



高等医药院校教材

供专科中医学专业用

(修订版)

中医骨伤科学

主编
副主编

张安祯
李桂文
刘献祥



中国中医药出版社

高等医药院校教材
(供专科中医学专业用)

中医骨伤科学

(修订版)

主 编 张安祯
副主编 李桂文 刘献祥
编 委 (按姓氏笔划为序)
孙之鎬 安义贤
宋贵杰 张 俐
审 定 丁 鐸 赵敬华

中国中医药出版社
北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

中医骨伤科学/张安祯主编. —2版. —北京: 中国中医药出版社, 2002.6 (2007.4 重印)
高等医药院校专科教材
ISBN 7-80089-491-6

I. 中… II. 张… III. 中医伤科学—中医学院—教材 IV. R274

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 039570 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 电话: 64405750 邮编: 100013)

(邮购联系电话: 84042153 64065413)

印刷者: 北京市松源印刷有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 787×1092 毫米 16 开

字 数: 509 千字

印 张: 21

版 次: 1995 年 12 月第 1 版

2002 年 6 月第 2 版

印 次: 2007 年 4 月第 7 次印刷

册 数: 29001—31000

书 号: ISBN 7-80089-491-6/R·492

定 价: 27.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

HTTP://WWW.CPTCM.COM

专科中医学专业主要课程教材

编审委员会

主 任：李安邦

副主任：陆莲舫 万德光 郑守曾 曾诚厚

委 员：(按姓氏笔划)

丁国明	丁 镔	万德光	马宝璋	王元勋	王景宜	韦永兴
尤庆文	邓振鹏	石学敏	龙文君	付元谋	丛春雨	宁 越
皮巨川	乔 模	许相文	刘宝贵	刘淑珍	孙国强	李安邦
李良信	李钟文	李超凡	李敬孝	杨护生	吴垂光	吴崇奇
陆莲舫	陈陶后	陈齐光	张光明	张发荣	张安楨	张华珠
张珍玉	张跃林	赵敬华	郑守曾	祈 涛	胡永年	奎传经
段振离	顾婉先	党兰玉	陶兴华	徐生旺	郭志强	涂晋文
黄国麒	黄委风	黄建业	惠纪元	韩宏志	曾君望	曾诚厚
蔡美秋	蔡绪江	廖润泉	魏毓奇			

前 言

为发展普通高等中医药专科教育，加强专科教材建设，提高专科人才培养质量，国家中医药管理局组织编写出版了专科中医学专业 16 门教材。

本套教材主要是为培养适应县、乡、厂矿等基层医疗卫生机构需要的中医临床人才服务的。计有《中医学基础》《中药学》《方剂学》《正常人体解剖学》《生理学》《西医临床学基础》《西医诊断学基础》《中医内科学》《中医妇科学》《中医儿科学》《中医外科学》《中医骨伤科学》《中医急症学》《针灸推拿学》《西医内科学》《西医外科学概论》等 16 门专科中医学专业主要课程教材。

在编写过程中，力求体现中医特色与专科特点，坚持科学性与适应性相统一，既注意吸取适合农村和基层需要的中医药学术新进展和诊疗新技术，又注意在取材的深度和广度上符合专科层次的要求。为了保证编写质量，特别加强了教材的审定工作，各门教材编写出初稿后，均由各部门教材审定人和编审委员会根据教材的要求进行全面认真的审定。

编写专科中医学专业教材，属探索性的工作，可供借鉴的经验较少，要使本套教材适应普通高等中医药专科教育的需要，还需进行长期的努力。要通过大量实践，不断总结经验，加以提高，才能逐步完善。因而殷切期望广大师生和读者提出宝贵意见，以便在今后修订时加以改进。

全国专科中医学专业主要课程
教材编审委员会

再版说明

本教材经6年使用,在广泛征求有关专家和任课教师意见基础上,根据近几年中医骨伤科学发展情况和专科特点做了修订。

“第十章骨病”增加“第六节骨质疏松症”,将原“第六节骨肿瘤”改为“第七节骨肿瘤”。新增“第十一章创伤急救”,内容包括“第一节急救技术,第二节创伤性休克,第三节筋膜间隔区综合征,第四节挤压综合征”。

