

中西医结合骨伤科中级《专业知识与实践能力》知识点辅导

知识点：损伤的分类

损伤定义：是指人体受到外界各种创伤性因素引起的皮肉、筋骨、脏腑等组织结构的破坏，及其带来的局部和全身性反应。对疾病（症候群）进行分类是进入临床思维的第一步。按损伤的性质和特点主要有下列分类方法。

- 1、按损伤部位分类：分为外伤和内伤。外伤是指皮、肉、筋、骨、脉损伤，可根据受伤的具体部位分为骨折、脱位与筋伤；内伤是指脏腑损伤及损伤所引起的气血、脏腑、经络功能紊乱。
- 2、按损伤性质分类：分为急性损伤与慢性劳损。急性损伤是指由于急骤的暴力所引起的损伤；慢性劳损是指由于劳逸失度或体位不正确而使外力长期累积作用于人体所致的病症。
- 3、按受伤时间分类：分为新伤与陈伤。新伤是指近期（2—3周以内）的损伤，或发病后立即就诊者；陈伤又称宿伤，是指新伤失治，日久不愈，或愈后又因某些诱因，隔一定时间在原受伤部位复发者。
- 4、按受伤部位破损的时间分类：根据受伤部位的皮肤或粘膜是否破损，可分为闭合性损伤与开放性损伤。闭合性损伤是指受钝性暴力损伤而外部无创口者。开放性损伤是指由锐器、火器或钝性暴力作用使皮肤或粘膜破损而有创口，深部组织与外界环境沟通者。皮肉为人之外壁，皮肤完整，则伤处不致污染，外邪不易侵入。皮肤破损，外邪可以从伤口侵入，容易发生感染。
- 5、按受伤程度分类：按受伤的程度不同可分为轻伤与重伤。损伤的严重程度取决于致伤因素的性质、强度，作用时间的长短，受伤的部位及其面积的大小、深度等。
- 6、按受伤职业特点分类：根据患者的职业特点可分为生活损伤、工业损伤、农业损伤、交通损伤和运动损伤等。运动员及舞蹈、杂技、武打演员容易发生各种运动损伤，经常卧床颈部过度屈曲看书或电视者、长期低头伏案工作者容易患颈椎病。这些说明损伤的发生与工作职业及生活习惯有一定关系。
- 7、按照致伤因素的理化性质分类：根据致伤因素的性质可分为物理损伤、化学损伤和生物损伤等。物理损伤包括外力、高热、冷冻、电流等，而中医伤科学研究的对象主要是外力因素引起的损伤。

知识点：损伤的病因

损伤的病因是指引起人体损伤发病的原因，或称为损伤的致病因素。掌握骨、关节及其周围筋肉损伤的病因，才能循因辨证，审因论治，对损伤的性质和程度做出正确的估计，对损伤的治疗和预后有着重要的指导意义。

一、外因 损伤外因是指外界因素作用于人体而引起的损伤，主要是外力伤害，但与邪毒感染及外感六淫等也有一定的关系。

（一）外力因素 外力作用可以损伤人体的皮肉筋骨而引起各种损伤。如跌仆、坠堕、撞击、闪挫、压轧、负重、刀刃、劳损等所引起的损伤都与外力作用有关。根据外力性质的不同，可分为直接暴力、间接暴力、肌肉强烈收缩和持续劳损等四种。

- 1、直接暴力：发生在外力直接作用的部位，如创伤、挫伤、骨折、脱位等。
- 2、间接暴力：发生在远离外力作用的部位，如传达暴力、扭转暴力可引起相应部位的骨折、脱位。（例：自高处坠落，臀部先着地，身体下堕的冲击力与地面向上对脊柱的反作用力造成的挤压即可在胸腰椎发生压缩性骨折，或伴有更严重的脱位及脊髓损伤）图示
- 3、肌肉过度强烈收缩：如跃仆时股四头肌强烈收缩可引起髌骨骨折，投掷手榴弹时肌肉强烈收缩致肱骨干骨折。
- 4、持续劳损：长时间劳损或姿势不正确的操作，使肢体某部位之筋骨受到持续或反复多次的慢性牵拉、摩擦等，均可使筋骨持续受外力积累损伤。

（二）外感六淫 风、寒、暑、湿、燥、火是自然界六种不同的气候变化，若太过或不及，引起人体发病者，称之为“六淫”。外感六淫可引起筋骨、关节疾患，导致关节疼痛或活动不利。《伤科补要》曰：“感冒风寒，以患失颈，头不能转。”说明感受风寒湿邪还可致失枕等疾患。

（三）邪毒感染：外伤后再感受毒邪，或邪毒从伤口乘虚而入，郁而化热，热盛肉腐，附骨成脓，脓毒不泄，蚀筋破骨，则可引起局部和全身感染，出现各种变证。如开放性骨折处理不当可引起化脓性骨髓炎。

二、内因：内因是指由于人体内部变化的影响而致损伤的因素。损伤主要是由于外力伤害等外

在因素所致，但也都有各种不同的内在因素和一定的发病规律，如年龄、体质、局部解剖结构等。（一）年龄：年龄不同，伤病的好发部位及发生率也不一样，如跌倒时臀部着地，外力作用相同，但老年人易引起股骨颈骨折或股骨粗隆间骨折，其中股骨粗隆间骨折的发病年龄又相对高些，而青少年则较少发生。小儿因骨骼柔软，尚未坚实，所以容易发生骨折，但小儿的骨膜较厚而富有韧性，骨折时多发生不完全性骨折。骨既损伤多发生在儿童或正在生长发育、骨骺尚未闭合的少年。（二）体质：体质的强弱与损伤的发生有密切的关系。年轻体壮、气血旺盛、肾气充足、筋骨坚固者不易发生损伤。年老体弱、气血虚弱、肝肾亏虚、骨质疏松者容易发生损伤，如突然滑倒，臀部着地，外力虽很轻微，也可能发生股骨颈或股骨转子间骨折。（三）解剖结构：损伤与其局部解剖结构也有一定的关系。传达暴力作用于某一骨筋时，骨折常常发生在密质骨与松质骨交界处，例如，桡骨下端骨折好发于桡骨下端2—3M松质骨与密质骨交界处。（四）先天因素：损伤的发生与先天禀赋不足也有密切关系。如第一骶椎的隐性脊椎裂，由于棘突缺如，棘上与棘间韧带失去了依附，降低了腰骶关节的稳定性，容易发生劳损。先天性脆骨病、先天性骨关节畸形都可造成骨组织脆弱，易产生骨折。（五）病理因素：伤病的发生还与组织的病变关系密切，内分泌代谢的障碍可影响骨的成分。骨组织的疾患如骨肿瘤、骨结核、骨髓炎均可破坏骨组织，导致局部结构的破坏。（六）职业工种：损伤的发生与职业工种有一定的关系，如手部损伤较多发生在缺乏必要的防护设备下工作的机械工人，慢性腰部劳损多发于经常弯腰负重操作的工人，运动员及舞蹈、杂技、武打演员容易发生各种运动损伤，经常低头工作者容易患颈椎病等。（七）七情内伤：在伤科疾病中，内伤与七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）变化的关系密切。在一些慢性的骨关节痹痛中，如果情志郁结，则内耗气血，可加重局部的病情。在创伤骨折及各类骨关节疾病患者中，性格开朗、意志坚强者，有利于创伤修复和疾病的好转；如果意志薄弱，忧虑过度，则加重气血内耗，不利于疾病的康复，甚至加重病情。因此，中医伤科历来重视精神调养。

知识点：损伤的病机

人体是由皮肉、筋骨、脏腑、经络、气血与津液等共同组成的一个有机整体，人体生命活动主要是脏腑功能的反映，脏腑功能的物质基础是气血、津液。脏腑各有不同的生理功能，通过经络联系全身的皮肉筋骨等组织，构成复杂的生命活动，它们之间保持着相对的平衡，互相联系，互相依存，互相制约，无论在生理活动还是在病理变化方面都有着不可分割的联系。因此，伤病的发生和发展与皮肉筋骨、脏腑经络、气血津液等都有密切的关系。

外伤疾患多由于皮肉筋骨损伤而引起气血瘀滞，经络阻塞，津液亏损，或瘀血邪毒由表入里，而导致脏腑不和；亦可由于脏腑不和由里达表引起经络、气血、津液病变，导致皮肉筋骨病损。在外伤的辨证论治过程中，从整体观念加以分析，既要辨治局部皮肉筋骨的外伤，又要对外伤引起的气血、津液、脏腑、经络功能的病理生理变化加以综合分析、这样才能正确认识损伤的本质和病理现象的因果关系

（一）损伤与皮肉筋骨的关系 1. 伤皮肉 伤病的发生，或破其皮肉，使外邪侵入；或气血瘀滞逆于肉理，则因百气不从，郁而化热，犹如闭门留邪，以致被热为毒；局部皮肉组织受邪毒感染，营卫运行机能受阻，气血凝滞，则郁热化火，酿而成脓，出现局部红、肿、热、痛等症状。若皮肉破损引起破伤风，可导致肝风内动，出现张口困难、牙关紧闭、角弓反张和抽搐等症状。 2. 伤筋 筋急则拘挛，筋弛则瘦弱不用。凡跌打损伤，筋首当其冲，受伤机会最多。在临床上，凡扭伤、挫伤后，可致筋肉损伤，局部肿痛、青紫，关节屈伸不利。即使在“伤骨”的病症中，如骨折时，由于筋附着于骨的表面，筋亦往往首先受伤；关节脱位时，关节四周筋膜多有破损。所以，在治疗骨折、脱位时都应考虑筋伤的因素。慢性的劳损，亦可导致筋的损伤，如“久行伤筋”，说明久行过度疲劳，可致筋的损伤。临床上筋伤机会甚多，其证候表现、病理变化复杂多端，如筋急、筋缓、筋缩、筋挛、筋痞、筋结、

