

中医院校课程体系改革系列教材

中医骨关节疾病学

(供中医骨伤专业用)

ZHONGYI GUGUANJIE JIBINGXUE

主编 杨 豪 王衍全



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中医院校课程体系改革系列教材

中医骨关节疾病学

ZHONGYI GUGUANJIE JIBINGXUE

(供中医骨伤专业用)

主 审	韦贵康	娄多峰		
主 编	杨 豪	王衍全		
副主编	黄俊卿	张 俐	李 沛	郭会卿
编 委	杨 豪	王衍全	黄俊卿	张 俐
	李 沛	郭会卿	邓素玲	郭现辉
	李慧英	李现林	汪利合	陈 星
	邢秋娟	孟庆良		



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中医骨关节疾病学/杨 豪,王衍全主编. —北京:人民军医出版社,2006.6

(中医院校课程体系改革系列教材)

ISBN 7-5091-0097-6

I. 中… II. ①杨…②王… III. ①骨疾病—中医治疗法②关节疾病—中医治疗法
IV. R274.94

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 135180 号

策划编辑:丁金玉 文字编辑:纳 琨 成 博 责任审读:周晓洲

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京京海印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:17 字数:409 千字

版、印次:2006 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4500

定价:30.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

河南中医学院课程体系改革 指导委员会

主 任 彭 勃

副主任 李建生 梁华龙

秘书长 梁华龙(兼)

委 员 樊蔚虹 谢新年 路 玫 宰军华

孙 刚 徐江雁 冯民生 张尚臣

张大伟 高天旭 彭 新 李翠萍

内 容 提 要

本书是应新形势的要求,配合高等中医院校教学内容和体制改革的进程而组织编写的。全书共分14章,包括骨关节退行性疾病、骨关节痹病、骨结核、骨痈疽、骨蚀、骨痿、小儿麻痹后遗症、骨关节发育障碍性疾病、先天性骨关节畸形、骨肿瘤、骨与关节梅毒、地方性和职业性骨关节疾病的概述、病因病理、诊断及鉴别诊断、治疗等内容。本书内容科学、系统和实用,既强调了中医学术的系统性,又结合现代科学和现代医学知识,是中医院校学生学习使用的好教材,也可供临床医师阅读参考。

责任编辑 丁金玉 纳 琨

序

课程体系和教学内容的改革是教学改革的基础和关键,倡导和推动课程体系改革,设计和开设多学科有机组合的综合课程体系,减少膨胀的学时,确定核心课程、强化主干课程、减少课程间的重复,努力实现课程体系的整体优化,是课程体系改革的目标。专业口径过窄、素质教育薄弱、教学模式单一、教学内容陈旧、教学方法过死等问题依旧是教育教学有待进一步解决的问题。

中医教育近年来取得了长足发展,改革也取得了明显成绩,但各专业的课程体系及教学内容尚存在许多问题。如课程设置欠合理,教学内容更新缓慢,各学科间过分强调独立性、全面性,因而课程之间交叉、重复严重。在实际授课中,既有重复,又有遗漏。因此,如何利用有效的时间,既精练又完整地使学生掌握中医理论,同时又能加强学生动手能力,是课程体系改革的主要目标。优化现有中医教育的课程体系,并不仅仅是以减少重复、压缩课时为目的,而是经过对现有课程体系的优化、整合,突出重点和核心内容,给学生留出较多的自修时间,为文、理、医相互渗透,提高综合素质打下良好的基础。

河南中医学院自2001年开始,致力于中医院校课程体系的改革,对现有的中医院校课程体系进行以删繁就简、改横为纵、减少门类、增加人文课程等为原则的系列改革。初步对课程的门类、内容进行了整合改革,拟订了《中医临床基础》、《中医发展史》、《中国传统文化概论》、《中医基础理论》、《中医方药学》、《中医证候治疗学》、《针灸学基础》、《针灸治疗学》、《推拿学》、《中医骨关节疾病学》、《中医筋伤学》、《骨关节损伤治疗学》以及《呼吸病学》、《消化病学》、《泌尿病学》、《神经病学》、《循环病学》、《生殖病学》、《内分泌病学》、《运动病学》、《肿瘤病学》、《营养代谢病学》、《免疫病学》、《感染病学》、《血液病学》、《中医统计学》、《气功学》等教材的编写内容,并与兄弟中医药院校相关学科的专家、教授进行新教材的编写,作为试用教材将陆续出版发行。

在试用过程中,我们将不断改进修订。欢迎更多的兄弟院校和各学科专家携手参加改革探索,并提出宝贵意见。

河南中医学院院长
博士生导师

彭勃

教授

编写说明

《中医骨关节疾病学》是以祖国医学传统理论为基础,结合现代科学和现代医学的知识,研究人体骨关节系统疾病的发生、发展及其防治规律的一门中医骨伤专业的主干课程之一。本教材根据河南中医学院课程体系改革指导精神进行编写。

