

全国盲人按摩专业统编教材

伤科按摩学

郁国民 编写

孙呈祥 审阅

华夏出版社

全国盲人按摩专业统编教材

伤 科 按 摩 学

郁国民 编写

华 夏 出 版 社

1989年·北京

编审委员会名单

滕伟民	王永炎	陆和坤	孙呈祥	耿恩广
成为品	曹传瑞	吴振廷	刘冠伟	刘 成
郁国民	杨永谦	樊远文	张荆权	伏天云
秦 玺	王欲峰	郑天德	郭晓夏	席蛮侨
黄辅民	杨忠诚	李伟洪	金贵全	武振雨
魏庆春	黄锦培	邓满鱼		

2405/8103

全国盲人按摩专业统编教材

伤 科 按 摩 学

郁国民 编写

•
华夏出版社出版发行
(北京东直门外香河园柳芳南里)
新华书店经销
双桥印刷厂印刷

•
787×1092毫米16开本 11.5印张 254千字 插页3
1989年 月北京第1版 1989年 月北京第1次印刷
印数1—5500册
ISBN7—80053—689—O/R·047
定价：6.55元

前 言

为了促进我国按摩事业的发展,提高盲人中等按摩教学的质量,国家民政部人事教育局和中华盲人按摩中心于1987年决定组织全国各地盲人按摩教学专家和北京中医学院的一些著名教授,编写一部盲人中等按摩专业统编教材,并于当年7月在大连召开了第一次编审会议。1988年中国残疾人联合会成立后,加强了盲人按摩工作,在国务院转发的《中国残疾人事业五年工作纲要》中,要求大力发展盲人按摩事业;使本教材的编写工作进一步提到议事日程上来。并在黄山召开第二次编审会议。

在教材编写过程中,我们要求承担编写任务的专家要认真参照全国中等卫生学校的统编教材最新版本,突出盲人按摩的特点,结合临床按摩和教学经验,综合各地盲人按摩人员的意见,力求使这套教材在理论上具有科学性、系统性和完整性。尤其在按摩学部分,坚持理论联系实际的原则,正确处理继承和发扬的关系,在教材内容的深度、广度方面,都从本课程的性质、任务出发,既对本学科的基础理论知识和基本技能进行了较全面的阐述。同时又尽量减少了各学科间教材内容不必要的重复和某些脱节。

本套教材计有人体解剖学、生理学及生物化学、病理学、微生物与寄生虫学、诊断学基础、内科学、外科学、妇科学、儿科学、中医基础理论、中医诊断学、中药与方剂、经络腧穴学、医古文、古典医著、按摩学基础、内科按摩学、伤科按摩学、妇科按摩学、儿科按摩学、各家按摩学说以及语文、政治、体育、音乐等25门。其中基础课程主要以全国中等卫生学校统编教材为蓝本,根据盲人的特点加以充实,修改而编写成的。所以这套教材不仅适合盲人按摩人员教学使用,也可供其他人员学习或参考。

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,必须不断地予以锤炼和修改。本套教材是初次编写,不可避免地存在不足之处,因此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,为进一步修订作准备,逐步使之成为科学性更强,教学效果更好的盲人中等按摩专业教学用书,以期更好适应我国盲人按摩事业发展的需要。

全国盲人中等按摩专业统编教材编审委员会

1989年4月

编写说明

本书是根据三年制教学计划及全国中等按摩专业统编教材编审委员会讨论制定的教学大纲编写的。供中医按摩医士专业使用。

《伤科按摩学》是中医按摩学科的一个重要组成部分，是研究防治皮肉、筋骨、气血、脏腑、经络等损伤疾患的一门科学。全书包括总论、伤筋、关节脱位、后遗症、功能锻炼5部分，共计12章、26节 80余个病症，约21万余字。总论分为4章，概述了中医伤科学发展简史、损伤的病因病机、损伤的分类与辨证诊断、伤科手法与施法原则。伤筋分为4章，较系统地论述了伤筋概论、脊柱与四肢部常见损伤性疾病。关节脱位分为2章，既论述了脱位的基础理论，又阐明了常见关节脱位的整复手法。后遗症为1章，即损伤后遗症，阐明了骨折及神经损伤后遗症的诊治。功能锻炼为1章，论述了功能锻炼的重要意义及脊柱与四肢部常用的功能锻炼方法，供教学时参考。

