

全国高等医药院校试用教材

中 医 伤 科 学

(中医专业用)

主 编

广州中医学院

编 写 单 位

广州中医学院	北京中医学院
上海中医学院	贵阳中医学院
陕西中医学院	湖北中医学院
黑龙江中医学院	云南中医学院

全国高等医药院校试用教材

中医伤科学

广州中医学院 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷三厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张14.75 字数 350,000

1980年7月第1版 1981年4月第2次印刷

印数:45,001—85,000

书号: 14119·1458 定价: (科四)1.40元

目 录

	总 论		
第一章 发展简史	1	第四章 治疗方法	34
第二章 病因病机	6	第一节 内治法	34
第一节 病因	6	攻下逐瘀法	34
外在因素	6	行气活血法	34
内在因素	6	清热解毒法	35
第二节 病机	7	通窍安神法	35
脏腑	7	接骨续损法	35
经络	8	舒筋活络法	36
皮肉	8	补益气血法	36
筋骨	9	补养肝肾法	36
气血	9	第二节 外治法	37
精津	10	药物治疗	37
第三章 辨证诊断	12	手法	38
第一节 问诊	12	固定	43
第二节 临床检查	13	手术	51
第三节 辨证方法	31	练功	51
八纲辨证	31	第五章 创伤急救	57
脏腑辨证	32	第一节 急救救护	57
经络辨证	32	第二节 创伤	67
卫气营血辨证	32	第三节 创伤性休克	70
	各 论		
第六章 骨 折	77	桡、尺骨干单骨折	100
第一节 概论	77	尺骨上 1/3 骨折合并桡骨头脱位	101
第二节 上肢骨折	86	桡骨下端骨折	102
锁骨骨折	86	腕舟骨骨折	104
肱骨外科颈骨折	88	掌骨骨折	104
肱骨干骨折	90	指骨骨折	106
肱骨髁上骨折	92	第三节 下肢骨折	107
肱骨外髁骨折	95	股骨颈骨折	107
肱骨内上髁骨折	96	股骨粗隆间骨折	111
尺骨鹰嘴骨折	97	股骨干骨折	112
桡骨头骨折	98	股骨髁上骨折	115
桡、尺骨干双骨折	99	股骨髁间骨折	116

髌骨骨折	116	肩部扭伤	165
胫骨髌骨骨折	117	肩关节周围炎	166
胫腓骨干骨折	118	第四节 肘部软组织损伤	167
踝部骨折	122	肘关节扭伤	167
距骨骨折	124	肱骨外上髁炎	168
跟骨骨折	126	第五节 腕部软组织损伤	168
跖骨骨折	127	腕管综合症	169
趾骨骨折	128	腕三角软骨损伤	170
第四节 躯干骨折	128	腱鞘囊肿	170
脊柱骨折和脱位	128	桡骨茎突腱鞘炎	171
〔附〕 外伤性截瘫	134	第六节 指部软组织损伤	172
骨盆骨折	137	指关节扭伤	172
第七章 脱 位	142	手指屈肌腱鞘炎	172
第一节 概论	142	第七节 髋关节扭伤	173
第二节 颞颌关节脱位	145	第八节 膝关节韧带损伤	173
第三节 肩关节脱位	146	膝关节半月板损伤	174
新鲜肩关节脱位	147	第九节 踝关节扭伤	175
陈旧性肩关节脱位	149	第十节 腰部软组织损伤	175
习惯性肩关节前脱位	150	急性扭挫伤	176
第四节 肘关节脱位	150	慢性劳损	177
肘关节后脱位	151	腰椎间盘突出症	178
陈旧性肘关节脱位	152	第九章 内 伤	183
〔附〕 小儿桡骨头半脱位	153	第一节 概论	183
第五节 月骨脱位	154	第二节 头部损伤	184
第六节 掌指关节及指间关节脱位	155	第三节 胸部损伤	187
掌指关节脱位	155	第四节 腹部损伤	191
指间关节脱位	156	第十章 骨 病	194
第七节 髋关节脱位	157	第一节 化脓性骨髓炎	194
髋关节后脱位	157	第二节 化脓性关节炎	196
髋关节前脱位	159	第三节 骨关节结核	197
髋关节中心性脱位	160	第四节 肋软骨炎	200
第八节 膝关节脱位	161	第五节 骨骺炎	201
第八章 软组织损伤	162	股骨头骨骺炎	201
第一节 概论	162	胫骨结节骨骺炎	201
第二节 颈部软组织损伤	162	第六节 骨性关节炎	202
颈部扭伤	163	〔附〕 跟骨骨刺	202
落枕	163	第七节 骨肿瘤	203
第三节 肩部软组织损伤	165	附方索引	208

总 论

第一章 发展简史

伤科学是研究防治骨关节及其周围的软组织的损伤和疾患的学科,历史上曾称为疡医、金镞、正体、正骨科等,在祖国医学中历史悠久,已积累了丰富的、比较完整的理论和经验。

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、生产实践紧密相连。在距今 100 多万年前,我们的祖先就在伟大祖国的土地上生活着、劳动着。他们为了生存,便依靠着集体的智慧和力量,用原始的劳动工具(也是防御器具)、有限的劳动经验、简单的劳动协作,来对付自然界的种种灾难,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。早期原始社会的人们大都住在洞穴或窝棚里,以避风雨寒暑,防备猛兽虫蛇,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,又常常发生外伤,因此,用泥土、树叶、草茎等涂裹伤口的方法就随之产生;久之,人们便发现了一些外用药物,这便是外治法的起源。

