



附·中医骨伤科学自学考试大纲

中医骨伤科学

组编/全国高等教育自学考试指导委员会
主编/施杞

全国高等教育自学考试指定教材 中医学专业(本科)

中国中医药出版社



全国高等教育自学考试指定教材 中医学专业（本科段）

- 毛泽东思想概论
 - 马克思主义政治经济学原理
 - 药理学
 - 内经选读
 - 金匱要略
 - 伤寒论
 - 温病学
 - 中医各家学说
 - 中医外科学
 - 中医妇科学
 - 中医儿科学
 - 中医骨伤科学
 - 中医眼科学
 - 中医耳鼻咽喉科学
 - 针灸学
 - 大学英语自学教程（上、下册）
- 七选二

封面设计/曹 铀

ISBN 7-80156-091-4



9 787801 560919 >

ISBN 7-80156-091-4/R · 092 定价：20.00元

全国高等教育自学考试指定教材

中医学专业(本科)

中医骨伤科学

(附:中医骨伤科学自学考试大纲)

全国高等教育自学考试指导委员会组编

主 编 施 杞

副主编 乔根宝

编 委 王拥军 乔根宝

陈 峰 周重建

主 审 肖鲁伟

参 审 李桂文 石印玉

中国中医药出版社

图书在版编目(CIP)数据

中医骨伤科学/施杞主编.
—北京:中国中医药出版社,2000.11
全国高等教育自学考试指定教材
ISBN 7-80156-091-4

I. 中…
II. 施…
III. 中医骨伤科学-高等教育-自学考试-教材
IV. R274

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 60022 号

责任编辑 包艳燕

中国中医药出版社出版
(北京朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮码: 100027)

印刷者:涿州市星河印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 16 开
字 数: 377 千字
印 张: 14.75
版 次: 2001 年 2 月第 1 版
印 次: 2001 年 2 月第 1 次印刷
册 数: 00 001—10 100
书 号: ISBN 7-80156-091-4/R·092
定 价: 20.00 元

本书如有质量问题,请与教材供应部门联系。

组 编 前 言

当您开始阅读本书时，人类已经迈入了 21 世纪。

这是一个变幻难测的世纪，这是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展，知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战，随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇，寻求发展，迎接挑战，适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习、终生学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试，其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学、帮助自学、推动自学，为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问，这种教材应当适合自学，应当有利于学习者掌握、了解新知识、新信息，有利于学习者增强创新意识、培养实践能力、形成自学能力，也有利于学习者学以致用、解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书，我们虽然沿用了“教材”这个概念，但它与那种仅供教师讲、学生听，教师不讲、学生不懂，以“教”为中心的教科书相比，已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解，以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念，不断探索适合自己的学习方法，充分利用已有的知识基础和实际工作经验，最大限度地发挥自己的潜能，达到学习的目标。

欢迎读者提出意见和建议。

祝每一位读者自学成功。

全国高等教育自学考试指导委员会

1999 年 12 月

编写说明

《中医骨伤科学》自学考试教材是根据全国高等教育自学考试指导委员会制定的“高等教育自学考试中医学专业考试计划”和全国高等教育自学考试指导委员会《关于编制课程自学考试大纲的意见》的精神制定的。结合《中医骨伤科学辅导教材》，是参加全国自学考试骨伤科医师、中医院校学生的学习用书。

本教材由上海中医药大学施杞教授主编。由上海中医药大学王拥军副研究员、广西中医学院陈峰博士负责编写第1到第4章，上海中医药大学周重建副主任医师负责编写第5章和第6章，上海中医药大学乔根宝副主任医师负责编写第7到第9章。广西中医学院李桂文教授审定第1到第4章，浙江中医学院肖鲁伟教授审定第5和第6章，上海中医药大学石印玉教授审定第7到9章。编写过程中考虑到与全日制本科教学的衔接，参考了上海科学教育出版社《中医伤科学》第4版、第5版教材内容。在此一并表示衷心的感谢！