学习本课程的目的,是使学生系统掌握中医以及现代医学骨病学的基本理论、基本知识以及常见骨关节系统疾病的诊治方法,为今后从事中医骨伤专业临床、教学、科研工作奠定良好的基础。

全书共 14 章,包括总论、骨关节退行性疾病、骨关节痹病、骨结核、骨痈疽、骨蚀、骨痿、小儿麻痹后遗症、脑瘫后遗症、骨关节发育障碍性疾病、先天性骨关节畸形、骨肿瘤、骨与关节梅毒、地方性和职业性骨关节疾病。

本教材既强调了中医学的系统性,又突出了骨关节疾病学的特点。在继承以往教材优点的基础上,又增加了新理论、新知识、新技术,力求使本教材更加科学、系统、实用。在编写过程中,参考了蒋位庄、王和鸣等教授于 1989 年编写的《中医骨病学》和袁浩教授于 1998 年编写的《中医骨病学》,我们在此表示衷心的感谢。

由于我们学术水平有限,编写经验不足,对于书中不足和疏漏之处,恳请各院校的师生和读者在使用过程中多多指正,以便进一步修正提高。

《中医骨关节疾病学》编委会

2006 年 4 月

目 录

第 1 章 总论	(1)
第一节 中医骨关节疾病学研究范围	(1)
第二节 中医骨关节疾病学发展简史	(1)
第三节 中医骨关节疾病的辨证诊断	(5)
第四节 中医骨关节疾病学的治疗方法	(15)
第 2 章 骨关节退行性疾病	(22)
第一节 概论	(22)
第二节 增生性脊柱炎	(27)
第三节 髋关节骨关节炎	(30)
第四节 膝关节骨关节炎	(33)
第五节 踝关节骨关节炎	(35)
第 3 章 骨关节痹病	(37)
第一节 概论	(37)
第二节 风湿性关节炎	(41)
第三节 类风湿关节炎	(44)
第四节 强直性脊柱炎	(50)
第五节 痛风性关节炎	(55)
第六节 更年期关节炎	(56)
第七节 血友病性关节炎	(57)
第八节 神经性关节炎	(58)
第九节 创伤性关节炎	(58)
第 4 章 骨结核	(62)
第一节 概论	(62)
第二节 脊柱结核	(68)
第三节 髋关节结核	(74)
第四节 膝关节结核	(77)
第五节 骶髂关节结核	(78)
第六节 骨干结核	(79)
第 5 章 骨痈疽	(80)
第一节 急性化脓性骨髓炎	(80)
第二节 慢性化脓性骨髓炎	(83)
第三节 脊柱化脓性骨髓炎	(86)

第四节	硬化性骨髓炎	(87)
第五节	化脓性关节炎	(89)
第6章	骨蚀	(93)
第一节	小儿股骨头缺血性坏死	(93)
第二节	成人股骨头缺血性坏死	(99)
第三节	胫骨结节骨骺炎	(110)
第四节	脊椎骨骺骨软骨炎	(111)
第五节	腕舟骨、月骨缺血性坏死	(112)
第六节	距骨缺血性坏死	(113)
第7章	骨痿	(115)
第一节	骨质疏松症	(115)
第二节	佝偻病	(122)
第三节	骨软化症	(126)
第8章	小儿麻痹后遗症	(130)
第一节	臀肌瘫痪	(133)
第二节	股四头肌瘫痪	(133)
第三节	小腿肌瘫痪	(134)
第9章	脑瘫后遗症	(136)
第10章	骨关节发育障碍性疾病	(140)
第一节	成骨不全	(140)
第二节	软骨发育不全	(141)
第三节	石骨症	(143)
第11章	先天性骨关节畸形	(145)
第一节	斜颈	(146)
第二节	颈肋	(148)
第三节	脊柱侧凸	(150)
第四节	先天性脊椎裂	(158)
第五节	椎弓峡部裂和脊椎滑脱	(159)
第六节	先天性高肩胛症	(163)
第七节	先天性桡骨缺如	(165)
第八节	先天性指部畸形	(166)
第九节	先天性髋关节脱位	(170)
第十节	先天性髌内翻	(180)
第十一节	先天性髌骨脱位	(182)
第十二节	先天性胫骨或腓骨缺如	(182)
第十三节	先天性胫骨假关节	(185)
第十四节	先天性马蹄内翻足	(187)
第十五节	扁平足	(190)
第十六节	踇外翻	(191)

