

韦保新 娄赞 主编



伤科 推拿学

(供中医学、针灸推拿学、康复治疗学等专业用)



权威专家 精心编写 突出特色 科学实用
注重实操 专业性强 通俗易懂 图文并茂

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

伤科推拿学

(供中医学、针灸推拿学、康复治疗学等专业用)

主 编 韦保新 娄 贇

副主编 王松泉 吴 涛 耿 鹏

编 委 (以姓氏笔画为序)

马向东 王 晨 王松泉 王建华

韦保新 牛红社 李云峰 吴 涛

张金成 娄 贇 耿 鹏 蔡吉超

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

伤科推拿学 / 韦保新, 娄赞主编. —北京: 中国中医药出版社, 2016. 10

ISBN 978-7-5132-3582-2

I. ①伤… II. ①韦… ②娄… III. ①中医伤科学—推拿 IV. ①R274

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 197099 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

三河市鑫金马印装有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 787×1092 1/16 印张 16 字数 395 千字

2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5132-3582-2

定价 48.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

微信服务号 zgzyycbs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyycbs.tmall.com>

编写说明

本教材的编写是在河南推拿职业学院学术委员会的指导下，为适应高等职业教育针灸推拿学专业教学需要，由河南推拿职业技术学院的推拿专业教学与医疗方面的专家，根据全国中医药高等教育学会、全国高等中医药教材建设研究会提出的“立足改革，更新观念”“宽基础，重实践”“精品战略”的原则和高等职业教育国家规划教材的要求编写的。本教材不仅继承了前几版教材的结构和内容，又针对不断发展的临床医疗和预防保健的实际情况进行了创新和补充完善，并注重吸收近十年来推拿方面发展的成熟成果，力求在科学性、先进性、专业性、特色性、系统性、实用性方面有较大的提高。

本教材阐述了脊柱与四肢部的筋肉、骨关节、经络、气血损伤的基础理论与推拿治疗手法操作技能，更注重推拿手法技能操作、临床实践和应用。根据教学和临床需要，介绍了60余种临床上常见病和多发病，并使用规范的疾病名称、概念，以及推拿手法操作要求和动作要领。本教材在重技能、重实践的基础上，又有插图说明，图文并茂。

由于水平有限，教材中难免有疏漏之处，恳请广大师生和读者提出意见和建议，以便进一步完善。

编者

2016年7月

目 录

第一篇 绪 论

第一章 伤科推拿学发展简史	3
第二章 损伤的分类与病因病机	7
第一节 分类	7
第二节 病因	10
第三节 病机	12
第三章 伤科推拿临床辨证诊断	15
第一节 四诊	15
第二节 常用检查方法	22
第三节 诊断与治疗原则	44

第二篇 伤 筋

第四章 概论	49
第一节 病因病机	49
第二节 分类与临床表现	50
第五章 颈部伤筋	55
第一节 落枕	55
第二节 颈椎病	57
第三节 小儿肌性斜颈	69
第四节 胸廓出口综合征	70
第五节 前斜角肌损伤综合征	73
第六章 胸背部伤筋	76
第一节 胸椎小关节错缝	76
第二节 胸肋屏伤	78
第三节 胸壁扭挫伤	81
第七章 腰部伤筋	83
第一节 腰痛概论	83
第二节 棘上、棘间韧带损伤	89
第三节 急性腰肌扭伤	90
第四节 慢性腰部劳损	93
第五节 退行性脊柱炎	96

