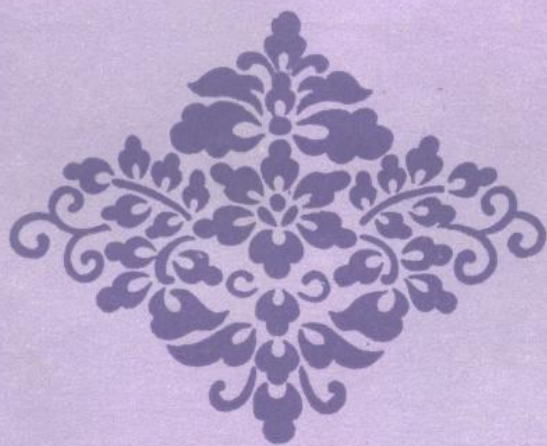


普通高等教育中医药类规划教材

中医骨伤科学基础

(供中医类专业用)

主 编 王和鸣
副主编 岑泽波 曹贻训
主 审 刘柏龄 邓福树



上海科学技术出版社

R274
W311M

103260

普通高等教育中医药类规划教材

中医骨伤科学基础

(供中医类专业用)

主 编 王和鸣
副主编 岑泽波 曹贻训
编 委 宋一同 沈冯君
 周林宽 彭太平
主 审 刘柏龄 邓福树

上海科学技术出版社



C0190384

2073/1214

普通高等教育中医药类规划教材

中医骨伤科学基础

(供中医类专业用)

主编 王和鸣

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

发行所及上海发行所经销 上海中华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 19.75 字数 467,000

1996 年 5 月第 1 版 1996 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—11,000

ISBN 7-5323-4067-8/R·1074(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)

王五川	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	祝谌予	顾伯康	董建华	程莘农	袁沛然
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	马骥
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	叶传惠	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	范全和
孟如	项平	柯雪帆	钟森	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	彭胜权	傅世垣	曾诚	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》、《中医正骨学》、《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和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。

普通高等中医药规划教材编审委员会

一九九四年十二月

编写说明

《中医骨伤科学基础》是一门运用祖国医学研究骨关节及其周围筋肉损伤与疾患的基础课程。本教材根据国家中医药管理局召开的中医药类规划教材建设工作会议精神与所制定的教学大纲进行编写。

本教材重点介绍中医骨伤科的基本理论与骨伤科疾病诊断、治疗的基本方法,突出中医特色,同时吸收现代医学新成果,为学生今后学习各门骨伤临床课程与从事骨伤科临床工作打下扎实的基础。

全书共十四章,首先阐述中医骨伤科发展简史、损伤的分类、病因病机及辨证诊断方法;接着介绍现代的骨关节、神经功能检查法以及关节镜与影像学检查等新技术;然后重点传授骨伤科的手法、固定、药物及练功等中医传统治疗方法;最后学习创伤急救及常见创伤急重症的处理方法,基本上概括了中医骨伤科的基础内容。

使用本教材应注意理论与临床实践相结合,通过骨伤科基本理论与基本技能教学,培养面向二十一世纪的应用型中医人才。

由于本教材编写时间紧迫,故可能存在遗误之处,望各院校师生在教学与临床实践过程中,不断总结经验,提供宝贵意见,以便今后修订提高。

编者

1995年2月

目 录

第一章 中医骨伤科发展简史1	二、颈部检查法..... 57
第二章 损伤的分类8	三、胸部检查法..... 60
第一节 损伤的概念.....8	四、腹部检查法..... 60
第二节 分类方法.....8	五、腰背部检查法..... 61
第三章 损伤的病因病机 10	六、骨盆检查法..... 63
第一节 病因..... 10	七、肩部检查法..... 65
一、外因..... 10	八、肘部检查法..... 69
二、内因..... 11	九、腕和手部检查法..... 72
第二节 病机..... 12	十、髋部检查法..... 78
一、皮肉筋骨病机..... 12	十一、膝部检查法..... 82
二、气血精津病机..... 14	十二、踝与足部检查法..... 85
三、脏腑经络病机..... 17	第六章 神经功能检查法 90
第四章 辨证诊断 21	第一节 感觉检查..... 90
第一节 损伤的症状..... 21	一、检查内容..... 90
一、全身情况..... 21	二、临床意义..... 92
二、局部症状..... 21	三、记录方法..... 93
第二节 骨病的症状..... 22	第二节 肌力检查..... 93
一、全身症状..... 22	一、检查内容..... 93
二、局部症状..... 22	二、各部位肌肉肌力测定法..... 94
第三节 四诊..... 23	三、临床意义..... 103
一、问诊..... 23	第三节 反射检查..... 103
二、望诊..... 25	一、生理反射..... 103
三、闻诊..... 27	二、病理反射..... 104
四、切诊..... 29	三、反射检查的临床意义..... 104
第四节 辨证方法..... 31	第四节 植物神经检查..... 105
一、八纲辨证..... 31	一、植物神经功能检查内容..... 105
二、气血辨证..... 33	二、植物神经检查的临床意义..... 105
三、脏腑辨证..... 34	第五节 四肢神经损伤检查..... 105
四、经络辨证..... 36	一、桡神经检查..... 105
五、卫气营血辨证..... 43	二、正中神经检查..... 106
第五章 骨关节检查法 48	三、尺神经检查..... 106
第一节 测量和运动检查..... 48	四、股神经检查..... 106
一、测量检查..... 48	五、坐骨神经检查..... 107
二、运动检查..... 53	六、腓总神经检查..... 107
第二节 各部位检查法..... 57	七、胫神经检查..... 107
一、头部检查法..... 57	第七章 关节镜检查 108

