

浅谈对错缝病因诊断的点滴认识

泉州市中医院骨伤科 吴培增

错骨缝是中医骨伤科传统的，专有的病名。临床上很常见，治疗手法简单，取效十分显著，由于历史发展的原因；或因历代医家门户之见束缚的结果，本病未能得到公正对待，致使中医正骨学的这一特色无法很好地挖掘和提高，笔者不揣浅陋，对错骨缝一症的病因诊治，略谈拙见，以期抛砖引玉之目的。

一、古今对错骨缝的认识

对于错骨缝，远在唐代《仙授理伤续断秘方》就有此记载，如云：“凡左右损处，只相度骨缝，仔细捻捺，忖度便见大概。”文中之“骨缝”即泛指关节间隙。该条文指出了伤后检查关节面间相互位置的重要性。至清代，对错骨缝一症的认识已经很详细。如《正骨心法要旨》指出：“或因跌扑闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气；摩其壅聚，以散淤结之肿，其患可愈”。又云：“若筋骨隆起，骨缝必错，则成伛偻之形。”可见，当时对错骨缝的病因、体征、症状、诊断和治疗都描述得十分清楚。此外，《伤科汇纂》，《伤科补要》对本病也有相当的认识，并提出采用按摩，内服，外敷，熏洗等综合方法治疗。

新中国诞生之后，对错骨缝的研究首推上海市伤科研究所，已故魏指薪老中医，生前把脱位分为脱，扭，滑，错四种，其中“错”即指错骨缝，并积累了用手法治疗本病的许多经验⁽¹⁾；同一研究所的西医骨科老前辈叶衍庆教授于1964年曾指出：“……中医所谓的错位，虽然在X线摄片上常常无根据，但是在临床上这是事实”⁽²⁾。此外，冯氏⁽³⁾，田氏⁽⁴⁾等医师对错骨缝研究也很有造诣，为这一特色的发展作出了卓越的贡献。

二、病因机制

错骨缝的成因主要分为外因和内因两种。

(1) 外因：主要有直接暴力，间接暴力，肌肉收缩，持续劳损等，不同性质的外力，产生不同关节的错骨缝，通常情况下，直接暴力引起外伤部位的关节发生错骨缝，在全身各大小关节均可发生，临床上最常见；间接暴力引起距受伤部位较远的关节发生错骨缝；肌肉收缩引起所附

着的骨络发生移位而致错骨缝；持续劳损则造成累积性损伤，进而导致关节周围的稳定性发生改变而出现错骨缝。

(3) 外因与内因的辨证关系：在错骨缝一病中，外因是决定的重要因素，不管内因如何，只要是足够强大的外力，都可造成身体上任何关节发生错骨缝；但内因也不容忽视，内因是造成关节不稳定的重要因素，在此基础上，轻微的外力就可引起关节发生错骨缝。

三、临床表现诊断和治疗

临床表现：一般有外伤史可查，外观不肿或微肿，或有畸形，疼痛常不剧烈，呈一种深在的钝痛或隐痛，有酸，胀，沉，重，疲乏等不适感，关节活动稍限，并在某方位上最明显，关节活动时常伴有“格答”响声、用手按在其上，可觉得手下有肿物滑过，局部检查有错位，歪拧，旋转，倾侧等改变，X线平片检查大多呈阴性，或轻微移位。

诊断：本病的诊断，根据病史，症状，体征，X线片改变综合分析，一般不困难，尤其是摸到关节的错移，歪拧，旋转，倾侧等改变，即可明确诊断，但需要和扭伤，骨折，先天性畸形等疾病作鉴别。

治疗：错骨缝的治疗原则，以手法复位为主，药物、针灸、理疗、功能锻炼为辅，一般分三个阶段治疗，(1) 准备阶段：常选用摸、推、拿、按、摩、揉、滚、搓等手法，以疏通经络，松解痉挛。(2) 施治阶段：主要根据损伤的机理和部位，分别采用相对应的手法，诸如牵，旋，扳，踩，端，提，顿，挤等。(3) 术后阶段：除选用某些准备阶段的手法作为收功外，还可配合内服，外敷，熏洗，针灸，理疗，功能锻炼等辅佐之，以加强和巩固治疗。

四、病案举例

例一：吴××，男，49岁，工人，1987年8月6日入院，住院号10069，诉入院前两天闪腰，当即感腰痛，不能转侧，动则加剧，伴咳嗽，咳时腰痛加剧，检查：脊柱外观偏向右，各方活动均受限，后伸最明显，动则疼痛剧，腰骶部两侧广泛触痛，右侧较重，右腰肌紧张，疼痛无放射，直抬腿（-），加强试验（-），“4”字试验（-），膝、跟反射及痛，触觉正常，拟