原始氏族公社时期,人们应用了较前精细的工具来进行生产,在生产当中,还发现某些运用工具治病的经验。最早的医疗工具,大致有砭石、荆棘刺等。《山海经·东山经》记载:“高氏之山,其上多玉,其下多箴石。”郭璞注解时认为,箴石“可以为砭针治痈肿者。”《说文解字》:“砭,以石刺病也。”夏代(约公元前 21 世纪~公元前 16 世纪)生产工具主要是石器,用以治病的针是石针、骨针。到了商代(约公元前 16 世纪~公元前 1066 年)手工业生产已采用金属工具。从殷墟出土文物来看,不仅有刀、针、斧、铍、矢……等青铜器,更发现了炼铜遗址和铜范,说明商代已达到青铜器的全盛时期。由于青铜器的广泛使用,也使医疗工具有了改进和提高,人们便有可能在使用砭石的基础上、使用金属的刀针。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。商代后期我国汉字发展已经基本成熟,从甲骨卜辞和器物铭文中出现的文字,可看出当时已懂得用器官位置定病名,包括疾目、疾耳、疾齿、疾舌、疾足、疾止等十三种伤病。

到了周代(约公元前 1066~公元前 256 年)《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、溃疡、金疡、折疡之祝药、翻杀之齐。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,当时的疡医已经能够采用内外治结合的方法治疗创伤骨折,采用化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。

春秋战国时期(公元前 722 年~公元前 221 年)社会急剧变化,政治、经济、文化都有显著发展,学术思想也日趋活跃,出现了“诸子蜂起,百家争鸣”的局面。在这种形势下,出现了我国医学文献中最早的一部典籍——《内经》。该书比较系统、全面地阐述了人体解剖、生理、病理、

诊断、治疗等基本理论。《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》更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》并论述了附属于十二经脉的筋肉系统。由于解剖生理学的发展也就促进伤科学的发展，《素问·缪刺论》论述：“人有所堕坠，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·痈疽第八十一》还记载软组织、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，并指出：“夫血脉营卫，周流不休，……寒邪客于经络之中，则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。寒气化为热，热胜则腐肉，肉腐则为脓。脓不写则烂筋，筋烂则伤骨，骨伤则髓消，不当骨空，不得泄泻，血枯空虚，则筋骨肌肉不相荣，经脉败漏，熏于五脏，脏伤故死矣。”对骨关节化脓性感染，主张采用内外兼治，即内服清热解毒药物和及时切开排脓引流、外敷药膏，并记载了化脓性关节切开引流的禁忌及指征：“……如坚石，勿石，石之者死，须其柔，乃石之者，生。”《灵枢·刺节真邪篇》记载“骨蚀”病名及其病因病机，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，湿热不攘，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肌瘫痪松弛、另一部分筋肌痉挛缩短，继而可以引起关节畸形。在治疗上亦已广泛采用针灸、熨贴、按摩和药物等治疗方法。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。”主张采用运动锻炼的方法治疗足部“痿躄”（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理论基础。公元前3世纪，名医仓公有两例完整的伤科病案记录，一为举重致伤，一为堕马致伤，病例中不但有主诉、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，用于伤科内服或外敷。可见当时伤科已取得了一定的成就和发展。

汉代(公元前206~公元220年)是祖国医学的隆盛时代。历史上著名的外伤科医师华佗既能用方药、针灸治病，更擅长外伤科手术；他使用麻沸汤麻醉，为病人进行死骨剔出术、剖腹术等，还创立了五禽戏，与现代的医疗体育相仿。东汉末年，张机著《伤寒杂病论》是我国第一部临床医学巨著。他在《内经》、《难经》的理论基础上，以六经论伤寒，以脏腑论杂病，总结了汉代以前的医学成就，根据作者的临床经验，创立了理、法、方、药结合的辨证施治方法，并记载了人工呼吸、胸外心脏按摩等复苏术。

隋代(公元581~618年)巢元方著《诸病源候论》探求诸病之源，九候之要，列述1,700余症，为我国第一部病理专书。该书《中风候》和《金疮中风痉候》对破伤风的症状描写得非常透彻，并指出这是创伤后的并发症。《金疮伤筋断骨候》记载了神经麻痹、循环障碍、运动障碍的症状，指出伤口必须在受伤后立即缝合。《箭镞金刃入肉及骨不出候》论述开放性骨折应在除去异物及碎骨后敷药，否则创口不易愈合即使愈合也常后遗疼痛。《金疮肠断候》又指出处理外伤性肠断裂突出腹外的处理方法。此外该书还叙述骨肿瘤的局部症状与性质：“石痈者，……其肿结确实，至牢有根，核皮相亲。不甚热，微热，热时自歇，此寒多热少，鞣如石，故谓之石痈也。”对化脓性骨感染则分为附骨痈肿(急性)和附骨疽(慢性)两类型，并加以明确论述；在内伤方面已提出重视内损与伤五脏的处理。《金疮久不瘥候》很早论述了伤口久不愈合，脓流不绝，是因伤口内有碎骨、坏死组织或异物存在，指出必须敞开伤口、取出异物，始能使伤口愈合的正

