

高等学校壮医药专业教材

廖小波

钟远鸣

主编

壮医伤科学

广西民族出版社

高等学校壮医药专业教材

壮医伤科学

主 编 廖小波 钟远鸣

编 委 (按姓氏笔画为序)

韦家鼎 刘明伟 米 琨 许建文

杨 光 张家立 陈 劲 欧 伦

周宾宾 贺启荣 钟远鸣 俸志斌

黄海滨 黄肖华 曾 平 谢伟星

廖小波

广西民族出版社

图书在版编目(CIP)数据

壮医伤科学/廖小波,钟远鸣主编. —南宁:广西民族出版社,2006.11

ISBN 7-5363-5192-5

I. 壮... II. ①廖...②钟... III. 壮族—民族医学:骨科学 IV. R291.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 118129 号

Zhuangyi Shangkexue
壮 医 伤 科 学

廖小波 钟远鸣 主编

出版发行	广西民族出版社(地址:南宁市桂春路3号 邮政编码:530028)
发行电话	(0771)5523216 5523226 传 真:(0771)5523246
E-mail	CR@gxmzbook.cn
策划编辑	韦启福
责任编辑	韦启福
封面设计	朱俊杰
责任校对	江小红
责任印制	蓝剑风
印 刷	广西大学印刷厂
规 格	787毫米×1092毫米 1/16
印 张	16.75
字 数	469千
版 次	2006年11月第1版
印 次	2006年11月第1次印刷
印 数	1~3000册

ISBN 7-5363-5192-5/R·200

定价:58.00元

高等医药专业教材

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 6 壮医妇科学
覃菁

主编 | 5 壮医外科学
肖廷刚

主编 | 4 壮医内科学
董少龙

主编 | 3 壮医基础理论
叶庆莲

主编 | 2 壮医药学概论
庞宇舟
林辰
黄冬玲
主编 | 1 壮族医学史
戴铭

主编 |
| 12 壮药资源学
辛宁

主编 | 11 壮药药材学
朱华
韦松基
主编 | 10 壮医诊断学
伟刚林

主编 | 9 壮医方药学
易自刚
徐冬英
冼寒梅
主编 | 8 壮医药线点灸学
黄瑾明
林辰
主编 | 7 壮医伤科学
廖小波
钟远鸣
主编 |

《高等学校壮医药专业教材》编委会

总 主 编 王乃平 覃绍峰

副总主编 朱 华 陈雪斌 邓家刚 黄岑汉 唐 农
庞宇舟 黄贵华

总 主 审 黄汉儒

委 员(按姓氏笔画为序)

王 勤 韦松基 邓远美 龙学明 叶庆莲
伟刚林 江红兵 李成林 肖廷刚 辛 宁
林 辰 易自刚 钟远鸣 班秀文 徐冬英
唐梅文 黄冬玲 黄瑾明 董少龙 覃 菁
廖小波

办公室

主 任 唐 农 朱 华 庞宇舟

副 主 任 黄贵华 唐梅文

秘 书 莫传凤 宋 宁

编写说明

壮医药是中国传统医学的重要组成部分,有着悠久的历史。它是壮族人民在长期的生产、生活实践中同疾病作斗争的经验总结,有着独特的理论和丰富的内容。壮医药不仅在历史上为本民族的健康繁衍作出了巨大的贡献,而且至今仍是广大壮族地区群众赖以防病治病的有效手段和方法之一,是壮族地区重要的医药卫生资源。经过广大壮医药工作者长期的不懈努力,目前壮医药在理论研究、诊疗方法以及壮药的发掘整理及应用推广方面都取得了丰硕的成果。壮医药的理论体系已经确立,应用技术日臻提高,壮药范畴与质量标准已初步确定和形成,壮医药的高等教育正走上快速的发展轨道。壮医药作为一门古老而新兴的学科,正以其独特的功能为人类的健康作出贡献。

为了给壮医药事业发展提供更多合格的专门人才,以便更好地为广大患者服务,在广西壮族自治区人民政府和广西壮族自治区教育厅的支持下,广西中医学院根据高等学校壮医药专业教学的需要,总结二十多年来壮医药发掘整理和研究的成果,结合临床实践验证,编写了本套教材,供壮医药专业教学使用。在编写过程中,我们力求去伪存真,坚持理论联系实际的原则,努力突出教材的民族特色。

《壮医伤科学》全书共分总论四章及各论三章,对壮医伤科的理论发掘研究、诊断和治疗方法作了阐述。由于壮医伤科理论在民间流传较零碎,解剖名称、病名不统一,本书在编写中参考和融汇了中医伤科的理论,并尽可能使用现代医学解剖名称和病名,使之更具实用性。本书在编审过程中得到学院领导及参加编审会的有关人员的大力协助,在此深表谢意。

