内及院外的支援力量分不开的,病室其他病友同志看到护理人员人手不够,轻病号主动地协助护理人员工作,帮助重病友的护理,当夜无一只铃声。听到为病人翻身时需要人力,亦提出愿意帮助。看到一位负责抢救病人的病房青年住院医师。几日几夜未能休息照常进行治疗工作时,在晚上病友主动让出床铺让这位青年住院医师休息。有的病友同志,看到医护人员忘我劳动,非常关心医护人员的休息,指令工作人员去休息。以往,病人在医院中是由医护人员劝其休息,关心他们的身体健康,而今天相反地病友同志关怀起工作同志的休息与身体健康。我想这是破天荒、史无前例的事。只有在新社会中在革命大家庭中才有这样的动人事迹。医护和病友之间相处成一家人一样相互关怀体贴,这是阶级同志的友爱,这样的感情教育了我们,更好地为病友服务。另外院外的帮助亦分不开的,如塑料二厂为我们连夜赶制二床塑料床垫。伤科医师经常准时的来院会诊。

对这一个病例的抢救工作,始终在党的关怀和领导下,由于党正确的领导,在关键问题上指出了方向,破除迷信,鼓励大家敢想、敢说、敢作、敢为,支持提出合理方案的进行。党还及时地组织了多次院内外会诊,集中大家的智慧,为病人提供切实可行的合理的治疗方法。在党领导下,病人的治疗是顺利的,正确的,到自前为止病人已脱离险境,除瘫痪还存在外,无严重的并发症。一直负责治疗的吴祖堯医师说:“我深深地体会到只有党的支持,我们才有可能作出过去想也很难想象的事情,才有可能挽救这个病人”(在他

的經歷中 14 例頸椎脫位的病人無一例生存), 护士陈杏霞同志說: “党委如此关心, 他們一到病房, 我們勁头就大了。”

在党的領導、教育下, 通过整風學習, 在大躍進日子里, 羣众的覺悟提高了, 政治掛了帥, 破除了迷信, 解放了思想。从这一个例子开始后我院在短短的一个月时期中先后搶救了重危病人 19 例, 这說明了整風运动在羣众中开了花, 結了果。

通过整風學習以后, 羣众覺悟提高, 各方面的支援, 为治疗創造了有利的条件。鼓舞了医护人员的心力和力量。如果没有全体人員的协作, 是不可能治疗成功的。另外我們也不会忘記广慈医院的事例, 这是給我們的榜样, 沒有他們的先进事迹, 今天我們也不会有这样的成績。

(1958 年 8 月 13 日)

祖国正骨医学發展及其成就

牟 仁 先

中医正骨, 已有数千年历史, 是历代祖先在長期和疾病斗争中的經驗积累。

远在公元前二十世紀, 黃帝內經素問中, 就曾記載过有关治疗跌、打、損、伤方面的症狀和方法。如素問“脉要精微論”講: “肝脉搏堅而長, 色不清, 当病墜。若因血在脇下, 令人喘逆。”說明了因墜伤而有胸內瘀血的話, 常見脉搏強而有力, 間隙時間延長, 并且發生气急現象。在“本藏篇”中講: “血和則經脉流行, 營复陰陽, 筋骨勁強, 关节清利矣!”說明如肢体有瘀血情况, 应先將血腫消散, 若血流暢通, 关节活动便無障碍了。

关于正骨科設立, 在公元前十一世紀, 周禮天官即設有“食医、疾医、瘍医、兽医”等制度。“疾医”即現在的內科。瘍医又有“金瘍”和“折瘍”, “折瘍”即指骨折。

隋代，巢方元氏所著“巢氏諸病源候論”(公元610年)一書中，在“金瘡傷筋斷骨候”、“箭鏃金刃入肉及骨不出候”及“金瘡久不瘥候”各節中，在敘述治療兵器傷开放性骨折方面若干論點，符合高度科學原則。

唐代孫思邈(公元581—682)所著“千金方”卷六，“治失欠頰車蹉開張不合方”即現在一直被採用的下頷關節脫臼復位方法。

蘭道人(公元841—846)著有“仙授理傷續斷秘方”是我國第一部傷科學。書中提出許多基本問題：如“治跌扑傷損、筋骨碎斷、差叉出臼拔伸正捺，令骨相續平正。”他在治療骨折或脫臼復位時，就很重視手法。例如“拔伸”(就是牽引的意思)仍為現代正骨醫師所奉行。

