

# 中国医学百科全书

## 中医骨伤科学

**主 编** 蔡 荣 (广州中医学院)

**副主编** 岑泽波 (广州中医学院)

孙绍良 (陕西中医学院)

**编 委** (以姓名笔画为序)

石幼山 (上海中医学院)

刘柏龄 (长春中医学院)

李同生 (湖北省中医药研究院)

尚天裕 (北京中医研究院)

郑怀贤 (成都体育学院附属医院)

施 杞 (上海中医学院)

郭春园 (郑州市骨科医院)

樊春洲 (黑龙江中医学院)

**学术秘书** 黄关亮 (广州中医学院)

**中国医学百科全书**

③ 中医外科学

黄耀棠 主编

④ 中医骨伤科学

蔡 荣 主编

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 上海新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15.75 字数 595,000

1992 年 9 月第 1 版 1992 年 12 月第 1 次印刷

印数 1—3,000

ISBN 7-5323-2935-6/R·889

定价. 10.00 元

**(沪)新登字 108 号**

## 编写说明

- 一、《中国医学百科全书·中医骨伤科学》分卷条目，按照总论、骨折、脱位、开放性损伤、内伤、伤筋、骨病的顺序排列，共列219条，以常见病、多发病为主。既注意收集国内新成就，也力求反映各地区的特点。
- 二、本分卷所列条目是采取常用的病证名称。正文内的解剖名称是采用目前临床的习惯称谓，古称则在条目中及书末对照表中加以介绍。
- 三、本分卷每条目按定义、历史沿革、病因病机、诊断、辨证论治等方面撰写。
- 四、本分卷的关节量度采用伸直位 $0^{\circ}$ 法。
- 五、本分卷书末附有全身主要骨骼古今名称对照表、主要参考书目及简介、方剂索引和病证名称索引，供读者查阅。
- 六、本分卷主编单位为广州中医学院。

中医骨伤科学分卷编辑委员会

一九八四年十月

# 中国医学百科全书

## 中医骨伤科学

### 目 录

骨伤科学	1	火罐	21
骨伤病因	3	针拨复位	21
骨伤病机	4	牵引	22
骨伤分类	5	手术	23
骨伤科诊法	6	创伤止血法	23
骨伤科望诊	6	清疮术	24
骨伤科问诊	7	破疮排脓术	24
骨伤科闻诊	7	病灶清除术	25
骨伤科切诊	8	截肢术	25
骨伤科摸诊	8	开放复位内固定术	25
骨伤科量诊	8	填骨术	26
骨伤科辨证	8	理伤手法	26
骨伤科局部辨证	9	拔伸	27
骨伤科八纲辨证	9	旋转	28
骨伤科脏腑辨证	9	屈伸	28
骨伤科气血辨证	10	分骨	28
骨伤科经络辨证	11	折顶	28
骨伤科分期辨证	11	回旋	29
骨伤科分型辨证	11	捺正	29
骨伤科危候	11	挤压	29
骨伤科内治	12	按摩推拿	29
攻下逐瘀	13	理筋	29
行气活血	13	分筋	30
接骨续损	14	弹筋	30
调营清热	15	拔络	30
托里排脓	15	正骨器具	30
舒筋活络	16	裹帘	31
镇惊安神	16	振挺	31
通窍宣闭	16	攀索	32
软坚散结	17	叠砖	32
补虚益损	17	披肩	32
骨伤科外治	18	通木	32
敷贴	19	腰柱	32
掺药	19	竹帘	33
涂擦	19	杉篙	33
洗涤	19	抱膝	33
熏淋	20	肩托	34
热熨	20	夹板	34
药线	20	托板	35
针灸	20	骨盆兜夹板	35

木板鞋	35	外伤性截瘫	69
丁字鞋	36	骨折畸形愈合	70
支架	36	骨折迟缓愈合与不愈合	70
砂袋	36	脱位	71
缚带	36	颞颌关节脱位	72
压垫	36	肩关节脱位	72
功能锻炼	37	陈旧性肩关节脱位	74
骨折	39	习惯性肩关节脱位	74
骨折病因与分类	39	肩锁关节脱位	74
骨折诊法	40	胸锁关节脱位	75
骨折治疗	41	肘关节脱位	75
骨折并发症	42	陈旧性肘关节脱位	76
锁骨骨折	43	腕关节脱位	76
肩胛骨骨折	44	月骨脱位	77
肱骨外科颈骨折	44	腕掌关节脱位	77
肱骨干骨折	45	掌指关节脱位	77
肱骨髁上骨折	46	指间关节脱位	78
肱骨髁间骨折	47	髌关节脱位	78
肱骨外髁骨折	47	陈旧性髌关节脱位	79
肱骨内上髁骨折	48	先天性髌关节脱位	79
尺骨鹰嘴骨折	49	膝关节脱位	79
尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位	49	髌骨脱位	80
尺骨干骨折	50	跗跖关节脱位	80
桡骨头骨折	50	跗趾关节脱位	80
桡骨干骨折	51	趾间关节脱位	81
桡尺骨干双骨折	52	关节半脱位	81
桡骨下1/3骨折合并下尺桡关节脱位	53	桡骨头半脱位	81
桡骨下端骨折	53	骶髂关节半脱位	81
腕舟骨骨折	54	开放性损伤	82
掌骨骨折	54	擦伤	83
指骨骨折	55	撕裂伤	83
骨盆骨折	55	切割伤	83
股骨颈骨折	57	穿刺伤	84
股骨转子间骨折	57	挤轧伤	84
股骨干骨折	58	火器伤	84
股骨髁上骨折	59	内伤	84
股骨髁部骨折	60	内伤病因病机	85
髌骨骨折	60	内伤辨证论治	85
胫骨髁骨折	61	损伤疼痛	86
胫骨干骨折	61	损伤眩晕	87
腓骨干骨折	61	损伤昏厥	88
胫腓骨干双骨折	61	损伤烦躁	89
踝部骨折与脱位	63	损伤作渴	89
距骨骨折	64	损伤喘咳	90
跟骨骨折	65	损伤作呕	90
跖骨骨折	65	损伤腹胀	90
趾骨骨折	66	损伤便秘	91
颈椎骨折与脱位	66	损伤出血	91
胸腰椎骨折与脱位	67	头部内伤	92
骶骨、尾骨骨折与脱位	68	颞骨和颞弓骨折	93

下颌骨骨折·····	94	腰部伤筋·····	106
胸肋内伤·····	94	腰椎间盘突出症·····	108
肋骨骨折·····	95	肱骨外上髁炎·····	109
胸骨骨折·····	96	半月板损伤·····	109
气胸·····	96	腱鞘炎·····	110
血胸·····	96	腱鞘囊肿·····	111
腹部内伤·····	96	骨病·····	111
腰部内伤·····	97	附骨痛·····	112
伤筋·····	98	附骨疽·····	112
颈部伤筋·····	100	关节流注·····	113
失枕·····	101	骨痹·····	114
肩部伤筋·····	102	大骨节病·····	116
漏肩风·····	102	胸肋骨痹·····	116
肘部伤筋·····	103	历节风·····	117
腕部伤筋·····	103	骨骺炎·····	117
掌指、指间关节伤筋·····	104	骨质增生证·····	118
髋部伤筋·····	104	骨瘤·····	119
膝部伤筋·····	104		
踝部伤筋·····	105	附录1 全身主要骨骼古今名称对照表	121
跟腱损伤·····	106	附录2 主要参考书目及简介	122
跖趾部伤筋·····	106	方剂索引	124
足跟痛·····	106	索引	134

## 骨伤科学

骨伤科学是中医学领域里的一个分支，是一门研究防治皮肉、筋骨、气血、脏腑、经络损伤疾患的医学科学。骨伤科学的范围随着医学科学发展及治疗手段的不同而略有差异。历史上对本科有过折疡、金疡、金镞、正体、接骨、正骨和伤科等不同称谓。中医骨伤科学历史悠久，它是我国劳动人民长期与各种伤病作斗争中创造和发展起来的，并逐渐形成一门独立的学科。

《灵枢·经脉》云：“骨为干，脉为营，筋为刚，肉为墙。”皮肉筋骨四肢百骸有赖气血的温煦濡养和经脉的支配沟通，而损伤和疾患的发生、发展与局部的解剖结构、生理功能等又有密切的关系。骨伤科疾患往往较多地表现为局部的病变，但局部的肢体是整个机体的一个组成部分。各个局部之间既有互相影响，也与整体有密切的联系。肢体局部的伤病，若波及到整体时，应以脏腑经络学说为基础，阐述骨伤疾患的病机，并以八纲辨证、脏腑经络辨证以及气血辨证等作为诊断和治疗的依据；在研究肢体局部伤病时，则应着重考虑如何恢复和重建肢体的功能和形态。因此，肢体的外形、长度、关节活动幅度、力学分析与检测常是诊断和疗效的重要依据。在治疗上往往需将手法复位、夹缚固定、药物治疗和功能锻炼等多种方法配合使用，方能取得良好效果。

骨伤科疾病很早便为人们所认识。早在殷商时代甲骨卜辞和器物铭文中已有疾手、疾肘、疾胫、疾足、疾止等十三种伤病的记载，并已开始使用酒剂来治疗伤病。由于青铜器的广泛使用，骨伤科亦开始使用金属的刀针。

到周代，《周礼》卷九已将医生分为食医、疾医、疡医、兽医四类，其中疡医“掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药、副杀之齐。凡疗疡以五毒攻之，以五气养之，以五药疗之，以五味节之。”这是我国现有最早的医学分科的文献记载。《礼记·月令孟秋》记载：“命理瞻伤、察创、视折、审断。”蔡邕注：“皮曰伤，肉曰创，骨曰折，骨肉皆绝曰断。”记录了当时疡医对创伤所作的诊查和分类，并采用内外治结合的方法治疗创伤骨折，采用化腐生肌的药物处理感染伤口，并能做一些病灶清除手术。