编写适应21世纪需要的专科中医学专业教材,尚须不断努力。本教材虽经修订,不足之处在所难免,衷心希望广大师生和读者能提出宝贵意见,以便进一步完善。

《中医骨伤科学》编委会

2002年1月

目 录

上篇 总 论

第一章 发展简史	(1)
第二章 病因病理	(4)
第一节 病因	(4)
第二节 病理	(5)
第三章 辨证诊断	(9)
第四章 外治法	(33)
第一节 基本手法	(33)
第二节 固定方法	(36)
第三节 外用药物	(41)
第四节 练功疗法	(42)
第五节 手术疗法	(43)
第五章 内治法	(47)

下篇 各 论

第六章 骨折	(49)
第一节 概论	(49)
第二节 上肢骨折	(62)
锁骨骨折	(62)
肱骨外科颈骨折	(64)
肱骨干骨折	(68)
肱骨髁上骨折	(71)
肱骨外髁骨折	(74)
肱骨内上髁骨折	(76)
尺骨鹰嘴骨折	(78)
桡骨头骨折	(79)
尺骨上 1/3 骨折合并桡骨头脱位	(81)
桡尺骨干双骨折	(84)
桡骨干骨折	(88)
尺骨干骨折	(90)
桡骨下 1/3 骨折合并下桡尺关节脱位	(90)
桡骨下端骨折	(94)
腕舟骨骨折	(97)

掌骨骨折	(98)
指骨骨折	(101)
第三节 下肢骨折	(103)
股骨颈骨折	(103)
股骨转子部骨折	(107)
股骨干骨折	(109)
股骨髁部骨折	(115)
髌骨骨折	(117)
胫骨髁骨折	(119)
胫腓骨干骨折	(121)
踝部骨折	(125)
距骨骨折	(129)
跟骨骨折	(132)
跗骨骨折	(135)
趾骨骨折	(138)
第四节 躯干骨折	(138)
脊椎骨折	(138)
外伤性截瘫	(144)
肋骨骨折	(148)
骨盆骨折	(150)
第七章 脱位	(155)
第一节 概论	(155)
第二节 颞颌关节脱位	(160)
第三节 肩关节脱位	(162)
第四节 肘关节脱位	(166)
第五节 小儿桡骨头半脱位	(169)
第六节 月骨脱位	(170)
第七节 掌指关节脱位	(172)
第八节 指间关节脱位	(174)
第九节 髋关节脱位	(175)
第十节 髌骨脱位	(180)
第十一节 跖趾关节及趾间关节脱位	(182)
第八章 筋伤	(185)
第一节 概论	(185)

第二节 颈部筋伤	(189)	急性腰部扭挫伤	(218)
第三节 肩部筋伤	(193)	腰部慢性劳损	(221)
肩部扭挫伤	(193)	腰椎间盘突出症	(224)
肩关节周围炎	(194)	腰椎椎管狭窄症	(226)
第四节 肘部筋伤	(197)	第九章 内伤	(228)
肘部扭挫伤	(197)	第一节 概论	(228)
肱骨外上髁炎	(198)	第二节 头部损伤	(229)
第五节 腕部筋伤	(200)	颅骨骨折	(229)
腕部扭挫伤	(200)	脑损伤	(231)
桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	(201)	第三节 胸部损伤	(235)
腱鞘囊肿	(202)	胸部屏挫伤	(236)
腕管综合征	(202)	气胸	(237)
第六节 手指筋伤	(203)	血胸	(239)
指间关节扭挫伤	(204)	第四节 腹部损伤	(241)
屈指肌腱鞘炎	(205)	第十章 骨病	(245)
第七节 髋部筋伤	(206)	第一节 化脓性骨髓炎	(245)
髋部扭挫伤	(206)	第二节 化脓性关节炎	(249)
髋关节暂时性滑膜炎	(206)	第三节 骨关节结核	(252)
梨状肌综合征	(207)	第四节 骨髓炎	(258)
第八节 膝部筋伤	(208)	股骨头骨骺无菌性坏死	(259)
膝关节韧带损伤	(208)	胫骨结节骨骺坏死症	(262)
半月板损伤	(209)	第五节 骨性关节炎	(262)
髌骨软化症	(211)	第六节 骨质疏松症	(264)
膝关节滑膜炎	(212)	第七节 骨肿瘤	(267)
第九节 足踝部筋伤	(213)	第十一章 创伤急救	(276)
踝关节扭挫伤	(213)	第一节 急救技术	(276)
跟痛症	(215)	第二节 创伤性休克	(288)
跖管综合征	(216)	第三节 筋膜间隔区综合征	(296)
平足症	(217)	第四节 挤压综合征	(300)
拇外翻	(217)	附方索引	(306)
第十节 腰部筋伤	(218)		

