

- 建股骨头血供的临床观察. 中华显微外科杂志, 1986, 9 (3): 136
2. 毛履真, 王坤正, 刘安庆. 吻合血管腓骨移植治疗股骨头缺血坏死. 中华显微外科杂志, 1989, 12 (1): 20
3. 王坤正, 毛履真. 手术治疗陈旧性股骨颈骨折及创伤性股骨头坏死. 中华创伤杂志, 1992, 8 (5): 260
4. 王坤正, 毛履真, 陈君长. 手术治疗 Legg-Perthes 病疗效观察. 中华小儿外科杂志, 1992, 12 (3): 159
5. 王桂生. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1992, 110~111, 113~114

(收稿: 1996-06-06)

## 膏肓损伤初探

曹日隆 一 锸 李保泉 刘安平 王峰

安徽中医学院附属医院 (合肥 230031)

膏肓损伤又称膏肓腧穴<sup>[1]</sup>、伤膏肓<sup>[2]</sup>, 原属太阳筋病、背痛范畴。清代医家赵廷海首先在《救伤秘旨》一书中, 作单一损伤疾患列出。我们通过文献复习和临床观察发现: 祖国医学所说膏肓损伤与现代医学中肩胛肋骨综合征<sup>[3]</sup>, 有许多相似之处。现就二者的病变部位、临床症状、病因病理等方面, 作一探讨。

### 病变部位同指一处

对膏肓腧穴所在, 《类经图翼》记载尤为详细: “膏肓俞在四椎下五椎上, 去脊中各三寸半”。近代多宗此说, 如高等中医院校统编教材《针灸学》、《腧穴学》以及近几年才出版的安徽中医学院、上海中医学院编著的《针灸学辞典》都认为, 该穴在第四胸椎棘突下旁开 3 寸处。《救伤秘旨》在膏肓腧穴伤项下, 明确提出膏肓腧穴位于第四椎下、近五椎上, 两旁各开 3 寸处; 倘若损伤, 手臂不能举动, 如脱样<sup>[1]</sup>。其后, 诸多医家将膏肓腧穴处及其附近疼痛等不适, 都称之为膏肓损伤<sup>[2,4]</sup>。

现代医学将肩胛骨与脊椎间疼痛、伴向头胸、肩臂扩散, 并在肩胛骨内上角和内侧缘, 或第 3~6 胸椎棘突下旁大约 7~8cm 肋骨上, 可找及激发痛点, 叫作肩胛肋骨综合征<sup>[3,5,6]</sup>。

从上可以看出, 中医学记载的膏肓腧穴伤与西医学中肩胛肋骨综合征, 实为同在一处的病变。

### 临床症状描述类同

中医医籍记载, 膏肓损伤主要表现为膏肓腧穴处刺痛, 疼痛多向胸肋、项臂部走窜, 拒按, 肩胛背部拘挛板滞, 患侧手臂麻木、乏力, 肩部难以负重, 伴有胸闷等不适。遇劳复发或加重<sup>[2,4]</sup>。现代医家对肩胛肋骨综合征的临床症状的描述是: 主要有肩胛区疼痛, 并可向患侧的头枕部、肩臂部、前胸相当于第四、五肋间神经的走行部位等处扩散, 常反复发作。

诊断本综合征的最重要体征是有触发痛点<sup>[3,4]</sup> (压迫此点可引起局部疼痛和放射痛加重)。

如何取膏肓腧穴 (寻找触发痛点), 中西医要求是一致的。孙思邈在《备急千金要方》中明确指出: “令人正坐曲脊……若病人已困不能正坐, 当令侧卧, 挽上臂令前, 求取穴灸之也。……若不能久正坐当伸两臂者, 亦可伏衣袱上, 伸两臂, 令人挽两胛骨, 使相离。不尔, 胛骨复穴, 不可得也”<sup>[7]</sup>。M. Eder 等则强调寻找触发痛点时, 患者双臂胸前交叉, 双手搭在对侧肩上, 使肋骨较好地展开, 肩胛骨向外滑动, 能比较容易找到触发痛点; 否则, 因肩胛骨的覆盖而难以找及<sup>[6]</sup>。

从以上所述不难看出, 中西医对膏肓损伤 (肩胛肋骨综合征) 的临床症状的描述、寻找腧穴 (触发痛点) 的方法是相同的。

### 病因病理认识一致

祖国医学认为: 膏肓损伤除少数为直接遭受撞击、挤压外, 其发病的主要原因是由于肩部负重、持重努进时, 头颈部、肩背部姿势不正、用力不当; 或劳役过度, 致使气血郁滞、运行不畅; 或劳损在先, 复感风寒湿邪, 外邪蕴入太阳经脉, 经穴经气困阻而发病。另外, 若脏腑 (尤其是肺脾肾) 的功能失调, 气血生化不足或耗散太过, 太阳经脉失去荣润充养, 亦可出现膏肓损伤病症<sup>[4]</sup>。