由于我们编写水平有限,时间紧迫,书中存在错误或欠妥之处在所难免,恳请各位同仁及广大师生读者提出宝贵意见。

编 者

2006年10月

目 录

总 论	(1)
第一章 发展简史	(1)
第二章 病因病机	(6)
第一节 病 因	(6)
第二节 病 机	(6)
第三章 壮医伤科辨证诊断技能	(9)
第四章 治疗方法	(19)
第一节 药物治疗	(19)
第二节 基本手法	(29)
第三节 固定方法	(44)
第四节 练功疗法	(46)
第五节 手术疗法	(47)
各 论	(51)
第五章 骨 折(Ndok raek)	(51)
第一节 骨折概论	(51)
第二节 上肢骨折	(64)
第三节 下肢骨折	(91)
第四节 躯干骨折	(116)
第六章 脱 位	(139)
第一节 脱位概论	(139)
第二节 颞颌关节脱位	(146)
第三节 上肢脱位	(148)
第四节 下肢脱位	(158)
第七章 筋 伤	(169)
第一节 筋伤概论	(169)
第二节 颈部筋伤	(175)
第三节 肩部筋伤	(180)

第四节	肘部筋伤	(183)
第五节	腕部筋伤	(185)
第六节	手指筋伤	(193)
第七节	髋部筋伤	(196)
第八节	膝部筋伤	(199)
第九节	踝部筋伤	(207)
第十节	腰部筋伤	(210)
附方索引		(224)

总 论

第一章 发展简史

壮族是我国 55 个少数民族中人口最多的民族,也是世代繁衍生息在祖国南疆,大部分聚居在广西的土著民族,有着悠久的历史 and 灿烂的文化。在长期的生产、生活实践和同疾病作斗争的过程中形成和发展起来的民族传统医学——壮医药学,是壮族灿烂文化的组成部分,也是我国传统医药的重要内容。

壮医伤科学和中医伤科学同是祖国医学的重要组成部分,它们的萌芽、发生、发展密不可分。据考古资料及史籍记载,早在商周时代,壮族先民就与中原民族有了经济、政治和文化上的交往。壮族地区现存的大量文物古迹,有的虽属汉文化传入,但经过长期的演变,已被赋予地方化民族的鲜明特征,中医伤科学发展史在很大程度上反映和印证了壮医伤科学的发展。由于历史的原因,新中国成立前壮族没有本民族的规范化通行文字,壮医药长期以来未能得到全面系统地发掘整理和研究提高,其丰富多彩的内容,散见于数以百计的地方志、博物志和中医药文献,更多的是以口耳相传、师徒授受的方式,在民间世代流传。它的悠久历史、古朴理论和确切疗效以及它的丰富多彩的诊疗技法和数以万计的验方秘方,它在历史上曾经作出的重要贡献和现实中仍在发挥的积极作用,是壮族人民在长期的生产生活实践中,为了生存繁衍和健康延寿的需要,同恶劣自然环境和各种伤病作顽强斗争的宝贵经验总结。

远古时期,壮族先民就在伟大祖国的土地上生活和劳动着。他们居住于崇山峻岭地区,这些地区江河纵横交错,草木茂密,毒虫猛兽出没无常,既是乍寒乍热,又是多雨多湿瘴疔横生的地方。恶劣的自然环境,使跌打损伤和毒邪为患势在难免。为了减少疾病和跌打虫伤的痛苦,就不能不求助于当时的原始医疗手段。起初,人们无意识地用手抚摩、按压伤部,发现可以减轻疼痛等症状,经过长期的反复实践,有意识地摸索出一些能医治损伤疾患的简单方法,如手法按摩,用树叶覆盖伤口,用树枝树皮缚扎骨折的肢体。经过不断的观察和总结,逐渐发现更多更好的医治伤病的方法,如在利用火的过程中发明了熨法和灸法,在打制石器和骨器生产工具中,发明了砭石和骨刺刺割痈肿的方法等等。考古工作者从柳州、桂林、南宁、都安、来宾等地陆续发掘出土的旧石器时代和新石器时代的遗物中发现,壮族先民们所使用的工具先后有砍砸器、刮削器、尖状器、石片、骨器、骨针及陶器等,并有捕获生物及用火的遗迹。在这些原始工具中,有可供医疗用的砭石、陶针和骨针等。可见远在石器时代,壮族医药已开始萌芽。

约在公元前 16 世纪的商代,我国已经发明了金属,手工业生产和战争已经采用金属工具和武器。在殷墟出土文物中,不仅发现了炼铜遗址和铜范,还有刀、针、斧、铤、矢等青铜器,说