本教材的缺点和不足之处在所难免，希望提出宝贵意见，以便今后进一步修订提高。

全国高等教育自学考试指导委员会
医药类专业专家工作组
1999年4月

目 录

第一章 骨伤科学发展简史 (1)	骨头脱位..... (76)
第一节 萌芽时期..... (1)	十二、桡骨下 1/3 骨折合并下 桡尺关节脱位..... (78)
第二节 基础理论形成期..... (2)	十三、桡骨下端骨折..... (79)
第三节 诊疗技术完善期..... (4)	十四、腕舟骨骨折..... (82)
第四节 中医骨伤科的繁荣期..... (5)	十五、掌骨骨折..... (83)
第二章 损伤的病因病机和分类 (7)	十六、指骨骨折..... (84)
第一节 损伤的病因..... (7)	第三节 下肢骨折 (85)
第二节 损伤的病机..... (8)	一、股骨颈骨折..... (85)
第三节 损伤的分类..... (13)	二、股骨粗隆间骨折..... (88)
第三章 辨证 (15)	三、股骨干骨折..... (89)
第一节 望诊..... (15)	四、股骨髁上骨折..... (91)
第二节 问诊..... (18)	五、髌骨骨折..... (91)
第三节 闻诊..... (19)	六、胫骨平台骨折..... (93)
第四节 切诊..... (20)	七、胫腓骨干骨折..... (94)
第五节 骨伤科常用现代诊断检查..... (23)	八、踝部骨折..... (95)
第四章 治法 (28)	九、距骨骨折..... (97)
第一节 内治法..... (28)	十、跟骨骨折..... (98)
第二节 外治法..... (30)	十一、跖骨骨折..... (100)
第五章 骨折 (46)	十二、趾骨骨折..... (101)
第一节 骨折概论..... (46)	第四节 躯干骨折 (101)
第二节 上肢骨折..... (63)	一、脊柱骨折和脱位..... (101)
一、锁骨骨折..... (63)	附：外伤性截瘫..... (103)
二、肱骨外科颈骨折..... (64)	二、肋骨骨折..... (105)
三、肱骨干骨折..... (66)	三、骨盆骨折..... (106)
四、肱骨髁上骨折..... (68)	第六章 脱位 (109)
五、肱骨外髁骨折..... (70)	第一节 脱位概论..... (109)
附：肱骨内髁骨折..... (71)	第二节 颞颌关节脱位..... (112)
六、肱骨内上髁骨折..... (71)	第三节 肩关节脱位..... (113)
附：肱骨外上髁骨折..... (72)	第四节 肘关节脱位..... (116)
七、尺骨鹰嘴骨折..... (72)	第五节 桡骨小头半脱位..... (119)
八、桡骨头骨折..... (73)	第六节 月骨脱位..... (120)
九、桡、尺骨干单骨折..... (74)	第七节 掌指关节及指间关节 脱位..... (121)
十、桡、尺骨干双骨折..... (75)	
十一、尺骨上 1/3 骨折合并桡	

第八节 髌关节脱位·····	(122)	第三十一节 腰椎间盘突出症·····	(157)
第九节 髌骨脱位·····	(124)	第三十二节 腰椎椎管狭窄症·····	(159)
第十节 膝关节脱位·····	(125)	第三十三节 梨状肌综合征·····	(160)
第十一节 跖跗关节脱位·····	(126)	第八章 内伤和损伤内证 ·····	(162)
第十二节 跖趾关节及趾间关节 脱位·····	(127)	第一节 内伤和损伤概论·····	(162)
第七章 伤筋 ·····	(128)	第二节 头部损伤·····	(165)
第一节 伤筋概论·····	(128)	第三节 胸部损伤·····	(168)
第二节 颈部扭挫伤·····	(131)	第四节 腹部损伤·····	(169)
第三节 落枕·····	(132)	第五节 伤后发热·····	(170)
第四节 颈椎病·····	(133)	第六节 损伤昏厥·····	(171)
第五节 肩部扭挫伤·····	(135)	第七节 损伤眩晕·····	(171)
第六节 肩关节周围炎·····	(136)	第八节 伤后健忘·····	(172)
第七节 冈上肌腱炎·····	(138)	第九节 痿软麻木·····	(173)
第八节 肘部扭挫伤·····	(139)	第十节 损伤喘咳·····	(173)
第九节 肱骨外上髁炎·····	(140)	第十一节 损伤呕吐·····	(174)
第十节 腕部扭挫伤·····	(140)	第十二节 损伤腹胀·····	(174)
第十一节 桡骨茎突腱鞘炎·····	(141)	第十三节 伤后便秘·····	(175)
第十二节 桡侧伸腕肌腱周围炎·····	(142)	第十四节 伤后瘫痪·····	(176)
第十三节 腕管综合征·····	(142)	第九章 骨病 ·····	(177)
第十四节 腕三角软骨损伤·····	(143)	第一节 化脓性骨髓炎·····	(177)
第十五节 指间关节扭挫伤·····	(144)	第二节 化脓性关节炎·····	(180)
第十六节 伸指、屈指肌腱断裂·····	(145)	第三节 骨关节结核·····	(182)
第十七节 屈指肌腱腱鞘炎·····	(145)	第四节 骨性关节炎·····	(185)
第十八节 髌部扭挫伤·····	(146)	第五节 骨质疏松症·····	(187)
第十九节 膝关节侧副韧带 损伤·····	(147)	第六节 股骨头缺血性坏死·····	(190)
第二十节 膝交叉韧带损伤·····	(148)	第七节 胫骨结节骨骺炎·····	(192)
第二十一节 半月板损伤·····	(148)	第八节 足拇外翻·····	(192)
第二十二节 膝关节外伤性滑 膜炎·····	(150)	第九节 平足症·····	(193)
第二十三节 髌骨软骨软化症·····	(150)	第十节 骨肿瘤·····	(194)
第二十四节 踝关节扭挫伤·····	(151)	后 记·····	(200)
第二十五节 跟腱损伤·····	(152)	附:《中医骨伤科学》自学考试大纲	
第二十六节 跟腱炎和跟部滑囊炎·····	(153)	《自学考试大纲》出版前言·····	(203)
第二十七节 跟痛症·····	(154)	I 课程性质与设置目的要求·····	(204)
第二十八节 跖管综合征·····	(154)	II 课程内容与考核目标·····	(205)
第二十九节 腰部扭挫伤·····	(155)	III 有关说明与实施要求·····	(225)
第三十节 腰部劳损·····	(156)	附录 题型举例·····	(228)
		《自学考试大纲》后记·····	(230)

