

ZHONG
SHANG

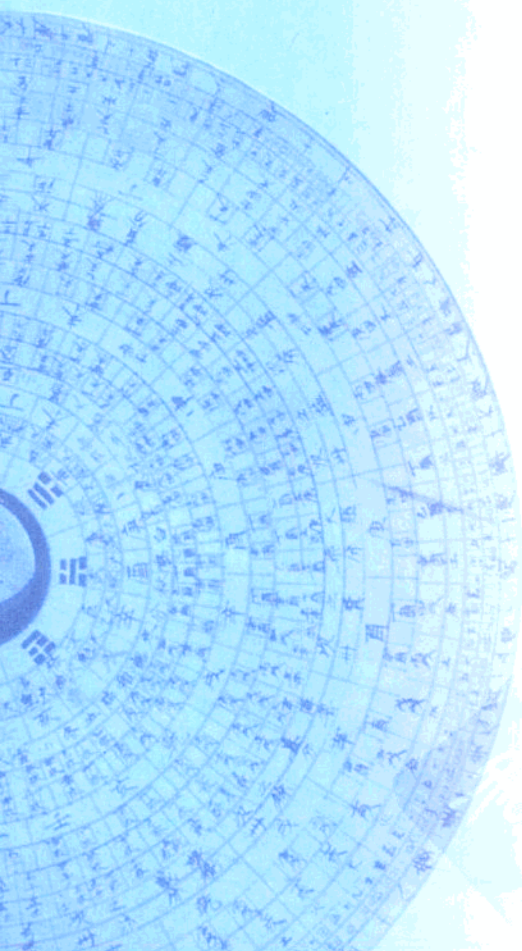
全国中等中医药教育规划教材

中医伤科学

金晓东 主编

中国中医药出版社

供中医药类专业用



全国中等中医药教育规划教材

号 412300 录 (5005) 字 附 册 第 90 册 第 1 册
中医伤科学

(供中医药类专业用)

主 编 金晓东
副 主 编 魏宪纯
编 委 涂国卿 陈忠定
主 审 梁伟澜

中国中医药出版社

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

中医伤科学/金晓东主编. —北京: 中国中医药出版社, 2002. 8

全国中等中医药教育规划教材

ISBN 7-80156-352-2

I. 中... II. 金... III. 中医伤科学-专业学校-教材 IV. R274

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 033614 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区北三环东路 28 号 易亨大厦 电话: 64405750 邮编: 100013)

(邮购联系电话: 84042153 64065413)

印刷者: 北京市卫顺印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开本: 787×1092 毫米 16 开

字数: 388 千字

印张: 15.75

版次: 2002 年 8 月第 1 版

印次: 2006 年 1 月第 6 次印刷

册数: 27001—32000

书号: ISBN 7-80156-352-2/R · 352

定价: 20.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

HTTP: //WWW. CPTCM. COM

中等中医药教材建设指导委员会

主任委员：李振吉

副主任委员：贺兴东 吴恒亚 胡国臣

委员：(以姓氏笔划排序)

马金生	王书林	王立坤	王学明	王明来	王宝富	王辅民
于明江	方家选	公茂有	李广才	李立	李光耀	李玉柯
李聪民	刘化侠	江世平	江震声	吉传旺	朱铁宝	杜兆雄
曲晓波	杨万英	杨静化	张为佳	张邦帅	张志峰	陈中熊
陈代启	余甘霖	苏保松	邵湘宁	尚志云	郑兴泽	郑建华
宝音	周晓明	林康球	赵文鼎	赵伟光	郭鲁义	秦国东
徐金香	阎健民	盖长清	黄吉庆	谢华民	曾庆琦	鲁昌贵
傅淑清	濮传文					

医疗类专业编审委员会

主任委员：吴恒亚

副主任委员：黄吉庆 傅淑清

委员：(以姓氏笔划排序)

王周碧	王贵英	王振亚	刘开运	刘慧瑾	邬义德	何晓晖
张清河	汪安宁	汪瀛乐	肖振辉	苏保松	邵湘宁	周力
庞景三	金晓东	侯晞	胡小怡	胡显亚	赵小平	赵体浩
秦智义	袁银根	梁伟澜	盖一峰	傅贞亮	傅国兵	彭勃
鲁昌贵	谭万信	戴万亨				

护理类专业编审委员会

主任委员：马锦璋

副主任委员：曲晓波

委员：(以姓氏笔划排序)