明商代已达到青铜器的广泛使用时期。青铜器的广泛使用,促进了医疗工具的发展和改进,砭石骨刺逐渐被青铜刀针所代替。这是我国针术的萌芽,也是伤科方面应用原始医疗工具的开始。《黄帝内经·素问》中《异法方宜论》篇指出:“南方者,天地所长养,阳之所盛处也,其地下,水土弱雾露之所聚也。其民嗜酸而食脂。故其民皆致理而赤色,其病挛痹,其治宜微针。故九针者,亦从南方来。”这是中医经典著作关于针刺疗法来源和起源的现存最早的文献记载。诚然,这里的“南方”不一定特指壮族地区,但包括壮族地区在内,则是毫无疑义的。这说明地处南方的壮族地区,是我国针刺疗法的发源地之一。

考古工作者在壮族聚居的广西武鸣县马头乡的西周末年古墓出土中,发现了两枚青铜浅刺针,在广西贵县(今贵港市,亦为壮族聚居地)罗泊湾一号汉墓中出土的两枚针柄绞索状银针,与文献记载互相印证。到了周代(约公元前 11 世纪),随着医学的发展,医疗分工上已有专人掌管伤病的诊疗,《周礼·卷九》把医生分为食医、疾医、疡医、兽医四类,其中疡医“掌肿疡、癰疡、金疡、折疡之祝药,刮杀之齐。凡疗疡以五毒攻之,以五气养之,以五药疗之,以五味节之。”这是我国现有最早的医学分科的文献记载。《礼记·月令孟秋》记载“命理瞻伤、察创、视折、审断”。蔡邕注:“皮曰伤、肉曰创、骨曰折,骨肉皆绝曰断。”书中记录当时疡医对创伤所作的诊查和分类,并采用内外结合治疗的方法治疗创伤骨折、采用祛腐生肌的药物处理感染伤口,并能进行一些病灶清除的手术。

到了春秋战国时期(公元前 722 年~公元前 221 年),社会急剧变化,政治、军事、经济、文化都得到很快的发展,学术思想日益活跃,呈现出“诸子蜂起,百家争鸣”的局面,这对我国医学发展也有很大的推动作用。在积累大量医疗实践经验的基础上,不少医药学家着手进行进一步归类总结,并把经验上升为理论,先后产生了我国第一批高水平的医药学著作——《内经》、《外经》、《神农本草经》、《难经》、《黄帝歧伯按摩十卷》等。这些经典医著的问世,确立了中医学的理论体系,奠定了我国医药学发展的基础。《内经》比较系统、全面地阐述了人体解剖、生理、病理、诊断、治疗等各方面的基本理论。《灵枢·金水篇》:“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》还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尺寸。解剖生理学的发展,也进一步促进了伤科学的发展。《素问·缪刺论》说:“人有所堕坠,恶血留内,腹中胀满,不得前后,先饮利药,此上伤厥阴之脉,下伤少阴之络……”《灵枢·经脉》记载的“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙”,《素问》阐发的“肝主筋,肾主骨,脾主肌肉”,以及“气伤则痛,形伤则肿”等基础理论,一直指导着伤科基础理论研究和临床医疗实践。《灵枢·痈疽》还记载了软组织、骨关节、全身血源性化脓性感染的病因病理,临床表现及辨证治疗规律,在治疗上已广泛采用针灸、熨贴、按摩和药物等治疗方法。对骨及关节化脓性感染,采用内服清热解毒药物和及时切开排脓引流,外贴膏药等治疗方法,并记载了化脓性感染切开引流的指征和禁忌症,“……如坚石,勿石,石之者死,须其柔,乃石之者生。”公元前 3 世纪,名医淳于意有两例完整的伤科病案记录,一为举重致伤,一为坠马致伤。病案中不但有主诉、病史,而且还记载了治疗经过。《神农本草经》记载王不留行、续断、泽兰、地榆、扁青等 23 种药品用于损伤内服或外敷,可见伤科在当时已取得了一定成就。《山海经》成书于春秋战国时期,是我国最早记录有医药的古籍。其记载的药物有动物药 66 种,植物药 51 种,矿物药 22 种。以动物药居多,其中大部分壮族地区有出产。这说明壮族先民已在实践中积累了一定的用药经验和知识,并传入汉族地区。

秦汉时期(公元前 221~公元 220 年)是祖国医学发展兴盛的时期,伤科学向更高水平发展。马王堆汉墓出土的,抄写于秦汉之际的帛书中的《五十二病方》记载了金伤、刃伤、外伤、出

