

中医专业两年制教材

伤 科 学

中医外科教研室

中国人民解放军第一军医大学

编写说明

本讲义是为我校中医系西医学习中医专业（两年制）而编写的。在编写过程中，我们参阅了广州中医学院主编的中医学院试用教材《中医伤科学》，方先之等著《中西医结合治疗骨折》，以及山东中医学院编《临床正骨学》等。

全书包括伤科总论、伤筋、骨折、脱位和骨病等五章。重点介绍了中医伤科学的基本理论，中西医结合治疗软组织损伤和骨折的理论和方法，以及简要介绍了中西两医对常见骨病的认识和诊治方法。通过学习，使学员掌握中医伤科学的基本理论和辨证施治特点，以及常见伤筋和骨折的中西医结合治疗方法。为学员毕业后在骨伤科领域内开展中西医结合工作打下基础。

由于我们的业务水平有限，缺点和错误在所难免，热诚希望同志们批评指正，以便进一步修订。

一九八三年四月

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 发展概况.....	(1)
第二节 病因病机.....	(4)
一、病因.....	(4)
二、病机.....	(4)
第三节 辨证.....	(6)
一、八纲辨证.....	(7)
二、气血辨证.....	(7)
三、脏腑辨证.....	(8)
四、经络辨证.....	(8)
五、卫气营血辨证.....	(8)
第四节 治疗.....	(9)
一、手法治疗.....	(9)
二、药物治疗.....	(10)
三、练功疗法.....	(14)
第二章 伤筋	(16)
第一节 概论.....	(16)
第二节 颈部伤筋.....	(20)
一、颈椎病.....	(20)
二、颈部扭伤.....	(26)
第三节 肩部伤筋.....	(28)
一、急性伤筋.....	(28)
二、肩关节周围炎.....	(31)
第四节 肘部伤筋.....	(32)
一、前臂伸肌起点损伤.....	(32)
二、桡骨小头半脱位.....	(33)
第五节 腕、手部伤筋.....	(34)
一、下尺桡关节分离.....	(34)
二、腕三角纤维软骨盘损伤.....	(34)
三、桡骨茎突腱鞘炎.....	(35)
四、腕管综合症.....	(35)
五、屈指肌腱鞘炎.....	(36)
六、指关节扭伤.....	(37)

第六节 下肢伤筋·····	(37)
一、膝关节内侧付韧带损伤·····	(37)
二、膝关节半月板损伤·····	(38)
三、踝关节外侧付韧带损伤·····	(39)
第七节 胸部伤筋·····	(40)
一、胸部屏挫伤·····	(40)
二、肋软骨炎·····	(40)
第八节 腰臀部伤筋·····	(41)
一、腰椎后关节紊乱症·····	(41)
二、棘上韧带损伤·····	(42)
三、第三腰椎横突综合症·····	(43)
四、骶棘肌损伤·····	(44)
五、腰椎间盘突出症·····	(44)
六、梨状肌损伤·····	(49)
第三章 骨折 ·····	(51)
第一节 概论·····	(51)
一、骨折的原因·····	(51)
二、骨折的分类·····	(52)
三、骨折的愈合·····	(53)
四、影响骨折愈合的因素·····	(54)
五、诊断·····	(54)
六、并发症·····	(55)
七、治疗·····	(56)
八、感染性开放骨折的处理·····	(63)
九、陈旧性骨折的处理·····	(64)
第二节 上肢骨折·····	(66)
一、锁骨骨折·····	(66)
二、肱骨外科颈骨折·····	(67)
三、肱骨干骨折·····	(69)
四、肱骨髁上骨折·····	(70)
五、肱骨髁间骨折·····	(72)
六、肱骨外髁骨折·····	(74)
七、肱骨内上髁骨折·····	(75)
八、尺桡骨干双骨折·····	(77)
九、尺骨上段骨折合并桡骨头脱位·····	(79)
十、桡骨下段骨折合并下尺桡关节脱位·····	(80)

十一、桡骨下端骨折·····	(81)
十二、腕舟骨骨折·····	(82)
十三、掌指骨骨折·····	(84)
第三节 下肢骨折·····	(87)
一、股骨颈骨折·····	(87)
二、股骨粗隆间骨折·····	(89)
三、股骨干骨折·····	(90)
四、股骨髁上骨折·····	(92)
五、髌骨骨折·····	(94)
六、胫腓骨干骨折·····	(95)
七、踝部骨折·····	(96)
八、跖趾骨骨折·····	(100)
第四节 躯干骨折·····	(101)
一、胸腰椎骨折与骨折脱位·····	(101)
二、骨盆骨折·····	(104)
第四章 脱位	
第一节 概论·····	(107)
第二节 上肢关节脱位·····	(109)
一、肩关节脱位·····	(109)
二、肘关节脱位·····	(112)
三、月骨脱位 ·····	(113)
第三节 下肢关节脱位·····	(114)
一、髌关节脱位·····	(114)
二、跗跖关节脱位·····	(117)
第五章 骨病	
第一节 化脓性骨髓炎·····	(119)
一、急性血源性骨髓炎·····	(119)
二、慢性骨髓炎·····	(121)
第二节 化脓性关节炎·····	(121)
第三节 骨与关节结核·····	(123)
第四节 退行性骨关节病·····	(126)
第五节 骨髓炎·····	(128)
一、股骨头骨髓炎·····	(128)
二、胫骨结节骨髓炎·····	(129)
三、第二跖骨头骨髓炎·····	(129)
附方 ·····	(130)

