

全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

中西医结合 骨伤科学

(中西医结合专业用)

主编 周忠民

高等教育出版社

全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

中西医结合骨伤科学

(中西医结合专业用)

主 编 周忠民

副主编 涂国卿

编 者(以姓氏拼音为序)

史传道 陕西中医学院

孙 权 湖北中医药高等专科学校

涂国卿 江西中医药高等专科学校

王民杰 锦州卫生学校

王医平 陕西省中医学校

张元澧 甘肃省中医学校

周忠民 陕西省中医学校

高等教育出版社

内容简介

本书共分七章,第一章骨伤科发展简史;第二章诊断方法;第三章治疗方法;第四章骨折;第五章脱位;第六章软组织损伤;第七章骨疾病。编写过程中,力争突出职业教育特色,反映新知识、新技术、新工艺、新方法;力求突出中西医结合特色,反映近年来中西医结合骨伤科学的研究成果。内容精炼,图文并茂,注重科学性、先进性和实用性,重点介绍骨伤科临床常见病、多发病的诊断及治疗方法,从病例入手,使学生带着问题去学。最后用思考题结尾,使教材前后照应,有利于学生自查学习效果。

本书适用于高职高专中西医结合专业学生,也可供中医学、针灸推拿、中医骨伤等专业学生使用,还是参加中西医结合执业助理医师考试的参考用书,又可供基层医务人员参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合骨伤科学/周忠民主编. —北京:高等教育出版社,2005.9

中西医结合专业用

ISBN 7-04-017667-X

I. 中... II. 周... III. 骨损伤-中西医结合疗法-高等学校:技术学校-教材 IV. R683.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 093079 号

策划编辑 杨 兵 责任编辑 孙葵葵 封面设计 王 隼 责任绘图 朱 静
版式设计 马静如 责任校对 王 雨 责任印制 杨 明

出版发行 高等教育出版社

社 址 北京市西城区德外大街 4 号

邮政编码 100011

总 机 010-58581000

经 销 北京蓝色畅想图书发行有限公司

印 刷 北京市联华印刷厂

开 本 787×1092 1/16

印 张 11

字 数 260 000

购书热线 010-58581118

免费咨询 800-810-0598

网 址 <http://www.hep.edu.cn>

<http://www.hep.com.cn>

网上订购 <http://www.landaco.com>

<http://www.landaco.com.cn>

版 次 2005 年 9 月第 1 版

印 次 2005 年 9 月第 1 次印刷

定 价 18.70 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 17667-00

前 言

为积极推进高职高专课程和教材改革,开发和编写反映新知识、新技术、新工艺、新方法,具有职业教育特色的课程和教材,针对高职高专培养应用型人才的目标,结合教学实际,高等教育出版社组织有关专家、教师及临床一线人员编写了这套高职高专中西医结合专业教学改革实验教材。

本书除遵循教材建设的一般原则,注重内容的科学性、先进性和实用性外,在编写过程中,立足于服务基层、服务社区,突出中西医结合特色,重点介绍中西医结合治疗有效的临床常见病、多发病的诊断及治疗方法,力求反映近年来中西医结合骨伤科学的研究成果。内容精练,图文并茂,从病例入手,使学生带着问题去学。最后用思考题结尾,使教材前后照应,有利于学生自查学习效果。

全书编写分工如下:第一章骨伤科发展简史和第二章诊断方法由史传道编写。第三章治疗方法由王民杰编写。第四章骨折由周忠民和王医平编写。第五章脱位由张元澧编写。第六章软组织损伤由涂国卿编写。第七章骨疾病由孙权编写。书中方剂索引由王医平整理、汇编。

由于编写时间仓促,水平有限,书中难免存在疏漏和不足,敬请使用本教材的老师、学生及其他读者提出宝贵意见,以便修改完善。

本教材在编写过程中得到了陕西省中医学校及各参编单位的大力支持,在此一并致谢。

周忠民

2005年5月

《中西医结合骨伤科学》学时分配表

内 容	学 时		
	理论	实践	合计
第一章 骨伤科发展简史	2	0	2
第二章 诊断方法	6	1	7
第三章 治疗方法	6	1	7
第四章 骨折	22	6	28
第五章 脱位	8	2	10
第六章 软组织损伤	12	2	14
第七章 骨疾病	6	2	8
合 计	62	14	76

郑重声明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任，构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人给予严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，本社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话：(010) 58581897/58581896/58581879