上篇 总论

第一章 发展简史

中医骨伤科学是医学科学的组成部分，是一门阐述防治人体损伤的学科。它历史悠久，为中华民族的繁衍昌盛及世界医学的发展作出了不可磨灭的贡献。

中医骨伤科学的源流与发展，与中国劳动人民长期的生产活动分不开。北京猿人时代，人们已学会用兽皮、树皮包裹烧过的砂土或石块局部取暖以消除疼痛的原始热熨方法。此外，原始人采用树叶、草茎等敷裹受伤部位，从而发现了一些有效的外用草药，开始了原始外治法。新石器时代，人们已掌握运用气功、功能锻炼等体育疗法，以及按摩推拿、外敷包扎、切割排脓等方法治疗创伤疾病。

殷商时代，甲骨文中记录了不少疾病。据1956年以前出土的323片甲骨和415辞中，记录所卜的疾患，三分之一属伤科范畴。西周时期，随着文化和医学的进步，从事医疗活动的医生也开始分工。西周四大医之一的“疡医”，即为外伤科医生，已能应用药物和简单的外科器具，内外兼治地处理一般的创伤骨折、创伤感染及痈疮等疾病。

春秋战国是中国历史上的一个大变革时期，社会形态由奴隶制过渡到封建制，学术思想比较活跃，医学科学也有较大的发展，初步形成了中国医学的理论，《黄帝内经》比较系统、全面地阐述了人体解剖、生理、病理、诊断、治疗等基本理论，也为骨伤科学的发展奠定了基础。

秦汉时代，著名的外伤科医家华佗，以方药、针灸治病，尤擅长于外伤科手术，他以麻沸散施行清创术、剖腹术，是世界上应用麻醉剂的最早发明。华佗创造的“五禽戏”与现代伤科的体育医疗相仿。继华佗之后，东汉著名医家张仲景又总结前人的医疗成就，结合自己积累的经验写成《伤寒杂病论》，书中记载了不少活血祛瘀的方药，如大黄牡丹汤、桃仁承气汤、大黄蟅虫丸和下瘀血汤等，至今仍为伤科经常采用。

晋代葛洪在《肘后方》中介绍的夹缚固定骨折法，对危重创伤的急救及开放创口的处理法等，把骨伤科在诊断学和治疗学方面推进了一步。南齐龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》，开始运用虫类药以解毒和活血散瘀，这使《内经》的治疗原则得到进一步的应用。

隋唐时期，中医骨伤科称“按摩科”，巢元方编写的中国第一部病理学专著《诸病源候

论》，对创伤后的各种症状及并发症均有详细的记载。晚唐蔺道人著的《仙授理伤续断秘方》是中国第一部伤科专著，书中总结并介绍运用麻醉整骨、清创、按摩导引及内外用药治疗伤科疾患的方法，还介绍了分七步治伤的经验及46首治伤验方，从而奠定了伤科理、法、方、药的基础。唐代孙思邈的《备急千金要方》、王焘的《外台秘要》亦是这时期的伤科名著。