刘秀英	向承美	吕淑琴	何宝昌	李绍桂	单兆伟
殷明	顾红卫	曹秋茹	盖国忠	傅友丰	

前 言

为适应全国中等中医药教育发展的需要，根据教育部和国家中医药管理局组织制订的中等中医药专业目录和各专业教学计划，在国家中医药管理局指导下，由全国中医药职业技术教育学会组织编写了全国中等中医药教育规划教材。本次编写出版的教材有《中医基础学》《中药学》《方剂学》《人体解剖生理学》《药理学》《诊断学基础》《中医内科学》《外科学》《中医妇科学》《儿科学》《针灸学》《推拿学》《针灸推拿学》《中医伤科学》《内科学》《中医基础护理学》《内科护理学》《外科护理学》《妇科护理学》《儿科护理学》《常见急症处理》《中医学概要》《卫生防疫概论》《常用护理技术》等中医类专业主干课程教材共 24 门。

本次教材是在国家中医药管理局 1988 年统一组织编写出版的中等中医药教材基础上重新编写的全国中等中医药教育规划教材。进入 21 世纪，我国职业教育有较大的发展，人才培养模式、教学内容和课程体系的改革不断深入。为适应新形势的需要，本套教材编写出版遵循了坚持以市场为导向，岗位需要为前提，综合职业能力为基础，强化专业目标，淡化学科意识，突出职业教育特点等基本编写原则，根据中等中医药人才培养目标的要求，在教材编写形式和内容方面都有了较大的改进，在教材编写的组织管理、质量评价和出版发行上亦体现了改革意识，引入了竞争机制。为了保证本套教材的质量，国家中医药管理局科技教育司和全国中医药职业技术教育学会多次召开有关教材编写出版的会议，认真学习了教育部《关于制定中等职业学校教学计划的原则意见》等文件，制定下发了《中等中医药教育教材建设的指导性原则》《中等中医药专业教材编写基本原则》《中等中医药教育教材建设管理暂行办法》和《中等中医药教材出版基本原则意见》等相关文件，成立了各专业教材编审委员会和教材建设办公室，加强了对教材编写出版的组织与管理，力求提高本套教材质量，更好地为中等中医药教育和中医药人才培养服务。

鉴于本次教材编写从组织管理、运行机制到编写要求与内容都进行了较大改革，因此，存在不足之处在所难免，希望中等中医药教育战线的教育工作者和广大读者在使用过程中，提出宝贵意见，以利再版修订时日臻完善。

全国中医药职业技术教育学会

2002 年 4 月 27 日

编写说明

本教材是国家中医药管理局科技教育司和全国中医药职业技术教育学会共同组织编写的，供全国中医药中等教育中医医疗、中西医结合、针灸推拿、中医骨伤等医疗类专业使用。各专业可根据教学大纲对本课程的不同要求选用。

中医伤科学是一门临床专业课，是中医临床医学中的重要组成部分。中医伤科疗法历史悠久，使用方便，疗效显著。特别是近年来，中医伤科学在继承和发扬传统骨伤科学的基础上，吸收现代骨科学成果，初步形成了一门理论观点新、技术领域广、临床疗效高的具有中国特色的临床学科，大大提高了伤科学在中医临床学科中的地位，是中医临床医疗类各专业的必修课之一。在本书编写中，我们坚持贯彻“中等中医药教育规划教材编写基本原则”，力求保持和发扬中医特色，突出本学科的基本知识、基本理论和基本技能的学习。以强调能力培养为重点，突出职业教育的特点，强化了伤科学基本实践技能的训练，并注意吸收本学科新成果、新技术，保持了教材的继承性、科学性、先进性和实用性。

全书共计六章，第一章为伤科学绪论，简要介绍了伤科学的形成和伤科学的成就；第二章为伤科学基础，介绍了伤科学的主要内容，以大量的篇幅讲述了伤科学的基本技能；第三章至第六章分别介绍了骨折、脱位、伤筋及损伤内证中各病证的发病特点，主要临床表现，诊断要点和治疗要点等。并增加了伤科基本技能操作实验指导，突出了以能力培养为重点的职业教育特点，使本教材较前版更全面地概括了中医伤科学的专业范围。

本书采取分工编写、集体审定的形式完成，具体编写分工：伤科学绪论、伤科学基础由陈忠定、金晓东编写，骨折由金晓东、魏宪纯编写，脱位、伤筋由涂国卿编写，损伤内证由金晓东编写。全书由梁伟澜教授、主任医师审定。