传 真：(010) 82086060

E - mail: dd@hep.com.cn

通信地址：北京市西城区德外大街4号

高等教育出版社打击盗版办公室

邮 编：100011

购书请拨打电话：(010)58581118

目 录

第一章 骨伤科发展简史	1	一、骨折复位方法	23
一、中医骨伤科发展简史	1	二、脱位复位方法	26
二、西医骨伤科发展简史	3	三、理筋手法	26
三、中西医结合骨伤科发展概况	4	第二节 固定方法	27
思考题	5	一、夹板固定	27
第二章 诊断方法	6	二、石膏固定	28
第一节 辨证诊断	6	三、牵引术	29
一、问诊	6	四、外固定支架固定	31
二、望诊	7	五、切开复位内固定	32
三、闻诊	8	第三节 功能锻炼	33
四、切诊	9	一、功能锻炼的分类	33
五、量诊	10	二、功能锻炼的作用	34
第二节 骨与关节特殊检查	14	三、功能锻炼的原则和练功方法	34
一、颈部	14	第四节 药物疗法	40
二、腰背部	15	一、中药治疗	40
三、肩关节	16	二、西药治疗	42
四、肘关节	16	第五节 其他疗法	42
五、髋关节	16	一、药物局部注射	42
六、膝关节	17	二、小针刀疗法	43
第三节 辅助检查	18	三、理疗	44
一、X线检查	18	思考题	45
二、X线电子计算机断层扫描	18	第四章 骨折	46
三、磁共振成像	19	第一节 概述	46
四、放射性核素骨显像	19	一、骨折的病因病理	46
五、穿刺检查	20	二、骨折的分类	47
六、关节镜检查	21	三、骨折的移位	48
七、组织学检查	21	四、骨折的临床表现及诊断	48
思考题	22	五、骨折并发症	49
第三章 治疗方法	23	六、骨折的愈合	51
第一节 手法复位	23	七、骨折的治疗原则	53

第二节 上肢骨折	53	三、软组织损伤的临床表现与诊断	116
一、锁骨骨折	53	第二节 颈肩部软组织损伤	116
二、肱骨外科颈骨折	55	一、颈椎病	116
三、肱骨干骨折	58	二、落枕	120
四、肱骨髁上骨折	59	三、肩关节周围炎	121
五、尺骨鹰嘴骨折	62	第三节 髋、腰部软组织损伤	123
六、桡、尺骨干双骨折	63	一、急性腰扭伤	123
七、尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位	65	二、腰肌劳损	124
八、桡骨下端骨折	67	三、腰椎间盘突出症	125
九、腕舟骨骨折	69	四、腰椎椎管狭窄症	130
第三节 下肢骨折	70	五、梨状肌综合征	132
一、股骨颈骨折	70	第四节 上肢软组织损伤	133
二、股骨粗隆间骨折	74	一、肱骨外上髁炎	133
三、股骨干骨折	76	二、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	134
四、腓骨骨折	80	三、腱鞘囊肿	135
五、胫腓骨于骨折	82	四、屈指肌腱腱鞘炎	136
六、踝部骨折	85	第五节 下肢软组织损伤	138
七、跟骨骨折	87	一、膝关节侧副韧带损伤	138
第四节 躯干骨折	89	二、半月板损伤	139
一、脊柱骨折	89	三、膝关节创伤性滑膜炎	140
二、肋骨骨折	93	四、跟痛症	141
三、骨盆骨折	95	思考题	145
思考题	99	第七章 骨疾病	146
第五章 脱位	100	第一节 骨关节化脓性感染	146
第一节 概述	100	一、急性化脓性骨髓炎	146
一、脱位的病因病理	100	二、慢性化脓性骨髓炎	148
二、脱位的分类	101	三、急性化脓性关节炎	149
三、脱位的临床表现及诊断	102	第二节 骨关节结核	150
第二节 颞颌关节脱位	102	一、概述	150
第三节 肩关节脱位	104	二、脊柱结核	152
第四节 肘关节脱位	107	第三节 非化脓性关节炎	154
第五节 小儿桡骨头半脱位	108	一、骨关节炎	154
第六节 髋关节脱位	109	二、类风湿关节炎	156
思考题	113	第四节 骨质疏松症	158
第六章 软组织损伤	114	思考题	159
第一节 概述	114	附录:骨伤科常用方剂	161
一、软组织损伤的病因病理	114	参考文献	168
二、软组织损伤的分类方法	115		

第一章 骨伤科发展简史

一、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”、“正骨”、“伤科”等。中医骨伤科历史悠久，源远流长，是中华民族长期与骨伤疾患作斗争的经验总结，是祖国医学重要的组成部分，对中华民族的繁衍昌盛做出了重要的贡献，对世界医学的发展产生了深远的影响。

1. 中医骨伤科的起源(远古—公元前 21 世纪) 20 万年前“河套人”时期已发明了人工取火。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，在伤处抚摸、按压以减轻症状，摸索出一些简易的理伤按摩手法。对伤口用树叶等裹敷，逐渐发现了外用药物，这便是外治法的起源。古代人采用舞蹈祛邪解部，舒展筋骨，逐渐产生导引法。新石器时代已产生外科手术器械砭镰，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摩的主要因素，所以外伤科医疗技术比其他科进展较快。