一、构造与用途·····	108	一、脱位复位手法的历史沿革·····	140
二、关节镜检查术·····	108	二、脱位复位手法操作·····	140
第八章 影像学检查 ·····	110	第四节 理筋手法 ·····	143
第一节 X线检查法 ·····	110	一、理筋手法的功效·····	143
一、X线照片阅读方法·····	110	二、理筋手法的分类及操作·····	144
二、骨与关节X线照片的分析·····	112	第十章 固定 ·····	154
第二节 穿刺及造影技术 ·····	114	第一节 外固定 ·····	154
一、关节穿刺术及关节液检查·····	114	一、夹板固定·····	154
二、腰椎穿刺术及脑脊液检查·····	118	二、石膏固定·····	158
三、活体组织穿刺·····	120	三、牵引疗法·····	164
四、造影检查·····	121	四、外固定器固定·····	175
第三节 电子计算机 X 线横断体层扫描(CT) ·····	122	第二节 内固定 ·····	178
一、原理·····	123	一、切开复位内固定的适应证·····	178
二、应用范围·····	123	二、切开复位内固定的缺点·····	179
第四节 磁共振显象(MRI) ·····	124	三、内固定物的材料要求·····	179
一、原理·····	124	四、手术切开内固定的准备·····	179
二、应用范围·····	125	五、内固定方式、种类及操作方法·····	180
第五节 放射性核素显象 ·····	125	第十一章 药物治疗 ·····	191
一、原理·····	125	第一节 内治法 ·····	191
二、应用范围·····	126	一、骨伤内治法·····	191
第六节 超声诊断法 ·····	126	二、骨病内治法·····	195
一、原理·····	127	三、伤科杂证内治法·····	197
二、应用范围·····	127	第二节 外治法 ·····	198
第七节 肌电图检查 ·····	127	一、敷贴药·····	198
一、原理·····	127	二、搽擦药·····	200
二、检查方法·····	128	三、熏洗湿敷药·····	201
三、应用范围·····	128	四、热熨药·····	201
第九章 手法 ·····	130	五、药条·····	202
第一节 概述 ·····	130	六、中药离子导入·····	202
一、手法应用原则·····	130	第十二章 练功疗法 ·····	203
二、手法适应证·····	130	第一节 历史沿革 ·····	203
三、手法禁忌证·····	131	第二节 练功疗法分类 ·····	204
四、手法注意事项·····	131	一、按照锻炼的部位分类·····	204
五、手法训练·····	132	二、按有无辅助器械分类·····	204
六、手法效能·····	132	第三节 练功疗法作用 ·····	204
七、手法分类·····	132	第四节 练功注意事项 ·····	205
第二节 骨折复位手法 ·····	133	[附] 全身各部功法训练·····	205
一、骨折复位手法的历史沿革·····	133	第十三章 其他疗法 ·····	221
二、正骨八法·····	133	第一节 针灸疗法 ·····	221
第三节 脱位复位手法 ·····	140	一、针灸疗法基础·····	221
		二、针灸疗法在骨伤科的应用·····	223

第二节 物理疗法·····	223	一、化脓性感染·····	266
一、理疗的定义和种类·····	223	(一) 病因病机·····	266
二、理疗作用的性质和原理·····	224	(二) 辨证与诊断·····	267
三、理疗的应用范围·····	225	(三) 治疗方法·····	267
四、理疗注意事项·····	226	二、破伤风·····	268
五、理疗的适应证和禁忌证·····	227	(一) 病因病机·····	268
六、骨伤科常用理疗方法·····	227	(二) 辨证与诊断·····	268
第三节 封闭疗法·····	230	(三) 治疗方法·····	269
一、适应证·····	230	三、气性坏疽·····	270
二、禁忌证·····	230	(一) 病因病机·····	270
三、常用药物·····	230	(二) 辨证与诊断·····	270
四、作用原理·····	231	(三) 治疗方法·····	271
五、注射部位·····	231	第四节 创伤后呼吸窘迫综合征·····	271
六、操作方法·····	231	一、病因病机·····	272
七、注意事项·····	231	二、辨证与诊断·····	272
第四节 手术疗法·····	232	三、治疗方法·····	273
一、手术前准备和手术后处理·····	232	第五节 脂肪栓塞综合征·····	275
二、骨伤科手术的基本操作·····	237	一、病因病机·····	275
第十四章 创伤急救·····	247	二、辨证与诊断·····	275
第一节 急救与救护·····	247	三、治疗方法·····	276
一、严重创伤心跳呼吸骤停的抢救·····	247	第六节 筋膜间隔区综合征·····	277
二、创伤救护四大技术·····	249	一、病因病机·····	278
三、创伤伤口及处理·····	257	二、辨证与诊断·····	279
第二节 创伤性休克·····	258	三、治疗方法·····	280
一、病因病机·····	258	第七节 挤压综合征·····	281
二、辨证与诊断·····	260	一、病因病机·····	281
三、治疗方法·····	261	二、辨证与诊断·····	283
第三节 创伤后感染·····	266	三、治疗方法·····	284
		附方索引·····	286

