中医骨病学

1.马王堆汉墓五十二病方中记录了痈，骨疽，肿瘤的病名。

2．陈延之《小品方》将附骨疽分为急、缓两种，《小品方》将恶性骨肿称为石痈，“有石痈者，始微坚，皮核相亲，著而不赤，头不甚尖，微热，热渐自歇，便极坚石，故谓石痈。难消，又不自熟，熟皆可百日中也”。说明该病预后凶险。

发育型髋关节发育不良

临床表现：根据患儿的年龄不同，本病临床表现各不相同。

1.婴儿期 出生数日即应进行髋关节发育状况筛查。

(1)外观与皮纹单侧髋脱位时臀部、大腿与对侧不对称。患侧臀部增宽，臀部皮肤褶纹不在同一水平，患侧升高或数量增加，患肢缩短呈轻度外旋位。

(2)股动脉搏动减弱甚至摸不到因股骨头脱位后股动脉衬托消失，故股动脉搏动减弱、股三角凹陷空虚。

(3) Barlow 征(弹出试验) 患儿仰卧，检查者握持其双膝部，双膝双髋各屈曲 90°、拇指放在股部内侧小转子处加压，轻轻内收髋关节并向后推，有股骨头滑出髋臼的感觉，当去掉拇指压力后股骨头又有回弹进入髋臼内的感觉为阳性。

(4)Ortolani 征(外展弹进试验)检查者握持患儿膝部保持屈膝屈髋

90°，轻轻外展外旋髋关节，正常时膝外侧面可触及床面。当外展受限膝外侧面不能触及床面时，称为外展试验阳性;外展的同时前顶大转子，出现股骨头进入髋臼的弹入感，外展即可达 90°，即为 Ortolani 征阳性

(5)Allis 征患儿平卧，屈膝 90°，两足靠拢对齐平放床上，可见双膝不在同一平面，位置低的一侧为阳性，说明该侧股骨上移。

2.较大儿童期

(1)跛行步态常是患儿就诊的唯一主诉。单侧脱位时表现为患侧的肢短性跛行步态;两侧脱位时出现“鸭步”，臀部明显后突，腰部前突增大。

(2)Trendelenburg 征嘱患儿单腿站立，另一下肢屈髋屈膝，使足离地，正常时对侧骨盆上开。脱位后由于患肢负重时臀中肌无法维持骨盆向负重侧倾斜，致使对侧骨盆下降即为阳性，从后面观察易发现异常。

X 线

2)x 线检查一般超过 6 个月患儿可行 X 线检查。 Perkin 象限:在骨盆正位片上，两侧髋臼中心连一直线称为 H 线，再从髋臼外缘向 H 线做一垂线(P)，即将髋臼关节划分为 4 个象限，正常股骨头骨骺位于内下象限内。若位于外下象限为半脱位，位于外上象限为全脱位(图 2-3-1)。

②Shenton 线:正常闭孔上缘弧形线与股骨颈内侧弧形线在一个平滑的抛物线上，称为 Shenton 线。髋关节脱位时此线中断不连续(图

2-3-2)。

③髋臼指数:从髋臼外缘向髋臼中心连线与H线相交所形成的锐角，称为髋臼指数，正常值为20°~25°，当小儿步行后此角逐渐减小，直至12岁时基本恒定于15°左右。髋脱位时则明显增大，甚至在35°以上(图2-3-1)。

④CE角：也称为中心边缘角，是股骨头中心点与髋臼外上缘连一直线(CE)，与通过髋臼外上缘的H线的垂线所成的夹角，正常为20°以上。用于检测股骨头与髋臼相对的位置关系，髋臼发育不良或半脱位时，CE角减小或变成负角。

(治疗)不同年龄

本病治疗方式与患儿年龄有关，年龄越小，治疗越早，疗效越好。

1.保守治疗 尽早复位并维持一定的关节运动，股骨头获得稳定的包容，髋关节能够按照理需求发育而获得充分重建。年龄越小发育速度越快，头臼适应性越好，发育成正常髋关节的资率越大。保守治疗的基本要求是以相应的支具或石膏等，将髋关节固定于适当的位置，并维持一定的时间。