筋惕等等，宜细审察之。

3. 伤骨 在伤科疾患中所见的“伤骨”病证，包括骨折、脱位。多因直接暴力或间接暴力所引起。凡伤后出现肿胀、疼痛、活动功能障碍，并可因骨折位置的改变而有畸形、骨擦音、异常活动，或因关节脱位，骨的位置不正常，可使附着之筋紧张而出现弹性固定情况。但伤骨不会是单纯性的孤立的损伤。如上所述，损骨能伤筋，伤筋亦能损骨，筋骨的损伤必然累及气血伤于内，因脉络受损，气滞血瘀，为肿为病酒

（二）损伤与气血的关系： 损伤与气血的关系十分密切，当人体受到外力伤害后，常导致气血运行紊乱而产生一系列的病理改变。人体一切伤病的发生、发展无不与气血有关。

（1）伤气 因用力过度、跌仆闪挫或击撞胸部等，导致人体气机运行失常，脏腑发生病变，出现“气”的功能失常及相应的病理现象。一般表现为气滞与气虚，损伤严重者出现气闭、气脱，内伤肝胃可见气逆等症。

①气滞：“气伤痛，形伤肿”。气本无形，郁滞则气聚，聚则似有形而实无质，气机不通之处，即伤病之所在，常出现胀闷疼痛。如气滞发生于胸胁，则出现胸胁胀痛，呼吸、咳嗽时均可牵掣作痛等。

②气虚：在伤科疾病中，某些慢性损伤、严重损伤后期、体质虚弱和老年患者等均可见到。其主要证候是：伤痛绵绵不休、疲倦乏力、语声低微、气短、自汗、脉细软无力等。

③气闭：一时性的晕厥、不省人事、窒息、烦躁妄动、四肢抽搐或昏睡困顿等。常见于严重损伤的患者。

④气脱：损伤引起大出血，可造成气随血脱。气脱者多突然昏迷或醒后又昏迷，表现呼吸浅促、面色苍白、四肢厥冷、二便失禁、脉微弱等证候。常发生于开放性损伤失血过多、头部外伤等严重伤

⑤气逆：损伤而致内伤肝胃，造成肝胃气机不降而反逆上，出现暖气频频、作呕欲吐或呕吐等症。

（2）伤血 由于跌打、挤压、挫按以及各种机械冲击等伤及血脉，以致出血。损伤后血的功能失常可出现各种病理现象，主要有血瘀、血虚、血脱和血热。

①血瘀：在伤科疾患中的血瘀多由于局部损伤出血所致。血有形，形伤肿，瘀血阻滞，经脉不通，不通则痛，出现局部肿胀、疼痛。疼痛性质如针刺刀割，痛点固定不移，伤处出现肿胀青紫，面色晦暗、唇舌青紫、脉细或涩等证候。

②血虚：在伤科疾患中，由于失血过多，新血一时未及补充；或因瘀血不去，新血不生；或因筋骨严重损伤，累及肝肾，肝血肾精不充，都能导致血虚。表现为面色不华或萎黄、头晕、目眩、心悸、手足发麻、心烦失眠、爪甲色淡、唇舌淡白、脉细无力。

③血脱：在创伤严重失血时，出现四肢冰冷、大汗淋漓、烦躁不安、甚至晕厥等虚脱症状。

④血热：损伤后积瘀化热或肝火炽盛、血分有热均可引起血热。临床可见发热、口渴心烦、舌红、脉数等证候，可致局部血肉腐败，酝酿液化成脓。

知识点：颅骨骨折

一、概述 颅骨骨折指颅骨受暴力作用所致颅骨结构的改变。其临床意义不在于骨折本身，而在于骨折所引起的脑、脑膜、血管及神经的损伤，可合并脑脊液漏、颅内血肿及颅内感染等。

二、分类 按骨折部位分为：颅盖骨折、颅底骨折 按骨折形态分为：线性骨折、凹陷性骨折 根据骨折是否与外界相通分为：开放性骨折、闭合性骨折

三、临床表现 1、 颅盖骨折 （1） 线性骨折：发生率高，局部压痛，肿胀，病人常伴发局部骨膜下血肿。（2） 凹陷性骨折：好发于额、顶部。多为全层凹陷，局部可扪及局限性下陷区，部分病人仅有内板凹陷。 2、 颅底骨折：因强烈间接暴力作用于颅底所致，常为线性骨折。

四、治疗 1、 颅盖骨折 （1） 不需要手术治疗：单纯线性骨折；凹陷性骨折（凹陷程度轻，陷入深度小于1厘米，又无临床症状） （2） 需要手术治疗： a. 合并脑损伤或大面积骨折片陷入颅腔，导致颅内压升高。 b. 骨折片压迫脑重要部位引起神经功能障碍。 c. 非功能区部位的小面积凹陷骨折，无颅内压增高，深度超过1厘米者考虑择期手术。 d. 开放

性粉碎性凹陷骨折。2、颅底骨折：主要针对由骨折引起的并发症和后遗症进行治疗。出现脑脊液漏时即属开放性损伤，应使用TAT及抗菌药预防感染。大部分脑脊液漏在伤后1—2周自愈，若4周以上仍未停止，可行手术修补硬脑膜。

五、护理问题

1、有感染的危险：与脑脊液外漏有关。

2潜在并发症：颅内血肿、颅内压增高、颅内低压综合征

五、护理措施

1、预防颅内感染，促进漏口早日闭合

(1) 体位：绝对卧床休息，半坐位，头偏向患侧；

(2) 保持局部清洁：每日2次用无菌生理盐水棉球清洁外耳道、鼻腔或口腔。劝告病人勿挖鼻、抠耳，注意不可堵塞鼻腔。

(3) 避免颅内压骤升：嘱病人勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等。

(4) 对于脑脊液鼻漏者，不可经鼻腔进行护理操作。严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管，禁止耳鼻滴药，冲洗和堵塞，禁忌做腰穿。

(5) 注意有无颅内感染迹象：体温持续在38摄氏度以上，且有脑膜刺激征，应及时通知医生处理。

(6) 遵医嘱应用抗菌药及TAT或破伤风类毒素。

六、愈后

1、线性骨折：成人一般2—5年能恢复，小儿1年。

2、若颅骨缺损可在伤后半年作颅骨成形术。

3、颅骨缺损者应注意避免局部碰撞。

知识点：肋骨骨折

【概述】肋骨骨折在胸部伤中约占61%—90%。不同的外界暴力作用方式所造成的肋骨骨折病变可具有不同的特点：作用于胸部局限部位的直接暴力所引起的肋骨骨折，断端向内移位，可刺破肋间血管、胸膜和肺，产生血胸或（和）气胸。间接暴力如胸部受到前后挤压时，骨折多在肋骨中段，断端向外移位，刺伤胸壁软组织，产生胸壁血肿。枪弹伤或弹片伤所致肋骨骨折常为粉碎性骨折。在儿童，肋骨富有弹性，不易折断，而在成人，尤其是老年人，肋骨弹性减弱，容易骨折。

【诊断】肋骨骨折的诊断主要依据受伤史、临床表现和X线胸片检查。按压胸骨或肋骨的非骨折部位（胸廓挤压试验）而出现骨折处疼痛（间接压痛），或直接按压肋骨骨折处出现直接压痛阳性或可同时听到骨擦音、手感觉到骨摩擦感和肋骨异常动度，很有诊断价值。X线胸片上大都能够显示肋骨骨折，但是，对于肋软骨骨折、“柳枝骨折”、骨折无错位、或肋骨中段骨折在胸片上因两侧的肋骨相互重叠处，均不易发现，应结合临床表现来判断以免漏诊。无合并损伤的肋骨骨折称为单纯性肋骨骨折。除了合并胸膜和肺损伤及其所引起的血胸或（和）气胸之外，还常合并其他胸部损伤或胸部以外部位的损伤，诊断中尤应注意。第1或第2肋骨骨折常合并锁骨或肩胛骨骨折，并可能合并胸内脏器及大血管损伤、支气管或气管断裂、或心脏挫伤，还常合并颅脑伤；下胸部肋骨骨折可能合并腹内脏器损伤，特别是肝、脾和肾破裂，还应注意合并脊柱和骨盆骨折。但是，当第7肋以下的肋骨骨折时，由于骨折处肋间神经受刺激，产生传导性腹痛，应注意与腹腔脏器损伤所引起的定位性腹痛相鉴别。

【治疗措施】单纯性肋骨骨折的治疗原则是止痛、固定和预防肺部感染。可口服或必要时肌注止痛剂。肋间神经阻滞或痛点封闭有较好的止痛效果，且能改善呼吸和有效咳嗽机能。肋间神经阻滞可用0.5%或1%普鲁卡因5毫升注射于脊柱旁5厘米处的骨折肋骨下缘，注射范围包括骨折肋骨上、下各一根肋骨。痛点封闭是将普鲁卡因直接注射于肋骨骨折处，每处10毫升。必要时阻滞或封闭可12—24小时重复一次，也可改用长效镇痛剂。注意穿刺不可过深，以免刺破胸膜。半环式胶布固定具有稳定骨折和缓解疼痛的功效，方法是用5—7厘米宽的胶布数条，在呼气状态下自后而前、自下而上作叠瓦式粘贴胸壁，相互重叠2—3厘米，两端需超过前后正中线3厘米，范围包括骨折肋骨上、下各一根肋骨（图5—3）。但是，因其止痛效果并不理想、限制呼吸且有皮肤过敏等并发症，故而除在转送伤员才考虑应用外，一般不应用，或应用多头胸带或弹力束胸带，效果更好。预防肺部并发症主要在于鼓励病人咳嗽、经常坐起和辅助排痰，必要时行气管内吸痰术。适量给予抗菌素和祛痰剂。对于连枷胸的处理，除了上述原则以外，尤其注意尽快消除反常呼吸运动、保持呼吸道通畅和充分供氧、纠正呼吸与循环功能紊乱和防治休克。当胸壁软化范围小或位于背部时，反常呼吸运动可不明显或不严重，可采用局部夹垫加压包扎。但是，当浮动