血等多种外伤疾病,以及多种止痛、止血、防止创伤愈合后造成瘢痕,洗涤创伤感染伤口等治疗方法和方药;并记载了“痉者、伤、风入伤、身信(伸)而不能诘(屈)”,这是最早指出破伤风是创伤后并发症的记载;《帛画导引图》已绘有动作形象和文字注明应用导引练功疗法治疗骨关节疾病;《足臂十一脉经》和《阴阳脉死候》已有“折骨绝筋”和“折骨裂肤”的记载,以及“肩以脱,腰以折”的描述,对筋骨伤损、开放性骨折、肩关节脱位和肱骨骨折已有一定的认识。在壮族医药的起源阶段和早期医疗活动中,舞蹈气功和体育锻炼防治疾病受到了特别的重视,这也是颇具地方民族特色的。这集中反映在壮族先民生产生活的宏大画卷——花山崖壁画上面。花山崖壁画是壮族先民在左江和右江两岸绘制的巨型壁画,主要分布在左江流域的宁明、崇左、扶绥、大新、龙州、凭祥等县市,分布区全长 300 多千米。从宁明县的珠山到扶绥县新湾山的 53 个山头的峭壁上,有用赭色绘制成一幅幅形象生动、笔画粗犷的崖壁画,其中人像有 2688 个,还有铜鼓、锣、环刀、宝剑等物,以及一些动物图像,这都是一种舞蹈动作或功夫动作形象。舞蹈及气功锻炼在早期医疗实践中的地位,从马王堆汉墓出土的导引图,从华佗创制的五禽戏中可以得到证实。

汉代著名的外伤科医家华佗,既用方药、针灸治病,更擅长手术,他使用麻沸汤麻醉,进行死骨剔除术、剖腹术等,还创立了五禽戏,指出体育疗法的作用和重要性。东汉末年,张仲景著《伤寒杂病论》,这是我国最早的临床医学巨著。他在《内经》、《难经》的理论基础上,以六经论伤寒,以脏腑经络论杂病,总结了汉以前的医学成就,结合作者的临床经验,创立了完整的理、法、方、药结合的辨证论治方法,并记载了用牵臂法进行人工呼吸,胸外心脏按摩等复苏术。对损伤病因分类和治疗方法也有论述。

魏晋、隋唐时期,随着社会经济、文化的不断发展,在前人已经创立的基本理论和临床辨证论治方法的基础上,医学发展趋向专业化,伤科在诊断和治疗技术方面也在不断提高,逐渐形成了一门独立的科学。

晋代葛洪著的《时后救卒方》,记载了世界上最早的颞颌关节脱位的口内整复法,用竹筒固定骨折的方法,还论述了对开放性骨折早期处理的重要性,对外伤性肠断裂采用桑皮线进行缝合和用烧灼止血法,以及首创了以口对口吹气法抢救猝死病人的复苏术等。

南北朝时期,龚庆宣著的《刘涓子鬼遗方》(公元 483 年),是我国现存最早的外伤科专书,收录了治疗金疮跌仆方 34 首之多。

隋代巢元方著的《诸病源候论》,是我国第一部病因病理专书,该书将伤科疾病列为专章论述,其中有“金疮病诸候”二十三论,“腕伤病诸候”九论,对骨折创伤及其并发症的病源和症候有较深入的论述,对骨折的处理提出了很多较好的治疗方法,尤其对破伤风的症状描述得很详尽,并指出是创伤的并发症。对外伤造成的循环障碍、神经麻痹、运动障碍等症状也有明确的认识。同时指出软组织和骨关节开放性损伤必须在伤后进行清创缝合,折断的骨骼主张用线缝合固定,这是有关骨折内固定法的最早记载,还对缝合伤口的技术操作提出了要求,对感染化脓的伤口和有异物或死骨形成的伤口,须进行排脓和清除异物及死骨处理,但不要缝合,应将伤口敞开;对于外伤性肠突出腹外的处理方法和“以生丝缕系绝其血脉”的结扎止血法,都是比较先进的治疗方法。在内伤方面,已提出重视内损和脏腑伤损的处理。此外,对化脓性骨感染已经分为急性期的附骨痈肿和慢性期的附骨疽两类,并加以明确的论述。

唐代孙思邈著的《备急千金要方》,记载了热敷、蜡疗治疗颞颌关节脱位整复后的功能恢复等技术。唐代蔺道人著的《仙授理伤续断秘方》,是我国现存最早的一部伤科专著,它阐述骨折治疗原则为复位,夹板(杉树皮制作)固定,功能锻炼和药物治疗。对骨折复位,要求先用手摸

伤处,了解骨折移位情况,采取正确的拔伸、擦正手法复位,复位成功后,用软垫加在患肢适当位置,然后用适合肢体形状的杉树皮作外固定。同时指出“凡曲转,如手腕脚凹手指之类,要转动时为之方可”的动静结合治疗骨折的必要性。对开放骨折的处理方法又比以前更进了一步,采用经过煮沸消毒的水冲洗伤口和骨折片,再进行清创扩创、复位等,减少了伤口的感染。该书还首次描述了髌关节脱位,并把髌关节脱位分作前脱位和后脱位两类,采用手牵足蹬法治疗髌关节后脱位;利用杠杆原理的“椅背复位法”整复肩关节脱位。该书还记载了 40 余个方剂用于各类损伤的治疗,为伤科的辨证论治、立法处方用药作出了规范。