编写全国中等中医药教育规划教材尚属首次，由于我们水平有限，时间仓促，书中错误和缺点在所难免，希望各校教师在使用过程中，提出宝贵意见，以便进一步修订提高。

《中医伤科学》编委会

2001年12月

目 录

第一章 伤科学绪论	(1)
第二章 伤科学基础	(4)
第一节 伤科学主要内容	(4)
第二节 伤科基本技能	(5)
伤科辨证基础	(5)
一、问诊	(5)
二、望诊	(6)
三、闻诊	(7)
四、切诊	(8)
五、动诊	(10)
六、量诊	(13)
七、伤科常用特殊检查	(18)
八、影像学检查	(28)
伤科治疗技能	(29)
一、复位手法	(29)
二、理筋手法	(33)
三、固定疗法	(43)
四、常用治疗技术	(57)
附：小针刀疗法	(69)
五、骨伤急救	(71)
六、功能锻炼	(72)
附：全身各部练功举例	(74)
七、药物疗法	(89)
第三章 骨折	(94)
第一节 骨折概论	(94)
第二节 上肢骨折	(103)
锁骨骨折	(103)
肱骨外科颈骨折	(105)
肱骨干骨折	(108)
肱骨髁上骨折	(110)
尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位	(113)
桡、尺骨干单骨折	(114)
桡、尺骨干双骨折	(116)
桡骨下端骨折	(118)

腕舟骨骨折	(119)
掌骨骨折	(120)
指骨骨折	(122)
第三节 下肢骨折	(124)
股骨颈骨折	(124)
附：股骨转子间骨折	(127)
股骨干骨折	(129)
髌骨骨折	(132)
胫腓骨干骨折	(133)
踝部骨折	(137)
附：跟骨骨折	(140)
附：跖骨骨折	(141)
第四节 躯干骨折	(142)
脊柱骨折	(142)
肋骨骨折	(145)
骨盆骨折	(149)
第四章 脱位	(153)
颞颌关节脱位	(158)
肩关节脱位	(160)
肘关节脱位	(163)
小儿桡骨头半脱位	(165)
掌指关节及指间关节脱位	(166)
髌关节脱位	(167)
第五章 伤筋	(173)
第一节 概述	(173)
第二节 颈部伤筋	(178)
颈部扭挫伤	(178)
第三节 胸部伤筋	(179)
胸部进挫伤	(179)
第四节 肩部伤筋	(180)
肩部扭挫伤	(180)
第五节 肘部伤筋	(182)
肘部扭挫伤	(182)
第六节 腕部伤筋	(183)
腕三角软骨损伤	(183)
第七节 手指伤筋	(184)
指关节扭挫伤	(184)
第八节 髌部伤筋	(185)
髌部扭挫伤	(185)

第九节 膝部伤筋	(186)
膝关节侧副韧带损伤	(186)
膝关节交叉韧带损伤	(187)
膝关节半月板损伤	(189)
第十节 踝关节伤筋	(190)
踝关节扭伤	(190)
第十一节 腰部伤筋	(192)
急性腰部扭挫伤	(192)
附：慢性腰肌劳损	(194)
腰椎间盘突出症	(195)
梨状肌综合征	(201)
第六章 损伤内证	(202)
第一节 内伤类证	(202)
第二节 头部内伤	(205)
脑震荡	(205)
脑海损伤	(206)
伤科基本技能操作实验指导	(209)
一、伤科诊查技能指导	(209)
二、手法技能指导	(210)
三、小夹板固定	(213)
四、石膏固定	(215)
五、皮肤牵引	(216)
六、上肢骨折复位及固定	(217)
七、下肢骨折复位及固定	(218)
方剂索引	(220)

第一章 伤科学绪论

人类为了求得生存,在与大自然的斗争中,积累了不少认识创伤和医治创伤的经验。在中医理论指导下,经历代医家数千年的探索总结,逐渐发展成研究防治皮肉筋骨、脏腑经络损伤疾患的一门学科——中医伤科学。

(一) 中医伤科的形成

中医伤科学是中医学的一个分支,在中医学理论形成的过程中,伤科学的理论体系也日趋成熟。早在公元前16世纪殷商时期的甲骨文中就有关于骨折的论述。《内经》则更详细地记载了人体解剖、生理、病理、诊断及治疗等基本理论,其中阐发的肾主骨、肝主筋、脾主肌肉以及气伤痛、形伤肿等学说和论述,奠定了中医伤科学的理论基础。

1. 伤科学的基本理论 由于伤科疾病有其特殊的病因和病机,因此相应地产生了相对独立的基本理论。

(1) 病因 东汉·张仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》中就明确指出:“千般灾难,不越三条:一者,经络受邪入脏腑,为内所因也;二者,四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也;三者,房室、金刃、虫兽所伤。以此详之,病由都尽。”到宋代,陈无择将七情所伤定为内因,六淫为害隶属外因,金疮跌折为不内外因。故骨折、脱骱、筋伤、内伤等伤科中常见的直接病因为不内外因;而六淫、七情也可成为伤科疾病的发生原因,如风寒湿杂至合而为痹,此为外因致病;七情过度,导致脾、肾功能异常,进而影响气血运化,产生筋、肉的痿、痹,此为内因致病。