第六节	腰椎间盘突出症	99
第七节	第三腰椎横突综合征	109
第八节	腰椎后关节紊乱症	112
第九节	腰椎管狭窄症	115
第十节	腰椎椎弓峡部不连伴脊椎滑脱症	118
第八章	臀部伤筋	122
第一节	骶髂关节扭伤	122
第二节	梨状肌损伤综合征	124
第三节	臀上皮神经损伤综合征	127
第九章	上肢部伤筋	131
第一节	肩部伤筋概论	131
第二节	肱二头肌损伤	135
第三节	肩峰下滑囊炎	138
第四节	肩关节周围炎	141
第五节	冈上肌肌腱炎	144
第十章	肘部伤筋	146
第一节	肘关节扭挫伤	146
第二节	肱骨外上髁炎	147
第三节	肱骨内上髁炎	149
第四节	尺骨鹰嘴滑囊炎	151
第十一章	腕手部伤筋	153
第一节	腕关节扭伤	153
第二节	桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎	155
第三节	腕部腱鞘囊肿	157
第四节	桡尺远端关节错缝	158
第五节	腕管综合征	160
第六节	指部腱鞘炎	162
第七节	掌指及指间关节扭挫伤	163
第十二章	股部伤筋	165
第一节	弹响髌	165
第二节	髌部滑囊炎	167
第三节	股内收肌群损伤	169
第四节	股四头肌损伤	172
第五节	阔筋膜张肌损伤	174
第十三章	膝部伤筋	177
第一节	膝关节侧副韧带损伤	177
第二节	膝关节半月板损伤	179
第三节	髌下脂肪垫损伤	183
第四节	膝关节创伤性滑膜炎	186

第五节	膝关节骨关节炎	188
第六节	胫骨结节骨骺炎	191
第十四章	踝足部伤筋	193
第一节	踝关节扭伤	193
第二节	踝管综合征	196
第三节	跟痛症	198
第四节	跟腱炎	201
第五节	腓骨长短肌肌腱滑脱	203

第三篇 关节脱位

第十五章	概论	207
第一节	人体关节概况	207
第二节	关节脱位	208
第十六章	颌面部关节脱位	212
第一节	颞颌关节脱位	212
第二节	颞颌关节紊乱症	214
第十七章	上肢部关节脱位	217
第一节	肩关节脱位	217
第二节	肘关节脱位	219
第三节	小儿桡骨小头半脱位	221
第十八章	下肢部关节脱位	223
第一节	髋关节脱位	223
第二节	小儿髋关节半脱位	226

第四篇 损伤后遗症

第十九章	四肢关节僵直症	231
第一节	概论	231
第二节	肩关节僵直症	233
第三节	肘关节僵直症	234
第四节	腕关节僵直症	234
第五节	髋关节僵直症	234
第六节	膝关节僵直症	235
第七节	踝关节僵直症	236
第八节	其他疗法与注意事项	236
第二十章	外伤性截瘫	238
第二十一章	周围神经损伤(单肢瘫)	245
主要参考书目		248

第一篇

绪 论

第一章

伤科推拿学发展简史

伤科推拿学是中医伤科学的重要组织部分,是在中医理论与现代医学思想的指导下运用推拿手段研究防治人体皮肉、筋骨、气血、经络、脏腑等损伤疾患的一门学科。

伤科推拿学属中医伤科学外治法之一。历史悠久,源远流长。是我国各族人民长期与疾病做斗争的经验总结,积累了丰富的、比较系统、完整的理论和经验,并形成了一门独立的学科。

一、伤科推拿的起源

科学的发生和发展从开始起便是由生产所决定的。中医伤科学的起源与形成也与劳动人民长期的劳动生活、生产实践紧密相关。

人类最早的医疗活动之一是外治法。原始人类简单的抚摸、按压、包扎等法,可谓之伤科疾病推拿治疗的起源。

距今一百多万年前,我们的祖先为了生存,便依靠着集体的智慧和力量,用原始的劳动工具、有限的劳动经验、简单的劳动互助来应付自然界的各种灾难,抗击猛兽的频繁侵袭,以获取必要的食物,同时也逐步积累了原始的医药知识。原始社会的早期,人们大都住在洞穴或窝棚里,以避风雨寒暑,防备猛兽虫蛇,这是人类最早的预防外伤措施。但人类在与毒蛇、猛兽搏斗和部落之间发生战争时,也常常发生外伤。原始人就在外伤或损伤出现的疼痛、肿胀等处抚摸、按压,以减轻痛苦。经过长期的反复实践,摸索出一些能医治损伤性疾病的方法和一些简单的治伤手法,如对伤口用泥土、树叶、草茎等进行涂裹,这便是外治法的起源。

二、先秦时期

西周时期,随着文化和医学的发展,伤科病的病名、概念和治疗方法逐渐形成,从事医疗活动的医生也开始分工。公元前 11 世纪的周代,在医疗分工上已有专人掌管骨科疾病的治疗。

