

内 容 提 要

全书分总论、各论及附录。总论部分概述了骨伤科古典医籍选读、诊法应用、常用治法,并附有手法图示,内容深入浅出。各论部分介绍了骨折、关节脱位及软组织损伤等疾病的发病机理、诊断要点,并提出了规范化的治疗措施,突出了基本理论和基本知识,强调了基本技能的操作,把理论与临床实践有机地结合为一体,实用性强。附录部分还介绍了骨伤科常用方剂 50 首。

本书可作为中医住院医师继续教育教材,也可供中西医各级临床医师参考。

中医骨伤科学

周福贻 主编

*

东南大学出版社出版发行

(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

江苏省新华书店经销 金坛市教学印刷厂印刷

*

开本 850×1168 毫米 1/32 印张 4.75 字数 121.8 千

1998 年 8 月第 1 版 1998 年 8 月第 1 次印刷

印数: 1—4000 册

ISBN 7—81050—343—X/R·31

定价: 9.00 元

(凡因印装质量问题,可直接向承印厂调换)

目 录

第一章 总 论

第一节 古籍选读	(1)
第二节 诊法应用	(8)
第三节 常用治法	(18)

第二章 各 论

第一节 骨折	(29)
一、上肢骨折	(33)
锁骨骨折	(33)
肱骨外科颈骨折	(36)
肱骨干骨折	(38)
肱骨髁上骨折	(40)
桡骨下端骨折	(42)
二、下肢骨折	(44)
股骨颈骨折	(45)
股骨粗隆间骨折	(47)
股骨干骨折	(49)
腓骨骨折	(52)
胫腓骨骨折	(54)
踝部骨折	(56)
三、躯干骨折	(58)
肋骨骨折	(58)
脊柱骨折和脱位	(62)

骨盆骨折	(67)
第二节 关节脱位	(71)
一、颞颌关节脱位	(72)
二、肩关节脱位	(74)
三、肘关节脱位	(76)
[附]小儿桡骨头半脱位	(78)
四、髋关节脱位	(78)
第三节 伤筋	(81)
一、颈部伤筋	(82)
颈椎病	(82)
二、肩部伤筋	(86)
肩关节周围炎	(86)
肌腱炎	(88)
三、肘部伤筋	(89)
肱骨外上髁炎	(90)
四、腕部伤筋	(91)
桡侧伸腕肌腱周围炎	(91)
腕三角软骨损伤	(92)
腱鞘囊肿	(93)
桡骨茎突腱鞘炎	(94)
腕管综合征	(96)
五、手指伤筋	(98)
屈指肌腱腱鞘炎	(98)
六、髋部伤筋	(99)
股骨头骨骺炎	(99)
七、膝部伤筋	(101)
膝关节侧副韧带损伤	(101)
半月板损伤	(103)
膝关节交叉韧带损伤	(105)

膝关节创伤性滑膜炎	(106)
胫骨结节骨骺炎	(108)
髌骨劳损	(109)
八、足踝部伤筋	(110)
跟腱损伤	(111)
跟部滑囊炎	(112)
跟痛症	(113)
跖管综合征	(114)
拇外翻	(115)
九、腰部伤筋	(117)
腰部扭挫伤	(117)
腰肌劳损	(119)
腰椎间盘突出症	(120)
梨状肌综合征	(127)
腰椎管狭窄症	(128)
附录 骨伤科常用方剂	(130)

第一章 总 论

第一节 古籍选读

一、损伤内证

【原文】人有所堕坠，恶血留内……此上伤厥阴之脉，下伤少阴之络。（《素问·缪刺论》）

【原文】肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。（《正体类要序》）

【原文】凡从高处坠下，伤损肿痛，轻者在外，涂敷可已；重者在内，当导瘀血、养肌肉。宜察浅深以治之……血行脉中，贯于肉理，环周一身。因其肌体外固，经隧内通，乃能流注不失常。若因伤折，内动经络，血行之道不得宣通，瘀积则为肿为痛。治宜除去恶瘀，使气流通，则可以复完也。（《普济方·折伤门》）

【原文】跌扑闪挫，卒然身受，由外及内，气血俱伤病也。（《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》）

【原文】外治之理，即内治之理，外治之药，即内治之药，所异者法耳。（《理论骈文·略言》）

【提示】从祖国医学整体观念认识，肢体一旦受损，则气血俱伤，经络传递，由表及里。上述论点阐明了局部与整体的辨证关

系,治疗时必须以气血为纲,内治与外治并举,互相兼顾。

二、手法学说

【原文】一人以指牵其颐^①,以渐推之则复入。推当疾^②出指,恐误啮伤人指也。(《肘后救卒方·治失欠颌车蹉开张不合方》)