确观点。

唐代(公元618~907年)孙思邈著《千金方》,记载了下颌关节复位方法:“一人以手指牵其颞以渐推之,则复入矣,推当疾出指,恐误齿伤人指也”(治失欠颊车蹉开张不合方),并指出整复后可采用蜡疗和热敷,以助关节功能的恢复,这是世界上最早的下颌关节脱位复位方法,直至现在还普遍沿用。王焘著《外台秘要》主张用毡做湿热敷,减少损伤肢体的疼痛。蔺道人著《仙授理伤续断秘方》,是我国第一部伤科学,它阐述骨折的治疗原则为正确复位、夹板固定、功能锻炼、药物治疗直至骨折愈合。指出复位前要先用手摸伤处,识别骨折移位情况,采用扳伸、捺正等手法;骨折复位后,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;对动静结合的理论较前人有更进一步的阐发,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。”对开放性骨折则采用经过煮沸消毒的水冲洗污染的伤口和骨片,皮破必用清洁的“绢片包之”,“不可见风着水”等。

宋代(公元960~1279年)的医事制度分为九科,内有疮肿兼折疡科和金镞兼书禁科。《圣济总录》对腹破肠出的重伤亦有合理的处理方法。《夷坚志》卷十九《邢氏补颞》曾记载了在颌部施行类似同种异体植骨术的病例。《洗冤录》是我国第一部很有价值的法医学专书,其中也记载了不少检查外伤的方法。

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,除了金疮肿科之外,又成立了正骨科。危亦林著《世医得效方》在伤科学上有伟大的成就。他认为“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。”危亦林是世界上采用悬吊复位法治疗脊柱骨折的第一人,该书指出:“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。”该书还把髌关节脱位分为前、后两型,指出:“此处身上骨是白,腿根是杵,或出前,或出后,须用一人手把住患人身,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,误入成疾。”

明代(公元1368~1644年)太医院制度十三科,其中有接骨、金镞两科,薛己著《正体类要》二卷,上卷论正体主治大法及扑伤、坠跌、金伤等治验医案,下卷附诸伤方药;处方立论,重视脾胃,辨证内治,极变析微,很有临床价值。该书陆序指出:“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辩证关系。王肯堂著《证治准绳》对骨折有较精辟的论述,认为肩部骨折若向前成角畸形,则用手巾悬吊腕部时置于胸前,若向后成角,则应置于胸后,对骨折的内收、外展类型有所认识;该书还把髌骨损伤分为脱位、骨折两类,骨折又分为分离移位与无移位两种,分离移位者,主张复位后用竹箍扎好,置膝于半伸屈位。对脊柱骨折,创用了非过伸复位法,不稳定的脊椎粉碎性骨折采用此法复位就比较安全。民间流传的《金疮秘传禁方》记载了用骨擦音作为检查骨折的方法,处理开放性骨折时,主张把穿出皮肤已被污染的骨折端切去,以防感染,并介绍了各种骨折的治疗方法。

清代(公元1644~1911年)《医宗金鉴·正骨心法要旨》系统地总结了清代以前的伤科经验,对人体各部位的骨度,内外治法方药,记述最详,既有理论,尤重实践,图文并茂。该书把正

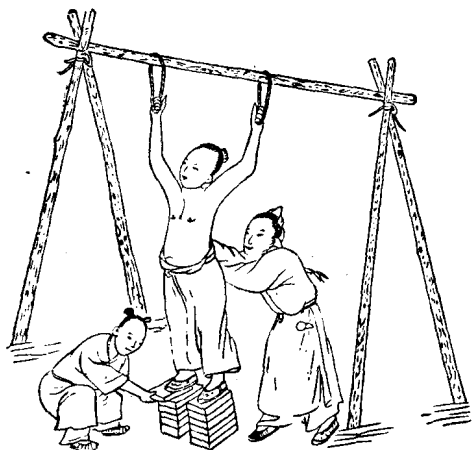


图1 攀索叠砖法

的论述；钱秀昌著《伤科补要》、赵竹泉著《伤科大成》、胡廷光著《伤科汇纂》亦系统详述了各种损伤的症治，并附有很多治验的病案。

骨手法归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法，并运用手法治疗腰腿痛等伤筋疾患，使用攀索叠砖法整复胸腰椎骨折脱位（图1）。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，对脊柱中段损伤采用通木固定，下腰损伤采用腰柱固定，四肢长骨干骨折采用竹帘、杉篱固定，髌骨骨折采用抱膝器固定等（图2）。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

