

# 骨伤科内伤与议

黑龙江省中医药学校 梁伟澜

祖国医学对损伤的认识，早在《内经》中就有一定的论述，但没有外伤和内伤的明确分类；认为体表的外伤和体内的内伤相兼发生和发展，并具有因果关系。如《素问·缪刺论》中说：“人有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药，此上伤厥阴（肝经）之脉，下伤少阴（肾经）之络”，《灵枢·邪气脏腑病形》进一步指出：“有所堕坠，恶血留内则伤肝，有所击仆则伤脾；有所举重则伤肾”。同时强调“气伤痛，形伤肿”（《素问·阴阳应象大论》）。这些论述为损伤的病因病机奠定了理论基础，即外力作用于体表，而伤及体内的气血、经络，甚至脏腑；导致血淤气滞，经络受阻，脏腑功能障碍。而内伤则指七情失和、劳倦过度饮食不节等所致的内科疾病。

唐代王焘在其所著《外台秘要》中，将损伤分为外损和内伤两类，从此伤科中的内伤概念开始明朗化。但后世医家很少确认单纯的伤科内伤证候，

多数将外伤和内伤相提并论。如明代薛己所著《正体类要》的序言中说：“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”。清代沈金鳌在《沈氏尊生书·杂病源流犀烛》的跌扑闪挫源流中指出：“跌扑闪挫，卒然身受，由外及内，气血俱伤病也”。

在当代，对伤科内伤的较为规范性和权威性的论述，主要体现在中医高校的教材中。如《中医伤科学》将损伤分为两类：一类是外伤，包括骨折、脱位和伤筋；另一类是内伤，包括伤气、伤血、伤脏腑，以及头部、胸肋和腹部等损伤。其中外伤的概念较清晰，科属较明确，现统称为“骨伤科”。唯内伤一类，概念含混，科属不清，导致临床上内伤的诊疗业务开展有限；学术科研活动也长期处于停滞状态。因此，甚有研讨之必要。

1964年出版的二版《中医伤科学》，将内伤分为伤气、伤血、伤脏腑三种，1980年四版《中医伤科学》分为伤气、伤血、气血两伤、伤脏腑四种；二版和四版均将头部、胸肋和腹部的损伤列为内伤。1985年的五版《中医伤科学》中称为“损伤内证”；分为损伤出血、损伤疼痛、伤后发热、损伤昏厥、损伤口渴、损伤呕吐、伤后癃闭、伤后便秘、损伤腹胀、损伤喘咳、痿软麻木、耳目失聪、伤后健忘、心烦不寐和损伤眩晕等15种。

可以看出，从古至今对伤科范畴的内伤缺乏统一的认识。有的是骨伤后必然要发生的病理变化，如骨折后的出血、发热(吸收热)、疼痛等；有的是骨伤时并发的损伤，如骨折端刺激引起的脏器或经络(包括神经)损伤；有的是骨伤后产生的反应性证候，如腹胀、癃闭、呕吐等；有的属于其它临床专科范畴，如头部、胸肋、腹部等损伤，不仅同骨伤科缺少直接的关连，而且需要有关的专科处理，不宜划归骨伤科；也有的本来就不属于内伤，如头部损伤中的颅骨骨折和胸肋损伤中的肋骨骨折等，均为典型的外伤，将其划为内伤一类，显然自相矛盾。

伤科内伤的概念含混，科属不清的原因，主要是长期的中医大内科化传统，障碍了中医临床专科化的进程；加上对手术治疗学的排斥，影响了一系列中医外科(如脑外、胸外、腹外等)专科的形成和发展。

当前，中医临床专科化趋势已日益明显，传统的伤科内伤概念已不适应；需要确立符合骨伤科疾病分类学要求的内伤门类，围绕对运动器官的直接或间接的病理性影响；并体现中西医结合的特点。