《周礼》中记载的“疡医”,就是负责“肿疡、溃疡、金疡、折疡”的治疗。这里所说的“金疡”,即“金创”,指由金属器刃损伤肢体所致的创伤;“折疡”概括了击、堕、跌、仆所致的骨断筋伤等疾病。其治疗办法也比较丰富,除内服中药外,还有敷药(祝药)和手术(刮杀)及正体等治疗措施。

三、秦汉时期

那时虽无伤科专著,但在同时期现存最古老的几本医学文献中都记载有这方面的内容。如《黄帝内经》中,就有对跌打损伤的症状、诊断和治疗的论述。《黄帝内经》是我国医学文献中现存最早的一部典籍,它比较系统、全面地阐述了人体解剖、生理、病理、诊断、治疗等基本理论。《灵枢·经水》指出:“若夫八尺之士,皮肉在此,外可度量,切循而得之,其死可解剖而视

之。”《灵枢·骨度》篇通过体表测量人体骨骼的长短、大小、广狭，按头颅、躯干、四肢各部折量出一定的标准分寸。《灵枢·经筋》论述了附属于十二经脉的筋肉系统。解剖学、生理学的发展也就促使了伤科学的发展。《素问·缪刺论》论述：“人有堕坠，恶血留内……此上伤厥阴之脉，下伤少阴之络。”《素问》阐发的“气伤痛，形伤肿”以及“肝主筋，肾主骨，脾主肌肉”等理论，一直指导着伤科基础理论研究和临床医疗实践。《灵枢·刺节真邪》记载的“骨蚀”的病名，病因及病机，均类似现代医学的无菌性骨坏死。《素问·痿论》分别论述了痿躄、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等肢体畸形的病因病理、辨证和治疗。《素问·生气通天论》指出：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。”说明痿证可引起肢体一部分筋肉瘫痪松弛，另一部分筋肉痉挛、缩短，继而引起关节畸形。在治疗上，已广泛采用针灸、熨贴、推拿和药物等方法。

《神农本草经》收集的“主金创续绝筋骨伤”药物达数十种之多。《金匱要略》载有治“金疮”的王不留行散及治马堕的一些筋骨损伤方药。可见，当时骨伤科学已获得了一定的发展。此外，《吕氏春秋·季春记》曰：“流水不腐，户枢不蠹，动也，形气亦然。形不动则精不流，精不流则气郁，郁处头则为肿为风……郁处足则为痿为躄。”主张采用运动锻炼的方法治疗足部“痿躄”，为后世伤科动静结合的功能疗法奠定了理论基础。

东汉末年，张仲景所著的《伤寒杂病论》是我国第一部临床医学巨著。他总结了汉代以前的医学成就，并根据自己的临床经验，创立了理、法、方、药一整套辨证施治方法。同时还记载了牵臂法人工呼吸、胸外心脏推拿等复苏术。该时期成书的《治百病方》《难经》等都论及伤科内容，既有理论，又有诊疗经验，成为后世赖以发展的基础。

四、三国两晋时期

三国时期名医华佗，既能用方药、针灸治病，更擅长外科手术，并创立了“五禽戏”，与现代医学中的医疗体操相似。

晋代葛洪所著《肘后救卒方》介绍的夹缚固定骨折法，对危重创伤的急救、开放创口的处理法等，把骨折科在诊断学和治疗学方面推进了一步。记载颞颌关节脱位口腔内整复法，是世界上最早的颞颌关节脱位整复方法。书中还记载了用爪切人中治猝死、按心下治心痛、抓脐上3寸治腹痛等简便方法。葛洪也十分重视膏摩的应用，他说“病有新旧，疗法不同，邪在毫毛，宜服膏及摩之”。在《肘后救卒方》中记载了膏摩方有8首。

五、隋唐时期

隋代巢元方的《诸病源候论》探求诸病之源，九候之要，列述了1700余症，为我国第一部病理专著。该书《金创伤筋断骨候》中指出筋伤后可引起营卫不通，并提出伤口必须在受伤后立即缝合的正确观点。在此期间“太医署”列骨伤科为一门分科，命名按摩科。