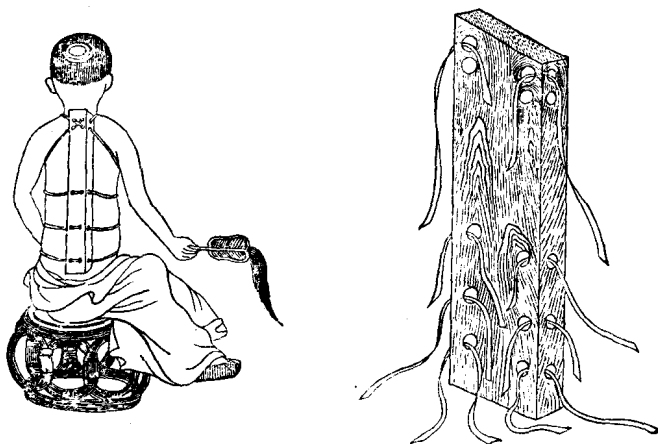


图2 通木正骨器固定法

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及骨关节疾病作斗争所积累的丰富理论和宝贵经验，其中有不少是世界上最早的发明创造，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，随着帝国主义文化侵略，西方医学也传入了中国，中医药这门科学受到了极大的摧残，几乎濒于被消灭的边缘，伤科学当然也不例外。旧中国伤科学著作甚少，极其丰富的伤科经验散存在老一辈的中医师和民间中，缺乏整理和提高，伤科学濒于奄奄一息的境地。

新中国成立后，在党的领导下，祖国医学犹如枯木逢春，欣欣向荣。二十多年来，我国伤科工作者以辩证唯物论为指导实行中西医结合，开展对肾主骨和活血化瘀等基础理论的研究，运用动静结合、筋骨并重、内外兼治和医患合作的新理论治疗骨关节损伤，取得了损伤愈合快，功能恢复好，患者痛苦少及合并症少等良好效果；同时系统整理祖国医学的理伤手法，重视总结老中医经验与民间方药，改进牵引器械，夹板固定和练功方法，进行夹板材料力学测定和中草

药促进骨折愈合的实验研究,使中西医结合治疗骨折得以普遍推广应用,伤科学不断向前发展。1963年我国又取得了断肢再植成功,关于小夹板固定前臂双骨折和断肢再植的两篇论文,曾于1963年9月在罗马举行的第20届国际外科学术会议上,由我国医学代表团代表进行宣读,获得世界各国的重视和赞扬。此外,还开展了应用活血化瘀中药缓解断肢再植术后小血管痉挛问题的研究。按摩推拿疗法以及针刺麻醉在伤科领域中的广泛应用都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。我们一定要用现代科学知识和方法整理、总结极其丰富的伤科医学,发扬祖国医药遗产,加快中西医结合的步伐,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,更好地为实现我国社会主义的四个现代化服务。

第二章 病因病机

第一节 病因

伤病就是人体在一定条件下,对外界损害因素作用的反应,这种反应是通过人体内在的变化而反映出来。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的不同,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。

伤科疾病发生的原因,可分为外在因素和内在因素两方面:

外在因素

主要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。

一、外力作用 由于跌扑、坠堕、撞击、闪挫、扭掣、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,如跌仆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的跖骨疲劳骨折,慢性腰肌劳损等。

二、邪毒感染 由于细菌感染、损伤积瘀、六气侵袭等外来因素可引起邪毒感染。例如,创伤感染可引起局部或全身性感染,开放性骨折感染可引起骨髓炎,损伤积瘀,经脉受阻,亦可化热成毒,各种损伤可因风寒湿邪乘虚侵袭,气机不得宣通而反复发作疼痛。

内在因素

是指从内部影响于人体的伤病因素,生理特点、病理因素等与伤科疾病的发生有一定的关系。

年龄、体质、局部解剖结构等的不同可影响到疾病有不同特点。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。

伤科疾病的发生,外在因素是重要的。不同的外在因素,可以引起不同的伤病;而同一的外因在不同的情况下,伤病的种类、性质与程度又有所不同。例如,外力的大小、方式、时间、速度,物体的体积、重量、形状、硬度等可能造成不同的损伤;如跌倒时臀部着地,外力作用虽同,但老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路时,通常是在骨路的疏松组织与致密组织交界处或在活动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辩证关系,才能认识伤病的发生和发展,更好地掌握辨证论治进行临床实践。

第二节 病 机

人体是由脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血、精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、精和津液。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，互相联结、互相贯通、互相依存、互相制约，不论在生理活动和病理变化上都有着不可分割的关系。因此，伤科疾病的发病机理与脏腑有密切联系。

人体受外因作用或内因影响而发生伤病时，局部皮肉、筋骨组织的损害，每能导致脏腑、经络、气血和精津的功能失调，因而一系列症状随之发生。《正体类要》说：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”指出了局部与整体之间的关系，是相互作用、相互影响的，故应从整体观念出发，对脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血和精津之间的病理生理关系加以研究，才能认识伤病的本质和病理变化的因果关系。

骨关节损伤和疾病多由皮肉筋骨病损而引起经络阻塞，气血凝滞，精津亏耗或瘀血邪毒由表入里，导致脏腑不和；亦可由于脏腑不和由里达表，引起经络、气血、精津病变，导致皮肉筋骨病损。现按脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血、精津等几方面予以阐明其病机。