第一章 骨伤科学发展简史

中医骨伤科学是研究防治人体皮肉、筋骨、气血、脏腑经络损伤与疾患的一门科学。在古代属“折疡”、“金镞”等范畴。历史上本科有“金疡”、“接骨”、“正骨”、“伤科”等不同称谓。中医骨伤科学历史悠久，是在我国各族人民与外伤疾患长期斗争中创造和发展起来的，并形成了丰富的理论体系，成为一门独立的学科，是中国医学的重要组成部分，为中华民族的繁衍昌盛和医学的发展作出了贡献。

第一节 萌芽时期

一、远古时期

中国是世界上最古老、文明发达最早的国家之一。早在 100 多万年前，华夏祖先就在伟大祖国的土地上生活着、劳动着。他们为了生存，不断地和自然界作斗争，同时还和自身的伤病作斗争，从中逐步地积累了劳动经验和原始的医药知识。在“北京猿人”居住过的山洞中，人们发现很厚的灰烬和被火烧过的兽骨，证明“北京猿人”已经学会用火。在烘火取暖和烧烤食物的基础上，人们发现用热物贴在伤痛处可减轻病痛，从而产生了熨法和灸法。人们在劳动中，在与猛兽搏斗及部落之间的战斗中，不可避免发生外伤，于是在损伤疼痛、肿胀处抚摸按压以减轻症状，经过从无意识的反应到有目的地反复实践，逐渐摸索出一些能医治创伤疾病的方法和一些简易的理伤按摩手法；对伤口的处理则用植物叶、草茎及矿粉末等裹敷，逐渐发现一些止血、止痛、消肿、排脓、生肌等外用药物，这就是外治法的起源。

二、原始氏族公社时期

在原始社会，由于生活居住环境恶劣，人们易感受风寒湿邪，致筋骨痹痛，于是采用舞蹈法宣通郁滞、祛邪舒筋，从而逐渐总结出导引法。随着人们掌握较为精细的生产工具，在医疗实践中，发现某些制作工具的材料，也能用于作为治病的器具，如砭石、荆棘刺、骨针等。《山海经·东山经》记载：“高氏之山，其上多玉，其下多箴石。”后世郭璞注解时认为，箴石“可以为砭针治痈肿者”。夏代（约公元前 21 世纪—公元前 16 世纪）主要采用石器为生产工具，用于治病的工具主要是石针、骨针等。

三、商代（约公元前 16 世纪—公元前 1066 年）

商代冶炼技术有了很大的发展，金属器具广泛地用于生产劳动和战争中，同时也促进了医疗工具的变革，金属的刀针逐渐取代了砭石。据《韩非子》记载，古人“以刀刺骨”，当时已经把“刀”作为骨科手术工具了。商代后期，我国汉字发展逐渐成熟，甲骨文是我国较早的文字，其中记载的疾病有几十种，当时已懂得用器官位置定病名，骨伤科疾病有“疾手”、“疾肘”、“疾骨”、“疾胫”、“疾止”等。

四、周代（约公元前 1066 年—公元前 256 年）

我国有了医政的设制和医疗的分科。《周礼·卷九》把医生分为“食医”、“疾医”、“疡医”和“兽医”。其中疡医就是外科、骨伤科医生。其工作职责是“掌肿疡、溃瘍、金瘍、折瘍之祝药、劓杀之齐。凡疗瘍以五毒攻之，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》记载了疡医对创伤采用“瞻”、“察”、“视”、“审”四种诊查方法。“命理瞻伤、察创、视折、审断，决狱讼必端耳”。蔡邕注：“皮曰伤，肉曰创，骨曰折，骨肉皆绝曰断。”把损伤分为四种不同类型。另外郑玄注：“……劓，刮去脓血；杀，谓以药食其恶肉。”当时已采用内外同治的方法治疗外伤骨折，并运用祛腐生肌的药物处理感染伤口。