关于骨伤科中的内伤概念，作者主张：凡因外力或自体组织的牵涉，体表基本无损，但导致肢体或躯干内的经络(包括神经、血管、淋巴管等)受阻，血淤气滞(出血、凝血、营养物质丢失，以及血运功能障碍)，或累及内脏(脏腑功能衰退或器质性损害)等临床综合征，应视为骨伤科内伤。

骨伤科内伤的分类：按中医传统分类法为原则，即皮肉筋骨的损伤为外伤；气血脏腑经络的损伤为内伤，可分为以下四类：

一、原发性内伤：外力主要对气血、经络、脏腑发生直接影响。如肢体或躯干长时间遭受严重挤压，导致经络壅塞，气郁血凝而产生的挤压综合征、骨筋膜室综合征、创伤性窒息等；或因大量内出血，微循环衰竭，气随血脱，气血双亡所致的创伤性休克。

二、并发症内伤：为骨伤的同时累及内脏。如骨盆骨折引起的膀胱或尿道损伤；脊柱骨折引起的督脉(脊髓)损伤；严重骨折引起的脂肪栓塞、应激性溃疡、急性肾功衰竭等。

三、反应性内伤：骨折后引起的全身或局部反应。全身反应性内伤，如骨折后的淤血发热(吸收热)、心气内扰(神经功能紊乱)或脾胃气机失调引起的纳呆、呕吐(胃肠功能紊乱)等。局部反应性内伤，如骨盆或股骨上端骨折后的癃闭(尿潴留)，骨折后的淤血肿胀(血肿形成)，以及骨折后的疼痛等。

四、牵涉性内伤：邻近自体组织异构对经络(神经、血管)的牵涉。如前斜角肌综合征或超外展综合征引起的经络受阻(锁骨下动脉受压)，梨状肌综合征引起的经络传导异常(坐骨神经痛)等。

上述分类只是作者的初步设想和举例，挂一漏万和不尽适宜是在所难免的。至于头部、胸肋和腹部的损伤，在中医临床尚未建立相应的专科之前，一些体

# 试论痿与五脏的关系

江苏邳县中医院骨科 蒋仲伟

痿者，乃四肢无力，举动不能，痿弱不用之谓。临床常以下肢多见，因属步履障碍的病证，故又有“痿躄”之称。古代医家对本证早有较详细的论述，《内经》设有《痿论》专篇，并将此症分为“痿躄”、“脉痿”、“肌痿”、“肉痿”、“骨痿”，较笼统地阐述了诸痿的成因、病机及治疗。“病热叶焦”的病机，“独取阳明”的治则，一直指导后世对痿的认识及治疗。《医学心悟》对痿一证亦有“诸痿生于肺热，五脏因肺热叶焦发为痿躄”的记载，阐明了痿与五脏的关系，并列专方“五痿汤”，有效地运用于临床。

根据该证的临床表现，常类似于现代医学中的小儿麻痹证、多发性神经炎、进行性肌萎缩、肌营养不良等证。

痿之成因。常系“肺热叶焦”所致，然而结合临床，五脏为病，皆能令人生痿，非独肺也。湿热浸淫，筋脉肌肉弛纵不收；脾胃虚弱，气血津液不足，筋脉失养；肝肾亏虚，筋骨失养经脉失润；瘀血内阻，新血不生，肌肉失于濡养等等，均可致痿。故《内经》曰：“肺热叶焦则皮毛虚弱急薄，着则生痿躄也。心气热则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿；肝气热则胆泄口苦，筋膜干则筋急而挛发为筋痿；脾气热则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿；肾气热则腰脊不举，骨枯而髓减而为骨痿”。精辟记述了五痿的病机。五脏与皮、肉、筋脉、骨的关系，进一步扩大了对痿的认识。