幅度达3厘米以上时可引起严重的呼吸与循环功能紊乱,当超过5厘米或为双侧连枷胸(软胸综合征)时,可迅速导致死亡,必须进行紧急处理。首先暂时予以夹垫加压包扎,然后进行肋骨牵引固定。以往多用巾钳重力牵引,方法是在浮动胸壁的中央选择1~2根能持力的肋骨,局麻后分别在其上、下缘用尖刀刺一小口,用布钳将肋骨钳住,注意勿损伤肋间血管和胸膜,用牵引绳系于钳尾部,通过滑车用2~3公斤重量牵引约2周左右。目前,已根据类似原理设计出多种牵引器,是用特制的钩代替巾钳,用胸壁外固定牵引架代替滑车重力牵引,方法简便,病人能够起床活动且便于转送。在需行开胸手术的病人,可同时肋骨骨折进行不锈钢丝捆扎和缝扎固定或用克氏针作骨髓内固定。目前已不主张对连枷胸病人一律应用控制性机械通气来消除反常呼吸运动(呼吸内固定法),但对于伴有严重肺挫伤且并发急性呼吸衰竭的病人,及时进行气管内插管或气管切开后应用呼吸机治疗,仍有其重要地位。肋骨骨折多可在2~4周内自行愈合,治疗中也不像对四肢骨折那样强调对合断端。单纯性肋骨骨折本身并不致命。治疗的重点在于对连枷胸的处理,对各种合并伤的处理以及防治并发症,尤其是呼吸衰竭和休克。【临床表现】偶尔由于剧烈的咳嗽或喷嚏等,胸部肌肉突然强力收缩而引起肋骨骨折,称为自发性肋骨骨折,多发生在腋窝部的第6~9肋。当肋骨本身有病变时,如原发性肿瘤或转移瘤等,在很轻的外力或没有外力作用下亦可发生肋骨骨折,称为病理性肋骨骨折。肋骨骨折多发生在第4~7肋;第1~3肋有锁骨、肩胛骨及肩带肌群的保护而不易骨折;第8~10肋渐次变短且连接于软骨肋弓上,有弹性缓冲,骨折机会减少;第11和12肋为浮肋,活动度较大,甚少骨折。但是,当暴力强大时,这些肋骨都有可能发生骨折。仅有1根肋骨骨折称为单根肋骨骨折。2根或2根以上肋骨骨折称为多发性肋骨骨折。肋骨骨折可以同时发生在双侧胸部。每肋仅一处折断者称为单处骨折,有两处以上折断者称为双处或多处骨折。序列性多根多处肋骨骨折或多根肋骨骨折合并多根肋软骨骨折或双侧多根肋软骨骨折或骨折脱位,则造成胸壁软化,称为胸壁浮动伤,又称为连枷胸。局部疼痛是肋骨骨折最明显的症状,且随咳嗽、深呼吸或身体转动等运动而加重,有时病人可同时自己听到或感觉到肋骨骨折处有“咯噔咯噔”的骨摩擦感。疼痛以及胸廓稳定性受破坏,可使呼吸运动受限、呼吸浅快和肺泡通气减少,病人不敢咳嗽,痰潴留,从而引起下呼吸道分泌物梗阻、肺湿变或肺不张。这在老弱病人或原有肺部疾患的病人尤应予以重视。在连枷胸,当吸气时,胸腔负压增加,软化部份胸壁向内凹陷;呼气时,胸腔压力增高,损伤的胸壁浮动凸出,这与其他胸壁的运动相反,称为“反常呼吸运动”。反常呼吸运动可使两侧胸腔压力不平衡,纵隔随呼吸而向左右来回移动,称为“纵隔摆动”,影响血液回流,造成循环功能紊乱,是导致和加重休克的重要因素之一。连枷胸时胸痛和胸廓稳定性破坏更为严重,反常呼吸运动更使呼吸运动受限,咳嗽无力,肺活量及功能残气量(FRC)减少,肺顺应性和潮气量降低,常伴有严重的呼吸困难及低氧血症。过去曾认为,连枷胸时有部份气体随着吸气和呼气而在健侧和伤侧肺内之间来回流动,不能与大气交换,称为残气对流或摆动气,是造成呼吸功能障碍的主要原因。而目前认为摆动气并不存在,而连枷胸所常伴有的肺挫伤可使肺泡和间质出血、水肿、肺泡破裂和不张,是引起呼吸功能障碍的重要原因。【并发症】第1或第2肋骨骨折常合并锁骨或肩胛骨骨折,并可能合并胸内脏器及大血管损伤、支气管或气管断裂、或心脏挫伤,还常合并颅脑伤;下胸部肋骨骨折可能合并腹内脏器损伤,特别是肝、脾和肾破裂,还应注意合并脊柱和骨盆骨折。

知识点:急性腰扭伤

【概述】急性腰扭伤是腰部肌肉、筋膜、韧带等软组织因外力作用突然受到过度牵拉而引起的急性撕裂伤,常发生于搬抬重物、腰部肌肉强力收缩时。急性腰扭伤可使腰骶部肌肉的附着点、骨膜、筋膜和韧带等组织撕裂。【治疗措施】急性期应卧床休息。压痛点明显者可用1%普鲁卡因(或加入醋酸氢化可的松1毫升)作痛点封闭,并辅以物理治疗。也可局部敷贴活血、散瘀、止痛膏药。症状减轻后,逐渐开始腰背肌锻炼。【临床表现】患者有搬抬重物

史，有的患者主诉听到清脆的响声。伤后重者疼痛剧烈，当即不能活动；轻者尚能工作，但休息后或次日疼痛加重，甚至不能起床。检查时见患者腰部僵硬，腰前凸消失，可有脊柱侧弯及骶棘肌痉挛。在损伤部位可找到明显压痛点。

知识点：骨盆骨折

发生于骨盆骨、骶板和关节的连续性中断称为骨盆骨折。【发病机理】骨盆上与腰椎相连，下借髋臼与下肢骨骼相连，身体的重量由躯干向下经骨盆传达至下肢，骨盆由骶骨、尾骨和两侧髋骨、髌骨、耻骨和坐骨接连而成，形如漏斗，两髌与骶骨构成骶髌关节；髋臼与股骨头构成髋关节；两侧耻骨借纤维软骨构成耻骨联合；关节均有坚强的韧带附着。骨盆环有两个负重主弓，站立时，重力线经骶髌至两侧髋关节，称骶股弓；坐位时，重力线经骶髌关节至两侧坐骨结节，称骶坐弓。另外，两个副弓起到约束作用，一个经耻骨体及耻骨上支，可防止骶股弓分离；一个经耻骨下支及坐骨下支，支持骶坐弓，副弓比较薄弱，容易发生骨折。主弓有骨折时，副弓大多同时骨折。【骨盆骨折诊断标准】1. 多为强大暴力挤压伤引起，也可因肌肉强烈收缩造成撕脱骨折或直接暴力引起骶尾骨骨折。2. 局部疼痛、肿胀或皮下淤斑血肿形成。疼痛广泛，压痛显著，翻身困难，移动下肢时疼痛加剧。骨盆挤压分离试验阳性。髌骨部、耻骨或耻骨联合处可触及骨折端。骶尾部骨折或脱位者肛门指诊有触痛。3. 常伴有严重合并症，如腹膜后有巨大血肿时可伴休克，并有腹痛、腹胀或腹肌紧张，要与腹腔内出血鉴别；注意有无尿道、膀胱、直肠、神经及其他内脏损伤。4. X线摄片可明确骨折部位、类型及移位情况。【西医治疗】一、无损于骨盆环完整性的骨折 1. 对症处理。2. 卧床休息 3~4 周。二、骨盆环一处骨折 1. 卧床休息 4~6 周。2. 对症处理。3. 严重者手法复位，骨盆夹板固定。三、骨盆环两处以上断裂骨折 1. 卧床休息。2. 手法复位，根据骨折类型而用不同的手法进行复位。骨盆夹固定。3. 双下肢骨牵引及骨盆悬吊复位。4. 应用外固定器复位与固定。在两侧髌骨嵴上面经皮穿入三根 25mm 不锈钢针，使之进入髌骨内外板之间，深约 6~7cm，针距 1.5cm，针尾留在皮外；两组钢针各自用一固定夹子固定由连接在带有正反螺旋扣能调节的外固定器上，然后根据 X 线光片所示骨盆骨折变形及移位情况，在牵引下矫正骨盆骨折向上移位，调节外固定器横杆，利用其加压及撑开的作用。纠正骨盆的内翻内旋及分离畸形，然后拍片，证实复位满意后，旋紧架上各固定部分，以维持复位与固定。5. 手术治疗：采用手术切开复位，用改形钢板螺丝钉，加压螺丝钉等内固定方法。对陈旧性后遗骶髌关节不稳者，经长期保守治疗无效，疼痛严重，可行骶髌关节融合术。

知识点：肩关节脱位

肩关节脱位是最常见的关节脱位之一，根据脱位时间长短和脱位次数的多寡，可分为新鲜性、陈旧性和习惯性脱位三种，根据脱位后肱骨头所在部位，又可分为前后两种，而前脱位又可分为喙突下、孟下、锁骨下及胸腔内脱位。其中以喙突下脱位最多见。新鲜脱位处理不及时或不妥，往往转变为陈旧性脱位，脱位有时可伴有骨折。【发病机理】肩关节易于发生脱位是由其解剖结构及生理功能所决定。肩关节由肱骨头及肩盂构成，肩盂小且浅，只占肱骨头关节面的 $1/3 \sim 1/4$ ，因此该关节的骨性结合不牢固。此外肩关节囊松大薄弱、前方尤为明显，这种结构为增大肩关节的活动度提供良好的条件，但对关节的稳定则是不利因素。虽有关节囊韧带加强，但缺乏相当于髋、膝关节所特有的坚强韧带结构，因此从韧带角度看，肩关节也是最不稳定的关节。维持关节稳定的另一因素是肌肉的作用，而肩关节的稳定正是主要依赖于肌肉的协调平衡作用来维持的。一旦肩部的主要肌肉麻痹或部分肌肉受损，肌力减弱，肩部的肌肉就失去了平衡，协调和稳定肩关节的作用，从而可使本不稳定的关节更不稳定。虽然从稳定性方面分析，肩关节结构有以上几方面不稳定因素，但从解剖功能角度看，以上结构的特点却使肩关节具有全身各关节中活动面最广、活动范围最大的功能特点。也正如此，在一广泛的活动范围内，在任何一个活动角度或部位，或活动的任一瞬时，如某一结构遭受破坏，或肌肉的协调作用失去平衡，都可破坏关节的相对稳定性而致关节脱位。肩关