第 12 章 骨肿瘤	(194)
第一节 概论	(194)
第二节 分类	(201)
第三节 骨组织来源肿瘤	(203)
第四节 软骨来源肿瘤	(208)
第五节 纤维组织来源肿瘤	(213)
第六节 纤维组织细胞来源肿瘤	(215)
第七节 骨髓来源肿瘤	(217)
第八节 骨血管来源肿瘤	(220)
第九节 骨脂肪组织来源肿瘤	(222)
第十节 滑膜来源肿瘤	(223)
第十一节 骨神经来源肿瘤	(226)
第十二节 骨转移瘤	(228)
第十三节 骨肿瘤样病变	(231)
第 13 章 骨与关节梅毒	(237)
第一节 骨梅毒	(237)
第二节 关节梅毒	(240)
第 14 章 地方和职业性骨关节病	(241)
第一节 大骨节病	(242)
第二节 氟骨病	(244)
第三节 振动病	(246)
第四节 减压病	(249)
第五节 工业性骨中毒	(253)
第六节 放射性骨病	(257)

第1章 总 论

第一节 中医骨关节疾病学研究范围

中医骨关节疾病学是以中医基本理论为指导,结合现代科学和现代医学的理论技术,研究骨与关节系统疾病的发生、发展及其防治规律的一门临床学科,是中医骨伤科学的重要分支,是中医学的重要组成部分。研究对象是骨关节系统疾病,研究方法主要采用中西医结合方法和现代科学方法。

现代中医骨伤科学把临床常见疾病分为骨折、脱位、筋伤、内伤、骨病等五大类。骨病又分为骨痛疽、骨结核、骨关节痹病、骨痿、骨蚀、骨肿瘤、骨梅毒、骨畸形、退行性骨关节病、地方性骨病、职业性骨病、发育障碍性骨病等十几类。另外,与骨科有关的神经系统疾病,如小儿麻痹后遗症、脑瘫后遗症、脊髓空洞症、脊髓结核、肌营养不良症、神经性关节病等,也属于骨病学范畴。这些骨病都是中医骨关节疾病学的研究范围。

现代医学通常将骨科归属于外科学范畴,分为创伤外科与矫形外科,我国统称为骨科学,把骨科疾病分为创伤与骨病两大类。1741年法国医生 Nicholas Andry 著有 *Orthopaedia* 一书,这个书名的意思是使儿童的畸形获得矫正。我国曾将“*Orthopaedia*”直译为“矫形”,而日本译为“整形”,我国现代医学的“矫形外科学”即是骨科学,主要研究各种骨关节疾病,与中医骨关节疾病学的研究内容基本相同。

第二节 中医骨关节疾病学发展简史

中医骨关节疾病学的发展由来已久,可以追溯到原始社会。据考古发现,大约在公元前3000年的一处新石器时代遗址中,就有原始人的骨骼,其中不少是曾经患过骨病的,如骨髓炎、骨结核、脊椎变异、骨质增生等。原始人从偶然的发现,到有意识的摸索;从点滴的个人经验,到共同的经验,经过长期的日积月累,逐渐认识了部分骨关节疾病,虽然这种认识是模糊、简单、原始的。据史料记载,当时,人们能够用原始的医疗工具——石针(砭石)来切割痈疡,还配合导引,按摩治疗骨病。这是中医骨关节疾病学最早的治疗病方法。

中国最早的文字——甲骨文中记载了疾手、疾肘、疾胫、疾趾等骨关节伤病,反映了商代的中医骨关节疾病学情况。

周代,中医学首次进行分科并建立最早的医政制度,其中的疡医是“掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药、副杀之剂”的四大专科之一,相当于现在的外科和骨科医生,治疗的病种包括骨关节感染性疾病和肿瘤,治疗方法有内外用药、手术切开刮搜脓血,用药追蚀死骨腐肉等,如《周

礼·天官·疡医》记载：“凡疗疡，以五毒攻之、以五气养之、以五脏药疗之、以五味节之。”

另外，在一些先秦文献中，还记载了佝偻病、侏儒、胸胁畸形等骨代谢性疾病，反映了春秋时期中医学对骨关节疾病的认识水平。如《礼记·问丧》说：“佝者不袒，跛者不踊”，描写了佝偻和足残等骨病。《左传·僖公二十三年》说：“曹共公闻其骀胁”，描写了胸胁畸形。

战国、秦汉时期是中国医学史的重要时期，在这个历史阶段，中医学的经典著作相继问世，医学理论体系初步形成，辨证论治原则已经确立。《内经》提出了“整体观念”、“辨证论治”、“内外兼治”、“治未病”、“肾主骨学说”、“气血学说”、“经络学说”等，以及《吕氏春秋》所倡导的“形不动则精不流”思想观点，共同奠定了中医骨关节疾病学的理论基础。《内经》对痹、痿、骨痛疽、肿瘤等骨病都进行了专门论述。《五十二病方》记载了骨痛、骨疽、骨肿瘤等部分骨病，还列有治痛疽方 22 首。《伤寒杂病论》论述了痹、痿、痛疽的诊疗方法。汉末三国时期著名医学家华佗发明麻沸散，施行外科手术，据《三国志》记载，他曾经为关羽施行“刮骨疗毒”手术，这是历史上见于文字记载的最早的骨痛疽的实际治疗病例，反映了骨病学的治疗水平。