第一章 中医骨伤科发展简史

中医骨伤科是研究防治人体皮、肉、筋、骨损伤与疾患的一门科学。古属“折疡”、“金镞”范畴,又称“接骨”、“正体”、“正骨”、“伤科”等。中医骨伤科历史悠久,源远流长,是中华各族人民长期与骨伤疾患作斗争的经验总结,具有丰富的学术内容和卓著的医疗成就,是祖国医学重要的组成部分,对中华民族的繁衍昌盛和世界医学的发展产生了深远的影响。

中医骨伤科的起源(远古~公元前 21 世纪) 中华民族是世界上最古老最富有创造性的民族之一。早在 170 万年前,“元谋猿人”就在我国西南地区的土地上生活、劳动和发展着。70 万年前,“北京猿人”已能制造粗糙的石器和原始骨器工具,在原始人居住的山洞里发现很厚的灰烬与用火烧过的兽骨,证明“北京猿人”已学会用火。20 万年前“河套人”时期,石器有了很大进步,并已发明了人工取火。在烘火取暖和烤炙食物的基础上,人们发现热物贴身可以解除某些病痛,产生了原始的热熨疗法。原始人在对付大自然灾害及抗击猛兽侵袭时,经常造成创伤,人们在伤处抚摸、按压以减轻症状,经过长期实践,摸索出一些简易的理伤按摩手法;对伤口则用树叶、草茎及矿石粉等裹敷,逐渐发现具有止血、止痛、消肿、排脓、生肌、敛疮作用的外用药物,这便是外治法的起源。

在原始社会,由于生活环境恶劣,人们常患筋骨痹痿之疾,《吕氏春秋·古乐》曰:“昔陶唐氏之始,阴多滞伏而湛积,水道壅塞,不行其原,民气郁阏而滞着,筋骨瑟缩不达,故作为舞以宣导之。”这反映古代人已采用舞蹈祛邪解郁,舒展筋骨,由此便逐渐产生导引法。

在旧石器时代晚期和新石器时代,古代人已经能够制作一些较精细的工具,如砭刀、骨针、石镰等。《山海经·东山经》曰:“高氏之山,其上多玉,其下多箴石。”后世郭璞注解时认为,箴石“可以为砭针治痈肿者”。在旧石器晚期(约 1.8 万年前)的“山顶洞人”遗址中,发现有骨针、骨锥和其他骨制尖状器具。考古发现仰韶文化时期(约公元前 5000~前 3000 年)已有石镰。这种石镰,外形似近代的镰刀,可以砭刺、切割。《素问·异法方宜论》曰:“故东方之域,……其病皆为痈疡,其治宜砭石。”《史记·扁鹊仓公列传》记载:“上古之时,医有俞跗,治病不以汤液醴酒,箴石、拊引,案扞毒熨;一拨见病之应,因五脏之输,乃割皮解肌,诀脉、结筋,搦髓脑,揲荒爪幕,漚浣肠胃,漱涤五脏。”这说明新石器时代外科手术器械——砭镰已产生,并出现了外伤科名医——俞跗,由于当时创伤是威胁人类生存和健康的主要因素,所以外伤科医疗技术比其它科发达,并更早推广应用。

中医骨伤科的萌芽(公元前 21 世纪~公元前 476 年) 我国奴隶社会经历了夏、商、周三代。奴隶社会较之原始社会在生产力、文化等方面都有了发展,促进了医学进步,中医骨伤科开始萌芽,出现了“疡医”。

考古工作者在龙山文化遗址发现了很多陶制的酒器,《战国策》曰:“帝女令仪狄作酒,进之于禹”,可见在夏代已有了人工酿酒。酒是最早的兴奋剂、麻醉剂和消毒剂,可以通血脉、行药势,也可以止痛、消毒,这对治疗创伤疾病很有意义。商代冶炼技术有很大发展,金属器具广泛地用于生产劳动和战争中,如刀、针、斧、锯、矢和镞等。医疗工具也有了改进和提高,据《韩非子》记载,古人“以刀刺骨”,说明“刀”已经作为骨伤科手术工具了。甲骨文

是我国较早的文字,甲骨文记载的疾病有几十种,其中骨伤科的有疾手、疾肘、疾胫、疾止、疾骨等。考古发现藁城台西商代遗址有30多种药用种仁,其中有桃仁等种仁用于活血祛瘀。相传商代伊尹发明“汤液”,《甲乙经·序》曰:“伊尹……撰用神农本草以为汤液”,《神农本草经》曰:“桃仁主瘀”。由上可知,商代已应用活血药内服治疗跌打损伤。