宋代，宋惠父所著“洗冤錄”是一部古法醫學。其中講到驗傷檢骨的問題，給予後來正骨醫師提供了不少外傷方面的病因學、生理學、人體解剖學及病理解剖學方面的寶貴資料。

錢清為宋代名醫。據“仁和县志”記載：“世傳秘術，善療金瘡骨損”。

元代危亦林氏在“世醫得效方”中(公元1341年)系統敘述骨折與關節脫臼處理原則和復位方法。據葉衍慶氏考證，危氏所用懸吊復位治療脊柱骨折方法，就早於歐人Davis氏600年(Davis於1927年始用此法)。近代Watson Jones及Böhler氏等對於治療脊柱骨折所主張的原理，也早在600年前為危氏所指出了。此應視為祖國的榮譽！

明代薛新甫氏著有“正體類要”，其中載有“扑傷治驗”、“墜跌金傷治驗”、及“諸傷方藥”等。明代所稱的“正體”即現在的傷科。薛氏指出：凡跌打損傷，致氣血凝滯而為病。除“外治”外，尤須注重“內治”的問題。

“金瘍秘傳禁方”(公元1368—1644)一書，是明人蒐集古人和當時名醫治療外傷方面的專著。

王肯堂氏(公元1608年)著有“証治准繩”。其中有論肩部損傷復位方法。

黃承曼氏著有“折肱漫錄六卷”，均對治療骨折提供寶貴經驗。

清代有吳謙等編著之“正骨心法要旨”(公元1749年),是以“正体类要”做藍本写成的,載于“医宗金鑑”,为中医正骨之一般准繩。

其他如赵竹泉著之“伤科大成”、錢秀昌著之“伤科补要”、俞应泰著之“伤科捷徑”及江考卿著之“江氏伤科学”和“少林寺伤科秘方”等,均为正骨方面的近代著作。

祖国正骨医学,不仅历史悠久而且丰富多彩。由于在旧社会正骨术受到排斥,習者又多妄自菲薄,迷信外国。对祖国学者卓越成就,却缺乏認識。我們必須承繼与發揚,这也就給我們新医学上开辟了广闊的道路。

正 骨 法

第一、骨折的診斷方法

在診斷病人时,应了解全身与局部的情况。对于全身情况的檢查,要注意年齡的老幼、体質强弱、受伤輕重、新伤旧伤、或者是虛是实。应結合八綱即:“陰、陽、表、里、寒、热、虛、实”依据病因与整体情况辨証論治,具体解釋方法,因文字所限,故省略之。对重症病人,必須首先了解全身情况,然后再了解局部情况。

診斷方法 診斷时主要用“望、聞、問、切、摸等五种方法,解釋如下。

望: 病人的姿式与动态,面色表情,損伤部位,損伤範圍,局部形色。全身症狀如何,有否昏迷。

聞: 气衰言微者为虛,气盛言厉者为实。大声急呼,呻吟声重,为疼痛的表现。語言首尾不連为神昏危症。音啞或声弱出言迟懶,多为久病的人。气促声低乃胸背損伤之現象。

問: 訊問受伤的詳細情况,受到什么性質的外伤,哪一方面較重,受伤当时呈現的是什么样姿势,新伤或为旧伤。

切: 新鮮外伤多屬於实症,伤后出血过多者,屬於虛症。一般陈旧骨折也多屬於虛症。其脉大、实、洪、数、弦、紧者为实而有余之脉。如果微、細、軟、弱、芤、澀者为虛而不足之脉。

摸：在正骨术中，摸的方法極為重要，是診斷与治疗的重要依据。

方法：摸法的要訣是：“先輕后重，由淺到深，由远到近，兩头相对”同时要按“綫”(稜)，按“点”(髁、突、粗隆、結节)，按“准”(長軸)来摸診。

內容

1)腫脹：要摸其軟硬度，新伤軟者，表示皮下出血；緊張發硬，表示深部出血。旧伤軟者，往往表示化膿；硬則可能为組織發炎。

2)局部溫、热：比較冷热程度，可以認識疾病是热証或者寒証。热腫表示新鮮外伤或炎症，凉腫則表示寒性病証或血液循环受阻。

3)過敏痛：疼痛点的有無与其分佈情况非常重要，有過敏痛，表示附近有骨折綫或骨折端存在，根据過敏痛范围，大体可以判定骨折綫的情况；斜折时過敏痛范围增大，横折时范围則短小，不完全骨折时，過敏痛更为骨折診斷的重要依据。