(1)新生儿(0~6个月)确诊后首选Pavlik吊带治疗。

(2)婴幼儿期(7~18个月)不能自然复位的髋脱位,一般采用手法复位，石膏或外展支具固定。首选麻醉下闭合复位、人字位石膏管型固定。应放弃闭合复位，改行切开复位。

2.手术治疗

(1)18个月~8岁儿童目前通用一期手术治:切开复位、骨盆截骨、股骨近端截骨术。手术的目的是将异常的髋臼方向改为生理方向，矫

正过大的股骨前倾角和颈干角，增加髋臼对股骨头的包容。

(2)8 岁以上儿童单侧脱位的治疗目的是最大限度的恢复髋关节解剖和功能，均衡下肢长度预防继发脊柱畸形。年龄较大的双侧脱位手术并发症多，预后不良，手术应慎重。一

(3)姑息治疗(放弃复位、原位手术)常用术式为骨盆内移截骨(Chiari)术、髋臼扩大(槽式延伸，Staheli)术、转子下外展截骨(Shanz)术。

拇外翻：拇指向外倾斜超过正常生理角度，一般认为拇指向外偏斜超过 15 度。

影像学检查　一般均行负重正、侧、轴位 X 线检查，常规测量足正位 X 线上角度:□

外翻角(第一跖骨长轴线与第一趾近节趾骨长轴线相交之锐角)>15°，或伴有第一、二跖骨间

因角(第一跖骨长轴线与第二跖骨长轴线相交的锐角)>9°(图 2-3-4)。正位 X 线片可显示跖趾关节半脱位、脱位的程度以及是否有跖趾关节炎的表现;轴位 X 线片上还可显示籽骨移位

程度。

扁平足：平足症，由于足部骨关节，韧带结构异常，导致足弓下陷甚至消失。

斜颈：头颈部偏斜，颈部活动受限，甚至发生头面部畸形的疾病。

鉴别诊断

(1)先天性骨性斜颈为颈椎骨骼先天畸形所致，无胸锁乳突肌病变。影像学资料可以显示椎骨性畸形。

(2)寰枢关节半脱位多由咽部炎症诱发，发生颈部活动受限、斜颈，伴有上颈项部疼痛。线开口位摄片或 CT 可以显示寰枢关节半脱位。
(3)眼性斜颈患儿由于先天性上斜肌麻痹导致斜视，为了维持与外界物体之间的平衡，导患儿视物时斜颈部倾斜。

椎弓峡部是指椎骨上、下关节突之间的骨性结构，由于各种原因导致其一侧或双侧断裂称为椎弓峡部裂，又称峡部不连。临床上第 5 腰椎峡部裂最为多见，其次为第 4 腰椎。腰滑脱是指不同原因导致的腰稚上位椎体相对于下位椎体向前或向后的滑动移位，当滑脱的体导致神经压迫，出现临床症状，即为腰椎滑脱症。
影像学检查 1)x 线检在包括正侧位、过伸过屈位和双斜位线片，必要时加拍全有柱又线片，以评估脊柱的矢状位平衡。其中正侧位片可以显示椎间院的改变，现察上位脊向滑脱的程度;过仲过屈位(动力位)片可很好地评估滑脱的本稳定程度;双位示弓峡部最为清楚

滑脱程度测量(Meyerding 分级法:在 x 线位片上，将下位准上缘分为四等分，上位椎体相对于下位椎体向前移动程度分为五度:向前移动小于 25%为度，向移动 25%-49%为 II 度，向前移动 50%-75%为田度，向前移动大于 75%以上为 V 度，上位体移动至下位椎体上终板平面以下为 V 度。
青少年特发性脊柱侧凸
是指脊柱向侧方弯曲，在冠状位偏离正常中线。若立位侧方弯曲的弧度超过 10'以上，即称之为脊柱侧凸畸形。

青少年特发性脊柱侧凸的治疗旨在矫正畸形，预防畸形进展，改善外观和心肺功能，消除心理障碍。

1.非手术治疗 早期发现脊柱侧凸角度在20°以内者，不需要进行特殊的治疗，应该严密观察，一般3-4个月定期复查。若侧凸角度在20°~40°时，应行非手术治疗，预防畸形发展。非手术治疗脊柱侧凸是一个长期的过程，需要患者家长、患者、医生三方密切合作，方可达到满意疗效。

(1)矫形支具治疗矫形支具可以有效减缓畸形的发展速度，尤其是柔软性脊柱侧凸。支具的使用需要一个长期的坚持过程，在此期间需要家长进行监督，同时与矫形医生保持联系，及时调整支具的形态、大小。

