

普通高等教育中医药类规划教材

中医筋伤学

(供中医骨伤专业用)

主 编 韦贵康
副主编 黄宪章
主 审 刘柏龄 邓福树



上海科学技术出版社

普通高等教育中医药类规划教材

中 医 筋 伤 学

(供中医骨伤专业用)

主 编 韦贵康
副主编 黄宪章
编 委 刘克忠 陶有略 涂 丰
主 审 刘柏龄 邓福树

上海科学技术出版社

普通高等教育中医药类规划教材

中医筋伤学

(供中医骨伤专业用)

主编 韦贵康

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 常熟第六印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15.25 字数 357.000

1997年6月第1版 1997年6月第1次印刷

印数 1—4,000

ISBN 7-5323-4289-1/R·1144(课)

定价: 11.85元

普通高等教育中医药类规划教材

顾问委员会名单

(按姓氏笔画排列)

王玉川	王绵之	邓铁涛	刘志明	刘弼臣	刘渡舟
江育仁	杨甲三	邱茂良	罗元恺	尚天裕	赵绍琴
施奠邦	祝湛予	顾伯康	董建华	程莘农	裘沛然
路志正					

编审委员会名单

主任委员：张文康

副主任委员：于生龙 李振吉 陆莲舫

委员：(按姓氏笔画排列)

于生龙	于永杰	万德光	马宝璋	马 驥
王永炎	王世成	王和鸣	王洪图	王萍芬
王新华	王韵珊	王耀庭	韦贵康	邓福树
龙致贤	叶传蕙	叶定江	石学敏	丘和明
丘德文	皮持衡	朱文锋	任继学	刘柏龄
刘振民	孙国杰	孙 校	杜 健	杨兆民
杨春澍	李任先	李安邦	李明富	李振吉
李家实	李 鼎	严世芸	严振国	吴敦序
何 珉	肖崇厚	沈映君	陈 奇	陈大舜
陈子德	陆莲舫	陆德铭	张文康	张六通
张安楨	张志刚	张绚邦	张殿璞	张范亭
罗永芬	周梦圣	郑守曾	尚炽昌	宗全和
孟 如	项 平	柯雪帆	钟 淼	段逸山
段富津	施 杞	施顺清	施雪筠	袁 浩
钱 英	徐生旺	高尔鑫	郭诚杰	梁颂名
葛琳仪	彭胜权	傅世垣	曾诚厚	雷载权
黎伟台	戴锡孟	魏 民	魏 稼	魏璐雪

前 言

根据国家教委《全国普通高等教育“八五”期间教材建设规划纲要》“要集中力量抓好本科主要专业主干课程教材建设”的精神,国家中医药管理局统一组织编审出版了普通高等教育中医药类规划教材。本套教材包括中医学、中药学专业的的主要课程和针灸、中医骨伤科学专业主要专业课程教材,计有《医古文》、《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医急诊学》、《内经选读》、《伤寒论选读》、《金匱要略选读》、《温病学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《病理学》、《生物化学》、《诊断学基础》、《内科学》、《针灸学》、《经络学》、《腧穴学》、《刺法灸法学》、《针灸治疗学》、《中医骨伤科学基础》、《中医骨伤学》、《中医骨病学》、《中医筋伤学》、《中医学基础》、《药用植物学》、《中药化学》、《中药药理学》、《中药鉴定学》、《中药炮制学》、《中药药剂学》、《中药制剂分析》、《中药制药工程原理与设备》等三十八门课程教材及其相关实践教学环节教材。

为了提高教材质量、深化教学领域改革,国家中医药管理局于一九九二年四月在杭州召开了全国中医药本科教材建设工作会议,研究部署了本套教材的建设工作,会后下发了《普通高等教育中医药类规划教材编写基本原则》、《普通高等教育中医药类规划教材组织管理办法》、《普通高等教育中医药类规划教材主编单位招标办法》等文件。通过招标,确定并聘任了各门教材主编。一九九二年十一月在北京召开的普通高等教育中医药类规划教材建设工作会议上,成立了普通高等教育中医药类规划教材编审委员会,讨论研究了本套教材的改革思路,并组成了各门教材编写委员会,确定了审定人。

为了保证教材的编写质量,先后召开了几次工作会议和教材审定会议,对各部门课程教学大纲、教材编写提纲及教材内容进行了认真审定。最后,还征求了本套规划教材顾问委员会各位名老中医药专家的意见。通过多次会议以及全体编委审定人的共同努力,在名老中医药专家的指导下,使本套教材在前五版统编教材的基础上,在符合本科专业培养目标的实际需要方面,在理论联系实际、保持中医理论的系统性和完整性,反映中医药学术发展的成熟内容和教育改革新成果方面,在明确各门教材的教学目的、确定教材内容的深广度、促进教材体系整体优化等方面有了较大的提高,使本套规划教材内容能具体体现专业业务培养的基本要求 and 教学质量测试的基本标准。对少数教材根据课程设置的需要,进行了较大幅度的改革,使之更符合教学的需要。根据国家教委有关文件精神,各高等中医药院校、高等医药院校中医药类专业应优先选用这套由国家中医药管理局统一规划组织编审的规划教材。

随着中医药高等教育工作的不断改革与深化,本套教材不可避免地还存在一些不足之处,殷切希望各地中医药教学人员和广大读者在使用过程中,提出宝贵意见,以促使本套教材更臻完善和更符合现代中医药教学的需要。

普通高等教育中医药类规划教材编审委员会

一九九四年十二月

编写说明

本教材是由广西中医学院韦贵康教授中标主编，黄宪章、刘克忠、陶有略、涂丰等参加编写。

全书共分 12 章，插图 236 幅。总论较全面地概述了筋伤的病因病机、诊断与治法，其余内容从这些方面展开，分别详述了上肢、下肢、颌颈、胸背、腰骶及周围神经和周围血管的筋伤疾患。