魏晋南北朝时期的中医骨关节疾病学，主要对骨痛疽和骨肿瘤进行了研究，在诊断治疗方面有所提高。如《医心方》记载陈延之将附骨疽分急、缓两种。“附骨急疽”症见：“其痛处壮热，体中乍寒乍热。”而“附骨疽久者，则肿见结脓”，这与现代医学的急慢性骨髓炎的分类诊断相似。《小品方》把骨肿瘤称为“石痈”，并详细描述了症状和预后，都十分准确。姚僧垣在《集验方》中将石痈与癰、痈和瘤都进行鉴别诊断。《刘涓子鬼遗方》论述了骨痛疽的并发症（败血症）和内外治疗方法。这个时期在治疗方面，对骨痛疽首先要辨有脓与否，强调排脓要彻底，引流要通畅，当时采取的治疗方法有外消、内托、排脓、追蚀和灭瘢等。为后世外科“消、托、补”三法的确立奠定了基础。对石痈（骨肿瘤）的治疗，已明确指出不能用针刺。

隋唐五代十国，是中医骨伤科学的重要历史时期，唐代蔺道人的《仙授理伤续断秘方》的问世，标志着中医骨伤科学的形成，它构筑了中医骨伤科的理论框架。这个时期的中医骨关节疾病学，仍然是围绕骨痛疽、骨肿瘤、骨关节痹证等病种，进行研究，并作全面总结。如《诸病源候论》、《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》均列有痛疽的专篇。

隋唐时代发展了《内经》关于痈、疽、肿瘤的病因病机学说，指出骨疽的形成是五脏不调，营卫气虚而寒邪侵犯，继而出现邪正交争、寒热错杂的病理变化。石痈则是阳气虚、寒邪凝结而成。《诸病源候论》首先论述了痈的三大病理阶段，列“痈候”“痈行脓候”“痈溃后候”，即肿疡期，成脓期和溃疡期。指出痈的产生是经络受寒邪，营卫不通，气血凝滞，蕴积生热，寒热不散，积聚成痈。附骨痈形成也是遇寒之邪，“与热气相搏，伏结近骨成痈。”痈经久不消则腐肉为脓；痈溃有五种险恶症候——五逆，是五脏焦躁，胃气虚弱所致。石痈则“亦是寒气客于肌肉，折于血气，结聚所致。”在诊断方面也有所进步，如《诸病源候论》对骨痛疽、骨肿瘤症候的描述及分类都较为详细。孙思邈指出骨疽的一个重要体征是：“凡骨疽者，久疮不差，差而复发，骨从孔中出，名为骨疽。”孙思邈还首次把肿瘤分为八类，即癭瘤、骨瘤、脂瘤、石瘤、肉瘤、脓瘤、血瘤、息肉。并记录了恶性肿瘤晚期出现的恶病质。在治疗方面，仍然是采用外消、内托、排脓、追蚀和生肌等方法。孙思邈在《千金要方》曾记载用乌鸡治疗骨疽的方法。还推荐《小品方》的麦饭石散外敷治石痈；又推荐《古今录验》的生商陆根外敷法治石痈。这些外治方药，后世多有沿用。王焘在《外台秘要》中辑录了自张仲景以后治疗痹病的方剂，并特别推荐以补血活血，祛风湿止疼痛为主的四物汤加附子治疗“风湿百节疼痛，不可屈伸”的骨关节痹病。

宋金元时期，是中国医学史上学术较为活跃的历史时期，涌现出了以金元四大家为代表的

一批著名医学家,学术上互相争鸣,促进了医学的发展。在中医骨关节疾病学领域形成了一个以辨证论治为主、以方药疗法为主、以内治为主的流派,对后世影响很大。在病种方面仍然是骨痹疽,骨关节痹痿证,骨肿瘤等。在某些方面提出了新的观点,如《太平圣惠方》首先总结了唐代有关痹疽“五逆”的诊断,发展为“五善七恶”之说,强调了诊断痹疽应脉证合参、内外诊察的整体观念。及至《集验背疽方》、《外科精要》、《外科精义》,更加强调脉证合参、八纲辨证为痹疽诊断的宗旨。李东垣在《脾胃论》中认为痿证多责之“脾胃虚弱”。齐德之的《外科精义》阐明了骨髓炎、骨结核的瘻管形成机制和早期诊断方法。宋代东轩居士的《卫济宝书》将痹疽归类为“瘤、癰、疽、瘤、痈”五大证,并描绘了五大证的图形。将前人称为恶疮、石痈、肉瘤的证候命名为“瘤”,这在医学史上是最早的。在治疗方面,一是发展了外治法,如切开排脓、烙法、灸法排脓、角吸排脓、洗涤、敷药、追蚀、生肌等疗法都有了发展。二是发展了内治法,强调辨证论治,以内消内托为主,创制了许多“托里排脓”方剂。

