

理论研究

少林派伤科

中国中医研究院骨伤科研究所

丁继华

少林派原单指武术而言，因武术与伤科关系极为密切，有武必致伤，有伤必求医，故而从武术派生出武术伤科，少林派武术而衍生出少林派伤科，本文重点介绍少林派伤科。

起源

少林武术：河南省登州县北少室山，北麓五乳峰下的少林寺，系北魏孝文帝拓拔宏于太和十九年（公元495年），为接待印度高僧拔拓而修建的，是佛教禅宗的祖庭和少林派武术的发源地。孝明帝孝昌三年（公元527年），印度佛教徒菩提达摩曾在少林寺面壁修行九年之久。根据敦煌出土的《历代法宝记》（撰于公元774年）的记载，达摩采用“观壁”、“坐禅”的方法进行修道，久之僧徒们肌肉衰弛易倦，关节僵硬不利；再加上深山中常有毒蛇猛兽袭击，达摩为了舒筋活络，滑利关节，便依据虎跃、猴攀、鸟飞、蛇行等动作，编制了“达摩十八手”和“心意拳”，旨在健身和防身。虽然还称不上武术或学派，但确为少林武术的形成奠定了基础。此外，达摩尚遗有《易筋经》和《洗髓经》秘经二帖，亦为增强体质功法，日久即转化成武术了。

少林寺僧人最初习武的目的，旨在健身、护寺。隋末少林寺十三名武僧，曾助秦王李世民，逼降了王世充，县宗和尚因而被封为大将军，其他十二和尚因“危时聊作将，事定复为僧”而回少林寺继续练武修行，从此少林武术威名大震，曾有“怪得僧徒偏好武，县宗曾拜大将军”，不仅僧徒习武增多，而且不少俗家弟子来少林求艺。当时再加上唐王的重视，屡经敕建，致使少林寺遍布南北达十余座，使少林武术流传全国，此时可谓少林武术基本形成。明代东南倭寇侵扰中华，总制胡宗宪亦用少林僧兵来抵御外侵（《豫乘识小录》对隋、明二事均有记载），少林武术又为卫国保家作出过重要的贡献。

少林伤科：武术的格斗，必致人体损伤，因此武术与伤科尤如孪生双胞胎。起初仅在武僧之间治己，后因佛教徒向以慈悲为怀，广施医术救人，进而从技击家而兼伤科郎中，逐渐发展成专业武术伤科。又因战争的需要，大批伤员需要救治，唐后历代的军营中，少林武术占十分重要的地位，如宋太祖的洪拳、岳穆王的岳家枪均源自少林武术，因此军中医家也多属于少林伤科，从而促进了少林伤科迅速发展。又因历代医家受儒风影响颇深，认为治伤不能登大雅之堂，对跌打损伤不屑一顾。故伤科诸病

多由会医的僧徒、武士兼任。宋代以前的治伤方剂，多出自僧人、“异人”之手。宋·陈自明曾总结出伤科的形成与“下甲人”有关，“下甲人”多来源于士兵、拳师、武僧等，靠师授家传的医术在江湖上为民治伤，战时在军营中为伤员治创。根据少林武术致伤的特点，相应形成针对性较强的治伤和正骨术，这种少林伤科是独具风格的医术。《少林寺伤科秘方》、《少林寺军阵伤跌打秘方》、《少林真传伤科秘方》等就是少林伤科形成的佐证，也是少林伤科长期治伤实践的总结和结晶。

少林伤科的特点

其学术思想是以经络气血传输为理论基础，以经络、穴道、脏腑、部位为辨伤依据，在施治上，则投以具有独特风格的“少林寺秘传内外损伤方”、“点穴疗法”和正骨、夹缚等治疗方法，从而形成了一个完整的少林伤科体系。

少林伤科源自少林武术，少林武士多系佛家弟子或佛家弟子所传授，故多擅长拳、棒、而不用刀、剑，因此，所致之伤亦多为筋伤和内伤，即使发生骨折或脱位，也很少像金创箭镞所致成的皮开肉绽、筋断血飞。因此拳棍所致的伤势就具有一定的特殊性了。