在编写过程中，我们不仅吸收了以往历次教材的优点和当前国内外较新的有关资料及研究成果，同时也适当结合了编者多年的教学及临床实践经验。既注重突出中医特色，又努力与现代科学技术相结合，从临床教学的深度和广度考虑，对本学科的基础理论知识和临床技能进行了较全面地阐述。

因水平有限，书中不足、错漏之处难免，恳请各院校教学人员和广大读者在使用过程中，提出宝贵意见，以便进一步修改提高。

中医筋伤学编委会

1996 年 8 月

目 录

第一章 总论	1	第三节 膝关节半月板损伤	118
第一节 概述	1	第四节 膝关节创伤性滑膜炎	120
第二节 筋伤的病因病机	3	第五节 髌腱断裂	121
第三节 筋伤的诊断	10	第六节 髌前、髌下滑膜囊炎	122
第四节 筋伤的治法	23	第七节 髌骨软化症	123
第二章 肩部筋伤	62	第八节 髌下脂肪垫肥厚	125
第一节 肩部扭挫伤	64	第九节 膈窝囊肿	126
第二节 冈上肌腱炎	66	第十节 腓肠肌损伤	127
第三节 肩袖损伤	68	第七章 踝及足部筋伤	128
第四节 肱二头肌长头肌腱炎	70	第一节 距小腿关节内、外侧韧带损伤	129
第五节 牵拉肩	72	第二节 跗跖关节扭伤	130
第六节 肱二头肌腱断裂	73	第三节 跟腱断裂	131
第七节 肩关节周围炎	74	第四节 跟腱滑膜囊炎	133
第八节 肩峰下囊炎	77	第五节 跟腱炎	133
第三章 肘部筋伤	79	第六节 踝管综合征	135
第一节 肘关节扭挫伤	79	第七节 腓骨长、短肌腱滑脱	136
第二节 肱骨外上髁炎	80	第八节 跟痛症	137
第三节 肱骨内上髁炎	83	第九节 跖痛症	142
第四节 旋前圆肌综合征	83	第十节 拇趾滑膜囊炎	143
第五节 旋后肌综合征	86	第八章 颌颈部筋伤	145
第六节 肘关节骨化性肌炎	87	第一节 颞下颌关节紊乱症	145
第七节 尺骨鹰嘴滑膜囊炎	90	第二节 颈部急性扭挫伤	147
第四章 腕及手部筋伤	92	第三节 落枕	148
第一节 桡腕关节扭挫伤	92	第四节 颈椎病	149
第二节 腕关节盂损伤	93	第五节 肌性斜颈	155
第三节 桡侧腕伸肌腱周围炎	95	第六节 颈椎关节突关节错缝	156
第四节 腕管综合征	97	第九章 胸背部筋伤	159
第五节 指伸、指屈肌腱断裂	98	第一节 胸部扭挫伤	159
第六节 腱鞘囊肿	101	第二节 项背筋膜炎	160
第七节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	102	第三节 胸廓出口综合征	161
第八节 指屈肌腱鞘炎	103	第四节 胸椎关节突关节错缝	164
第五章 腕及大腿部筋伤	105	第十章 腰骶部筋伤	167
第一节 股四头肌损伤	105	第一节 急性腰扭伤	169
第二节 股内收肌群损伤	107	第二节 慢性腰肌劳损	176
第三节 髌关节一过性滑膜炎	109	第三节 第3腰椎横突综合征	177
第四节 弹响髌	111	第四节 腰椎间盘突出症	179
第五节 股骨大转子滑囊炎	112	第五节 腰椎椎管狭窄症	186
第六章 膝关节及小腿筋伤	114	第六节 髌膝关节损伤	189
第一节 膝关节胫、腓韧带韧带损伤	115	第七节 腰椎退行性滑脱	192
第二节 膝交叉韧带损伤	117	第八节 腰臀部筋膜炎	193
第三节 膝关节半月板损伤	118		
第四节 膝关节创伤性滑膜炎	120		
第五节 髌腱断裂	121		
第六节 髌前、髌下滑膜囊炎	122		
第七节 髌骨软化症	123		
第八节 髌下脂肪垫肥厚	125		
第九节 膈窝囊肿	126		
第十节 腓肠肌损伤	127		
第七章 踝及足部筋伤	128		
第一节 距小腿关节内、外侧韧带损伤	129		
第二节 跗跖关节扭伤	130		
第三节 跟腱断裂	131		
第四节 跟腱滑膜囊炎	133		
第五节 跟腱炎	133		
第六节 踝管综合征	135		
第七节 腓骨长、短肌腱滑脱	136		
第八节 跟痛症	137		
第九节 跖痛症	142		
第十节 拇趾滑膜囊炎	143		
第八章 颌颈部筋伤	145		
第一节 颞下颌关节紊乱症	145		
第二节 颈部急性扭挫伤	147		
第三节 落枕	148		
第四节 颈椎病	149		
第五节 肌性斜颈	155		
第六节 颈椎关节突关节错缝	156		
第九章 胸背部筋伤	159		
第一节 胸部扭挫伤	159		
第二节 项背筋膜炎	160		
第三节 胸廓出口综合征	161		
第四节 胸椎关节突关节错缝	164		
第十章 腰骶部筋伤	167		
第一节 急性腰扭伤	169		
第二节 慢性腰肌劳损	176		
第三节 第3腰椎横突综合征	177		
第四节 腰椎间盘突出症	179		
第五节 腰椎椎管狭窄症	186		
第六节 髌膝关节损伤	189		
第七节 腰椎退行性滑脱	192		
第八节 腰臀部筋膜炎	193		

第九节 臀肌挛缩症	194	第三节 周围神经损伤的治疗	203
第十节 梨状肌综合征	195	第四节 上肢神经损伤	205
第十一节 坐骨结节滑膜囊炎	197	第五节 下肢神经损伤	209
第十二节 骶尾部挫伤	198	第十二章 周围血管损伤	211
第十一章 周围神经损伤	200	第一节 四肢血管损伤的病理类型	212
第一节 周围神经的解剖、生理、病理、损伤 原因及分类	200	第二节 四肢血管损伤的诊断	213
第二节 周围神经损伤的检查	202	第三节 四肢血管损伤的处理	214
		附方索引	220