明、前清时期,中医骨关节疾病学得到进一步发展,在骨痹疽、骨肿瘤的研究方面显著特点是:在病机上强调了与肾的关系;在诊断上既重视内外合参、八纲辨证,也注重部位诊断;在治疗上,提出对骨疽必须清除死骨才能治愈,内治主张温补和从肾论治;对骨肿瘤力主温补消散;提倡消、点、枯、蚀等外治法。

明代杨清叟的《仙传外科集验方》详细地描述了类似急性骨髓炎转变成慢性骨髓炎的整个病理过程。清代王维德在《外科全生集》中对恶性骨肿瘤的诊治方法和预后作了较详细的描述。这些描述较西方 1859 年 Rudolf Virchow 的有关骨肉瘤报道早一个多世纪。清代高秉钧的《疡科心得集》明确将骨结核从“骨疽”“阴疽”中区分出来,后称之为“流痰”。对骨肿瘤,历代主张“以消为治,忌针割”。明代薛己的《正体类要》主张补肾法,用六味地黄丸主之,陈实功的《外科正宗》用调元肾气丸主之。

晚清时期至建国前的 100 多年间,随着西方文化包括西医骨科的传入,中医备受歧视,中医骨关节疾病学也没有什么发展,甚至面临危机。

建国后,党和政府十分重视和关心中医,制定了一系列保护中医、发展中医的政策,中医骨关节疾病学和其他中医学科一样得到了迅猛的发展,特别是近 20 年来,随着高等中医院校骨伤系的建立,中医骨关节疾病学渐渐地从中医骨伤科中分离出来,成为一门独立的临床学科,并逐渐得到完善,也取得了一些科研成果,如中西医结合治疗慢性骨髓炎、骨结核;生肌橡皮膏在感染创面的应用;中医药治疗类风湿关节炎、风湿性关节炎;针刺、推拿治疗小儿麻痹后遗症;点穴治疗脑瘫后遗症;中药治疗骨缺血性坏死、骨质疏松症;中药治疗骨肿瘤等方面都取得了一些可喜的成绩,提高了临床疗效。

目前,中医骨关节疾病学作为一门既古老又年轻的临床学科,正在继承历代成功经验的同时,努力吸取现代科学和现代医学的先进理论、先进技术和先进方法,不断完善与发展,为骨关节病的防治作出新的贡献,预计将来能够取得更大的成绩。

现代医学通常把运动系统疾病分为创伤(创伤外科)与骨病(矫形外科)两大类,我国统称为骨科,也就是西医骨科(Orthopaedics)。现代医学是在现代科学的基础上迅速发展起来的,往往紧随现代科学的发展而发展。

在诊断方面,由于核物理学,电子计算机技术向医学的渗透,使影像诊断技术发生了巨大的变化,以前诊断不清的疾病,现在可以明确诊断了。如 CT(计算机 X 线体层摄影)对脊柱病变、骨肿瘤、关节病变的诊断较 X 线平片,提供了新的视角,大大提高了诊断水平。譬如椎间

盘突出。MRI(磁共振),可随意提供人体三维的解剖、生理、生化、代谢信息,而且软组织分辨能力很好,显示解剖结构清晰而逼真。因此,对于显示椎管病变,椎间盘病变,脊髓及软组织情况、关节内病变,侵犯骨髓的肿瘤、感染及代谢疾病等方面都有极大的优越性。

放射性核素骨显像(核素三相骨扫描 ECT)不仅能显示骨的形态,还可以反映局部代谢和血供情况,对早期诊断骨关节疾病,特别是对骨转移性肿瘤,早期骨缺血性坏死有很高的价值,比 X 线平片提前 1 年左右发现病变。

关节镜技术在骨病科的应用,能够达到不切开关节而诊断和治疗关节疾病的目的,目前,多用于膝、肩、髋关节疾病的诊断和治疗。

生物电诊断技术能够判断脊髓及周围神经损伤的部位、程度和预后,并能鉴别肌肉瘫痪是肌肉本身病变,还是神经损伤引起的。诊断方法有肌电图、神经传导速度测定、躯体感觉诱发电位(SEP)。

骨矿物质测量对诊断骨质疏松和其他代谢性骨病有重要意义,其测量方法有形态学测量法、骨密度检查(包括单光子、双光子、双能 X 线摄影吸收法)、定量 CT 等。

非离子碘水脊髓造影,选择性脊髓动脉造影和椎动脉造影明显提高了椎管、脊髓病变的断水平。B 超诊断技术,已被用于软组织、关节等疾病的辅助诊断,尤其对囊性、液性病灶的定位、介入治疗有一定临床价值。

