

全国盲人按摩专业统编教材

伤科按摩学

邓延满 郭晓夏 编写

 中国盲文书社

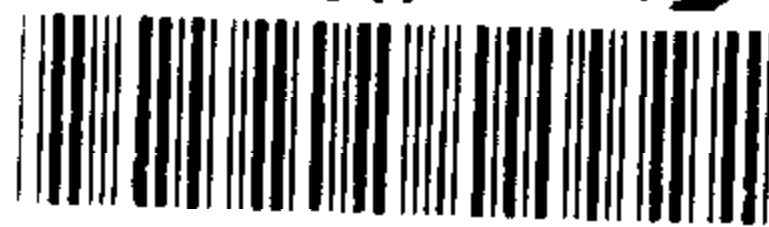


R244.11-43
139

全国盲人按摩专业统编教材

伤 科 按 摩 学

邓延满 郭晓夏 编写



0153427

中国盲文书社

1997年·北京

0153427

图书在版编目(CIP)数据

伤科按摩学:盲文/邓延满、郭晓夏编写. —北京:中国盲文书社,1997.5

全国盲人按摩专业统编教材

ISBN 7-5002-1014-0

I. 伤… I. ①邓… ②郭… III. 损伤—按摩疗法(中医)
—教材—盲文 N. R641

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 09331 号

编审委员会名单

李业甫	成为品	姜月华	滕伟民	
万 明	邓延满	王玉花	王松泉	王志林
王会霞	叶逢山	刘冠玮	乔宽奇	伏天云
李海燕	李晓萍	李烁华	李瑞英	张贵健
赵小宁	胡 南	徐贤品	席蔚青	韩纪斌
韩桂琴	董爱民			

全国盲人按摩专业统编教材

伤科按摩学

邓延满 郭晓夏 编写

出版者:中国盲文书社

发行者:中国盲文书社

地 址:北京市丰台区卢沟桥城内街 39 号

邮 编:100072

电 话:(010)63825214

787×1092mm 16 开本 9.625 印张 156 千字 插图 3 幅

1997 年 7 月第 1 版 1997 年 7 月第 1 次印刷

印数:1—3000 册

ISBN 7-5002-1014-0/R·113

定价:10.50 元

编写说明

本书是在中华盲人中心组织领导下,根据全国盲人按摩中等专业学校教学大纲《伤科按摩学》第一版教材修定编写的,供中医按摩医士专业用。

《伤科按摩学》是中医按摩学科的一个重要组成部分,是研究皮肉、筋骨、气血、经络等损伤性疾病的一门学科。全书共十一章。一至三章为总论部分,主要概述了伤科学的发展史和损伤的分类、病因、病机及其辨证、诊断;四、五、六、七章为伤筋部分。第四章为伤筋概论,主要介绍了伤筋的概念,病因病理、临床表现和诊断治疗原则,为伤筋各病奠定了框架性基础;五、六、七章这三章主要介绍了四十余种临床常见伤科疾病的诊断与按摩治疗等;第八章、第九章主要介绍了人体各关节脱位的病因、临床表现、诊断与整复方法等;第十章主要介绍临床常见的损伤后遗症和不同表现与按摩治疗方法;第十一章为功能锻炼,主要介绍了功能锻炼的主要意义及脊柱与四肢部常用的功能锻炼方法,供教学与医疗时参考。

以上章节基本上概括了《伤科按摩学》的专业范围,较完整、系统地阐述了本学科的基本理论及常见伤病的辨证施治规律与手法操作技能,反映了中西医结合在预防、治疗损伤疾患的新成果。能使学生在按摩专业知识方面系统地掌握《伤科按摩学》基本理论、基本知识和基本技能,为整理、研究中医伤科按摩打下了基础。

由于编者水平有限。加之编写时间仓促,书中难免有不妥、甚至错误之处,欢迎同道批评指正,以便进一步修订提高。

编者

一九九六年三月

再版前言

我国有 877 万盲人,他们是一个特别困难又特别渴望参与社会、奉献于社会的群体。

按摩是祖国传统医学的瑰宝,是人类最古老的治疗方法,在炎黄子孙繁衍昌盛的历史长河中,她有着不可磨灭的独特功勋。按摩以手法治病、无损伤、无副作用、简便易行、经济有效的特点,深受人们欢迎,从古至今源远流长,经久不衰。盲人具有记忆力强、触觉灵敏、注意力易于集中等独特优势,最适宜从事按摩工作。