宋金元时期，刘完素、张从正、李杲、朱丹溪（金元四大家）从各自不同的角度总结和论述了自己的临床经验，大大丰富了中医学理论，亦推动了外科的发展。元代滑寿《十四经发挥》倡导的经络气血传注，对伤科治疗产生了重大的影响。危亦林著《世医得效方》，较全面地介绍了麻醉法、整复术、固定与练功术等，还系统地总结了宋元治伤方剂，首创悬吊复位法治疗脊柱骨折，为中医伤科发展作出了巨大的贡献。宋金元时期，还出现了早期的骨伤科医院。

明清时期，骨伤科逐步发展为以薛己为首的八纲辨证派和以异远真人为首的经络穴位辨证施治派，从而促进了骨伤科整体观、辨证施治理论体系的形成，内外兼治、动静结合的治疗观点也进一步确立和发展。这个时期，名家辈出，优秀著作层出不穷，如朱肱的《普济方》、异远真人的《跌损妙方》、王肯堂的《医医准绳》、薛己的《正体类要》、吴谦的《医宗金鉴·正骨心法要旨》、胡廷光的《伤科汇纂》、钱秀昌的《伤科补要》及江考卿的《伤科方书》、赵廷海的《救伤秘旨》等。

随着帝国主义的文化侵略，西方医学也传入了中国。在西方医学的冲击下，医学界出现了各式各样的思想与主张，其中影响较大的为中西医汇通的思想和其派别的产生。中西医汇通派的主要代表人物为唐容川、朱沛文、恽铁樵、张锡纯等。他们对一些疾病的中西医认识、治疗加以对比、总结，取长补短，认为中医和西医“各有是非，不能偏主”，要求不断发展中医学学术思想，这是具有一定的进步意义的。

新中国成立后，在党的领导下，中西医医药人员同心同德，努力工作，使我国医药卫生事业取得了全面的发展。中医骨伤科从理论到实践不断丰富，名家辈出。不少老一辈骨伤科专家如北京的杜自明、刘寿山，上海的石筱山、石幼山、魏指薪、王子平，天津的苏绍三，河南的高云峰，福建的林如高，广东的何竹林、蔡荣，四川的郑怀贤，山东的梁铁民等为中医骨伤科学的进一步发展做出了杰出的贡献。

近十几年来，骨折治疗从吸取各家经验到集中规范化，进入了空前鼎盛时期。70年代末，北京罗有名氏的按摩正骨手法，上海魏指薪、福建林如高的正骨手法，相继得到整理、研究和推广，逐步形成了一套较为完整的骨伤疾患疗法。中医骨伤科根据“活血化瘀”、“温补气血”、“补益肝肾”的理论，从不同角度提出了影响骨折愈合的因素。随着国内中草药的挖掘研究，活血化瘀药以及海螵蛸、麦饭石等中药已被证实能够促进骨折愈合。此外，高分子驻极体、薄膜、静电场刺激有利于骨痂中骨含量及力学性能参数的改变，促进骨痂形成。还有，从动物骨骼中提取并纯化BMP蛋白，移植于肌肉，已被证实具有诱导成骨的能力。由骨形态形成蛋白与自体红骨髓结合亦使骨愈合加快。中国中医研究院在生物力学研究小夹板固定治疗骨折愈合机理方面、脊柱复位外固定器治疗脊柱压缩性骨折方面均已取得了令人满意的进展。

软组织损伤治疗方面，通过进行实验性骨折愈合的超微结构研究，发现利用锯齿波、大磁场、亚低音、频脉冲、电磁场等治疗软组织损伤有较高的治愈率，同时疗程短。此外，实

第二章 病因病理

第一节 病 因

病因指创伤发生的原因。伤患的发生取决于人体的“正气”和致病的“外损”两方面。所谓“正气”是指机体各脏腑组织的生理机能、防御能力和精神因素,即“内因”;所谓“外损”泛指导致伤患发生的各种外在因素,如外力作用与邪毒感染等,即“外因”。