4)畸型：如骨折的位置，骨折端錯位的有無，碎骨片的情况，以及呈現重疊，成角抑是旋轉變形。

5)摩擦音：可以用手的感触来感觉，有摩擦音的是完全骨折。

6)異常活动：如有異常活动，則为完全骨折。

7)長軸压痛：对于不完全骨折及嵌入骨折，有时可向骨長軸的方向加压，可感到發軟而有過敏痛。

骨折的确诊条件：如果有下列之一項的就可以判定为骨折：

1)沿骨折綫的過敏痛；

2)肢体出現假动作；

3)肢体縮短；

4)肢体畸型或變形；

5)听到或者覺出有骨端摩擦音，或触到有碎骨片；

6)沿長軸加压，出現過敏痛或肢体發軟，正常之阻碍感消失者。

如果只出現以上第1或6条者，多为不全骨折或嵌入骨折。

第二、骨折的治疗方法

骨折的治疗方法中,可以包括以下四个方面:一、手法治疗;二、固定;三、早期活动与早期离床;四、药物治疗(内治法)。四种方法,是互相連系,互相輔助,缺一不可的,在应用时要根据病情的輕重緩急来配合运用,分別介紹如后。

(一) 手 法 治 疗

手法治疗基本是以“正骨心法”中所記載的八法为原則。对于八法,各家理解有所不同。牟医师則作如下解釋:

摸 根据摸法判断骨之位置与肢体的形态变化,而决定骨折之診斷与治疗方針。

接 是使骨折端接合在一起,也就是骨折的复位方法。

端 是指着把不正的关节位置端正,也就是关节脫位的手法复位。

提 是牽拉之意。在接与端之前必須用提法,目的是使肌肉松弛,消灭骨之重疊与骨折端之錯位。

推拿 推者指推理肌肉,消灭肌肉之緊張,并且順理肌肉与軟部組織的不均,使恢复或接近正常。推者去之,拿者收之。实际操作中是結合的。拿法的另一个重要目的是为了患者不疼,不产生肌肉緊張,便于診查与治疗,并可預防組織的損伤。

按摩 按摩是在一定的穴位用手法刺激,而达到活血散瘀,消灭腫痛等目的之手段。按与摩也是互相結合的。按者重压,摩者輕揉,一重一輕的来調解榮衛暢通。即所謂“按其經絡以通郁閉”“摩其壅聚以散瘀結”而达到治疗的目的。

以上八法在工作中应用是互相联系結合的整体,如:接骨之前必須摸,摸时也要拿得好。接或端之前必須提,提之前也必須拿好,而且要作推理肌肉的手法。在接与端之后又要用摸的方法檢查,最后还要做推拿与按摩的手法。所以我們在实际工作中,并不把每个动作分开来看。用这种观点以下說明几种手法的应用問題。

新鮮骨折的手法治療

原則：

1. 凡有破傷者，應先處理傷口，以防感染；
2. 其出血過多者，應先止血；
3. 一般狀況不良者，設法使其恢復後再作手法治療；

具體步驟：

1. 精神準備：牽引前必須向病人作解釋說服工作，以消滅病人的恐怖與緊張情緒。如能做好，則完全可使病人無大痛苦而復位，不需任何麻醉。

2. 拿好肢體：拿法有以下几个基本原則；

- ① 將肢體上下段平均的托起，盡量減少骨折部的移動；
- ② 要用全手托握，不要捏；
- ③ 拿四肢時，必須同時保持牽拉的力量；
- ④ 拿時不可隨意更換肢體位置，避免有使病人疼痛的動作。

3. 推理肌肉：其方法是在骨折的近心側向骨折端方向用手推理肌肉，這樣往往可以幫助牽引順利完成。

4. 牽引：應保持肢體的原有位置，順着損傷部位的肌肉方向來牽引，先輕後重，逐漸增加力量，要與助手配合平均用力，在牽引過程中逐步糾正肢體的畸形，但絕不要急於做接骨的操作。

5. 接骨：必須在牽引的基礎上來完成，只要充分的拉出，往往可以由肌肉的自動收縮而達到復位目的。如感到骨端已有初步接觸，然後在保持牽拉的情況下，用兩手糾正其側方移位與角狀畸形。