唐代孙思邈著《千金方》中记载了颞颌关节脱位的复位手法。“一人以手指牵其颐以渐推之，则复入矣，推当疾出指，恐误啮伤人指也”（治失欠颊车磋开张不合方）。并指出整复后可采用蜡疗和热敷，以助关节功能的恢复。王焘著《外台秘要》，主张用毡做湿热敷，以减轻损伤肢体的疼痛。蔺道人著《仙授理伤续断秘方》，是我国第一部伤科专著，它阐述了骨折的治疗原则为正确复位、夹板固定、功能锻炼、药物治疗，直至骨折愈合。指出复位前要先用手摸伤处，识别骨折移位情况，采用拔伸、捺正等手法。骨折整复后，将软垫加在肢体上，然后用适合肢体外

形的杉树皮夹板固定。对动静结合的理论, 蔺道人较前人有更进一步的阐述。该书指出: “凡曲转, 如手腕脚凹手指之类, 要转动……时时为之方可。”对开放性骨折, 他则采用经过煮沸消毒的水冲洗污染的伤口和骨片, 皮破必须用清洁的“绢片包之”“不可见风着水”等。这种原则现在仍为处理开放性骨折的准绳。

盛唐时期, 随着经济文化的繁荣, 内外交通日益发达, 对外文化交流出现了欣欣向荣的局面, 推拿也在这一时期传入朝鲜、日本、印度、阿拉伯及欧洲等国家。

六、宋金元时期

该时期骨伤科在临床医学上迅速发展。朝廷也进一步确立“正骨兼金镞科”, 分别为九门或十三门分科之一。这时期的医学著作有《太平圣惠方》《圣济总录》等书, 既有专门描述折伤的卷章, 又有论及骨伤科的方药。

元代, 由于蒙古族善骑射, 对于伤科颇有专长, 在医制十三科中就有正骨科。危亦林著《世医得效方》, 在伤科学上有伟大的成就。他认为“颠仆损伤, 骨肉疼痛, 整顿不得, 先用麻药服, 待其不识痛处, 方可下手”。麻醉药量按患者年龄、体质及出血情况而定, 再按照患者麻醉程度逐渐增加或减少, “已倒便住药, 切不可过多”。危亦林是世界上第一次采用悬吊复位法治疗脊柱骨折的人。该书指出: “凡挫脊骨, 不可用手整顿, 须用软绳以脚吊起, 坠下身直, 其骨使自归窠……然后用大桑皮一片, 放在背皮上, 杉树皮两三片, 安在桑皮上, 用软物缠夹定, 莫令屈, 用药治之。”该书还把髋关节脱位分为前后两型, 指出: “此处身上骨是白, 腿根是杵, 或出前, 或出后, 须用一人手把住患人身, 一人拽脚, 用手尽力搦归窠, 或是铍开。又可用软棉绳从脚缚倒吊起, 用手整骨节, 从上坠下, 自然归窠。”危氏又把踝关节骨折脱位分为内翻、外翻两型, 并按不同类型施用不同复位手法, 指出: “须用一人拽去, 自用手摸其骨节, 或骨突出在内, 用手正从此骨头拽归外, 或骨突向外, 须用力拽归内, 则归窠; 若只拽, 不用手整入窠内, 误人成疾。”

七、明清时期

明代太医院设十三科, 其中就有接骨科。薛己著《正体类要》指出: “肢体损于外, 则气血伤于内, 营卫有所不贯, 脏腑由之不和。”阐明了伤科疾病局部与整体的辩证关系。该时期骨伤科逐渐发展形成以薛己为首的主张八纲辨证和以远真人为代表的主张经络穴位辨证施治两大骨伤科学派。同时骨伤科学内外兼治、动静结合的治疗观点也进一步确立和发展。

清代吴谦集历代伤科之大成, 著《医宗金鉴·正骨心法要旨》。该书系统地总结了清代以前的骨伤科经验, 对人体各部位的骨度、手法、夹缚器具及内外治法方药, 记述最详, 既有理论, 尤重实践, 图文并茂, 是一部较完整的正骨书籍。近代学者多推崇此书。值得注意的是吴谦不仅把正骨手法归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法, 并运用手法治疗腰腿痛等伤筋疾患, 使用攀索叠砖法整复胸腰椎骨折脱位, 而且强调了正确运用手法的重要性, 就是必须先“知其体相, 识其部位”, 才能“一旦临证, 机触于外, 巧生于内, 手随心转, 法从手出”。如此则手法运用更加具有科学性。这一观点目前仍为大家所推崇。在固定方面, “爰因身体上下正侧之象, 制器以正之, 用辅手法之所不逮, 以冀分者复合, 欹者复正, 高者就其平, 陷者升其位”。并创造和改革了多种固定器具, 例如, 对脊柱中段采用通木固定, 下腰部损伤采用腰柱固定, 四肢长骨干骨折采用竹帘、杉篙固定, 髌骨骨折采用抱膝器固定等。此外, 沈金鳌著《沈氏尊生书·杂病源流犀烛》, 对内伤的病因病机、辨证治疗有所阐发; 顾世澄著《疡医大全》, 对跌打损伤及一些骨