宋元时期(公元 960~1368 年),在隋唐五代医学发展的基础上,学术争鸣活跃加速了医学的向前发展,伤科也有较大的发展。

宋代的医事制度分为九种,内有疮肿兼折疡科和金镞兼书禁科。《图济总录》对腹破肠出的重伤有了更合理的处理方法。张杲在《医说》中介绍了用踏竹管搓滚活动的练功方法来促进骨折损伤后膝部、踝关节的功能恢复,并采用切开复位法治疗胫骨多段骨折等。《洗冤录》是我国第一部很有价值的法医学专书,其中也介绍了不少检查外伤的方法。《小儿卫生总微论方》记载有小儿先天性并指的截除术等整形手术。

元代的长期大规模的战争,促进了伤科的新发展,在医制十三科中,除有金疮肿科之外,又设立了正骨科。危亦林著的《世医得效方》,对伤科的发展作出了很大贡献。一是在临床上采用内服麻醉药整复骨折和脱位,他指出:“搦扑损伤,骨肉疼痛,整顿不得,先用麻药服,待其不识痛处,方可下手。”麻药的用量也有严格的规定,要按病人年龄、体质及出血情况而定,再根据需麻醉程度增减用量,“已倒便停药,切不可过多”。二是发明悬吊复位法治疗脊柱骨折,这一疗法原则至今仍在沿用。三是将踝关节骨折、脱位分为内翻和外翻两型,并按不同类型施用不同手法进行整复治疗,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。”

明清时代,在总结前人成就的基础上,伤科理论得到进一步充实提高,正骨手法和固定方法也有较大的改进和发展。明代太医院医事制度分为十三种,其中除接骨科外,还有金镞科。明代名医薛己著《正体类要》二卷,上卷论述伤科证治大法及扑伤、坠跌、金伤等治验医案,下卷附诸伤方药。处方立论,重视脾肾,辨证论治,极为精当,强调局部伤损与整体的辩证关系,是既有理论又有实践的伤科专著。王肯堂著的《证治准绳》一书,对损伤骨折也有较精辟的论述,如对肱骨颈骨折向前成角畸形,则用手巾悬吊腕臂于胸前;若向后成角,则置于胸后悬吊;对外展型肱骨颈骨折的复位注意内收。对髌骨损伤分作髌骨脱位和髌骨骨折两类,骨折又分分离移位和无移位两种。有分离移位者,主张复位后用竹圈箍好,置膝于半伸屈位;对髌关节前脱位,采取将伤肢在牵引下内收的方法进行复位。该书对损伤的药物疗法进行了由博而约的归纳整理,所收集的治疗原则和方药一直为后世所遵循。永乐年间,朱棣等编著的《普济方》在折伤门中辑录了 15 世纪以前的正骨技术,内容十分丰富,书中有关伤科方共收 1256 首,在总论中强调手法整复的重要性,并介绍了一些整复前臂双骨折和胫腓骨骨折的手法以及按压复位,抱膝圈固定法治疗髌骨骨折等,皆为后世所采用。《金疮秘传禁方》记载了利用骨摩擦音作为检查骨折的方法之一,处理开放骨折时,主张把穿出皮肤已污染的骨折端切去,以防感染。

清代吴谦等著的《医宗金鉴》一书中的《正骨心法要旨》系统地总结了清代以前的伤科经验,最为详细地记述了人体各部的骨度、内外治法方药、手法等,有理论、有实践,图文并茂,集伤科之大成。该书把正骨手法总结归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法,并用手法治疗伤筋和腰腿痛疾患,使用攀索叠砖法整复胸腰椎骨折脱位。在固定方面,主张根据不同部位的特

点,应“依形制器”,创制和改进多种固定器具,如固定脊柱损伤的“通木”,固定下腰损伤的“腰柱”,固定四肢骨折的“竹帘”、“杉篱”等。此外,清代钱昌秀著的《伤科补要》,赵竹泉著的《伤科大成》,胡廷光著的《伤科汇纂》,皆较系统地论述了各种损伤的诊断、治法及方药、手法、固定等,并附有很多临床病案;其他如沈金鳌著的《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,顾世澄著的《疡医大全》对跌打损伤及一些骨关节疾病也有进一步的论述。

伤科学在我国有着几千年的悠久历史,是我国劳动人民长期与损伤疾患作斗争所积累的丰富经验和理论,其中不少是世界上最早的发明创造,代表了当时世界先进水平,有些至今仍指导着医疗实践。