第一章 总 论

中医伤科学是祖国医学伟大宝库的重要组成部分，有着悠久的历史，丰富的内容。中医伤科学又称正骨学，是研究筋（软组织）骨（骨关节）损伤和疾病的一门科学。

在祖国医学整体观念指导下，中医伤科学认为筋骨的伤病不仅能引起局部组织的损害，还会导致气血、经络、脏腑的功能紊乱和病变。因而在治疗原则上强调“外伤与内损并重”“局部与整体兼顾”。在治疗方法上既有丰富多采的外治法，又有多种内治法。这是中医伤科学的特点。

第一节 发 展 概 况

原始社会的人类，在长期实践中，逐渐积累了与伤病作斗争的经验。早在公元前二千多年前，我们的祖先就知道用砭石（即石针，用来进行针刺和切开排脓）、跻引（即导引，就是练功疗法）、案抗（即推拿按摩）、毒熨（在毒病处以药物熨贴）等法治疗各种伤病。这些也是伤科最早的治疗方法。

周代 公元前1100年，我国出现了首次医学分科。《周礼·天官》中把医师分为食医、疾医、疡医、兽医四种，并明确记载：“疡医……掌肿痛、溃疡、金疮、折伤之祝药、刮、杀之齐。凡疗疡以五毒攻之，以五气养之，以五脏药疗之，以五味节之。”（“金疮”即刀伤。“折伤”即骨折。“祝药”即外敷药。“刮”即刮去脓血之意。“杀”即以药物腐蚀腐肉。“齐”同剂。）可见当时伤科属于疡医范畴，并有了多种外治法及内治法。

春秋战国 约在公元前三世纪，出现了我国最早的一部古典医学巨著——《黄帝内经》。该书《灵枢》中多处记载了人体运动系统的解剖生理学。《素问》中更论述了“气伤痛，形伤肿”以及肝主筋，肾主骨，脾主肌肉等理论。这些理论一直指导着伤科基础理论研究和临床医疗实践，对伤科学的发展影响深远。

汉代 东汉名医华佗（公元141—203）擅长外科手术，当时他已能使用麻沸汤为病人行死骨摘除术。他还模仿虎、鹿、熊、猿、鸟等动物的动作姿态，创造了“五禽戏”，提倡以适当的运动来防治疾病和恢复肢体的功能。这是一种科学的练功疗法，与现代体育疗法是相同的。

晋、南北朝 晋朝葛洪（公元281—341）在《备急肘后方》中创用竹片固定法，对后世应用小夹板很有启发。南北朝南齐（公元479—502）龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》是

我国现存最早的外科专著，该书有金疮专论，积累了许多治疗金疮的经验。如书中对外伤的治疗就有止血、止痛、收敛、镇静、解毒等方法，其中许多内容经历代证明具有良效。这说明当时处理创伤已取得很大的成就。

隋代 巢元方著《诸病源候论》（公元610）中的不少章节对伤科证治有许多科学的论述。如在“金疮伤筋断骨候”中指出：肢体受伤后，可能引起循环障碍，创口虽然愈合，仍能发生神经感觉麻痹和肌肉运动障碍症状。这与 Volkmann 氏在1881年才提出的“缺血性挛缩”的原因和症状大致相同。又指出：破碎的关节和折断的骨骼，在受伤后可立即用线缝合。这是世界上关于骨折内固定的最早记载（欧洲最早是 Lapuyade 和 Sicre 二氏在1775年试用金属线做骨折内固定的）。“金疮惊痉候”中指出：创伤愈合后，因固定不良，早期活动，致令皮下出血，血肿大小不同，且有跳动，自己不会消失亦不会化脓。血肿内的血分两种，一部分凝结很深，这种血肿不可切开，切开有出血致命的危险。可以看出，祖国医学早在610年对外伤性动脉瘤就有认识。“金疮久不瘳候”中指出：创口久不愈合，脓流不绝，是因创内有碎骨、坏死组织或异物等原因。敞开伤口，取出异物，始能使伤口愈合。这种正确观点较在十四世纪英国 John Arderne 氏开始作摘除死骨使瘰管愈合手术要早好几百年了。

唐代 孙思邈（公元581—682）在《千金要方·失欠颊车蹉开张不合方》中，记述了下颌关节脱位的整复法，此法至今仍为全世界所通用。蔺道人《仙授理伤续断秘方》（公元841—846）是我国最早的骨伤科专著。书中对骨折处理的步骤及治疗方法有详细的叙述。如对骨折提出了拔伸捺正的复位方法，复位后用衬垫板固定，并在治疗期间要注意关节的活动。这种原始的动静结合的指导思想，成为后来治疗骨折的基本原则。该书对开放性骨折主张用快刀扩创，以煎水冲洗干净，并予缝合。这与现代治疗开放性骨折的方法相似，但要比欧洲在1898年才由 Friedrich 氏开始用扩创术早了一千多年。

