

学术探讨

中国古代正骨科发展概略

中国中医研究院医史所(100700) 梁 峻

中国古代正骨技术的发生和发展具有悠久的历史。但在医学分科制度中,设置正骨一科并开展正规教育却经历了较长的历史过程。正骨独立成科,固然有其学科内部规律支配的原因,但社会需要是其重要的外部原因。

正骨源自于按摩

西周时期,祖国医学已有食、疾、疡、兽的分科制度。医药知识多师徒承传,国家尚无正规医学教育。魏晋以来,医学教育初露端倪。“晋代以上手医子弟代习者,令助教部教之”。刘宋元嘉二十年(公元 443 年),经太医令秦承祖奏请,政府准置医学,此为我国由政府设置医学教育之始。此后,南齐太常寺设保学医,北魏太医署设太医博士、助教,官办医学教育逐步发展。但此间,正骨尚不成科,更无专门教育。

隋代重新建立医、按摩、咒禁等三科制度。唐代增加针科成为四大科。隋唐太医署均按分科开设了正规教育。以按摩科为例,隋代师生之比为 1:1;唐代按摩师数量减少,但增设按摩博士和按摩工。按摩科强调动手能力,始终把理论教学与实际操作摆在同等重要地位,因此在待遇上“按摩博士……按摩师……并从九品下”。是时,按摩科的内容为“掌教导引之法,以除疾损伤,折跌者正之。”。这里“折跌者正之”句,清楚地表明隋唐时期按摩科包括折跌正骨的内容。

正骨包括在折伤科中发展

两宋时期,医学分科及教育进一步发展。嘉祐五年(公元 1076 年),医学分为大方脉、风科、小方脉、产科、眼科、疮肿科、口齿咽喉科、金镞兼书禁科、金镞兼折伤科等九科。神宗熙宁九年(公元 1076 年)始,医学一度分为十三科,其中伤折独立成为一科。但元丰改制后,医学再次划分为九科,且与嘉祐九科的划分不完全相同,有大方脉、风科、小方脉、眼科、疮肿兼折伤、产科、口齿兼咽喉科、针灸科、金镞兼书禁科。此制一直沿袭至宋末。

正骨因社会需要脱颖而出

宋末元初,由于大规模骑射战争频仍,使折跌损伤病员急剧增加。适应这一需求,元代医学分科调整为

十科。即大方脉杂医科、小方脉、风科妇产杂病科、眼科、口齿兼咽喉科、正骨兼金镞科、疮肿科、针灸科、祝由书禁科、设立正骨兼金镞一科,尤其该科名首提正骨二字,充分反映出由于社会需要,正骨在医学分科中已占有一定位置。同时也反映出骨伤科技术在此时俱有较高的水平。

正骨科的独立发展

明代医学分为十三科。即大方脉、小方脉、妇人、疮疡、针灸、眼科、口齿、接骨、伤寒、咽喉、金镞、按摩、祝由。此时,正骨易名为接骨已独立设为一科。宋元时常与正骨或折伤合为一科的金镞科也单成一科。(此科相当于现代的外伤科,)隋唐时曾包含正骨内容的按摩科此时也独自成科。可见,经过元代的分科调整,至明代,正骨一科已经完全独立。

清初医学分为十一科。即大方脉、伤寒、妇人、小方脉、痘疹、疮疡、眼科、口齿、咽喉、针灸、正骨科。嘉庆二年(公元 1797 年)曾调整为九科,但正骨科仍独立成科。嘉庆六年(公元 1801 年),根据社会需要,将太医院中正骨科划归上驷院管理并主要由擅长正骨的蒙古族医生在科工作。这样更加拓宽了正骨科的医疗对象。道光二年(公元 1822 年)以后,太医院中分科继续调整,曾一度废止针灸科,但隶属于上驷院的正骨科却日益发展壮大。

综上所述,尽管正骨技术历史久远,但正骨科设置并未与正骨技术的出现而同步。究其原因,主要有下列四点:1、某种医疗技术在其刚刚问世尚未被广泛应用时,往往被包含在相近学科中孕育成长。如正骨科在隋唐时被包含在按摩科中,而在宋代则被包含在金镞兼折伤科中。2、某种医学专门学科在其尚未形成系统独到的理论体系和基本技能规范时,尚不具有学科独立的条件。3、社会需求少,没有经常、大量的医疗对象,学科独立便没有社会环境。4、政府重视不够,政策力度小,也使学科独立缺少支撑力。通过辽、金、元时期南北医药技术的广泛交流融合,在正骨理论及基本技能方面到元时已具有较高水平。因此,在这几个历史时期,骨伤医生的培养教育选任,与其说是军事需