新中国成立后,在中国共产党领导下,党的中医政策得到贯彻执行,祖国医学犹如枯木逢春,欣欣向荣,全国各地陆续建立中医院校,开设中医骨伤科学课程,编写了伤科学教材,培养了一大批伤科人才。各地还陆续建立了骨伤科医院或综合医院内设骨伤专科,有的城市还建立了骨伤科研究机构。近几十年来,伤科专业得到很大发展,伤科专业队伍也在不断壮大,尤其在科学研究方面,我国伤科工作者,以辩证唯物主义思想为指导,较系统地继承整理了中医伤科学术和经验,出现了一大批伤科专著和学术论文,在大量的临床医疗方法和基础理论研究的基础上,总结出了一套“动静结合,筋骨并重,内外兼治,医患合作”的治疗骨折方法,取得了愈合快、功能恢复好、患者痛苦少的良好效果,受到国际医学界的重视。近10余年来,骨折、软组织损伤和骨关节疾患的治疗研究又有进一步的发展,对四肢骨干骨折及近关节和关节内骨折的治疗效果又有新的进展;对陈旧性骨折畸形愈合的手法治疗及开放性骨折采用中药外敷创面的治疗,均取得了满意的效果。1983年卫生部主持召开了全国中医骨伤科座谈会和骨伤科手法经验交流会,着手撰写全国中医骨伤科名家传记,为整理中医伤科经验做了有益的工作。

壮医药虽然有着悠久的历史和丰富的内容,它在历史上的客观存在也是无可置疑的。然而,由于壮族在历史上未能形成本民族规范化的通行文字,以及种种政治和经济上的原因,有关壮医药的种种资料记载,绝大部分散见于以汉文撰写的地方志、博物志、正史、野史和一些中医药著作之中。而壮医的诊疗技法,对药物性味功能的认识,以及大量的验方秘方,则主要在壮族民间流传。至于远古壮医起源和古代壮医的形成,则只能通过有关出土文物资料来证实和推测了。因而发掘整理的任务十分艰巨。

在党的民族政策和中医政策指引下,壮医药的发掘整理和研究提高工作受到了政府有关部门的重视和支持。特别是从1984年全国民族医药工作会议之后,壮医药的发掘整理终于在20世纪50~70年代民间中草药调查和个人撰写零星文章的基础上,进入了有组织、大规模的调查研究和全面系统整理阶段。壮族及其先民创造的灿烂医药文化,将独放异彩,自立于我国乃至世界的民族传统医药之林。

第二章 病因病机

第一节 病因

损伤病因,是指引起伤病发生、发展的因素。了解损伤的病因,才能对损伤的性质和程度作出比较正确的判断,进而对损伤的治疗起到指导作用。

一、外因

外因是指由外界作用于人体而引起伤病的因素。如跌仆、撞击、闪扭、压砸、刀刃等直接暴力或间接暴力以及肌肉强烈收缩、持续劳损等外力作用,可损伤人体皮肉筋骨,造成骨折、脱位、软组织损伤。除此之外,六淫之气侵袭或邪毒感染等外来因素,也可致筋骨、关节发生疾病。如损伤后,受风寒湿邪的侵袭可引起腰部和四肢疼痛,关节活动不利。又如开放骨折若处理不当则可引起化脓性骨髓炎。

二、内因

是指人体内在某种与损伤疾病发生和发展有一定关系的因素,如年龄、体质、局部解剖结构等。不同的年龄,在相同外力作用下,伤病的部位和发病率也不一样,如跌倒时臀部着地,老年人很容易引起股骨颈骨折,而青少年则很少发生。体质健壮,筋骨坚强者一般不易发生损伤骨折,但体弱骨质疏松者,往往在轻微外力作用下就可造成骨折。从人体解剖结构来看,与损伤疾病的发生也有一定关系,如传达暴力的作用,骨折常发生在坚质骨与松质骨的交界处。

损伤疾病的发生,外因虽然是重要的,但也不能忽视机体本身的内在因素。因此,必须正确理解损伤的外因与内因的这一辩证关系,才能认识损伤疾患的发生和发展的规律,以便正确地诊断和治疗。

第二节 病机

壮医认为,人体是一个有机的整体,其各个组成部分是不可分割的。在生理上,人体的“巧”、“廊”、“胴”三部(即天、人、地三部)与自然界同步运行,制约化生,生生不息,人体谷道、水道、气道畅通,龙路、火路无阻,则“嘘”(气)、“勒”(血)得以运行,脏腑“夺”(骨)、“诺”(肉)、肢节百骸皆得以涵养。在病理上,若正气不足,痧、瘴、蛊、毒等诸毒邪循龙路、火路内侵,水道、谷道、气道不畅,脏腑骨肉失衡或失养,天、人、地三气同步被打破,则百病生。由于谷道、水道、气道的沟通,龙路、火路网络的相连,内部脏腑“巧坞”病变可反应于体表,即有诸于内者必形诸于外,体表病变亦可影响内脏。

人体是由脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血与津液等共同组成的一个整体。人体生命活动主要是脏腑功能的反映,脏腑功能活动的物质基础是气血和津液。脏腑各有不同的生理功能,通过经络联系全身的皮肉筋骨等组织,构成复杂的生命活动,它们之间保持着相对的平衡,互相联系,互相依存,互相制约,在生理活动和病理变化上都有着不可分割的关系。当人体受外力作用而遭致局部皮肉筋骨损伤时可引起气血淤阻,经络阻塞,或津液亏损,或邪毒由表入里,每能导致脏腑功能不和,也可因脏腑不和由里达表引起经络、气血、津液病变而导致皮肉筋骨病损。