宋、元代 宋代后期伤科已有了相当的发展，并在民间有了专业医生，即所谓“专门接骨”的医生。自元代开始，伤科与外科分离，自成一科，称“正骨兼金镞科”。危亦林著《世医得效方》（1343年）第十八卷“正骨兼金镞科”系统地整理了正骨术。危氏指出，整复骨折脱位之前，先要给予麻药，使病人不痛。并对踝、膝、髋关节骨折脱位提出了详细的整复方法。危氏首先采用脊柱悬吊复位法整复脊柱骨折脱位，此为世界之创举。英人 Davis 氏在1927年才提出了与危氏相同的方法，但比危氏晚了六百年。

明代 薛己著《正体类要》（1529年）是一本医案专著，该书重视损伤的内治法，序言中说：

“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和，岂可纯任手法，而不求之脉理，审其虚实，以施补泻哉。”由于该书的倡导，后世对损伤内治法引起重视，因而不断有所发展。王肯堂著

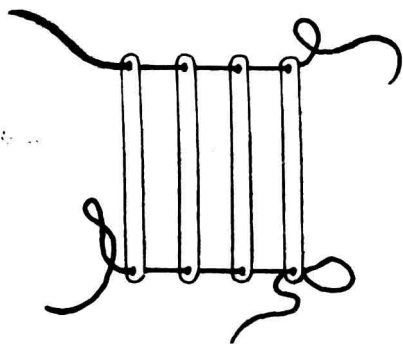


图 1-1 脊柱

《证治准绳》（1608年）对肩部骨折、肱骨骨折、前臂骨折的复位固定法，都作了有科学价值的介绍。

清代 吴谦等编撰的《医宗金鉴·正骨心法要旨》（1742年）内容十分丰富。书中介绍了各种正骨器械，有振槌、攀索叠砖、通木、腰柱、杉篙、抱膝等。对正骨手法归纳为八法，即摸、接、端、提、按、摩、推、拿等。对骨解剖之解说，亦颇详尽。此外钱秀昌的《伤科补要》（1808年），赵竹泉的《伤科大成》和胡廷光的《伤科汇纂》等伤科专著，均很有参考价值。

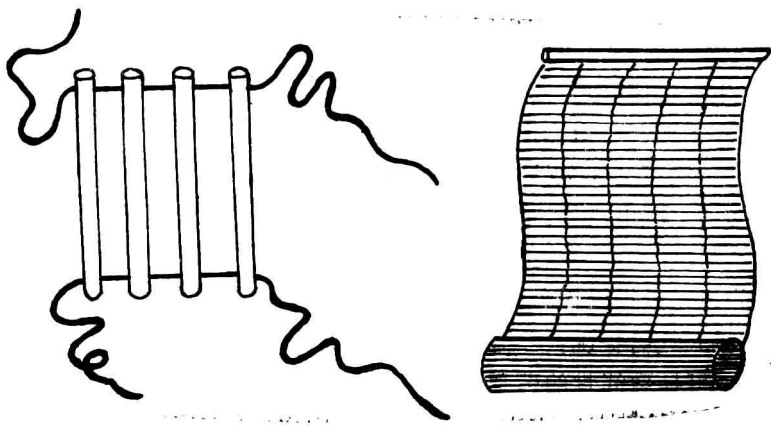


图1-2 杉篙 竹帘

中医伤科学在几千年的发展中形成了自己的理论，积累了丰富的经验。尤其值得指出的是，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，在旧中国由于反动政府实行消灭中医的政策，使中医学这门科学受到了严重的摧残，伤科学当然也不例外。因而旧中国伤科学著作甚少，极其丰富的伤科诊疗经验只是散在于老一辈的中医师和民间中，缺乏整理和提高，严重地阻碍了伤科学的发展。

中华人民共和国成立后，伤科学有了飞快的发展。广大中西医伤骨科工作者认真贯彻党的中医政策，走毛主席指出的中西医结合的道路，创造出中西医结合治疗骨折和软组织损伤的新疗法。经多年的临床实践证明，这些新疗法大大提高了骨折和软组织损伤的疗效，为伤科学的发展作出了

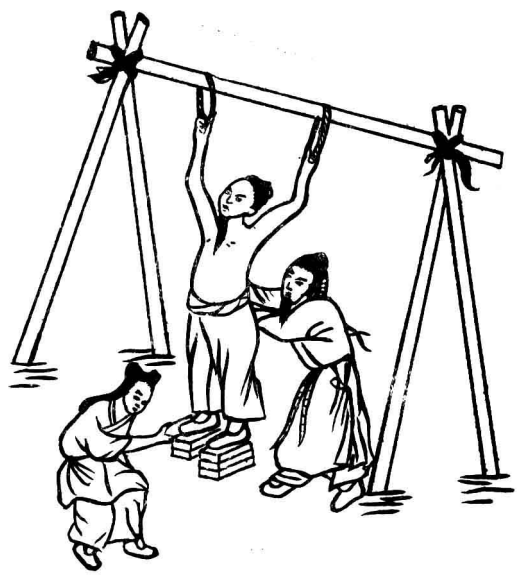


图1-3 攀索叠砖法

贡献。目前，我国正处在一个新的历史时期，全国人民正在为实现我国社会主义现代化建设而努力奋斗。我们一定要用现代科学知识和方法整理、提高中医伤科学，为加快中西医结合的步伐作出新贡献。