脏 腑

脏腑是化生气血，通调经络，濡养皮肉筋骨，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，皮肉筋骨失却濡养以致引起肢体病变。《内经》病机十九条指出：“诸风掉眩，皆属于肝；诸寒收引，皆属于肾；诸气膹郁，皆属于肺；诸湿肿满，皆属于脾；诸痛痒疮，皆属于心”。说明各种病变与脏腑病候息息相关，互为因果。骨关节损伤和疾病若出现头目眩晕、手足抽搐、肢体强直、关节拘挛等症，有时可以视为肝风引动的病候；形体畏寒、四肢不温、腰背冷痛、膝酸腿软等症，多属肾阳不足的病候；胸膈胀闷、肋肋疼痛、喘咳气逆、少气自汗等症，多为肺气郁滞的病候；身体疲乏、四肢沉重、肌肤浮肿、筋不柔和等症，多为脾阳失运的病候；红肿结块、焮热疼痛、肉腐化脓、高热神昏等症，多为心火热毒的病候。

《灵枢·邪气脏腑病形第四》说：“……有所堕坠，恶血留内；若有所大怒，气上而不下，积于胁下，则伤肝。有所击仆，若醉入房，汗出当风，则伤脾。有所用力举重，若入房过度，汗出浴水，则伤肾。”《外科正宗》说：“从高坠堕而未经损破皮肉者，必有瘀血流注脏腑”。此外，前人认为：损伤之症，恶血留内，不分何经，败血凝滞，从其所属，必归于肝，因血以肝为主。所有这些论述，都说明损伤瘀血可反映于脏腑而引起病候。

《素问》有关“肾藏精，主水”、“肾之合骨也”、“肾生骨髓”、“肾不生则髓不能满”等理论，引证“肾气热，则腰背不举，……热舍于肾，肾者水藏也，今水不胜火，则骨枯而髓虚，故足不任身，发为骨痿。”阐明“肾主骨”的生理病理机制，骨髓充盈与否，取决于肾气盛衰。此外，心阳虚脱可发生休克，肝血不荣可引起筋痿，脾不统血可致血证，肺肾阴虚诱发骨痿。从而说明脏腑病候与骨关节病变关系密切且相互影响。

由此可见，骨关节损伤和疾病的发生、发展、与脏腑关系极其密切。

经 络

经络是运行气血,联络脏腑,沟通表里上下,调节各部功能的通路。故经络畅通,则气血调和,濡养周身,肢体健强,维持脏腑正常生理功能;若经络阻塞,则气血失调,濡养滞阻,肢体受损,而致脏腑不和引起病变。

经络的病候主要有两方面:一是脏腑伤病可以累及经络,经络伤病又可内传脏腑;二是经络运行阻滞,影响循行所过组织器官的功能,出现相应部位的症状。

《杂病源流犀烛》说:“损伤之患,必由外侵内,而经络脏腑并与俱伤”,“亦必于脏腑经络间求之”。胸为肺之分野,除肺经与心经外,肝经之脉由下而上布肋肋,胆经之脉由上而下循胸肋,故胸部内伤,症见胸满气短,其痛则在肋肋。

古人认为“腰乃脉络经俞之大合。”《诸病源候论》:“劳伤之人,肾气虚损,而肾主腰脚,其经贯肾络脊,风邪乘虚卒入肾经,故卒然而患腰痛。”腰为肾之府,肾经、膀胱经和脊柱相联络,故这些经脉的病变可引起腰背、臀部及下肢放射性疼痛,于承扶、委中、承山、昆仑等穴位找到压痛点。

《难经》记载:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑。”且督脉总督周身之阳,手足三阳经与其交会,故脊椎骨折脱位合并督脉损伤时,可出现肢体麻木不仁、活动丧失,合并足太阳膀胱经损伤时,可出现泌尿系功能障碍;合并手阳明大肠经损伤时,则出现大便功能障碍。

《医宗金鉴·外科心法要旨》说:“痈疽原是火毒生,经络阻隔气血凝。”可见骨病疮疡,由于外感邪毒,引起经络阻塞、气血凝滞而发病;若邪毒由表传里,还可波及脏腑。脏腑内在的病变,若邪毒波及体表,主要也是通过经络而传导的。

由此可见,骨关节损伤和疾病的发生、发展,与经络关系极其密切。

皮 肉

皮肉为人之外壁,内充卫气,人之卫外者全赖卫气,肺主气,达于三焦,外循肌肉,充于皮毛,如室之有壁,屋之有墙,故《内经》说:“肉为墙”。伤病的发生,或破其皮肉,是犹壁之有穴,墙之有洞,无异门户洞开,容易发生感染;或气血瘀滞逆于肉理,则因营气不从,郁而化热,有如闭门留邪,以致瘀热为毒;亦可由于皮肉失养,导致肢体痿弱或功能障碍。

《灵枢·痈疽第八十一》说:“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行;不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热;大热不止,热胜则肉腐,肉腐则为脓。”阐明脓的形成,是由于热胜、血肉腐败而液化的结果,也就是血气凝滞致局部肉腐的病理变化过程。

《素问·痿论篇第四十四》说:“肺主身之皮毛……脾主身之肌肉。”《素问·太阳阳明论篇第二十九》说:“脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,……筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉。”肢体伤病之后,若肺气不固,脾虚不运,则外卫阳气不能熏泽皮毛,脾不能为胃运行津液,而致皮肉濡养缺乏,引起肢体痿弱或功能障碍的病候。