2. 中医骨伤科的萌芽(公元前 21 世纪—公元前 476 年) 我国奴隶社会较原始社会在生产、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。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、止痛消毒，这对治疗创伤疾病很有意义。古人“以刀刺骨”，说明“刀”已作为骨伤科手术工具。周代已有医政设置和医疗分科。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。当时，损伤分为伤(皮曰伤)、创(肉曰创)、折(骨曰折)、断(骨肉皆绝曰断)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。

3. 中医骨伤科的雏形(公元前 476—公元 220 年) 战国、秦汉时期，我国政治、经济、文化都有显著进步，学术上出现“诸子蜂起，百家争鸣”的局面，促进了医学的发展，骨伤科基础理论初步形成。马王堆汉墓的医学帛书有《足臂十一脉灸经》、《阴阳脉死候》和《五十二病方》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》记载了“骨疽”、“骨瘤”等骨伤病症，损述了“伤疮”的临床表现，这是对创伤后严重并发症——破伤风的最早记载。

《黄帝内经》是我国最早的一部医学典籍，系统全面地阐述了人体解剖、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》阐发的肝主筋、肾主骨、脾主肌肉及气伤痛、形伤肿等基础理论，一直指导着骨伤科的临床实践。此外，《吕氏春秋·季春纪》有“形不动则精

不流,精不流则气郁”,为后世骨伤科动静结合理论奠定了基础。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。成书于东汉时期的《神农本草经》载有骨伤科药物约100种。汉代著名外伤科医学家华佗发明麻沸散,用于剖腹术、刮骨术,还创立了五禽戏。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》,书中记载的攻下逐瘀诸方至今仍被医家所推崇。书中还记载了人工呼吸、胸外心脏按摩等创伤复苏术。

4. 中医骨伤科理论形成(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,从而促进了骨伤科诊疗技术的进步。晋朝葛洪《肘后救卒方》首先记载用竹片夹板固定骨折,并在世界上最早记载了下颌关节脱位口腔内复位法。北魏太医署已有骨伤专科医师——折伤医。隋朝巢元方《诸病源候论》是我国第一部中医病理专著,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。唐朝蔺道人《仙授理伤续断秘方》是我国现存最早的一部骨伤科专著,标志着中医骨伤科理论的形成。该书提出正确复位、夹板固定、内外用药和功能锻炼的治疗大法以及损伤按早、中、晚三期治疗的方案,首次记载了髌关节脱位分前、后脱位两型,采用手牵足蹬法整复髌关节后脱位。

5. 中医骨伤科的发展(公元960—1368年) 宋元时期,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。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”。此期主要成就有:宋慈《洗冤集录》是我国现存最早的法医学专著,对全身骨骼、关节结构推述较详细,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;王怀隐《太平圣惠方》对骨折提出了“补筋骨,益精髓,通血脉”的治疗思想,介绍用柳木夹板固定骨折;太医局《圣济总录》强调骨折、脱位复位的重要性;张杲《医说》介绍了脚踏转轴及竹管搓滚舒筋练功疗法;许叔微《普济本事方》记载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;张元素《医学启源》总结了治疗骨伤的引经药,促进了骨伤理气活血疗法的发展;张从正《儒门事亲》主张采用攻下逐瘀法治伤;李杲《医学发明》创制疏肝活血逐瘀方复元活血汤;张洁古《活法机要》提出骨伤的三焦辨证方法;元代李仲南《永类铃方》首创过伸牵引加手法复位治疗脊柱屈曲型骨折,创制手术缝合“曲针”,提出“有无粘膝”体征作为髌关节前、后脱位的鉴别;危亦林《世医得效方》在世界上最早施用“悬吊复位法”治疗脊柱骨折,创制麻醉药“草乌散”。

6. 中医骨伤科的兴盛(公元1368—1840年) 明清时期,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,他们在总结前人经验的基础上不断创立新的理论和观点,从而形成不同学派,这是中医骨伤科发展的兴盛时期。此期主要成就有:明代《金疮秘传禁方》记载用骨擦音诊断骨折,对开放性骨折主张切除被污染的骨折端,以防感染;朱棣《普济方》辑录大量骨伤科方药,介绍了12种骨折脱位的复位固定方法;王肯堂《证治准绳》对骨伤科的诊治方法及方药进行了由博而约的归纳整理。清朝吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨》总结了清朝以前的正骨经验,提出正骨八法:摸、接、端、提、推、拿、按、摩,并改进了多种固定器具,如脊椎中段损伤用通木固定、下腰损伤用腰椎固定、四肢长骨干骨折用竹帘或杉篙固定、髌骨骨折用抱膝圈固定等;胡廷光《伤科汇纂》收集大量骨伤科文献,并结合自己临床经验加以整理;赵廷海《救伤秘旨》收录少林学派的治伤经验;钱秀昌《伤科补要》有杨木接骨的记载,这是利用人工候体代替骨植人体内治疗骨缺损的一种尝试;王清任《医林改错》尤善活血化瘀治伤,某些方剂至今仍广为