1989 年 4 月,由中华盲人按摩中心组织编写的全国盲人按摩专业统编教材,经过各地按摩教学单位 7 年多的教学实践证明,本套教材适合盲人特点,符合盲人教学要求,在培养、培训盲人按摩教学中起到了重要作用。但是,由于本套教材属首次编写,在各学科的深度和广度方面还存在着一定的不足。为了进一步提高按摩教学质量,培养更多更好的医疗按摩人才,推动我国盲人按摩事业的发展,经中国残疾人联合会批准,我们组织有关教学人员和专家对第一版全国盲人按摩专业统编教材进行认真修改,并于 1995 年 12 月召开了第一次修改编审会议,1996 年再次召开了审定会议,确定了解剖学、按摩学基础、内、伤、妇、儿科按摩学等十八门按摩教材与大纲。

本套教材在原版基础上,对主要学科的内容进行了增减,加强了解剖学中运动系统、神经系统的深度,扩充了原版中医基础学、中医诊断学、医古文等学科的内容。既适用于盲人按摩中等教育、保健按摩师资培训,也可供其他医疗按摩人员和按摩爱好者使用。

本套教材在修改过程中得到了中国中医研究院西苑医院、南京中医药大学、安徽中医学院专家的指导,也得到了河南省盲人按摩学校、山西省盲人卫生学校、陕西省自强中专学校、安徽盲人按摩学校的领导和原作者的理解与支持。在此一并表示感谢。

教材是培养专门人才和传授知识的重要工具,教材质量的高低直接影响到人才的培养,要想提高教材的质量,必须不断地予以实践和修改。本套教材虽经作者和编审会认真修定,仍不可避免地存在不足之处,衷心希望各地按摩教学人员和广大读者在使用中进行检验,并提出宝贵意见,为进一步修订做好准备,逐步使之成为科学性更强,教学效果更好的盲人按摩专业的教学用书,以期更好地适应我国盲人按摩事业发展的需要。

全国盲人按摩专业统编教材编审委员会

1996 年 4 月

目 录

第一章 中医伤科学发展简史.....	(1)
第二章 损伤的分类与病因病机.....	(4)
第一节 分类.....	(4)
一、外伤	(4)
二、内伤	(5)
第二节 病因.....	(7)
一、外在因素	(7)
二、内在因素	(7)
第三节 病机.....	(8)
一、气血	(8)
二、筋骨	(8)
三、经络	(9)
四、脏腑	(9)
第三章 辨证诊断	(11)
第一节 问诊	(11)
一、主诉.....	(11)
二、疼痛.....	(11)
三、受伤时间.....	(11)
四、受伤时原因和体位.....	(11)
五、伤势.....	(11)
六、伤处.....	(11)
七、受伤后肢体的功能.....	(11)
八、过去史.....	(12)
九、家庭及个人生活史.....	(12)
十、医治经过及其他.....	(12)
第二节 望诊	(12)
一、望全身.....	(12)
二、望局部.....	(12)
三、望舌质与舌苔.....	(12)
四、量法.....	(12)
第三节 切诊	(14)
一、切脉.....	(14)
二、摸法.....	(14)

第四节 闻诊	(15)
一、听筋的响声	(15)
二、听创伤引起的皮下气肿的摩擦音	(16)
三、听骨擦音	(16)
四、听入臼声	(16)
五、听啼哭声	(16)
第四章 伤筋概论	(17)
第一节 病因病理	(17)
一、急性损伤	(17)
二、陈旧性损伤	(17)
三、慢性劳损	(17)
四、风寒湿侵袭	(18)
五、自身因素	(18)
第二节 临床表现	(18)
一、急性损伤	(18)
二、陈旧性损伤	(18)
三、慢性劳损	(18)
四、损伤综合征	(18)
第三节 诊断与治疗原则	(19)
一、按摩疗法	(19)
二、配穴	(19)
三、其它疗法	(19)
第五章 上部伤筋	(21)
第一节 肩部病症	(21)
一、肱二头肌损伤	(21)
二、冈上肌损伤	(23)
三、肩关节周围炎	(24)
四、小儿牵拉肩	(26)
第二节 肘部病症	(27)
一、肱骨外上髁炎	(27)
二、肱骨内上髁炎	(28)
三、尺骨鹰嘴滑囊炎	(29)
第三节 腕、手部病症	(30)
一、腕关节扭伤	(30)
二、桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎	(31)
三、腕部腱鞘囊肿	(32)
四、桡尺远端关节分离伴韧带损伤	(33)
五、腕管综合征	(34)