周代,我国政治、经济、科技文化有了新的发展,有了医政的设制和医疗的分科。《周礼·天官·冢宰》记载:“医师掌医之政令,聚毒药以共(供)医事”,医生分为“食医”、“疾医”、“疡医”和“兽医”。其中疡医就是外科和骨伤科医生,其职责是:“掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药、刮杀之齐”。金疡(郑玄注:“刀创也”)即指刀、戈、剑、戟等金属器所致的开放性创伤;折疡(郑玄注:“踬跌”,《方言》注:“踬跌,谓手足宛屈及蹶仆,因而折损肢体。”)即为跌损骨折。疡医已能运用“祝”、“刮”、“杀”疗法治疗上述四种外伤疾病。汉代郑玄对此注释:“祝,当为注,谓附著药;刮,刮去脓血;杀,谓以药食其恶肉。”《礼记·曲礼》记载沐浴疗法,谓:“头有创则沐,身有疡则浴。”以上四种外治法,为后世骨伤科医生所沿用。

《礼记·月令》载:“命理瞻伤、察创、视折、审断,决狱讼必端平。”蔡邕注:“皮曰伤(皮肤损伤破裂),肉曰创(皮肤与肌肉损伤破裂),骨曰折(骨骼折断),骨肉皆绝曰断(皮、肉、筋、骨完全离断)。”说明当时已把损伤分成四种不同类型,同时采用“瞻”、“察”、“视”、“审”四种诊断方法,这既是法医学起源的记述,又是古代中医骨伤科诊断水平的标志。

骨伤科基础理论的形成(公元前476~公元220年) 战国、秦汉时代,我国从奴隶社会进入封建社会,政治、经济、文化都有显著的进步,学术思想十分活跃,出现“诸子蜂起,百家争鸣”的局面,促进医学的发展,骨伤科基础理论亦初步形成。

1973年,考古学家在湖南长沙马王堆三号汉墓发掘的医学帛书表明了当时骨伤科诊疗技术的进步。马王堆汉墓的医学帛书有《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《阴阳脉死候》、《五十二病方》和《帛画导引图》等,据专家们考证认为系属战国时代的文献,保存了当时诊治骨折、创伤及骨病的丰富经验,包括手术、练功及方药等。《足臂十一脉灸经》记载了“折骨绝筋”(即闭合性骨折);《阴阳脉死候》记载了“折骨列肤”(即开放性骨折)。《五十二病方》载有52种病,共103个病名,涉及内、外、骨伤、妇、儿、五官诸科。其中有“诸伤”、“胎伤”、“骨疽”、“骨瘤”等骨伤病症,同时还描述了“伤痉”的临床表现:“痉者,伤,风入伤,身信(伸)而不能曲(屈)。”这是对创伤后严重并发症——破伤风的最早记载。《五十二病方》载录中药247种,方剂283首,其中治伤方17首,治伤痉方6首,治胎伤方2首,治痈疽方22首。主张用酒处理伤口,以药煎水洗伤口,还记载伤口包扎方法,对感染伤口用药外敷后,以丝织品或麻絮等包扎。《五十二病方》中应用水银膏治疗外伤感染,这是世界上应用水银于外伤科的最早记载。《帛画导引图》还绘有导引练功图象与治疗骨伤疾患的文字注释。

《黄帝内经》是我国最早的一部医学典籍,较全面、系统地阐述了人体解剖、生理、病因、病机、诊断、治疗等基础理论,奠定了中医理论体系。《内经》已有系统的人体解剖学知识,如《灵枢·骨度》对人体头颅、躯干、四肢各部骨骼的长短、大小、广狭标记出测量的尺寸。同时通过尸体解剖获取这方面知识,如《灵枢·经水》曰:“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。其藏之坚脆,府之大小,……脉之长短,血之清浊,……皆有大数。”《内经》对人体的骨、脉、筋、肉及气血的生理功能都有精辟的论述,如《灵枢·经脉》曰:“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙”,《灵枢·邪客》曰:“营气者,泌其津液,注于脉,化以为血,以荣四末,内注五脏六腑。”人体外部皮肉筋骨与体内五脏六腑关系密切,《内

经》阐发的肝主筋、肾主骨、脾主皮毛、脾主肌肉、心主血脉及气伤痛、形伤肿等基础理论，一直指导着骨伤科的临床实践。《内经》还阐述骨病的病因病机，《灵枢·痲疽》曰：“热胜则腐肉，肉腐则为脓。”《灵枢·刺节真邪》曰：“烂肉腐肌为脓，内伤骨，内伤骨为骨蚀。……有所结，深中骨，气因于骨，骨与气并，日以益大，则为骨疽。”《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹。”《素问·生气通天论》曰：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋痠短，小筋弛长，痠短为拘，弛长为痿。”《素问·痿论》还将痿证分为痿躄、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等五痿分别加以论述。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。”主张用练功疗法治疗足部“痿躄”，为后世骨伤科动静结合理论奠定了基础。