6. 再次推理肌肉：一般由末梢向中心推理，有血腫或硬結處，輕輕加以壓迫，使之疏散。復位滿意時固定休養。

7. 復查：一般復查是經過14天左右。因為休息兩週後，局部會消腫，骨折端可能發生再移位，故須復查，同時重新固定。在更換固定時，如有畸形，應即用手法糾正。角狀畸形可用兩手將其扳正；輕的側方移位，可在輕度牽引下，用手加壓復位；有重疊畸形者，則應與新鮮骨折同樣處理。

復位鑑定法：

①摸法：同診斷章中摸法。

②反壓法：長軸加壓如阻力大而不變形，則復位良好；如阻力有，但少且發生成角畸形，則復位不完美；如無阻力而發軟則未復位。

③“二動”檢查法：即正骨之前叫病人把有關的關節動一次，復位之後再動一次，復位良好時，這些功能運動將有明顯的好轉。

④感覺檢查：問病人有沒有發麻的地方，如果有時，表示復位不滿意則須糾正，如復位滿意時亦有此感覺，可在末梢部，特別是在手指與足趾輕輕施以牽拉動作，就可以糾正這些不適感。

骨折畸形癒合的手法治療（已有骨性癒合者不在此限）

（1）骨折端尚未達到臨床癒合，按之發軟者，首先用手法松解骨端附近的軟組織與肌肉。順次從各方面加壓推理骨折端附近發硬的組織，直到感覺到它變軟為止。這樣可以使肌肉松解，易于分離骨折端。繼之，在助手配合牽拉的情況下，在骨折端周圍加以強的推壓，使之再骨折。最後在強的牽引下進行復位。其方法基本上和新鮮骨折一樣。畸形矯正後，必須用力使骨折兩斷端互相沖刺，目的要在骨折面造成新創面使之出血，可以促進骨折癒合。

（2）骨折端已有初步癒合，按之發硬者，這時用一般推拿的方法已不易達到使骨折端分離的目的，牟醫師之父親，牟國珍老先生使用特制的木錘與木棒，沿骨折端周圍叩打，而使其發硬的部分變軟，然後加以不很大的歪力就可以造成再骨折，然後再施以手法復位。但是固定的時間要延長一些。

（二）固定方法

骨折的固定必須牢固、可靠、輕便，因為沒有牢固可靠的固定，就不可能保證骨折端的不再移位，沒有輕便的固定，不可能施行下一步的早期活動與早期離床的方法。

1) 固定用材料

①苦酒膏敷藥布：即在寬3至6寸的帶形敷料上，均勻的塗以苦酒膏，厚度以蓋住敷料為原則。敷料的大小，根據受傷部位而決定，骨幹部用白布（普通白布），關節部使用軟布（紗布）。

②繃帶：一般准备两种，一为硬質（普通白布），一为普通繃帶即可，寬度要有二寸、三寸、四寸三种。

③硬紙：一般常用的硬紙皮就可以，能够卷曲，彈力好的最理想。可用裝 X 光膠片的紙盒，使用前按患肢大小裁制，以后用手卷曲，使适于患肢形态，一般寬度要少于患肢周徑的一半，長度約相当于骨折骨干的長度。

④付木：用木制的薄板制成，長度根据受伤部度情况决定，寬度相当于肢体最粗的地方。在木板处包以棉花及繃帶。

2)方法 以脛腓骨折为例，复位后在保持牵引的情况下施行固定，首先把苦酒膏敷布螺旋狀繞纏肢体，上至膝下，下至踝部，踝关节固定在直角位。平均的敷在皮膚上，一般使用兩塊，骨干部用硬布，关节部用軟布，然后用軟繃帶与硬繃帶各纏兩層。而后再在小腿內側放硬紙皮，再用硬繃帶纏兩層固定，要逐漸加緊，以求紙皮密切的附于肢体上。最后在外側安放付木，上至膝下，下至踝下，使膝微屈。在膝窩部、付木兩端、骨折处各放适当的棉垫，以免压迫，其外用硬繃帶再纏兩層，最外層再用軟繃帶包紮，最外的一層要相当的用力纏，但以不發生循环障碍为限。

3)固定范围

四肢骨折：上 $\frac{1}{3}$ 骨折时，固定近端关节及骨折骨全長；下 $\frac{1}{3}$ 骨折时，固定骨折骨全長及远端关节；中 $\frac{1}{3}$ 骨折时，固定骨折骨全部及上下二个关节；椎股骨骨折必須固定上下两个关节。骨盆骨折：肋緣至兩側股骨中部。脊柱骨折：視骨折部位而定，似圍腰式背心，較大的范围。