现代医家大多认为, 肩胛肋骨综合征是因为不良习惯或职业需要, 使肩胛骨不断地处于过度外展的姿势, 肩胛骨和胸廓之间的活动不协调, 斜方肌、大小菱形肌、髂肋肌, 包括肩胛提肌在内, 长期反复牵拉、摩擦, 这些肌肉的附着处的肌肉、筋膜及其附近的骨膜可以发生慢性劳损或急性损伤<sup>[3,5,6]</sup>。

可见, 中西医都认为膏肓损伤 (肩胛肋骨综合征) 皆因急性损伤或慢性劳损所发。

### 小 结

综上所述, 我们认为现代医学中的肩胛肋骨综合征就是 (或者说包括在) 祖国医学中膏肓损伤。基于这种认识, 多年来我们对肩胛肋骨综合征, 辨证施以治疗膏肓损伤的治法, 取得了较满意疗效<sup>[8]</sup>。

### 参考文献

1. 赵廷海, 异远真人著. 救伤秘旨. 跌打妙方. 第 1 版. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1958. 51
2. 沈敦道, 等. 陆银华治伤经验. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1984. 33
3. 孟继懋主编. 中国医学百科全书·骨科学. 第 1 版. 上海:

- 上海科学技术出版社, 1984. 232
4. 吴诚德. 中国骨伤科学. 卷六内伤病学. 第 1 版. 南宁: 广西科学技术出版社, 1989. 60~ 63
5. 郝泽民. 神经痛. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1981. 301~ 302
6. 肖达德译. 肩胛骨椎间疼痛. 德国医学, 1987. 4 (3): 159
7. 孙思邈. 备急千金要方. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1955. 540~ 541
8. 曹日隆, 丁锔, 李保泉, 等. 综合治疗肩胛肋骨综合征 32 例报告. 中国骨伤, 1989, 2 (3): 19

(收稿: 1996- 05- 15)

## 关于锁骨的“骨髓腔”

### ——与武永刚、宝音等商榷

王亚宁 陈志龙

甘肃省中医院 (730050)

《中国骨伤》1997 年第 4 期刊出了内蒙古巴盟医院武永刚、宝音等“经皮穿针内固定治疗锁骨骨折”。该文报道了经皮穿针“√”型克氏针内固定治疗锁骨骨折的方法, 并在体会中说: 由于“√”型克氏针进入骨髓腔内形成“W”型而固定骨折断端; 以及“利用克氏针的柔韧性使其顺应骨髓腔外形变化……”。反复提及锁骨的“骨髓腔”一词, 我认为这一提法值得商榷。

我们知道骨髓腔是随骨的发生与形成而产生的。是从第七胚胎周以后, 由间叶锥形先转变为软骨锥形, 再在成骨细胞的作用下, 锥形继续生长, 出现骨膜环及软骨化中心, 进而软骨骨化, 血管间叶组织长入, 骨化软骨逐渐吸收, 软骨锥形两端新骨沉积; 软骨内骨化继续进行, 并逐渐增加了骨的长度, 其中间化骨进一步扩散, 产生了强有力的密质壁, 中心部分的许多海绵状或片状松质骨多半被吸收, 便产生了骨髓腔。

既然了解了骨髓腔的形成, 我们再看一下锁骨的解剖特点。同道熟知, 锁骨系“S”形长骨, 横加于胸廓的前上方, 在皮下易触及, 其内 2/3 凸向前, 横断面呈圆形, 外 1/3 段凸向后, 横断面扁平。在人体整个骨化过程中, 锁骨最早。是骨骼中第一根

开始化骨的骨结构<sup>[1]</sup>, 一般在胚胎第 5~ 6 周; 虽然是长骨, 但主要为膜内成骨, 而不是软骨内成骨<sup>[2]</sup>。由此可知, 锁骨虽有长骨的形态, 但由于是最早骨化的骨结构, 其化骨形式不是锥形软骨骨化而成, 所以锁骨没有骨髓腔<sup>[2, 3]</sup>。再结合我们平时切开内固定治疗锁骨骨折, 观其断面, 锁骨中心部被海绵状或囊状的松质骨所填充, 也证实了锁骨这一特征。

笔者在参阅一些工具书时发现, 亦有提及锁骨骨髓腔一词的。如: 华夏出版社出版的《中国全科医生手册》, 见 P<sub>793</sub>; 人民卫生出版社出版的《骨与关节损伤》, 见 P<sub>304</sub>; 人民军医出版社出版的《手术学全集·矫形外科卷》, 见 P<sub>300- 301</sub>, 等。还有些工具书直在解剖部分介绍锁骨是“S”形长管状骨。笔者认为这是由于大家约定俗成的提法, 而非锁骨有骨髓腔。仅此与武永刚等商榷, 不妥之处请指正。

### 参考文献

1. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1994. 5
2. 王根本, 金保纯, 等编译. 临床解剖学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 174
3. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科技出版社, 1988. 361

(收稿: 1998- 06- 11)