春秋战国至汉代，我国医学有很大进步，完成了《内经》、《难经》、《神农本草经》和《伤寒杂病论》等经典著作，奠定了中医理论体系的基础。《内经》比较系统地、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》云：“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》还记载了人体骨骼的长短、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》论述了附属于十二经脉的筋肉系统。《素问·缪刺论》云：“人有所堕坠，恶血留内，……此上伤厥阴之脉，下伤少阴之络。”《素问》还阐发了肝主筋、肾主骨、脾主肌肉以及“气伤痛，形伤肿”等理论，这些医学基础理论促进了骨伤科的发展，一直指导着骨伤科的医疗实践。《灵枢·痲疽》详细论述了痲疽的成因、表现及辨证治疗规律和截除病残肢体的治疗

手段。其中列举了大疽、痲痲、股胫疽、兔齧等骨关节化脓性疾患，采用内外兼治，即内服清热解毒药物和切开排脓、外敷膏药的方法，还记载了关节流注切开引流的禁忌和指征：“如坚石，勿石，石之者死，须其柔，乃石之者，生。”《灵枢·刺节真邪》记载“骨蚀”病名及其病因、病机，《内经》还论述了痿躄、筋痿、肉痿、骨痿、脉痿等肢体畸形的病因病理，指出痿证可引起关节的畸形。在治疗上亦已广泛使用针灸、熨贴、按摩等外治法。《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。”主张用活动机体的方法治疗足部“痿躄”，为动静结合的功能锻炼奠定理论基础。公元前三世纪，名医仓公有两例完整的骨伤科病案，一为举重致伤，一为堕马致伤，记载了主诉、病史和治疗经过。《神农本草经》记载王不留行、续断、泽兰、地榆、扁青等23种药品用于骨伤科内服或外敷。《左传》已有“折肱”、“折股”的记载。马王堆汉墓出土的、抄写于秦汉之际的帛书《五十二病方》记载了金伤、刃伤、外伤出血等多种外伤疾病，以及多种止痛、止血、洗涤创伤感染伤口的治疗方法和药方，并记载了“痉者，伤，风入伤，身信（伸）而不能屈（屈）。”指出破伤风是创伤后的并发症；《帛画导引图》就绘有动作形象和文字注明，应用导引练功法治疗骨关节疾病；《足臂十一脉灸经》和《阴阳脉死候》已有“折骨绝筋”和“折骨裂肤”的记载，对筋骨损伤及开放性骨折已有一定的认识；《阴阳十一脉灸经》记载的“肩以脱，膺以折”，即肩关节脱位和肱骨骨折；汉代著名医学家华佗采用了麻沸散麻醉，进行死骨剔除术、剖腹术，此外，还创立了五禽戏，指出体育疗法的作用和重要性。

魏晋、南北朝时期，中医骨伤科在诊断和治疗技术方面也有显著的提高。晋代葛洪著《肘后救卒方》，首先记载了颞颌关节脱位口内整复方法：“令人两手牵其颐已，暂推之，急出大指，或咋伤也。”这种整复方法，直至现在还普遍沿用。他还首先记载了使用竹筒夹板固定骨折，指出固定后患肢勿令转动，避免骨折重新移位，同时夹缚松紧要适宜。对外伤性肠断裂采用桑皮线进行肠缝合，还记载了烧灼止血法，并首创了以口对口吹气法抢救卒死的复苏术。

南北朝龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》，是我国现存最早的外伤科专著，对金疮和痲疽的诊治有较详尽的论述。当时已采用切开复位治疗骨折，《北史·长孙翼归传》中有：“堕马折臂，肘上骨起寸余，乃命开肉锯骨”的病例记载。

隋唐时代的医学发展愈趋趋向专科化，骨伤科已成为一门独立的学科，特别对病因病理、诊断和治疗技术方面，又有很大的发展。隋代巢元方著《诸病源候论》探求诸病之源、九候之要，载列证候1720条，为我国第一部病理专著，该书载有骨伤科疾病多种，有“金疮病诸候”二十三论，“腕伤病诸候”九论。对骨折创伤及其并发症的病源和证候有较深入的论述，对骨折的处理提出了很多合理的治疗方法。该书指出软组织断裂伤、关节开放性损

伤必须在受伤后立即进行缝合,折断的骨骼可采用线缝合内固定,开放性骨折应清除异物和碎骨,按一定技术操作规程缝合伤口。否则,伤口内因有碎骨、坏死组织、异物存在或血液积留,可引起化脓,伤口不愈合。同时介绍了外伤性肠断裂突出腹外的处理方法,以及“以生丝缕系绝其血脉”的结扎止血法。描述了肢体损伤出现循环障碍、神经麻痹和运动障碍的症状。在内伤方面,已提出了重视内损与伤五脏的处理。此外,该书将化脓性骨感染分为附骨痈肿和附骨疽两种类型,并加以论述。对骨肿瘤的局部症状和性质也作了描述。

唐朝孙思邈著《备急千金要方》记载了损伤瘀肿和颞颌关节脱位整复后可采用蜡和热敷,以助关节功能的恢复。王焘著《外台秘要》对骨折、脱位、伤筋、内伤、金疮和创伤危重症亦有较详细的论述,并主张用毡做湿热敷,减少损伤肢体的疼痛。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,它阐述骨折的治疗原则为复位、夹板固定、功能锻炼和药物治疗,指出麻醉后整复骨折,在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,骨折复位后,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,对动静结合的理论有更进一步的阐发,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。”对开放性骨折的治疗方法比隋代又更进一步,采用经过煮沸消毒的水将污染的伤口和骨片冲洗干净,用快刀进行扩创,将断骨复位,然后用清洁的“绢片包之,不可见风着水。”该书还首次描述了髌关节脱位,并将其分为前脱位和后脱位两种类型,采用手牵足蹬法治疗髌关节脱位,采用“椅背复位法”整复肩关节脱位。书中还载有40余方,有洗、贴、搽、搯及内服法,并为后世骨伤科用药奠定了基础。

宋元时代,医学学术争鸣加速了骨伤科的发展,整复方法有了较大的提高和进步。宋代的医事制度分为九科,内有疮肿兼折疡科和金镞兼书禁科。《圣济总录》对腹破肠出的重伤亦有合理的处理方法。张杲在《医说》中介绍了采用脚踏转轴及以竹管搓滚舒筋的练功方法,并采用切开复位治疗胫骨多段骨折。《小儿卫生总微论方》记载了小儿先天并指的截除术。《夷坚志》卷十九《邢氏补颐》记载了在颌部施行类似同种异体植骨术的病例。《洗冤集录》是我国第一部很有价值的法医学专著,其中也记载了不少检查外伤的方法。元代在医制十三科中,除了金疮肿科之外,又成立了正骨科。危亦林著《世医得效方》在骨伤科学上有伟大的成就,他继承了唐代蔺道人等的经验,系统地整理了元代以前的骨伤科成就,并有创新和发展,使骨折和关节脱位的处理原则和方法更臻完善。他认为“搦扑损伤,骨肉疼痛,整顿不得,先用麻药服,待其不识痛处,方可下手”。麻药用量按患者年龄、体质及出血情况而定,“已倒便住药,切不可过多”。危亦林首先采用悬吊复位法治疗脊柱骨折,该书指出:“凡挫脊骨不可用手整顿,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。”该书指出髌关节脱位的诊治:“此处身上骨是白,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,或是挫开,又可用软绵绳从脚缚倒吊起,用手整骨节,从上坠下,自然归窠。”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。”李仲南著《永类铃方》除介绍蔺道人的经验外,也有新的骨折整复方法记载。如采用过伸复位法治疗脊柱屈曲型骨折,其复位方法是患者俯卧门板上,双手攀门板一端,医者两人捉两足牵引、抬起,一医者用手按压骨折处。此法与危亦林悬吊复位法原理相似。

明清时代的骨伤科理论进一步得到充实、提高,正骨手法和固定方法都有较大的发展,骨伤科专著也逐渐增多。明代太医院制度十三科,其中有接骨、金镞两科。朱橚等编《普济方·折伤门》中专列总论,强调手法整复的重要性,并介绍用“伸舒揣捏”整复前臂双骨折和胫腓骨骨折,对伸直型桡骨远端骨折创用了“将掌上,医用手搏损动处,将掌曲向外捺令平正”的整复手法,并采用超腕关节固定;用按压复位,抱膝圈固定法治疗髌骨骨折等,还提出了以“粘膝不能开”和“不粘膝”来鉴别髌关节后脱位和前脱位的诊断方法。薛己著《正体类要》二卷,上卷论正体主治大法及扑伤、坠跌、金伤等治验医案,下卷附诸伤方药,处方立论,重视脾肾,辨证内治,尤为中肯,很有临床价值,该书陆序指出:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”阐明了骨伤科疾病局部与整体的辩证关系。王肯堂著《证治准绳》对骨折有较精辟的论述,指出肱骨外科颈骨折若向前成角畸形,则用手巾悬吊腕部时置于胸前,若向后成角,则应置于胸后。对骨折的内收、外展类型有所认识,同时他指出外展型肱骨外科颈骨折,整复时上臂必须内收,如此断骨才能很好复位。该书还把髌骨损伤分为脱位、骨折两类,而骨折又分为分离移位与无移位两种,分离移位者,主张复位后用竹箍好,置膝于半伸屈位。对胸腰椎骨折,创用了非过伸复位法,不稳定的脊椎粉碎性骨折采用此法复位就比较安全。对髌关节前脱位,采用将患肢在牵引、下内收的方法进行整复。《金疮秘传禁方》记载了用骨擦音作为检查骨折的方法,处理开放性骨折时,主张把穿出皮肤已污染的骨折端切去,以防感染,并介绍了各种骨折的治疗方法。

清代吴谦等著《医宗金鉴·正骨心法要旨》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,内外治法方药记述最详,既有理论,尤重实践。该书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,并主张于腰背骨折处垫枕,保持脊柱过伸位,以维持其复位效果。并创制和改革了多种固定器具,例