一、外因

骨伤科临床上常见的外来致伤因素分为外来暴力、强力任重、邪毒感染等。

(一) 外来暴力

急性损伤可由跌仆、坠堕、闪挫、压轧、拳击、殴打、金刃、枪弹等引起;慢性损伤常因长年累月的不良姿势、劳损等引起。根据外来暴力的性质不同,可分为直接暴力、间接暴力、肌肉收缩力和慢性劳损等四种。

1. 直接暴力 损伤发生在外力接触的部位,如挫伤、创伤等。
2. 间接暴力 损伤发生在远离外力接触的部位,如传递暴力、扭转暴力引起的骨折脱位等。
3. 肌肉收缩力 肌肉紧张收缩亦可造成损伤,如跌仆时股四头肌强烈收缩可引起髌骨骨折等。
4. 慢性劳损 如长期持续劳损,可引起跖骨疲劳骨折、慢性腰肌劳损等。

(二) 强力任重

可引起胸部屏伤、闪腰等证。由于负重或用力超过了人体本身的负担能力却强力忍受导致气机不利,气滞血瘀。

(三) 邪毒感染

细菌、损伤积瘀及六气侵袭等外来因素均可引起邪毒感染。

1. 细菌感染 如开放性骨折,因细菌感染引起骨髓炎。
2. 损伤积瘀 由于瘀肿阻塞经脉,积瘀化热成毒。

3. 六淫 外界风、寒、暑、湿、燥、火六淫侵袭引起。如各种损伤后可兼挟风寒湿痹，气机不通，反复发作疼痛。

二、内因

骨伤科疾病的发生与人的生理特点、病理因素有一定的关系。

(一) 生理特点

年龄、体质与局部解剖结构等不同生理特点影响伤患的发生与转归。

1. 年龄 小儿骨质较柔软，跌仆等损伤不易发生骨折；老人骨质较松脆，跌仆时容易发生骨折。如股骨颈骨折好发于老年人，青少年少见。

2. 体质 身强力壮者对损伤的耐受力比体质虚弱者大。所以，体质虚弱者容易发生骨折脱位、筋伤等伤患。

3. 局部解剖结构 肢体遭受传达暴力时，通常在骨质疏松与致密交界处，或活动与固定部位交界处发生骨折。临床上，桡骨颈端骨折、肱骨髁上骨折、肱骨外科颈骨折等多见此原因。

(二) 病理因素

骨关节疾患、内分泌代谢障碍、遗传因素等与骨病发生有关。

1. 骨关节疾患 化脓性骨髓炎、骨结核、骨囊肿等常引起病理性骨折。
2. 内分泌代谢障碍 肾上腺皮质功能亢进或应用考的松后，容易发生骨折或使骨折愈合迟缓。因此，骨折患者忌用激素。
3. 遗传因素 某些骨病，如脆骨病、多发性骨软骨瘤（Ollier氏病）与遗传因素有关。

第二节 病 理

人体是由皮肉、筋骨、气血、经络、脏腑、津液等共同组成的一个整体。损伤分为外损和内伤。外损以伤皮肉筋骨为主，内伤以伤气血、经络、脏腑、津液为主。但外损与内伤、筋骨与气血之间，有着密切的联系。伤患多由皮肉筋骨病损而引起气血凝滞、经络阻塞、津液亏损，或瘀血邪毒由表入里，导致脏腑不和。反之，由于脏腑不和，由里出表，引起经络、气血、精津的损害，导致皮肉筋骨病变。

一、气血与损伤的关系

气为人体重要物质，是人体生长变化的内部动力。它来自先天的元气、后天的呼吸与水谷化生的精气。气是濡养机体的基本物质，由中焦受气取汁变化而赤所形成。人体的各种正常活动全赖于它。血气充足，则精力充沛。气血关系密切，相辅相成，互相依附，循环周身，为人体生命活动过程中所必须的物质基础。若气血循环因损伤而不得流畅，则体表的皮