武术点穴为少林武术的重要组成部分，点穴手法有一指点、二指点、掌印点、手拐点等，其致伤的机理为：“点穴一法，其所以制人者，完全在限止人身气血之流行，被点者失去知觉，即考周天定时之理，合气血循行之道，知某时气达何宫，血注何穴，就其穴而点之。其穴既闭，则气血因之壅积，不能流行”。少林点穴疗法，按同一机理，将中食二指相并，以指尖点刺有关穴位，进行震激或抚摩，松解被封闭之穴道，使瘀滞的气血得以流畅，而恢复正常的血流运行，同时尚可缓解肌肉痉挛，或兴奋瘫痪的肢体。故少林点穴疗法为少林伤科一大特色。

少林气功是少林武术另一重要组成部分，少林武术是通过练气和养气达到精满、气壮、神足。起初作为健身养生之用，后演变成“竞技”、“技击”。但少林伤科利用气功之原理，以经络学说为理论基础，来调理气血，平衡阴阳、舒展筋骨、通疏经络，以达到治疗伤筋损骨的目的。

少林伤科十分重视诊断，对穴道、脏腑、部位、程度、生死的辨证，均系统地总结出一定的规律，现分别介绍如下：

“拳伤辨”：《少林真传伤科秘方》中介绍：

“向上为顺气，平拳为塞气，倒插为逆气最凶，各样内伤总怕倒插。血随气转，气逆血滞凝固也。心前后背相对处；伤久成怯，小膀胱腹打伤，久必成黄病”。同时对全身上下的伤势，分别均有伤辨，但其特点是以拳、棒致伤来论辨。

“穴道辨”：少林武术可用点封穴道而致伤，少林伤科则用化解封闭的穴道来治伤。穴道又称为“气穴”、“孔穴”或“输穴”，它是内部组织器官之间互相输通的一些特定部位。少林伤科认为人体周身有一百另八穴，小穴七十二处，大穴三十六个。打中小穴，伤重亦无妨，打中大穴，虽轻易死。因此，在治疗之前，先辨其穴，探势轻重，上中下三部各穴道宜辨详细，决知生死。若不伤穴，只伤肌肉手足，医何难哉。

“脏腑辨”：辨脏腑伤与辨部位伤有密切关系。如五脏系于背，伤背易见凶症；伤心者，面黑气微；伤肾者，耳内必聋，耳角必黑；伤肝者，面色紫红；伤肺者，必气喘声哑。根据所伤脏腑和部位，总结出有一定规律的病症。

少林伤科治伤的特点

辨穴施治：是武术伤科特有的传统，先看相穴后看症，特别是对三十六大穴的伤否、伤情十分重视，在治疗上是分别辨穴施治，但治疗方剂则较有规律，有的以“少林寺秘传内外损伤主方”为主，以十四味为主进行加减；也有以江氏十三味总方来进行加减；《救伤秘旨》在治三十六大穴伤时，仅用三张汤剂和三种丸散，在此基础上进行加减。

辨气血施治和辨脏腑施治：对不同的脏腑受伤，投以不同的方，以伤胸为例，先投流伤饮，次投通圣散；伤肺则用活血汤，次服小续命汤；伤肾先用小续命汤，次用流伤饮等。

气血辨治也是伤科论治的特点，如青肿不痛，或肿不消退者，气血虚弱也，用十全大补汤；若肿或作寒热，血伤而肝火动也，用四物加山栀、柴胡；血出不止，或又发寒热者，用四君子汤加川芎、柴胡；受伤若肠中作痛，按之不能宁者，内有瘀血也，用承气汤下之，下后仍痛，瘀血犹未尽也，用加味四物汤调之；按之不痛，血气伤也，用四物汤加参、芪、白术；下后胸胁作痛，肝血伤也，四君子汤加川芎、当归。上述诸方均针对气、血所伤而施治，方、药虽有变化，但仍不离补气补血。

用药的特点，从少林寺诸秘方，以及江考卿、赵廷海等人的治伤方中可以看出，伤方虽多，但变化不离其宗（主方）。如赵廷海在《救伤秘旨》中所载的“少林寺秘传内外损伤主方”：归尾 川芎 生地 续断各二钱 苏木 乳香（去油） 没药（去油） 木通 乌药 泽兰各一钱 桃仁（去皮尖）十四粒 甘草八分 木香七分 生姜三片。此方出自何时何处，尚难考究，但明、清两代少林伤科医家多通用此方，这一点是显而易见的了。