(2)功能锻炼通过有针对性的局部功能锻炼，可以增强局部肌肉力量，延缓因局部肌肉无力、挛缩导致的脊柱侧凸畸形进一步发展，减慢发展速度，降低畸形程度。20°以下的特发性脊柱侧凸的治疗，主要采用功能锻炼和端正不良姿势。

(3)推拿治疗通过推拿手法的不断调整，可以松解凹侧软组织挛缩，增强肌肉力量，在一定程度上改善脊柱柔韧度及纠正侧凸畸形。

(4)药物治疗药物治疗的目的是缓解患者疼痛等临床症状，可以选择使用镇痛药及神经营养药。

软骨发育不全的临床表现及诊断

本病女性多于男性，通常在出生后即表现畸形。

1.四肢畸形

2.头颅外形

头大面宽、前额突出、马鞍形鼻梁、上颌小、下颌突出、厚嘴唇，犹如脑积水，但智力正常。

3.脊柱与骨盆　腰椎异常前突，有的表现脊柱侧弯，甚至出现椎管狭窄、脊髓和神经根压迫症状。骨盆前倾。

4.智力、性征和肌肉发育均正常，偶有智力迟钝。

5.X线检查 四肢长骨干短粗，可有弯曲畸形，髓腔变窄，肌肉附着处骨皮质增厚，干骺端增粗变宽，呈不规则喇叭口状。骨骺线不规则，骨骺可有碎裂，形态不整齐。颅面骨，颅底短小，额骨前凸，鼻骨凹陷，颅盖骨呈球状扩大。脊柱长度正常，椎弓短，椎弓根间距变异，第1-5腰椎椎弓根间距由正常的逐渐增大，变为相反的逐渐缩小，呈“漏斗形”。骨盆狭窄，呈扁平状，宽而浅。常有髋内翻，髋臼及股骨头大小不对称，股骨颈变短，常呈蕈状。

[鉴别诊断]

1.垂体侏儒症 四肢与躯干的比例正常，性腺发育不良。

2.软骨外胚层发育异常除管状骨短缩，如胫腓骨、尺桡骨短缩外，另有外胚层发育异常，如牙齿、指(趾)甲及毛发发育不全，常伴有多指(趾)和并指(趾)畸形，胸廓发育异常，干骺端增宽，呈哑铃状。

正常。

3.克汀病 患者智力低下，皮肤有黏液水肿，骨骺骨化中心出现延迟，但躯干与四肢比例正常

化脓性骨髓炎：

急性化脓性骨髓炎：骨组织受到细菌感染而引起的急性化脓性疾病。

(诊断与鉴别诊断

1.诊断

(1)实验室检查:自细胞计数增高，有时可达 30x10’儿以上，血沉增快，血培养、局部刺物细菌培养常为阳性，应根据药物敏感试验，选择和调整抗生素的使用。骨质破坏明显、骨复活跃期，碱性磷酸酶升高。

(2)X 线检查发病初期 x 线检查无明显异常，或仅可见软组织肿胀阴影。发病 1-2 周后 X 线摄片可见骨膜反应，骨质局部呈虫蚀样或穿凿样破坏，广泛骨质疏松;发病 3-4 周或时间后，X 线可见浓白死骨及其周围空洞，被包壳骨环绕包围，状如。骨千及干端骨质增生硬化，骨小梁排列亲乱，边缘不整。

(3)CT 检查一对于判断软组织密度增高、髓腔密度增高、骨质破坏、骨质硬化、死骨或关节积液很有帮助。

磁共振成像具有良好的组织对比度和多平面成像功能，对急性骨关节感染可(4)MRI 检查

薪得早期珍断和灌确的解荆学信悬。753 病理学有查早期局部穿机，从肿痛明显生软组织开始理步人骨髓腔，直至抽出流，穿制液病理学检查锁下可见自细胞及类性坏死组织，培养有化脓性细菌生长，

软组织感染早期急性血源性骨髓炎与早期蜂窝织炎、丹毒等软组织

感染常不易鉴别。

模的血

急性血源性骨髓炎早期全身中毒症状严重，局部疼痛剧烈，红肿较轻，肢体长骨干骺端周圈深压

不死外

痛较明显，软组织炎症则相反，全身中毒症状常不严重，局部红肿明显，压痛较浅且比较局限，病变多偏于肢体一侧。蜂窝织炎、丹毒等多系链球菌感染所致，蜂窝织炎可较早形成软组织脓肿，局部穿刺也可帮助鉴别。