随着遗传学研究的进展,人类染色体分型与检测水平的提高,现在已能用羊水细胞培养作染色体检测,对某些先天性畸形包括先天性骨关节畸形,做出产前诊断。

对代谢性骨病通过甲状旁腺素、维生素 D 活性代谢产物和降钙素的放射性免疫或生物测定,再加上骨组织细胞计量分析得以明确诊断,其诊断技术已进入细胞和分子生物学水平。

在治疗方面,20 世纪 50 年代国内开展病灶清除术结合抗生素治疗骨结核,治愈率显著提高,可使关节功能部分或完全恢复。20 世纪 60 年代后期开展了双管闭式冲洗吸引方法治疗骨髓炎,对消灭死腔、防止复发取得了良好效果。随着显微外科技术的发展,如吻合血管的游离复合组织移植用于治疗复杂慢性骨感染性疾病、骨缺血性坏死、先天性胫骨假关节、填补因骨肿瘤根治术后造成的大部分骨组织缺损等,都提高了临床疗效。

人工关节置换术发展很快,已广泛用于临床,为某些老年关节病、类风湿关节炎晚期的治疗,带来了福音。

新兴的脊柱内固定器材和技术(Harrington 手术和 C-D 手术等)的应用,提高了脊柱侧弯和其他脊柱畸形的治疗水平。

随着诊断技术的提高,恶性骨肿瘤获得早期治疗的机会增多,尤其是在大剂量化疗的前提下做保留肢体手术,既提高了 3 年生存率,又可避免截肢,从而改善了患者的生活质量,对脊柱巨细胞瘤应用手术刮除配合放疗,也获得了满意效果。

但是,随着医学的发展,骨关节疾病的疾病谱也在变化,以前常见的骨病如骨关节结核、化脓性感染和小儿麻痹后遗症等,现在已大为减少。与此同时,随着人口老龄化的加快,骨质疏松症、老年性退行性骨关节病、骨肿瘤,尤其是骨转移瘤,发病率逐渐升高;另外,由于激素药物的广泛应用或滥用,造成骨缺血性坏死不断增加,现在,已经成为常见的骨病,引起了医学界的重视。此外,还有很多骨关节病,如恶性骨肿瘤、某些先天性骨关节畸形、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等,发病原因还不十分清楚,治疗效果还不理想,这些都是今后骨病学的研究重点。

第三节 中医骨关节疾病的辨证诊断

一、辨 病

(一) 四诊

1. 望诊

(1) 望全身

①神色:察神观色可以判断病情的严重程度。骨结核患者精神委顿,面色不华;恶性骨肿瘤者,表情痛苦,面容憔悴。

②体态:有些体态的异常为某种骨疾病所特有。如软骨发育不全的特征是躯干发育正常而四肢明显短小。

③步态:下肢骨、关节疾患可出现各种不正常步态。如先天性髋关节脱位患者行走时呈鸭步;大脑性瘫痪呈剪刀步态;小儿麻痹股四头肌瘫痪呈压腿伸膝步态,垂足者呈跨阶步态。

④姿势:骨关节疾病,患者常表现某种特殊的姿势。如颈椎结核患者常用双手撑住下颏,腰椎结核者腰部挺直不能屈曲等。

⑤舌象:骨关节疾病时内在气血与五脏六腑的变化,可以从舌象反映出来。舌质色淡是血虚,舌质色绛是血热,舌质色青或有瘀斑是血瘀;白苔主表证和(或)寒证,骨结核、痹证时多见。苔少或无苔表示脾胃虚弱,苔厚腻为湿浊内盛,厚白而滑为寒湿或寒痰,薄白而干燥为寒邪化热、津液不足,厚白而干燥表示湿邪化燥,白如积粉为热毒内蕴;黄苔主里证、热证,骨痈疽时多见;薄黄而干,为热邪伤津,黄腻为湿热,老黄为实热积聚,淡黄薄润表示湿重热轻;灰苔或黑苔主里证,既可见于里热,亦可见于里寒;灰白而润为寒湿内阻,灰白而干多属热灼伤津或阴虚火旺,黑而燥裂甚有芒刺为热极津枯,黑而滑润多属阳虚寒盛。

(2) 望局部

①畸形:脊柱结核后期常发生后凸畸形,强直性脊柱炎容易引起圆背畸形,特发性脊椎侧凸在青春期可出现脊柱侧凸畸形。先天性肢体缺如、并指、多指、巨指、马蹄足等均可出现明显的畸形。