【注释】

①颐:面颊、腮,本文是指下颌部。

②疾:迅速的意思。

【提示】本段原文记述了颞颌关节口内复位法。手法作为骨伤科疾病外治方法早在秦汉以前已广泛使用,晋代葛洪著《肘后救卒方》最早记载了颞颌关节脱位的口内复位法,至今已有 1500 多年历史,目前中西医临床上仍广泛沿用。

【原文】凡认损处,只须揣摸骨头平正不平正,便可见……凡左右损伤,只相度骨缝,仔细拈捺付度,便见大概。(《仙授理伤续断秘方》)

【提示】唐代蔺道人著《仙授理伤续断秘方》在总结前人经验的基础上,概括了“相度”、“揣摸”、“拔伸”、“捺正”、“搏平”等手法,为后世骨伤科手法的发展奠定了基础。

【原文】凡挫脊骨不可用手整顿,须用软绳从脚吊起,坠下身直,其骨便自归窠,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,安在桑皮下,用软物缠夹定,莫令屈,用药治之。(《世医得效方·正骨兼金镞科》)

【提示】根据临床分析,胸腰段脊柱骨折,以屈曲型为多见。元代危亦林著《世医得效方》创造性地采用了悬吊复位法治疗脊柱骨折,后世称危亦林是世界上最早提出过伸复位法治疗脊柱骨折的第一人。

【原文】须用一人拽去,自用手摸其骨节,……或骨突向外,须用力拽归内,则归窠……。(《世医得效方·正骨兼金镞科》)

【提示】该书在论述踝关节骨折脱位复位手法时,危氏还最早

提出了踝关节骨折脱位分为内翻、外翻两型,并且认识到内翻型骨折必须外翻复位,外翻型骨折必须内翻复位,提出了逆损伤机制纠正骨折移位的理论。¹

【原文】手法者,诚正骨之首务哉。(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

【提示】本节原文,叙述了手法治疗在骨伤科疾病中的重要地位。

【原文】摸者,用手细细摸其所伤之处,或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬……筋歪、筋正、筋断、筋走。(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

【原文】以手摸之,自悉其情。(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

【原文】必素知其体相,识其部位,而后才能,一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出……盖正骨者,须心明手巧,既知其病情,复善用夫手法,然后治自多效。(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

【提示】《医宗金鉴·正骨心法要旨》在继承前人经验的基础上,把正骨、理筋手法归纳为“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”八法,后世称为“正骨八法”。该书在手法总论中强调指出,骨折、脱位复位时,必须在了解局部解剖基础上施行手法,并告诫医生,要精心审察病情,手法要熟练灵巧,才能得心应手。

【原文】跌扑损伤,虽用手法调治,恐未尽得其宜,以致有治如未治之苦,则未可云医理之周详也。爰^①因身体上下正侧之象,制器以正之,因辅手法之所不逮,以冀分者复合,欹^②者复正,高者就其平,陷者升其位,则危症可转于安,重伤可就于轻,再施以药饵之功,更示以调养之善,则正骨之道全矣。(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

【注释】

①爰:于是

②欹:歪斜

【提示】骨折、脱位在手法复位后,为保持其良好的对位,固定是一个重要的环节,如果没有有效的固定,复位是徒劳的。本节原文阐明了骨折在治疗过程中,整复和固定两者是同样重要、相辅相成的。

三、练功学说

【原文】流水不腐^①户枢不蠹^②,动也;形气亦然,形不动则精不流,精不流则气郁。(《吕氏春秋·季春纪》)

【注释】

①腐:腐败变质。

②蠹:虫蚀。

【提示】本段文字引用了河水畅流不息,才能清澈不腐,门枢经常开关,才能防止虫蚀的道理,再联系到骨折、脱臼、软组织损伤后期,必须进行功能锻炼,才能加速肢体功能的恢复,为后世“动静结合”的理论奠定了基础。

【原文】导引,谓摇筋骨,动肢节,以行气血也……病在肢节,故用此法。(《类经》)

【提示】练功,又称功能锻炼,古称导引。它是通过全身和局部的运动,来达到预防和治疗某些疾病的目的。骨折、脱臼、软组织损伤后期,运动锻炼是一种不可缺少的治疗方法,它既能舒利关节,又能运行气血,达到早日康复的目的。