如,对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、杉篱固定等。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。此外,钱秀昌著《外科补要》记载了髌关节后脱位采用屈髌屈膝拔伸复位法整复。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。胡廷光著《伤科汇纂》、赵廷海著《救伤秘旨》、赵竹泉著《伤科大成》等亦系统详述了各种损伤的证治,并附有很多病案。

中华人民共和国成立后,随着医疗卫生事业的发展和中医政策的贯彻,全国各省市先后建立了中医学院、骨伤科医院或骨伤科研究机构,编写出版了中医骨伤科学的专著、教材和词典,各地著名老中医的骨伤科经验得到整理和继承,专业技术队伍迅速成长和壮大,在这方面作出贡献的有北京杜自明、刘寿山、上海石筱山、魏指薪、王子平,天津苏绍三,河南高云峰,广东何竹林、蔡荣,四川郑怀贤,山东梁铁民等。中西医结合治疗骨关节损伤方面作出了相当的成绩。

三十多年来,骨伤科界系统整理了中医的理伤手法,进行夹板材料力学测定和中草药促进骨折愈合的实验研究,开展了肾主骨和活血化瘀等理论研究,运用动静结合、筋骨并重、内外兼治和医患合作的原则治疗骨关节损伤,取得了损伤愈合快、功能恢复好,患者痛苦少及并发症少等良好效果。同时,中西医结合治疗骨折已得到普遍推广应用,如对四肢骨干骨折以及踝、肘关节和腕舟骨骨折等关节内骨折的治疗有了较大的进步;胸腰椎压缩性骨折采用垫枕练功法治疗,疗效良好;陈旧性畸形愈合骨折采用手法折骨,然后按新鲜骨折处理,获得满意疗效;开放性骨折采用中药外敷创面,促使骨面生长肉芽,愈合后瘢痕柔软,功能良好;附骨疽采用中药内外治疗,取得了一定的效果;对腰椎间盘突出症、颈椎病采用牵引、按摩推拿、中药离子透入和内服中药等综合疗法,效果较好;骨折整复的器械和固定器械也有了进一步改进和创新。随着科学技术的日益发展,工农业机械化和高速交通工具的应用,各类损伤的发生也必将出现一些新问题,人类对伤病康复的要求也将越来越高,这就向中医骨伤科学提出了新的课题。从自然科学发展史来看,各门科学都是相互渗透、相互促进的。按照古为今用,洋为中用的方针,今后应继续发掘整理中医骨伤科历代文献和传统的经验,不断吸取现代科学的成就,运用现代科技手段,促使中医骨伤科学的迅速发展,为人类作出新的贡献。

(岑译波 孙绍良 黄关亮)

## 骨伤病因

骨伤病因包括引起人体发生损伤及筋骨关节疾患的外来因素和内在因素。早在《内经》中就指出“坠堕”、“击仆”、“举重用力”、“五劳所伤”等是损伤致病因素。损伤筋骨及关节疾患虽多由外来因素所致,但却与内在因素

有一定的关系。

**外来因素** 是指从外界作用于人体而致病的因素。外来因素主要是外力作用,但与外感六淫及邪毒感染等有密切的关系。

(1) 外力作用:外力作用于人体的皮肉筋骨、脏腑经络,可引起各种损伤。《证治准绳·疡医》卷之六引载元·刘宗厚云:“打扑金刃损伤,是不因气动而生于外,外受有形之物所伤,乃血肉筋骨受病。”故外力作用是引起损伤的主要发病因素。根据外力性质的不同,又可分为直接外力、间接外力、筋肉牵拉、积累外力等四种。直接外力所致的损伤发生在外力接触的部位;间接外力所致的损伤发生在远离外力接触的部位;筋肉突然强力牵拉亦可造成损伤,如跌仆时股四头肌突然强力收缩可引起髌骨骨折;积累外力也可造成劳损或骨折,《素问·宣明五气论》云:“久立伤骨,久行伤筋。”久行久立,长期姿势不正确的操作,或肢体受到持久的、反复多次的牵扯、摩擦、扭转等,均可产生过度疲劳,损伤气血,或损伤筋骨,如长期弯腰工作、持续负重等可致腰部慢性伤筋;远行可致足部劳损而引起跖骨疲劳骨折等。

(2) 外感六淫及邪毒感染:外感六淫诸邪或邪毒感染均可致筋骨、关节发生病损。例如,损伤后风寒湿邪的侵袭,可引起腰部和四肢关节疼痛或活动不利。《诸病源候论·卒腰痛候》云:“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》云:“损后伤风湿支节挛缩,遂成偏废。”“损后中风,手足痿痹,不能举动,筋骨乖纵,挛缩不舒。”说明各种损伤可因风寒湿邪乘虚侵袭,经络阻塞,气机不得宣通而反复发作疼痛,或筋肉萎缩挛硬,关节活动不利,或关节松弛无力,肢体功能障碍。外伤后再感受毒邪,可引起局部和全身感染,而出现各种变证。如穿破骨折伤口污染,若处理不当,极易引起附骨疽。

**内在因素** 是指从内部影响于人体的损伤因素。年老体衰、气血虚弱、肝肾亏损、骨疏筋萎者比年青力壮、气血旺盛、肝血充盈、肾精充实、筋骨坚强者容易发生损伤及筋骨关节疾患。如《正体类要·正体主治大法》云:“若骨骱接而复脱,肝肾虚也。”认为肝肾亏损者容易致习惯性脱位。又如《伤科补要·脱下颞》云:“颞颌关节若脱,则饮食言语不便,由肾虚所致。”说明颞颌关节脱位往往与肾虚有关。气血虚弱、肝肾亏损患者,往往还可使骨折迟缓愈合。

损伤及筋骨关节疾患的发生,有的往往是内外因素综合的结果,如漏肩风多为年老体弱,血不荣筋,加之突然扭闪或劳动过度而诱发,亦可由于感受风寒湿邪而致病。不同的外在因素,可以引起不同的损伤及筋骨关节疾患。但由于内在因素的影响,同一的外在因素所引起病损的种类、性质与程度又有所不同。如跌仆时臀部着地,老年人因肝肾亏虚,骨松筋萎,故容易引起股骨颈骨折,且骨折后愈合迟缓;青少年则较少发生。所以损伤及筋骨关节疾患的发生,虽然由于外在因素的作用,但

亦不能忽视机体本身的内在因素，只有正确理解外因与内因的关系后，才能对损伤及筋骨关节疾患有正确的认识。

(蔡荣彭汉士)

## 骨伤病机

骨伤病机是指人体遭受损伤时，局部皮肉、筋骨的损害，而导致气血、经络、脏腑等的功能紊乱，或者由于气血、经络、脏腑的功能失调所引起骨关节疾患的病变机理。人体是由皮肉、筋骨、经络、脏腑等共同组成的一个有机整体，人体生命活动是脏腑功能的反映，脏腑功能活动的物质基础是气、血、精和津液。脏腑各有不同的生理功能，通过经络联系全身的皮肉、筋骨等组织，构成复杂的生命活动，它们之间保持着相对的平衡，相互联系、相互依存、相互制约，不论在生理活动和病理变化上都有着不可分割的关系。因此，伤病的发生与发展，都密切联系脏腑，通过脏腑而起变化。

局部皮肉、筋骨组织的损害，每能导致脏腑、经络、气血、精津的功能失调，因而一系列证候接踵而来。《正体类要》陆序指出：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和。”阐明了局部与整体之间的关系，是相互作用、相互影响的，故应从整体观念出发，才能认识损伤和筋骨关节疾患的本质和病理变化的因果关系。

**皮肉** 皮肉为人体之外壁，内充卫气，人之卫外者全赖卫气；肺主气，达于三焦，外循肌肉，充于皮毛，犹如城墙坚固，门户紧闭，外邪无隙可乘，故《灵枢·经脉》云：“肉为墙”。损伤的发生，或由于皮肉的破损，犹如墙之有洞，门户洞开，外邪可乘机内侵，而容易发生感染；或逆于肉理，则因营气不从，郁而化热，有如闭门留邪，以致瘀热为毒；亦可由于皮肉失养，导致肢体痿弱或功能障碍等。如《素问·气穴论》云：“肉之大会为谷，肉之小会为溪，肉分之间，溪谷之会，以行营卫，以会大气。邪溢气壅，脉热肉败，荣卫不行，必将为脓，内销骨髓，外破大腠。留于节奏，必将为败。”阐明邪气壅滞于肌肉腠理之间，则营卫不行，气血凝滞，郁而化热，热盛而内败化脓，留于骨节之间，则消烁骨髓，溃烂化脓，以致筋骨败坏。《灵枢·邪客》云：“营气者，……注之于脉，化以为血，以营四末”，“卫气者，……行于四末之分肉皮肤之间而不休也。”皮肉受营卫气血濡养，营卫气血的生理、病理，关系到皮肉的消长和病变。如骨折合并缺血性肌挛缩，因营卫运行受阻，血脉亦随之失荣，则肌腱得不到气血濡养，致肢体出现麻木不仁，挛缩畸形等症状；局部皮肉破损感染，营卫运行功能滞涩，气血凝聚皮肉组织，则郁热化火，酿而成脓，遂出现局部红、肿、热、痛等症状。

**筋骨** 筋联络骨骼、维持肢体的活动，骨有支持躯体、保护内脏的功能。《灵枢·经脉》云：“骨为干”（如木之干）、“筋为刚”（劲强关节）。筋腱附于骨上，大筋联络关节，小筋附于骨外而相互联系，筋和骨是密切相连的。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，筋骨关节才能劲强滑利、动作灵活。《灵枢·