秦汉时期，骨伤科临床医学得到发展。西汉初期，名医淳于意留下的“诊籍”记录了两例完整伤科病案：一则是堕马致伤，一则是举重致伤。西汉中期《居延汉简》的“折伤部”记载了骨折创伤的治疗医案。东汉早期，《武威汉代医简》载录治疗金疮、外伤方 10 余首，有止痛、逐瘀、止痉的作用，配伍较之《五十二病方》有明显的进步。成书于东汉时期的《神农本草经》载有中药 365 种，其中应用于骨伤科的药物约近 100 种。汉代著名外伤科医家华佗精通方药、针灸、养生，更擅长外伤科手术。他发明了麻沸散，施行于剖腹术、刮骨术，还创立了五禽戏，似今练功疗法，可运用于骨伤疾病之康复。东汉末年杰出医学家张仲景总结了前人的医疗成就，并结合自己的临床经验著成《伤寒杂病论》，这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，创立了理、法、方、药结合的辨证论治方法。书中记载的攻下逐瘀方药，如大承气汤、大黄牡丹汤、桃仁承气汤、大黄廑虫丸和下瘀血汤等，至今仍被骨伤科医家所推崇。书中还记载了人工呼吸、胸外心脏按摩等创伤复苏术。

骨伤科诊疗技术的进步(公元 220~960 年) 三国、晋朝至隋唐、五代，是我国历史上战乱频繁时期，骨伤科疾患更多见，从而积累了临床经验，促进了骨伤科诊疗技术的进步。晋·葛洪著《肘后救卒方》中，在世界上最早记载了下颌关节脱臼手法整复方法：“令人两手牵其颐已，暂推之，急出大指，或咋伤也。”书中还首先记载用竹片夹板固定骨折：“疗腕折、四肢骨破碎及筋伤蹉跌方：烂捣生地黄熬之，以裹折伤处，以竹片夹裹之。令遍病上，急缚，勿令转动。”他论述了开放性创口早期处理的重要性，对腹部创伤肠断裂采用桑白皮线进行肠缝合术；记载了颅脑损伤、大动脉创伤出血等危重症的救治方法。南齐·龚庆宣整理的《刘涓子鬼遗方》对创口感染、骨关节化脓性疾病采用外消、内托、排脓、生肌、灭瘢等治法；运用虫类活血药治疗金疮；提出骨肿瘤的诊断和预后；记述了“阴疽”(似髌关节结核)、“筋疽”(似脊柱结核)的症候。北魏太医署已有骨伤专科医师——折伤医。隋·巢元方等编著的《诸病源候论》，是我国第一部中医病理专著，载录证候 1720 条，其中有“金疮病诸候”23 论，腕折(泛指骨折、扭伤等)证候 9 论，还有妇人与小儿金疮、瘀血证候数十论。“金疮病诸候”精辟论述了金疮化脓感染的病因病理，提出清创疗法四要点：清创要早，要彻底，要正确地分层缝合，要正确包扎，为后世清创手术奠定了理论基础。在治疗开放性骨折、清除异物、结扎血管止血、分层缝合等方面的论述，都达到了很高的水平。“中风候”和“金创中风痉候”对破伤风的症状描写得非常详细，指出它是创伤后的并发症。“金疮伤筋断骨候”、“金疮筋急相引痛不得屈伸候”、“腕折破骨伤筋候”等论述了“伤筋”的证候、治疗方法及其预后，指出筋断“可连续”。“箭簇金刃入肉及骨不出候”、“金疮久不瘥候”对创口不愈合的病因病理有了较

深刻的认识,强调了去碎骨和清除异物的重要性。“附骨疽候”指出成人的髌关节、膝关节与儿童的脊椎、膝关节是附骨疽的好发部位。“金疮肠断候”、“被打头破脑出候”记载了肠断裂、颅脑损伤的症状和手术缝合治疗方法。《诸病源候论》还载述了内伤惊悸、烦热、咳嗽、口渴、吐血、腹胀、孕伤等证候,阐述了内伤气血、津液、五脏的病机。

唐·孙思邈著《备急千金要方》、《备急千金翼方》,是中医临床的百科全书,在骨伤科方面总结了补髓、生肌、坚筋、固骨类药物,介绍了人工呼吸复苏、止血、镇痛、补血、活血化瘀等疗法;载录了下颌关节脱位手法复位后采用蜡疗、热敷、针灸等外治法,丰富了伤科治疗法。王焘著《外台秘要》,是一部综合性医学论著,其中收录了折损、金疮、恶刺等骨伤科疾病治疗方药;把损伤分为外损和内损;列骨折、脱位、内伤、金疮和创伤危重症等五大类。蔺道人著《仙授理伤续断秘方》,是我国现存最早的一部骨伤科专著,分述骨折、脱位、内伤三大类证型;总结了一套诊疗骨折、脱位的手法,如相度损处、拔伸、用力收入骨、捺正等;提出了正确复位、夹板固定、内外用药和功能锻炼的治疗大法;对筋骨并重、动静结合的理论也作了进一步的阐发,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。”对于难以手法复位闭合性或开放性骨折,主张采用手术整复:“凡伤损重者,大概要拔伸捺正,或取开捺正”,“凡皮破骨出差爻,拔伸不入,搏捺相近,争一二分,用快刀割些捺入骨。”该书首次记载了髌关节脱臼,并分前后脱臼两类,采用手牵足蹬整复手法治疗髌关节后脱位;利用杠杆原理,采用“椅背复位法”治疗肩关节脱位。他还介绍了杉树皮夹板固定方法:“凡用杉皮,浸约如指大片,疎排令周匝,用小绳三度紧缚。”对内伤症治疗,采用“七步”治疗法;提出了损伤按早、中、晚三期治疗的方案。所载方 50 首,药 139 味,包括内服及煎洗、填疮、敷贴等外用方剂,体现了伤科内外兼治的整体观。