肺位最高，属金主天，为五脏之华盖，上通口鼻，下通水道，内朝百脉，外合皮毛，引气于脏腑，输精于皮毛，宣发肃降，升降出入，如高山水源，雾露之溉，布散津液，滋润田园，温养肌腠，濡润机关，若正气不足，湿热上受首先犯肺，或脏腑蕴热，循经上冲，火气上炎，金受火刑，津伤叶焦，高源化竭，不能输精于五脏，皮肉筋脉皆无以养，日久成痿，故有“诸痿喘呕，皆属于上”之说。心主周身血脉，藏血脉之气，然经脉者又引气血，而营阴阳，濡筋骨而利关节。心乃火脏，心火亢盛，水火不济则同气相求，气火上炎，血气随之而上，上则下部经脉空虚，失于濡养，遂发脉痿。脉痿即不用，关节不利，不能提举经脉挛缩。另外，心气不足或心阳不振，血行缓慢，甚至心血瘀阻，或寒湿，痰浊瘀阻经脉，亦可生痿。肝者藏血，主身筋膜。赖肝之气，淫精于脉，胆者，中精之府，其应在筋，全身筋膜又由胆藏精汁所养，胆附于肝，若肝郁化火或胆热内扰，则胆汁泄，精血

耗，筋膜干，失于养，则生拘挛，痿躄。脾胃者，后天之本，气血生化之源，互为表里，以膜相连，胃纳正常，脾运强健，水为精微方能遍及五脏六腑，皮肉筋脉。故古云“谷入于胃，酒陈于六腑而气至，和调于五脏而生”，均靠脾了散精。脾胃积热则阳明津液不充，太阳之气不至，四肢肌肉无以所养，日久肌肉不仁，渐为肉痿。古人早论述“四肢皆禀气于胃今脾病不能为胃引其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生故一不用焉”。肾乃水脏，封藏之本，藏先天之精和五脏六腑之精，精又化血而生髓，髓居骨中，骨赖髓充，人体的生长发育及生殖均靠肾精所主，肾精充足则骨髓生化有源，骨得到髓的滋养而坚固有力。如果肾精虚少或肾中蕴热则阴精耗竭，不能滋养骨髓，髓减骨枯，便出现骨脆弱无力，甚至发育不良，而成骨痿。所以，临床小儿的立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟，多由于先天之精不足或后天邪气所伤，精血不充所致。

人体是一个有机的整体，生理上密切配合，病理上互相影响。五脏精气的化生、输布必须靠各脏腑功能的协调，共同完成，方可发挥作用。一旦某脏腑发生病变，影响精气的化生、输布，就可互相累及而致诸痿。若脾胃蕴热，津液耗伤，则心血无源，百脉空虚；肺津不足皮毛枯槁，肝无所藏，筋爪不荣；肾精亏虚，髓海不充均可成痿。所以临床痿证，常五痿相兼。如：小儿麻痹证，患肢软弱无力，屈伸不遂，肌肉痿缩，经脉拘挛，皮毛憔悴，痛、温觉减低常常并见。

辨证求因，审因论治，五脏之疾，一是“脏热”，二为“津伤”，所以治疗时应泻热养津，古人提出“治痿独取阳明”，循意而知，阳明者，水谷血气之海，五脏六腑皆受气于阳明，并主润宗筋，太阳与之所合，主束骨而利关节，阳明所生血气，为之所用，阳明属土。湿土之虚，而感湿热之邪上行则为母病传子，肺金受刑，而生诸痿，故以“独取阳明”治之。《医学心悟》的五痿汤中既泻其脏热，又补气健脾，培土生津。另述肝肾精血，亦赖于脾胃的化生，因此，治痿时应十分重视调脾胃，使脾胃健旺，饮食得增胃津得复，肺津复充，脏腑气血转旺，筋脉重新得养，更有利于痿证的治疗和恢复。

临床治痿，略有心得，参阅医籍，求知于师，方晓“肺热叶焦”之机，“独取阳明”之奥，“五脏致痿”之原，“辨证方药”之妙。

※ ※ ※ ※

壁损伤或比较简单的筋骨损伤(如肋骨骨折)，如已具备了处理这类损伤的技术设备条件，仍可由骨伤科收

※ ※ ※ ※

治。但严重的内脏损伤，如颅内血肿、肺破裂、气胸、肝脾破裂等，应尽快转送有关的西医处理为宜。