肉筋骨与体内的五脏六腑均失其濡养,以致人体组织脏器的功能活动发生异常。

痛与肿是内伤气血的两种重要的病理反应。先痛而后肿,为气病伤及于血;先肿而后痛,为血病而伤及于气。气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血走。反之,若外力伤及人体血脉,则血不能循环流注,或阻于经脉之中,或溢于经脉之外。“离经之血”聚于一处,即为瘀血,瘀血在体内一时不能消散,势必影响于气。因此,血凝则气滞,血虚则气虚,血脱则气亡。由于瘀血的部位及时间的不同,临床上出现各种不同的证候。如滞于肌表则为青紫疼痛,阻于营卫则郁而生热,积于胸胁则为胀闷痞满,结于脏腑则为癥瘕积聚。瘀血经久不散则为宿瘀。

因此,内伤与气血有着密切的、不可分割的关系。气血受损所表现的病理反应,往往是内伤最常见的、最重要的证候。

二、津液代谢与损伤的关系

津液为人体一切正常水液的总称。津液的生成,依赖于脾胃对饮食的运化功能。津液的输布,依靠脾的“散精”和肺的“通调水道”功能。津液在体内随气升降出入,布散于全身而环流不息。津液的功能是滋润和濡养;津、液都是体内水液,可以互相转化,故津和液常同时并称。

在正常生理状态下,体液代谢保持着动态平衡。骨关节损伤和疾病发生后,体液代谢的平衡失调,因而出现失水或伤津症状。如挤压伤、严重创伤感染,可引起涎少、汗少、尿少、口渴、口燥、唇干、舌裂、皮肤干燥、眼窝凹陷等失水症状。严重时则可出现高热并虚脱。津液与气血的关系极为密切。因此,津液代谢失常与气血失常也往往相关。津枯则血少,气血亏损则津液亦不足。大吐、大汗、大泻或高热耗损津液时,会出现气短、脉微、心悸、怔忡、四肢厥冷等气血亏损的证候。大量失血也会出现口渴、烦躁、尿少、便秘等津液不足的现象。损伤后体液平衡失调常由于津液亏耗之故。所以,津液在生理病理方面对伤病有重要意义。

三、脏腑与损伤的关系

(一) 心

心为“君主之官”,心主血脉,主神志。心难司其主则行动越轨,往往发生皮肉筋骨或脏腑气血的意外损伤。心血不足,心神不安,也会发生正常情况下不易发生的损伤。

疼痛是损伤后最常见的必有症状。因为疼痛为瘀滞所生,血脉瘀滞则影响心主不畅。心郁火盛更能躁扰心神而烦躁不安。损伤后期,多由于阴血被耗,心失所养,出现心悸怔忡、虚烦失眠等症。

(二) 肺

“肺主气,司呼吸,朝百脉,主治节”,说明这些功能可使人体有节奏地呼吸,使气升降出入,进而辅佐心君,调节血运的宣发、肃降和津液的输布、运转与排泄。肺的功能失调就会出现相关活动的异常。

胸胁损伤后气滞血瘀可致肺气失于宣降，瘀血壅塞气道，或乘袭肺络，可出现咳嗽、胸闷、喘促、短气等症状，甚者肺破损伤成危候。

胁部损伤，胁下瘀积，肝失条达，肝木亢盛，木火刑金，也可影响及肺，肺气失降，上逆为喘，甚则肝火上炎，以致咳吐痰涎带血。

(三) 脾

脾主运化、主肌肉、主四肢，为气血生化之源。脾虚不运则后天失调，人体的各项生理功能均致低下。四肢疲惫，肌肉瘦削，无力举动。一旦受伤，恢复较难。脾运健则体实，四肢坚强有力，故不易受伤。即使受伤，伤后恢复也较快。

损伤易使瘀阻肌肉，治当祛瘀。然亦应补脾以生肌长力，气血生化之源充沛，有助于损伤的修复。

(四) 肝

“肝主筋”。“肝气衰，筋不能动”，“脉失荣则筋急”。挫伤胸胁或跌打伤损之后，使肝气失畅，气机郁滞而血行受阻，或因损伤瘀阻皆可致肝郁不畅，胁肋胀痛。肝郁阴耗，肝阳上犯则易怒、烦躁或咯血、吐血，或头晕不支，甚或动风抽搐。肝血不足，则头目眩晕，筋脉拘急，症见震颤、瘕瘕不安等。