采用。

7. 中医骨伤科的危机(1840—1949年) 鸦片战争后,随着西方文化的侵入,中医受到歧视,骨伤科处于自生自灭的境地。中医骨伤科的延续以祖传或师授为主,医疗活动只能在规模极其有限的私人诊所开展。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,较著名的有:河南平乐郭氏正骨世家,天津苏氏正骨世家,上海石筱山、魏指薪等伤科八大家,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,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。

8. 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”,20世纪70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了进展。新中国成立后,各地著名老中医的正骨经验普遍得到整理与继承,代表性的著作有石筱山《正骨疗法》、《平乐郭氏正骨法》、《魏指薪治伤手法与导引》、梁铁民《正骨学》、《刘寿山正骨经验》、《林如高正骨经验》等。

二、西医骨伤科发展简史

西医系统地治疗骨折有2000多年的历史。公元前460—377年,西方医学之祖 Hippocrates 及其弟子在骨折和脱位的治疗方面,记载了采用徒手或机械复位、木质夹板固定骨折的方法。公元2世纪另一位希腊名医 Galen 继承了 Hippocrates 医学思想,著有《骨的基本行径》、《基础肌学》,正确地记录了人体骨骼系统的形态、结构和数目,奠定了西医骨科的解剖学基础。中世纪的阿拉伯医学对西医发展起到很重要的作用,盛行用外敷药和木制夹板治疗骨折,并迅速传到欧洲。

文艺复兴时期,随着自然科学的兴起、解剖学的发展、物理机械学的运用,西医骨科有了长足的进步。法国骨科医生 Pare 通过临床总结,从损伤功能和畸形来诊断骨折,首创了人工假肢,采用机械牵引方法治疗骨折、脱位。1722年,瑞士医生 Venel 建立了儿童矫形医院,应用牵引床矫正脊柱畸形。英国著名外科科学家 John Hunter 用铝片植于鸡胫骨上做实验,发现骨髓中有丰富的血液循环,推论出骨的生长是骨髓的增长所致,同时认为骨的形态是由经常反复塑形来完成的,而骨的吸收是因为其不适宜人体内在功能作用的结果。他的见解不断为后来的实验所证实。1741年,另一位英国著名外科医生 Pott 出版了第一部骨科专著《骨折与脱位》,确立了骨折、脱位的复位和面定的治疗原则,强调制动的重要性。

19世纪以来是骨伤科学的里程碑。物理、化学、数学等自然科学的进一步发展,冶金工业的崛起,促进了医学科学的发展。解剖、生理、细胞生物学、微生物学、生物化学等逐渐形成,对骨外科创伤性休克的认识加深,继而发明了输血、输液技术,使成千上万患者从死亡线上复活。

X线的发明为骨折的诊治创造了有利条件,但有些西方学者为了追求解剖对位,强调坚强内面定,从而逐渐放弃了局部外固定,而崇尚石膏广泛固定和手术切开内固定,“广泛固定,完全休息”就成为西医治疗骨折的指导原则。英国骨科专家 Thomas 成为“广泛固定”学说的继承者和

发扬者。以后有很多著名的骨科专家都忠实地继承这一理论,并在世界骨折治疗领域统治到 20 世纪 50 年代。

显微镜、X 线、乙醚、抗生素的发明大大地推动了西医骨科的发展。另一项重大革新是切开复位内固定的技术推广应用。Lane(1893 年)首创了钢制接骨板加螺丝钉固定之先河, Hadra(1891 年)为一例颈椎骨折脱位患者施行了钢丝穿棘突内固定,开拓了脊柱骨折内固定的历史。

进入 20 世纪,西医骨科得到更进一步的发展。Groves(1918 年)发明了髓内钉固定法治疗骨折。Spmith(1931 年)首先应用三翼钉固定治疗股骨颈骨折。Egger(1948 年)利用滑槽钢板治疗骨折。Anderson(1934 年)和 Hoffmann(1938 年)对固定架进行了各种设计及应用,这种方法当时盛行于法国和瑞士。20 世纪 60 年代,以瑞士 Müller 为首的西医骨科创立了 AO 学派,对骨折治疗产生了又一次革命性影响,提出了骨折治疗的原则,即无创手术、解剖复位、坚强内固定和早期自主功能锻炼。此后,随着骨科医学的发展,这种观念也得到修正,对骨折内固定的治疗提出了“生物学固定”的原则,强调骨折局部血液循环的重要性。

三、中西医结合骨伤科发展概况

20 世纪初,西医骨伤科开始传入中国。西医以解剖生理为基础,严谨的科学理论为指导,迅速在国内推广。中国的传统中医骨科虽受到强烈的冲击,但它以良好的治疗效果仍保持其特色,在国内广泛应用。这样就形成了骨科中医、西医两大学派。由于这两个医学体系都是研究人体骨骼肌肉、运动系统疾病防治规律的科学,学术上各有自己的优缺点,所以在临床治疗及学术上也相互渗透。