关节疾病有进一步的论述；钱秀昌著《伤科补要》、赵竹泉著《伤科大成》、胡延光著《伤科汇纂》等专著亦系统详述了各种损伤的证候和治疗，并附有很多治验的病案，均为学习与研究中医学骨伤科学的重要文献。

伤科学在我国有着数千年的悠久历史，我国劳动人民长期与伤病做斗争的过程中积累了丰富的理论和宝贵的经验，其中有不少是世界上最早的发明创造，代表了当时的世界先进水平。但是，到了1840年鸦片战争以后，中国沦为半殖民地半封建国家。随着帝国主义的文化侵略，西方医学传入中国，使中医骨伤科学受到了极大的摧残。在此期间，伤科学著作甚少，极其丰富的伤科经验散存在老一辈的中医师和民间中，缺乏整理和总结提高，甚至到了濒于失传的边缘。

新中国成立后，在中国共产党和人民政府的关怀下，正确地贯彻了党的中医政策，中医学犹如枯木逢春，欣欣向荣。几十年来，中国骨伤科医务工作者，尤其是推拿医务人员以辩证唯物主义为指导，实行中西医结合，积极开展手法治疗骨关节及其周围筋肉组织损伤的研究工作。国内很多省、市、自治区先后办起了推拿训练班及学校，河南洛阳、山西太原、陕西宝鸡相继成立了盲人推拿学校，为全国培养了一大批推拿专业人才。河南省针灸推拿学校成立于1959年，是全国唯一一所面向残疾学生的职业学校。2001年与河南中医学院（现河南中医药大学）联合成立河南中医学院针灸推拿职业学院。2011年经河南省人民政府批准、教育部备案，升格为公办专科层次全日制普通高等职业院校，更名为河南推拿职业学院，学院主要培养适应医疗卫生事业发展需要的高等技能型人才，同时举办中等职业教育和职业技能培训。学院秉承“以人为本、承古创新、突出技能、注重质量”的办学理念，为社会培养医疗卫生专业人员数万名，涌现出一大批中医推拿名师和企业家。学院先后与瑞士、意大利、俄罗斯、日本、新加坡等国家及中国香港、中国台湾地区的相关机构开展了学术交流和项目合作，为推拿走向世界起了重要的推动作用。全国一些省市相继成立了骨伤科研究机构，对伤科医学的发掘、继承、提高起到了积极作用。推拿医学在伤科领域中的广泛运用已取得了新的成就和发展。近年来推拿著作大量涌现，如《推拿学》《中国推拿》《实用推拿学》《伤科推拿》《中医推拿学》等。近20年来，推拿学科更加注重继承与创新相结合，重视运用现代医学的诊断方法和技术与中医传统诊断方法并举，治疗手法更为丰富，疗效不断提高。我国伤科推拿学的新进展越来越受到世界医学界的重视，对世界医学科学做出了一定贡献。

第一节 分类

损伤是人们最常见的疾患之一。损伤是因外来暴力作用于人体,使之受伤的总称。它是由外界刺激突然作用于人体,引起组织器官在解剖或生理上的紊乱,且伴有局部及全身性反应。轻者妨碍日常工作与生活,重者威胁生命。所以,对各种损伤疾病的防治必须予以足够的重视。

损伤的含义相当广泛,根据历代文献的记载,中医学对于损伤性疾病早有认识,并且有了合理的分类方法。如唐代《外台秘要》称“此病有两种,一者外损,一者内伤”。这则论述十分明确,后世大多遵循此法,将损伤分为外伤与内伤两大类。