第二节 基础理论形成期

一、春秋战国汉代（公元前 722 年—公元 220 年）

这是中医学隆盛的时期。随着社会政治、经济、文化的显著发展，学术思想非常活跃，出现了“诸子蜂起，百家争鸣”的局面，我国医学也有很大发展，骨伤科基础理论初步形成。在临证医学不断发展的基础上，对医药的临床实践经验进行总结，并提高到理论，出现了中医学的经典著作《内经》《难经》《神农本草经》和《伤寒杂病论》，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》比较全面、系统地阐述了人体解剖、生理、病理、诊断、治疗等基本理论。《灵枢·经水》记载：“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》对人体头颅、躯干、四肢各部骨骼的长短、大小、广狭标记测量的尺寸。《灵枢·经筋》论述了附属于十二经脉的筋肉系统。《素问·缪刺论》记载：“人有所堕坠，恶血留内……此上伤厥阴之脉，下伤少阴之络。”《内经》阐发的肝主筋、肾主骨、脾主肌肉、气伤痛、形伤肿等基础理论，一直指导着伤科临床医疗实践。《内经》还论述了骨病的病因病机。《灵枢·痈疽》曰：“热胜则腐肉，肉腐则为脓。”记载了骨关节、软组织、血源性化脓性感染的病因病理、临床表现及辨证论治。在治疗方法上采用了针灸、熨贴、按摩和药物等治疗方法。对骨关节化脓性感染，主张内外兼顾，内服清热解毒药物和切开排脓引流、外敷药膏同用，对化脓性关节炎还提出了切开引流的指征和禁忌。《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹。”《素问·生气通天论》则记载：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋痠短，小筋弛长，痠短为拘，弛长为痿。”《素问·痿论》将痿证分为痿躄、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿，分别论述其病因病理、辨证治疗。此外，《吕氏春秋·季春纪》认为：“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”，主张采用运动锻炼法治疗足部“痿躄”，为后世应用动静结合治疗骨科疾病理论奠定了基础。1973年马王堆出土的医帛书《五十二病方》记载了金伤、刃伤、外伤出血等多种外伤疾病，以及止痛、止血药物，和洗涤创伤或感染伤口的治疗方法。该书载录中药 247 种，方剂 283 首，其中治伤方 17 首，治伤瘡方 6 首，治痈疽方 22 首。并记载了“瘖者，伤，风入伤，身信（伸）而不能诘（屈）”。这是对创伤后严重并发症——破伤风的最早记载。《帛画导引图》还绘有导引练功图等。《足臂

十一脉灸经》和《阴阳脉死候》有“折骨绝筋”和“折骨裂肤”等记载，说明当时对筋骨损伤和开放性骨折已有一定的认识。西汉时期，名医淳于意有两则完整的伤科病案记载：一则是堕马致伤，一则是举重致伤。病例中有主诉、病史及治疗经过。成书于东汉时期的《神农本草经》中记载中药 365 种，用于骨伤科的约有 100 种药物。

汉代名医华佗既能用方药、针灸治病，更擅长手术。他发明了麻沸散，施行于剖腹术、死骨剔除术，并创立了五禽戏，指出体育锻炼的作用和重要性。东汉末年，医圣张仲景总结前人医疗成就，结合自己的临床经验，著成《伤寒杂病论》一书，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，以脏腑论杂病，创立了理、法、方、药结合的辨证论治体系。

二、魏晋—隋唐五代（公元 220—960 年）

这一时期是我国历史上战乱频繁、骨伤科疾病多发的时期，因而积累了大量的临床经验。医学的发展趋向专科化，骨伤科在诊断和治疗技术方面都有了显著提高，成为一个专门学科。

晋代葛洪所著《肘后救卒方》记载了下颌关节脱位的整复方法：“令人两手牵其颐已，暂推之，急出大指，或咋伤也。”这是世界上最早记载的下颌关节脱位手法整复方法。该书还首先记载了夹板（竹片）固定骨折，指出固定后患肢不要转动，以免骨折重新移位，同时夹缚松紧要适宜。他论述了对开放伤口早期处理的重要性，对腹部创伤肠断裂采用桑皮线进行肠缝合术。记载了颅脑损伤、大动脉损伤出血等危重症的救治方法，并首创了口对口吹气法抢救猝死病人的复苏术。

南北朝时期，龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》，对金疮、痈疽疾病等用外消、内托、排脓、生肌、灭瘢等治法，收录的治疗金疮跌仆方剂计有 34 首之多。

隋代巢元方所著《诸病源候论》是我国第一部中医病理专著，载录证候 1720 条。该书已将伤科病列为专章，其中有“金疮病诸候”23 论，“腕伤病诸候”9 论，对创伤骨折及其并发症的病源、证候作了深入的论述，对骨折的处理提出了较多合理的治疗方法。“中风候”、“金创中风瘕候”对破伤风的症状描述非常详细，并指出这是创伤后的并发症。“金疮病诸候”论述了金疮化脓感染的病因病理，提出清创疗法要做到早期清创，清创要彻底，正确分层缝合，正确包扎，为后世清创术奠定基础。若已化脓则须清除碎骨，伤口不宜再缝，亦不宜再敷膏药。“金疮筋急相引痛不得屈伸候”和“金疮伤筋断骨候”记载了血循环障碍、神经麻痹、运动障碍的症状，指出开放性损伤要在伤后立即进行缝合，断裂的骨块亦可用线缝合固定，这是有关骨折内固定的最早记载。“箭镞金刃入肉及骨不出候”指出开放性骨折应在除去异物及碎骨后敷药，否则创口难愈合。“金疮久不瘥候”论述了伤口久不愈合，脓流不止，是由于伤处有碎骨或异物存在，必须敞开伤口，取出异物，方能使伤口愈合。“附骨疽候”提出成人的髋关节、膝关节，儿童的脊椎、膝关节是附骨疽的好发部位，指出化脓性骨感染分为附骨痈肿（急性）和附骨疽（慢性）两类型。