1958 年,在中西医结合理论指导下,我国著名骨伤科专家方先之、尚天裕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,对传统的中医治疗骨折的方法进行剖析,通过大量的临床实践,研制出一系列夹板外固定器材,并结合中药内服、外治及练功,形成了一套中西医结合治疗骨折的新疗法,编著了《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。

1962 年,由方先之主持召开了医学史上具有十分重要意义的第一次中西医骨科学术座谈会,会议总结了新中国成立以来中西医结合骨伤科所取得的重大成果,肯定了中西医结合,丰富了现代医学内容,并分析了中西医结合在骨折、脱位、软组织损伤及骨病治疗方面的经验。1963 年方先之教授代表中国外科学术代表团,参加了在意大利罗马举行的第二十届世界外科学术会议,会上宣读了“中西医结合治疗前臂双骨折”的论文,受到世界各国专家的高度评价,引起了国际骨科学术界的广泛重视。

进入 20 世纪 70 年代,中西医结合在治疗开放性骨折感染、脊柱骨折、关节内骨折及陈旧性骨折脱位方面总结了成功经验,治疗慢性骨髓炎、关节炎也取得了一定突破。传统的中医骨伤诊疗经验得到了进一步发掘、整理与提高,逐步形成了一套有中国特色的治疗骨折、骨病与软组织损伤的新疗法。1974 年,以 Mansfield 为首的美国访华代表团报告说:“中国人在接骨、缝断肢,治疗烧伤方面为人类作出了贡献。”1977 年,有 12 个国家的医师来华学习中西医结合治疗骨折。《中西医结合治疗骨折》一书还被译成德文、日文,在国际流传。中西医结合治疗骨折的经验不仅得到继承发扬,还对世界医学科学产生了影响。同时,中西医骨科学者应用组织学、同位素标记、

X线衍射、电子显微镜、生物力学等方法,在骨伤科基础领域内对民间正骨经验、中药促进骨折愈合以及治疗风湿性关节炎、骨肿瘤、骨髓炎等进行了深入的研究探索,取得了丰硕的成果。

近年来,骨折整复的器械和内固定器材有许多的改进和创新。中西医结合治疗骨折的方法得到普遍推广应用,对软组织损伤的治疗也都取得了较好的效果与成就。中西医结合骨伤科学越来越受到世界医学界的重视,对世界医学科学作出了很大贡献。

随着教育事业的发展,为满足社会的需求,更好地发展中西医结合骨伤科事业,1981年福建中医学院率先成立骨伤系,现在已有19所中医院校成立了骨伤专业,不少院校还培养骨伤专业硕士研究生与博士研究生,涌现出了大量骨伤科的高级后继人才,这些都标志着中西医结合骨伤科教育事业的昌盛兴起。

思考题

1. 试述唐朝蔺道人《仙授理伤续断秘方》对骨伤科学的贡献。
2. 清朝吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨》中的正骨八法是什么?
3. 西医骨科AO学派治疗骨折的原则是什么?
4. 中西医结合治疗骨折的原则是什么?

第二章 诊断方法

第一节 辨证诊断

骨伤科辨证,是通过望、闻、问、切四诊及量诊,结合影像学 and 实验室检查等,将所搜集的临床资料作为依据,根据它们的内在联系加以综合分析,做出科学诊断的过程。

在辨证过程中,既要有整体观念,重视全面的检查,还要注意结合骨伤科的特点进行细致的局部检查,才能全面而系统地了解病情,做出正确的判断。

一、问诊

骨伤科问诊,除按诊断学的一般原则和注意事项外,还需结合骨伤科的特点,重点询问以下几个方面。

(一) 一般情况

详细询问患者姓名、年龄、职业、婚姻、民族、籍贯、住址、就诊日期和病史陈述者等,建立完整的病案记录,以利于查阅、联系和随访。其中与疾病有关的资料可作为诊断和治疗的参考。

(二) 发病情况

1. 主诉 问主要症状及发病时间。主诉可以提示病变的性质和促使患者前来就诊的主要原因。主诉主要有疼痛、肿胀、功能障碍、畸形等。

(1) 疼痛:仔细询问疼痛发生的时间、部位、性质、程度以及影响疼痛的有关因素。骨折、脱位、伤筋疼痛多局限于损伤部位,称为局灶痛。有些疾病除局部疼痛外,亦可在病灶的周围出现疼痛,称为放散痛,如肩关节周围炎疼痛能放散到上臂及肘部外侧。如果疼痛沿着神经干传导,称为传导痛(放射痛),如腰椎间盘突出症,先腰痛,随着病情发展,逐渐自腰部向臀部、大腿、小腿后侧或外侧、足背或足外缘放射。