这说明了局部与整体之间的关系是互相作用、互相影响的,所以在整个诊治过程中,应从整体观念出发,认识伤病的发生和发展的因果关系。

一、损伤与气血、津液的关系(损伤与气道、龙路、水道的关系)

人体一切伤病的发生、发展无不与气血有关,气血调和,人即安和。若气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血走;反之,血凝气必滞,血失气必虚,血脱气必散。

壮医对气(壮语音为“嘘”)极为重视,亦称气道,认为气是动力,是功能,是人体生命活力的表现,气虽然肉眼看不见,但可以感觉到鼻息,一呼一吸,进出的都是气。邪毒入侵,气道首当其冲,气道不畅,气道壅塞,可见蒜头甲、紫绀甲、口唇青紫等。若气道完全闭阻,可引起死亡。

壮医认为:龙路在人体内即是血液的通道(亦称之为血脉、龙脉)。龙路的功能主要为内脏骨肉输送营养,其大小网络遍布全身,中枢在心脏(咪心头),故若龙路不通,则血液运行不畅,致内脏、骨肉失养,出现肌肉萎缩,偏枯不用,口唇、指甲青紫,目诊“勒答”上有黑斑等。若龙路功能失约,血液运行不循常道,则可见孔窍出血,如衄血、咳血、咯血、便血等,还可见皮下淤斑、淤点。如龙路中枢——咪心头痿废不用,则人体内脏骨肉将无所以养,生命也将终止。

气血周流不息,运行全身,外可充养皮肉筋骨,内可灌溉五脏六腑,濡养全身。当人体受外力损伤后,气血循行不流畅,则皮肉筋骨与脏腑将失去濡养,以致脏器组织的功能活动发生异常,因而一系列症状就随之发生。现分伤气、伤血简述如下。

(一)伤气

因负重用力过度或举重呼吸失调,或跌仆闪挫,撞击胸部等,致使人体气机运行失常。一般可分为气滞与气闭两种。气滞的特点为外无肿形,自感疼痛范围较广且无明显压痛点。临床多见于胸胁迸伤,出现胸胁胀满、疼痛或咳嗽、呼吸时有牵制作痛等。气闭常发生于严重损伤的患者,如被严重撞击,从高坠下,以致出现晕厥、昏迷不省人事等症状。

(二)伤血

由于跌打、坠堕、压砸、棒击挫撞及其他外力冲击,伤及经络血脉,以致出血或淤血停积而产生相应的症状。一般分为出血和淤血两种。皮肉开绽,血从创口溢出者为创伤出血。若内伤脏腑经络出血上溢者,表现为咳血、吐血、呕血,若下溢而表现为便血、尿血。若撞伤头部,兼有骨折者,则见诸窍出血。创伤失血过多时,有气随血脱、血脱气散的危险。

血液循环行于脉管之中,流布全身,运行不息。如全身血流不畅或因血溢脉外,局部有离经之血停滞,即为淤血。在伤科疾病中淤血多由局部损伤所致。淤血阻滞,不通则痛,故淤血在临床上表现为疼痛,还可在损伤部位出现肿胀及青紫淤斑。

气血是相辅相成的,有不可分割的关系,在伤科疾病中,气滞血淤每多同时并见,只是有所偏重,故有伤气、伤血之分,但不宜截然划分。

津液是人体正常水液的总称,有滑利关节,润泽皮肤、肌肉和濡养脑髓、骨髓等作用。壮医所称水道类似于津液,认为水为生命之源,人体有水道进水出水,与大自然发生最直接、最密切的联系,从而保持天、人、地的同步平衡。水道与谷道同源而分流,在吸收水谷精微营养物质后,以谷道排出粪便,水道排出汗、尿。由于积淤生热,热邪灼伤津液,水道不通,影响津液的滑润作用,常出现口渴、咽燥、大便干结、小便短少等症状,津液的大量丢失,还可导致“气随液脱”。可见,损伤与气血、津液以及气血与津液之间都有着密切的关系。

二、损伤与脏腑、经络、筋骨的关系

脏腑是主持人体生命活动的主要器官,若脏腑不和,则经络阻塞,气血凝滞,皮肉筋骨失去濡养而引起肢体病变。经络是调节人体各部的通路,它内贯脏腑,外达肌表,网络全身。脏腑