第二节 病因病机

一、病因

筋骨伤病发生的原因，可分为外因与内因两方面。

（一）外因 主要是外力作用和邪毒感染。

1. 外力作用 又可分为急性损伤和慢性劳损。

（1）急性损伤：可由跌扑、坠堕、扭挫、过度负重、打击、压轧、金刃、枪伤等引起。

（2）慢性劳损：系指慢性积累性损伤，多因长期在某种不正确的姿势下工作所引起。《素问·宣明五气篇》说：“久坐伤肉、久立伤骨、久行伤筋”。明确指出了长久处在某种姿态下，可导致筋骨的劳损。

2. 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，细菌通过伤口可引起局部或全身感染；损伤积瘀，经脉受阻，也可化热成毒；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。

（二）内因 年龄、体质、局部解剖结构等不同因素，可影响到筋骨伤病的发生和发展。例如，青少年易发生青枝骨折和骨骺分离；老年人易发生股骨颈骨折和粗隆间骨折；少年儿童、体质强壮者骨折愈合迅速，而年老体衰者骨折愈合缓慢。气血、脏腑功能的盛衰与筋骨伤病的发生有密切的关系。如正气不足，肝肾虚弱，骨骼空虚，风寒痰浊乘虚而入，则凝聚为流痰（骨与关节结核）；中年以后，肝血肾精渐亏，气血不足，致使筋骨失养，形体疲极，促使筋骨组织退变，易发退行性骨关节病。

二、病机

《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。”指出了筋骨局部的伤病和全身之间有着密切的关系。祖国医学从整体观念出发，认为筋骨的伤病，可引起经络阻塞，气血凝滞，最后导致脏腑不和；反之，脏腑不和也可引起经络、气血的病变，导致筋骨的伤病，并影响其修复。所以，正确认识筋骨伤病与气血、脏腑、经络的关系，对于指导损伤的辨证施治具有重要意义。

（一）筋骨伤病与气血的关系 《杂病源流犀烛》说：“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，忽因所壅而凝聚一处，……气凝在何处，则血也凝在何处。”《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；破肉伤腠，每致亡血过多”。指出了跌打损伤之症，多伤及气血，可引起气血凝滞，如亡血过多，还可引起血脱。现将筋骨伤病引起气血的各种病理现象分述如下。

1. 气的病理现象

(1) 气滞与气闭：气运行于全身，应该畅通无阻。如人体某一部位遭受损伤，即可使气的流通发生障碍，称为气滞。如胸肋迸挫伤后，自觉胸肋胀痛，呼吸、咳嗽牵掣作痛，即为气滞的见证。气滞是筋骨伤病最常出现的病理现象。气滞严重者可出现晕厥、神志昏迷等危急之症，这种严重的气滞称为气闭，如头部脑髓震荡伤可发生气闭。

(2) 气虚与气脱：气虚是指全身或某脏腑出现功能衰退的病理现象。气虚在损伤中最常见于严重损伤的恢复期、慢性劳损、以及老年人受伤。严重损伤的早期可引起气脱，或损伤大出血可造成气随血脱。气脱是气虚最严重的表现，相当于现代医学的创伤性休克。

2. 血的病理现象

(1) 血瘀：血液周行于全身，需要流通，如血液流通不畅，甚或阻滞不行，则为血瘀。血瘀是损伤最常见的病理现象。可因损伤血络，血溢脉外，局部有离经之血停滞，形成血瘀；也可因损伤气滞导致血瘀。因为气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀。反之，瘀血阻塞经络，影响气的运行，也可引起气滞。所以，损伤后气滞血瘀常常并见。

(2) 血虚与血脱：血虚是指体内血液不足所发生的病变。其主要原因是由于失血过多或生血不足所致。在损伤中由于失血过多，新血一时未及补充；或因瘀血不去，新血不生；或因筋骨严重损伤，累及肝肾，肝血肾精不充，都能导致血虚。损伤急性大失血，可引起血脱，同时还可出现气随血脱。血脱相当于现代医学的出血性休克。必须指出，血虚病人往往全身机能衰退，同时出现气虚症候，形成气血双虚。

(3) 血热：损伤后有时可出现血热的病理现象。这是因为损伤血瘀，瘀血不去，积瘀生热所致；或因皮肉破损，邪毒感染所致。前者相当于现代医学的损伤或手术后的吸收热，后者相当于损伤或手术后合并感染。

(二) 筋骨伤病与脏腑经络的关系

《灵枢·邪气脏腑病形篇》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”。这些论述都说明损伤瘀血可反映于脏腑而引起病候。此外，内经中早就阐述了不同的体表组织由不同的内脏分工主宰的理论，如“肾主骨”“肝主筋”“脾主肌肉”，这些理论广泛地指导临床实践。所以，筋骨伤病与诸脏均有关，尤其是与肝肾、脾胃更有着十分密切的关系。