问疼痛性质。骨折、伤筋为锐痛,化脓性感染为跳痛,神经根受到刺激为灼痛或刺痛,骨结核呈隐痛,筋肉劳损则呈酸痛,骨肿瘤及软组织肿物为胀痛或钝痛。

另外,还需询问与疼痛有关的影响因素,如服止痛药后能否减轻,各种动作(如负重、咳嗽、喷嚏等)对疼痛有无影响,休息、昼夜及气候变化时疼痛程度有无变化等。

(2) 肿胀:询问肿胀出现的时间。感染性疾患多是先肿后痛,损伤性疾患多为先痛后肿。如系增生性肿胀,应了解先是有肿胀还是先有疼痛,以及肿胀增长速度等。

(3) 肢体功能:询问肢体功能有无障碍,是伤后立即发生的,还是受伤后经过一段时间才发

生的。一般完全性骨折或脱位后立即出现功能障碍,软组织损伤等往往是在伤后经过一段时间,血肿逐渐加重才影响到肢体的功能。

(4) 畸形:询问畸形发生的时间及演变过程。外伤所致的肢体畸形多在伤后立即出现,亦可能经过若干年后才出现,如肘内翻畸形。无外伤者应考虑先天畸形或发育性畸形。

2. 发病过程 详细询问患者的发病和变化情况、受伤的过程、有无昏厥、昏厥持续的时间以及醒后有无再昏迷,经过何种方法治疗,效果如何,目前症状怎样,是否减轻或加重。尽可能问清受伤的原因,如跌仆、闪挫、扭捩、坠堕、压砸等,以及暴力的性质、方向和强度,损伤当时患者所处的体位、情绪等。询问损伤局部的症状与活动、气候等有何关联。了解损伤时间的长短,如突然损伤为急性损伤,逐渐形成的损伤称为慢性损伤。

3. 处理情况 询问施行过什么预防措施,在其他医疗单位做过何种诊断检查,获得什么结果。若已进行治疗,则应询问处理方案、用药情况和疗效,以供制定治疗方案时参考。

(三) 其他情况

1. 过去史 应自出生起详细询问,按发病的年月顺序记录。对过去的疾病可能与目前的损伤有关的内容,应记录主要的病情经过、当时的诊断和治疗情况以及有无合并症或后遗症。例如,对先天性斜颈、新生儿臂丛神经损伤,要了解有无难产或产伤史等。

2. 个人史 应询问患者所从事职业的工种、年限,劳动的性质、条件和常处体位以及家务劳动、个人嗜好等。对妇女要询问月经、妊娠、哺乳史等。

3. 家族史 询问家族内或员的健康状况。如已死亡,则应追询其死亡原因、年龄以及有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。

二、望诊

骨伤科的望诊,除观察患者的全身情况(如神色、形态、舌象以及分泌物、排泄物)外,对损伤局部及其邻近部位应特别注意认真察看。望诊最好在自然光线下进行,采取适当的体位,显露足够的范围,因为许多骨伤科疾病可以同时涉及到几个部位。通常检查上肢和肩部时,需显露上半身躯干;检查脊柱、骨盆和下肢时,最好脱去全部衣着。

(一) 全身情况

1. 望神色 察其神态色泽的变化可判断正气的盛衰和损伤过程中的转化情况。一般说来,精神爽朗、面色清润者,正气未伤;精神萎靡、面色晦暗者,正气已伤。若损伤后出现神志昏迷、神昏谵语、面色苍白、瞳孔散大或缩小、四肢厥冷、形羸色败者,则为危候,多见于严重创伤、感染或大失血等。

2. 望形态 骨折、脱位以及严重伤筋,常可出现姿态的改变。如肩、肘部损伤,患者多以健侧的手扶托患侧前臂;颞颌关节脱位时,多用手托住下颌;腰部急性扭伤,身体多向患侧佝偻,且扶腰慢步;下肢骨折,大多不能直立行走;下肢骨关节疾患则常出现步态的改变,如小儿先天性髋关节脱位,单侧脱位者呈跛行,双侧脱位者呈鸭步。

(二) 局部情况

1. 望畸形 严重的损伤,肢体或躯干可呈现出各种畸形,如脊柱骨折脱位出现突出畸形,四肢管状骨骨折骨端因暴力作用、肌肉牵拉等出现成角、旋转、缩短或增长等畸形。某些特征性畸形对诊断有决定性意义,如桡骨远端骨折的“餐叉”状畸形,肩关节前脱位的“方肩”畸形,肘关节

后脱位及肱骨髁上骨折的“靴形”畸形。

2. 望肿胀瘀斑 肿胀明显者,很容易望到,而轻微的肿胀,则需与健侧相对应处做对比观察才能发现。肿胀严重伴瘀斑青紫明显者,可能有骨折或伤筋存在;肿胀较轻,稍有青紫或无青紫者多属轻伤。早期损伤有明显的局限性肿胀,可能有骨裂或撕脱性骨折的存在;肿胀较重、肤色紫红者,为新鲜损伤;肿胀较轻,青紫带黄者,为陈旧损伤。