本脏》云：“血和则经脉流行，营复阴阳，筋骨劲强，关节清利矣。”说明筋骨关节离不开气血的濡养。而且筋骨又是肝肾的外合，肝血盈则筋得所养，肾髓充则骨络劲强，肝肾精气盛衰，关系筋骨成长与衰退。所以筋骨伤损，必然累及气血；同时，损骨必伤筋，伤筋能损骨，伤筋损骨也必然累及肝肾精气。骨折、脱位时，筋必同损，而闪挫扭拉和筋肉强力收缩时，也能导致骨折和脱位等证；肢体发生骨折时，由于筋肉的牵拉，又可引起骨折断端的旋转、成角、缩短、侧方移位等畸形。所以筋骨之间每多相互影响。年老及肝肾气衰的人，筋骨衰弱，故筋骨损伤修复迟缓；而且筋骨伤损之后，必然影响肝肾功能，如果肝肾功能得到调养，就能促进筋骨的修复。因此，筋骨伤损，与肝肾、气血尤有密切的关系。如《灵枢·邪客》云：“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，机关不得屈伸，故拘挛也。”人体四肢的肘、腋（肩）、髀（髋）、腠（膝），是气血循行的关节所在，若脏腑受邪，或恶血留于内，则可发生病损。说明筋骨关节伤病与脏腑气血病变存在表里关系。

**气血** “气”是水谷化生之精气与先天之元气，是温养全身组织，推动脏腑机能，维持生命活动的作用。血随气而循环全身，以营养五脏六腑、四肢百骸。损伤和骨关节疾病，必然累及气血，引起气血病变。《素问·阴阳应象大论》云：“气伤痛，形伤肿。”说明肿与痛是气血伤病的病理反应。《难经·二十二难》云：“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，病故痛；血有形，病故肿。气为血帅，血随气行，或气先伤及于血，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，故气血伤病，多肿痛并见。

气血是相辅相成的，有不可分割的关系，故临床上一般都是气血俱伤。仅因其略有偏重，故有伤气、伤血之分，但一般难以截然划分。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云：“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。”肢体损伤诸证，必然伤及气血，伤气则气滞，伤血则血凝，气滞能使血凝，血凝能阻气行，以致病变为血瘀。《普济方·折伤门》云：“若内伤折，内动经络，血行之道，不得宣通，瘀积不散，则为肿为痛，……伤折腹中瘀血者，因高坠下，倒仆颠扑，气血离经，不得流散，瘀于腹中，速宜下之，迟则日渐瘀滞，使人枯燥，色不润泽，痿痺血痲之病。”瘀血滞于肌表则为青紫肿痛；结于脏腑则为癥瘕积聚；积于胸胁则为痞满胀闷；阻于营卫则郁而生热，骨折初期尤为显著，瘀血经久不愈则可变为宿伤。《证治准绳·疡医》卷之六引载元·刘宗厚云：“打扑金刃损伤，……乃血肉筋骨受病，非如六淫七情为病，有在气、在血之分也。所以损伤一证，专从血论，但须分其有瘀血停积，而亡血过多之证。盖打扑坠堕，皮不破而内损者，必有瘀血；若金刃伤皮出血，或致亡血过多。”如蓄血可引起瘀血泛注，或注于四肢关节，或留于胸腹

腰臀,或漫肿,或结块;亦可致瘀血攻心,昏愤不醒;亡血过多可引起气随血脱。

《洞天奥旨》云:“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。若气血充足者,病程短、恢复易;若气血虚弱者,难于瘀去、新生、愈合。

**精津** 精是构成人体五脏六腑、筋骨皮毛等一切组织器官和维持生命活动的基本物质,即先天之精和水谷后天之精。先天之精藏之于肾,后天之精化生于脾。津液是人体内一切正常水液的总称,也是机体不可缺少的营养物质。精与津液,与气血同是脏腑功能活动的物质基础,它们的生成与转化,又是脏腑功能联合活动的结果,是相互资生,相互消长,相互转化的。《灵枢·决气》云:“腠理发泄,汗出溱溱是谓津;……淖泽注于骨,骨属屈伸,泄泽补益髓髓,皮肤润泽,是谓液。”

津是渗透、润泽于皮肉、筋骨之间,有温养肌肉、充润皮肤的作用;液是流注、浸润于关节、脑髓之间,有补益脑髓、滑利关节、濡养空窍的功能。因此,精与津液的生化,能使皮肤润泽、肌肉丰富、脑髓补益、骨髓充盈、筋骨劲强,肢体与关节才能活动自如。如先天之精不足,加之后天失养,可致小儿佝偻病。反之,损伤和骨关节疾病,亦能导致精津亏耗,体液平衡失调,而引起病变。如挤压伤、严重创伤感染,可引起失水伤津症状:唇干口燥、口渴引饮、舌裂无津、汗少、尿少、皮肤干燥、眼窝凹陷。津血同源,津液亏耗,可导致气血虚衰;气血虚衰,又能引起津液不足。《灵枢·营卫生会》云:“夺血者无汗,夺汗者无血。”说明了亡血与损津的互为因果的病理过程。如外伤大出血后,津液亏耗,汗源不足,则往往出现口干烦渴、汗少、尿短等津液不足证候。

《灵枢·本神》云“两精相搏谓之神”,神产生于先天的精气,同时必须不断地得到后天水谷精气的滋养,才能发挥其作用。《素问·六节脏象论》云:“味有所藏,以养五气,气和而生,津液相成,神乃自生。”精、气、神三者,是人体存亡关键所在。气的化生源于精,精的化生赖于气,精气生而津液成则表现为神。《素问·移精变气论》云:“得神者昌,失神者亡。”若精气耗伤,津液亏损,则失神,临床可表现为危候,如机体因创伤、失血引起气虚血脱时,便会出现神态异常(反应迟钝、表情淡漠、精神恍惚、烦躁不安、或不省人事)、肢体出汗、皮肤湿冷、尿量减少等征象。

**经络** 经络是人体内气血运行的通路,内属脏腑,外络肢节,具有“行气血而营阴阳,濡筋骨,利关节”(《灵枢·本脏》)的作用。故经络畅通,则气血调和,濡养周身,筋骨劲强,关节清利,维持脏腑正常生理功能。五脏之道,皆出于经隧,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个方面,一是经络运行阻滞,影响循行所过组织器官的功能,出现相应部位的症状;二是脏腑伤病可累及经络,经络伤病又可内传脏腑。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云:“其由外侵内,而经络脏腑之

俱伤,亦与跌闪挫无异也。”

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,故胸部内伤,证见胸满气短,其痛则在肋肋。

《诸病源候论·卒腰痛候》云:“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,乃脉络经俞之大会,肾经与膀胱经及脊柱相联络,督脉又循行腰背部后方正中,与诸阳经交会,故腰腿痛可引起腰背、臀部及下肢后面或内侧放射性疼痛,在承扶、委中、承山、昆仑等穴可出现压痛点。

关节内骨折损伤延时日久,复感风寒湿邪,因而经络阻滞,不通则痛,关节不利,故可致创伤性关节炎而出现疼痛和关节活动受限。《医宗金鉴·外科心法要旨》云:“痲疽原是火毒生,经络阻隔气血凝。”可见骨病疮疡,由于内因或外因,首先引起局部经络阻塞,然后导致气血凝滞而发病,因而出现不通则痛,气伤形肿,以及相应部位的病变、运动障碍等一系列症状。骨感染疾病的发生,邪毒由外传里,脏腑因而发生病变;或脏腑内在发生病变,邪毒由里传外,都通过经络的传导而形成。

**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。《素问·宣明五气篇》云:“五脏所主,心主脉,肺主皮,肝主筋,脾主肉,肾主骨。”脏腑与皮肉、筋骨、血脉有着密切的关系。脏腑健运,则经络通调,气血化生,濡养周身,肢体劲强,维持机体正常生理功能;若脏腑不和,则经络阻塞,气血凝滞,濡养失调,肢体受损,以致机体失常而引起病变。虽然大多数损伤都发生在皮肉、筋骨,但损害由表入里可内传脏腑;反之,脏腑的病变也可由里达表,引起局部反应。《素问·刺要论》云“皮伤则内动肺”,“肉伤则内动脾”,“筋伤则内动肝”,“骨伤则内动肾”。皮肤受伤,则必内动肺气,肺气被动,则皮毛虚;肌肉受伤,则必内动脾气,使脾气失去运化功能;筋骨损伤则必内动肝肾之气,影响肝肾的功能。因此,可能发生脏腑的各种症候。反之,肺热叶焦则发为痿躄,肝血不荣可引起筋痿,脾失健运可致肉痿,肺肾阴虚易致骨痿,肝肾亏损可致习惯性脱位,肾气热则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。这又说明脏腑不和可引起体表筋骨发生病变。由此可见,局部损伤和筋骨关节疾患与脏腑病候息息相关,互为因果。

(蔡荣 彭汉士)

## 骨伤分类

骨伤的分类是按骨伤的部位、性质、时间、程度等进行归属,以便进一步指导临床治疗的方法。在周代对损伤就有了分类,如《礼记·卷九》已有将损伤分为金疡、折疡等的记载,该书“月令孟秋”又记载了损伤可分为伤(皮伤)、创(肉创)、折(骨折)、断(骨内皆断离)四类。唐代《外台秘要》又将损伤分为外损与内伤二类。后世对损伤又有许多不同的分类法。

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，可具体分为骨折、脱位与伤筋；内伤是指脏腑损伤及损伤所引起的气血、脏腑、经络功能紊乱而出现的各种损伤内证。

按损伤的发生过程和外力作用的性质可分为：急性损伤与慢性劳损。急性损伤是指由于突然而来的暴力所引起的损伤；慢性劳损是指由于劳逸失度或体位不正而使外力经年累月作用于人体所致的损伤。

按受伤的时间可分为：新伤与陈伤。新伤主要是指受外力作用后发生病症并立即就诊者；陈伤又称宿伤，是指新伤失治，日久不愈，或愈后又因某些诱因，隔一定时间在原受伤部位复发者。