【原文】人体欲得劳动,但不得使其极尔,动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢不朽是也。是以古之仙者,为导引之事、熊经鸱顾^①,引挽腰体,动诸关节,以求难老。(《华佗传》)

【注释】

①熊经鸱顾:形容熊和鸟运动时的姿态。

【提示】华佗根据导引的原理,创立了五禽之戏,成为独特的练功方法,并为功能锻炼提供了理论基础。张隐庵在注解中认为“气血不能疏通者,宜按摩导引。”说明在秦汉以前,练功疗法已广泛地应用到临床上治疗内外等科各种疾病。

【原文】凡曲转，如手腕脚凹手指之类，要转动，要药贴，将绢片包之，后时时运动，盖曲则得伸，得伸则不得屈，或屈或伸，时时为之方可。《仙授理伤·续断秘方》）

【提示】蔺道人在总结前人经验的基础上，对骨折的治疗提出了复位、固定、练功、药物四个方面，尤其把功能锻炼作为骨折后期的重要治疗原则。

从马王堆汉墓出土的《帛画导引图》中，已有描绘动作形象的导引练功疗法治疗骨伤科疾病的文字记载。张杲在《医说》中介绍用脚踏转轴和搓滚竹管的锻炼方法，可以防止下肢肌萎缩和促进膝、踝关节功能的早期恢复。元、明、清代的医学著作中，如《杂病源流犀烛》、《古今图书集成·脏腑身形及诸疾门》都有功能锻炼的记载。

四、创伤学说

【原文】疡医下士八人，掌肿疡、溃瘍、金瘍、折瘍之祝药、副杀之齐……。《周礼·卷九》）

【提示】周代将医生分为食医、疾医、疡医、兽医四类。疡医，是泛指外科医生，在外科专业中，有专治肿瘍、溃瘍病的医生，也有专治金瘍、折瘍的医生。本文中金瘍、折瘍，是指今代的创伤、骨折等疾病。

从历史文物考证，公元前16世纪开始，由于小手工业的发展，生产技术由石器工具逐步过渡到金属工具，在生产过程中，创伤也明显增多，从“醫”字左上角的“医”的剖析，象征了医生在为矢鏃受伤者取出箭头放进工具箱的意思。由于外伤患者增多，需要专科医生治疗，所以在周代的医事制度分科中，已经有了治疗骨伤科疾病的专科医生。

【原文】命理膳伤、察创、视折、审断。《礼记·月令孟秋》）

【提示】告诫医生在治病时要详细检查损伤的情况，是创伤，还是骨折、脱臼。蔡邕在注释中说“皮曰伤、肉曰创、骨曰折、骨肉皆绝曰断。”他对损伤疾病作了较明确的分类。

【原文】瘖者，伤，风入伤，身信（伸）而不能拙（屈）。”（《五十二病方》）

【提示】本文最早指出了破伤风是创伤后的并发症，并对破伤风的症状作了描述。

【原文】缝亦有法，当次阴阳，上下逆顺，急缓相望，阳者附阴，阴者附阳，腠理皮脉，复令复常……以生丝缕系绝其血脉。（《诸病源候论·金疮成痈肿候》）

【提示】《诸病源候论》对开放性损伤、骨折、脱臼，以及由此而引起的并发症作了精辟的论述。巢氏认为，开放性筋断裂伤，必须立即进行清创缝合，对开放性骨折，也主张在清创基础上缝合断骨，令其固定，这是有关骨折施行内固定的最早记载。巢氏还强调了清创缝合一定要严格按照技术要求和操作规程，提出用生丝结扎血管。对开放性骨折的处理，指出要清除异物及碎骨后敷药，否则创口不易愈合。

在隋代以后的论著中，均有创伤的有关记载，如《仙授理伤·续断秘方》对开放性骨折的治疗更进了一步，提出用煮沸的水清洗污染的创口和骨片，用快刀进行扩创，先将断骨对位，然后用“绢片包之”、“不可见风着水”，为预防破伤风和创口感染作出了贡献。宋代张杲在《医说》中记载了切开复位治疗多段骨折。《小儿卫生总微论方》记载了小儿先天性并指的截指术。明·王肯堂著《疡医准绳》归纳和整理了大量治疗创伤的方药。清·钱秀昌著《伤科补要》序中有杨木接骨的记载。上述这些都为后代创伤治疗奠定了基础。