第一章 总 论

第一节 概 述

中医筋伤学是在中医骨伤学的基础上逐步发展而形成的分支学科，为骨伤科的重要组成部分，是研究人体筋伤病因、病机、诊断、辨证治疗和预防的一门临床学科。

综合历代中医文献记载，结合现代医学解剖知识，所谓“筋”主要是指人体的皮肤、皮下浅深筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊、滑膜囊、椎间盘、周围神经及血管等软组织。凡因各种急性外伤或慢性劳损以及风寒湿邪侵袭等原因造成的人体上述组织病理损害，统称为“筋伤”，即相当于现代医学的软组织损伤范畴。

引起筋伤的原因比较复杂，往往是内外因素综合的结果。全身性的内在因素与局部筋伤的发生有密切的联系，局部筋伤也可引起全身性的病理变化。筋伤不一定伴有骨折、脱位，但是骨折、脱位一般都伴有不同程度的筋伤。骨折愈合或脱位整复后仍遗留有各种筋伤症状的病例在临床上是比较常见的，这表明筋伤与骨折、脱位有着密切的内在联系。

外来暴力、强力扭转、牵拉压迫、跌扑闪挫或慢性劳损及风寒湿邪侵袭等均可导致筋伤，故在现代工农业生产、交通运输、体育运动、军事训练或日常生活中筋伤的发病率较高，在骨伤科患者中所占比重较大。因此，系统地学习和掌握筋伤诊断治疗学的有关知识和技能，是骨伤科临床、教学和科研工作人员所不可缺少的基本要求之一。

祖国医学很早就对筋伤疾病有所认识，据古文字专家考证，出土于商代的甲骨文卜辞中就有“疾手”、“疾肘”、“疾胫”、“疾止”等病名记载，并有使用按摩、外敷药物治病的记录。《吕氏春秋·古乐篇》介绍有：“昔陶唐之始，阴多滞伏而湛积……民气郁阏而滞着，筋骨瑟缩不达，故作为舞以宣导之。”《周礼·天官》载：“以酸养骨，以辛养筋……”等。

据史料考证：原始先民在劳动、生活和原始部落之间的冲突中，在与虫蛇猛兽的搏斗中，各种创伤疾病在所难免。古人通过用手抚摸、按压肿痛之处以祈减轻疼痛，用树叶、草茎等涂擦、包扎伤口或固定肢体以止血、消肿、止痛，这便是外治法的起源，也是筋伤原始疗法的起源。

筋伤学形成和发展于人类社会的生产和生活实践之中，从帛画《导引图》记载的44幅治痹、厥的各种术式中，我们可以窥见古人对包括筋伤在内疾病的治疗、保健方法之一斑。

战国、秦汉时期，《内经》、《难经》、《神农本草经》等医籍相继问世，奠定了祖国医药学的理论基础，也奠定了筋伤诊治学的理论基础。《内经》中除有“筋”的概念外，还有“筋膜”、“经筋”、“宗筋”等名称，并提出了：“宗筋主束骨而利关节也。”（《素问·痿论篇》）说明了人体的筋附着于骨上，其主要功能是连接关节、络缀形体、主司关节运动等。因此，凡是肢体运动功能障碍或丧失的病变，都可责之于筋。“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”（《素问·长刺节论篇》）“经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收，阴痿不用。”（《灵枢·经筋》）《内经》对“筋”的论述内容是很丰富的，不但其提出的有关概念一直沿用到现代，而且以后中国历代医家对于“筋”的生理、病理的论述都是在《内经》的基础上加以阐发的。《神农本草经》则

记载了 60 多种治疗折骨绝筋、腰痛、痹痛的药物，这些药物至今仍在临床治疗筋伤疾病中经常使用。

《内经》、《难经》等医籍对筋伤诊治学更为重要的影响在于其阐述了人体是一个有机的整体，构成人体的各个组成部分之间在结构上是不可分割的，在功能上是相互协调、相互为用的，在病理上是相互影响的。这种以五脏为中心，通过经络系统，把六腑、五体、五官、九窍、四肢百骸等全身组织器官联系成有机整体，并通过精、气、血、津液来完成机体功能运动的认识不仅一直有效地指导着筋伤诊治学的临床实践，而且奠定了筋伤诊治学辨证论治的理论基础。

汉代华佗创编了“五禽之戏”，以“引挽腰体，动诸关节。”达到“谷气得消，血脉流通，病不得坐。”因此，部分筋伤疾患亦可在“血脉流通”中得到防治。

晋代葛洪所著《肘后救卒方》，对筋伤肿胀、疼痛等用活血化瘀药物内服外用，并加入酒剂以加强活血力量，或用药物熨患处，或用药酒、药醋涂擦患处以缓解症状。直至今，这些方法仍沿用来治疗软组织损伤疾病。

隋代巢元方等编著了《诸病源候论》一书，其中如“金疮伤筋断骨候”、“金疮筋急相引不得屈伸候”等记载了人体运动障碍、循环障碍、神经麻痹等临床症状，并介绍了筋的断裂伤、开放性伤口的正确缝合方法。唐代孙思邈《备急千金要方》不仅记载了筋伤的内外用药，还记载了“老子按摩法”、“天竺国按摩法”，归纳了擦、捻、抱、推、振、打、顿、捺等治疗筋伤的手法。

唐代蔺道人著《仙授理伤续断秘方》是我国现存的第一部中医骨伤科专著。该书强调的动静结合、筋骨并重、内外兼治和医患合作的治疗思想，逐渐成为筋伤治疗中所遵循的基本原则。