根据受伤部位的皮肤或粘膜完整性受到破坏与否可分为：闭合性损伤与开放性损伤。闭合性损伤是指钝性暴力损伤而外部无创口者，由于皮肤完整，则外邪不易侵入伤处；开放性损伤是指由锐器、火器或钝性的暴力作用使皮肤或粘膜破损而有创口流血，深部组织与外界环境沟通者。伤后外邪可以乘机侵入，引起感染，故病变多端。

按受伤的程度不同可分为：轻伤与重伤。损伤的严重程度取决于致伤因素的性质、强度、作用时间的长短、受伤的部份及其面积的大小、深浅等，一般在外伤中伤皮肉病情较轻，伤筋骨较重，在内伤中伤气血较轻，伤内脏较重等。

按致伤因素的职业特点可分为：生活损伤、工业损伤、农业损伤、交通损伤、运动损伤和自然灾害损伤等。

按致伤因素的性质种类可分为：物理损伤、化学损伤和生物损伤等。物理损伤包括外力、高热、冷冻、电流等，而中医伤科学研究的对象主要是外力因素引起的损伤。

(岑泽波 彭汉士 黄关亮)

## 骨伤科诊法

骨伤科诊法是以望、问、闻、切、摸、量等为手段，全面收集病史、症状、体征，从而对损伤及筋骨关节疾患作出判断的方法。

骨伤科望诊，除了望全身神色外，主要是望形态和伤病局部的畸形、肿胀、伤口情况等；问诊主要是询问伤病的发生原因、部位和时间，以及伤后躯体局部情况和全身情况；闻诊主要是闻骨擦音、入臼声、筋和关节的响声；切诊除一般的切脉外，还包括检查患肢远端脉搏搏动及末梢血运情况；摸诊主要是摸压痛、畸形和异常活动；量诊主要是测量关节活动度、肢体的长度和周径。

损伤及筋骨关节疾患的诊断，既要求有整体观念、还要结合骨伤科特点，进行细致的局部检查，必要时结合X线和实验室检查等，才有助于诊断。

(彭汉士 岑泽波)

## 骨伤科望诊

骨伤科望诊，是指对全身的神色、舌象、姿态和病损局部等作全面的观察。《素问·经脉别论》云：“诊病之道，

观人勇怯骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也。”伤势较重或较复杂时，应迅速检查。如《伤科补要》云：“凡视重伤，先解开衣服，遍观伤之重轻。”不能只注意损伤明显部位，而忽略其它部位。通过望诊初步确定患者伤病的部位、性质和轻重。

**望神色** 望神色主要是望神态色泽的变化，以初步判断伤病的轻重。神色乃人体生命现象，《素问·移精变气论》云：“得神者昌，失神者亡”，若精神爽朗，面色清润，为正气未伤；精神萎靡，面色暗晦，为正气已伤。严重的损伤或大出血等，若出现神志昏迷、神昏谵语、循衣摸床、面色苍白、目睛迷、瞳孔散大、汗出如油、形羸色败、呼吸微弱或气急喘促等，多属危急的证候。

**望眼** 望眼主要是望神态以了解伤病的轻重程度。《伤科汇纂·辨生死》云：“两眼活动有神易治，两眼无神难治。”若患者两眼活动灵敏，精彩内含，炯炯有神则病情较轻；两眼直视无神、目翻上视、瞳孔散大或缩小则病情危重。

**望舌** 望舌主要望舌的颜色、湿润度、形态、动态、舌苔厚薄等，以了解伤病后脏腑的虚实、气血的盛衰、津液的亏损和外邪的性质等。

正常的舌象为质淡红而润泽苔薄白。舌质淡于正常，多为气血虚，或阳气不足；舌质红苔黄，为热象；舌绛为热入营分；由绛转为紫红，为热入血分；舌质润泽为津液尚存，舌质干枯为津液耗；舌生芒刺为热郁内结。凡创伤、感染早期热毒俱盛，耗伤津液者，多见舌质红绛而干或有芒刺和厚苔，至后期气血两亏，体质虚寒，多见舌体胖嫩、舌质淡边有齿印和白苔。舌色紫暗或舌边有瘀点，多为气滞血瘀之象；舌苔剥落，舌面光滑，多为津液亏耗、阴虚水涸之证。

一般说来，舌苔由白苔、黄苔退后复生新的薄白苔，是病情好转或痊愈之候；舌苔由薄增厚，为病情进展表现；舌苔由白变灰，由灰变黑，是病情恶化的表现，多见于严重创伤或邪毒内陷之症。舌质红，光剥无苔为胃气虚或阴液伤，多见于外伤后长期卧床之老年患者。

**望姿态** 望姿态主要是望患者坐位、站立或行走时的姿势或步态，以初步了解损伤或患病的部位、轻重和性质。在肢体受伤较重时，多出现姿态的改变，如筋骨、关节损伤后，可见到由于功能障碍或畸形而出现的特殊的姿态。肩、肘关节脱位后，多以健侧手臂扶持患侧的前臂，身体多向患侧倾斜；腰扭伤患者，常以双手扶腰行走；驼背患者，脊椎多有病变等。

**望皮肤** 望皮肤主要是望全身和患部皮肤的色泽，以了解全身情况和损伤的时间、患肢的血运情况、疾病的性质等。失血者，全身皮肤苍白；伤处皮肤肿胀青紫者为新伤，紫黄色者为陈伤；患肢远端紫绀或苍白、肿胀、远端动脉搏动消失者，为血运障碍；伤后皮肤红、肿、热、痛、伴全身发热者，可能为血瘀化热，瘀血作脓成痈。

**望肿胀** 望肿胀主要是望患部和患肢远端的肿胀的程度和范围，以了解伤的程度和患肢的血运情况。外伤后因经脉受损，致血离经脉，溢于肌肤之间，而成肿胀。《仙

授理伤续断秘方》云：“凡肿是血作。”说明肿胀乃**气血壅滞**所致。新伤局部肿胀较甚，陈伤局部肿胀较轻，局部肿胀严重，说明伤情较重。患肢远端肿胀较甚，多为**血运障碍**，若固定后才出现者，则为**夹缚过紧**。

**望畸形** 望畸形主要是望脊柱和肢体标志线或标志点的异常改变，以了解损伤或患病的部位。望诊时应注意畸形的部位，脊柱四肢是否对称，脊柱生理弯曲是否有改变，肢体有无旋转、成角、缩短、增长，各关节有无屈曲、过伸、内收、外展、内翻、外翻等畸形。有些特有的畸形对诊断有一定的意义，如**股骨颈骨折及转子间骨折**可出现患肢外旋、缩短畸形；**髌关节后脱位**，可出现患肢内收、内旋、缩短畸形；**伸直型桡骨下端骨折**典型移位时呈**餐叉样畸形**等。

**望伤口** 望伤口主要是望伤口的大小、深浅、颜色、边缘是否整齐、污染程度、有无骨折端外露、出血情况以及**瘻管、脓液**情况等。伤口流出暗红血液并带油珠者，为**开放性骨折**；伤口有喷射状出血者，为**动脉损伤**；伤口边缘紫黑、奇臭、有暗红色渗出物，并有气体逸出者为**气性坏疽**；伤口若有脓液，则为**感染化脓**；若瘻管反复排出脓液和死骨者，则为**附骨疽**；若瘻管排出脓液清稀并夹有干酪样絮状物者，则为**骨癆**。

(岑译波 彭汉士)

## 骨伤科问诊

骨伤科问诊包括询问受伤或发病的情况、局部情况和全身情况等。除危重患者宜扼要询问病史以迅速进行抢救外，均要详细地进行问诊，如《素问·三部九候论》云：“必审问其所始病，与今之所方病。”等，还需根据骨伤科的特点进行问诊。

**问受伤或发病的情况** ①询问受伤或发病的具体时间，借以判断病损之久暂。一般地说，新伤多实，陈伤多虚。新伤骨折、脱位复位手法较易，且预后较佳；陈伤骨折、脱位复位手法较难，且预后较差。②询问受伤或发病的原因，如**跌仆、闪挫、扭揆、堕坠、压砸或机器缠绞**等。若由高处坠堕或平地跌倒时，应问清着地的姿势，肢体呈**屈曲或伸直位**，何处先着地。受重物压砸或打击时，须询问重物的**种类、形状、重量、着力点**在何部，以估计暴力的**大小、方向、性质**，以助判断有无骨折、脱位之可能，以及骨折、脱位的**部位、机理和类型**等。

**问全身情况** ①问寒热，要询问恶寒发热的**时间和程度**。骨折、脱位初期可因**瘀阻经络，郁而化热**，出现数天的低热；开放性损伤后持续发热，则应考虑为**伤口感染**所致；**颅脑损伤**则可引起高热；**附骨疽**因**热毒炽盛**，可**恶寒发热**并见，甚至出现**寒战高热**。②问神志，对各种不同程度的意识障碍（包括**表情淡漠、神志不清、昏迷**等），要询问其发生的时间，及其与各种症状之间的先后关系，判断是否属**外伤性**疾病。若是**创伤出血**曾出现**晕厥**，应问其**出血量**的多少等。如系**头部损伤**，还需询问是否伴有**恶心呕吐、晕厥、逆行性健忘、晕厥时间**的长短，有无**中间清醒期**或再度昏迷，以估计**颅内损伤**的程度。③问

二便，主要是询问大小便的**性状、颜色和次数**。**骨盆和腰腹部**外伤疼痛而伴有**血尿**者，多为**泌尿系损伤**；**腰腹部**损伤早期**蓄瘀**，可大便不通；**胸腰椎骨折**且二便失禁则为**外伤性截瘫**。