(五) 肾

“肾藏精，精生髓，髓生骨。”骨的生长发育修复，均靠肾之精气的作用，故称“肾主骨”。肾之精气充盈，则骨质坚硬而不易发生骨折，即使发生骨折也易修复。若肾之精气不足，则骨软无力，发育迟缓，骨脆而易折或畸形。由于肾与骨的密切联系，骨折损伤必内伤于肾而影响肾精对骨的润养，故在治疗时必须采用补肾续骨法。

(六) 胃

胃为“水谷之海”，主受纳，腐熟水谷。胃以通降为和。胃部受损则气滞瘀阻，胃失通降。不仅脘腹胀闷疼痛，而且因胃气上逆出现恶心呕吐。若有败血外溢则色黑如豆汁。胃既受损，无以受纳水谷，必将影响后天生化之源而不利于康复。即使其他部位受损伤，治疗用药必须时时顾及胃气。

(七) 肠

肠有小肠、大肠之分。小肠受盛经过胃的饮食，分清别浊，摄取精微，糟粕由大肠传化而出。腹部受伤，肠的功能失调，小肠失于受盛，则腹痛，腹胀，完谷不化，呕吐泄泻；大肠不能传化则便秘干结。若伤重积瘀，郁而化热，热移小肠可见小便短赤，热重伤津耗液，故大肠传化受障碍而生便秘。若泻下黑便则说明胃肠积瘀或瘀血得泻而逐。

(八) 膀胱

膀胱在肾的气化作用下生尿、贮尿和排尿。少腹损伤多伤及膀胱，瘀血内阻，气化不利

而致癃闭、尿频、尿急、尿痛等。

(九) 脑

脑为髓之海,是精神、意识和思维活动的器官。脑髓被损则昏愤不醒、头痛、脑转、耳鸣。

四、经络与损伤的关系

经络内连脏腑,外络支节,分布于全身,具有运行气血,营运阴阳,内而濡养脏腑组织,外而滋润皮毛筋骨、滑利关节。各种外力的损伤,均会造成经络受损而引起气血运行的阻滞。无论是内在脏腑损伤,还是外在皮毛或筋骨的损伤,均会影响到经络而受损。由于经络的损伤,为损伤疾患的发展传变以及病邪的侵入提供了条件,进而引起经络脏腑俱病。然而,疾患的调整治疗,药物作用的发挥,亦有赖于经络系统的输送作用。所以,经络系统在生理方面是营运全身气血,输送营养周身的通道;在病理方面,既是疾患发展传变的途径,也是治疗用药的途径。因此,在医治损伤疾患时,应根据损伤的部位、性质、程度,运用经络脏腑相关的理论,借助经络的营运传递作用,达到调整内脏和体表组织器官的功能。这正是“亦必于经络脏腑间求之”思想的具体体现,也是损伤与经络的病理与治疗关系。

五、筋骨与损伤的关系

筋,是筋络、筋膜、肌腱、韧带、肌肉、关节囊、关节软骨等的总称。人体的筋肉均附着于骨之上,大筋联络关节,小筋附于骨处,具有连属关节、络缀形体、主司关节运动的功能。骨,指人体立身之主干。肢体的运动,有赖于筋骨的功能活动,而不适当的肢体运动常可造成筋骨损伤。因此,筋骨损伤是伤科中最为常见的疾患,一般分为伤筋与伤骨两方面。由于肢体的运动主要靠筋的作用,伤筋必然会影响肢体的运动。各种跌打损伤、扭伤、挫伤等,筋首当其冲,故易导致筋肉损伤,局部青紫肿痛,关节屈伸不利等,由于筋附于骨,所以无论是骨折或脱位,皆会造成筋的损伤。故有损骨能伤筋,筋伤亦能损骨之说。因此,治疗中应全面分析,有所侧重,才能提高疗效。