宋、元近 400 年间，是中国骨伤临床学科迅速发展的历史时期，涌现了不少医学专著。如李仲南著《永类钤方》、危亦林著《世医得效方》等，对元以前的骨伤科成就进行了总结和发挥，逐步确立了治疗创伤活血化瘀、养血舒筋和培元固肾的三期用药原则。三期用药原则在筋伤治疗中同样具有重要意义，配合以辛热芳香、温经散寒和活血定痛为主的洗药、淋洗药、熨药、贴药和敷药等外治方法，奠定了筋伤治疗内外用药的基本原则。

宋代张杲在《医说》中记载了采用脚踏转轴及竹管搓滚舒筋治愈骨折后膝、距小腿关节功能障碍的病例，反映了这一时期医家在筋伤治疗中已能有效地运用练功疗法。

明清两代在总结前人成就的基础上，又使骨伤科的理论得到了不断充实和提高，尤其是手法和固定方法有了较大的提高和发展，骨伤科的专著也逐渐增多。

明初，太医院制度分为十三科。骨伤科分为“接骨”和“金镞”两个专科，到隆庆五年（公元 1571 年）改名外科和正骨科（又名正体科）。医事制度的逐步完善为临床诊治技术和理论的发展、提高，创造了有利的条件。薛己在《正体类要》中介绍了大量的骨伤科医案，该书序文对此概括后指出：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”阐明和强调了骨伤科疾病局部和整体的辨证关系。朱楠等著的《普济方》、异远真人著的《跌损妙方》、李时珍著的《本草纲目》和王肯堂著的《证治准绳》等著作，都收集了大量有关筋伤治疗的方剂、药物和医案等资料，对筋伤学的发展起到了承前启后的作用。

清代吴谦等编著了《医宗金鉴·正骨心法要旨》，系统地总结了历代骨伤科经验，对筋伤的诊断和手法治疗有了明确的记载。该书把正骨手法归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法，其中的“摸”法主要用于筋伤疾病的诊断，“推、拿、按、摩”等手法则主要用于治疗各种筋

伤疾病。

一、筋伤学在我国有几千年的悠久历史，历代医家积累了丰富的治疗经验。但由于诊疗技术主要依赖于师授家传才得以延续下来，并散在于老一辈的中医师和民间之中，遂形成了多种派别，但因缺乏综合整理和提高，学术发展比较缓慢。

中华人民共和国成立以后，党和政府十分重视发掘、继承和发展祖国传统医药学。祖国医学犹如枯木逢春，欣欣向荣，蒸蒸日上。1956年以来，全国各省、市、自治区相继建立了高等中医院校和中医院，并设立了骨伤专业或骨伤系，培养了大批的专业人才。很多地区还建立了骨伤专科医院，骨伤科专业队伍有了很大发展。北京、天津、上海、洛阳、武汉等地先后成立了骨伤科研究所，在科学研究和人才培养方面发挥了重要作用。各地著名的中医骨伤科专家被聘到各级院校和医院从事教学和医疗工作，使过去靠“师授家传”的筋伤诊疗技术得以系统地整理、研究、提高，并整理成专著出版，如郭汉章著的《实用正骨学》、郭春园著的《平乐郭氏正骨学》、石筱山著的《正骨疗法》、王子平等编著的《祛病延年二十势》、朱兴恭著的《临床正骨学》、李国衡著的《伤科疗法》、杜自明著的《中医正骨经验概述》，以及《刘寿山正骨经验》、《陈氏祖传正骨疗法》、《林如高正骨经验》、《李墨林按摩疗法》等。20世纪70年代始，对筋伤学的现代研究逐步深入，并由临床观察、总结，发展到采用现代科学技术手段进行临床资料的研究分析和对筋伤的基础理论进行探讨，尤其对手法疗效的机制探讨和外用药物的药理研究等取得了初步成果。全国各地的有关学术研究团体、专业学会相继成立，如中国中医药学会骨伤科专业委员会、全国软组织疼痛研究会、全国传统手法研究会、全国颈肩腰腿痛专业学会，以及各省市的骨伤学会、中西医结合骨伤学会等。这些学术团体和研究会，在国内外进行了广泛的学术交流和研讨，促进了筋伤学理论和临床诊断、治疗技术的提高和发展。

近年来，筋伤学的诊疗技术愈益受到国外医学界的关注，我国向国外派出了一批批的骨伤科专业人员和推拿按摩专业人员进行医疗和学术交流，国外有关医务人员、学者到我国学习和进行学术交流也日益增多。国际间日益增多的学术交流加深了互相了解，加强了学术上的互相联系，促进了筋伤学诊疗技术在世界范围内的推广和应用，弘扬了中华民族的传统文 化，为世界人民的卫生保健事业做出了应有的贡献。

第二节 筋伤的病因病机

一、筋伤的病因

筋伤的病因系指引起筋伤的发病因素，因其比较复杂，祖国医学对此论述颇多，如《内经》中分为“坠落”、“击仆”、“举重用”、“五劳所伤”等。《金匱要略·脏腑经络先后脉证第一》中提出：“千般灾难，不越三条。”即“一者，经络受邪，入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。”虽然历代医家对筋伤病因的分类有所不同，但归纳起来亦不外是外因和内因两大类。

（一）外因

外因是指从外界作用于人体引起筋伤疾病的因素，主要是指外力伤害，但与外感六淫之邪也有密切关系。

1. 外力伤害 是指外界暴力所致的损伤，如跌仆、坠落、撞击、闪挫、扭捩或压轧等。根

据外力的性质不同,一般可分为直接暴力、间接暴力和持续劳损三种。

(1) 直接暴力:是指直接作用于人体而引起筋损伤的暴力,筋伤学中多指引起钝性挫伤的暴力,如棍棒打击、撞压碾轧等。

(2) 间接暴力:是指远离作用部位,因传导而引起筋损伤的暴力,筋伤学中多指引起撕裂性伤的暴力。如因肌肉急骤、强烈而不协调地收缩和牵拉,而造成肌肉、肌腱、韧带的撕裂或断裂,即属于此类。