《灵枢·邪客第七十一》说:“营气者,……注之于脉,化以为血,以荣四末”“卫气者,……先行于四末分肉皮肤之间而不休也”。皮肉受营卫气血濡养,营卫气血的生理、病理,关系到皮肉的生长和病变。若皮肉破损引起破伤风,可导致肝风内动而出现张口困难、牙关紧闭、角弓反张、强直性阵发性抽搐等症状;损伤引起缺血性肌挛缩,因营卫运行滞涩,血脉亦随之失荣,则

肌腱得不到气血濡养,致肢体出现麻木不仁、挛缩畸形等症状;局部皮肉组织邪毒感染,营卫运行机能受阻,气血凝滞,则郁热化火、酿而成脓,遂出现局部红、肿、热、痛等症状。

由此可见,骨关节损伤和疾病的发生、发展,与皮肉关系极其密切。

筋 骨

筋可联络骨骼、维持肢节的活动,骨有支持躯体、保护内脏的功能,《内经》谓:骨为干(如木之干)、筋为刚(劲强关节)。肢体的运动,虽赖于筋骨,但筋骨离不开气血的温煦,气血化生濡养充足,筋骨功能才可健运;而且筋骨又是肝肾的外合,肝血盈则筋得所养,肾髓充则骨络劲强,肝肾精气盛衰,关系筋骨成长与衰退。

筋骨损伤和疾病可累及气血,损骨能伤筋,伤筋亦能损骨,伤筋损骨还可累及肝肾精气。肝肾气充的人,筋骨盛长,筋骨损伤后修复较快;肝肾气衰的人,筋骨衰弱,筋骨损伤后修复迟缓;筋骨损伤之后,如果肝肾得到调养,就能促进筋骨修复。

《灵枢·邪客第七十一》说:“肺心有邪,其气留于两肘;肝有邪,其气留于两腋;脾有邪,其气留于两髀;肾有邪,其气留于两腠。凡此八虚者,皆机关之室,真气之所过,血络之所游”。人体四肢的肘、腋、髀、腠,是气血循环重要的地方,若脏腑受邪,可波及关节。此所谓“八虚”者,亦即表明,筋骨关节伤病与脏腑气血病变存在表里内外关系。

《素问·上古天真论篇第一》说:“……肝气衰,筋不能动。”《灵枢·经脉第十》说:“脉弗荣则筋急。”肝藏血、主筋,肝血充盈,有利于筋的正常活动;肝血不足,筋的功能就会发生异常。四肢关节的屈伸运动与肝有一定关系,而肝的病变,又可出现筋挛拘急等症状。

《素问·痿论篇第四十四》说:“……肾主身之骨髓……肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。”《灵枢·海论第三十三》又说:“脑为髓之海,……髓海有余,则轻劲多力,自过其度。髓海不足,则脑转耳鸣,胫痠眩冒,目无所见,懈怠安卧。”骨、髓与脑,属奇恒之府,与肾脏有密切关系,肾合骨、生髓、通脑,均同出于一源,既来源于先天的肾之精气,又为后天水谷精气所化生,所以,骨髓有滋生骨骼的作用,脑则维持肢体灵活行动,肾主骨、藏精、精生骨髓,骨髓、髓海充足,可促使肢体骨骼强壮有力;骨髓、髓海不足,则肢体骨骼萎弱甚而废用。

由此可见,骨关节损伤和疾病的发生、发展,与筋骨关系极其密切。

气 血

气血的功能,外可充养皮肉筋骨,内可灌溉五脏六腑,温煦肢体,濡养全身,周流运行不息,维持正常生命活动。气为血帅,血为气母,气血相辅相成,互相依附,循行全身,周流不息。若气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血走;反之,血凝则气滞,血虚则气虚,血脱则气亡。

《素问·阴阳应象大论篇第五》说:“气伤痛,形伤肿”。说明肿与痛是气血的病理反应。《难经第二十二难》说:“气留而不行者,为气先病也,血壅而不濡者,为血后病也”。气无形,血有形,气为血帅,血随气行,或气先伤及于血,或血先伤及于气,先痛而后肿为气伤形,先肿而后痛为形伤气,气血两伤,多肿痛并见。

《杂病源流犀烛》说:“跌仆闪挫,卒然身受,由外及内,气血俱伤病也。”“忽然闪挫,必气为之震,震则激,激则壅,壅则气之周流一身者,忽因所壅而聚在一处,……气凝在何处,则血亦凝在何处。”肢体损伤诸症,多伤及气血,伤气则气滞,伤血则血凝,气滞能使血凝,血凝能阻气行,以致病变而为血瘀;滞于肌表则为青紫肿痛,阻于营卫则郁而生热,积于胸胁则为痞满胀闷,结

于脏腑则为癥瘕积聚。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：跌打损伤之症，专从血论，“……或有瘀血停积，或为亡血过多。”“皮不破而内损者，多有瘀血；破肉伤筋，每致亡血过多”。如蓄血可引起瘀血泛注、瘀血攻心（气血错乱，瘀迷心窍），亡血可引起血脱晕厥（气随血脱，血随气亡）。