1. 与肝肾的关系

《素问·五脏生成篇》说：“肝之合，筋也。”《六节脏象论》说：“肝者……其充在筋。”《痿论》说：“肝主身之筋膜。”《灵枢·本神篇》说：“肝藏血”这些经文说明了肝的功能及其与筋的关系。肝藏血、主筋，肝血充盈，才能“淫气于筋”，筋得所养，以维持肢体正常的运动。《素问·宣明五气篇》说：“肾主骨。”《六节脏象论》说：“肾者……其充在骨。”《五脏生成篇》说：“肾之合，骨也。”《阴阳应象大论》说：“肾生骨髓，……在体为骨。”《灵枢本神篇》说：“肾藏精。”这些经文说明了肾的功能及其与骨的关系。肾主骨、藏精气、精生骨髓，骨髓充实，则骨骼坚硬。又由于筋为肝之外合，骨为肾之外合，所以筋骨的伤病，也必内动于肝肾，导致肝肾肾功能减退。由于肝血不充，肾精不足，则无以濡养筋骨，又会影响筋骨伤病的修复。所以，即使素无肝肾亏损的病人，为了促进其筋骨伤病的愈合，也应补益肝肾。

2. 与脾胃的关系

脾主肌肉、主四肢。脾胃运化功能正常，则消化吸收旺盛，水谷之精微得以生气化血，输布全身，全身肌肉壮实，四肢活动有力。人体遭受损伤后，尤其是腹部直接受伤，就会影响脾胃功能减退。脾胃失于健运，则化源不足，无以滋养肢骸，势必影响筋骨伤病的修复。所以，调理脾胃对于筋骨伤病的修复也是很重要的。

3. 与经络的关系

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。

肝经之脉由下而上布胁肋，胆经之脉由上而下循胸胁。胸部内伤，症见胸胁闷胀，胁肋作痛，此乃肝胆两经之病，治宜疏肝理气。《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，手足三阳经与之交会，故脊柱骨折脱位合并督脉损伤时，可出现肢体麻木不仁，运动丧失。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。

由此可见，筋骨伤病的发生、发展，与经络有密切关系。

第三节 辨 证

中西医结合的诊断方法要求把辨病和辨证结合起来。一方面要充分运用现代医学的检查方法，包括实验室、X线和病理检查，确定伤科疾病的诊断；另一方面还要通过

望、闻、问、切四诊收集材料，并据此材料进行辨证，这样才是一个完善的伤科诊断。

伤科辨证的要求是：既要注意病变局部的改变，又要注意全身的变化；既要注意病邪的消长，又要注意机体抵抗力的盛衰。

伤科辨证的方法也是以八纲辨证为总纲，并结合气血、脏腑、经络和卫气营血辨证。在临床应用时，这几种辨证方法往往需要互相补充，诊断才能臻于完善。

一、八 綱 辨 証

八纲包括阴阳、表里、寒热、虚实。八纲辨证就是从这四对矛盾的八个方面去概括疾病的不同特点。表是指病在肌表，病邪轻而病位浅者；里是指病在脏腑，病邪重而病位深者。寒与热是阴阳偏盛偏衰的一种具体表现，阳胜则热，阴胜则寒。虚是指人体的正气不足，抵抗力减弱；实是指病的邪气盛和正气相争剧烈。一般来说，起病急，病程短，病位浅者，多属阳证；起病慢，病程长，病位深者，多属阴证。就局部病变而言，脓未溃时疮形高起，根脚收束，红肿焮热属实、属热、属阳，其溃后脓黄而稠，易于生肌收口；若疮形平塌，根脚散漫，皮色不变，不热或微热者属虚、属寒、属阴，其溃后液脓清稀，淋漓不尽，难于生肌收口。但临床上出现的证候，常是诸证并见，有时还可出现互相转化、错杂和假象。体表软组织化脓性感染可因邪传入里，转变为急性骨感染的里、实、热的阳证，随着病情发展，还可转变成慢性骨感染的里、虚、寒的阴证。严重创伤，大量失血，均可引起四肢厥冷，脉微欲绝的证候，亦即亡阴可导致亡阳。

二、气 血 辨 証

《素问·阴阳应象大论》说：“气伤痛，形伤肿”，指出了肿痛是伤气血的主要症状。气滞证主症是胀痛，痛无定处，外无肿形，范围较广，压痛不显。如气滞胸胁，则胸胁胀痛，咳嗽，气急，心烦；气滞胃脘，则脘腹满闷胀痛，上下窜痛，纳呆，甚则恶心呕吐。血瘀证主症是刺痛，拒按，部位固定，伴有肿胀青紫，脉细或涩。瘀血内结或与热邪相结，则可呈现发热。瘀血阻遏血在经脉内运行，血逆妄行，可出现各种出血现象，或反复出血不止。由于瘀血阻遏，气机不利，肢体可出现活动不利、关节僵硬、麻木等功能障碍症状。由于气血关系密切，临床上常为气滞血瘀并见。久病陈伤，年老体衰者可出现气虚证，主症少气懒言，疲乏无力，自汗，眩晕，舌淡，脉虚。创伤失血过多，或久病陈伤脾胃肝肾虚弱，导致血虚证，主症面色苍白，口唇淡白，头晕心悸，手足发麻，疮疡脓液清稀，难于收口，舌质淡，脉细弱。临床上气虚与血虚常常同时存在，为气血双虚证。严重创伤或急性大失血，更可引起气随血脱证，症见面色淡白，精神淡漠，大汗淋漓，四肢厥冷，脉微欲绝。

