

中国医学百科全书

中医骨伤科学

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中医骨伤科学

蔡荣主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 祝桥新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 9.75 字数 365,000

1986年12月第1版 1986年12月第1次印刷

印数: 1-9,800

ISBN7-5323-0663-1/R·189

统一书号: 14119·1898 定价: 2.45元

《中国医学百科全书》编辑委员会

主任委员 钱信忠

副主任委员 黄家驷 季钟朴 郭子恒 吴阶平 涂通今 石美鑫 赵锡武

秘书长 陈海峰

副秘书长 施奠邦 冯光 朱克文 戴自英

委员 (以姓氏笔划为序)

丁季峰	土登次仁	马飞海	王懿(女)	王玉川	王世真	王用楫
王永贵	王光清	王叔咸	王季午	王冠良	王雪苔	王淑贞(女)
王鹏程	王德鉴	王翰章	毛文书(女)	毛守白	邓家栋	石茂年
石美鑫	卢惠霖	卢静轩	叶恭绍(女)	由崑	史玉泉	白清云
邝贺龄	冯光(女)	兰锡纯	司徒亮	毕涉	吕炳奎	曲绵域
朱潮	朱壬葆	朱克文	朱育惠	朱洪荫	朱既明	朱霖青
任应秋	刘世杰	刘育京	刘毓谷	米伯让	孙忠亮	孙瑞宗
苏德隆	杜念祖	杨医亚	杨国亮	杨树勤	杨铭鼎	杨藻宸
李昆	李永春	李宝实	李经纬	李振志	李肇特	李聪甫
吴之理	吴执中	吴阶平	吴英恺	吴征鉴	吴绍青	吴咸中
吴贻谷	吴桓兴	吴蔚然	余澂	宋今丹	迟复元	张祥
张世显	张立藩	张孝騫	张昌颖	张泽生	张学庸	张涤生
张源昌	陆如山	陈信	陈中伟	陈明进	陈国桢	陈海峰
陈灏珠	林巧稚(女)	林克椿	林雅谷	郁知非	尚天裕	罗元恺
罗致诚	季钟朴	依沙克江	周金黄	周敏君(女)	郑麟蕃	孟继懋
赵炳南	赵锡武	荣独山	胡传揆	胡熙明	钟学礼	钟惠澜
侯宗濂	俞克忠	施奠邦	姜春华	洪子云	夏镇夷	顾学箕
顾绥岳	钱熹	钱信忠	徐丰彦	凌惠扬	郭迪	郭乃春
郭子恒	郭秉宽	郭泉清	郭振球	郭景元	唐由之	涂通今
诸福棠	陶桓乐	黄量(女)	黄文东	黄耀燊	黄家驷	黄祯祥
黄绳武	曹钟梁	盖宝璜	梁植权	董郡	董承琅	蒋豫图
韩光	程之范	傅丰永	童尔昌	曾宪九	谢荣	谢少文
裘法祖	蔡荣	蔡翹	蔡宏道	戴自英		

序

《中国医学百科全书》的出版是我国医学发展史上的一件大事，也是对全人类医学事业的重大贡献。六十年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。我们深感这是一项重大而艰巨的任务，因此积极进行筹备工作，收集研究各种有关医学百科全书的资料。但由于十年动乱，工作被迫中断。粉碎“四人帮”后，在党和政府的重视和支持下，医学百科全书的编写出版工作又重新开始。一九七八年四月，在北京正式召开筹备会议，拟订了编写出版方案和组织领导原则。同年十一月，在武汉举行了第一次编委会，落实了三十多个主编单位，全国医学界的著名专家、教授和中青骨干都参加了编写工作。

祖国医学发展史中，历代王朝就有学者编纂各类“集成”和“全书”的科学传统，但系统、全面地编写符合我国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书还是第一次。这是时代的需要，人民的需要，是提高全民族科学文化水平，加速实现社会主义现代化建设的需要。从长远来看，这是发展我国医药卫生事业和医学科学的一项基本建设，也是建设社会主义精神文明的重要组成部分。因此，编写出版《中国医学百科全书》是我国医学界的一项重大历史使命。

我国既有源远流长的祖国医学，又有丰富多彩的现代医学。解放以来，在党的卫生方针指导下，还积累了群众性卫生工作

和保健强身的宝贵经验，涌现了许多中西医结合防治疾病的科研成果。在我们广大的医药卫生队伍中，有一大批具有真才实学，又善于写作的专家，他们都愿意为我国科学文化事业竭尽全力，把自己的经验总结出来，编写出具有我国特点的医学百科全书。

《中国医学百科全书》是一部专科性的医学参考工具书，主要读者对象是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员，但实际上需要查阅这部全书的读者将远远超过这一范围。全书内容包括祖国医学、基础医学、临床医学、预防医学和特种医学等各个学科和专业，用条目形式撰写，以疾病防治为主体，全面而精确地概述中西医药科学的重要内容和最新成就。在编写上要求具有高度的思想性和科学性，文字叙述力求言简意明，浅出深入，主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论，使读者便于检索，易于理解，少化时间，开卷得益。一般说来，条目内容比词典详尽，比教材深入，比专著精炼。

为适应各方面的需要，《中国医学百科全书》的编写出版工作准备分两步走：先按学科或专业撰写分卷单行本，然后在此基础上加以综合，按字顺编排出版合订本。这两种版本将长期并存。随着学科发展的日新月异，我们并将定期出版补新活页。由于涉及面广，工作量大，经验不足，缺点错误在所难免，希望读者批评指正。

钱信忠

1982年11月

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)

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° 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	拨络	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
涂搽	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	附骨痈	112
伤筋	98	附骨疽	112
颈部伤筋	100	关节流注	113
失枕	101	骨癆	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、疾膝、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·痈疽》详细论述了痈疽的成因、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、疵痈、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方药,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,膈以折”,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《肘后方卒方》,首先记载了颞颌关节脱位口内整复方法:“令人两手牵其颞已,暂推之,急出大指,或咋伤也。”这种整复方法,直至今还在普遍沿用。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,对金疮和痈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益趋向专科化,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,折断的骨髓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脓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疗和热敷,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后脱位,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、揩及内服法,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“癫扑损伤,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,或是锉开,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,医者两人提两足牵引、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“将掌向上,医用手撑损动处,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、杉篙固定等。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。中西医骨伤科界还团结合作,在中西医结合治疗骨关节损伤方面作出了相应的成绩。

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痰等理论研究,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,然后接新鲜骨折处理,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、中药离子透入和內服中药等综合疗法,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。

(岑泽波 孙绍良 黄关光)

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·脱下颏》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。留于节凑，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 筋联络骨路、维持肢节的活动，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，肾髓充则骨路劲强，肝肾精气盛衰，关系筋骨成长与衰退。所以筋骨损伤，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；而且筋骨损伤之后，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，筋骨损伤，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，则可发生病变。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。血随气而循行全身，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，痿痺血痕之病。”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

腰背,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、髓腔之间,有补益髓髓、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、髓髓补益、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,可致小儿尪佝病。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:唇干口渴、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。”可见骨痲疮疡,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(骨肉皆断离)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证并立即就诊者；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，故变证多端。

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、受伤的部伤及其面积的大小、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 黄光亮)

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，以及伤病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，又要结合骨伤科特点，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、目暗睛迷、瞳孔散大、汗出如油、形赢色败、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，舌质干枯为津伤液耗；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，溢于肌膜之间，而成肿胀。《仙