②萎缩:小儿麻痹后遗症出现受累肢体肌肉萎缩、无力;进行性肌萎缩症(进行性肌营养不良症)出现四肢对称近端肌萎缩;肌萎缩性侧索硬化症呈双前臂广泛萎缩,伴肌束颤动等。

③挛缩:身体某筋肉群持久性收缩,引起关节活动功能障碍。如前臂缺血性肌挛缩,呈爪状手;掌腱膜挛缩症发生屈指挛缩畸形;髂胫束挛缩症呈屈髋、外展、外旋挛缩畸形等。

④肿胀:骨痈疽、骨结核、痹证等患处常出现肿胀。骨痈疽者局部红肿;骨结核,局部肿而不红;各种痹病,如风湿性关节炎、类风湿关节炎、痛风性关节炎、关节滑膜炎及血友病性关节炎等,关节部位常明显肿胀。

⑤肤色:青紫或瘀斑,多外伤引起;发绀,表示静脉淤血或缺氧;苍白,是缺血的表现;红晕,表示血供增加。血友病性关节炎,皮肤常可发现瘀斑;风湿性关节炎,皮肤可出现红斑结节;骨纤维异样增殖症,常伴有皮肤色素沉着。

⑥创口:骨痈疽或骨结核破溃后,局部可出现创口,应注意创口大小、深浅、肉芽是否新鲜、周围有无红肿以及脓液情况,包括脓的颜色、黏度,有无腐肉及死骨等。

⑦肢体运动功能:骨关节病常引起肢体运动功能障碍。关节本身疾患,主动和被动运动均有障碍;神经疾患引起肌肉瘫痪者,不能主动运动而被动运动一般良好。

2. 问诊

(1)一般情况

①性别、年龄:某些疾病的发病率与性别、年龄有关,如先天性髋关节脱位多见于女性儿童,血友病性关节炎发生于男性(通过女性遗传),增生性关节炎多发生于40岁以上的中年或老年人。

②籍贯、住址:地方性骨疾病的发病率与居住地域关系密切。如大骨节病多发生于我国北方流行区,氟骨症多发生于低洼盐碱地区。

③职业、工种:长期伏案工作者,容易发生颈椎退变;经常弯腰工作者,容易发生腰椎间盘突出退变或骨质增生。职业性骨关节病与职业、工种关系更为密切。电钻工、风镐工好发振动病;潜水员好发减压病;在核电站或核实验室工作的人易得放射性骨病。

(2)发病情况:首先了解患者的主诉,即患者来院求医的主要症状以及发病时间。然后收集患者的现病史,按照发病的先后次序,询问患者如何发病,病程经过,尤其对诊断或鉴别诊断有决定意义的症状要详细了解其性质、程度、时限等,此外,还应了解以前的治疗及其效果。现举一些常见的骨关节疾病的应问项目,以供参考。

①骨痹疽:应仔细询问发病急骤或缓慢,有无发热或寒战,既往有无创伤史或类似发作史,最近有无身体其他部位的感染性疾患(特别是疖、痈、脓肿、咽峡炎、扁桃体炎等),曾经何种治疗(如中药、抗生素、手术等),疗效如何,若伤口已破溃流脓,还应询问创口周围皮肤有无改变,疼痛程度有无加剧,脓液是否增多或变臭,有无死骨排出。

②骨结核:既往有无结核病史,家庭有无结核病史,过去曾否经过抗结核药物治疗,有无经过休养、石膏固定或手术治疗,局部有无冷脓肿或窦道形成,如拟诊脊柱结核,应询问有无下肢无力及大、小便困难。

③痹病:有无受风、寒、湿或创伤史,症状与气候有无关系,有无类似发作史,症状是在进行还是减退,关节或脊柱有无发生畸形或强直,有无饮食嗜好,曾接受何种治疗。

④痿证:有无损伤或传染病史,肢体痿软的时间、进展及范围如何,后遗畸形的变化情况,目前存在什么困难,以往曾接受何种治疗,效果如何。

⑤筋挛:是否出生后即发现(先天发育障碍),有无损伤或肢体外部受压(如夹板、绷带、石膏)史,病程经过如何,曾接受何种治疗(包括手术),效果如何。

⑥骨肿瘤:有无外伤史,起病急还是慢,病程经过及病期长短,目前疼痛的程度及性质,疼痛与肿瘤出现的先后关系,肿瘤生长速度,有无咳嗽或咯血,有无全身症状,如发热寒战、消化道症状、黑便、血尿、月经不正常、白带增多等,如有他处肿瘤,应询问过去如何治疗。

⑦骨先天畸形:母亲孕期有无高热、风疹、流感、创伤、营养障碍、精神抑郁或服药史,分娩是顺产还是难产,是否使用产钳或胎头吸引器,随着生长发育,畸形有无进展,有无肢体疼痛等并发症,曾接受何种治疗(包括手术),疗效如何。