(2) 病机 无论是骨折、脱骱、伤筋还是内伤,它的病因均离不开创伤。伤有外伤、内伤之分。外伤以损伤筋骨为主,内伤以损伤脏腑和气血为主,但严重的创伤多导致复合伤,既伤筋骨,同时又伤脏腑、气血和经络。而外伤皮肉筋骨,久之亦可影响内脏。这种内伤与外伤、脏腑与气血相互影响的关系与中医的“人是一个有机的整体”的特色相一致。因此,伤科疾病在病机方面的阴阳学说、气血学说、脏腑学说等有其固有的特性和规律。

阴阳学说 《灵枢·本脏》云:“经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也。”阴阳营复,筋骨方能劲强,关节才会清利。而阴阳偏盛、偏衰,或阴阳相损,均可以由伤损引起,反之也可恶化伤损病变,使之加重或长久不愈。

气血学说 人体一切生理活动和病理变化与气血均有密切的关系,当机体遭受创伤,影响了气血的运行,气血失和,可生百病。伤气导致气滞、气闭、气脱、气虚、气逆等证;伤血引起出血、瘀血、血虚、血脱、血热等证。由于血可载气,气可运血,所以伤气、伤血时可以互相致病,恶化病情。

藏象学说 明·张景岳于《类经·藏象类》说：“藏居于内，形见于外，古曰藏象。”藏是象的内在本质，象是藏的外在反映。人体遭受创伤，不管是外伤皮肉筋骨还是内伤脏腑气血，都可影响脏腑功能，出现相应病证。明·陆道师在《正体类要·序》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。”这就是藏象学说在伤科学中的具体表现。

皮肉筋骨学说 伤科学中除了骨折、脱骱、筋伤、内伤外，还有筋（肌腱、韧带、血管、神经）出槽（正常的解剖位置）、骨错缝（正常关节位置轻度偏位）之说。筋出槽和骨错缝虽然是两个病证，由于现代影像学检查还不能证实，对此二证尚有争议。但在古人及今人的医疗实践中发现，闪肭、岔气、腰痛、别筋等均与此有关，且通过简单的推拿按摩手法均可获得疗效。这又证实了皮肉筋骨学说筋出槽、骨错缝的存在。

经络学说 经络是气血周流滋润全身的通道，内系于脏腑，外络于肢体。伤在经络可内损气血、脏腑。治在经络（如穴上施针、施灸、施术、点穴、推拿、封闭、埋药）可通过经络的调整，达到调理营卫、气血、脏腑功能，以利于全身状况的改善，局部伤病的愈合。

2. 伤科的诊疗技术

(1) 诊法 伤科疾病的诊法具有较大的独立性。除了常用的望、闻、问、切四诊外，它还有一套特殊的检查方法，即通过手触摸、量具测量（量诊）、观察肢体活动（动诊）等达到了解局部病情，以及筋骨、关节的功能情况。在临床诊断上常运用脏腑辨证、八纲辨证、卫气营血辨证，围绕骨伤科疾病的规律、病因病机的变化、损伤后的症状特点来进行辨证论治。此外，由于科学的发达，如影像学（X线、CT、MRI、同位素扫描、超声波、骨密度仪等）和实验室检查等先进诊断技术的应用，使得现代中医伤科的诊法更趋完善。

(2) 治则 伤科疾病的治疗是围绕着骨伤和骨病进行辨证论治。在骨伤的治疗方面，复位、固定、功能锻炼、中药治疗等形成了一套完整的治疗体系，现列述于下。

手法治疗 无论是对骨折、脱骱，还是对筋伤、内伤，手法实为正骨之首务，也是治疗各种损伤（筋伤、内伤等）的重要手段。

固定 错位之骨折、脱骱之关节、离槽错缝之筋骨，用手法使其复位后，尚须固定系缚，可防止损伤的重移位，并为损伤愈合提供必要的条件。临床常用杉木板、竹帘、小夹板、石膏，及外固定器、内固定器等一些固定器具或持续牵引来进行系缚固定。

药物疗法 在辨证论治的指导下，内治常在伤科疾病的初期、中期、后期采用相应的攻、和、补三法，运用活血化瘀、消肿止痛、接骨续筋、祛腐生新等治则进行治疗。外治则选用合适的药物、剂型以外敷或熏洗等治法进行疗伤。