节脱位有以下几种：肩关节前脱位较常见，多为外伤性。根据脱位后肱骨头所在的部位可分为孟下脱位、喙突下脱位、锁骨下脱位及罕见的胸腔内脱位。以间接暴力引起者较常见。病人向一侧跌倒，手掌着地，肱骨干呈高度外展外旋位，由手掌传达到肱骨头的外力冲破关节囊前壁，向前滑出至喙突下空隙部，造成喙突下脱位。如外力继续作用，肱骨头可被推至锁骨下，较少见。极个别情况，暴力强大，肱骨头可冲破肋间进入胸腔形成胸腔内脱位，极罕见。另一种为杠杆作用外力，当上肢过度外旋、过伸、外展、肱骨颈受到肩峰冲击成为杠杆的支点，使肱骨头向前下部滑脱，先为孟下脱位，后滑至肩前部成为喙突下脱位。直接暴力多因外力由肱骨头后部传来，致肱骨头向前脱位，但较少见。【病理】肩关节脱位的主要病理改变为关节囊撕裂和肱骨头移位。关节囊破裂多发生在关节孟的前下缘或下缘，有时也可有关节囊附着处撕裂，甚至关节孟唇或骨性孟缘一起撕裂，肱骨头后外侧也可发生压缩性骨折。当关节囊靠近肱骨头撕脱时，由于肩袖、肩胛下肌腱及肱二头肌长腱与关节囊相连，这些肌腱有时可能与关节囊一齐撕脱或撕裂。肱二头肌腱长头因与关节囊密切相连，偶尔可由结节间沟向外滑至肱骨头后侧，妨碍肱骨头复位。肩关节前脱位可合并肱骨大结节撕脱骨折。腋神经或臂丛神经的内束有时可被牵拉或被肱骨头压迫。血管损伤者较少见，还有合并冈上肌断裂及肱骨外科颈骨折者。陈旧性肩关节脱位其主要病理变化是关节周围及关节腔内血肿机化，大量纤维疤痕组织充满关节腔内外，形成坚硬的实质性纤维结节，并与关节孟、肩袖和三角肌紧密粘连，将肱骨头固定于脱位后的部位。

知识点：肩锁关节脱位

肩锁关节脱位多由直接暴力所致。当肩关节处于外展、内旋位时，外力直接作用于肩顶部，由上而下冲击肩峰，均可造成。间接暴力所致者，多由上肢向下过度牵拉引起。半脱位时仅肩锁关节囊和肩锁韧带撕裂，锁骨外侧端由于除锁韧带的限制作用，仅有限度地向上移。全脱位时，喙锁韧带亦撕裂，锁骨与肩峰完全分离，并显著向上移位。严重影响上肢功能。【发病机理】肩锁关节由锁骨外端与肩峰内面构成。其间衬垫有纤维软骨盘，其形状为盘形或半月形。肩锁关节由薄弱的关节囊包绕，关节囊增厚的部分形成肩锁韧带，起增加稳定关节的作用。三角肌和斜方肌在锁骨及肩峰上附着的纤维进一步加强了肩锁关节的稳定。肩锁关节的稳定主要依靠韧带保持。喙锁韧带维持肩胛骨与锁骨的恒定关系，保持肩锁关节在上下方向上的稳定性。前后方向上的稳定性则由肩锁韧带及三角肌，斜方肌的腱性纤维所保持，后者跨越肩锁关节而附着在肩峰和锁骨上，并与肩峰韧带相互交织。只有在上述组织和关节囊破裂后肩锁关节半脱位或脱位才有可能发生。①半脱位：仅肩锁关节囊和韧带撕裂，锁骨外端向上移位。②全脱位：喙锁韧带也撕裂，锁骨即与肩峰完全分离并显著地向上移位。【中医诊断】有明显外伤史。伤后局部压痛、疼痛、肿胀。半脱位者，锁骨外侧端向上移位，肩峰与锁骨不在同一水平面上，可触及高低不平的肩锁关节。双侧对比，被动活动时，患侧锁骨外侧端活动范围增加，肩关节功能障碍。全脱位者，锁骨外侧端隆起，畸形明显，患侧上肢外展，上举活动困难，检查时，肩锁关节处可摸到一凹陷沟，局部压痛有明显弹跳征，如按琴键。【西医诊断标准】肩锁关节脱位诊断标准：1. 外伤史。2. 受伤部擦伤，挫伤和肿胀、疼痛，肩关节功能障碍。3. 肩锁关节部有压痛，锁骨外端向上移位。锁骨活动试验阳性，迅速下压锁骨远端后解除压力，锁骨可于“下沉”后弹起。4. X线：可发现锁骨外侧端与肩峰端完全分离，锁骨向上移位明显。【中医治疗】一、复位手法：患者取坐位。患侧肘关节屈曲90°，术者一手将肘关节上托，另一手将锁骨外端向下压，肩锁关节可复位。二、固定方法：应用肩锁关节脱位胶布固定法：复位后屈肘90°，将高低纸压垫置于肩锁关节前上方，另取3个棉垫，分别置于肩锁关节，肘关节背侧及腋窝部，然后用3~5cm的宽胶布，自患侧胸锁关节下，经锁骨上窝斜向肩锁关节处顺上臂向下绕过肘关节处，拉向同侧肩胛下角内侧固定。亦可取另一条宽胶布重复固定一次。固定时，术者两手始终保持纵向挤压力，助手将胶布拉紧固定。三、练功活动：详见‘康复’栏。四、药物治疗：1. 初期：宜活血

化瘀、消肿止痛，以舒筋活血汤内服。2. 中期：肿痛减轻，宜舒筋活血、强壮筋骨，以壮筋养血汤内服。3. 后期：症状消失，宜补肝肾、舒筋活络，以补肾壮筋汤加减内服。五、其他疗法：肩锁关节全脱位，若外固定不能维持其对位者，多采用切开复位内固定。

知识点：锁骨骨折

中医：锁骨骨折，缺盆骨折，锁子骨断伤，井栏骨折断，【诊断标准】锁骨骨折诊断标准：1. 多由间接暴力引起。2. 局部肿胀、压痛，可扪及移位的骨折端。3. 幼儿不能自诉疼痛部位，皮下脂肪丰满，畸形不明显，易被漏诊，若不愿活动上肢，应想到本症。4. X线正位片可确诊骨折类型。【鉴别诊断】1. 肩部软组织损伤：有受伤史和局部肿痛。锁骨外1/3骨折局部有畸形，活动肩关节时疼痛增剧，用一手固定肩部拇指按于锁骨处，另一手托患者肘部向上推送，有异常活动，X线片即可提示骨折，软组织损伤无畸形和异常活动。2. 肩锁关节脱位：有受伤史和肩外侧肿胀、疼痛，肩锁关节脱位可触及锁骨肩峰端漂浮感。X线片拍正位片即可鉴别。3. 婴幼儿锁骨骨折与臂丛神经瘫相区别：臂丛神经瘫除肩部活动无力外一般肩部不疼锁骨完整，同时有肩部内收内旋，肘部伸直畸形，有相应的感觉减退区，随时间增长，有相应的肌肉萎缩。【治疗】锁骨骨折绝大多数可用非手术方法治疗。幼儿无移位骨折及青枝骨折，均不需要手法复位，仅给予适当固定以限制活动即可。对有移位的一定要纠正重叠移位和成角移位，用手法复位和固定。锁骨骨折的治疗方法较多，不同类型应根据具体情况采用不同的治疗方法。一、复位手法（一）幼儿锁骨有移位骨折：采用双手扳住患儿两肩外展，两拇指顶住两肩胛间区，向背后徐徐用力牵引，使患儿挺胸、肩部后伸，后用拇、食、中三指以提按手法将远端向上向后端提，将近端向下按捺，使之复位。（二）少年及成人锁骨骨折：1. 膝顶复位法：详见‘西医治疗’栏。2. 外侧牵引复位法：详见‘西医治疗’栏。二、固定方法：1. 横“8”字绷带固定法。2. 斜“8”字绷带固定法。3. 双圈固定法。儿童一般固定2~3周，成人固定4周。粉碎骨折6周。三、药物治疗：初期宜活血化瘀、消肿止痛，可内服复元活血汤。中期宜接骨续筋，内服可选用续骨活血汤、新伤续断汤。后期宜养气血、补肝肾、壮筋骨，可内服肢伤三方或补血固骨方。

知识点：肱骨外科颈骨折

肱骨外科颈位于解剖颈下2~3cm，相当于大小结节移行于肱骨干的交接处，为松质骨和皮质骨的邻界部位，故最易发生骨折，任何年龄均可发生。紧靠肱骨外科颈内侧有腋神经向进入三角肌内，臂丛神经、腋动静脉经过腋窝，骨折端严重移位时可合并神经血管损伤。肱骨外科颈骨折系指在肱骨解剖颈下2—3cm，相当于肱骨大、小结节狭窄的下部，在肱骨干的交接处发生的骨折。【病理】根据外力打击的情况不同，骨折可分为：1. 裂纹骨折：肩部外侧受到直接暴力，造成大结节骨折合并肱骨外科颈裂纹骨折。2. 外展型骨折：由间接暴力造成，骨折近段内收，远段外展。骨折远段外侧的骨皮质嵌插于骨折近段内侧或两骨折端重叠移位，远端位于近段的内侧，形成向内成角畸形。3. 内收型骨折：较少见，亦因间接暴力造成。因外力使骨折近段外展，骨折远段内收。骨折远端与近段的外侧嵌插或重叠移位于骨折近段的外侧，形成向外成角畸形。4. 骨折合并脱位：骨折后由外力的继续作用，除引起骨折外，还会将肱骨头从关节腔内推出，造成骨折合并脱位。【治疗】根据骨折的类型确定治疗方法。由于该骨折靠近关节，界于松质骨与皮质骨之间，容易愈合，但骨折后由于血肿机化易与附近软组织粘连，发生肩关节僵硬、要求早期活动。单纯裂隙骨折无需固定，用三角巾悬吊上肢于肩关节中立位2—3周即可。尽早活动肩关节。外展、内收型骨折无移位者（或断端嵌插、年老体衰骨折无移位者）不必复位，仅作局部外固定即可。用局部夹板超关节固定，以利于骨折修复，减少疼痛。内收型不稳定的骨折，可用牵引床外展前屈持续牵引法。但在牵引期间不能作肩关节活动，防止发生移位。目前，对移位明显的肱骨外科颈骨折在局麻下手法复位，术后给肩关节夹板固定，可以收到很好的效果，可以体现“动、静结合”的原则，早期锻炼。对于手法复位不理想，或固定不稳；仍有移位者，可考虑采用手术切开复位，