六、指关节挫伤·····	(35)
第六章 脊柱部伤痛 ·····	(37)
第一节 颈背部病症 ·····	(37)
一、颈椎病·····	(37)
二、寰枢关节半脱位·····	(42)
三、落枕·····	(44)
四、前斜角肌损伤综合症·····	(45)
第二节 胸部病症 ·····	(46)
一、胸椎小关节紊乱症·····	(46)
二、胸壁筋肉挫伤·····	(48)
第三节 腰部病症 ·····	(48)
概述 ·····	(48)
一、棘上韧带损伤·····	(53)
二、腰椎后关节紊乱症·····	(54)
三、急性腰扭伤·····	(56)
四、慢性腰部劳损·····	(58)
五、退行性脊柱炎·····	(60)
六、第三腰椎横突综合征·····	(61)
七、腰椎间盘突出症·····	(63)
八、椎弓峡部不连伴脊椎滑脱症·····	(70)
九、腰椎管狭窄症·····	(73)
【附】腰骶椎变异与腰痛 ·····	(75)
第七章 下肢部伤筋 ·····	(77)
第一节 臀部病症 ·····	(77)
一、梨状肌损伤综合征·····	(77)
二、臀上皮神经区损伤综合征·····	(79)
三、臀大肌劳损·····	(81)
四、阔筋膜张肌损伤·····	(81)
第二节 股部病症 ·····	(82)
一、大腿内收肌损伤·····	(82)
二、股四头肌损伤·····	(83)
三、腘绳肌损伤·····	(84)
第三节 膝部病症 ·····	(85)
一、膝关节半月板损伤·····	(85)
二、膝关节侧副韧带损伤·····	(88)
三、膝部脂肪垫损伤·····	(89)
第四节 踝部病症 ·····	(91)
一、踝关节扭伤·····	(91)

二、踝管综合征·····	(92)
三、跟腱扭伤·····	(93)
四、跖腱膜劳损·····	(94)
五、腓骨长短肌腱滑脱·····	(95)
【附】外伤性滑囊血肿·····	(96)
【附】滑囊血肿洗敷方剂·····	(98)
第八章 关节脱位概论 ·····	(100)
第一节 人体关节概况·····	(100)
一、关节的定义·····	(100)
二、关节的种类·····	(100)
三、关节基本构造·····	(100)
四、关节的运动·····	(100)
五、关节的稳定与灵活·····	(102)
六、四肢骨骺愈合(年龄)时间·····	(103)
第二节 关节脱位概述·····	(104)
一、病因病理·····	(104)
二、分类·····	(105)
三、临床表现·····	(105)
四、治疗原则·····	(107)
第九章 关节脱位各论 ·····	(108)
第一节 颞颌关节脱位·····	(108)
【附】颞颌关节弹痛症·····	(109)
第二节 上肢关节脱位·····	(110)
一、肩关节脱位·····	(110)
二、肘关节脱位·····	(112)
三、小儿桡骨小头半脱位·····	(114)
四、腕月骨脱位·····	(114)
五、掌指关节脱位·····	(115)
六、指间关节脱位·····	(116)
第三节 髋髌关节半脱位·····	(117)
【附】耻骨联合分离·····	(119)
第四节 下肢关节脱位·····	(120)
一、髌关节脱位·····	(120)
二、小儿髌关节半脱位·····	(122)
三、膝关节脱位·····	(123)
四、跖趾关节脱位·····	(124)
第十章 损伤后遗症 ·····	(125)
第一节 四肢关节僵直症·····	(125)

第二节	外伤性截瘫.....	(131)
第三节	周围神经损伤.....	(135)
第十一章	功能锻炼.....	(138)
第一节	概述.....	(138)
第二节	常用功能锻炼方法.....	(140)

第一章 中医伤科学发展简史

中医伤科学是祖国医学的重要组成部分。是研究防治皮肉、筋骨、气血、经络、脏腑损伤疾患的一门科学。历史上称为疡医、金镞、正体、正骨科等。在祖国医学中,中医伤科学历史悠久,积累了丰富的较完整的理论和经验,并逐渐形成了一门独立的科学。