4)露出范围 前臂或小腿应將掌或膝中部以外的末梢部分露出，便于末端的檢查与活动。

5)除掉固定的指标 在临床癒合后，一般在活动沒有疼痛时逐步撤除。如小腿骨折在初期离床时，內有苦酒膏，外有厚紙皮，为更牢固些最好有木質夾板。在临床癒合，一般在离床后 20 天左右，腫脹消失，持重不痛而稳定时，先解掉木質夾板，以后再过 20 天左右，解除厚紙皮，再过兩週左右除掉苦酒膏敷布。

6) 固定注意点

1. 松紧适度: 过紧压迫, 松时失效。
2. 厚度适当: 薄时没作用, 厚时药膏刺激皮膚。
3. 抬高患肢: 患肢要抬高到一定高度, 避免繼續腫脹, 便利血流通順。
4. 骨突起部, 加以棉垫保护好, 否則容易引起压伤, 疼痛等不良反应。

(三) 早期活动, 早期离床

1) 离床条件

- ① 全身: 無異常症狀、如痛、头晕等。
- ② 健康情况: 沒有體質不良, 極度虛弱者。
- ③ 局部軟組織之刺激腫脹現象完全消失。
- ④ 破伤出血已全部癒合。

2) 离床前的准备

① 思想动员, 向病人講解早期活动, 早期离床的必要性与可能性, 使之产生信心, 才能很好合作。說明有些微痛是必然的現象。

② 器械准备: 下肢开始用四腿高槓, 可以輔助站立移动身体, 待病人鍛鍊一个时期后, 重心稳定, 即可改用“丁”字拐。双拐不如丁字拐好, 因为一开始用双拐重心不稳, 容易摔倒; 病人常依賴双拐而不用患肢負重。上肢則可利用床沿椅子等工具鍛鍊活动, 脊柱骨折則可令病人在原床俯臥, 上下活动。

③ 活动方法 开始活动时必須在医务人员指导下进行, 上肢則叫病人坐床上拉床沿(或坐在椅子上拉椅子坐), 下肢則叫病人开始負重步行練習。

患足的持重是在不感觉疼痛的程度下进行, 感觉足部腫脹不适时可上床休息, 一般每日下床时间为4—6小时, 經過3—7天以后或更長的时间, 根据情况改用丁字拐練習。再經7—14天, 一般可以改用为單手杖出院。

4) 注意点

- ① 运动量与运动时須按病人情况逐步增加。

②观察血运循环,是否良好,有否肿胀。

③离床步行时注意防止跌伤。

④出现高热就要暂时停止练习,找寻原因,热退后根据情况再继续练习。

⑤要经常检查固定是否稳固可靠。

5)一般离床或开始活动的時間

部 位	日 次	部 位	次 日
股 骨 頸 骨 折	25天——45天	尺 桡 骨 折	20天——40天
股 骨 折	25天——40天	肱 骨 折	20天——40天
體 骨 折	25天——40天	髋 关 节 脫 位	15天——30天
脛 腓 骨 折	20天——40天	膝 关 节 脫 位	20天——30天
脛 骨 折	15天——25天	踝 关 节 脫 位	10天——30天
腓 骨 折	10天——20天	肩 关 节 脫 位	10天——20天
胸 腰 椎 折	15天——45天	肘 关 节 脫 位	10天——30天
盆 骨 折	20天——40天	腕 关 节 脫 位	15天——25天
髌 骨 折	15天——30天		

(四) 藥 物 治 疗

骨折治疗在临床上依据“标本兼治”的原则,結合八綱的辯証方法,一般用藥的处方是取法于“正体类要”。茲將牟医师正骨常用的家傳秘方介紹如下,供为参考;

內服藥 乳沒散

主治:骨折及跌打損伤等。

效用:舒經活血,鎮痛消腫,接骨等。

处方:乳香珠(炒)研面,明沒藥(炒)研面,自然銅(醋煨七次)研面,土虫(焙)研面,血竭研面,白芷研面,川断研細面,降香研面,各等分。

制法:將八味藥分別研成細面,再按等量混合起来,共研成極細面,收貯待用(勿令泄气,潮湿,日晒)。

用法:早晚飯后一小时,每次服一錢,或每晚睡前一次。兒童減半。用逐瘀湯或黃酒二兩热后調服。