发生病变时,可通过有关经络反映于体表,而体表的组织、器官发生病变时,同样可通过经络影响其所属脏腑。如肝(壮语“咪叠”)藏血主筋,肝血充盈,筋得所养;肝血不足,筋的功能就会发生异常。肾(壮语“咪腰”)主骨,藏精气,精生骨髓,骨髓充实,则骨骼坚强。当人体筋骨受损时,可因肝血肾精不足,筋骨失养而影响断骨的正常愈合和关节功能的恢复。筋骨损伤,除与肝肾有密切关系外,与心肺、脾胃(心壮语“咪心头”,肺壮语“咪钵”,脾壮语“咪隆”,胃壮语“咪胴”)之间同样有着密切联系。因心主血,肺主气,心肺调和,则气血循环输布得以正常,才能发挥濡养作用,筋骨疾患也就容易痊愈。如脾胃失去健运,则影响气血的生化,势必影响筋骨的生成与恢复。就筋与骨而言,骨(壮语“夺”)和肉(壮语“诺”),它们之间的关系也十分密切,大筋联络关节,小筋附于骨外,因此骨折、脱位必同时伤筋,而扭挫伤筋也可伤骨,所以筋骨之间每多相互影响。壮医火路类似经络,火路在人体内为传感之道,形成网络,遍布全身,实现“三气同步”的生理平移,火路受损,出现感觉异常或缺失,如局部或肢体不知冷热、不知痛痒等,甚者肢体与“巧坞”失去联系而不能行动自如或完全不能行动。若火路完全阻断,或火路的中枢“巧坞”不用,则会导致死亡。

综上所述,损伤疾患虽属局部伤病,但与整体有关。筋骨、气血、脏腑、津液、经络之间都相互联系和相互作用,有着不可分割的关系。掌握这些原理,对临床辨证施治是有现实指导意义的。

第三章 壮医伤科辨证诊断技能

诊断,就是认识疾病的过程。壮医对伤科疾病的诊察和传统中医诊治疾病一样是在一定的原则指导下,按照一定的程序进行的,通过望、闻、问、切四诊,结合辅助检查,在收集临床资料的基础上,根据损伤的病因、部位、程度进行分类,作出病机和病位的判断,并以人体内的脏腑气血,“三气”、“三道”、“两路”等理论为指导,根据它们的内在联系,加以综合分析。在辨证时,既要求有整体观念,重视全面检查,又要结合伤科的特点,进行细致的局部检查,这样才能做到全面了解病情,作出正确诊断。

一、望诊

壮医十分重视望诊,因人体有谷道、水道、气道直接与自然界相通,龙路、火路网络沟通内外上下,故通过观察外部变化即可测知内部病变。对伤科患者进行诊治时,应该首先通过望诊来进行全面观察。伤科的望诊,除了对全身的神色、形态、舌象及分泌物等作全面的观察检查外,对损伤局部及其邻近部位必须特别认真察看。如《伤科补要》中就明确指出:“凡视重伤,先解开衣服,遍观伤之轻重。”要求暴露足够的范围,一般采用与健肢对比,进行功能活动的动态观察。通过望全身、望损伤局部、望舌质舌苔等方面,以初步确定损伤的部位、性质和轻重。

(一)望全身

1. 望神

壮医认为,人的精神情志方面的活动,属“巧坞”的功能,赖“嘘”(气)、“勒”(血)、精等物质以养。“巧坞”(大脑)在上属天,位高而权重,为人体各部的总指挥部,神志异常多为“巧坞”本身病变或其他疾病引起“巧坞”乱、“巧坞”坏。若精神充沛、反应灵敏、目光炯炯、思路清晰,表示“嘘”(气)、“勒”(血)充足,“巧坞”得养,或病轻毒浅。反之,若萎靡不振、反应迟钝、目光呆滞、气息微弱,则多为“巧坞”失养,虚甚毒重;若重危患者突然格外精神,两颧如妆,瞳孔缩小或散大,则多为阴阳离决,“巧坞”将崩,生命将止。通过察看神态色泽的变化来判断损伤轻重、病情缓急。

2. 望面

壮医认为,面部分布着许多龙路、火路的网络,人体正气之盛衰,淤血邪毒之浅重皆可从面部诊察出来。如白色:主“勒”(血)不足,痛症。黄色:主虚、湿毒为患。红色:面色红主热毒、暑毒所致病证。青色:主寒毒、淤血、痛症、风症及龙路、火路病。黑色:主水毒内泛、淤血阻滞龙路、火路之病及“咪腰”(肾)功能低下之表现。

3. 望形态

望形态可了解损伤部位和病情轻重。形态发生改变多见于骨折、关节脱位以及严重伤筋。如下肢骨折时,患者多不能直立行走;肩、肘关节脱位时,多用健侧手扶持患侧的前臂;颞颌关节脱位时,多用手托住下颌;腰部急性扭伤,身体多向患侧倾斜,且用手支撑腰部慢行。

(二)望局部

1. 望畸形

可通过观察肢体标志线或标志点的异常改变,判断有无畸形,畸形往往标志有骨折或脱位存在。关节脱位后,原关节处出现凹陷,而在附近,因骨脱出而出现隆起,患肢可有长短粗细等