(3) 持续劳损:是指反复、长期地作用于人体某一部位的较小的外力作用所致,为引起慢性原发性筋伤的病因之一。祖国医学对劳损筋伤有“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”的描述,指出了慢性劳损也可以引起筋伤。慢性劳损引起的筋伤多因久行、久坐、久卧、久立,或长期以不正确姿势劳动、工作,或不良生活习惯而使人体某一部位长时间过度用力所致。如长期弯腰工作而致的腰肌劳损,反复的伸腕用力而致的网球肘等疾病,就属于这一类筋伤。

2. 风寒湿邪侵袭 外感六淫邪气与筋伤疾患关系密切。如损伤后受风寒湿邪侵袭,可使急性筋伤缠绵难愈,或使慢性筋伤症状加剧。《诸病源候论·卒腰痛候》指出:“夫劳伤之人,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。”《仙授理伤续断秘方》曰:“损后中风,手足痿痹,不能举动,筋骨乖张,挛缩不伸。”说明各种损伤可因风寒湿邪乘虚侵袭,经络阻塞,气机不得宣畅,引起肌肉挛缩或松弛无力,而致关节活动不利,肢体功能障碍。感受风寒湿邪还可致落枕等疾患,如《伤科补要》说:“感冒风寒,以患失颈头不能转。”

风寒湿邪侵袭是筋伤中比较常见的病因,故在辨证论治中应特别注意这一特点。

(二) 内因

内因是指受人体内部因素影响而致筋伤的因素。无论是急性损伤还是慢性劳损,都与外力作用因素有着密切关系,但是一般都有相应的各种内在因素和对应的发病规律。《素问·评热病论篇》指出:“邪之所凑,其气必虚。”《灵枢·百病始生》说得更为透彻:“风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”说明了外在因素和人体内在因素的密切关系。这不仅对外感六淫和内伤七情病证的发病而言,对筋伤的发病也不例外。因此,在研究病因时不能忽视机体内在因素对疾病的影响,必须注意内因在发病学上的重要作用。筋伤常与年龄、体质、局部解剖结构等内在因素有十分密切的关系,也与从事职业有直接联系。下面我们从年龄、体质、局部解剖结构和职业四个方面来说明内在因素对筋伤的影响。

1. 年龄 年龄不同,筋伤的好发部位和发生率也不一样。《灵枢·天年》说:“人生十岁,五脏始定,血气已通,其气在下,故好走。二十岁,血气始盛,肌肉方长,故好趋。三十岁,五脏大定,肌肉坚固,血脉盛满,故好步,……六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。七十岁,脾气虚,皮肤枯。”由于年龄的差异,气血、脏腑的盛衰,动静各别,筋伤不一。例如,少儿气血未盛,筋骨发育不全,多易发生扭伤、错缝、桡骨头半脱位或先天性髋关节脱位等。青壮年活动能力强,筋肉的撕裂、断裂伤较为常见。老年人气虚血衰,少动而好静,则劳损和关节筋膜、肌肉粘连或活动功能障碍的疾病较为多见,故有“年过半百,筋骨自痛”之说,如肩周炎、脊柱炎等在老年人中发病率较高。

2. 体质 体质的强弱和筋伤的发生有密切关系。如《素问·经脉别论篇》在论病因中指

出：“当是之时，勇者气行则已，怯者则着而为病也。”体质因素每与先天因素和后天摄养、锻炼有关。《灵枢·寿夭刚柔》曰：“人之生也，有刚有柔，有弱有强。”说明先天禀赋不同，可以形成个体差异。先天禀赋不足或后天失养，气血虚弱，肝气虚损者，体质较弱，举动无力，稍过劳累，即感筋骨酸痛，易发劳损。先天充盛，又善摄养，经常参加体育锻炼者，气血充沛，体力健壮，则不易损伤，即使遇有损伤，一般恢复也较快。

3. 局部解剖结构 局部解剖结构对筋伤的影响表现在两方面。一是解剖结构的正常与否对筋伤的影响，解剖结构正常，承受外力的能力就强，因而也就不易造成筋伤；反之，解剖结构异常，承受外力的能力相应减弱也就容易发生筋伤。例如，腰骶部如有先天性畸形，这种局部解剖结构的先天异常就容易造成腰部扭伤。二是局部解剖结构本身的强弱对筋伤的影响，人体解剖结构有强弱之分，有些部位的解剖结构较强，不易造成损伤；有些部位的解剖结构较弱，就容易损伤。例如，髋关节其骨质结构和周围的韧带等组织都较强大，若不是较强大的暴力就不易造成髋关节部位的筋伤。而肩关节是全身活动范围最大的关节，其关节盂浅而窄，关节周围韧带也较薄弱，故损伤的机会也就比其他部位多。位于多动关节骨突或骨沟内的肌腱和腱鞘，也常容易发生肌腱炎或腱鞘炎。

4. 职业 职业虽然不属于人体本身的内在因素，但它对机体的影响及与筋伤的关系都较密切。职业不同，所处的工作环境和性质不同，常见的筋伤疾病也不同。例如，手部各种软组织的损伤多发生在手部劳动频繁或缺乏必要防护设备的机械工人、编织工人等，腰部慢性劳损多发生在建筑工人、煤矿工人等，长期伏案工作的人容易发生颈部肌肉劳损和颈椎病，运动员、舞蹈演员或杂技演员则易发生扭挫伤。因此，从某种意义上讲，职业也可说是筋伤的一种致病因素。

（三）内因与外因关系

筋伤的病因比较复杂，但归纳起来不外内因和外因两大类，其中外力伤害和慢性劳损为主要的致病因素。不同的外因可以引起不同的筋伤疾患，但由于内因的影响，在同一外因情况下，筋伤的种类、性质和程度都可有所不同。所以，筋伤疾病的发生，外因虽然是重要的，但亦不能忽视内在因素。必须正确处理外因和内因的辨证关系，通过分析疾病的症状、体征来推理病因，从而提供治疗的根据，亦即是要做到“辨证求因”、“审因论治”。