**问局部情况** ①问疼痛，要问清疼痛的**部位、性质、程度、时间、与发病的关系**。伤气多**窜痛**且范围较广，伤血则**刺痛**且痛处固定；新伤多**胀痛**，旧伤多**隐痛**；**骨折、伤筋**有锐痛；**增生性关节炎**疼痛在活动时减轻、休息时加重；**劳损性疾患**疼痛在休息时减轻、活动时则加重。陈伤的**肢体关节**多在**冬春季或天气变化时**疼痛。②问功能，须询问受伤后**肢体之功能**，有**功能障碍**者，应问清是**伤后立即发生**或是**过一段时间后发生**。一般地说，**骨折脱位**后**肢体功能**多立即丧失，**慢性劳损**大多过了一段时间后才产生症状。但也有些骨折如**肱骨外科颈嵌入性骨折**，患肢尚能抬举活动，**股骨颈嵌入性骨折**患肢仍能跛行或骑自行车，有些**单纯压缩性胸腰椎骨折**，患者仍能坐立或行走。对这样的患者，应特别注意询问受伤的**现场情况**，从而理解其**受伤机制**，并认真地检查，才可避免漏诊。③问畸形，应详细询问畸形发生的**时间及演变过程**。**骨折、脱位**的局部畸形多由**骨关节的破坏、移位**所致，伤后即可出现；**神经损伤及缺血性肌挛缩**所致的畸形则是**伤后软组织的瘫痪或挛缩**而渐渐形成的。④问肿胀，须询问**肿胀出现的时间和程度**，**外伤性**疾病多是**先有痛后有肿**，**感染性**疾病则多是**先有肿后有痛**。此外要问一般情况和过去史，特别注意其**年龄、职业、工作性质**和**操作程序**等。

(彭汉士 岑译波)

## 骨伤科闻诊

骨伤科闻诊着重听声音和闻气味两个方面。具体包括听患者的**语音、呼吸、喘息、咳嗽、呃逆**，以及闻其**身体、口腔和各种排泄物**的气味等。对损伤闻诊应特别注意闻**骨擦音、入臼声、筋的响声、小儿啼哭声**等。

**闻骨擦音** 骨擦音是完全骨折的主要特征之一，不仅可诊断骨折，还有助于判断骨折可能属于何种类型。《伤科补要》云：“皮肉不破者，骨若全断，动则辘辘有声；如骨损未断，动则无声；或有零星败骨在内，动则渐渐之声。”如**横骨折**，声音清脆而短；**斜骨折**，声音低而长；**粉碎骨折**，声音多而散乱如“渐渐”之声；**裂纹骨折**及**嵌入性骨折**，声音极轻微而细小，或没有骨擦音。骨折经**整复**后骨擦音消失，表示骨折已经复位。但应注意，检查者不宜主动去寻找骨擦音，以免增加患者的痛苦。

**闻入臼声** 《伤科补要》云：“凡上骹时，骹内必有响声活动，其骹已上。若无响声活动者，其骹未上也。”**关节脱位整复时**，若听到“格得”一声，即是**复位成功**的入臼声；若未听到入臼声，则**脱位尚未复位**。

**闻特殊的摩擦音和弹响声** 有病理改变的**关节或筋腱**，活动时可听到**弹响声**或触到**摩擦感**。**膝关节半月板损伤**或**关节内游离体**引起的**弹响**，多为清脆的一两声；**关节软骨面不光滑**时的**摩擦响声**则如**碾米**样；**关节周围肌**

腱或韧带在骨隆部位滑动也能产生弹响；狭窄性腱鞘炎在关节活动时可触到捻发感，或在关节伸屈到一定程度时可听到弹响声。正常关节有时可有生理性关节响声，但无症状，临床宜加细辨。

**闻呻吟声及啼哭声** 从患者的呻吟声来辨别受伤之轻重。如在检查小儿时，若按压某处，小孩突然啼哭或啼哭声突然加剧，则该处多为病变的部位。

(彭汉士 黄关光)

## 骨伤科切诊

骨伤科切诊主要是通过脉诊，来判断损伤及筋骨关节疾患的轻重、虚实、寒热以及肢体的血运情况。早在《内经》就提出诊断疾病须“切循其脉”，《金匱要略》有对外伤出血脉象的论述，西晋·王叔和在《脉经》里对损伤疾患的脉象描述得较为详细，清·钱秀昌在《伤科补要》里对损伤的脉诊又有了较大的发展，并总结出一整套的损伤脉诀。浮脉主表，沉脉主里，弦脉主痛。体表受伤，或新伤瘀血疼痛多见浮弦脉；内伤气血、腰脊损伤疼痛多见沉弦脉；重伤痛极脉多弦紧；损伤发热多见数脉；胸部挫伤血瘀气壅多见滑脉；血亏津少不能濡润经络或气滞血瘀之陈伤多见涩脉；气虚不足，诸虚劳损或久病体弱多见细脉；创伤或内伤出血过多时多见芤脉；气血两虚多见濡脉；损伤疼痛剧烈偶可出现结代脉，随着痛止，脉律可恢复正常。正邪俱盛脉多洪大；正邪俱虚脉多微细；气脱血脱可出现脉微欲绝。临床常见的脉象有28种，均各有主证，一般是脉证相符，但亦有少数患者脉证不符，应舍证从脉或舍脉从证，这就需要全面分析，脉证合参。

切脉尚可辨顺逆。瘀血停积者多系实证，故脉宜坚强实，不宜虚细涩；洪大者顺，沉细者逆。亡血过多者多为虚证，故脉宜虚细涩，不宜坚强实；沉小者顺，洪大者恶。六脉模糊者，证候虽轻而预后必恶。外证虽重，而脉来缓和有神者，预后良好。此外，患肢远端的切脉，是损伤切诊中必不可少的步骤。主要是切上肢的寸口脉（桡动脉）以及下肢的趺阳脉（足背动脉）等。按压指（趾）甲观察恢复红润的时间，也应视为切脉的一种变法。患肢远端脉搏有力，压指（趾）恢复红润快则血运良好；患肢远端脉搏微弱或消失、压指（趾）恢复红润迟则为血运障碍，宜进一步查明原因。

(彭汉士 岑译波)

## 骨伤科摸诊

骨伤科摸诊是医者用手触摸伤病局部进行诊断的方法。春秋战国时期已采用摸诊，如《灵枢·经水》提出对肢体“外可度量切循而得之”。唐代蔺道人则提出通过对损伤局部的触摸挤压，来帮助了解损伤的性质，他在《仙授理伤续断秘方》中云：“凡认损处，只须揣摸骨头平正，不平正便可见”，“凡左右损处，只相度骨缝，仔细擦捺，付度便见大概。”清代吴谦等则对摸诊有了更进一步的阐发，《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“摸者，用手细细摸其所伤之处，或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬、筋

强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻。”等。

医者通过双手对患者的伤病局部进行触摸、按压、被动屈伸、旋转、叩击等，可了解伤病的性质、类型及有无骨折、脱位等，并从摸得的形态、移位等情况，去判断骨折的程度、关节脱位和伤筋的情况。

**摸压痛** 可根据压痛的部位、范围、程度来鉴别伤病的性质。有尖锐的环状压痛，表示有骨折；压痛面积大，可能为伤筋。斜骨折比横骨折压痛范围大。脱位和挫伤的压痛程度较骨折缓和，一般多呈钝痛。

**摸畸形** 对患部的高凸和凹陷，可以判断外伤的性质、移位方向和重叠、成角、旋转畸形的情况。如骨折端重叠移位可摸到阶梯状畸形，塌陷者可摸到凹陷畸形，弯曲者可摸到成角畸形。肩关节脱位时可摸到关节盂空虚，有时在腋下可摸到肱骨头等。

**摸皮肤温度** 触摸患部皮肤温度，可判断病变的性质。如感染属阳证者，患部皮肤多灼热；属阴证者，则微热或发凉。新伤因局部瘀血壅滞，皮肤温度较高；陈伤或伴有风、寒、湿痹者，可因气滞寒凝而皮肤发凉。患肢远端冰冷，且脉搏微弱或消失，为血运障碍的表现。

(岑译波 彭汉士 黄关光)

## 骨伤科量诊

骨伤科量诊是通过测量两侧肢体是否对称、各关节活动功能是否正常的一种诊法。量诊时一般用量角器和软尺进行测量。

**量关节活动度** 先将量角器的轴对准关节中心，量角器的两臂紧贴肢体并对准肢体轴线，然后记载量角器所示的角度，并与健肢的相应关节或正常人比较。常用的记录方法有中立位0°法和邻肢夹角法，目前多采用中立位0°法，本分卷的关节量度亦用此法。

**量肢体长度** 先将肢体放在对称位置上，在骨突处用笔做好记号，用软尺测量。①上肢长：肩峰至桡骨茎突尖（或中指尖）。②上臂长：肩峰至肱骨外上髁。③前臂长：肱骨外上髁至桡骨茎突。④下肢长：髌前上棘至内踝下缘或股骨大转子至外踝下缘。⑤大腿长：髌前上棘至膝关节内缘。⑥小腿长：膝关节内缘至内踝。

**量周径** 两肢体取相对应的同一水平测量。测肌肉萎缩或肢体肿胀应在病变最明显的平面处，大腿周径可在髌上10~15厘米处测量，小腿在最粗处即可。也可用双手对称合抱观测双拇指指尖的距离而测定。

(岑译波 彭汉士 黄关光)

## 骨伤科辨证

骨伤科辨证是将望、闻、问、切、摸、量等方法所搜集的临床资料为依据，以脏腑、气血、经络、病因等理论为基础，根据它们内在的有机联系，加以综合、分析、归纳、辨明损伤及筋骨关节疾患的本质，而作出诊断的过程。在辨证时，既要求有整体观念，根据全身症候进行整体辨证。还要结合骨伤科的特点，对损伤局部的肿胀、疼痛、畸形、功能障碍、伤口情况等症候进行局部辨证。骨伤

科辨证的方法很多,除有局部辨证外,整体辨证中有八纲辨证、脏腑辨证、气血辨证、经络辨证等,还有根据病程的不同阶段的分期辨证,以及根据不同类型的分型辨证等。这些辨证的方法,有各自的特点,但又往往需要互相补充。只有整体辨证和局部辨证相结合,诊断才能臻于完善,对损伤及筋骨关节疾患才能进行更有效的治疗。