三、脏 腑 辨 证

肺主皮毛，脾主肌肉，肝主筋，肾主骨。所以，皮肉筋骨的伤病均可累及肺脾肝肾诸脏，出现相应的证候。如脊柱骨折早期症见腰腹胀痛、拒按，发热，不思饮食，小便黄赤，大便秘结，舌质红，苔黄厚腻，脉弦数，这是气血凝滞，壅阻经络，积瘀生热所致，属中焦胃肠的里实热证，当用攻下逐瘀之类；及至后期，腰膝萎软，筋肌无力，遇劳更甚，卧则减轻，这是骨折伤及气血、累及肝肾之故，理应用调补气血、滋养肝肾之法。胸部损伤早期，症见胸痛，发热咳喘，痰黄粘稠，舌红苔黄，脉滑而数，此为肺有瘀热之实证，宜用活血祛瘀，泻肺清热之剂；若胸肋陈伤旧患，症见胸肋隐痛，若兼咳嗽气短，痰白清稀，疲倦懒言，声音低弱，怕冷自汗，面色㿔白，舌质淡嫩，舌边有瘀点，脉虚弱，此为肺气虚而兼血瘀证，宜补肺气，健脾土，佐以活血祛瘀；若兼咳嗽无痰，或痰少而粘，痰中带血，潮热盗汗，五心烦热，午后颧红，失眠，口干咽燥，声音嘶哑，舌红苔少，脉细数，此为阴虚肺燥之证，宜投滋阴润肺之药。

四、经 络 辨 证

经络辨证就是根据经络学说辨别证候的方法。督脉运行于头项背后的正中线，总督一身之阳经，故脊柱骨折脱位合并截瘫则可认为督脉遭到严重损害。足厥阴肝经从下肢内侧循行而上，绕阴器，布胁肋，故凡外阴部及两肋的伤病，应视为与肝经有关。若腰痛沿脊椎旁至大腿后侧放射至小腿足背者，则应视为病变已累及足太阳膀胱经。对于已累及经络的病变，实证宜活血祛瘀，疏通经络，虚证宜调补气血，温通经络。

五、卫 气 营 血 辨 证

伤科疾病中的热性病，如急性化脓性骨髓炎和关节炎，或开放性骨折合并感染，也可用卫气营血辨证方法。若感染初起，出现发热恶寒，头痛身痛，舌苔薄白，脉浮，说明邪在卫分，病情尚轻，可用清热解毒佐以辛凉解表之剂；随着感染的发展，若症见大热、大渴、大汗，说明邪在气分，病情较重，此时若兼见腹胀满痛、拒按、烦躁谵语，大便秘结或腹泻黄臭稀粪水，舌红苔黄或灰黑起芒刺，脉沉数有力，则是气分胃肠实热之症，可用攻下逐瘀，急下存津之方；若继而出现发热较高，躁扰不安或谵语，或出现隐隐斑疹，舌绛无苔，脉细数，说明热入营分，法当清营泄热；病情若再加重，伴有不同程度的意识障碍，如表情淡漠，神昏谵语，循衣摸床等，是热入心包之症，应兼用清心开窍之品；若伴有四肢拘急，项强抽搐，角弓反张，舌歪舌颤，则为热动肝风之象，应增用平肝熄风之药；随着感染的扩散，由局部感染转化为全身感染，症见寒战高热，头部或全身剧痛，呼吸困难，谵妄狂躁，甚至神志不清，伴有吐血、咯血、衄血或

尿血、便血、皮肤出现紫黑斑疹，舌绛紫，舌苔焦黄起芒刺或无苔，脉数而洪大或数而沉细，说明热入血分，病邪炽盛而正气已衰，已到了危重阶段，直须凉血止血，并速用固脱或开闭之品。

第四节 治 疗

祖国医学从整体观念出发，历来主张在伤科疾病的治疗中，既要看到外在的伤病，也要顾及机体内在的变化；既要重视局部的治疗，也要重视全身状况的改善；既要看到活动与固定在治疗上的有利一面，也要看到其不利一面。因此，伤科的治疗原则是：“外伤与内损并重”，“局部与整体兼顾”，“固定与活动结合”。这三大治疗原则，以及体现以上原则的丰富多采的治疗方法，构成了伤科治疗的特点。

伤科的治疗方法归纳起来可分为手法治疗、药物治疗和练功疗法三大方法。

一、手 法 治 疗

（一）手法的种类

手法治疗历史悠久，内容极为丰富，种类繁多，各地各家的名称又极不统一，《医宗金鉴·正骨心法要旨》把手法归纳为八法。

摸法：“摸者，用手细细摸其所伤之处。”此乃检查之手法。

接法：“接者，谓使已断之骨，合拢一处，复归于旧也。”此为正骨手法之总称。

端法：“端者，两手或一手擒定应端之处，酌其重轻，或从下往上端，或从外向内托，或直端，斜端也。”这是骨折复位常用的一种手法。

提法：“提者，谓陷下之骨，提出如旧也。”这也是用于骨折复位的一种手法。

按法：“按者，谓之手往下抑之也。”

摩法：“摩者，谓徐徐揉摩之也。”

推法：“谓以手推之，使还旧处也。”

拿法：“拿法，或两手一手捏定患处，酌其宜轻宜重，缓缓焉以复其位也。”