唐代孙思邈所著《备急千金要方》《备急千金翼方》是中医临床百科全书，总结了骨伤科常用药物，介绍了人工呼吸、止血、镇痛等疗法，记录了下颌关节脱位整复采用蜡疗和热敷等外治法。王焘所著《外台秘要》是一部综合性医学论著，主张用毡作湿热敷，可减轻损伤肢体的疼痛。

藺道人所著《仙授理伤续断秘方》是我国现存最早的一部骨伤科专书，分述骨折、脱位、内伤三大类证型。总结了骨折的治疗原则为复位、夹板固定、功能锻炼和药物治疗。指出复位前要用手摸伤处，弄清骨折移位情况，然后采用拔伸、捺正等方法整复移位，骨折复位后，将软布垫放在肢体上，再用适合肢体外形的杉树皮夹板固定。其对筋骨并重、动静结合的理论有更进一步的阐发。书中指出：“凡曲转，如手腕脚凹手指之类，要转动……时时为之方可。”对开放性骨折的治疗、处理方法比隋代更进一步，用经过煮沸消毒的水将污染的伤口和骨片冲洗干净，然后快刀进行扩创，将断骨复位，用清洁的“绢片包之”，“不可见风着水”。该书还首次记载了髌关节脱位，将髌关节脱位分为前脱位和后脱位两类，采用手牵足蹬法整复髌关节后脱位。利用杠杆原理，采用“椅背复位法”整复肩关节脱位。对内伤的治疗，采用“七步”治疗法，提出了伤损按早、中、晚三期治疗的方案。该书还重点介绍了骨折损伤内外用药经验，书中载方 40 余首，用药的方法有洗、贴、搽、搽及内服法，为骨伤科辨证、立法、处方用药奠定了良好的基础。藺道人的骨折疗法，反映了他的整体观念、动静结合、辨证论治的治疗思想。这种治疗观点以及他所运用的整复、局部外固定和练功、内外用药四大治法处理骨折，成为以后 1000 多年中医治疗骨折的基本观点和方法。

第三节 诊疗技术完善期

一、宋元时代（公元 960—1368 年）

在隋唐五代医学的基础上，出现了百家争鸣的局面，加速了医学的发展，促进了中医骨伤科的进步。宋朝设立“太医局”，医事制度分为九种，其中有疮肿兼折疡科和金镞兼书禁科。张杲在《医说》中介绍对骨折损伤后膝、踝关节功能障碍采用脚踏转轴及以竹管搓滚舒筋等练功方法来促进功能恢复，并采用切开复位治疗胫骨多段骨折。法医家宋慈所著《洗冤集录》是我国现存最早的法医学专著，其中记载了人体各部位损伤的致伤原因、症状及检查方法。

元代“太医院”设十三科，其中包括“正骨科”和“金镞兼疮肿科”。危亦林所著《世医得效方》继承了唐代藺道人等医家的治伤经验，系统地整理了元代以前的骨伤科成就，并在其基础上有所创新和发展，使骨折和关节脱位的处理原则和方法更臻完善。指出复位前先服麻药，“待其不识痛处，方可下手”。麻药的用量根据病人年龄、体质及发病情况而定，按照病人麻醉程度逐渐增减，麻药起作用后即停用，不可过量使用。危亦林是世界上第一个采用悬吊复位法治疗脊柱骨折的医家，其著作中指出：“凡挫脊骨不可用手整顿，须用软绳从脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠，未直则未归窠，须要坠下，待其骨直归窠，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。”该书把髌关节脱位分为前脱位和后脱位两种，指出髌关节是杵臼关节。并把踝关节骨折脱位分为外翻、内翻两型，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，该人成疾。”李仲南在《永类钤方》中，首创过伸牵引加手法复位治疗脊柱屈曲型骨折，其方法是：伤者俯卧门板上，以双手攀门板一端，医者两人牵拉双足，抬起，一医者用手按压骨折处。该书提出“有无粘膝”体征作为髌关节前后脱位的鉴别，至