二、筋伤的病机

人体是由脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血、津液等共同组成的一个整体。筋伤可导致脏腑、经络、气血的功能紊乱，除出现局部的症状之外，常可引起一系列的全身反应。“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”明确地指出了外伤与内损、局部与整体之间的相互关系，辨证地说明了损伤的病理机制和发展变化的规律。这对于正确指导临床诊断、治疗和判断预后，至今还具有现实指导意义。

（一）气血病机

“气血”是人体生命活动的动力源泉，是维持人体生命活动的最基本的物质。它一方面来源于与生俱来的肾之精气，另一方面来源于从肺吸入的自然界之清气和由脾胃所化生的水谷之精气。气血相辅相成，循行脉中，周流不息，运行全身；外而充养皮肉筋骨，内而灌溉五脏六腑。气血与人体一切生理活动和各种病理变化密切相关。

1. 急性筋伤与气血的关系 急骤的暴力作用可致气血运行失常，如《杂病源流犀烛·

《跌仆闪挫源流》说：“跌仆闪挫，卒然身受，由外及内，气血俱伤病也。”又说：“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，而凝聚一处，……是气失其所以为气矣。气运乎血，血本随气以周流，气凝则血亦凝矣，气凝在何处，则血亦凝在何处矣。夫至气滞血凝，则作肿作痛，诸变百出。”详细阐明了损伤与气血的关系。“跌仆闪挫”、“卒然身受”虽为皮肉筋骨损伤，但亦必损及气血，形成气滞、血瘀。气血瘀阻，为肿为痛，故《素问·阴阳应象大论篇》有“气伤痛，形伤肿。故先痛而后肿者，气伤形也；先肿而后痛者，形伤气也”之说。如瘀血逆于肌腠则局部肿胀，滞于肌表则皮肤青紫。

2. 慢性筋伤与气血的关系 《洞天奥旨》曰：“气血旺则外邪不能感，气血衰则内正不能拒。”说明了气血的盛衰与筋伤的关系。筋的正常生理活动赖气以煦之，血以濡之。若气血虚弱之人，筋肉失养，失养则虚，虚则不耐疲劳，因而“内正”不能拒其“外邪”。所以，虽较小的外力，或单一姿势的长期操作，或风寒湿邪侵袭，皆可致筋的损伤。疲劳则筋伤，气血运行阻滞，不通则痛，故慢性筋伤常表现为局部酸痛，且常与气候变化关系密切。

(二) 津液病机

津液是人体内一切水液的总称。其清而稀者为津，浊而稠厚者为液。津液可相互转化，有充盈空窍、滑利关节、润泽肌肤、濡养脑髓的功能。津液的代谢正常与否和筋伤疾病的发生、发展有着密切关系。

1. 急性筋伤与津液的关系 津液主要来源于水谷精气，为人体生命活动的物质基础之一。当严重的软组织损伤发生时，除气血受损外，常有津液的损伤。如大面积皮肤撕脱损伤、严重的软组织挤压伤，常出现口渴、皮肤枯燥无华、尿少、便秘、苔黄燥等津液不足的证候。《灵枢·营卫生会》曰：“夺血者无汗，夺汗者无血。”说明了血和津液的关系。外伤气血亏损，津液也必然亏耗，造成津液代谢失调。

2. 慢性筋伤与津液的关系 关节、筋膜、肌腱与津液的关系十分密切。关节频繁活动、疲劳受损，易导致津液代谢失调；反之，津液亏虚亦常为关节、肌腱劳损的发病内因。因津液虚少，不能濡润关节、充养筋肉，而致关节屈伸不利，如指屈肌腱鞘炎；或由于劳损引起津液代谢失调，积聚肿胀，如慢性滑膜囊炎等。

(三) 脏腑病机

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。《杂病源流犀烛·跌仆闪挫源流》指出：“虽受跌仆闪挫者，为一身之皮肉筋骨，而气既滞，血既瘀，其损伤之患，必由外侵内，而经络脏腑并与俱伤。……其治之之法，亦必于经络脏腑间求之。”说明了跌仆筋伤与脏腑的密切关系。

1. 筋伤与肝肾的关系 《内经》指出五脏各有所主，如“肝主筋”、“肾主骨”、“肝肾同源”，说明肝、肾与筋的密切关系很早就广泛地运用于伤科临床中。

(1) 肝主筋：《素问·五藏生成篇》说：“肝之合筋也，其荣爪也。”《素问·六节脏象论篇》说：“肝者……其华在爪，其充在筋。”“肝主筋”即指全身筋的功能与肝有密切关系，“故人卧血归于肝，……足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”（《素问·五藏生成篇》）肝血充盈才能使筋得到充分濡养，以维持正常的生理功能。若肝肾虚衰，或先天不足，后天失养，肝肾不足，肝血亏损，则血不养筋。筋失荣养则常成为筋伤疾患的内因，故《素问·上古天真论篇》说：“七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极。”临床常表现为老年人手足拘挛、肢体麻木、屈伸不利等。

肝的病变可导致筋的损伤,同样外伤筋脉亦可致内伤于肝,故《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出:“凡跌打损伤、坠堕之证,恶血留内,则不分何经,皆以肝为主。盖肝主血也,故败血凝滞,从其所属必归于肝。”

(2) 肾主骨,生髓:由于筋附于骨,故筋伤疾病与肾有着密切关系,肾虚亦常为筋伤疾患的内因。《灵枢·五癯津液别》曰:“阴阳不和,则使液溢而下流于阴,髓液皆减而下,下过度则虚,虚故腰背痛而胫痠。”阐明了房劳伤肾、肾虚筋伤、腰痛胫痠的病机。《素问·痹论篇》说:“肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头。”特别是慢性腰痛与肾虚的关系更为密切。前人认为腰为肾之府,肾虚则腰痛。如《诸病源候论·腰痛不得俛仰候》说:“肾主腰脚”,“劳损于肾,动伤经络,又为风冷所侵,血气击搏,故腰痛也。”《医宗必读》认为腰痛的原因“有寒有湿,有风热,有挫伤,有瘀血,有滞气,有积痰,皆标也,肾虚其本也。”同样,筋伤疾病亦可导致肾虚,如强力举重、闪挫日久等。所以,《素问·痹论篇》说:“五脏皆有合,病久而不去者,内舍于其合也。”