以上各章节基本上概括了《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的掌握《伤科按摩学》基本理论、基本知识和基本技能，运用中西医结合防治伤筋、脱位等损伤性疾病，为整理、研究中医伤科按摩打下了基础。

本书在编写过程中，曾得到本校按摩教研室、中医教研室、西医教研室部分教师的大力协助，在全国按摩教材编审会议上编委们及北京中医学、首都医院教授、专家对本书讨论稿提出了宝贵的修改意见，在此谨表示深切谢意。由于编者水平有限，本教材中缺点和错误在所难免，欢迎批评指正。请各校师生在使用过程中及时提出宝贵意见，以便不断总结经验，进一步修订提高。

河南省盲人按摩学校

1988年8月

目 录

第一部分 总 论

第一章 中医伤科学发展简史.....	(1)
第二章 损伤的病因病机.....	(4)
第一节 病因.....	(4)
第二节 病机.....	(5)
第三章 损伤的分类与辨证诊断.....	(8)
第一节 分类.....	(8)
第二节 辨证诊断.....	(11)
第四章 伤科按摩手法与施治原则.....	(24)

第二部分 伤 筋

第五章 伤筋概论.....	(28)
第一节 病因.....	(28)
第二节 分类.....	(29)
第三节 临床表现.....	(30)
第四节 治疗原则.....	(30)
第六章 上肢伤筋.....	(32)
第一节 肩部病症.....	(32)
一、肱二头肌损伤.....	(32)
(一)肱二头肌短头腱损伤.....	(32)
(二)肱二头肌长头腱滑脱.....	(33)
(三)肱二头肌长头腱鞘炎.....	(34)
二、冈上肌损伤.....	(35)
三、冈下肌损伤.....	(35)
四、小圆肌损伤.....	(36)
五、菱形肌损伤.....	(37)
六、肩关节周围炎.....	(37)
七、小儿牵拉肩.....	(40)
第二节 肘部病症.....	(41)
一、肱骨外上髁炎.....	(41)
二、肱骨内上髁炎.....	(43)

三、尺骨鹰嘴滑囊炎·····	(44)
第三节 腕、手部病症·····	(45)
一、腕关节扭伤·····	(45)
二、桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎·····	(46)
三、腕部腱鞘囊肿·····	(48)
四、桡尺远端关节分离伴韧带损伤·····	(49)
五、腕管综合征·····	(50)
六、手指屈肌腱鞘炎·····	(51)
七、指关节挫伤·····	(53)
第七章 脊柱部伤筋·····	(54)
第一节 颈、背部病症·····	(54)
一、颈椎病·····	(54)
二、寰枢关节半脱位·····	(59)
三、颈、背部筋肉损伤·····	(61)
(一)胸锁乳突肌损伤·····	(61)
(二)斜方肌损伤·····	(62)
(三)提肩胛肌损伤·····	(62)
(四)前斜角肌损伤·····	(63)
(五)夹肌损伤·····	(63)
第二节 胸部病症·····	(64)
一、胸椎小关节紊乱症·····	(64)
二、胸壁筋肉挫伤·····	(66)
第三节 腰部病症·····	(67)
一、棘上韧带损伤·····	(72)
二、腰椎后关节紊乱症·····	(73)
三、急性腰扭伤·····	(75)
四、慢性腰部劳损·····	(78)
五、退行性脊柱炎·····	(80)
六、第三腰椎横突综合征·····	(81)
七、腰椎间盘突出症·····	(83)
八、椎弓峡部不连伴脊椎滑脱症·····	(91)
九、腰椎管狭窄症·····	(94)
【附】腰骶椎变异与腰痛·····	(96)
第四节 引起腰腿痛的其它疾病·····	(98)
一、类风湿性脊柱炎·····	(98)
二、腰椎间盘突出(不合并神经根受压)·····	(98)
三、椎弓间韧带损伤·····	(98)
四、老年性骨质疏松·····	(99)