辨证治疗肋软骨炎78例临床观察

河北省广宗县中医院 范中旗 杨文英

肋软骨炎又称非化脓性软骨炎，是一种比较常见的病。多见于青壮年，临床表现为肋软骨肿大、疼痛。以第二至第四肋软骨发病率为高，其发病原因尚未完全明确。目前多采用强的松龙局部封闭治疗，但易复发。我们自1983年3月——1988年4月运用辨证论治的方法，经78例临床观察，疗效满意，现小结如下，请同道正之。

临床资料

本组78例患者中，男性27例，女性51例；年龄平均在18岁——44岁之间，以21岁——35岁者为多；左侧发病者42例，右侧发病者36例；单侧发病者72例，双侧发病者6例；一根肋软骨发病者79例，二根肋软骨发病者2例；发病在第二肋软骨者41例，第三肋软骨发病者25例，第四肋软骨发病者12例。病程四周以内者50例，四至八周者15例，八周以上者13例；外感型13例，气滞型28例，血淤型25例，阴虚型4例，痰结型8例。

辨证论治

一、外感型：肋软骨处局限性隆起，疼痛，咳嗽时疼重，咽喉肿痛，小便黄赤或见大便秘结，舌质红，舌苔薄黄或黄，脉浮数。
治法：清热解表，通络止痛。
方药：银翘散加减：银花、连翘、炒牛子、

桔梗、薄荷、柴胡、郁金、当归、鸡血藤、水煎服，每日一剂，分早晚二次温服。（煎服法下同，故略）。

二、气滞型，肋软骨处局限性隆起，疼痛，胸闷不舒，情志抑郁，脘腹胀满，饮食减少，苔薄白，脉弦或弦紧。

治法：疏肝理气散结。

方药：柴胡疏肝散加减：柴胡、醋香附、醋元胡、金铃子、郁金、川芎、炙乳香、炙没药、夏枯草。

三、血淤型，肋软骨处局限性隆起，刺痛，夜间尤甚，舌质紫暗或有淤斑，脉涩或弦涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药，复元活血汤加减：柴胡、当归、花粉、炮穿山甲、炙乳香、炙没药、桃仁、红花、元胡、郁金。

四、阴虚型，肋软骨处局限性隆起，隐隐作痛，低热，口干咽燥，舌质红少苔，脉细数。

治法：养血滋阴，软坚散结。

方药，四物汤加味，生地、赤白芍、当归、川芎、地骨皮、元参、鸡血藤、牡蛎。

五、痰结型：肋软骨处局限性隆起，疼痛，咽干、纳差、舌质红、苔白腻、脉弦滑。

治法：消痰丸加味、元参、牡蛎、贝母、云苓、桔红、柴胡、香附、海藻、昆布、夏枯草。

（下转第25页）

诊：腰椎后关节错骨缝，给予手法治疗，先取摸，揉，摩，按，滚等手法做准备，然后重点行斜扳手法治之，在手法进行过程中曾闻及一连串“格答”响声，患者当即感腰部痛骤减，术毕，患者就能端正站立，腰活动增进，配服中药二帖，第三天上午痛愈而出院。

例二：吴××，女，24岁，农，1987年8月18日初诊、诉一月前颈前屈位拉伤后，右颈下、后部疼痛，曾在当地医治无效而来我科求治，晨下，右颈肩隐隐作痛，夜间更甚，颈硬或不适感，活动稍退，检查，有斜方肌痉挛，颈前屈旋左时C6~7右侧感觉疼痛，局部按痛，颈活动稍限，C6棘突轻度右偏，椎孔压缩试验（一）、左臂丛N牵拉试验（一），右侧（±），颈椎正侧位片提示：C6~7椎骨质增生，C6棘突轻度左

偏，拟诊：C6错骨缝。以手法治疗为主，中药内服为辅，先用摸，揉，推，拿，滚等手法准备后，再行板颈手法纠正偏歪的脊突，在术中有闻“格答”声响，术毕颈硬减轻，共行二次手法，并内服中药，辅之，6天后颈痛消失，活动如常。

结语：

何谓错骨缝？错骨缝系指关节中两个相对的面正常解剖结构发生部分位移，并由此而产生一系列临床症状的一种疾病，错骨缝中的位移可小可大，临床症状有轻有重，一般说，位移小的，临床表现不明显，X线征往往呈阴性，诊断十分困难，容易造成误诊或漏诊；位移大的，临床症状，体征比较明显，X线片亦常常呈阳性表现，诊断较容易。目前，对错骨缝一病的诊断尚缺乏行之有效的检查方法。利用现代医学的解剖