(2)急性风湿热急性风湿热和化脓性骨髓炎均可引起全身发热，局部肿胀疼痛等现象。急性风湿热是一种全身变态反应性结缔组织疾病，常侵犯大关节，如膝、髋及肘等，呈对称性多关

皮肤

节游走性肿痛，炎症消退后，关节功能完全恢复正常，但具有反复发作的倾向。X 线片可见肢体软组织肿胀，但无骨质破坏，化验检查白细胞轻度升高，碱性磷酸酶正常。病情反复发作的患者大多伴有不同程度的心脏损害。

(3)化脓性关节炎化脓性关节炎和骨髓炎两者全身症状相似。其特点:迅速出现关节肿胀积液，肿胀积液在关节腔而不在骨端，关节腔穿刺可抽出炎性混浊液或脓液，早期关节活动障碍

较制　明显，关节各方向活动均引起疼痛。

(4)尤文(Ewing)肉瘤尤文肉瘤和早期化脓性骨髓炎两者都可引起体温增高，白细胞增多，X 线片有“葱皮”样骨膜反应等现象。尤因肉瘤常发生于骨干，破坏范围广泛，全身症状不如急性骨髓炎强烈，但有夜间明显疼痛，皮肤静脉怒张。病理检查找到肿瘤细胞可以确诊。

(5)骨肉瘤 骨肉瘤和化脓性骨髓炎的发病年龄与部位相似，早期均有局部软组织肿胀疼痛，X 线表现有明显的骨膜反应。骨肉瘤全身症状不重，疼痛开始为隐痛、阵痛,迅速转为持续性剧痛，尤以夜间为甚，肿胀迅速发展，且质地坚硬，压痛明显，浅表静脉怒张，碱性磷酸酶、乳酸脱氢酶明显升高，X 线片显示肿瘤性新生骨呈日光放射状排列和 Codman 三角样骨膜反应。

(6)骨结核骨结核和化脓性骨髓炎都可引起体温升高，局部肿胀疼痛，穿刺有脓液,X 线片骨质破坏等现象。骨结核发病隐匿渐进，体温虽高但少有高热，初期全身症状及局部症状均不明显，晚期患者全身呈慢性消耗性病态。溃后的脓液清稀，且夹有败絮样、干酪样物，甚至细碎的死骨。X 线表现为单纯溶骨性、虫蚀样破坏无新生骨形成，无骨膜反应，这种 X 线表现是骨结核所特有。T-Spot 等结核病的特异性检查对诊断骨结核很有价值

慢性化脓性骨髓炎：

病理改变：

1. 窦道形成 2.死骨形成 3.骨包壳和感染性死腔形成。

化脓性关节炎：

化脓性关节类是由化脓性细菌引起的关节内感染，破环及功能丧失的关节疾患。本病住何作龄均可发病，但好发于儿童、青少年、老年体弱及慢性关节疾患者，男性多于女性。

本病感染的途径常为致病菌从身体其他部位的化脓性病灶经血液循环传播至关节腔，即血源性播散，但亦有找不到原发病灶者。有时为关节附近的化脓性骨髓炎直接蔓延所致，这种情况多见于髋关节。病理变化可分为 3 个阶段。

1.浆液性渗出期感染后首先引起关节滑膜充血、水肿、白细胞浸润，关节腔内有浆液性渗出液，内有大量白细胞。渗出液多少取决于滑膜组织受损程度及反应能力。

2.浆液纤维蛋白性渗出期关节滑膜炎症进一步加剧，渗出液较前增多。渗出液中的细胞成分增多，黏稠浑浊，含有大量中性粒细胞和脓细胞，细菌培养多为阳性。此期释放大量溶酶体类物质，破坏软骨基质中的蛋白多糖，使胶原纤维失去支持，在负重和活动时受压力和碾高而断裂，关节软骨的破坏使关节面失去光滑，纤维蛋白形成关节内纤维粘连，关节功能难以完全恢复正常。

3.脓性溢出期 病情进一步恶化，渗出液变为脓性，关节腔内黄色脓液增多。死亡的台细胞释放蛋白分解酶，溶解破坏关节软骨，炎症进一步侵犯关节面软骨下骨质，关节囊和周围的软缩织发生蜂窝织炎类改变，形成脓肿，穿破皮肤形成窦道溢出。一般青少年和成人多发生关节软背破坏，形成骨性强直。儿童发生

骨骺破坏吸收，引起肢体发育畸形、病理性脱位。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

https://d.book118.com/195303010233012023