五、致密性髂骨炎	(99)
六、骶髂关节结核	(100)
七、椎体骨骺炎	(100)
八、腰椎结核	(100)
九、脊椎肿瘤	(101)
十、马尾神经瘤	(101)
十一、姿势性腰痛	(102)
十二、内、妇科腰痛	(102)
第八章 下肢伤筋	(103)
第一节 臀部病症	(103)
一、梨状肌损伤综合征	(103)
二、臀上皮神经区损伤综合征	(105)
三、臀大肌劳损	(107)
四、阔筋膜张肌损伤	(108)
第二节 股部病症	(108)
一、大腿内收肌损伤	(108)
二、股四头肌损伤	(110)
三、腓绳肌损伤	(111)
第三节 膝部病症	(112)
一、膝关节半月板损伤	(112)
二、膝关节侧副韧带损伤	(115)
三、膝部脂肪垫损伤	(117)
第四节 踝部病症	(118)
一、踝关节扭伤	(118)
二、踝管综合征	(120)
三、跟腱扭伤	(121)
四、跖腱膜劳损	(122)
五、腓骨长短肌腱滑脱	(123)
〔附〕外伤性滑囊血肿	(124)
六、肘后滑囊血肿	(124)
七、腕背侧滑囊血肿	(125)
八、髌上滑囊区血肿	(126)

第三部分 关节脱位

第九章 关节脱位概论	(128)
第一节 人体关节概况	(128)
第二节 关节脱位概述	(133)
第十章 关节脱位各论	(137)

第一节	颞颌关节脱位	(137)
【附】	颞颌关节弹痛症	(138)
第二节	上肢关节脱位	(139)
一、	肩关节脱位	(139)
二、	肘关节脱位	(141)
三、	小儿桡骨小头半脱位	(143)
四、	腕月骨脱位	(144)
五、	掌指关节脱位	(145)
六、	指间关节脱位	(145)
第三节	髌髁关节半脱位	(146)
一、	耻骨联合分离	(148)
第四节	下肢关节脱位	(149)
一、	髌关节脱位	(149)
二、	小儿髌关节半脱位	(151)
三、	膝关节脱位	(152)
四、	跖趾关节脱位	(153)

第四部分 后 遗 症

第十一章	损伤后遗症	(154)
第一节	四肢关节僵直症	(154)
第二节	胸腰椎压缩性骨折(外伤性截瘫)	(160)
第三节	周围神经损伤	(165)

第五部分 功 能 锻 炼

第十二章	功能锻炼	(168)
第一节	概述	(168)
第二节	常用功能锻炼方法	(170)

第一部分 总 论

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、比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、生产实践紧密相关。距今100多百万年前,我们的祖先为了生存,便依靠着集体的智慧和力量,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,也常常发生外伤。原始人就在损伤疼痛、肿胀处抚摸、按压,以减轻痛苦。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、草茎等进行涂裹。这便是外治法的起源。

公元前11世纪的周代,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、折疡”的治疗。这里所说的“金疡”,即“金创”,指由金属器刃损伤肢体所致创伤;“折疡”概括了击、堕、跌、扑所致的骨断筋伤等疾病。其治疗办法也比较丰富,除内服中药外,还有敷药(祝药)和手术(刮杀)等治疗措施。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“金疮”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的发展。《内经》是我国医学文献中现存最早的一部典籍,它比较系统、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》论述了附属于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，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肌肉瘫痪松弛，另一部分肌肉痉挛、缩短，继而可引起关节畸形。在治疗上，已广泛采用针灸、熨贴、按摩和药物等方法。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……处足则为痿为躄。”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了理论基础。

汉代（公元前206年～公元220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、针灸治病，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，张仲景所著的《伤寒杂病论》是我国第一部临床医学巨著。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症状，并提出伤口必须在受伤后立即缝合的正确观点。