中医骨伤科的发展(公元 960~1368 年) 宋元时代医学在隋唐五代的基础上,出现了百家争鸣、蓬勃发展的局面,促进了中医骨伤科的发展。宋朝“太医局”设立“疮肿兼折疡科”,元代“太医院”设十三科,其中包括“正骨科”和“金镞兼疮肿科”。宋代解剖学有了显著的进步。公元 1041~1048 年间,曾有医生和画师解剖欧希范等人刑后尸体,而画制成图,称为《欧希范五脏图》。该书描绘了内脏形态及解剖关系,对心、肝、肾、大网膜等记载基本正确。法医家宋慈著《洗冤集录》是我国现存最早的法医学专著,对全身骨骼、关节结构描述较详细,同时还记载了人体各部位损伤的致伤原因、症状及检查方法。解剖学的进步,为中医骨伤科的发展奠定基础。宋·医官王怀隐等编成《太平圣惠方》,其中“折伤”、“金疮”属伤科范畴;对骨折提出了“补筋骨,益精髓,通血脉”的治疗思想,用柳木夹板固定骨折;推广淋、熨、贴、熨、膏摩等外治法治疗损伤。太医局编辑的《圣济总录》内容丰富,其中折伤门总结了宋代以前的骨伤医疗经验,强调骨折、脱位复位的重要性;记载用刀、针、钩、镊等手术器械,对腹破肠出的重伤采用合理的处理方法。张杲著《医说》记载了随军医生“凿出败骨”治疗开放性胫腓骨骨折成功的病案,并介绍了采用脚踏转轴及竹管的搓滚舒筋练功疗法。许叔微著《普济本事方》记载了用苏合香丸救治跌伤重症。《夷坚志》记载了邢氏同种异体骨移植颌骨成功病例。宋金元时期出现不少著名医学家,他们从各自角度总结和论述了自己的临证经验,出现了学术上的争鸣局面。张元素《医学启源》总结了治疗内伤的引经药,促进了骨伤理气活血疗法的发展。张从正《儒门事亲》曰:“下法能使陈莖去而肠胃洁,癯瘕尽而血荣卫昌”,主张采用攻下逐瘀法治伤。李杲《医学发明》发挥了《内经》“肝藏血”的理论,认为:“血者,皆肝之所主,恶血必归肝,不问何经之伤,必留于胁下,盖肝主血故也。”创制疏肝活血逐

瘀的方药——“复元活血汤”。张洁古在《活法机要》中提出治疗内伤的三焦辨证方法。朱震亨提倡养阴疗法，强调补肝肾治本的原则，对治疗筋骨痹症、骨疽及伤患都有其独特经验。

元代李仲南《永类铃方》中“风损伤折”卷是中医骨伤科专篇，首创过伸牵引加手法复位治疗脊柱屈曲型骨折，书中记载：“凡腰骨损断，先用门扉一片，放斜一头，令患人覆眠，以手捍止，下用三人拽伸，医以手按损处三时久。”此外还创制了手术缝合针——“曲针”用于缝合伤口；提出“有无粘膝”体征作为髌关节前后脱位的鉴别，至今仍有临床意义。危亦林著《世医得效方》，按元代十三科分类，其中“金镞正骨科”不仅继承前人治骨伤病经验，而且对骨折、脱位的整复手法和固定技术有所创新。危氏在世界上最早施用“悬吊复位法”治疗脊柱骨折，书中载：“凡剝脊骨，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。”对开放性骨折，危氏主张扩创复位加外固定治疗。麻醉方面，危氏创制了“草乌散”（又名麻药方），对其组成、功用、剂量及注意事项都有详细记载。元代《回回药方》中“金疮门”、“折伤门”属于骨伤科范畴，大部分内容继承《仙授理伤续断秘方》、《世医得效方》和《永类铃方》等经验，有些部分还结合阿拉伯外来医学知识，反映了元代中医骨伤科鼎盛的状况。

中医骨伤科的兴盛（公元1368~1840年） 明清时代，骨伤科出现了许多学术上有相当成就的医学家，撰写了大量的骨伤科专著，他们不仅总结了前人的经验，而且不断提出新的理论和观点，从而形成不同学派，这是中医骨伤科发展史的兴盛时期。