3. 望创口 仔细观察创口的形状、大小、深浅、污染程度、色泽、创缘是否整齐及出血多少等。切割伤创缘整齐,而撕脱伤、碾压伤创缘不整。注意查看创口的深浅,一般刺伤创口较深,而擦伤创口较浅。查看创口的出血情况:动脉出血呈喷射状,颜色鲜红;静脉出血如泉涌,颜色暗红;另外还要注意出血量的多少。查看创口周围皮肤有无活力、有无缺损。在查看创面的污染程度时,要注意根据创伤发生的地点、环境以及创面的污染性质进行具体分析。

三、闻诊

骨伤科闻诊除注意听患者的语言、呼吸、咳嗽、呕呕吐物及伤口、二便或其他排泄物的气味等一般内容外,应重点注意以下几点:

(一) 听骨擦音

骨擦音是骨折的特有体征之一。无嵌插的完全性骨折,当摆动或触摸骨折的肢体时,两断端互相摩擦可发生音响或摩擦感,称为骨擦音(感)。听骨擦音,不仅可以判断是否有骨折,而且还可以分析骨折的性质。斜形骨折音低而长,可闻及“咯—咯”声;横断骨折音沉重而短,如“咯咯”声;粉碎性骨折音大小不等,如碾轧碎玻璃声。骨折经治疗后,骨擦音消失,表示骨折已接续。但应注意,检查者不应主动去寻找骨擦音,以免增加患者痛苦和造成新的损伤。

(二) 听骨传导音

主要用于检查某些不易发现的长管状骨骨折。检查时将听诊器置于伤肢近端的骨突起部,用手指或叩诊锤轻轻叩击骨折另一端的骨突起部,可听到骨传导音。正常人的骨传导音清脆、响亮、有共鸣声,骨折时骨传导音低沉、破裂或消失。骨传导音的异常改变不仅可以诊断骨折的有无,而且还可以判断骨折端的对位情况以及骨折的愈合情况。此外在检查骨传导音时,应注意与健侧对比,伤肢应不附有外固定物,叩诊时与健侧位置对称,用力大小相同。

(三) 听入臼声

关节脱位整复成功时,常能听到“咯得”一声。复位时听到此响声,应立刻减小拔伸牵引力,以免增加肌肉、韧带、关节囊等软组织损伤。

(四) 听伤筋音

部分伤筋在检查时可有特殊的摩擦音或弹响声,最常见的有以下几种:

1. 关节摩擦音 一手放在关节上,另一手移动关节远端的肢体,可检查出关节摩擦音或感到有摩擦感。柔和的关节摩擦音可在一些慢性或亚急性关节疾患中听到;粗糙的关节摩擦音可在骨性关节炎时听到;在关节运动到某一角度时,关节内出现尖细弹响声音,表示关节内有移位的软骨或游离体。

2. 腱鞘炎与腱周围炎的摩擦音 屈指与屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者在做伸屈手指时可听到弹响声,多系肌腱通过狭窄肥厚之腱鞘所产生,所以习惯上又把这种狭窄性腱鞘炎称为弹响指。

腱周围炎在检查时常可听到好似捻干燥的头发时发出的一种声音,即“捻发音”。多在有炎

性渗出液的腱鞘周围听到,好发于前臂的伸肌群、大腿的股四头肌和小腿的跟腱部。

3. 关节弹响声 膝关节半月板损伤或关节内有游离体时,在做膝关节屈伸旋转活动时,可出现较清脆的弹响声。

(五) 听创伤皮下气肿的摩擦音

创伤后发现皮下组织有大片不相称的弥漫性肿起时,应检查有无皮下气肿。检查时把手指呈扇形分开,轻轻揉按患部,当皮下组织中有气体存在时,就有一种特殊的捻发音或捻发感。肋骨骨折后,若断端刺破肺,空气渗入皮下组织可形成皮下气肿。开放性骨折合并气性坏疽时,有一定量的气体,可出现皮下气肿,伤口常有奇臭的脓液。

(六) 听啼哭声

主要用于小儿患者。若摸到患肢某一部位,小儿啼哭或哭声加剧,则往往提示该处可能是损伤的部位。

四、切诊

切诊包括切脉和摸诊两个方面,面摸诊是骨伤科切诊的重要方法。本节只讨论摸诊。摸诊就是医生用自己的手对损伤局部进行认真触摸,从触摸得到的形态中判定摸伤的性质,如有无骨折、脱位以及骨折、脱位的移位方向等。

(一) 主要内容

1. 摸肤温 从局部皮肤冷热的程度,可以辨识是热证或是寒证,了解患肢血运情况。热肿一般表示新伤或局部瘀热和感染,冷肿表示寒性疾患,伤肢远端冰凉、麻木、动脉搏动减弱或消失则表示重要动脉受损。摸肤温时,一般用手背测试最为适宜。

2. 摸畸形 触摸体表骨突变化,可以判断骨折和脱位的性质、移位方向以及呈现重叠、成角或旋转畸形等变化。

3. 摸压痛 根据压痛的部位、范围、程度来鉴别损伤的性质种类。长骨干完全骨折时,在骨折部多有环状压痛。斜形骨折压痛范围较横断骨折广泛。关节脱位多为钝痛,痛有定处,但较为缓和。