一、外伤

外伤是指因外力作用所致皮肉、筋骨的损伤,为有形之伤。根据其损伤的程度划分为伤皮肉、伤筋、伤骨。

(一)伤皮肉

外来暴力作用于人体,都是由表及里,皮肉首当其冲,故皮肉最易受伤。临床上根据受伤部位皮肤的完整性受到破坏与否,可分为创伤、挫伤与碾挫伤三种。

1. 创伤 创伤是指暴力使皮肤破损而有创口出血,深部组织与体外环境发生接触者。皮肤完整则外邪不易侵入,伤处不致污染。《血证论·创血》指出:“人之所以卫外者,全赖卫气。”“卫气……外循肌肉,充于皮毛,如室之有壁,宅之有墙,外邪不得而入也。今既破其皮肉,是犹壁之有穴,墙之有窠,揖盗而招之入也。”《灵枢·经脉》载:“人始生,先成精,精成而脑髓生,骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙。皮肤坚而毛发长,谷入于胃,脉道以通,血气乃行。”因此,破皮的外伤(创伤)容易感染,所以,又称开放性损伤。

由于受伤方式及伤口深浅的不同,又可分为以下几种。

(1)擦伤:致伤物的粗糙面沿皮肤平行切线方向划过所致的浅层破损。特点为伤面有擦痕及小出血点,创口不整齐,伴有渗液。

(2)裂伤:钝力打击所致的皮肤及皮下组织裂开。特点为伤口边缘多不整齐,损伤组织广泛。

(3)割伤:为锐利器具切割所致,创口较整齐,常呈直线状,深浅程度可不同,深部血管、神经、肌腱可被割断,出血较多。

(4)刺伤:为尖细物刺入软组织所致,伤口不大,但一般较深,深部重要器官可以受到损伤,致伤物也可以折断于深部组织内。

(5)穿入伤:多为高速度的枪弹片所致,组织损伤面积一般较大,致伤物可留在体内,并将污物带入组织内。

(6)贯通伤:致伤情况与穿入伤相似,有出入两个伤口,也可将污物带入伤口内。

2. 挫伤 挫伤系指皮肉受伤而不破皮者。伤处疼痛,肿胀或青紫,皮下瘀血,压痛显著。严重时可发生肌纤维破裂及深部血肿。但若暴力过大时,力的作用可由外及内,同时并发内部较重的损伤,但一般属于闭合性损伤。

除体表的筋肉组织损伤外,体腔内脏器损伤时,也可以分为开放性与闭合性,但体表伤口必须与体腔相通,始可称为开放性损伤。若体腔仍保持其完整性者,不论其体表有无创口,均称为闭合性损伤。

3. 碾挫伤 由于钝性物体推移挤压与旋转挤压之外力直接作用于肢体,造成以皮下及深部组织为主的严重损伤。往往形成皮下组织的碾挫伤及肢体皮肤的脱套损伤,如被汽车轮挤压等造成。

(二)伤筋

中医学对伤筋范畴的认识是较为广泛的,凡由于扭挫、刺、割以及劳损等原因而使肌肉、筋膜、肌腱、韧带等一切软组织以及软骨、周围神经损伤,均属于伤筋的范围。伤后出现关节屈伸不利和疼痛。医学文献上把伤筋分为筋断、筋走、筋弛、筋强、筋挛、筋翻、筋挫等数种名目。但在临床应用上,根据其损伤程度大致可归纳为筋断裂伤与筋不断裂伤两大类。

伤筋是否断裂,主要通过临床表现来进行判定。一般来说,筋伤而未断裂者,在早期出现筋扭、筋粗、筋翻等;在后期则出现筋强、筋缩、筋萎、筋结等症。狭义的伤筋相当于现代医学的扭挫伤,一般是指关节附近的韧带因关节活动超过了其正常活动范围而引起的损伤,表现为韧带纤维的部分断裂,同时伴有小血管破裂出血,临床上除有关节活动障碍表现外,尚有局部肿胀和皮肤青紫。肌肉或肌腱也可因外力过猛而使其纤维部分断裂。其他如肌腱、腱鞘、滑囊、滑膜等非化脓性炎症亦属伤筋的范畴。