今仍有临床价值。

二、明清时代（公元 1368 - 1911 年）

在总结前代成就的基础上，骨伤科理论得到不断充实、提高，出现许多有成就的医学家，撰写大量骨伤科专著，形成不同学派。

明初，太医院设有十三科。骨伤科分为“接骨”和“金镞”两个专科，到隆庆五年（公元 1571 年）改名外科和正骨科（又名正体科）。明代《金疮秘传禁方》记载了检查骨擦音以诊断骨折的方法。对开放性骨折，要把穿出皮肤已被污染的骨折端切除，以防感染。永乐年间（公元 1406 年），朱橚等编著的《普济方》辑录了骨科方药 1256 首，是 15 世纪以前治伤技术的总汇。书中强调手法整复的重要性，并运用“伸舒揣捏”法整复前臂双骨折和胫腓骨骨折；对桡骨远端伸直型骨折创用“将掌上，医用手搏损动处，将掌曲向外捺令平正”的整复手法，采用夹板超腕关节固定；并介绍了用抱膝圈固定法治疗髌骨骨折。薛己著《正体类要》二卷，上卷论正体治疗大法及记载治疗内伤验案 65 则；下卷介绍治疗诸伤方 71 首。该书强调整体疗法，在序中提出“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”的论点，阐明了伤科疾病局部与整体的辩证关系。王肯堂所著《疡医准绳》是医学丛书《证治准绳》的一部，对治疗创伤的方药进行归纳整理，其立法方药一直为后世所遵循。该书对骨折有较精辟的论述，如对肱骨外科颈骨折采用不同位置固定，若向前成角畸形，则用手巾悬吊腕部置于胸前；若向后成角，则用布悬吊腕部置于背后。此外又把髌骨损伤分为脱位、骨折两类，骨折又可分为分离移位和无移位两种，有分离移位者，复位后用竹箍扎好，置膝于半伸屈位。

清代吴谦等著《医宗金鉴·正骨心法要旨》，系统地总结清代以前的骨伤科经验，对人体各部位的骨度、损伤的治法详细描述，既有理论，又重实践，图文并茂。该书把正骨手法归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法。运用手法治疗腰腿痛等伤筋疾患，对胸腰椎骨折脱位，采用攀索叠砖法复位，并在腰背骨折处垫枕，保持脊柱过伸位，维持其复位效果。此外，还创造和改革了多种固定器具。如采用通木固定脊柱中段损伤，采用腰柱固定下腰损伤，四肢长骨干骨折则采用竹帘、杉篱固定等。钱秀昌著《伤科补要》较详细论述了骨折、脱位的临床表现及诊治方法，如采用屈髋屈膝拔伸回旋法整复髋关节后脱位。该书还载有医疗器具固定图说、周身各部骨度解释、骨伤科脉诊及大量的方剂。沈金鳌著《沈氏尊生书·杂病源流犀烛》，发展了骨伤科气血病机学说，较详细阐述了内伤病因病机、辨证论治。胡廷光所著《伤科汇纂》论述各种损伤的证治，记载了骨折、脱位、筋伤的检查复位法。赵竹泉著《伤科大成》亦系统详细地描述了各种损伤证治，并附有很多治验病案。

1840 年鸦片战争后，中国沦为半封建半殖民地国家，随着帝国主义的文化侵略，中医受到了歧视，中医骨伤科学面临危机。此期间骨伤科学著作甚少，伤科疗法散存于民间，中医骨伤科处于自生自灭的境地。

第四节 中医骨伤科的繁荣期

新中国成立后，随着社会经济、政治、文化的发展，中医骨伤科也从分散的个体开业形式向集中的医院形式过渡。1958 年以后，全国各地相继成立了中医院，中医院多设有骨伤

科，不少地区还建立骨伤科医院。北京、天津、上海、洛阳等城市建立了骨伤科研究所和骨科创伤中心，标志着中医骨伤科不仅在医疗实践方面而且在基础理论与科学研究方面都取得一定进展。

自20世纪50年代开始，全国各省市普遍建立中医学院与中医学校。80年代部分中医学院成立中医骨伤系，除招收大学本科生外，有的院校还培养了骨伤专业硕士、博士研究生。50多年来，我国骨伤科工作者系统整理了中医学治伤手法，总结老中医经验，相继出版了《正骨疗法》（石筱山）《平乐郭氏正骨法》《刘寿山正骨经验》《魏指薪治伤手法与导引》《林如高正骨经验》等著作。对牵引器械进行改进，对夹板材料进行测定，开展中草药促进骨折愈合实验研究，总结运用了动静结合、筋骨并重、内外兼治和医患合作的理论，指导骨关节损伤的治疗，取得了骨折愈合快、功能恢复好、患者痛苦少、并发症少的好效果。70年代，中西医结合治疗开放性骨折感染、脊椎骨折、关节内骨折、陈旧性骨折取得了成功的经验，治疗慢性骨髓炎、慢性关节感染也获得了一定效果。对腰椎间盘突出症、颈椎病采用牵引、按摩、中药离子透入及内服中药等综合疗法，效果较好。1986年中国中医药学会骨伤科学会成立，中医骨伤科学术交流日益频繁，一方面推广传统、有效的医疗方法，另一方面利用现代科学技术与手段深入研究骨伤疾病的疗效机理。尤其近几年，电镜、电生理、免疫组织化学、生物力学、同位素、电子计算机断层扫描、磁共振等现代科学技术已在本学科的基础研究与临床医疗中得到应用。改革开放以来，中医骨伤科学与国外交流日益频繁，越来越受到世界医学界的重视，必将为世界医学科学的发展和人类的健康事业作出更大的贡献。