要,倒不如说是政治需要。由于是一种政治需要,所以辽、金、元政府在骨伤科发展方面,政策力度较大。尤其在元代,政府在医学分科和医学教育中始终一贯地设置正骨兼金镞科并长期培养专门人才,这样便保证了正骨医生能够源源不断地补充军队需求,从而实现

了元统治者的政治意图。元代正骨科的设置,不仅为明、清医学分科奠定了基础,而且对元以后骨伤技术的发展起到了巨大的推动作用。

(收稿:1994—04—10)

风池穴封闭治疗颈性眩晕

河南省开封市第一中医院(475001)

倪进军 陈风信 刘维敏

颈性眩晕是由颈部软组织病变、颈椎顺列不正常或颈椎骨质病变等引起的以眩晕为主要症状的疾病。在以往诊治该病过程中,经过对 110 例病例的观察总结,发现其中 84 例有风池穴压痛这一体征,占总数的 76.4%。根据这一发现,笔者采用风池穴封闭的方法治疗该病 50 例,疗效较为满意。现总结如下。

一般资料 50 例中男 23 例,女 27 例;年龄最大者 60 岁,最小者 23 岁,平均 39 岁;病史 2 天~8 年。经详细询问病史,体格检查、颈椎 X 片,排除其他原因的眩晕以及患者的头部遇某一特定的位置时才出现眩晕等。符合颈性眩晕的诊断^[1]。所有病例均有一或两侧风池穴压痛体征,其中一侧压痛者 37 例,占总数的 74%;两侧压痛但以一侧较重者 13 例,占 26%。

治疗方法 于风池穴压痛之一侧(若两侧压痛则取较重之一侧),经局部常规消毒,以 5ml 注射器 6 号针头抽川芎嗪注射液 2ml、2%利多卡因 2ml、0.5%地塞米松 1ml,以对侧眼球为方向进针 1~2cm,待有向头顶放射感或局部酸沉感时,回抽注射器无血液及脑脊液时即可缓慢推注药液 3~5ml。一次治疗效果不佳者隔日可重复治疗,有激素禁忌症及局部疮疡等病变者禁用。

治疗结果 1、疗效标准:临床治愈:眩晕症状完全消失,颈部活动不能诱发,停止治疗观察 1 周以上病情无反复。好转:眩晕程度减轻 50% 以上。无效:治疗两次以上眩晕症状无改善。

2、疗效:50 例中封闭最少者 1 次,最多者 4 次,平均 1.8 次。经治疗痊愈者 24 例,有效者 22 例,无效者 4 例,总有效率为 92%。年轻患者及病

程较短者疗效较好,颈椎 X 线显示有严重骨质病变者疗效较差。全组病例治疗过程中无不良反应。

体会 风池穴属足少阳胆经,位于第二颈椎棘突与乳突之间联线的中点,是枕大神经由深部到达皮下的出口处。上位颈椎(颈 3 以上)或其周围软组织病变压迫或刺激枕大神经即可引起风池穴压痛^[2]。颈性眩晕之所以可有此穴压痛,一是因为枕大神经与椎动脉在解剖上皆与寰枢及寰枕关节关系密切,此处病变很容易影响二者同时受累,若累及椎动脉影响脑部供血即可导致眩晕;二是因枕大神经导致神经反射而出现交感神经刺激症状也可有眩晕^[3]。

运用风池穴封闭治疗颈性眩晕,首先是由于对穴位本身的针刺作用。《内经》云:“十二脏皆取决于胆。”且肝胆互为表里,“诸风掉眩,皆属于肝。”眩晕者风多,今取风池,一为驱风,一为泻胆以调肝,经气因针刺而畅通,气血运行安和故眩晕可平。另外加上药物的作用,地塞米松和利多卡因可消炎止痛,川芎嗪可活血化瘀、扩张血管,三药合用可解除局部软组织病变对血管、神经及上位颈椎骨质的不良刺激,封闭枕大神经而阻断导致眩晕的病理反射,从而增加脑部供血,达到治疗眩晕之目的。本疗法简单易行,疗效较好,可作为颈性眩晕的主要或辅助治疗。

参考文献

1. 朱纪如. 美尼尔氏病. 第一版, 湖南科技出版社, 1984: 123
2. 郝泽民. 神经痛. 第一版, 上海: 上海科技出版社, 1981: 302~305.
3. 杨克勤, 等. 颈椎病. 第一版, 北京: 人民卫生出版社, 1985: 85.

(收稿:1994~04~21)