克氏针作交叉内固定。不论是内收型或外展型的均可采用肩关节前侧入路，作一个较大的三角肌胸大肌切口，显露肩关节。瘦弱的病人不须从锁骨上分离三角肌前缘作复位与内固定，只要将肩关节外展 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，将三角肌前面向外、向上拉开，将胸大肌及头静脉向内牵开，即可显露骨折局部，注意有无肱二头肌腱挟于骨折间隙内，影响复位，直视下进行复位，同从肱骨外侧用骨圆针，进行交叉固定，或者用螺丝钉进行固定，并观察固定后骨折处的稳定程度。术后给以外展位固定。三月后考虑拔除内固定，儿童可在 6 周后拔除内固定，作功能锻炼。

知识点：桡骨小头半脱位

【概述】1671 年由 Fournier 首先描述。是婴幼儿常见的肘部损伤之一。发病年龄 1-4 岁，其中 2-3 岁发病率最高，占 62.5% 男孩比女孩多，左侧比右侧多。当时关节伸直，前臂旋前位忽然受到纵向牵拉时容易引起桡骨小头半脱位。常见的是大人领患儿上台阶时，牵拉胳膊时出现。【诊断】有上肢被牵拉病史，肘部疼痛，无肿胀和畸形肘关节有屈曲，桡骨头处有压痛。X 线检查阴性。【治疗措施】复位时不用麻醉，先将前臂旋后，伸肘稍加牵引，拇指压肘前桡骨小头处，屈曲肘关节，必要时前后旋转前臂，可感到复位的响声，复位后肘部及前臂可活动自如。复位后用三角巾悬吊一周。如活动时疼痛或复发，宜用石膏固定于屈肘 90° 2 周，应注意勿提拉小儿手臂，防止复发。4~6 岁后桡骨头长大，即不易脱出。【临床表现】半脱位时肘部疼痛，患儿哭闹，肘部半屈曲，前臂中度旋前，不敢旋后和屈肘，不肯举起和活动患肢，桡骨头部位压痛，X 线检查阴性。

知识点：肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折指肱骨下端 5cm 范围内的骨折。肱骨下端扁而宽，前面有冠状窝，后有鹰嘴窝，两窝之间仅有一层极薄的骨片相隔。肱骨髁上部处于松质骨与密质骨交界处，为应力上的弱点，故易发生骨折。窝下方内侧为滑车，亦称内髁；外侧为肱骨小头，亦称外髁。两髁连成一块，并与肱骨上轴形成向前 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 的前倾角。滑车略低于肱骨小头，所以当肘关节伸直时呈现 $5^{\circ} \sim 7^{\circ}$ 的携带角。肱骨下端两侧的隆起部为内、外上髁。内上髁为前臂屈肌总腱的附着处，外上髁为前臂伸肌总腱附着处。【病理】根据暴力的方向及骨折移位情况可分为两型：①伸直型：肘关节过度伸直造成的骨折，骨折后骨折近端移向前方而骨折远端移向后方，骨折处向前成角畸形。由于暴力的方向不同，骨折远端还向尺或桡侧移位，故在伸直型骨折中又分尺侧及桡侧型两类：尺侧型为骨折远端向后、向尺侧移位或尺侧骨皮质嵌插，若复位不当，是发生肘内翻的主要原因；桡侧型相反，骨折远端向桡侧移位或桡侧骨皮质嵌插，一般不会产生肘内翻。②屈曲型：肘关节在屈曲位，暴力由后下方向前上方撞击尺骨鹰嘴，使肱骨髁上脆弱部折断，骨折远端向前移位。伸直型髁上骨折易并发神经、血管损伤。①血管损伤，多为损伤刺激或压迫肱动脉所致。亦可因血肿及肱二头肌筋膜对张力的限制所致。若腕部桡动脉搏动减弱或消失，应引起注意。临床表现为 Volkmann 缺血性挛缩；其前驱症状为剧痛，桡动脉搏动消失、肿胀、手部皮肤发凉、发白、发绀、麻木，早期被动伸直牵拉手指时，产生剧烈疼痛。②神经损伤，多为挫伤，多见于正中神经，桡神经次之，尺神经最少见。通常三月内均能自愈。【鉴别诊断】1. 肱骨下 1/3 骨折：由于骨折部位不一样，其疼痛的部位、范围则不一致，X 线片可区别。2. 肘关节脱位：有明显的畸形，有弹性固定肘关节。拍 X 线片，可以辨别。3. 肱骨髁间骨折及肱骨下端骨骺滑脱：虽在症状和体征上相同，但 X 线片即可明确诊断。【治疗】在治疗上强调手法治疗为主，其手法复位的方法，与‘西医治疗’相同。药物治疗上仍要坚持三期辨证论治的原则，早期应活血祛瘀，消肿止痛。用复元活血汤加三七、丹参。肿胀甚者，加茅根、木通等利水之类。中期宜和营生新，接骨续损，可服用续骨活血汤或肢伤二方，成药用三七伤药片，或伤科接骨片。后期宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可内服补肾壮筋汤或肢伤三方。并用中药在解除夹板后熏洗。

知识点：肱骨髁间骨折

肱骨髁间骨折是肘部较严重的典型的关节内骨折。又称肱骨髁上粉碎骨折。【发病机理】跌倒时，肘伸直位手掌触地，地面向上的传达暴力将肱骨髁向上推，由上而下的冲击力将肱骨干向前推，在造成髁上骨折的同时，尺骨鹰嘴半月切迹撞击滑车沟，将肱骨髁劈成两半，向后移位，为伸直型骨折。或者跌倒时，肘屈曲位着地，尺骨鹰嘴推顶滑车沟，在造成髁上骨折同时肱骨髁劈成两块，并向前移位，为屈曲型骨折。【病理】髁间骨折与髁上骨折相同，根据其受伤机理，骨折断端移位的方向，分为伸直型和屈曲型两型。Riseborough 等按骨折移位程度分为四度：Ⅰ度，骨折无移位或轻微移位，关节面平整；Ⅱ度，骨折有移位，但两髁无旋转及分离，关节面基本平整；Ⅲ度，远骨端两髁旋转分离，关节面不平，Ⅳ度，骨折块粉碎，肱骨髁碎成三块以上，关节面严重破坏。按骨折线形状，分为“T”型和“Y”型或粉碎型。【诊断标准】肱骨髁间骨折诊断标准：1. 外伤史。2. 疼痛、肿胀、功能严重障碍。3. 肘部有畸形，骨性标志改变、骨擦感。3. X线片。可明确骨折线的形状和移位。5. 注意有无肢体远端的血运和感觉改变。

知识点：指间关节脱位

手指间关节，由近节指骨滑车与远节指骨基底部构成。分为近侧和远侧指间关节。指间关节脱位较为常见，各手指的近侧或远侧指间关节均可发生。脱位的方向多为远节指骨向背侧移位或内、外侧移位，前方脱位极为罕见。指间关节脱位常与侧副韧带损伤同时发生。【发病机理】指骨间关节为单向活动的屈伸关节，在关节极度过伸、扭转或侧方挤压时，可造成关节囊关节侧副韧带损伤，重者韧带断裂，或伴有撕脱骨折，有时造成关节脱位。脱位的方向大多是远节指骨向背侧移位，同时有侧方偏移。【诊断】在指间关节极度过伸，扭转或侧方挤压外力作用时可造成指间关节脱位。有时伴有侧副韧带损伤，严重者侧副韧带断裂。关节脱位后，关节呈梭形肿胀、疼痛、局部压痛，自动伸屈活动障碍。指骨间解剖关系异常。【治疗】一、复位手法：见‘西医治疗’栏。二、固定方法：用塑形铝板或竹片，置患指于轻度对掌位1~3周。亦可用邻指胶布固定。三、练功活动：详见‘康复’栏。四、药物治疗：早期应内服活血化瘀，消肿止痛之剂，可选用舒筋活血汤加减，去除固定后，应重用舒筋活络的中药熏洗患手，如上肢洗方。

知识点：掌指关节脱位

掌指关节脱位，是指近节指骨基底部脱离掌指关节向背侧移位或掌骨头向掌侧移位。掌指关节脱位较为常见，而以拇指掌指关节脱位最多见，其次为食指掌指关节脱位。第3~5掌指关节脱位少见。掌指关节由各掌骨头与相应近节指骨基底构成。拇掌指关节为屈戌关节，可作伸屈运动。其他四指的掌指关节为球窝关节，能作屈、伸、内收，外展及环转活动。但不能作回旋运动。掌指关节的主要运动是伸、屈，其中屈力较伸力大得多，伸直时仅有20°~30°的侧方活动，屈曲时侧方活动微小。掌指关节的两侧背侧及掌侧均有韧带附着，以加强关节的稳定性。【病理】脱位后屈指肌腱鞘被推向掌骨头尺侧，蚓状肌脱向桡侧。前关节囊纤维软骨板移至掌骨头背面而隔开掌骨头及指骨，掌骨头掌面被浅横韧带卡住。【诊断】按照脱位的部位分为：拇指掌指关节脱位和手指掌指关节脱位，拇指掌指关节脱位较为常见，多由杠杆作用及关节过伸位受伤所致。手指掌指关节脱位，多由掌指关节过度背伸暴力引起。【治疗】复位手法、固定方法均参‘西医治疗’栏。药物治疗：内服药按骨折三期辨证用药，后期外用中药熏洗。