第二章 损伤的病因病机和分类

第一节 损伤的病因

损伤是外来暴力作用于人体而使之受伤的总称，它是因外界的刺激突然地作用于人体所引起的组织或器官在解剖或生理上的紊乱且伴有局部及全身性的反应。历代多数医家认为损伤的原因有内因和外因两种。了解损伤的病因，能对损伤的性质和程度作出比较正确的估计，对损伤的治疗和愈后有着重要的指导意义。

一、外因

外因是指从外界作用于人体而致损伤的因素，主要为外力伤害，但与邪毒感染及外感六淫等也有一定的关系。

(一) 外力伤害

外力可以作用于人体的皮肉筋骨而引起各种损伤。如跌仆、坠堕、撞击、闪挫、压轧、负重、刀刃、劳损等所引起的损伤都与外力作用有关。

根据外力性质的不同，可分为直接暴力、间接暴力、肌肉强烈收缩和持续劳损等四种。

直接暴力所致的损伤发生在外力直接作用的部位，如创伤、挫伤、骨折、脱位等。

间接暴力所致的损伤都发生在远离外力作用的部位，如传达暴力、扭转暴力可引起相应部位的骨折、脱位；如自高处坠落，臀部着地，身体下坠的冲击力与地面向上对脊柱的反作用力所造成的挤压即可导致在胸腰椎发生压缩性骨折，或伴有更严重的脱位及脊髓损伤。

肌肉过度强烈收缩亦可造成损伤，如跌仆时股四头肌强烈收缩可引起髌骨骨折，投掷手榴弹时肌肉强烈收缩致肱骨干骨折。

持续劳损可造成损伤，久行久立，长时间姿势不正确的操作，肢体某部位之筋骨受到持续或反复多次的慢性牵拉、摩擦等，均可使筋骨持续受外力积累损伤。如单一姿势的长期弯腰负重劳作可造成慢性腰肌劳损，长时间的步行可引起跖骨疲劳性骨折等。运动员及舞蹈、杂技、武打演员容易发生各种运动损伤，经常卧床颈部过度屈曲看书看电视者、经常低头工作的中年人容易患颈椎病。这些说明损伤的发生与职业及生活习惯均有一定关系。

(二) 邪毒感染及外感六淫

邪毒感染或外感六淫诸邪都可致筋骨、关节发生疾患。外伤后再感染毒邪，则可引起局部和全身感染，出现各种变证。如开放性骨折若处理不当合并感染则可引起化脓性骨髓炎。损伤后，若受风寒湿邪的侵袭可引起腰部和四肢关节疼痛或屈伸不利。

二、内因

骨伤科疾患的发生，外因起着很重要的作用，但它与年龄、体质、局部解剖结构等内在因素关系也十分密切。

(一) 年龄

年龄不同, 伤病的好发部位及发生率也不一样, 如跌倒时臀部着地, 外力作用相同, 但老年人易引起股骨颈骨折或股骨粗隆间骨折, 其中股骨粗隆间骨折的发病年龄又相对高些, 而青少年则较少发生。小儿因骨骼柔嫩, 尚未坚实, 所以容易发生骨折, 但小儿的骨骼骨膜较厚而富有韧性, 骨折时多发生不完全性骨折。骨骺损伤多发生在儿童或正在生长发育而骨骺尚未愈合的少年。

(二) 体质

体质的强弱与损伤的发生有密切的关系。年轻体壮, 气血旺盛, 肾精充足, 筋骨坚固者则不易发生损伤。年老体弱, 气血虚弱, 肝肾亏虚, 骨质疏松者则易发生损伤, 如突然滑倒, 臀部着地, 外力虽很轻微, 也可能发生股骨颈或股骨粗隆间骨折。《伤科补要》说: “下颧者, 即牙车相交之骨也, 若脱, 则饮食言语不便, 由肾虚所致。”《正体类要》中也指出: “若骨骱接而复脱, 肝肾虚也。”说明肝肾亏虚是习惯性脱位的发病因素之一。

(三) 解剖结构

损伤与其局部解剖结构有一定的关系。传达暴力作用于某一骨骼时, 骨折常常发生在密质骨与松质骨交界处。例如, 桡骨远端骨折好发于桡骨下端 2~3cm 松质骨与密质骨交界处。锁骨骨折多发生在无韧带肌肉保护的锁骨两个弯曲的交界处。又如第 1 骶椎的隐性脊柱裂, 由于棘突缺如, 棘上韧带与棘间韧带失去了依附, 降低了腰骶关节的稳定性, 容易发生劳损。

人体是一个内外统一的整体。损伤的发生发展是内外因素综合作用的结果。不同的外因, 可以引起不同的损伤疾患。而同一外因作用于不同内因的个体, 损伤的种类、性质与程度又有所不同。损伤疾患的发生, 外因虽然很重要, 但亦不要忽视机体的内因。临床辨证施治时, 应该从整体出发, 全面分析, 才能取得较好的疗效, 这也是中医骨伤科学的特点之一。