手术 春秋战国时的扁鹊已开始施行“剖胸探心”的手术，并有“以刀刺骨”的手术记载。

导引 导引乃古代医家用以治病和防病的重要手段。如华佗所创“五禽戏”用来康复受伤的肢体。“八段锦”、“易筋经”、“洗髓经”等，均能增强体质，促进受伤肢体及关节功能的恢复，并能预防疾病的发生，延年益寿。

综上所述，中医伤科虽属于中医药学体系中的一个分支，受中医药理论体系的指导和约束，但无论在基本理论、病因病机、辨证施治、诊断治疗方面都具有本学科的特殊性。它能按照伤科疾病内在病理机制的发展变化规律，指导人们认识伤科疾病，开展伤科疾病的临床医疗、科研和教学实践，所以说它是一门独立的学科。

(二) 中医伤科学的成就

中医伤科的形成很早，在发展中创造了许多先进的治疗方法和技术。

公元3世纪的中医骨外科鼻祖华佗已使用麻沸散麻醉，实施了骨外科手术。还创造了“五禽戏”，指出了功能锻炼在治疗疾病中的重要性。公元4世纪，葛洪在《肘后救卒方》中首先记载了使用夹板固定骨折和颞颌关节脱位的口内复位法。这是世界上最早的记载，并一直沿用至今。公元7世纪，巢元方著的《诸病源候论》记载了循环障碍、神经麻痹、运动障碍的症状。提出开放性损伤应立即缝合；折断的骨骼可用丝线缝合固定，这是内固定的最早记载。公元9世纪，蔺道人写出了《仙授理伤续断秘方》一书，系统地总结了骨关节损伤的诊断、手法复位、夹板固定、功能锻炼和药物内外治疗；介绍了用背椅式复位法整复肩关节脱位，用手牵足蹬法整复髋关节脱位。公元1189年，张杲记载了骨的切开复位术，发现切除大块死骨的胫骨还能再生骨骼。公元13世纪，危亦林创造了悬吊复位法治疗脊柱骨折。公元1406年的《普济方》记载了人体15个部位的骨折和关节脱位，介绍了用悬吊带快速牵引复位治疗颈椎骨折脱位。并详细地描写了伸直型桡骨下端骨折，应用揣捏法复位和超关节夹板固定。公元1742年，吴谦等编写的《医宗金鉴》记载了各部位骨折脱位达30余种，强调“一旦临证，机触于外，巧生于内”，归纳了“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”正骨八法。指出整复时手法要轻、巧、稳、准，达到“法之所施，使病人不知所苦”。在固定方面强调“制器以正之，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”。

建国后，伤科学得到了较大的发展。经多年总结，提出动静结合，筋骨并重，内外兼治和医患合作的骨折治疗原则。挖掘、整理、发展了中医的手法复位、小夹板固定及病人的功能锻炼等治疗方法，在治疗骨伤疾病方面取得了较大的进展，已经引起了世界医学界的重视和认可。当代中医伤科学是在继承和发扬传统骨伤科的基础上，吸收现代科学（特别是现代骨科学）成果，初步形成的一门理论观点新、技术领域广、临床疗效高的具有中国特色的中医临床学科。可以预见，中国的中医伤科和西医骨科在临床实践和科研中，将会进一步取长补短，相互结合，共同发展，为人类的健康作出更大贡献。

第二章 伤科学基础

本章伤科学基础中包括伤科学主要内容和伤科基本技能。

第一节 伤科学主要内容

中医伤科学是研究防治皮肉、筋骨、气血、脏腑及经络损伤疾患的学科。它的主要内容
包括损伤与骨疾病两大类。

(一) 损伤 是由于人体受到外界各种致病因素的作用而使皮肉、筋骨、气血、脏腑及
经络等组织遭到破坏。损伤的主要范畴为以下四种：

1. 骨折 是在外力的作用下，骨的完整性和连续性发生部分或完全破坏。骨折多伴有
局部肿胀、疼痛、功能障碍、畸形、异常活动和骨擦音等症。

2. 脱位 损伤后造成关节内各骨关节面相互之间失去正常关系。临床常可见关节畸形、
弹性固定、功能障碍等症。

3. 筋伤 由于扭、挫、刺、割及劳损等原因而使皮肤、筋肉、筋膜、肌腱、韧带等一
些软组织，以及软骨、周围神经、较大血管等损伤。

4. 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。临床根据受伤病理不同，可出现伤气、伤血、气血两伤、伤脏腑等。