唐代（公元618～907年），孙思邈著《千金方》中记载了颞颌关节脱位的复位手法。“一人以手指牵其颐以渐推之，则复入矣，推当疾出指，恐误啮伤人指也”（治失欠颊车碰开张不合方），并指出整复后可采用蜡疗和热敷，以助关节功能的恢复。这是世界上最早的治疗颞颌关节脱位的复位方法，直至现在仍被普遍沿用。王焘著《外台秘要》，主张用毡做湿热敷，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，他则采用经过煮沸消毒的水冲洗污染的伤口和骨片，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：“凡铍脊骨，不可用手整顿，须用软绳以脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠，……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。”该书还把髋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，须用一人手把住患人身，一人拽脚，用手尽力搦归窠，或是铍开。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年),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,夹缚器具及内外治法方药,记述最详,既有理论,尤重实践,图文并茂,是一部较完整的正骨书籍。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,并运用手法治疗腰腿痛等伤筋疾患,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,机触于外,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。这一观点目前仍为大家所推崇。在固定方面,“爱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,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。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学骨伤科学的重要文献。

伤科学在我国有着数千年的悠久历史,我国劳动人民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的国家。随着帝国主义的文化侵略,西方医学传入中国,使中医骨伤科学受到了极大的摧残。在此期间伤科学著作甚少,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,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,尤其按摩推拿医务人员以辨证唯物主义为指导,实行中西医结合,积极开展手法治疗骨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(推拿)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,对伤科医学的发掘、继承、提高起到了积极作用。按摩医学在伤科领域中的广泛运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,对世界医学科学做出了一定贡献。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,发扬祖国医学遗产,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 损伤的病因病机

第一节 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、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、扭掇、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常发生于外力接触的部位,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峡部、跖骨等疲劳骨折或慢性肌肉劳损等。

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、体质、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。在不同的情况下,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。

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统一的整体,其正常生命活动有赖于气血、筋骨、脏腑、经络等各部分之间的功能正常。若机体受到外在因素的作用或内在因素的影响而遭受损伤后,气血、筋骨、脏腑、经络之间的功能失调,一系列症状便随之产生。正如《正体类要》所说:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”这就说明了局部与整体的关系是相互作用、相互影响的。所以,在整个诊治过程中,应从机体的整体观念出发,对气血、筋骨、经络、脏腑之间的生理、病理关系加以研究,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,导致脏腑的不和;亦可由脏腑不和引起经络、气血病变,导致皮肉筋骨病损。现按气血、筋骨、经络、脏腑等几个方面阐明其病机。

一、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,维持人体正常生命活动。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》曰:“气伤痛,形伤肿。”说明肿与痛是气血损伤的病理反应。《难经·第二十二难》指出:“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。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》曰:“跌扑闪挫,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,则血亦凝在何处矣。”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》曰:“跌打损伤之证,专从血论,须先辨或有瘀血停积,或为亡血过多。”“皮不破而内损者,多有瘀血;破肉伤腠,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)。

《洞天奥旨》曰:“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,抵抗力强,病程短,易恢复;气血虚弱者,抵抗力弱,病程长,恢复难。

由此可见,骨关节损伤和疾病的发生、发展,与气血的关系极其密切。

二、筋 骨

筋可联络骨骼，维持肢体活动。骨有支持躯体、保护内脏的功能。《灵枢·经脉篇》曰：“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，肝血充盈则筋得所养，肾髓充则骨骼劲强。肝肾精气的盛衰，关系到筋骨的成长与衰退。

筋骨损伤和疾病可累及气血。损骨能伤筋，伤筋亦可损骨，伤筋损骨还可累及肝肾精气，肝肾精气充盛的人，筋骨盛长，筋骨损伤后修复较快；肝肾精气衰的人，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，就能促进损伤筋骨的修复。

《灵枢·邪客》曰：“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。邪气恶血固不得住留，住留则伤筋络骨节。”人体四肢的肘、腋、髀、腠是气血循行的重要部位，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着内外、表里关系。

《素问·上古天真论篇》曰：“肝气衰，筋不能动。”《灵枢·经脉篇》曰：“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。