其次，江西江考卿的十三味加减汤来分析，方为：五加皮一钱五分 枳壳一钱 刘寄奴一钱 肉

桂一钱 杜仲一钱 五灵脂一钱 蒲黄一钱 归尾一钱五分 广皮一钱二分 红花八分 玄胡索一钱 香附一钱五分 青皮一钱 加砂仁五分。此方是在江考卿《江氏伤科学》中的主方，江考卿宗少林伤科学派，《少林寺伤科秘方》为其家中的传书，公元1840年考卿将其与《江氏伤科学》一起投之于世。这十三味加减汤可能是少林寺伤科秘方的主方，也可能是江氏伤科多年实践而总结出来的治伤要方，但江氏未作出明确交待。但是，无独有偶，远离江西省的吉林省，有一洪氏伤科传人，为清代医家，自称为“龙源洪氏家传治伤秘方”，将其主方与江氏十三味加减汤作一对照，可以发现药味前后秩序和部分药味剂量有所不同外，基本上是出自一张方子。现按江氏方的顺序将洪氏方稍加整理即为：五加皮三钱 枳壳一钱 寄奴一钱 上肉桂八分 杜仲二钱 五灵脂一钱 蒲黄一钱 全归三钱 陈皮一钱 红花三分 延胡索二钱 香附子二钱 珠砂一钱。所不同的是江氏方有青皮无珠砂，洪氏方有珠砂无青皮而已。从江、洪两方对照分析，先不去考虑是否家传，但从用药的特点看来，江、洪二家均属少林派伤科是毫无疑问的了。

少林伤科除了重视药治外，十分重视手法对骨折、脱骱的复位，《救伤秘旨》详细叙述了不同部位不同骨折或脱骱，均有相应的、不同的复位正骨手法。复位后还进行牢靠的绢缚或用夹板系缚平正。对开成创口，还用银针缝合连好。

综上所述，少林伤科是以经络气血传输作为理论依据，结合少林武术致伤的特点，提出了“拳伤辨”、“穴位辨”、“气血伤辨”、“脏腑伤辨”的诊断方法和治疗依据，既有少林伤科内治主方，又有治伤外用药方；既有独特的点穴疗法、气功疗法，又有正骨、理筋治伤的手法。因此，少林伤科已发展成为一独立学派，为中医骨伤科学的重要组成部分之一。

代表人物

江考卿：江考卿，乳名祥，字瑞屏，江西省婺源人，为清代医家，生活于公元十八世纪。著有《江氏伤科学》，书成于公元1840年。他崇尚少林伤科学派，家藏有《少林寺伤科秘方》，并将《秘方》公诸于世。江氏治伤宗少林伤科，先辨穴位伤辨脏腑伤，然后施以不同治法。所用十三味加减汤方，亦系少林寺伤科秘方之主方。

《江氏伤科学》的断死证秘诀

金伤身损眼皮青，定主身亡难救命。若是气喘与咆噎，且在一七内中亡。人中昼满唇又青，三日须知命必倾。神仙留下真秘诀，不说凡人不知音。

凡天柱骨折不治。凡两目损伤不治。凡口开气出不收不治。凡口如鱼口不治。凡伤食喉不治。凡打破头鼻流黄白水不治。凡心胞紧痛红色高肿不治。凡心口青色不治。凡小腹阴阳不分不治。凡小腹伤吐粪不治。凡跌打大小腹痛不治。凡肾子伤入小腹不治。凡孕妇犯胎不治。凡女人伤乳不治。凡男

肩锁关节损伤进展

中国中医研究院广安门医院骨科

王 胜 赵胜华

据流行病学调查统计, 每年每十万人中有3~4人患肩锁关节脱位〔1〕。由于发病率偏低, 一般专科医师对本病的治疗经验不足。目前已有三十多种手术方法及五十多种保守方法可治疗该病。近几年来国外对本病研究进展较快, 新的手术方式, 手术及保守疗法的对照评价以及生物力学研究等屡见报道。本文将该专题作一扼要综述。