第二节 损伤的病机

人体是由皮肉、筋骨、脏腑、经络、气血与津液等共同组成的一个有机整体, 它们之间保持着相对的平衡, 并互相联系、互相依存、互相制约, 无论在生理活动还是病理变化上都存在着不可分割的联系。伤病的发生和发展与皮肉筋骨、脏腑经络气血等都有密切的关系。所以在整个诊治过程中, 应从整体观念出发, 对气血、筋骨、脏腑、经络等之间的生理病理关系加以综合分析, 才能正确认识损伤的本质和病理现象的因果关系。

一、气血津液病机

(一) 气血的生理功能

气血运行于全身, 无处不到, 周流不息, 维持着人体正常生命活动。“气”一方面来源于与生俱来的肾之精气, 另一方面来源于从肺吸入的清新之气和由脾胃所化生的“水谷精气”。前者为先天之气, 后者乃后天之气, 这两种气相互结合而形成的“真气”成为人体生命活动的原动力, 也可以说是维持人体生命活动最基本的力量。气是一种运动的物质, 气的运动形式多种多样, 主要有升、降、出、入四种基本运动形式。它的主要功能是一切生理活

动的推动作用，温养形体的温煦作用，对外邪侵入的防御作用，血和津液的化生、输布、转化的气化作用和防止血、津液流失的固摄作用。

“血”由从脾胃运化而来的水谷精气变化而成。《灵枢·决气》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”血形成之后，循行于脉中，依靠气的推动而周流于全身，对各个脏腑、组织、器官有营养作用，前人称为“血主濡之”。《素问·五脏生成》说：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”说明全身的皮肉、筋骨、脏腑都需要得到血液的营养才能行使各自的生理活动。

“气”和“血”的关系十分密切。气推动血沿着经脉而循行全身，以营养五脏、六腑、四肢、百骸。两者相互依附，周流不息。《血证论·吐血》则概括为“气为血之帅，血随之而运行；血为气之守，气得之而静谧”。血的循行靠气的推动，气行则血行，气滞则血瘀。反之，血溢于外，成为瘀血，气亦必随之而滞。大量出血，必然导致气血同时衰竭，称为“气随血脱”。

(二) 损伤与气血的关系

损伤与气血的关系十分密切。当人体受到外力伤害后，常导致气血运行紊乱而产生一系列的病理改变。人体一切伤病的发生、发展无不与气血有关。

1. 伤气：因用力过度，或跌仆闪挫，击撞胸部等，导致人体气机运行失常，脏腑、器官、组织发生病变，即可出现“气”的功能失常及相应的病理现象。一般可分为气滞与气虚，但损伤严重者可出现气闭、气脱，内伤肝胃可见气逆等证。

(1) 气滞：气运行于全身，正常时应该流通顺畅，当人体某一部位、某一脏腑发生受伤或病变，都可使气的流通发生障碍，出现“气滞”的病理现象。《素问·阴阳应象大论》说：“气伤痛，形伤肿。”气本无形，郁滞则气聚，聚则似有形而实无质，气机不通之处，即伤病之所在，常出现胀闷疼痛，因此，痛是气滞的主要症候。如气滞发生于胸胁，则出现胸胁胀痛，呼吸、咳嗽时均可牵掣作痛等。损伤气滞的特点为外无肿形，痛无定处，自觉疼痛范围较广，体表无明确压痛点。气滞在伤科中多见于胸肋迸伤挫伤。

(2) 气虚：气虚是全身或某一脏腑、器官、组织出现功能不足和衰退的病理现象。在伤科疾病中，某些慢性损伤病人、严重损伤后期病人、体质虚弱者和老年患者等均可见到。其主要表现是：伤痛绵绵不休，疲倦乏力，语声低微，气短，自汗，脉细软无力等。这些症状之中又以疲倦乏力和脉细软无力最为基本。

(3) 气闭：常为损伤严重而骤然导致气血错乱，气为血壅，气闭不宜。其主要表现为出现一时性的晕厥、不省人事、窒息、烦躁妄动、四肢抽搐或昏睡困顿等。《医宗金鉴·正骨心法要旨》有“或昏迷目闭，身软而不能起，声气短少，语言不出，心中忙乱，睡卧喘促，饮食少进”等描述。常见于严重损伤的患者。

(4) 气脱：严重损伤可造成本元不固而出现气脱，是气虚最严重的表现。如损伤引起大出血，可造成气随血脱，出现“气脱”。气脱者多突然昏迷或醒后又昏迷，可见呼吸浅促、面色苍白、四肢厥冷、二便失禁、脉微弱等表现。常发生于开放性损伤失血过多、头部外伤等严重损伤者。

(5) 气逆：损伤而致内伤肝胃，可造成肝胃气机不降而反上逆，出现嗳气频频、作呕欲吐或呕吐等症。

2. 伤血：由于跌打挤压、挫撞及各种机械冲击等伤及血脉，以致出血，或瘀血停积。