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、生产实践密切相关。距今 100 多万年前,我们的祖先为了生存,便依靠集体的智慧和力量,用原始的劳动工具,有限的劳动经验,简单的劳动互助,来对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,同时也相应地逐步积累了原始的医药知识。原始社会的早期,人们大都住在洞内或窝棚里,以避风雨寒暑,防备猛兽蛇虫,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。原始人就在损伤疼痛、肿胀处抚摸、按压,以减轻病苦。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、树叶草茎进行涂裹,这便是外伤治法的起源。

公元前 11 世纪有周代,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”的治疗。这里说的“金疡”,即“金创”,指由金属器刃损伤肢体;“折疡”概括了击、堕、跌、扑所致的骨断筋伤等疾病。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有记载这方面的内容。如《内经》中就有对跌打损伤的症状、诊断和治疗的论述。《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“金创”的王不留行散及治马堕及一些筋骨损伤方。可见当时伤科学已取得了一定发展。《内经》是我国医学文献中现存最早的一部典籍,它比较系统地、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·经水篇》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·经筋篇》论述了附属十二经脉的筋肉系统。由于解剖学、生理学的发展,也就促使了伤科学的发展。《素问·缪刺论篇》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·刺节真邪篇》记载“骨蚀”的病名病因及其病机,均类似现代医学的无菌性骨坏死。《素问·痿论》还分别论述了痿躄、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。温热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。”说明痿症引起肢体一部分筋肉瘫痪松弛,另一部分筋肉痉挛,缩短,继而可引起关节畸形。在治疗上,已广泛采用针灸“熨贴按摩和药物”等法。此外,《吕氏春秋·尽数》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……处头则为痿为蹇。”主张采用运动锻炼的方法治疗足部“痿蹇”(肢体筋脉弛缓,痿软无力,行走不便的疾病),为后世伤科动静结合的功能疗法奠定了理论基础。

两汉三国时(公元前 206~公元 280 年),是祖国医学的隆盛时代。历史上著名的外伤科医学家华佗,既能用方药,更擅长外科手术,并创立了“五禽戏”,与现代医学中的医疗体育相似。东汉末年,张仲景所著《伤寒杂病论》是我国第一部临床医学医著。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,胸外心脏按摩等复苏术。

隋代(公元 581~618 年),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:筋伤后可引起循环障碍(营卫不通),创虽愈合,但仍可遗留神经麻痹和运动障碍的病状,并提出伤口必须在受伤后立即缝合的正确观点。

唐代(公元 681~907 年),孙思邈著《千金方》中记载了颞颌关节脱位的复位方法。一人以手提牵其颌以渐推之,则复入矣,推当疾出指,恐误啮伤人指也”;并指出整复后可采用蜡疗和热敷,以助关节功能的恢复。这是世界上最早的治疗颞颌关节脱位的复位方法,直到现代仍被沿用。王焘著《外台秘要》主要用毡做湿热敷,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。它阐述了骨折治疗的正确原则为正确复位,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,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。

元代(公元 1279~1368 年),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。”麻醉药量按病人年龄、体质及出血情况而定,再按照病人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,其骨便自归窠,……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。”该书还把髌关节脱位分为前后两型,指出:“此处身上骨是臼,腿根是杵,或出前,或出后,须用一人把住患人身,一人拽脚,用手尽力搦归窠。或是挫开。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。”

明代(公元 1368~1644 年),太医院十三科,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辨证关系。

清代(公元 1644~1911),伤科又有了新的发展。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,是一本较完整的正骨书籍。近代学者多崇此书。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,并运用手法治疗腰脚痛等伤筋疾患,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“一旦临症,机触于处,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》、赵竹泉所著《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骨伤科学的重要文献。

伤科学在我国有着数千年的历史,我国劳动人民在长期与伤病作斗争的过程中,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,中国沦为半封建半殖民地的国家。随着帝国主义的文化侵略,西方医学传入我国,使中医骨伤科学受到了极大的摧残。在此期间,骨伤科学著作甚少,极其丰富的伤科经验存在于老一辈的中医师的民间中,缺乏整理和提高,甚至几乎濒于失传的边缘。