知识点：肱骨内上髁骨折

肱骨内上髁骨折为青少年常见的关节损伤之一，又称肱骨内上髁骨骺分离，常发生在7—15岁儿童，多为撕脱骨折，由前臂屈肌群或内侧副韧带牵拉所致。【发病机理】肱骨内上髁为肱骨内髁的非关节部分，有前臂屈肌群，旋前圆肌和肘部内侧副韧带附着。内上髁后面有尺神经沟，尺神经紧贴此沟通过。内上髁的骨化中心于5岁开始出现。17~20岁闭合。当骨化中心尚未与相当的肱骨髁融合前，其间的骨骺板为对抗韧带和肌肉牵拉张力的软弱点，容

易产生骨折，多数有严重移位。若骨折被嵌入关节内、往往不容易释出，给骨折整复造成困难。骨折易损伤尺神经。【诊断标准】肱骨内上髁骨折诊断标准：1. 有跌伤史。2. 局部有肿胀、疼痛、活动时疼痛加剧。3. 可扪及骨折块及骨擦感。4. 拍X线片即可诊断。【治疗】I度、（无移位）骨折：将肘关节屈曲90°，用内、外侧夹板或上肢直角托板固定，三角吊悬吊于胸前2周。有移位者，要手法整复，夹板固定。一、复位手法：II度骨折：取坐位或平卧位，患肢屈肘45°，前臂中立位，术者以拇、食指固定骨折块，拇指自下向上推挤，使其复位。如骨折块翻转移位大于90°者，改用屈肘90°，前臂旋前，腕及掌指关节自然屈曲。术者首先用拇指揉按骨折局部使肿消退后，摸清骨折块由远端向近端，由掌侧向背侧翻转过来，再往骨折近端挤按，使之复位。III度骨折：手法整复的关键，在于解脱嵌夹在关节内的骨折块，将第III度变为第I度或第II度。其方法是先取平卧位，肘关节伸直位。先进行拔伸牵引，在拔伸牵引下，握腕部的助手逐渐将前臂旋后、外展，术者一手置于肘关节外侧向内推，造成肘外翻，使肘内侧间隙增宽。术者另一手拇指在肘关节内侧触到骨折块的边缘时，助手即极度背伸患肢手指及腕关节，使前臂屈肌群紧张，将关节内的骨折块拉出关节间隙，必要时术者还可用拇指和食指抓住后侧屈肌肌腹的近侧部向外牵拉，及辅助将骨折块拉出关节间隙。如果仍有分离可按II度骨折作手法整复。IV度骨折：手法整复时，应首先整复肘关节侧方脱位，多数随着关节脱位的复位而骨折块亦同时得到复位，少数仍有移位者应再将骨折块加以整复。其方法是，患者平卧，患肢外展，肘关节伸直，前臂旋后位，助手两人分别握住患肢远、近端；尽量内收前臂，使肘内侧间隙变窄，防止骨折块嵌入关节腔内。术者一手将肱骨下端自内向外推挤，另一手将尺、桡骨上端自外向内推挤，将骨折块推挤出关节；同时将肘关节侧方脱位整复，然后牵引前臂，逐渐屈曲肘关节至90°，最后按I度或II度骨折处理。二、固定方法：复位满意后，在骨折块前内方放一半月型固定垫，缺口朝向后上方，用于兜住骨折块，再用上臂超肘关节夹板固定于屈肘90°，前臂中立位或旋前位2~3周。三、辨证用药：按骨折后三期辨证用药的原则进行辨证用药。

知识点：髋关节脱位

髋关节由髋臼和股骨头组成，髋臼的周缘有纤维软骨构成的髋臼唇，加深髋臼的深度。髋臼唇在髋臼切迹处失去软骨成分，由髋臼横韧带横架于切迹上，其下有血管和神经通过。股骨头的关节面约为球形，股骨头的2/3几乎全部纳入髋臼内，与髋臼的月状面相接触。髋关节囊很坚韧，上方附着于髋臼的边缘，向下附着于股骨颈，在前面达转子间线，在后面仅包围颈的内2/3。关节囊的纤维层增厚形成韧带，其中最坚强的是前方的髂股韧带，呈人字形，上方附着于髂前上棘，向下分为二束，附着于转子间线，它除增强关节囊外，还可限制大腿过伸。关节囊后下壁薄弱，故髋关节脱位时，股骨头容易向后方脱位。关节囊内有股骨头圆韧带，连结于股骨头和髋关节横韧带之间，内含营养股骨头的血管。髋关节是典型的杵臼关节，可作多轴的运动，但由于股骨头深藏于髋臼中，关节囊较紧张，又有坚强的韧带限制其一定的运动，故髋关节有较强的稳定性，一般不容易脱位，只有受到强大暴力才会发生。髋关节脱位一般可分为前、后及中心脱位三种类型。股骨头脱位后位于髂前上棘与坐骨结节连线之前者为前脱位；反之，为后脱位；向盆腔方向脱位者，为中心脱位。【发病机理】髋关节后脱位：在髋脱位中最多见。当在屈髋位时，外力使大腿急剧内收并内旋，股骨颈前缘抵于髋臼前缘形成一个支点，因杠杆作用迫使股骨头向后上方脱位。或当屈髋时，外力自前方作用于膝部，或自后方作用于骨盆，均可使股骨头向后脱位。髋关节前脱位：在三种类型中最为少见，约为后脱位的10%。当股骨强力急骤外展并外旋时，大转子顶撞髋臼上缘，以此为支点形成杠杆作用，迫使股骨头向前方脱出，或当股骨外展、外旋位，外力自外侧向下方直接作用于大腿近端亦可造成。股骨头脱出后，如停留于闭孔处，称为闭孔型或低位型；如向上移位于耻骨上支水平，称为耻骨型或高位型。髋关节中心脱位：外力作用于大转子部，使股骨头直接撞击髋臼造成骨折，而头向盆腔脱位。【诊断】根据股骨头所处髂前上棘与

坐骨结节连线的前后位置，可分为前脱位、后脱位及中心性脱位。根据脱位后至整复时间的长短可分为新鲜及陈旧脱位，脱位超3周以上为陈旧性脱位，临床上以后脱位多见。

知识点：颈椎病

颈椎病是因颈椎间盘变性、颈椎骨质增生所引起的综合征。主要症状是颈肩痛，放射到头枕部或上肢，少数有眩晕，猝倒；或一侧面部发热、出汗异常。严重者出现双下肢痉挛，行走困难，以致于四肢瘫痪，总称为颈椎病。本病好发于中老年人，以颈4、5、颈5、6部位多见。临床上分为颈型、神经根型、椎动脉型、交感神经型、脊髓型等，各症型间有参杂。【病理】主要病理改变为颈椎间盘变性，椎体缘的骨赘形成，又名骨刺。椎体前缘的骨刺一般不引起临床症状，椎体后缘外侧的骨刺可以突向椎间孔，而钩椎关节的骨刺则可从前向后突入椎间孔，连同同侧方隆突的椎间盘挤压椎动脉。因此，可刺激神经根或引起椎动脉供血不全。椎体后方的骨刺连同突向椎管内的椎间盘和水肿的后纵韧带等，是引起颈脊神经根和颈脊髓受压的主要原因。颈椎病可分为神经根型、脊髓型、椎动脉型及交感神经型。然而在临床上常见的为混合型。神经根型颈椎病：这是颈椎后外方突出物，包括椎间盘及骨刺，刺激或压迫颈脊神经根所致。脊髓型颈椎病：这是指颈椎的突出物，如椎间盘组织、增生骨刺、肥厚黄韧带压迫脊髓；也可由于颈椎不稳，上述突出物刺激或压迫交感神经纤维，反射性地引起脊髓血管痉挛、缺血而产生脊髓损害的症状。椎动脉型颈椎病：这是在动脉硬化的基础上，向后外方突出的椎间盘、钩椎关节或椎体骨刺直接压迫或刺激椎动脉；或由于颈椎不稳、交感神经受到刺激而发生反射性椎动脉痉挛，导致椎动脉供血不全。交感型颈椎病：本型颈椎病为分布在颈脊神经根、脊膜、小关节囊上的交感神经纤维受到刺激所致。【诊断】本病可分为颈型、痹痛型、瘫痪型、眩晕型，以颈型及痹痛型多见。1. 颈型：中年以后体质渐衰，肝肾气虚，如兼有气血亏虚或劳损、外伤等因素，可致经筋松弛，椎间盘退化，骨刺形成等，引起颈背疼痛，延及上背部，不能俯仰旋转，头痛等间断发作。2. 痹痛型：颈椎间盘退化、骨质增生致椎间孔变小，刺激或压迫神经根，外感风寒及劳累可明显加重症状，表现为一侧肩臂疼痛，麻木、酸胀、无力等。3. 瘫痪型：肝肾久虚，筋骨萎弱，渐觉肢体沉重，步履不利，肢冷不温，肌肉萎缩。如兼气血不足，筋骨失养则症状加重，肢体萎废，二便失控。4. 眩晕型：肾水亏损，肝阳上亢，致头目眩晕，尤以位置性眩晕为特征，伴头痛、头重脚轻、恶心呕吐、急躁易怒，偶有气血俱弱、气陷而突然晕厥跌倒者。【治疗】一、辨证选方1. 颈型宜舒筋活络、散风止痛，方剂用舒筋汤。2. 痹痛型宜温经活血、散寒止痛，方宜桂枝葛根汤或蠲痹汤加减。3. 眩晕型气虚下陷者，宜补中益气，用补中益气汤加减。属痰瘀交阻者，宜祛湿化痰，散瘀通络，用温胆汤加减。属肝肾不足，肝阳上亢者，宜滋水涵木，调和气血，用六味地黄汤或芍药甘草汤加减。4. 瘫痪型宜滋补肝肾、强筋壮骨，方用补阳还五汤加减。二、针灸疗法详见‘针灸’栏。三、手法治疗详见‘推拿按摩’栏。四、其他疗法参‘中西医结合治疗’栏内容。