2. 筋伤与脾胃的关系 脾主肌肉、四肢,主运化;胃主受纳,腐熟水谷,为“水谷之海”、“六腑之大源”。脾胃功能协调,受纳五谷,转输水谷精微,以养五脏之气。它对气血的生成,提供维持人体正常生命活动所必需的营养起着重要作用,故前人有“脾胃为后天之本”、“气血生化之源”之称。人体的筋肉等组织亦皆依赖脾胃的营养才能发达丰满,臻于健壮。如胃受纳失权,脾运化失司,则清阳不布,气血亏虚,常致筋肉失养,临床可表现为筋肉萎缩、四肢倦怠、举动无力,甚则可发为筋痿、肉痿等。如《素问·太阴阳明论篇》说:“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得稟也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无气以生,故不用焉。”《素问·痿论篇》说:“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也。……阳虚,则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也。”故古人有“治痿独取阳明”之说,说明四肢功能的正常与否和脾胃关系甚为密切。此外,临床上筋伤肉痿的痊愈时间和功能恢复程度皆与脾胃功能相关。若脾胃功能正常,则肌肉壮实,四肢活动有力,受伤后易于恢复正常。反之,则肌肉消瘦,四肢痿软、懈怠、举动无力,伤后不易恢复。所以,筋伤一证,虽外在皮肉筋膜,但亦要注意调理脾胃,以利损伤之恢复。

3. 筋伤与肺、心的关系 肺主气,心主血脉。心肺功能的正常与否直接影响人体气血循行和营养输布,它与筋伤疾病有着密切联系。《素问·经脉别论篇》说:“肺朝百脉,输精于皮毛。毛脉合精,行气于府……留于四脏。”说明了肺有输布水谷精微的功能。心血与肺气相互依存,血的运行有赖气之推动,而气的输布也需要血的运载,故有“气为血帅”、“血为气母”之说。心肺功能协调,气血才能正常发挥温煦濡养全身的作用,筋骨受损伤后才能得到较快痊愈。在病理情况下,若肺气虚弱,宗气不足,则血运无力,循环瘀阻。反之,若心气不足,或心阳不振,血脉运行不畅,也会影响肺的输布、宣降功能。而心肺病变也会诱发筋伤疾患发生,如《素问·痿论篇》说:“肺热叶焦,则皮毛虚弱急薄,著则生痿躄也。心气热,……枢折挈,胫纵而不任地也。”又说:“大经空虚,发于肌痹,传为脉痿。”此外,严重的筋伤疾病也可导致心肺功能失常,而出现体倦无力、气短自汗、心悸、胸闷等气血虚损的症状。

心藏神,与人的神志、思维活动有密切相关。《素问·灵兰秘典论篇》说:“心者,君主之官也,神明出焉。”如筋伤严重或开放型筋伤,邪毒感染,可出现热毒攻心,扰乱神明,临床上常表现为神昏、谵语、不省人事等症状。

4. 经络病机 经络是运行气血,联络脏腑,沟通表里上下及调节各部功能的通路。《灵

《灵枢·本藏》说：“经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”指出了经络有运行气血，营运阴阳，濡养筋骨，滑利关节的作用。《灵枢·经别》又说：“夫十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起。”也可以说人体的生命活动、疾病的发生发展都是通过经络来实现的。临床跌仆闪挫所致筋伤常与经络有密切关系，如《圣济总录·伤折门》说：“若因伤折，内动经络，血行之道不得宣通，瘀积不散，则为肿为痛，治宜除去恶瘀，使气血流通，则可以复元也。”指出了跌仆筋伤致经络受损，经络阻塞，气血之道不得宣通，导致气滞血瘀、为肿为痛的病机。同样，如经络为病，气血瘀阻不通，又可导致筋肉失养而发生筋伤疾患，其发病也常累及经络循行所过部位。如腰为肾之府，肾之经络入脊内，贯脊至腰，络膀胱。膀胱经挟脊，抵腰，络肾，并下行臀及股后外侧，沿小腿后行于足背外侧，止于足小趾至阴穴。故肾与膀胱经脉的病变常可引起腰、臀部向下肢放射性疼痛，并可在承扶、委中、承山、昆仑等穴找到压痛点。在治疗方面，经络病机与筋伤病的辨证论治亦有着密切关系。如《伤科真传秘抄》中说：“若为伤科而不知此十二经脉之系统，则虽有良药，安能见效，而用药、用手法，亦非遵循于此不可也。”所以，治疗的方法亦必于经络脏腑间求之。

5. 筋骨、关节病机 肢体的运动是依靠筋骨来完成的。筋附于骨上，大筋联络关节，小筋附于骨外。筋的主要功能是联属关节，络缀形体，主司关节运动。《素问·五藏生成篇》说：“诸筋者，皆属于节。”《灵枢·经脉》说：“筋为刚。”言筋应坚韧刚强，才能发挥其束骨而利关节的功能。《杂病源流犀烛·筋骨皮肉毛发病源流》中对于筋的功能论述更为详细透彻，书中指出：“筋也者，所以束节络骨，绊肉绷皮，为一身之关纽，利全体之运动者也，其主则属于肝。故曰：筋者，肝之合。按人身之筋，到处皆有，纵横无算。”骨为奇恒之腑，为肾所主，《灵枢·经脉》说：“骨为干。”《素问·脉要精微论篇》说：“骨者，髓之腑，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。”扼要地指出了骨的作用，不但为立身之骨干，还内藏骨髓，与人的站立、行走等功能有着密切关系。