(蔡荣 彭汉士)

## 骨伤科局部辨证

骨伤科局部辨证是以通过对伤病局部进行望、问、闻、切、摸、量等所掌握的材料,对局部证候作出分析、归纳、判断的一种方法。由于外力作用或毒邪等作用于人体,局部可能出现的变化,主要有皮肤颜色、温度、感觉的改变,局部肿胀、疼痛、畸形、功能障碍及肢体长度的改变,尚可能有创口、瘻管、脓液、肿块等。

如受伤部位剧痛,肿胀严重,皮下瘀斑,微热,畸形明显,功能障碍,并有异常活动,为筋骨损伤、气滞血瘀。若患部皮红焮热,疼痛,呈环状肿胀,骨的干骺端按之痛甚,拒按,为阳证的附骨痈,如局部尚无波动感则为脓未成;如已有波动感则为脓已成;如溃后脓液稠厚,色泽明润而略带腥味,为正盛邪实;如病程日久,脓液清稀,淋漓不尽,为气血两虚。若溃后形成瘻管,周围皮色紫暗,反复排出脓液和死骨,时发时愈,为阴证的附骨疽。若瘻管的管口凹陷,时流稀脓且夹有干酪样物质,不易收口,为骨痲溃后元气虚弱、气血两亏。骨伤科辨证中,对局部证候进行辨证虽很重要,但临证时宜结合全身情况详加审察。

(彭汉士)

## 骨伤科八纲辨证

骨伤科八纲辨证就是通过四诊掌握的材料,根据人体正气的盈亏、病邪的性质及其盛衰,伤病所在部位深浅等情况,进行综合分析、归纳为表里、寒热、虚实、阴阳八类证候,以概括损伤及筋骨关节疾患的不同特点。

**辨表里** 是辨别病变的部位和病势的深浅。一般说来,伤病初起,病位在肌表,病症较轻者,或伤病后兼挟外感者,则为表证。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“伤损之证外挟表邪者,其脉必浮,证则发热体痛。”内伤气血、脏腑,或损伤后热毒深窜入里,病症重者则为里证,如损伤所致之瘀血内蓄,则属里证。《证治准绳·疡医》卷之六云:“凡堕伤内有瘀血者,必腹胀满而痛,或胸胁满也。”

**辨寒热** 是辨别伤病属寒证或热证,寒证与热证是阴偏盛阳偏衰的两种证候。阴盛则寒,阳盛则热,阳虚生寒,阴虚生热。

寒证是机体的功能活动衰减或感受寒邪所表现的证候,多见于陈伤劳损及附骨疽等。局部表现为皮色不泽,不红不热,痠痛麻木,肿硬或萎弱,且伴有面色苍白,肢冷喜温,口淡不渴,小便消长,大便溏薄,舌淡苔白而润滑,脉迟等阴盛症状。如虚人损伤,误用攻下逐瘀,则

可致《正体类要·正体主治大法》所说的:“若下后手足俱冷,昏愤出汗,阳气虚寒也。”

热证是机体的功能活动亢盛或感受热邪所表现的证候,多见于损伤的初期及附骨痈等。局部表现为肿胀疼痛,或潮红灼热,甚或肉败成脓,且伴有发热面赤,烦渴饮冷,小便短赤,大便秘结,舌红干苔黄厚,脉弦数等全身症状。如《正体类要·扑伤之症治验》云:“患处胀痛,发热欲呕,两肋热胀,肝脉洪大。”为肝火之热证。

**辨虚实** 是辨别人体正气强弱与病邪盛衰,属虚属实是由邪正相争所决定的。

虚证是指正气虚弱不足的证候,多见于骨折、脱位的后期及亡血过多等疾患。表现为面色萎黄,神疲体倦,或五心烦热,形体消瘦,心悸气短,自汗盗汗,食少便溏,小便频数,舌质淡苔少,脉虚细无力,局部不红不热,或青肿不消等。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“伤损之证,血虚作痛者,其症则发热作渴,烦闷头晕,日晡益甚,此阴虚内热之症。”

实证是指邪气亢盛有余的证候,多见于骨折、脱位的初期及胸肋内伤蓄瘀等疾患。表现为发热烦渴,胸腹胀满,大便秘结,小便短赤,舌质红苔黄厚,脉洪数有力,局部表现为痛有定处,疼痛拒按,肿胀等。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“伤损若胸腹胀痛,大便不通,喘咳吐血者,乃瘀血停滞也。”此为瘀积胸腹之实证。

**辨阴阳** 阴阳是八纲中的总纲,它可以概括表、里、寒、热、虚、实,即里、虚、寒证,多属于阴;表、实、热证,多属于阳。在病变的情况下,如邪气实的疾病,阳偏胜则出现阳证,阴偏胜则出现阴证;正气虚的疾病,真阴不足出现阴虚,真阳不足出现阳虚。大量出血或吐泻可引起亡阴,大汗可引起亡阳。阴证(如慢性劳损疾患),一般起病慢,病程长,病位深,初期局部症状和体征常不明显,随着病情发展而渐趋明显或严重,全身症状多有虚证、寒证的表现。阳证(如急性损伤)一般起病急,病程短,病位浅,初期局部症状和体征比较容易识别,随着病情发展而更加明显,全身情况也多有实证、热证的表现。

在临床上常是诸证并见,有时还可出现互相转化、错杂和假象。表证可以入里,寒证可以化热,实证可以转虚,阳证可以转为阴证等。如严重创伤、大量失血可引起四肢厥冷,脉微欲绝等,并由亡阴导致亡阳。因此,骨伤科八纲辨证是从四对矛盾的八个方面去概括伤病的不同特点,从而对机体伤病后作出总的判断。

(蔡荣 彭汉士)

## 骨伤科脏腑辨证

骨伤科脏腑辨证是以脏象学说为基础,根据伤病后脏腑的生理功能和病理表现,来判断病变的部位、性质、正邪盛衰状况,用以指导治疗损伤及筋骨关节疾患的一种辨证方法。肺主皮毛,心主血脉,脾主肌肉,肝主筋,肾主骨,皮肉筋骨有赖于气血温煦和脏腑濡养。因此,损伤及筋骨关节疾患与脏腑有密切关系。虽然大多数损伤

及筋骨关节疾患都发生在皮、肉、筋、骨，但严重的皮、肉、筋、骨的病变可累及脏腑，并出现相应的证候；反之，脏腑的病变也可影响皮、肉、筋、骨而出现相应的证候。

青壮年气血旺盛，脏气充足，筋骨强壮，故其损伤的修复较快；年老体弱者气血虚衰，脏气不充，筋骨萎弱，故其损伤的修复较为迟缓。老年人损伤后，还较易出现脏腑功能失调的证候，如老年人骨折，长期卧床，可出现大便干燥，难于排出，数日一行，舌红少津，苔黄燥，脉涩或细，此为大肠液亏，肠失滋润，治宜润肠通便。

开放性骨折失血过多，证见眩晕、心悸、面色不华，唇舌色淡，脉细弱，是营血亏虚，血不养心所致，属心血虚证，治宜养心血、安心神。

严重创伤，证见心悸气短，大汗淋漓，四肢厥冷，口唇青紫，呼吸微弱，脉微欲绝，此为心气不足，鼓动无力，心阳暴脱，宗气大泄所致，属心阳虚脱，当用回阳救逆。

胸部损伤早期，证见胸痛，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；若胸肋陈伤旧患，证见胸肋隐痛，若兼咳嗽气短，痰白清稀，疲倦懒言，声音低微，怕冷自汗，面色苍白，舌质淡嫩，舌边尖有瘀点，脉虚弱，此为肺气虚而兼血瘀证，宜补肺气、健脾土，佐以活血化瘀；若兼干咳无痰，或痰少而粘，痰中带血，口干咽燥，声音嘶哑，潮热盗汗，午后颧红，舌红少津，脉细数，此为阴虚肺燥之证，宜滋阴润肺。

损伤后气血耗损较甚或素体虚弱，证见面色萎黄，身倦无力，气短懒言，食纳减少，食后腹胀，肢体浮肿，或大便溏泄，舌质淡嫩，苔白，脉缓弱，此为脾不健运，宜益气健脾。若患处或诸窍出血，证见面色苍白或萎黄，饮食减少，倦怠无力，气短，舌质淡，脉细弱，此为脾气虚弱，统摄无权之脾无统血，当用温脾补虚、益气摄血。

胸肋损伤，若患处胀痛，而兼口苦，发热欲呕，两肋热胀，甚则咳血、吐血，舌红苔黄，脉弦数，此为肝火内盛，宜用疏肝清热。

腰椎骨折后期，腰痛隐隐，酸软无力，遇劳更甚，不能久坐久立，面色苍白，精神不振，舌质淡，苔白，脉细弱，此为骨折伤及气血，累及肝肾，若肾阳虚，治宜养肝血、补肾阳；若肝肾阴虚，宜滋补肝肾。

骨盆骨折早期，证见局部肿痛，腹胀拒按，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄厚腻，脉弦数，是瘀血内蓄，积瘀生热所致，属中焦胃肠的里实热证，治宜攻下逐瘀之类。

由于在疾病过程中，脏腑之间的病变是相互影响的，因而脏腑证候也是复杂的，临床辨证时须灵活运用。

(蔡 荣 彭汉士)

## 骨伤科气血辨证

骨伤科气血辨证是以气、血的有关理论对损伤后所发生的各种证候，加以归纳、概括的辨证方法。伤气的病证可分为气闭、气滞、气虚；伤血的病证可分为血瘀、亡血、血虚。

**气闭** 严重损伤致气血错乱，气为血壅，气闭不宣，因而出现晕厥不醒，神志昏迷，牙关紧闭，四肢抽搐，脉伏或沉细欲绝，多见于堕伤、撞击伤、头部震伤等。治宜通关开窍。如《伤科汇纂·内证》引陈远公曰：“人从高坠下，昏死不苏，人以为恶血奔心，谁知乃气为血壅乎。……故气血错乱，每每昏绝不救，……倘徒攻瘀血，则气闭不宣，究何益乎。”