知识点：肩周炎

肩周炎是由于肩周围软组织病变而引起肩关节疼痛和活动的障碍，故又称冻肩。是一种多病因性疾病，临床特征表现为：早期肩部酸困疼痛，中期肩关节活动受限，功能障碍，晚期症状逐渐缓解，并有自愈倾向。全部病程大约为1~2年左右。多为单侧发病。左侧多于右侧。

【病理】肩周炎的病理变化比较复杂、广泛，主要表现在以下几个方面：①盂肱关节囊纤维层退变、硬化、收缩，滑膜层肥厚，从盂肱关节造影可以说明关节容积减小，手术探查亦可发现关节囊收缩，下部皱襞闭锁。②喙肱韧带、肩胛下肌腱变成粗而短缩的索条，妨碍肱骨的外旋活动。③肌腱袖短缩，把肱骨头与肩胛盂紧拉在一起，使肱骨头的旋转活动受限。④关节囊滑膜粘连在相对应的骨骼上，使肱骨外展受限。⑤肩峰下滑囊闭锁，将肌腱袖粘连于肩峰下面，使肩外展受限。⑥肱二头肌长头腱与结节间沟粘连，影响肩部活动。肩周炎病理变化是一个由轻到重，由局部到广泛的渐进性过程。早期主要发生在关节囊，表现为关节囊

收缩、硬化；在后期则波及到关节囊以外的软组织，呈现出普遍的胶原纤维的退行性变，使组织失去弹性、硬化和短缩。其病理变化有以下三个特点：①关节囊及周围的软组织最终都受到侵犯。②病变的发展并不一致，不是所有的组织都具有同等程度的病理变化。③病理变化的进行可以逆转。肩周炎病理过程可分为三期：急性期：病理变化主要是肩周组织无菌性炎症，组织充血、肿胀、渗出，临床症状以肩痛为主；粘连期：主要表现为胶原纤维变性粘连，临床症状表现为肩部活动受限；缓解期：大约需1~2年，此期炎症渐被吸收，粘连松解，临床表现症状逐渐减轻，甚至自愈。【诊断】一、诊断：1. 多见于50岁左右的中年人或老年人，女多于男。左肩多于右肩。常于肩部受寒后发病。2. 肩部疼痛，渐进性加重，昼轻夜重，并可向颈、耳、肩胛及前臂和手放射。肩关节上举，后伸时疼痛加剧，肩部活动受限，严重者不能做穿衣、梳头、洗脸等动作。3. 肩部肿胀不明显，肩关节周围有广泛性压痛，日久可见肩部肌肉萎缩。二、辨证：1. 风寒湿阻证：肩关节冷痛，活动受限，患处沉重，遇寒痛增，得温痛减，舌质淡红，苔薄白，脉沉紧。2. 血虚寒凝证：肩关节冷痛，得温痛减，遇寒加重，肩部活动受限，头晕眼花，面色淡白，舌质淡，苔薄白，脉沉迟细。3. 瘀血阻络证：肩关节刺痛固定，疼痛拒按，入夜尤甚，活动受限，舌质紫暗，苔薄白，脉涩。【治疗】一、内治法，采用辨证论治：1. 风寒湿阻治法：祛风除湿，温经通络。方药：风邪偏胜者，用川羌防风汤加减；寒邪偏胜者，用麻桂温经汤加减；湿邪偏胜者，用薏苡仁汤加减；邪从热化者，用白虎加桂枝汤加减。2. 气血两虚治法：益气通络，调和营卫。方药：黄芪桂枝五物汤加减。3. 肝肾亏损治法：益肝肾，温经络。方药：独活寄生汤加减。4. 筋骨损伤治法：舒筋通络，活血祛瘀。方药：十三太保方加减。二、手法治疗：详见‘推拿按摩’栏。

知识点：第三腰椎横突综合征

第三腰椎横突及其周围组织因慢性损伤而引起以腰痛为特征的症候群。【发病机理】腰椎呈正常生理性前凸，第三腰椎在前凸的顶点。在发育过程中，由于生理前凸的存在，致使腰1、腰2的椎体呈现前窄后宽，腰椎4、5的椎体则为前宽后窄，而只有第三腰椎的椎体的前后宽窄接近一致。第三腰椎为这5个椎体活动的中心，成为腰椎前屈后伸，左右旋转时的活动枢纽，因此两侧横突牵拉应力最大，其次为第二和第四腰椎横突，而第一和第五腰椎横突所致拉力最小。各个横突在发育时期所受拉力大小不等，其长短也因而不一，方向也不同。第三腰椎横突最长、故所受杠杆力作用大，在其上所附着的韧带、肌肉，筋膜、腱膜承受的拉力也最大，较易受到损伤。第三腰椎横突因过长（力臂加长），弯度较大，活动广泛，尤其易于损伤。严重者可产生横突的骨折。一般也易致肌肉、筋膜、腱膜的撕脱伤，造成出血和浆液性渗出。损伤可因致伤因素不同产生轻重不同的炎症反应。轻者产生横突与肌肉附着处撕裂、出血、血肿，继而导致的肌紧张和肌痉挛，也将因此而刺激或压迫脊神经后支的外侧支。同时出现的病理、生理改变使被束缚的肌肉，筋膜之间的神经束，因血液供应不足或中止而导致神经水肿变粗，因此而引起臀上皮神经疼痛。【鉴别诊断】须与腰椎间盘突出症、急性骶髂关节扭伤、梨状肌综合征作出鉴别。与腰椎间盘突出症的鉴别在于压痛点的部位不同，本症的压痛点在L3横突尖端处，坐骨神经痛的表现也不及腰椎间盘突出症那样有明显的神经根性分布，直腿抬高试验可能阳性，直腿抬高加强试验阴性。与梨状肌综合征的压痛部位不同是其鉴别所在，梨状肌综合征的压痛点在坐骨神经切迹处，常有间歇性跛行，且Freiberg试验阳性，Thiele试验阳性。骶髂关节扭伤时，患侧骶髂关节疼痛，疼痛常放射到臀部和股外侧，且通常有患侧骶棘肌痉挛，躯干向患侧倾斜，患肢不能负重，行走跛行。【治疗】一、手法治疗：详见‘推拿按摩’栏。二、固定与休息：初起可卧床休息，起床活动时可用腰围固定。三、练功活动：除俯卧“飞燕”练功外，还可站立，两足分开与肩同宽，两手拇指自后叉腰，拇指顶按腰3横突，然后腰部旋转，连续动作5~10分钟，最后腰后伸，双手拇指捻散腰部，以放松腰部肌肉，解除粘连，消除炎症。四、药物治疗：（一）内治法：1. 肾

虚型：肾阳虚者宜温补肾阳，方以补肾活血汤；肾阴虚者，宜滋补肾阴，方用知柏地黄丸、大补阴丸加减。2. 瘀滞型：宜活血化瘀、行气止痛，方用地龙散加杜仲、续断、桑寄生，狗脊之类。3. 风寒湿型：宜祛风散寒，蠲痹除湿、温经通络、方用羌活胜湿汤或独活寄生汤加减。（二）外治法：可外擦红花油或外贴伤科膏药、伤湿止痛膏、狗皮膏。

知识点：梨状肌综合征

受损后的梨状肌刺激和压迫坐骨神经而引起的以臀腿痛为主的症候群称梨状肌综合征。梨状肌起始于骶椎骨前面，经坐骨大孔向外，止于股骨大转子内上方，是髋关节外旋肌。梨状肌把坐骨大孔分成上、下两部分，称为梨状肌上孔及梨状肌下孔，坐骨神经大多从梨状肌下孔通过，但有时有解剖变异。【发病机理】髋关节过度内旋、外旋或内、外展，可使梨状肌受到牵拉而遭受损伤。损伤后，充血、水肿、痉挛、肥厚的梨状肌刺激或压迫坐骨神经而引起臀腿痛。【治疗】一、药物治疗：急性期经筋扭伤，气滞血瘀，疼痛剧烈，动作困难，治宜化瘀生新、活络止痛，可用桃红四物汤加牛膝、乳香、没药、制香附、青皮等；慢性期病久体亏，经络不通，痛点固定，臀肌萎缩，治宜补养气血、舒筋止痛，可用当归鸡血藤汤加黄芪、白术、牛膝、五加皮等。二、手法治疗：详见‘推拿按摩’栏。三、针灸疗法详见‘针灸’栏。

知识点：慢性骨髓炎

【概述】慢性化脓性骨髓炎是急性化脓性骨髓炎的延续，往往全身症状大多消失，只有在局部引流不畅时，才有全身症状表现，一般症状限于局部，往往顽固难治，甚至数年或数十年仍不能痊愈。目前，对大多数病案，通过妥善的计划治疗，短期内可以治愈。【治疗措施】慢性化脓性骨髓炎的治疗，一般采用手术、药物的综合疗法，即改善全身情况，控制感染与手术处理。由于重病长期卧床，尤其在血源性急性发作后，极需改善全身情况。除用抗菌药物控制感染外，应增进营养，必要时输血，手术引流及其他治疗。药物应用宜根据细菌培养及药物敏感试验，采用有效的抗菌药物。如有急性复发，宜先按急性骨髓炎处理，加强支持疗法与抗菌药物的应用，必要时切开引流，使急性炎症得以控制。无明显死骨，症状只偶然发作，而局部无脓肿或窦道者，宜用药物治疗及热敷理疗，全身休息，一般一、二周后症状可消失，无需手术。如有死骨、窦道及空洞、异物等，则除药物治疗外，应手术根治。手术应在全身及局部情况好转，死骨分离，包壳已形成，有足够的新骨，可支持肢体重力时进行。手术原则是彻底清除病灶，包括死骨、异物、窦道、感染肉芽组织、疤痕等，术后适当引流，才能完全治愈骨髓炎。骨髓炎手术一般渗血多，要求尽量在止血带下进行，作好输血准备。