人体的肢体运动有赖于筋骨，但筋骨的强劲有力离不开气血的温煦濡养、脏腑经络功能的协调统一，特别是筋骨为肝肾之外合，故筋骨与肝肾的关系尤为密切。在筋伤疾病发生时，不但伤及气血津液，严重时亦可造成脏腑内伤。凡跌仆闪挫之证，筋骨首当其冲，受伤机会最多。临床上常表现为局部疼痛，肿胀，关节屈伸不利。严重时，可发生筋断、筋裂、筋位失常，使关节功能丧失。在“伤骨”的病证中，如骨折时，由于筋附着于骨的表面，筋亦往往受损伤，关节脱位时，关节四周筋膜多有破损。所以，在治疗骨折、脱位时都应考虑筋伤这个因素，忽略了它，就不能取得满意疗效。慢性劳损亦多导致筋的损伤，如“久行伤筋”，说明了过度行走可致筋的损伤。此外，慢性筋伤又常与风寒湿三气的侵袭有着密切关系。临床上筋伤疾患甚多，其证候表现、病理变化复杂多端，如筋急、筋缓、筋挛、筋缩、筋痿、筋惕等，宜细审之。

骨缝是指骨与骨相连接处的间隙，也是关节之间的间隙，存在于可动关节和微动关节。这些关节在外力的作用下引起微细的离位，即称为骨错缝。骨错缝实际上是指关节骨缝错开而言。从人体解剖结构来说，凡是关节，只要外力达到一定程度，都可发生关节的完全脱位、半脱位或关节错缝。《伤科汇纂·上髻歌诀》：“大抵脊筋离出位，至于骨缝裂开绷，将筋按捺归原处，筋若宽舒病体轻。”认为伤筋离位也可能导致骨缝裂开，当理筋回复原位，裂开的骨缝随之复位，肢体即感轻松舒适。

引起骨错缝的外力作用是多方面的，如直接外力、间接外力、肌肉拉力等。但主要是间接

外力、强力扭转、牵拉、闪挫或过伸等，使关节运动超过正常的生理活动范围而产生骨错缝。这时因关节失去了正常解剖位置，关节周围的关节囊、韧带被拉紧，而使错缝关节不能自行复位；或错缝关节内产生负压，将滑膜吸入关节腔内，阻碍关节自行复位，如腰椎关节突关节滑膜嵌顿症就是这种原因造成的。筋的损伤可使骨缝处于交锁错位，如距小腿关节损伤使距小腿关节周围的肌腱、韧带撕裂或断裂，距小腿关节失去稳定性，就可能造成距小腿关节的骨错缝。筋伤后使筋离开了原来正常的解剖位置，骨错缝在筋的牵拉下处于交锁状态而不能自行复位，全身的各关节突关节最易出现这种病理变化。相反，关节突关节扭伤使关节突关节在外力的作用下出现了微细的离位，关节周围的关节囊、韧带等软组织也会发生相应改变，如关节囊的破裂，韧带、筋膜的撕裂等。总之，骨错缝与筋伤是相互影响的。骨错缝必然导致筋伤，而筋伤如发生在关节部位也可以引起骨错缝。治疗时往往纠正了骨错缝后筋就可自然恢复正常位置，从而使临床症状迅速消失。

三、筋伤的分类

中医对筋伤的分类相当精细，在古代文献中有“筋断”、“筋转”、“筋歪”、“筋走”、“筋翻”、“筋柔”、“筋强”、“筋粗”、“筋结”、“筋痿”等具体描述。“筋断”是指筋伤后全部或部分断裂而言。筋扭伤后常偏离原来正常的解剖位置，即所谓“筋走”、“筋歪”、“筋翻”、“筋转”等。“筋强”是指筋伤后僵硬强直，多见于陈伤瘀结不化。“筋粗”指筋脉受伤后较正常为粗，多因瘀血阻滞、组织增生变性或痉挛所致。“筋结”是指筋伤后气血凝滞，出现囊肿状的局限性肿块而言。“筋缩”是指筋伤后出现短缩现象，多见于损伤后关节固定时间较长，发生粘连或因固定于外翻或内翻位置上出现外侧或内侧筋挛缩，造成关节活动受限、功能障碍。“筋痿”是指筋伤后筋腱功能减弱，痿软无力。“筋柔”是指筋伤后关节松弛乏力。

上述分类方法实际是古代中医对筋伤病因、病理及临床症状的概括，但目前临床中像这样精细的分类已不常用。临床上常见的分类方式主要有以下几种：一是按筋伤的受伤性质，可分为扭伤、挫伤、碾挫伤三种；二是按筋伤的受伤时间，可分为急性损伤、慢性损伤两种；三是按筋伤的受伤程度，可分为撕裂伤、断裂伤、骨错缝三种；四是按筋伤后皮肤有无伤口，可分为开放性损伤、闭合性损伤两种。

（一）按受伤的性质分类

1. 扭伤 任何关节(包括可动关节和微动关节)由于旋转、牵拉或肌肉猛烈而不协调的收缩等间接暴力，使其突然发生超出正常生理范围的活动时，会使肌肉、肌腱、韧带、筋膜或关节囊被过度扭曲、牵拉或引起撕裂、断裂或移位，也可能引起关节的错缝。例如，距小腿关节因行走或奔跑于不平的道路上，或由高处跌下，或因踏入凹陷处，使足突然发生内翻或外翻，引起距小腿关节侧副韧带的损伤，即属于扭伤。

2. 挫伤 是指因直接暴力、跌仆撞击、重物挤压等作用于人体而引起的闭合性损伤，以外力直接作用的局部皮下或深部组织损伤为主。轻则局部血肿、瘀血，重则肌肉、肌腱断裂。关节错缝或血管、神经严重损伤，可伤及气血、经脉，甚至脏腑而造成内伤。如棍棒直接打击胸部，或胸部受重物挤压而造成的胸壁软组织损伤，即属于挫伤。

3. 碾压伤 由于钝性物体的推移挤压与旋转挤压直接作用于肢体，造成以皮下及深部组织为主的严重损伤，往往形成皮下组织的挫伤及肢体皮肤的撕脱伤。如上肢被绞入机器传动皮带内，或被慢行的汽车轮挤压等造成的损伤，即属于碾压伤，常伴有不同程度的皮肤