(二) 骨疾病 骨疾病包括范围较广，概述如下：

1. 骨先天性畸形 是指骨与关节的先天性疾病，包括骨与关节发育障碍、脊柱和四肢
的先天性缺陷。如脆骨病、颈肋、先天斜颈、先天性髋脱位等。

2. 骨痛症 是因化脓性细菌侵入骨、关节，而引起化脓性感染的疾病。多因余毒流注、
外感六淫、七情内伤及房室劳伤等引起。常见有急、慢性化脓性骨髓炎等。

3. 骨痲 是结核杆菌侵入骨或关节引起的疾病，中医称为“流痰”。现代医学称为骨、
关节结核。该病好发于儿童和青少年，在全身各关节及骨骼部位皆可发病。多因先天不足、
肝肾亏虚，或后天失调，伤及脾肾，正不胜邪，感染结核菌发病。

4. 骨关节痹症 是由风、寒、湿等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅引起的肌
肉、关节酸痛、麻木、重着等证。本证包括类风湿关节炎、风湿性关节炎、强直性脊柱炎、
痛风性关节炎、创伤性关节炎、关节内游离体、关节滑膜炎等。

5. 骨关节退行性疾病 指因骨关节退变而增生肥大、软骨被破坏的慢性关节炎。可发生在脊柱及全身各关节部位。本病包括腰椎间关节综合征、增生性脊柱炎、颈椎综合征、腰椎间盘突出症、椎管狭窄症及髋、膝、踝关节骨关节炎等。

6. 骨软骨病 是指骨骼发育时期,骨化中心由于某种原因的干扰而出现的骨内化骨的紊乱。病变发生在骨骺,故又称为骨骺炎或骨软骨炎。其发病原因多与创伤、血运的改变或遗传因素有关。临床常见的如:股骨头骨软骨病、脊椎骨骺骨软骨病、足舟骨骨骺骨软骨病、跖骨头骨软骨病、胫骨结节骨软骨病等。

7. 骨肿瘤 是指发生在骨及骨的附属组织的肿瘤。临床可分为良性、中间、恶性,但界限并非严格。

第二节 伤科基本技能

伤科基本技能包括中医伤科辨证、诊断、治疗中的各种基本技能。是学习伤科学所必须掌握的技能。

伤科辨证基础

伤科辨证,就是通过望、闻、问、切、动、量(六法)等方法,结合影像学和实验室检查,将收集到的临床资料按八纲进行分类,并以脏腑、气血、经络等理论基础加以综合分析,作出诊断的过程。

对伤科疾病进行辨证时,既要求有整体观念,进行全面检查,还要结合伤科的特点,进行细致局部的检查,才能全面系统地了解病情,作出正确判断。

一、问诊

在伤科诊断时需重点询问以下几个方面。

(一) 主诉 是提示病变的性质及促使患者前来就医的病症。伤科患者的主要症状有疼痛、肿胀、麻木、功能障碍、畸形、挛缩及瘫痪等。

(二) 发病时间 问明损伤日期或发病时间,以判断是新伤还是陈旧损伤。

(三) 发病过程 应详细询问受伤及发病的原因及情况,包括暴力的性质、强度及受伤时的体位。受伤后是否有昏厥,昏厥的时间长短,以及醒后有无再昏迷。经过何种方法治疗,效果如何。目前症状情况怎样,是否减轻或加重等。

(四) 伤情 问损伤的部位和局部的各种症状。

1. 肿胀 询问肿胀出现的时间、部位、性质、范围。损伤性疾患多为先痛后肿;感染性疾患多是先肿后痛,并伴有局部发热。如有肿胀包块,应询问发现的时间、发展情况及局部症状等。

2. 疼痛 仔细询问疼痛发生的部位、时间、范围、性质、程度等。如骨折伤筋有锐痛;化脓性感染有跳痛;神经根受到刺激可有灼痛或刺痛;骨结核呈隐痛;筋肉劳损呈酸痛;骨肿瘤及软组织肿瘤有胀痛或钝痛等。

还需要询问与疼痛有关的因素，对诊断与鉴别诊断有重要意义。如各种不同的动作（负重、咳嗽、喷嚏、排便及某种肢体运动等）对疼痛有无影响；疼痛与气候变化有无关系；休息与活动时疼痛有无变化，劳损性疾患疼痛在活动时加重，休息时减轻，增生性关节炎则活动之初痛，继续活动可减轻，休息后再活动疼痛更剧。

3. 肢体功能 如有功能障碍，应问明是受伤后立即发生的，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；软组织损伤则往往是在伤后一段时间，血肿逐渐加重后，才影响到肢体的功能。