筋未断者指肌腱、肌肉、筋膜、韧带等发生损伤而未断裂者。特点为局部肿胀,皮肤青紫,关节运动发生不同程度的障碍。筋伤断裂者,一般是指韧带、肌腱、筋膜以及周围神经等组织的断裂和软骨的破裂等。治疗原则均以外科手术治疗修补缝合为主。

根据其损伤的程度,将筋伤断裂者概括为以下三种类型。

1. 轻度断裂伤 肌腱或韧带的部分纤维撕裂,但无长度和弹性的改变。特点为局部轻度渗出、肿胀或出血,疼痛轻,多不影响功能活动。

2. 中度断裂伤 肌腱的纤维撕裂严重或部分断裂,并有周围其他组织损伤。特点为其长度略增加,弹性不同程度降低,局部因出血等所致的肿胀和疼痛均明显,皮下有瘀斑青紫,影响正常的功能活动。

3. 重度断裂伤 伤筋大部分断裂或全部断裂或造成撕脱性骨折,周围组织严重受损,局部血肿明显,疼痛剧烈。触诊可见筋的两断端,或伴有骨折、关节错位等。

(三)伤骨

由于暴力而使骨骼受损者称为伤骨。根据损伤程度分为轻伤与重伤两种。

1. 轻伤 系指骨骼受到轻微的损伤,没有断碎,也没有脱位,仅骨膜受到损伤,其他部分还是完整的。

2. 重伤 系指骨或关节受到严重的损伤。根据受伤的部位不同,可分为骨折与关节脱位

两种。

(1)骨折:古称折骨。系指由于外力作用或其他因素破坏了骨骼的完整性和连续性者。根据受伤的严重程度,分为骨碎、骨断、骨裂三种类型。

骨碎:指骨折伤后断裂成多块碎骨片者,临床上称为粉碎性骨折。

骨断:指骨折伤后断成二段或三段者,此型最多见。根据骨折断的形状,又有横形骨折、斜形骨折或螺旋骨折之分。

骨裂:指骨折处仅有部分裂缝,即骨的连续性未全部碎断者,又称为裂纹骨折。骨骺分离亦属于骨折之一种。

除外伤性骨折外,骨折亦可发生在骨病的部位(如肿瘤、佝偻病、炎症等),外伤可仅仅是一种诱因,此种骨折称为病理性骨折。

(2)关节脱位:古称脱臼或脱骱。中医学认为,上下骨之相合处有臼有杵,脱臼是指受伤后使杵骨位置改变而脱离其窠臼者。所以凡关节因受暴力影响,使组成关节各骨之间的关节面失去正常位置,出现疼痛、畸形和功能丧失者,即称为关节脱位。

根据受伤后的脱位程度,可分为全脱位与半脱位两种类型。

全脱位:指组成关节的骨端关节面完全脱离原位者。

半脱位:指组成关节的骨端关节面仅部分脱离原位者。

根据其病因,又可分为损伤性脱位、习惯性脱位、先天性脱位与病理性脱位四种类型。

二、内伤

内伤指人体气血、脏腑、经络的损伤,即各种因素造成机体内部气血、脏腑、经络功能紊乱而出现的各种损伤内证。古称“内损”,为无形之伤。

根据损伤病理的不同可分为伤气、伤血、伤脏腑。

1. 伤气 伤气指各种损伤所引起的人体气机运行失常。临床上分为气滞、气闭、气虚、气脱。

(1)气滞:指伤后气机运行不畅。特点为无形之疼痛,其痛无定处,且范围较广,无明显压痛点。临床表现为咳嗽,呼吸不畅,牵掣作痛,胸胁窜痛胀闷,心烦,气急,脉沉等症状,多见于胸肋损伤,如岔气。

(2)气闭:多因骤然损伤而使气机运行完全或接近完全阻滞,亦可由气滞甚者逐渐发展而成。临床表现为一时性晕厥,昏迷不省人事,恶心呕吐,甚至发展为厥证,患者牙关紧闭,四肢抽搐,脉细数。多见于颅脑损伤,惊吓等。

(3)气虚:是指气机虚弱无力,是全身或某一脏腑、器官、组织出现功能不足和衰退现象。临床表现为疲倦乏力,呼吸气短,声音低微,自汗,脉细无力等。多见慢性损伤、严重损伤的恢复期或体质虚弱的老年患者。