五、解剖学说

【原文】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·经水》）

【提示】解剖这个名词，最早起源于《内经》，说明 2000 年以前，我们的祖先已经开展了尸体解剖。《灵枢·骨度》还制定了骨的测量标准。通过体表的测量，以了解人体各部骨骼的长短、大小、广

狭等。虽然解剖这个名词现在已成为现代医学的一门学科,但从文中记载,说明了祖国医学对世界医学的贡献。

【原文】著书不明脏腑,岂不是痴人说梦?治病不明脏腑,何异于盲子夜行? (《医林改错·脏腑记叙》)

【提示】王清任著《医林改错》对中医解剖作出了重要贡献,他告诫医生必须了解人体解剖。他还指出,著书、治病不明脏腑,等于瞎子走路。他到处奔波,勤奋工作,终于在滦州福地镇义冢址,从野兽食存残留的尸体上作了实地观察,收集了大量有价值的解剖资料,补充和改正了清代以前有关脏腑解剖的错误记载,纠正了古代“脾闻声则动”、“肺中有 24 孔”、“尿从粪中渗出”等谬误。

值得提出的是,宋代宋慈著《洗冤集录》,书中记载了许多解剖和检验外伤的方法,是我国现存最早的第一部很有价值的法医专著。

【附】 古今骨骼解剖名称对照表

古代名称	现代解剖名称	古代名称	现代解剖名称
凌云骨	额骨	趾骨	趾骨
地阁骨	下颌骨	玉堂骨	上颌骨
颈椎骨	颈椎	锁子骨	锁骨
琵琶骨	肩胛骨	龟子骨	胸骨
背骨	胸椎	腰骨	腰椎
肱骨	肱骨	臂骨	尺骨
缠骨	桡骨	胯骨	髌骨
下横骨	耻骨联合	八骨	骶骨
尾闾骨	尾椎	腕骨	腕骨
壅骨	掌骨	锤骨	指骨
股骨	股骨	膝盖骨	髌骨
劳堂骨	腓骨	胫骨	胫骨
跗骨	跗骨	跖骨	跖骨

六、麻醉学说

【原文】跌扑损伤，骨肉疼痛，整顿不得，先用麻药服，待其不识痛处，方可下手……草乌散治损伤骨节不归窠者，用此麻之，然后用手整顿……已倒便住药，切不可过多。（《世医得效方·正骨兼金镞科》）

【提示】据《三国志·魏书方技传》一书的记载，汉代著名外科医家华佗，使用麻沸汤麻醉下进行死骨剔除和剖腹术。历史上曾有华佗为蜀将关公“刮骨疗创”的传记，说明在秦汉时代，民间医生已经开始运用麻醉药物内服或外敷，以减轻手术时的疼痛。晋代葛洪著《肘后救卒方》中运用羊踯躅、草乌等作为麻醉药物。唐代蔺道人著《仙授理伤·续断秘方》中记载，在整复骨折时先用“常用整骨药”，让患者“睡着”，“如未觉再添二分药，酒下”。

本节原文记述了危亦林在继承和整理元代以前医家治伤的经验基础上，在《世医得效方》中，对麻醉药的运用作了进一步的阐述，他认为麻醉药用量必须按病人年龄、体质情况而定，再按照患者麻醉程度逐渐增加或减少。明清时代的外伤科论著中均有运用麻醉方药的散在记载。

第二节 诊法应用

伤科辨证，是通过望、问、闻、切四诊，结合 X 线、实验室检查、病理学和其它检查，收集大量临床资料，进行综合分析，最后作出诊断。在辨证时，既要求有整体观念，进行全面检查，又要结合骨伤科的特点，进行细致的局部检查。现将望、问、闻、切四诊特点分述如下：

一、望诊

望诊是四诊之首。所谓望诊,是医生通过目测来观察和了解病人的全身和局部情况,然后进行辨证分析。《伤科补要·跌打损伤内治证》指出:“凡视重伤,先解开衣服,遍观伤之轻重。”告诫医生,凡诊视重伤患者,必须充分暴露肢体,作细致的检查。在伤科望诊检查中,望全身、望局部、望舌苔以及肢体测量四个方面,应放在同等重要的地位。