**气滞** 损伤可致人体气机运行失常，而出现气滞证候。气滞的表现多为游走疼痛，这是由于气忽聚忽散所致，所以疼痛的范围广泛而无定处。证见咳嗽胸闷，胸肋胀满，呼吸不舒，咳嗽气急，掣引疼痛。若肝肾伤气，则疼在筋骨；营卫气滞，则痛在皮肉。气滞多见于挫闪，胸肋内伤等，治宜理气行滞。

**气虚** 平素体虚或病久耗损均可出现气虚，证见呼吸气促，语声低微，疲倦乏力，自汗，食欲不振，舌淡苔少，脉虚无力。局部可见瘀肿不消，或伤口腐肉不溃，脓液清稀，新肉不生等证。多见于骨折、脱位后期和慢性骨关节感染等。如《正体类要》云：“腿肿痛而色黯，食少倦怠。此元气虚弱，不能运散瘀血而然耳。”说明气虚不能运散瘀血，可使瘀肿难消。

**血瘀** 外力伤及人体经络血脉，使血不得循行流注，阻于经隧之中，或溢于经络之外，离经之血滞留体内，则可引起血瘀的证候。证见局部肿胀疼痛，痛如针刺，拒按，痛处固定不移，舌质暗或有瘀斑，脉涩。若瘀血滞于肌表，可见局部青紫瘀斑或血肿，如伤筋等；若瘀血阻于营卫则郁而生热，可出现寒热症状，亦可酿作痈脓；若瘀血积于胸肋，则胀闷疼痛，如胸肋内伤等；若瘀血积于腹中，则腹痛拒按，大便不通，如腹部内伤瘀血内蓄等。瘀血经久不愈，留伏经络之间，可变为宿伤，患处疼痛，时轻时重，经久不愈，以头部及胸肋部损伤多见。瘀血疾患在治疗上，宜活血祛瘀为主。如《血证论》云：“瘀血在中焦，则腹痛肋痛，腰脐间刺痛着滞血府，逐瘀汤治之。”

**亡血** 外力伤及人体经络血脉、瘀血内积、血热妄行及脾不统血等均可致亡血。皮开肉绽或开放性骨折可致创伤出血，血从创口溢出于体外。内伤脏腑出血而上溢，表现为咳血、吐血、呕血；或下溢而便血、尿血。若撞伤头部兼有颅底骨折者，则见诸窍出血。若亡血过多，则可出现气脱血脱之危证。血热妄行，可吐血、衄血、便血、尿血等，证见面色鲜红，并见心烦等，舌红绛、脉细数，治宜清热凉血止血。脾不统血，是脾气虚弱，失其统摄血液之权，而致吐血、便血等。证见面色淡红而持续不止，面色萎黄，短气懒言，舌质淡，脉细弱。治宜补气摄血。瘀血内积，阻碍血液的正常运行，而致血不循经而从诸窍外流，出现吐血、咯血、呕血、便血、尿血等。证见面色紫暗成块，常伴有刺痛，舌紫暗或有瘀斑，脉涩。治宜活血止血。如《正体类要》云：“出血，若患处或诸窍出者，肝火炽盛，血热错经而妄行也，用加味逍遥散，清热养血。若中气虚弱，血无所附而妄行，用加味四君子汤，补益中气。或元气内脱，不能摄血，用独

参汤加炮姜以回阳，如不应，急加附子。或血蕴于内而呕血，用四物汤加柴胡、黄芩。”

**血虚** 损伤失血过多，或脾胃虚弱，生化不足，或瘀血阻滞，新血不生，或邪去正虚，阴血亏损等均可致血虚。心血虚则心神失养，血不养心，血不上荣，证见面色不华，失眠，健忘，易惊，心悸，心烦，头晕眼花，唇舌色淡，脉细弱。治宜养心血、安心神。肝血虚则血不养肝，不能濡养筋脉，血虚生风，证见头目眩晕，视物模糊，面色萎黄，手臂经常发麻或手足突然抽搐，舌淡少苔，脉弦细。治宜养血熄风。

(彭汉士 蔡荣)

## 骨伤科经络辨证

骨伤科经络辨证是根据经络学说来辨别伤病证候的方法。经络与伤病的发生及传变有密切的关系。伤病可致经络运行阻滞，同时可使其循行所经过的脏腑的功能失调，而出现相应的证候。

由于足厥阴肝经从下肢内侧循行而上，绕阴器，布肋肋，故凡外阴部和两肋的损伤，应视为与肝经有关；足少阴肾经起于小趾之下，斜走足心和内踝下方，别人眼中，沿下肢内侧后缘上行，贯脊属肾，因此足跟、腰脊损伤疾患，应视为与肾经有关。故《正体类要》云：“腰为肾之府，虽曰内伤，实肾经虚弱所致。”在临床上，治疗跟痛症，往往从肾经论治；足太阳膀胱经从头出项，一支由项下至腰部，络肾，属膀胱，并从腰下行，经股部后侧进入腘窝。另一支由项部经肩胛下行至臀部，下到腘窝，与前支会合后入小腿后方，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。故《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“伤损腰痛脊痛之证，或因坠堕，或因打扑，瘀血留于太阳经中所致；”手太阴肺经起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈，属肺；肝经之脉由下而上布肋肋，故胸部损伤应视为与肺经、肝经等经有关，因此治疗上往往以疏肝气、理肺气为主；由于督脉运行于头项背后的正中线，总督一身之阳经，故脊椎骨折脱位合并截瘫则可认为督脉遭到损害所致。对于已累及经络的病变有虚实之分，在治疗时，实证宜活血祛瘀、疏通经络，虚证宜调补气血、温通经络。

(蔡荣 彭汉士)

## 骨伤科分期辨证

骨伤科分期辨证是按照损伤及筋骨关节疾患的不同发展阶段分为若干时期的辨证方法。从发病至痊愈，虽是一个连续的过程，但有其明显的阶段性。对损伤及筋骨关节疾患进行分期辨证，能更好地进行恰当的治疗。

例如，根据骨折的愈合情况可分为初期、中期和后期三个阶段。若骨折后1~2周内，骨折局部瘀斑、肿胀明显，疼痛剧烈，活动功能障碍，局部有明显压痛和纵轴叩击痛，并伴有发热、口干、纳呆、便秘、尿黄等症状，此为筋骨损伤、气血瘀滞、积瘀化热，可辨为骨折

初期，又称消瘀退肿期；若骨折后3~6周内，骨折局部肿胀渐趋消退，疼痛逐渐减轻，局部压痛和纵轴叩击痛减轻，体温正常，此为瘀肿虽消而未尽，断骨尚未连接，可辨为骨折中期，又称接骨续损期；若骨折7~10周以后，骨折局部有轻度痠痛，筋肉萎缩，肢体乏力，关节屈伸不利，局部仅轻微压痛和纵轴叩击痛，此为断骨初步愈合而尚未坚实、功能尚未恢复，可辨为骨折后期，又称坚骨壮筋期。这就是骨折的三期辨证。每期的划分特别是各期的时间划分，不是绝对的，分期辨证，还必须结合患者的体质、禀赋以及损伤的情况等来进行辨证。

(蔡荣 彭汉士)

## 骨伤科分型辨证

骨伤科分型辨证是按照损伤及筋骨关节疾患的不同病因或临床表现，而分为若干类型的辨证方法。例如胸腹部损伤，根据气血损伤的偏重来进行分型辨证。若伤血为主，其痛有定处者为血瘀型；若伤气为主，而痛无定处者为气滞型；若兼有气滞、血瘀者为气血两伤型。又如肋骨上骨折，根据受伤机理和骨折移位情况的不同来进行分型辨证。伸肘位受伤且骨折远端向后移位或向前成角者为伸直型，屈肘位受伤且骨折远端向前移位或向后成角者为屈曲型等、骨癆则根据其临床证候的阴阳偏胜和气血虚实不同，而分为阳虚型、阴虚型和气血两虚型等。

(彭汉士 蔡荣)

## 骨伤科危候

骨伤科危候是指由于外力作用或病邪造成危及患者生命的证候。亦称逆证（《灵枢》）、死候（《肘后救卒方》）、不治证（《世医得效方》）等。早在春秋战国时期以前，对危候已有所认识，如《灵枢》已有从瞳孔变化来判断伤情的顺逆的方法。晋代葛洪、王叔和及隋代巢元方等对危候的论述较为深入。《洗冤集录》记载了人身致死的重要部位，《世医得效方》则提出了“十不治症”。随着医学的发展，后世对危候病因病机的认识逐渐加深，并总结了诊断和早期处理、抢救的经验。对危候若能及时诊断，积极进行抢救，是可以降低死亡率，使患者化险为夷的。

**脏腑损伤** 头部、胸部和腹部损伤，严重者常可致五脏六腑遭受损伤，尤其是内脏破裂，往往可使患者危在旦夕。头为诸阳之会，若头部外伤并有颅内血肿或脑实质损伤者，随时可危及患者生命。《肘后救卒方》云：“凡金疮伤天窻眉角脑户，……此皆是死处，不可治也。又破脑出血而不能言语，戴眼直视，咽中沸声，口急唾出，两手妄举，亦皆死候。”若胸、腹部开放性损伤及肋骨骨折、骨盆骨折严重者常可致气胸、血胸或内脏损伤等严重损伤，迅速出现喘促、烦闷、面色苍白、紫绀、冷汗、血压下降，腹部剧痛拒按、咳血、尿血、便血等症候，而危及患者生命。如《肘后救卒方》云：“伤‘两乳上下心，鸠尾小肠，及五脏六腑，此皆是死处。’”《诸病源候论·金疮病诸候》也对胸、腹部损伤有较详细的论述，该书云：