《素问·痿论篇》曰：“……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·海论篇》曰：“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，胫酸眩冒，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，即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，脑则有维持肢体灵活运动的功能。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，甚至废用。

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。

三、经 络

《灵枢·本脏》曰：“经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”指出了经络是运行气血的通路，它内联脏腑，外络肢体，沟通表里，贯穿上下，调节人体各部功能。因此，经络畅通，则气血调和，濡养周身，肢体健强，维持脏腑正常生理活动功能。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；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》曰：“损伤之患，必由外侵内，而经络脏腑并与俱伤”，“其治之之法，亦必于脏腑经络间求之。”例如胸部内伤，症见胸满气短，其痛则在肋肋。其病机就与经络有关，因胸为肺之分野，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。因此，胸部内伤，除有心肺的症状外，还有经络循行部位的症状。

古人认为：“腰乃脉络经俞之大合。”《诸病源候论》曰：“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，脊椎骨折脱位合并督脉损伤时，可出现肢体麻木不仁、活动失灵(功能丧失)。合并足太阳膀胱经损伤时，可出现泌尿系统功能障碍。合并手阳明大肠经损伤时，则出现大便功能障碍。

《医宗金鉴·外科心法要诀》曰：“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。脏腑内的病变，若邪毒波及体表，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、发展与经络的关系亦极密切。

四、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，皮肉筋骨失去濡养以致引起肢体病变。《素问·至真要大论》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；诸病痒疮，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晕目眩，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，胁肋疼痛，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，多为脾阳失运的病候；红肿结块，焮热疼痛，肉腐化脓，高热昏迷等症，多为心火热毒的病候。

《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“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·杂疮毒门》曰：“从高坠堕而未经损破皮肉者，必有瘀血流注脏腑”。此外，朱丹溪曰：“凡损伤专主血论。肝主血，不论何经所伤，恶血必归于肝，流于胁，郁于腹而作胀痛”。所有这些论述，都说明损伤瘀血可反映于脏腑而引起病候。

《内经》认为：肾藏精、主骨，有促进骨骼生长发育和滋生骨髓、脑髓的作用。骨髓贮于骨腔，以养骨骼；脊髓上通于脑，以充养脑髓。肾精充足，则骨髓得养、脑髓充盈，人即精力充沛，耳聪目明，记忆力强，骨骼强健，行动轻捷，矫健有力。如肾精亏损、骨髓不充，则可见骨软齿摇，腰酸腿软，不能久之，不能劳作，或病骨痿，或易骨折；在小儿则见发育迟缓，囟门迟闭。脑髓失充则记忆力差，或见失眠，眩晕、耳鸣等病症。阐明了“肾主骨”的生理病理机制及骨髓充盈与否均取决于肾气盛衰。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，可以诱发骨劳。从而说明脏腑病候与骨关节病变关系密切，且互相影响。

由此可见，骨关节损伤和疾病的发生、发展与脏腑的关系同样极为密切。

第三章 损伤的分类与辨证诊断

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。损伤的含意相当广泛。根据历代文献的记载,祖国医学对于损伤性疾病早有认识,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

(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。今既破其皮肉,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。

由于受伤方式及伤口深浅的不同,又可分为以下几种:

(1) 擦伤 皮肤受到粗糙面擦过所致的浅层破损,伤面有擦痕及小出血点。

(2) 裂伤 受钝力打击所致的皮肤及皮下组织裂开,伤口边缘不整齐。

(3) 割伤 为锐利器具切割所致,创口较整齐,常呈直线状,深浅程度可不同,深部血管、神经、肌腱可被割断,出血较多。

(4) 刺伤 为尖细物刺入软组织内,伤口不大,但一般较深,深部重要器官可以受到损伤,致伤物也可以折断于深部组织内。

(5) 穿入伤 多为高速度的枪弹片所致,组织损伤面积一般较大,致伤物可留在体内,并将污物带入组织内。

(6) 贯通伤 致伤情况与穿入伤相似,有出入两个伤口,也可将污物带入伤口内。

2. 挫伤 系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及深部血肿。但若暴力过大时,力的作用可由外及内,同时并发内部较重的损伤,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