后四法均为治筋手法。常用正骨和治筋手法，将在有关章节介绍。

（二）手法的作用

1. 复位作用：接、端、提等手法用于骨折或关节脱位，可使断骨合拢或关节复归于旧位。脊柱后关节的错缝，应用脊柱旋转复位法，可使其复位。

2. 行气活血、消肿止痛作用：损伤早期，局部气血瘀滞，为肿为痛，应用治筋手法，可起行气活血的作用，促进局部血液循环，解除肌肉痉挛，以收消肿止痛之效。

3. 舒筋活络、通利关节作用：筋骨损伤的后期，应用治筋手法，可消除肌肉、肌腱、筋膜、韧带、关节囊的挛缩和粘连；增加局部营养，使肌萎缩得以改善，进而促进关节功能恢复。

（三）使用手法注意事项

1. 使用手法前必须明确诊断，应排除骨与关节的破坏性病变（如炎症及肿瘤），否则会导致严重后果。

2. 施行手法要稳、准、巧，切忌盲目、粗暴和增加病人痛苦。

3. 伴有全身发热、急性传染病、严重心肺肝肾功能不良者，不宜用手法。

4. 拟施手法局部有皮肤病、皮肤破损、或正在出血，不宜使用手法。

5. 饥饿及疲劳时，慎用手法，以免晕倒。

6. 妇女在孕期和月经期，腰腹部禁用手法。

二、药物治疗

（一）内治法

伤科内治法是按辨证施治原则，分别采用消散、攻下、补养等不同治法。或先攻后补，或攻补兼施，或消补并用，互相配合，灵活运用。现将伤科常用内治法，分述如下。

1. 行气活血法：本法为伤科最常用的内治法。凡气滞血瘀，肿痛并见之证均可用本法。故常用于损伤初期气血俱伤，或宿伤瘀血内结。运用时应辨清气滞为重，血瘀为重，或两者并重。气滞为重者以行气为主，方用柴胡疏肝散、加味乌药汤、金铃子散等。血瘀为重者以活血祛瘀为主，方用复元活血汤、活血止痛汤、桃红四物汤、四物止痛汤等。气滞血瘀并重者，则行气活血并用，方用膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤等。

活血化瘀法在临证具体运用时，还应根据不同证候，灵活运用。痛甚者，应活血止痛，选用活血止痛效果较好的乳香、没药、元胡、五灵脂等，并加理气药川楝子、木香、郁金等，以增强止痛效果。对瘀血造成的肿胀，则应活血消肿，如漫肿常用当归、川芎、赤芍、红花等行血消肿，并配防风之类的祛风药和木通、泽泻等利水药，祛风、利水，以助消肿；对成形肿块常用桃仁、三棱、莪术、山甲、皂刺等破血消肿；对坚硬的肿块可用土虫、水蛭、虻虫等攻坚消肿。对损伤瘀血出血，则应活血止血，常用三七、血竭、蒲黄、茜草根、藕节等。对损伤瘀血并有血虚者，则当活血补血，常用当归、丹参、鸡血藤、芍药等。

2. 攻下逐瘀法：本法适用于损伤早期蓄瘀，大便不通，舌红苔黄，脉数的体实患者。胸伤蓄瘀，胀痛咳逆，用大成汤加减；胁伤蓄瘀，两胁胀痛，用复元活血汤加减；腹伤蓄瘀，少腹胀痛，用鸡鸣散合失笑散加减；腰伤蓄瘀，动辄则痛，用桃仁承气汤合地龙散加减。

外力致伤，必伤气血，轻则气滞血瘀，重则蓄血、亡血，壅塞脉道，气血不得畅流，瘀血不去，则新血不生，甚或越络而妄行且变证多端。《素问·至真要大论》指出：“留者攻之。”《素问·缪刺论》说：“有所堕坠，恶血内留，腹中满胀，不得先后，先饮利药。”所以损伤的治法，当以祛瘀为先。逐瘀之法，还有泄热止痛之作用，因损伤蓄血化热，不通则痛，故逐瘀可以退热、通便、止痛。

攻下逐瘀法属下法，常用苦寒泻下以攻逐瘀血，但年老体衰、气血虚弱、内伤重症、失血过多、慢性劳损、妊娠、月经期间、产后荣血不足者忌用。

逐瘀方剂相当峻猛，临床应当慎用，非必要不可滥用。

3. 清热解毒法：本法适用于热毒蕴结在气分，或内攻营血诸证。热毒蕴结于筋骨，发热口渴引饮、舌红苔黄、脉数、局部红肿热痛者，应清热解毒。创伤感染早期用五味消毒饮；附骨痛用黄连解毒汤等。若病势继续发展，邪毒内陷营血，则应以清营凉血法治之。若内伤化热，症见吐衄、舌红绛苔黄、脉弦紧数或细涩而有力，则以清营凉血止血，佐以祛瘀，用犀角地黄汤合十灰散；化脓性感染热毒内攻，邪热入营分，神昏谵语者，用清营汤加减；热入血分，症见烦扰不寝、吐衄、发斑、舌绛、脉数者，用犀角地黄汤合黄连解毒汤；若兼见高热、气血两燔者，用犀角地黄汤合白虎汤加减。

止血药应按其归经和出血部位不同而选用。如鼻衄多用白茅根；吐血、咯血多用茜草根、藕节、侧柏叶；尿血多用蒲黄、小蓟；便血多用槐花、地榆。此外，上部出血忌用升麻、桔梗等升提药；下部出血忌用厚朴、枳实等沉降药。