一、肩锁关节解剖及生物力学分析

肩锁关节由锁骨外侧端和肩峰关节面组成。关节内有软骨盘将关节腔分为两部分。周围由较松弛的关节囊包绕, 关节囊上部有较厚的肩锁韧带附着。锁骨外1/3前部、后部, 分别由三角肌及斜方肌部分纤维附着, 以加强该肩锁关节的稳定性。从喙突到锁骨下面有坚强的喙锁韧带连接。喙锁韧带由内侧的锥状韧带和外侧的斜方韧带组成。喙锁韧带对肩锁关节的稳定起主要作用。斜方韧带呈垂直走向, 当上肢下垂时可有效防止肩胛骨向下内方向移位。锥状韧带略斜向外侧。当上肢上举时, 它固定肩胛骨协助肩关节前屈、外展等方向活动。Jrist〔2〕认为正常时肩锁关节可上下活动1cm。尤其肩关节外展、前屈最大范围的最后20°均需肩锁关节参与才能达到。

Fukuda (1986年)〔3〕对12个冷冻尸体肩锁关节标本的韧带系统作了生物力学研究。用标记X线照相术观察锁骨不同方位活动时各韧带长度的变化。结果发现锁骨胸骨端前移时肩锁韧带后侧部分紧张, 长度增加。锁骨胸骨端后移时, 肩锁韧带前

侧部分拉长。当锁骨水平向内分离时, 肩锁韧带明显拉长, 锥状韧带轻度紧张。当锁骨沿其长轴向肩锁关节方向压缩时, 斜方韧带显著拉长。锁骨上旋时, 锥状韧带显著增长。锁骨旋下时, 锥状、斜方韧带均缩短, 肩锁韧带略伸长。

该作者应用材料力学试验机(material testing)测算实验性肩锁关节脱位过程中, 各韧带抵抗脱位所负的作用大小。模拟临床亚脱位、脱位病理过程, 共作了8个方位的负荷移位试验。结果在临床最常见的锁骨上脱位中, 锥状韧带为主要负重韧带, 它占有抵抗脱位作用的62%, 斜方韧带和肩锁韧带分别占15%及22%。后脱位实验表明, 肩锁韧带承担负荷90%, 喙锁韧带只有10%, 负荷分配悬殊。说明各韧带在不同脱位类型中的重要性。

二、肩锁关节受伤机制及创伤分型

肩锁关节脱位由直接或传达暴力所引起。一般是上肢下垂或轻度内旋位跌倒, 肩峰着地, 暴力从外上向内下传导, 将肩胛骨向下、内方向推移。当暴力达到一定程度时, 首先肩锁韧带与关节囊撕裂, 关节盘也可受到损伤, 继而喙锁韧带损伤, 甚至离断。如果暴力足够大时可使三角肌及斜方肌纤维撕裂。除了软组织损伤之外, 锁骨远端及喙突可因韧带牵拉发生撕脱性骨折。一般发生骨折, 韧带大多未断裂。有时甚至将骨膜脱离, 而见到后期韧带钙化或骨化现象。Berson〔4〕报道42例, 其中韧带钙化占40%。

Tossy〔5〕, Weaver〔6〕等学者先后将

人两乳堂伤不治。凡腰伤自笑不治。凡两臂墮下, 尽力叫嚙, 汗出如油者不治。凡人手骨出, 一脛可一治, 两股齐出不可治。

秘诀和治法与少林伤科的特点一致。

赵廷海: 赵廷海, 字兰亭, 浙江省天台县人, 清代少林伤科医家, 生活于公元十九世纪。著有《救伤秘旨》, 书成于公元1851年。

廷海在《救伤秘旨》中, 重点将“少林寺秘传内外损伤主方”推出, 但是在辨证和施治上, 他是有所发展的。除了传统的穴伤辨外, 他十分重视脉学, 以浮沉迟数滑涩六脉变化来判断伤势。他对脏象学说颇有研究, 以脏腑、表里、主合来诊断伤情。在治疗上, 他重视正骨、夹缚手法, 在书中详细地

介绍了不同部位的骨折或脱骱, 有不同的相应整骨或接骨手法, 以及杉木皮夹缚方法。

其他

宗少林派伤科的医家, 除上述两位代表外, 尚有吉林龙源洪氏伤科, 著有《龙源洪氏家传跌打秘方》; 清代王瑞伯, 他著有《秘授伤科集验良方》; 以及一些不撰著人的少林伤科医著, 如《少林寺伤科秘方》、《少林真传伤科秘方》、《少林寺军阵伤科跌打秘方》、《伤科杂方》、《伤科杂录》等等; 另外, 像上海的王子平, 四川的杜自明、杨天鹏, 北京的刘道信等, 均为流传和发展少林伤科作出了应有的贡献。