4. 摸肿块 首先应确定肿块的解剖层次,是骨性的还是囊性的,是在骨骼还是在肌腱、肌肉等组织中,还须触摸其大小、形态、硬度,边界是否清楚,推之是否可以移动及其表面光滑度等。

5. 摸异常活动 在肢体没有关节处出现了类似关节的活动,或关节原来不能活动的方向出现了活动,多见于骨折和韧带断裂。但检查骨折患者时,不要主动寻找异常活动,以免增加患者的痛苦和加重局部的损伤。

6. 摸弹性面定 脱位的关节由于关节周围肌肉的痉挛收缩,脱位的骨端常保持在特殊的畸形位置,对该关节进行被动活动时,仍可轻微活动,但有弹性阻力感。这是关节脱位特征之一。如肩关节脱位弹性固定于肩外展 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 位置。

(二) 常用手法

1. 触摸法 以拇指或拇、示、中指置于伤处,稍加按压之力,细细触摸。先由远端开始,逐渐移向伤处,用力大小视部位而定。触摸时,仔细体验指下感觉,古人有“手摸心会”的要领。通过触摸可了解损伤和病变的确切部位,病损处有无畸形、摩擦征,皮肤温度、软硬度有无改变,有无波动感等。这一手法往往在检查时最先使用,然后在此基础上,再根据情况选用其他摸法。

2. 挤压法 用手掌或手指挤压患处上下、左右、前后。例如:检查肋骨骨折时,常用手掌挤

按胸骨及相应的椎骨；检查骨盆骨折时，常用两手挤压两侧髂骨翼；检查四肢骨折，常用手指挤压骨干。此法有助于鉴别是骨折还是挫伤。

3. 叩击法 是用掌根或拳头沿纵轴叩击肢体远端来检查有无骨折的一种方法，如检查股骨、胫腓骨骨折叩击足跟，检查脊椎损伤时叩击头顶。

4. 旋转屈伸法 用手握住伤肢远端，做缓慢的旋转屈伸活动，以观察伤处有无疼痛、活动障碍及特殊的响声。此外，患者主动的旋转屈伸活动常要与被动活动进行对比。

临床运用摸诊时，非常重视对比，并注意“望、比、摸”的综合应用。只有这样，才能正确分析通过摸诊所获资料的临床意义。

五、量诊

量诊主要是用带尺、量角器等工具来测量肢体的长短、粗细以及关节活动度，从而对损伤的性质、程度和治疗效果做出评价。

(一) 肢体长度测量

1. 方法 测量时应将两侧肢体置于对称位置，常以健肢仿效患肢的姿势。测量时先定出测量标志并做好记号，然后用带尺测量两标志点间的距离。如有肢体挛缩而不能伸直，可分段测量。

上、下肢长度测量：

(1) 上肢长度：从肩峰至桡骨茎突尖或中指尖。①上臂长度：肩峰至肱骨外上髁。②前臂长度：肱骨外上髁至桡骨茎突尖或中指尖。

(2) 下肢长度：从髌前上棘或脐至内踝下缘。①大腿长度：髌前上棘或脐至膝关节内缘。②小腿长度：膝关节内缘至内踝下缘。

2. 临床意义

(1) 实际性(真性)长短差别：主要是肢体正常骨骼结构的实质性破坏。

1) 真性延长：多见于创伤、慢性炎症对骨骼局部的刺激，使骨骼加速生长或骨折的分离移位等。

2) 真性缩短：多见于关节结核、骨髓炎等所致的骨质破坏、骨折断端嵌插或重叠移位、脊髓灰质炎后遗症及骨骼损伤等。

(2) 形式上(假性)长短差别：无骨骼结构的实质性破坏，主要是肢体畸形所致。

1) 假性延长：多见于髋关节和肘关节前脱位、髋关节外展强直位、马蹄足等。

2) 假性缩短：多见于髋关节和肘关节后脱位及骨盆倾斜等。

(二) 肢体周径测量

1. 方法 测量肢体周径时，亦应依据骨性标志，在相对的同一直线平面对比测量。一般测量肿胀时取肿胀最严重之处，测量肌萎缩时取肌腹部。

上、下肢周径测量定点：①上臂局径：在腋皱褶平面、三角肌止点处环绕肱二头肌中段做测量。②前臂周径：在最粗处测量最大周径，在最细小处测量最小周径。③大腿周径：在髌骨上缘上10~15 cm 平面做测量。④小腿周径：在小腿量粗处做测量。

2. 临床意义

(1) 粗于健侧：粗于健侧并有畸形，多属骨折和脱位重症；若无畸形则多为伤肢肿胀。在骨折肿胀期，测其局径可以概算增大的体积，间接估算骨折后出血量。连续测肿胀的增长速度还可