4. 畸形 应询问畸形发生的时间及演变过程。外伤引起的肢体畸形，可在伤后立即出现，亦可经过若干年后才出现。无外伤者就应考虑先天性畸形和发育性畸形。

5. 创口 应询问创口形成的时间，出血情况，污染情况，处治经过，以及是否使用过破伤风抗毒血清等。

（五）全身情况 问全身情况，包括询问寒热、饮食、出汗、二便、睡眠情况等，应遵守中医诊断学上问诊的顺序，这里不再一一叙述。

（六）其他情况 包括过去史，过去的疾病可能与目前的损伤有关的内容。个人史和家庭史，对骨肿瘤、先天性畸形的诊断尤有参考价值。

二、望诊

伤科的望诊，除观察病人的全身情况外，对损伤局部及邻近部位应认真观察，以确定损伤的部位、性质和轻重。

（一）望全身

1. 望神色 神色是人体生命活动的外在表现，可通过患者的神情、面色、形体、语言气息的变化表现出来。如精神爽朗，为正气未伤，或伤情较轻；若患者精神萎靡、面容憔悴，为正气已伤或伤情严重。若损伤后出现神昏谵语、面色苍白、目暗睛迷、瞳孔散大或缩小、四肢厥冷、汗出如油、形羸色败者，则为危候。

损伤的五色所主为：白色主失血，虚寒证；青色主瘀血气闭，气血运行受阻；赤色主损伤发热；黄色主损伤脾虚湿重，湿热阻滞；黑色主肾虚，或经脉失于温养。

2. 望形体 肢体受伤较重时，常出现形态的改变。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，身体多向患侧歪斜，且扶腰慢步；下肢骨折，不能站立行走。

（二）望局部

1. 望畸形 可通过观察肢体标志线或标志点的异常改变，判断有无畸形，如突起、凹陷、成角、倾斜、旋转、缩短或增长等。畸形往往标志有骨折或脱位的存在。某些特征性畸形可对诊断有决定意义，如桡骨远端骨折的“餐叉”状畸形、肩关节前脱位的“方肩”畸形、斜方肌瘫痪的“平肩”畸形、强直性脊柱炎的后突强直畸形等。

2. 望肿胀、瘀斑 机体损伤时，多伤及气血，以致气滞血瘀积滞于肌表，则为肿胀、瘀斑。肿胀瘀斑的部位就是病变的所在，通过观察肿胀的程度，以及色泽的变化，可以判断损伤的性质和轻重。肿胀严重、青紫明显者可能有骨折或伤筋较重；肿胀较轻，稍有青紫者，多属轻伤。肿胀较重，肤色青紫者为新鲜损伤；肿胀较轻，青紫带黄者，为陈旧损伤；大面积肿胀，青紫伴有黑色者，为严重的挤压伤；肿胀紫黑者应考虑组织坏死。

3. 望创口 若局部有伤口,需仔细观察伤口的形状、大小、深浅、边缘;其次查看创口的出血情况,要准确快速地判断是动脉或静脉出血,还是创面渗血;然后查看创口表面的组织及周围的皮肤有无缺损或坏死;最后查看创口的污染情况,是否有脓性分泌物。

4. 望肢体功能 肢体功能的观察,对诊治骨与关节的损伤和其它疾患具有重要意义。除观察上肢能否上举、下肢能否行走外,应进一步观察关节各方向的活动是否正常。例如:肩关节的正常活动有外展、内收、前屈、后伸、内旋和外旋六种。凡上肢外展不足 90° ,并外展时肩胛骨一并移动,说明肩外展受限;当时关节屈曲,正常肩关节内收时,肘尖可接近人体正中线,若肘尖不能接近中线,说明内收受限;若患者抬臂梳发的动作受限制,说明肩关节的前屈和外旋功能受限。关节活动受限时,应进一步与触诊、动诊和量诊结合,通过对比观察,测定其主动运动和被动运动的活动度,查明是何种活动有障碍。

(三) 望舌质、舌苔

舌质和舌苔,能反映人体气血的盛衰,津液的盈亏,病部的所在,病位的深浅,病情的进退,疾病的性质,以及伤后机体的变化。因此,望舌是伤科辨证的重要部分。一般来说,舌质的情况反映气血的变化;舌苔的情况反映脾胃、津液的变化。

1. 舌质 正常人舌质淡红而润泽。如舌质淡红而胖嫩,为气血虚弱、阳气不足;舌质鲜红为里热;深红而绛,是热入营分;由绛而转为紫红是热入血分。舌质润泽为津液尚存,舌质干枯为津伤液耗;舌生芒刺为里热炽盛。舌色紫暗为瘀血凝聚、气血运行不畅之候;青紫而滑润为阴寒血凝之证。

2. 舌苔 正常人的舌苔为薄白而润泽。一般外伤或轻度外感时,舌苔无明显变化。舌苔少为脾胃气虚之象;舌苔剥落或舌光滑无苔者为津伤液耗,阴虚水涸;苔白而干燥者为寒邪化热;厚白而干燥者为湿邪化热;薄黄而干为热邪伤津;淡黄而润为湿重热轻;黄腻者为湿热郁滞。舌苔由薄增厚为病情加重,由厚转薄为病在减退;由白变灰或由灰变黑者是病情恶化的表现。