应用清热凉血止血法还应注意以下两点。损伤血证，不可单纯用止血药，若有瘀血，则应活血止血，因瘀不去则血不归经；若出血过多，则应补气摄血，以防气随血脱。此外，防止寒凉太过，因血喜温而恶寒，寒则气血凝滞而不行，瘀血内停，故应中病即止。

4. 通窍安神法：本法用于气闭晕厥，如头伤昏迷，神志不清。治宜通窍开闭，方用苏合香丸（温开）或至宝丹（凉开）。苏醒后眩晕嗜睡，胸闷恶心，治宜熄风宁神、化痰降痰，方用天麻钩藤饮加减。恢复期心气虚弱，则心神不宁，肝阳上扰，则眩晕头痛，宜养心安神、平肝熄风，用镇肝熄风汤合吴茱萸汤加减。

通窍药走窜性强，易引起流产、早产、孕妇慎用。

5. 接骨续筋法：本法适用于骨位已正，筋已理顺，瘀肿已化或逐渐消散的骨折筋断之中期。瘀血不去，则新血不生，新血不生，则骨不得合。故骨折中期治疗应以去瘀生新、促进骨合为主，常用方剂都由活血药和接骨药组成，如驳骨丹、接骨丹、新伤续断汤等。常用药物有川断、骨碎补、土虫、自然铜、乳香、没药、大驳骨、小驳骨等去瘀生新之品。

6. 舒筋活络法：本法适用于骨折、脱位、扭挫伤后期，表现有酸、麻、痛、痹、活动障碍者。如陈伤旧患用小活络丹、大活络丹、麻桂温经汤；创伤失血之后兼风寒侵袭经络，用疏风养血汤；肢节痹痛，用蠲痹汤、宽筋散、防风根汤；腰痹痛，用独活寄生汤、三痹汤等。

舒筋活络法是温经、通络之法。骨关节伤病后期，气血虚弱，筋络拘挛，或为风寒湿邪侵袭，气血不得通畅，肢节痹痛，故须温行气血、祛风寒湿、舒筋活络，一般用辛温祛邪佐以行气活血药物，如桂枝、秦艽、羌活、独活、川乌、草乌、威灵仙、海风藤、络石藤、宽筋藤、千年健等。治风先活血，血行风自灭。故有时还需配合行气活血、补益气血，才可收到相得益彰的功效。肝主筋、肾主骨，故舒筋络、利关节之剂，又当佐以补益肝肾之药。

祛风寒湿药，药性多辛燥，必损伤阴血，故阴虚者慎用，或配合养血滋阴药同用。

7. 补气养血法：本法适用于平素体弱、气血耗损较甚或迟缓愈合、筋骨痿软者。补气用四君子汤；补血用四物汤；气血双补用八珍汤、十全大补汤；损伤失血过多，气失所舍，宜补气固脱，用独参汤；失血虚脱，阳气大伤者，宜回阳救逆，用参附汤；损伤血虚，肝阳上扰，宜养血潜阳熄风，用四物汤加龙骨、牡蛎、天麻、杭菊、龟板等；心血不足而惊悸者，宜养血安神，用四物汤、生脉散或天王补心丹等。

补气养血法为补法，气虚可致血虚，血亏可致气损，血脱可致气脱；气为阳，血为阴，阳生则阴长，故治疗血虚时，补血之中常兼以补气。且有形之血不可速生，无形之气所当急固，所以对大出血而引起血脱者，采用补血剂时往往以补气药为主，如当归补血汤之重用黄芪。此外，对气虚者，如元气虚常以扶阳药附子补肾中阳气，用参附汤；中气虚用术附汤；卫气虚用芪附汤。又因肺主气，脾主中气，故补气多着重肺脾两经，而培补中气尤为重要，如脾胃虚弱用参苓白术散，中气下陷用补中益气汤等。

补血药多滋腻，脾胃虚弱易引起食呆、便溏，故补血方内宜用健胃和中之品。

跌扑损伤而瘀血未尽、体虚不任攻伐者，于补虚之中仍需酌用祛瘀药，以防留邪损正，积瘀为患。

若补养气血及清热解毒两法并用，以扶助正气、托毒外出，即为托里排脓法。感染化脓而未溃破、或已溃破但排脓不畅、邪盛而正未衰者，以清热解毒为主，补气血为辅，用透脓散加银花、公英、地丁；若正虚不能托毒外出者，以补托为主，清热解毒为辅，用托里消毒散。

8. 补益肝肾法：也称强筋壮骨法。用于骨折、伤筋的后期。肝主筋、肾主骨，折断的筋骨，经治疗后虽已连接，但不坚固，故筋骨损伤的后期常用补益肝肾法，使筋骨强劲，并常与补气养血法、补养脾胃法结合使用。常用方剂有壮筋养血汤、生血补髓汤，肾阴虚用四物汤加左归丸，肾阳虚用四物汤加右归丸，肾阴肾阳俱不足者用健步虎潜丸等。

（二）外治法

外治的药物治疗是把药物制成一定剂型放置在病灶或有关部位发挥作用。

外治药物种类很多，按其剂型和作用分述于下：

1. 软膏：将药物碾成细末，然后用凡士林、豚脂、羊脂、饴糖、油蜡等作基质，混和调拌、煎熬后制成；也可用水、蜜、酒或醋等将药末调拌成厚糊状直接涂敷。根据药物作用可分如下几类：