明初，太医院设有十三科，其中属骨伤科范畴的有“接骨”、“金镞”两科。隆庆五年（1571年）改名为正骨科（又名正体科）。公元1644年清朝建立，太医院设九科，其中有“疮疡科”和“正骨科”，后者又名“伤科”。明代《金疮秘传禁方》记载了用骨擦音作检查骨折的方法，对开放性骨折，主张把穿出皮肤已被污染的骨折端切除，以防感染等。明代永乐年间（公元1406年）朱棣等编著《普济方》，其中“折伤门”、“金疮门”和“杖伤门”等辑录治疗骨伤科方药1256首，是15世纪以前治伤方药的总汇。在“接骨手法”中，介绍了12种骨折脱位的复位固定方法；在“用药汤使法”中又列出15种骨折、脱位的复位固定法。明·异远真人著《跌损妙方》记载全身57个穴位，总结了一套按穴位受伤而施治的方药，其“用药歌”在骨伤界亦广为流传。明·薛己撰《正体类要》共2卷，上卷论正体主治大法及记录治疗伤科内伤验案65则；下卷介绍诸伤方71首。薛氏重视整体疗法，如序曰：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”，强调突出八纲、脏腑、气血辨证论治，用药主张以补气血、补肝肾为主，行气活血次之，其“气血学说”和“平补法”对后世产生巨大影响。著名医药学家李时珍《本草纲目》载药1892味，其中骨伤药物170余种。明·王肯堂《证治准绳》中《疡医准绳》对骨折亦有较精辟的论述，如对肱骨外科颈骨折采用不同体位固定，若向前成角畸形，则用手巾悬吊腕部置于胸前；若向后成角，则应置于胸后。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或无移位两种，分离移位者，主张复位后用竹箍扎好，置膝于半伸屈位。该书对骨伤科的方药还进行了由博而约的归纳整理，深为后世所推崇。

清代吴谦等编《医宗金鉴·正骨心法要旨》，较系统地总结了清代以前的正骨经验，对人体各部的骨度、损伤的治法记录周详，既有理论，亦重实践，图文并茂。该书将正骨手法归纳为摸、接、端、提、推、拿、按、摩八法，并介绍腰腿痛等疾患的手法治疗，及运用攀索叠砖法、腰部垫枕法整复腰椎骨折脱位等。在固定方面，主张“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”,并改进了多种固定器具,如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;髌骨骨折采用抱膝圈固定等。沈金鳌著《沈氏尊生书·杂病源流犀烛》,发展了伤科气血病机学说,对内伤的病因病机、辨证论治皆有阐述。胡廷光著《伤科汇纂》,收集了清代以前有关骨伤科的文献,结合其临床经验加以整理,是一本价值较高的伤科专著。该书系统地阐述了各种损伤的证治,记载了骨折、脱位、筋伤的检查、复位法,附录许多治验医案,并介绍大量骨伤科处方及用药方法。赵廷海著《救伤秘旨》,收录少林学派的治伤经验,记载人体36个致命大穴,介绍了损伤各种轻重症的治疗方法,收载“少林寺秘传内外损伤主方”,并增加了“按证加减法”。钱秀昌著《伤科补要》,较详细论述骨折、脱位的临床表现及诊治方法,如髌关节后脱位采用屈髌屈膝拔伸回旋法整复等。该书载有医疗器械固定图说、周身各部骨度解释、伤科脉诊及大量方剂。王清任著《医林改错》,对解剖尤其重视,纠正了前人脏腑记载的某些错误,对气血研究亦较深入,尤善活血化瘀法治伤,某些方剂如血府逐瘀汤、通窍活血汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、身痛逐瘀汤等至今仍为骨伤医家广为采用。

中医骨伤科的危机(1840~1949年) 鸦片战争后,中国逐渐沦为半封建半殖民地的国家,随着西方文化的侵入,中医受到了歧视,骨伤科面临危机。人们常将骨伤科医生视为“走江湖、卖膏药之下九流”,中医骨伤科处于花叶凋零、自生自灭的境地。

新中国建立前,中医骨伤科的延续以祖传或师承为主,医疗活动只能以规模极其有限的私人诊所形式开展。这种私人诊所在当时不仅是医疗单位,而且也是教徒授业的教学单位。借此,中医的许多宝贵的学术思想与医疗经验才得以流传下来。全国各地的骨伤科诊所,因其学术渊源的差别,出现不少流派,较著名的诸如:河南省平乐镇郭氏正骨世家,天津苏氏正骨世家,上海石筱山、魏指薪、王子平等伤科八大家,广东蔡荣、何竹林等五大伤科名家,武汉武当派李氏正骨,福建少林派林如高,四川杜自明、郑怀贤,江苏葛云彬,北京刘寿山,山东梁铁民及辽宁孙华山等,各具特色,在当地影响甚隆。

中医骨伤科的新生(1949~) 中华人民共和国成立后,随着社会经济、政治与文化的变革,中医骨伤科也从分散的个体开业形式向集中的医院形式过渡。1958年以后,全国各地有条件的省、市、县均相继成立了中医院,中医院多设有骨伤科,不少地区还建立了专门的骨伤科医院。在医疗事业发展的基础上,上海市首先成立了“伤科研究所”,七十年代北京中国中医研究院骨伤研究所与天津市中西医结合治疗骨折研究所相继成立,嗣后其他不少省市也纷纷成立骨伤科研究机构。这标志着中医骨伤科不仅在临床医疗实践方面,而且在基础理论与科学研究方面都取得进展。

除了医疗与科研组织机构外,自五十年代开始,全国各省市普遍建立中医医院与中医学校,为国家培养了大批伤科人才。八十年代各中医学院相继成立中医骨伤系,除了招收学士学位的大学本科外,不少院校还培养骨伤专业硕士研究生与博士研究生。

建国后,各地的著名老中医的正骨经验普遍得到整理与继承,有代表性的著作如:石筱山《正骨疗法》、《平乐郭氏正骨法》、《魏指薪治伤手法与导引》、郑怀贤《伤科疗法》、杜自明《中医正骨经验概述》、梁铁民《正骨学》、《刘寿山正骨经验》、《林如高正骨经验》及《林如高正骨经验荟萃》等。