新中国成立后,在中国共产党的领导下,正确地贯彻了党的中医政策,祖国医学犹如枯木逢春,欣欣向荣。30多年来,我国骨伤科医务工作者,尤其按摩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、自治区先后办起了按摩训练班及学校,培养按摩专业人员。全国和一些省市相继成立了骨伤科研究机构,对伤科医学发掘、继承、提高起了积极作用。按摩医学在伤科领域中的广泛应用已取得了新的成就和发展。近年来我国伤科学的新进展越来越受到世界医学界的重视,对世界医学科学作出了一定的贡献。今后,我们一定要用现代科学知识和方法去整理、研究、总结极其丰富的伤科医学,继承祖国医学遗产,使我国医学科学技术适应新的形势需要,赶超世界先进水平,更好地为实现社会主义的四个现代化服务,为人类健康事业做出贡献。

第二章 损伤的分类与病因病机

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,而使之受伤的总称,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。损伤的含义十分广泛。根据历代文献的记载,祖国医学对于损伤疾病早有认识,并且有了合理的分类方法。如唐代《外台秘要》称“此病(损伤)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,将损伤分为内伤与外伤两大类。

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与挫伤两种。

1. 创伤 指暴力使皮肤破损而有创口流血,深部组织与体外环境发生直接接触者,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。今既破其肉,是犹壁之有穴,墙之有窦,揖盗而招之入也。”因此,破皮的外伤(创伤)容易感染,所以又称开放性损伤。

2. 挫伤 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与深部血肿,但若暴力过大时,力的作用可由外及内,同时发生内部较重的损伤,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。

(二)伤筋

祖国医学对伤筋范畴的认识是较为广泛的,凡由于外力作用而使肌肉、筋膜、肌腱、韧带以及软骨、周围神经等受损,均属于伤筋范畴。根据其损伤程度,大致可归纳为筋不断裂伤和断裂伤两类。

伤筋是否断裂,主要通过临床表现进行判定。一般来说,筋伤未断者,早期出现筋扭、筋

粗、筋翻等；后期出现筋强、筋缩、筋萎、筋结等。其它如肌腱、腱鞘、滑囊、滑膜等非化脓性炎症，亦属伤筋范畴。

筋伤断裂者，一般指韧带、肌腱的断裂和软骨的破损等。根据其损伤程度，将其概括为以下三种类型。

1. 轻度断裂伤 肌腱或韧带的一部分纤维撕裂，但无长度和弹性的改变。局部轻度渗出，肿胀或出血，疼痛较轻，多不影响功能活动，经休息和按摩治疗多能很快痊愈。

2. 中度断裂伤 肌腱的纤维撕裂严重，或部分断裂，并会有周围其它组织损伤。其长度略增加，弹性不同程度降低，局部因出血等所致，肿胀和疼痛均明显，皮下有瘀斑青紫，影响正常的功能活动。本类损伤在 48 小时之内禁止在局部按摩，可先冷敷止血。出血严重须用针头抽出瘀血，卧床休息待断裂处初愈合后进行按摩治疗。

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，可借助于 X 光线片明确诊断，治疗以手术修补为主。

(三) 伤骨

由于暴力而使骨骼损者为伤骨。根据损伤程度，分为轻伤与重伤两种。

1. 轻伤 指骨骼受到轻微的损伤，没有断碎，又没有脱位仅骨膜受到损伤，其它部分还是完整的。

2. 重伤 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。指由于外力作用或其它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 指骨损伤后断裂成多块骨片者，临床上称为粉碎性骨折。

骨断 指骨损伤后断成两段或三段者，此型最多见。根据骨折断的形状，又有楔形骨折，斜形骨折，或螺旋形骨折之分。

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。祖国医学认为，上下骨的结合处有臼有杵，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