(一)望全身

1. 望神色 神色的含义很广泛,对轻患者来说,是指患者的精神状态;对危重患者来说,是指患者的生命指征。观察患者神态、色泽的变化,可直接了解病情的轻重和凶吉。《素问·移精变气论》有“得神者昌,失神者亡”的记载。再结合临床,如受伤后,患者精神状态、神色无明显改变者,伤情较轻;若面容憔悴,神气萎顿,色泽晦暗者,是正气衰、伤情重的表现。损伤失血较多时,可出现面色苍白,甚至土色或紫绀。若伤后神志昏迷、谵语、频繁哈欠、汗出如油、呼吸微弱、瞳孔大小不等或散大,是危急的证候。

2. 望形态 肢体受伤后,出现形态的改变,多为骨折、关节脱位和严重软组织损伤后的表现。如下肢骨折时,多数患者丧失站立和行走能力;锁骨骨折、肩关节脱位时,可出现患者多用健手扶托患臂的保护姿态;急性腰扭伤时,可出现佝偻姿态,并用两手支撑腰的姿态等。通过观察患者肢体形态的改变,有助于损伤疾病的诊断。

(二)望局部

1. 望肿胀 肢体损伤后,由于络脉损伤,血瘀气滞,瘀积不散,留于肌表,故肌体出现肿胀、瘀斑。一般情况下,损伤的程度决定了肿胀的轻重,但是损伤早期过早热敷,导致血管扩张,可使肿胀加重。

2. 望畸形 伤后肢体出现畸形,是为骨折、脱位的诊断提供依

据,如肩关节脱位,出现方肩畸形;肘关节脱位和肱骨髁上伸直型骨折,可出现靴状肘畸形;桡骨下端伸直型骨折,可出现餐叉状或枪刺状畸形;股骨颈或股骨粗隆间骨折,则出现患肢缩短、外旋畸形;腰椎间盘突出症,出现脊柱侧弯和后凸畸形等。临床医生可根据肢体畸形情况作出诊断。

3.望创口 开放性损伤,首先要注意创口的大小、深浅、创口污染程度,做好详细记录。如创口已感染,应注意脓液是否通畅;如出现草绿色脓液,应考虑为绿脓杆菌感染;如创口异臭,应考虑厌氧杆菌感染,而致气性坏疽;如创口还在出血,要记录出血量,判断是毛细血管、静脉还是动脉出血。

(三)望舌苔

观察舌质和舌苔的变化,虽然不能直接判断损伤的部位及性质,但通过观察,可以了解病位的深浅以及机体变化的情况。如损伤早期,由于气血凝滞,积瘀化热,故舌质红,苔黄腻,这是瘀血化热的表现;如肋骨骨折、脊柱骨折合并内伤证候者,早期舌边出现瘀斑等。

(四)肢体测量法

早在《灵枢·经水》中就有“度量”的记载,《仙授理伤·续断秘方》亦提出要“相度患处”。肢体的测量是骨折、脱臼、软组织损伤的检查方法,通过测量,可以了解损伤肢体是否有缩短、成角、肿胀、肌萎缩以及关节运动情况。肢体测量的方法可分为肢体长度的测量、肢体周径的测量、关节运动的测量三个方面。

1.肢体长度的测量 测量时首先要确定起止点的骨性标志,并与健侧对比。伤肢显著增长者,常为脱位的标志,多见于肩、髋关节向前或向下脱位,亦可见于骨折过量牵引后断端分离;如伤肢短于健侧,多数为骨折重叠移位或髋、肘关节向后上方脱位等。

(1)上肢长度 从肩峰至桡骨茎突或中指末。

(2)上臂长度 肩峰至肱骨外上髁。

(3)前臂长度 肱骨外上髁至桡骨茎突。

(4)下肢长度 从髌前上棘至内踝下缘,或脐至内踝下缘。

(5)大腿长度 髌前上棘到膝关节内缘。

(6)小腿长度 膝关节内缘至内踝(图 1-1)。

2. 肢体周径的测量
主要了解损伤肢体肿胀或肌萎缩的情况。测量肿胀时,以最肿处;测量肌萎缩时,取肌腹部。如测量大腿周径时常在髌骨上 10 ~ 15cm 处;测量小腿周径时,常在小腿最粗处(腓肠肌)。测量时必须与健侧对比。

3. 关节运动范围的测量
测量时用量角器测量

关节活动范围,并以角度计算,记录其屈伸旋转的度数,并与健侧对比,如小于健侧,多属关节活动功能障碍。

(1)中立位 0 度法 先确定每个关节的中立位为 0 度,例如肘关节完全伸直位时定为 0 度,完全屈曲为 140°。

(2)邻肢夹角法 以两个相邻肢段所构成的夹角计算。例如肘关节完全伸直时定为 180°,屈曲时为 40°,则关节活动范围为 $180^\circ - 40^\circ = 140^\circ$ 。