六、皮肉与损伤的关系

皮肉是人的外壁,内充卫气。伤患之发生,或破其皮肉,犹如壁之有穴,墙之有洞,无异于门户洞开,人体卫外机能受到破坏,外邪容易侵入而发生感染;或气血瘀滞逆于肉理,营卫不从,郁而化热,犹如闭门留邪,以致瘀热成毒;亦可由于皮肉失养,导致肢体痿弱或功能障碍。

皮肉受营卫气血濡养,营卫气血的生理、病理变化,关系到皮肉的消长与病变。伤病之后,若脾虚不运,人体不禀水谷化生的营气,再受损伤,营气运行滞涩,皮肉濡养缺乏,可引起肢体痿弱或功能障碍的病候。伤病之后脓的形成,是由于卫气不通,人体卫外功能受损,因而热胜、肌肉腐败的结果。

内伤后气血凝滞,营卫运行机能受阻,引起人体痿弱虚衰,甚者丧失外御抵抗力,外邪侵入,久郁化热化火,出现局部红、肿、热、痛的症状,乃至酿而成脓。故内伤与营卫机能关系密切。

第三章 辨证诊断

人体遭受外力作用而发生损伤后,由于气血、营卫、皮肉、筋骨、经络、脏腑以及津液的病理变化,因而出现一系列的证候。严重的损伤,除了局部症状以外,还会引起全身症状。这些证候对于诊断伤患以及了解其发展过程、预后等有重要的价值。因此,在辨证上既要辨局部症状,也要辨全身症状,两者要结合起来进行。

一、全身情况

轻微损伤一般无全身症状。通常损伤之后由于气滞血瘀,往往有神疲纳呆,夜寐不安,便秘,形羸消瘦,舌紫暗或瘀斑,脉浮弦等全身症状。妇女可见闭经或痛经,经色紫暗有块。若瘀血停聚,积瘀化热,常有口渴,口苦,便秘,尿赤,烦躁不安等表现。脉浮数或弦紧,舌质红,苔黄厚腻。严重损伤者,可出现面色苍白,肢体厥冷,冷汗淋漓,口渴,尿量减少,血压下降,脉搏微细或消失,烦躁或神志淡漠等休克现象。

二、局部证候

(一) 一般症状

1. 疼痛 伤后患处络脉受损,气机凝滞,阻塞经络,不通则痛。因此,临床上可见程度不同的疼痛。气滞者因损伤而致气机不利,呈现疼痛。其痛多无定处,且范围较广,忽聚忽散,无明显压痛点。气闭者骤然损伤而使气机闭塞不通,多为颅脑损伤,以致出现晕厥,神志昏迷等症状。若肝肾气伤,则痛在筋骨;若营卫气滞,则痛在皮肉。伤处可有直接压痛或间接压痛(纵轴叩击痛,骨盆、胸廓挤压痛等)。

2. 肿胀青紫 患处络脉损伤,营血离经,阻塞络道,瘀滞于皮肤腠理,因而出现肿胀。若血行之道不得宣通,即成瘀斑。伤血者肿痛部位固定,瘀血经久不愈,变为宿伤。严重肿胀时还可出现张力性水泡。

3. 功能障碍 由于损伤后气血阻滞引起剧烈疼痛,肌肉反射性痉挛,以及组织器官的损害,可引起肢体或躯干发生不同程度的功能障碍。伤在手臂则活动受限,伤在下肢则步履无力,伤在腰背则俯仰阻抑,伤在关节则屈伸不利,伤在颅脑则神明失守,伤在胸胁则心悸气急,伤在肚腹则纳呆胀满。若组织器官仅仅机能紊乱,无器质性损伤,功能障碍可以逐渐恢复;若组织器官有形态上的破坏与器质性损伤,则功能障碍难以恢复。

综上所述,损伤后较为普通的一般症状为疼痛、肿胀青紫及功能障碍。损伤即为气血两伤,表现为肿痛并见,仅有偏重而已。