三、闻诊

(一) 一般闻诊 参见中医诊断学。

(二) 局部闻诊

1. 听骨擦音 骨擦音是骨折两断端相互碰撞或摩擦时发出的声音或感觉,是完全骨折的标志。听骨擦音可分辨骨折的性质,如横形骨折,其音低沉重滞;斜形骨折,其音较尖细;粉碎性骨折,其音较杂乱等。在检查中不宜主动寻找骨擦音,以免加重病人的痛苦和损伤。

2. 听骨传导音 用于检查不易发现的长骨骨折,如股骨颈骨折、转子间骨折等。检查时将听诊器置于伤肢近端的适当部位,或置于耻骨联合部上,或放在伤肢远端的骨突起部上,用手指或叩诊锤轻轻叩击伤肢远端的骨突起部,可听到骨传导音。正常人的骨传导音呈清脆的共鸣音。骨传导音的改变或消失可诊断骨折的有无,而且还可判断骨折端的对位情况以及骨折的愈合情况。如:骨折端完全分离,则骨传导音消失;骨折端有部分接触,则骨传导音减弱;骨皮质断端接触,骨传导音呈清脆感;骨皮质断端未接触,骨传导音呈低沉浊音;在骨折治疗后骨传导音越好,骨折愈合越佳。在检查骨传导音时,应注意与健侧对比,叩诊时用力大小相同。

3. 听入臼声 关节脱位在整复成功时，常能听到“咯嗒”的入臼声，即关节复位成功后，关节头与关节臼相互碰撞时所发出的声音。此时应立刻停止拔伸牵引，在损伤关节的周围辅以轻揉的理筋手法即可。

4. 听伤筋音 部分伤筋在检查时可有特殊的摩擦音或弹响声，常见的有以下几种：

(1) 关节摩擦音：术者一手放在关节上，另一手活动关节远端的肢体，可检查出关节摩擦音，或感到有摩擦感。在临床上：①柔和的关节摩擦音可在一些慢性或亚急性关节疾患中出现；②粗糙的关节摩擦音可在骨性关节炎时听到；③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：屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者在作手指的检查时可听到弹响声，系肌腱通过肥厚的腱鞘所产生，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，当膝关节作屈伸旋转活动时，可发出较清脆的弹响声。

5. 听啼哭声 应用于小儿患者，以辨别受伤之部位。检查患儿时，若摸到患肢某一位位，小儿啼哭或哭声加剧，则往往提示该处可能是损伤的部位。

6. 听创伤皮下气肿的摩擦音 创伤后皮下组织有大片不相称的弥漫性肿起，检查者手指分开呈扇形，轻轻揉按患部，可听到一种特殊的“捻发音”或“握雪音”，手下有“捻发感”。肋骨骨折后，断端刺破肺脏，空气渗入皮下组织可形成皮下气肿。开放骨折合并气性坏疽时，可出现皮下气肿，伤口常有奇臭的脓液。

四、切诊

伤科的切诊包括脉诊和摸诊两个方面。脉诊即切脉，主要掌握机体内气血、虚实、寒热等变化；摸诊主要鉴别外伤轻重深浅和性质的不同。

(一) 切脉 损伤常见的脉象有以下几种：

1. 浮脉 轻按应指即得，重按之后反觉脉搏稍减而不空，举之泛泛有余。在新伤瘀肿，疼痛剧烈或兼有表证时多见。大出血及慢性劳损患者，出现浮脉时说明正气不足，虚象严重。

2. 沉脉 轻按不应，重按始得，伤科在内伤气血、腰脊损伤疼痛时常见。

3. 迟脉 脉搏缓慢，每息脉来不足四至。迟脉主寒、主阳虚，在伤筋挛缩、瘀血凝滞等证中多见。损伤后期气血不足，复感寒邪，常为迟而无力。

4. 数脉 每息脉来超过五至。数而有力，多为实热；虚数无力者多属虚热。浮数热在表，沉数热在里；损伤发热及邪毒感染则脉数有力；损伤津液，脉虚而细数。

5. 滑脉 往来流利，应指圆滑充实有力，主痰饮、食滞。妇女妊娠期常现此脉。伤病中胸部挫伤，血实气壅时多见。

6. 涩脉 指脉形不流利，细而迟，往来艰涩，如轻刀刮竹。主气滞、血瘀、精血不足。涩而有力为实证，涩而无力为虚证。损伤血亏津少，不能濡润经络之虚证及气滞血瘀的实证多见。