⑧脊柱退行性疾病:患者从事何种职业,工作时姿势如何,有无颈部或腰部外伤、劳损史,症状是否限于颈、肩、臂或腰、臀、腿,症状在进行还是减退,疼痛程度如何,有无放射痛,咳嗽、喷嚏、大便用力时疼痛是否加重,有无间歇性跛行,休息或平卧疼痛是否缓解,何种姿势及运动可使疼痛加剧,曾接受何种治疗,疗效如何。

⑨骨软骨病:患者年龄多大,是否儿童或青少年,有无家族史,有无劳损或外伤,何处发生疼痛,有无跛行等肢体功能障碍,接受过何种治疗,疗效如何。

⑩代谢性骨病:患者饮食及营养状况如何,是否缺乏户外活动,不见阳光,有无内分泌疾病史,是否长期应用过激素类药物,病情进展情况如何,曾接受何种治疗,疗效如何。

⑪地方病:是否居住流行区,有无服食被污染的食物,何处发生疼痛与功能障碍,有无肢体畸形,病程多久,接受过何种治疗,疗效如何。

⑫职业病:从事何种职业,有无长期使用电动或风动工具史,是否在高压环境下工作,有无接触工业性毒物或放射线,发病后全身与局部症状如何表现,急性发作还是缓慢发生,是否已采取紧急措施,曾接受何种治疗,疗效如何。

3. 闻诊 闻诊包括听声音和嗅气味两方面内容。前者凭听觉了解患者语言、呼吸、咳嗽、啼哭等声音。在骨关节病检查时,还应注意肢体活动时有无异常响声出现。后者凭嗅觉分辨患者病体及其排泄物散发的气味,以便帮助辨别疾病的性质。语音响亮、气粗多语者,属实证、热证;语音低微、静而懒言,属虚证、寒证;妄言谵语、语无伦次,多见高热或邪入营血;呻吟不止、阵发惊呼,多是身有痛楚。增生性关节炎,活动时可出现摩擦音;关节内游离体,活动时可有弹响声。口中有臭秽之气,多属胃火炽盛,口出酸腐臭味,多因宿食停滞。大便酸臭,多为肠中湿热挟食滞证;便溏不臭,多属脾胃虚寒。小便黄赤浊臭,多为膀胱湿热。妇人经带腥臭是湿热带下。脓液恶臭多是附骨痈;脓液有腥气多是附骨疽或骨结核。

4. 切诊 切诊就是医者用手在身体的一定部位,或切或触,或按或叩,借以了解病情的一种诊病方法。骨病的切诊主要包括切脉与触诊两项内容。

(1)切脉:如风湿性关节炎的早期多见浮脉,说明病邪在经络肌表的部位;类风湿关节炎的后期多见沉脉,说明邪郁于里,气血内困;大骨节病晚期多见迟脉,说明风寒入络,寒凝气滞,阳失健运;附骨痈多见数脉,说明邪热亢盛,气血运行加速;骨结核、骨肿瘤的后期多见虚脉,说明气不足以运气血;关节流注早期多见实脉,说明邪气亢盛而正气不虚。

(2)触诊:可以了解病变的部位、性质、轻重及深浅等情况。

①压痛:根据压痛的部位、范围、程度来诊察筋骨疾病的性质和轻重。筋病位置较浅表,骨病位置较深在;骨痈疽压痛多剧烈,痹证压痛多较轻。

②温度:触摸患处皮肤温度,可辨别病变的性质。骨痈疽、关节流注者,因热毒聚结,故皮肤焮热;缺血性肌挛缩者,因气血瘀阻不通,故肢端冰冷。

③肿块:骨肿瘤、痛风性关节炎等,局部可触及肿块。应记录其部位、大小、硬度、移动性、边缘是否清楚等,以判断肿块的性质。如关节游离体,肿块忽隐忽现;骨肿瘤者,肿块固定不移,质较硬。

④畸形:通过揣摸,仔细检查骨的形态和关节有否异常,关节间隙是否相合等,如脊柱结核,可触及后凸畸形;颈肋在锁骨上方可触及;腰椎间盘突出退变可触及脊椎棘突偏歪等。

⑤异常活动:在正常肢体不能活动的部位如发现屈曲、旋转、假关节活动等异常现象,称异常活动。见于先天性胫骨假关节,或骨痈疽、骨结核、骨肿瘤发生病理性骨折时。筋骨疾患的辨病是在“四诊合参”的过程中进行的。如骨痈疽,可综合望、问、闻、切四诊做出正确的判断。

(二)特殊检查

1. 关节运动检查 关节活动可分为主动运动与被动活动两种。主动运动是患者按医嘱主动地做运动检查,被动运动是检查者对患者被动地做运动检查。一般先查主动运动,后查被