内伤是指人体气血、脏腑、经络损伤。古代医学文献称之为“内损”，为无形之伤，临床上按其损伤的病理不同，可分为伤气、伤血、伤脏腑三个类型。

(一) 伤气 有气闭、气滞、气虚、气脱之分。气闭者多因骤然损伤而使气闭塞不通，以致不

省人事。气滞则多因损伤而致气机不利,可有胸胁窜痛,呼吸牵掣作痛,心烦、气急、咳嗽等症状。气虚是全身或某一脏腑、器官、组织出现功能不足和衰退现象,多见于慢性损伤或严重损伤的恢复期,或体质虚弱的老年患者;常表现为疲倦乏力,呼吸气短,声音低微,自汗,脉细软弱无力等。气脱是气虚最严重的表现,常发生于开放性损伤失血过多的患者,证见伤后突然昏迷,或醒后又昏迷等。《素问·阴阳应象大论》曰:“气伤痛,形伤肿。”此为区别伤血、伤气的主要依据。单纯的伤气,以疼痛走窜及胀满为特征。但是,内伤在临证上较多出现的是气血两伤,因为气与血在人体内有着不可分割的关系。古人把气血的关系生动地比喻为“气为血帅”,故血随气而运行;“血为气母”,故气得之而宁静。又指出损伤后气结则为血凝,气虚为血脱,气迫则血走。在某种情况下,可以是气先伤而后及于血;在另一种情况下,则是血先伤而后及于气,故临证较多见的是气血两伤。

(二)伤血

按古代医学文献记载,对损伤诸证都比较重视“伤血”的讨论。所以有“损伤一证,专从血论”之说。伤血又可分为瘀血与亡血两种类型。

1. 瘀血 是伤后血逆妄行,血离经脉之外,滞留体内,而成为瘀血停滞。单纯的血瘀多见于损伤局部出血所致,如急性损伤,慢性劳损或陈伤。它以痛有定处、肿胀瘀斑为特征。

2. 亡血 是伤后皮未破,而体内血逆妄行,伤血自诸窍溢出于体外,则称之为亡血,或称为失血。

(三)伤脏腑

伤脏腑又称为伤内脏,凡因跌打、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,但尚需根据各部位具体伤情正确判断。

还可以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 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,应予重视,及时检查处理。

2. 慢性损伤(劳损) 是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。此外,还可以根据受伤时间长短,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。

还可以根据损伤的严重程度,分为轻伤与重伤两种。一般地说,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”,因此无论是伤血或伤脏腑,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,这是祖国医学中医伤科的特点之一。

第二节 病 因

伤病即人体在一定条件下,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应出来。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,才有可能构成伤病。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反应的各种特殊性。

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:

一、外在因素

是指从外界作用于人体的伤病因素。如外力作用与邪毒感染。

1. 外力作用 由于跌扑、坠堕、撞击、闪挫、扭伤、压扎、负重、刀刃、劳损等所引起的伤病,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、肌肉收缩和持续劳损等四种。直接暴力所致的损伤发生在外力接触的部位,如挫伤、创伤等;间接暴力所致的损伤发生在远离外力接触的部位,如传达暴力、扭伤暴力引起的骨折脱位等;肌肉紧张收缩亦可造成损伤,如跌扑时股四头肌强烈收缩可引起髌骨骨折;此外,持续劳损作用还可引起腰椎狭部、跖骨等疲劳骨折或慢性筋肉劳损等。

2. 外感六淫与邪毒感染 外感六淫诸邪或邪毒感染,均可导致筋肉、关节发生疾患。由于创伤,细菌感染、损伤积瘀、经脉受阻,亦可化热成毒,形成化脓性疾病。各种损伤可因风寒湿邪乘虚侵袭,气机不得宣通而出现反复发作性疼痛,或出现筋肉挛缩、松弛无力,致关节活动不利,肢体功能障碍等。

二、内在因素

是指从内部影响于人体的伤病因素。内在因素与伤科疾病的发生有密切关系。年龄、体征、局部解剖结构、病理因素等的不同,可影响到疾病有不同特点。如骨关节疾患可因轻微外力而引起病理性骨折、脱位,内分泌代谢障碍可使骨折愈合迟缓,某些骨肿瘤可能与遗传因素有关等。

伤科疾病的发生,外在因素是主要的,不同的外在因素,可以引起不同的伤病。在不同情况下,伤病的特点、种类、性质与程度也有所不同。例如,外力的大小、方式、时间、速度、物体的体积、重量、形状、硬度等,均可造成不同程度的损伤;如跌倒时臀部着地,外力作用虽同,但老年人易引起股骨颈骨折,青少年则较少发生;传导外力作用于某一骨骼时,通常是在骨骼的疏松组织与致密组织交界处或在活动部位与固定部位的交界处发生骨折。因此,必须正确理解内因与外因这一辨证关系,才能认识伤病的发生和发展规律,更好地掌握辨证施治和有效地预防损伤性疾病的发生。