《素问·生气通天论篇第三》说：“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿”。《外科理例》认为：流注之证，“或腠理不密，寒邪客于经络，或闪扑……，瘀血流注关节，……皆因真气不足，邪得乘之。”这是由于伤病累及气血，以致运行失常，形成局部气血凝滞，或阻于肌肉，或留于筋骨，久则郁而化热，致使血肉腐败，酝酿液化成脓。

《洞天奥旨》说：“气血旺则外邪不能感，气血衰而内正不能拒”。气血的盛衰与伤病的发生、发展有一定关系，对伤病的过程、预后也有所影响。气血充足者，抗力强，病程短，恢复易；气血虚弱者，抗力弱，病程长，恢复难。

由此可见，骨关节损伤和疾病的发生、发展，与气血关系极其密切。

精 津

精是构成人体和维持生命活动的基本物质，即肾的先天之精与水谷后天之精。津液是人体内一切水液的总称，也是机体不可缺少的营养物质。精和津液，与气血同是脏腑功能活动的物质基础，它们的生成与转化，又是脏腑功能联合活动的结果，互相资生，互相消长、互相促进。

肾藏精、主水，津液的生成、分布、调节、转化，与肾都有密切关系。津液通过经络、联系脏腑，与气、血、精同出一源，并和皮肉、筋骨、脑髓也关系密切。《灵枢·决气第三十》说：“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津。……淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益脑髓，皮肤润泽，是谓液。”津是渗透、润泽于皮肉、筋骨之间，有温养充润的作用；液是流注、浸润于关节、脑髓之间，有濡养空窍的功能。因此，精与津液的生化，能使皮肤润泽、肌肉丰满、脑髓补益、骨髓充盈、筋骨劲强，肢体和关节便可活动自如，机体阴阳调节得以相对平衡。骨关节损伤和疾病，亦能导致精津亏耗，体液平衡失调，引起机体其他病变。

《素问·经脉别论篇第二十一》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱；水精四布，五经并行”。在正常生理功能情况下，体液代谢保持着动态平衡，若由于伤病影响，则发生平衡失调，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、舌裂无津、皮肤干燥、眼窝凹陷等失水症状，严重时则高热，并可出现休克。

《灵枢·营卫生会第十八》说：“夺血者无汗，夺汗者无血”。《伤寒论》又说：“诸亡血家不可汗”。汗为阴液，心之所主，津液所化；血与津液又有着密切的关系，亦即所谓津血同源。津液亏耗，可以导致气血虚衰；气血虚衰，又能引起津液不足。如久病伤阴或大汗之后，会相继出现气短气少、心悸怔忡、四肢厥冷、脉象微细等气血虚衰证候；大量失血之后，则往往出现口干烦渴、小便短少、大便秘结等津液不足证候。说明津液在生理病理上的重要意义，体液平衡失调常由于津液亏耗之故。

《灵枢·本神第八》说：“两精相搏谓之神。”《灵枢·平人绝谷第三十二》说：“神者，水谷之精气也。”《素问·六节脏象论篇第九》说：“味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生。”精、气、神三者，前人称为三宝，气的化生源于精，精的化生赖于气，精气生而津液成则表现为神；若精气伤、津液损，则失神，临床表现为危候。如机体因创伤、失血引起休克时，便会出现

神态异常(反应迟钝、表情淡漠、精神恍惚、烦躁不安或不省人事)、肢体出汗、皮肤湿润、尿量减少等征象。

由此可见,骨关节损伤和疾病的发生、发展,与精津关系极其密切。

第三章 辨证诊断

为了正确地认识伤科疾病,为治疗提供依据,运用望、闻、问、切四诊,结合实验室、放射科、病理科等检查,收集病史、症状、体征和有关检查资料等,结合辨证规律进行综合分析,判断属何病何证,即是辨证诊断。伤科辨证诊断是一项临床调查研究工作,各个环节是相互联系的,既要求有整体观念,进行全面检查,还要结合伤科特点,进行细致的局部检查。

第一节 问 诊

伤科问诊除按诊断学一般的原则和注意事项外,还需重点询问下列几个方面:

一、一般情况

(一) 性别、年龄 有些伤科疾病发病率与性别有关,先天性髋关节脱位多见于女性儿童。年龄与伤科疾病的诊治关系尤为密切,增生性关节炎多发生于40岁以后;肱骨髁上骨折多见于儿童;股骨颈骨折多见于老年人。骨折的功能复位标准也随年龄的不同而稍有差异。故应了解病人的性别和年龄。

(二) 籍贯、住址 有些伤科疾病的发生率与地区有关,且评定疗效,必须长期随访,故应详细询问患者的籍贯和联系地址。

(三) 职业、工种 为了更好地诊断和防治伤科疾病,应当询问病人具体的职业、工种和工作情况,还要了解其工种与发病有无关系,搬运工多腰腿痛,可采用宽腰带加以保护。正常的关节具有一定的稳定性和灵活性,若由于骨关节损伤和疾病而估计不能恢复原有的活动功能时,就必须考虑到患者的职业特点;某些工种对关节的稳定性要求较高,还有些工种对关节的灵活性要求较高,再结合患者对患肢恢复功能的最低限度要求来制定合理的治疗方案。