以上两种测量方法在临床上都可使用,但为了避免记录混乱,本书采用中立位 0 度法记录。

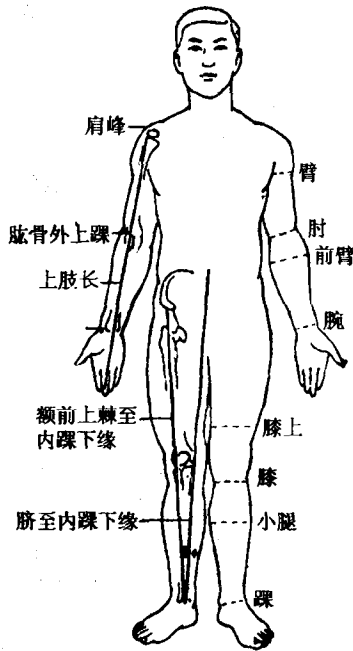


图 1-1 肢体长度测量

【附】 人体关节功能活动范围(图 1-2~1-9)

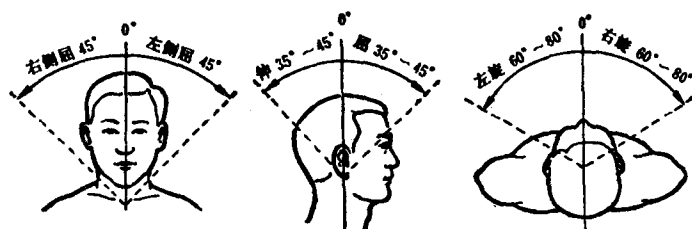
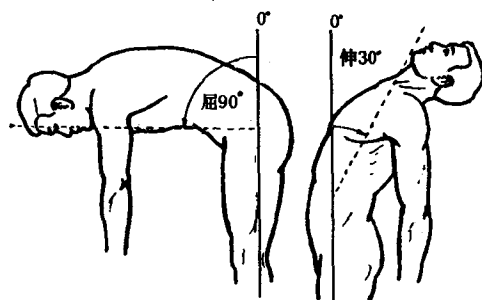
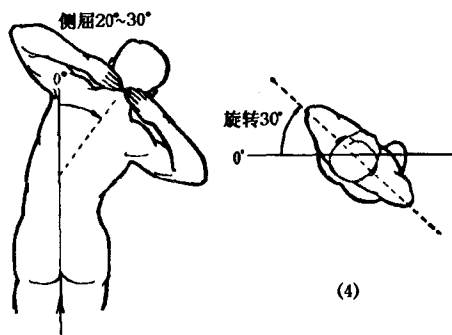


图 1-2 颈段活动范围



(1)

(2)



(3)

(4)

图 1-3 腰段活动范围

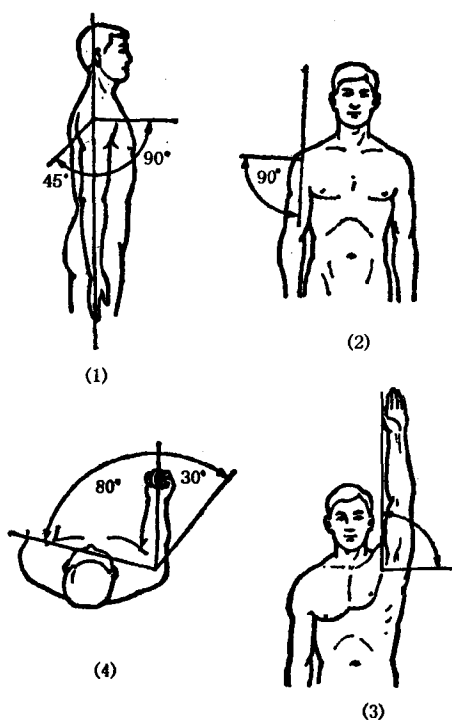


图 1-4 肩关节活动范围

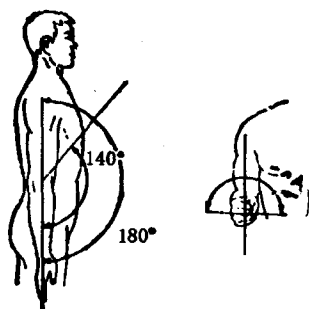


图 1-5 肘关节活动范围