1958年,我国著名骨伤科专家方先之、尚天裕等虚心学习著名中医苏绍三正骨经验,博采各地中医骨科之长,运用现代科学知识和方法,总结出新的正骨八大手法,研制成功新的

夹板外固定器材,同时配合中药内服、外治及传统的练功方法,形成一套中西医结合治疗骨折的新疗法,其编著的《中西医结合治疗骨折》一书,提出“动静结合”、“筋骨并重”、“内外兼治”、“医患合作”治疗骨折的四项原则,使骨折治疗提高到一个新水平,在国内外产生重大影响。70年代,中西医结合在治疗开放性感染骨折、脊椎骨折、关节内骨折及陈旧性骨折脱位等方面总结了成功经验,治疗慢性骨髓炎、慢性关节炎也取得了一定的效果。传统的中医骨伤科经验得到进一步发掘、整理与提高,逐步形成一套有中国特色的治疗骨折、骨病与软组织损伤的新疗法。在外固定方面,各地在总结中西医固定器械的优缺点基础上,把两者有机结合在一起,运用现代科学理论加以论证,这方面工作较突出的如北京中国中医研究院“骨折复位固定器”、天津医院“抓髌器”、河南洛阳正骨医院“尺骨鹰嘴骨折固定器”及上海第六人民医院“单侧多功能外固定器”等。1986年中国中医药学会骨伤科学会成立,中医骨伤科学术交流日趋频繁,一方面推广传统、有效的医疗方法,另一方面用先进的科学技术深入研究骨伤病治疗机理。尤其近几年,光镜、电镜、电生理、生物化学、生物力学、同位素、电子计算机、磁共振等现代科学技术已在本学科的基础研究与临床医疗中得到应用。改革开放以来,中医骨伤科已走出国门,对外交流日益频繁。中医骨伤科正迎来一个科学的春天,必将更加茁壮成长,为人类健康事业作出更大的贡献。

第二章 损伤的分类

第一节 损伤的概念

损伤是指人体受到外界各种创伤因素作用所引起的皮肉、筋骨、脏腑等组织结构的破坏,及其所带来的局部和全身的反应。

祖国医学对损伤早就有了认识,例如甲骨文卜辞和器物铭文中,就有疾手、疾肘、疾胫、疾止、疾骨等伤患的记载。周代《周礼·天官》描述疡医主治肿疡、溃疡、金疡、折疡四大证,可见当时已将开放性创伤和骨折进行分类诊治。《礼记·月令孟秋》则进一步将损伤分为伤(皮伤)、创(肉创)、折(骨折)、断(骨肉皆断离)四类。唐代《外台秘要》总结前人经验,将损伤分为外损与内伤两大证候类型。

在骨伤科疾患的分类上,历代医家对骨折、脱位、伤筋、内伤隶属于骨伤科是比较一致的,有关骨伤科的经典著作都阐述伤折、脱骱、内损、恶血留内、瘀血伤筋等证。由于古代疡医兼事肿疡、溃疡,因而后代有的医家将烫火伤、犬咬伤、蛇咬伤、杖伤、刺伤等归属伤科,而将骨痹、骨疽等划属外科范畴。现代根据骨伤科研究对象的特点,将其疾患分为两大类:一为损伤,二为疾病。前者应包括骨折、脱位、伤筋、内伤等,而将烫火伤、狂犬病、蛇咬伤等分出,转属中医外科;后者则包括骨痹、骨疽、痹、痿、畸形及骨肿瘤等。

损伤无论在日常生活或战争时期都十分常见,从皮肤挫伤到内脏破裂,从筋肉扭伤到复杂性骨折,都会引起人体内部气血、经络、脏腑的一系列变化。但轻重程度有所不同,轻者只是局部的损害,或生理上的功能紊乱,全身反应极小,临床表现较轻,通常只有疼痛、肿胀、瘀斑等局部症状与体征;重者常有组织解剖上的器质性损害,可以表现很突出的全身性反应,出现严重的局部与全身证候,甚至危及生命。

随着工农业生产与交通事业的发展,新的器械和动力层出不穷,新的损伤形式随之产生,这就需要进一步研讨其生理及病理变化。目前的趋向是把重点放在对人体反应的处理上,使局部的损伤能在有利的条件下,迅速痊愈;同时局部的妥善处理,不但促使局部的损伤迅速修复,而且也有助于减轻全身性反应对人体的危害。

第二节 分类方法

损伤根据其性质和特点,可有下列分类方法。

(一) 按损伤部位的不同

可分为外伤和内伤。外伤是指皮、肉、筋、骨损伤,临床可分为骨折、脱位与伤筋;内伤是指脏腑损伤及损伤所引起的气血、经络、脏腑功能紊乱而出现的各种损伤内证。人体是一个内外统一的整体,从外伤来讲,皮肉裹于外,筋骨连续于内。因此,皮肉受损,筋骨可被伤害;反之,筋伤骨损,皮肉亦会受累。对内伤来讲,因经络为运行气血的通道,经络内属于脏腑,外络于肢节,而且五脏之道皆出于经隧,因此无论是伤气血或伤脏腑,均可导致经络阻滞;反