(4)气脱:为气机失调之脱证,是气虚最严重的表现。特点为伤后突然昏迷或醒后又昏迷。临床表现为伤后突然神色颓变,面色苍白,口唇发绀,目光无神,汗出肢冷,胸闷气憋,呼吸微弱,舌质淡,脉细数。多见于开放性损伤失血过多的患者。

2. 伤血 伤血是指因跌打、挤压、碾挫伤的各种机械暴力等因素直接损伤经络血脉,造成损伤出血或瘀血停滞而引起的症状。

病机上可分为血瘀、血虚、血热三种。

(1)血瘀:是伤后血逆妄行,血离经脉之外,滞留体内,而成为瘀血停滞。特点为痛有定处,肿胀瘀斑。临床表现为肌表肿痛青紫,疼痛部位固定。

(2)血虚:是因损伤造成失血过多或脾虚生血不足或筋骨严重损伤累及肝肾而致。临床表现为面色不华,萎黄,头晕,目眩,心悸,手足发麻,心烦失眠,血甲色淡,唇舌淡白,脉细无力。

在伤科疾患中表现为局部损伤处愈合迟缓,功能长期不能恢复,甚至出现筋挛,皮肤干燥,关节缺少血液滋养而僵硬,活动不利。

若损伤后失血过多,则会出现四肢厥冷,大汗淋漓,烦躁不安,甚至晕厥等虚脱症状。

(3)血热:损伤后积瘀化热或肝火炽盛,血分有热均可引起血热。临床上可见发热,口渴,心烦,舌红绛,脉数等。严重者可出现高热昏迷。积瘀化热,邪毒感染,尚可致局部血肉腐败,化脓。若血热妄行,则可见出血不止等。

3. 伤脏腑 伤脏腑又称为伤内脏。凡因跌仆、坠堕、打击或金刃等受到严重损伤时,多次伤及体内脏腑或骨折后断端内陷刺伤脏腑者,均属危急之症。

根据损伤发生的部位,可分为头部内伤、胸胁部内伤、腹部内伤三种。一般头部内伤较为严重,但尚需要根据各部位具体伤情正确判断。

另外,根据受伤的过程及外力作用的性质,分为急性损伤与慢性损伤(劳损)。

(1)急性损伤:系指由于骤然而来的暴力所引起的损伤。急性损伤一般病情急重,应予以重视,及时检查处理。

(2)慢性损伤(劳损):是指由于劳逸失度或体位不正受积累性静力引起的损伤。此种损伤有时病因不明确,易为人们所忽略。劳损病例常有反复发作的特点,一般病程较长。

根据受伤时间长短,分为新伤与陈伤两种。

(1)新伤:凡伤后时间未超过半个月者,无论伤情轻重,均属新伤。

(2)陈伤:又称宿伤,俗称老伤。一般是指受伤时间超过半个月者。

根据损伤的严重程度,分为轻伤与重伤两种。一般来说,在外伤中伤皮肉病情较轻,伤筋骨较重,而以筋断、骨折为最严重。在内伤中,伤气血病情较轻,伤脏腑较重,又以脏腑破裂出血为最严重。

总之,人是一个内外统一的整体,就外伤而言,皮肉受损,筋骨亦会累及;反之,伤筋损骨,皮肉必然同病。因经络为运行气血的通道,经络“内属于脏腑,外络于肢节”,而且“五脏之道,皆出于经隧以行血气”,因此无论是伤气血还是伤脏腑,均可导致经络阻滞;反之经络损伤,亦必然引起气血、脏腑功能失调。同样,外伤与内伤也是密切相关的,临床辨证施治都应该从整体出发,全面分析,才能取得较好的疗效,这是中医学中医伤科的特点之一。

第二节 病因

伤病即人体在一定的条件下,对外界损害因素作用的反应,这种反应通过人体内在的变化而反映出来,因此,导致伤病发生、发展的因素,它必须作用于人体,通过人体的反应,才可能构成伤病。同时人体对于各种外界损害因素的反应,固然有它共同的规律,但由于人们所处环境、生理特点与病理因素的不同,这就产生了人体对外界损害因素的各种特殊性。

伤科疾病,根据发生的原因,可分为外在因素与内在因素两方面。