实验研究

寒湿痹发病机理的实验研究

中国中医研究院骨伤科研究所 易宪文 房世源 孙树椿

痹证是指由于风寒湿邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致的以肌肉、筋骨、关节发生疼痛、麻木、沉重、活动受限为主要临床表现的病证。对于痹证的成因，祖国医学认为：

“风寒湿三气杂至合而为痹也，其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”不少学者强调了寒湿在痹证发病过程中的作用。南宋张从正指出：“此疾之作，多在四时阴雨之时，及太阴寒水用事之月，故草枯水寒为甚或濒水之地，劳力之人，辛苦失度，触冒风雨，寝处潮湿痹从外入”。^[1]我们通过中医研究院图书情报中心电子计算机检索了近几年有关痹证的文献，大量现代中医临床报道表明，在各种痹证中以寒湿痹较为多见。如杜善颖治疗220例痹证，^[2]其中与寒湿有关的痹证占总数的93.6%。严肃云治疗痹证116例，^[3]其中痛痹加着痹共69例，占总数的59%。陈三才对200例痹证病人进行病因调查，^[4]除去很难找到诱因的62人外，剩下137人中有94人是因寒湿发病的，占总数的68.4%。因此舒尚义认为寒湿痹是痹证的基本型，临床最为多见。^[5]国外学者也意识到寒湿对关节炎的影响，据统计80—90%的关节炎患者对天气变化尤其是寒冷和潮湿的影响较大。^[6]

根据上述中医理论与临床调查结果，本实验从两个方面探讨寒湿对痹证的作用：一方面是给予动物后肢短期寒湿刺激后，通过形态学观察，探讨寒湿对关节软骨结构的影响；另一方面是给予动物后肢短期寒湿刺激后继以木瓜蛋白酶关节腔内注射，通过形态学观察，探讨寒湿对木瓜酶诱发实验性关节炎的影响。骨关节炎属痹证范畴。本实验拟通过以上形态学观察，对寒湿痹病

因病机提供实验依据，并通过实验对寒湿痹（骨关节炎型）动物模型的建立进行探讨。

材料与方方法

选用健康、雄性Wistar大白鼠40只，体重100克左右。实验期间，首先给予寒湿刺激，每日将大白鼠两后肢浸入 $7^{\circ}\pm 1^{\circ}\text{C}$ 恒温水中半小时，然后将大鼠送回笼内自然晾干。寒湿处理10天后，经3%戊巴比妥钠麻醉和局部皮肤消毒后，向作为寒湿—木瓜酶组实验侧的左膝关节腔内注射10%木瓜蛋白酶溶液0.1毫升〔Fluka AG产品，瑞士包装， $\sim 0.5\text{u}/\text{mg}$ ；以无菌0.1M磷酸缓冲液（PH 6.5）配成溶液〕，和0.75M左旋半胱氨酸溶液0.05毫升〔E·Merck产品，亦溶于上述缓冲液〕。向作为寒湿木瓜酶组对照侧的右膝关节腔内，半数动物注射0.15毫升0.1M磷酸缓冲液，半数动物不予注射。所有注射均隔天注射一次，共注射5次。另选大鼠70只，除不予上述寒湿刺激外，其它方法同上，作为单纯木瓜酶组的实验侧与对照侧。

实验动物于末次注射后第3、7、14和28天分批行颈椎脱臼法处死或造成下肢瘫痪，立即取材，制成光镜与电镜标本。

1.石蜡切片标本制作：取胫骨平台立即固定于10%中性福尔马林（PH7.2，含1%溴代十六烷吡啶以利于保存糖胺多糖），EDTA脱钙，梯度乙醇脱水，石蜡包埋。切片分别作H·E染色、Mallory染色、藏红O染色（染液PH值分别为4.5与6.0）和甲苯胺蓝染色。

2.扫描电镜标本制作：先以3%戊二醛关节腔注射，然后暴露关节面，反复冲洗后入3%戊

学和病理学知识来探讨，不难发现本病有类似西医学中的“半脱位”，“关节滑膜嵌顿”，“关节交锁”，“关节紊乱”等症的改变，错骨缝一病的发生、演变等内在机理有待于进一步的研究和阐明。

参考文献：

(1) 魏指薪：中医伤科关节复位法，上海市伤科

研究所《伤科论文汇编第一辑》1958年10月第一版。

(2) 叶衍庆：魏指薪医师的伤科手法的应用及疗效机制，上海伤科研究所《伤科论文汇编第三辑》1964年8月第一版。

(3) 冯天有：《中西医结合治疗软组织损伤》，人民卫生出版社1977年。

(4) 田纪钧《错骨缝的诊断与治疗》，山西科学教育出版社，1987年。