二、全身情况

(一) 发病情况 应详询问患者的发病情况和变化的急缓。由高处坠下或平地摔倒时,宜尽可能问清着地的姿势,肢体呈屈曲或伸直位,何处先着地;受重物压砸或打击时,须具体询问重物的种类、形状、重量、着力点在何部,以估计暴力的大小、方向、性质。有些疾病,外伤只是诱因。还有些疾病,患者误认为与外伤有关,其实和外伤没有多大的关系,通过询问病史可以进行鉴别,若患者肢体原来没有症状,功能也很好,伤后立刻有明显的症状,经过休息或固定后,症状逐渐减轻,这就可能是外伤性疾病,反之,则可能是非外伤性疾病。

(二) 神志 对各种不同程度的意识障碍(包括表情淡漠、神志不清、昏迷等),要询问其发生的时间及其与各种症状之间的先后关系,判断是否属外伤性疾病。如果是颅脑损伤,还须询问是否伴有呕吐,记忆力如何,有无中间清醒期或再度昏迷,以估计颅内损伤的程度。

(三) 寒热 要询问恶寒发热的程度和时间关系,感染性疾病时,恶寒与发热并见;颅脑损伤可引起高热;外伤性疾病可因瘀阻经络而化热,出现几天的低热,甚至积瘀蕴生热毒而成痈,出现高热寒战;骨关节结核可有午后潮热;恶性骨肿瘤晚期可有持续性发热。

(四) 汗 通过问汗液的排泄情况,可了解脏腑气血津液的状况,严重损伤或严重感染可

出现四肢厥冷,汗出如油的险象;化脓性感染可出现大热大汗;结核性感染则可出现潮热盗汗。

(五) 饮食 应查询饮食时间、食量、味觉、饮水情况等。对腹部损伤应询问其发生于饱食后或空腹时,以估计胃肠破裂后腹腔污染的程度,还应询问其是否口渴,是否欲食,喜冷饮或热饮,以估计津液损耗情况。

(六) 二便 对脊柱、骨盆、腹部伤病应问二便的次数、量、颜色。尾骨骨折移位者要询问大便是否困难、形态有无改变等。

三、局部情况

伤科疾病常见的情况是疼痛、活动功能障碍、畸形和肿胀,应虚心倾听患者叙述其症状表现及其妨碍生活、工作的程度。

(一) 疼痛 要询问疼痛的部位、性质、时间、与发病的关系,下腰部椎间盘突出症疼痛自腰部沿大腿后侧放射到踝、足外侧;髋关节痛则沿大腿内侧放射到膝部;骨折、韧带急性扭伤有锐痛;化脓性感染有跳痛;神经根受到刺激可有烧灼痛或刺痛;恶性骨肿瘤、儿童髋关节结核常在夜间更痛;劳损性疾病疼痛在休息时减轻,活动时加重;增生性关节炎则与此相反;受过损伤的肢体由于感受风寒湿邪,多在冬春季或天气变化时疼痛。只有详细地询问了疼痛的特点,再结合各方面检查的分析,对诊断才有比较正确的估计。

(二) 活动功能障碍 一般说来,有些股骨颈嵌入性骨折,患者仍能跛行或骑自行车,有些单纯轻度压缩性骨折,患者仍能坐立或行走,对这样的病例,应特别注意询问受伤的现场情况,从而了解其受伤机制,并认真地检查,才不致漏诊。对合并有脊髓或周围神经损伤的脊椎骨折、脱位患者,要询问瘫痪症状是出现在受伤当时、还是经过搬动或处理之后,以便判断造成这种合并症的真正原因及时间。

(三) 畸形 肢体畸形多由骨关节的破坏、移位、增生或软组织的瘫痪、挛缩所致,应详询畸形发生的时间及演变过程。

(四) 肿胀 须询问肿胀出现的时间,感染疾病多是先有肿后有痛,外伤性疾病则是先有痛后有肿。如系增生的肿物,更须询问先有肿物或先有疼痛,肿物增长速度如何。

四、其他情况

(一) 过去史 过去的健康情况与现在的疾病常有密切的关系,故应自出生起详加追询。按发病的年月顺序,记录主要的病情经过,当时的诊断、治疗,有无合并症或后遗症,特别是外伤和骨关节疾病的病史,更须详细询问。例如,对先天性斜颈、新生儿臂丛损伤要了解有无难产或产伤史;对骨关节结核要了解有无肺结核史。

(二) 个人史 应询问患者所从事的职业或工种的年限,劳动的性质条件及劳动时的体位;患者患病后的思想情况、要求以及精神状况等。对妇女要询问月经、妊娠、哺乳史等。

(三) 家族史 询问患者家族内的成员如父、母、兄、弟、姐、妹和子女的年龄及健康情况,如已死亡,则应追询其死亡原因、年龄,以及有无可能影响后代的疾病,这对骨肿瘤、先天性畸形的诊断尤有参考价值。

第二节 临床检查

临床检查是诊查疾病最基本的手段,是发现病人的客观体征以判断其病变的有无或部位性质的重要方法。一般要求全面了解病史之后才进行,但对急症可以一面了解病史,一面进行