（一）病灶清除开放引流法在过去，常用奥尔（orr）氏开放手术法，目的在清除病灶，消除死腔，充分引流，以利愈合。即彻底去除窦道、疤痕组织、死骨、异物，乱除死腔中的肉芽组织，切除不健康的骨质及空腔边缘，使之呈碟形。但应注意不可去除过多骨质，以免发生骨折。并注意少剥离骨周围软组织如骨膜等，以免进一步影响循环妨碍愈合，伤口不予缝合，用油纱布填充，外用石膏固定。2周后更换敷料，以后每4~6周更换一次，直至愈合。此法有一定缺点即伤口长期不愈需多次换石膏，臭味较大，邻近关节被固定过久，引起僵硬，肌肉萎缩，疤痕也较大。在小部分病人，如软组织缺损过大，或不能缝合皮肤时，仍有使用价值。（二）清除病灶、滴注引流法 1956年以来我院采用的改进的方法，在彻底清除病灶，死腔碟形化后，洗净伤口，只定点缝合皮肤，不分层缝合。伤口内放两根细导尿管或塑料管，术后其中一根用生理盐水滴注引流（图3-198），每1000毫升生理盐水内加青霉素80万单位，一日约2000毫升，另一根作负压吸引。当患者体温降至正常后一周左右。由于伤口有充分滴注冲洗引流，感染容易控制，骨腔凝血机化，而后骨化。大多数病人伤口在一月内得到愈合。少数术后伤口不愈或复发的病人，大多是由于清除病灶不彻底引起的。再次手术彻底清除病灶和滴注引流后可获成功。术后伤口缝合不可过紧，必须保持不断滴入，同时又能流出，以免引流不畅。滴注引流法的缺点是容易沾湿被褥，因此要防止潮湿，以免病人受凉，

一般采用多量敷料吸水，塑料布和护架保护被褥。如用两根细导尿管，一根滴入液体，另一根用负压吸出（如胃肠减压器），可减轻上述情况。（三）消灭死腔的手术股骨、胫骨慢性化脓性骨髓炎，在病灶清除术后如死腔很大，可用带蒂肌瓣充填死腔。勿损伤该肌瓣的血管神经，肌瓣不宜太大，避免蒂部扭转。（四）病骨切除有些慢性骨髓炎，如肋骨，腓骨上端或中分、髌骨等。可考虑采用手术切除病变部分。（五）截肢在感染不能控制，患肢功能完全丧失，甚至危及患者生命时，经慎重考虑后，方可采用。火器伤慢性化脓性骨髓炎的处理，要彻底清除病灶，用滴注引流法根治。【病因学】在急性期中，经过及时、积极的治疗，多数病例可获得治愈，但仍有不少病人发生慢性骨髓炎。形成慢性骨髓炎常见的原因如下：（一）在急性期未能及时和适当治疗，有大量死骨形成。（二）有死骨或弹片等异物和死腔的存在。（三）局部广泛疤痕组织及窦道形成，循环不佳，利于细菌生长，而抗菌药物又不能达到。【发病机理】急性期的症状消失后，一般情况好转，但病变持续，转为慢性期。由于死骨形成，较大死骨不能被吸收，成为异物及细菌的病灶，引起周围炎性反应及新骨增生，形成包壳，故骨质增厚粗糙。如形成窦道，常经年不愈。如引流不畅，可引起全身症状。如细菌毒力较小，或机体抵抗力较强，脓肿被包围在骨质内，呈局限性骨内脓肿，称布劳德氏脓肿（Brodie's abscess）。常发生在胫骨上下端，起病时一般无明显症状，仅于数月或数年后第一次发作时才有局部红肿和疼痛。如病变部骨质有较广泛增生，使髓腔消失，循环较差，发生坚实性弥散性骨髓炎，称加利氏骨髓炎（Sclerosing osteomyelitis of Garre）。最常发生在股骨和胫骨，以间歇疼痛为主。【临床表现】临床上进入慢性炎症期时，有局部肿胀，骨质增厚，表面粗糙，有压痛。如有窦道，伤口长期不愈，偶有小块死骨排出。有时伤口暂时愈合，但由于存在感染病灶，炎症扩散，可引起急性发作，有全身发冷发热，局部红肿，经切开引流，或自行穿破，或药物控制后，全身症状消失，局部炎症也逐渐消退，伤口愈合，如此反复发作。全身健康较差时，也易引起发作。由于炎症反复发作，多处窦道，对肢体功能影响较大，有肌肉萎缩；如发生病理骨折，可有肢体短缩或成角畸形；如发病接近关节，多有关节挛缩或僵硬。X线照片可显示死骨及大量较致密的新骨形成，有时有空腔，如系战伤，可有弹片存在。布劳德氏脓肿X线照片显示长骨干骺端有圆形稀疏区，脓肿周围骨质致密。加利氏骨髓炎骨质一般较粗大致密，无明显死骨，骨髓腔消失。慢性骨髓炎的诊断，根据以往有急性骨髓炎或开放性骨折病史，局部病灶检查及X线片表现，不难确诊，但仍需与下列病变鉴别。（一）结核性骨髓炎：一般多侵入关节，病史较缓慢，有结核病或结核病接触史等。X线片显示以骨质破坏为主而少有新骨形成。（二）骨样骨瘤常易诊断为局限性脓肿，但其特征为经常性隐痛，夜间疼痛较重，局部压痛明显，但无红肿，少有全身症状，X线片可进一步提供鉴别依据。（三）骨干肉瘤局部及X线片表现偶可与骨髓炎混淆，但根据发病部位、年龄，临床表现及X线片特征可资鉴别。

知识点：骨巨细胞瘤

骨巨细胞瘤是由骨髓间质细胞分化而来，以单核瘤样细胞和多核巨细胞为主要成分的溶骨性肿瘤。因组织结构中常含形态颇似破骨细胞的巨细胞，故又称破骨细胞瘤（osteoclastoma）。骨巨细胞瘤以容易复发，甚至恶变为特征。【病理】肿瘤呈暗红色或棕黄色脆弱组织充满骨腔。多房者有不完整的骨小梁间隔。镜下见丰富的血管网，充满形状一致的短梭形、圆形或椭圆形间质细胞和散在的多核巨细胞，胞核相似。根据基质细胞的多少和分化程度，以及巨细胞核数的多少可分为不同的等级：Ⅰ级骨巨细胞瘤：基质细胞形状规则，排列不很致密，多为棱形，次为卵圆形、多角形。核多为卵圆或圆形、均匀一致。巨细胞的数量多，细胞大，核多。Ⅱ级骨巨细胞瘤：基质细胞量多而致密，或呈漩涡状排列，细胞为棱形，常有较大的卵圆形细胞核。多核巨细胞的数量相对减少，体积较小，核也比较少。Ⅲ级骨巨细胞瘤：基质细胞量多而致密，排成束状或漩涡状。常见不规则形细胞、核大小形态不一致，常见核分裂，呈肉瘤样。巨细胞数量少，体积小，核小，形态亦不规则。有时多核巨细胞体积很大，

核多，但形状极不规则。Ⅲ级骨巨细胞病可与纤维肉瘤存在于同一肿瘤之中。【治疗】一、手术疗法(1)刮除植骨术或骨水泥填充术：对破坏尚局限的肿瘤适用。将一侧皮层开窗，彻底刮除肿瘤组织，凿除一层骨质更好，再用石炭酸，随后用乙醇涂抹或用无水乙醇等消灭残存瘤细胞。冲洗后植入自体或异体骨片。近年有的学者将骨水泥填充在刮刮术后的瘤腔内。随访患者2年，如无复发则取出骨水泥植入自体或异体骨。(2)肿瘤截除术：在不过多地影响功能的前提下可将骨骼一段连同完整的肿瘤和骨膜一并切涂，如桡骨上段，尺骨下段，腓骨上2/3等。(3)肿瘤截除植骨融合术：对浸润广泛的肿瘤或合并病理骨折者，可将骨端包括完整的肿瘤和骨膜一并切除，缺损区植入自体或异体骨，并融合关节。(4)肿瘤截除半关节移植术：适应证同上，肿瘤截除方法相同，如桡骨下端切除后，可用对侧自体腓骨上段移植。股骨下端或胫骨上端缺损，可移植已处理抗原的异体大块骨端，重建膝部韧带，保留部分关节活动功能。(5)肿瘤截除，人工关节置换术。(6)肿瘤段截骨灭活后骨水泥填充病段再植术：肿瘤尚未广泛浸润软组织时，可将肿瘤段截断。后作刮除骨腔内之肿瘤组织，然后再用煮沸法或70%乙醇浸泡，以杀灭残留的瘤细胞，灭活后肿瘤腔内填充骨水泥，将肿瘤段作原位再植。随访2年如无复发或远处转移则可取出骨水泥植入同种异体或自体骨。(7)截肢术：对明确恶性者或肿瘤广泛浸润软组织时，应采用截肢术或关节断离术。二、放射治疗：骨巨细胞瘤具有中等敏感性，用于不适合手术治疗的肿瘤、或于刮除术后加补放射治疗。一般认为不超过2000~3000拉德为宜，可结合具体情况决定。

知识点：骨囊肿

骨囊肿是生长缓慢的破坏性骨病，系肿瘤样病变。多发生在四肢长骨如肱骨、股骨、胫骨、桡骨等。年龄不同发生的部位不同，儿童的骨囊肿多位于长骨骨骺线的干骺端；成年人多位于长骨骨端。【病理】大体病理：骨囊肿所在部位骨质膨胀隆起，骨膜增厚，皮质骨变薄且硬化如蛋壳；囊壁为薄层纤维组织；囊肿腔内为含少量棕黄色或稍带绿色的稀薄液体，如近期发生骨折则为血性液体。显微镜下病理：纤维性囊壁是由排列疏松的成纤维细胞及其产生的胶原纤维构成，纤维组织中常见丰富的毛细血管，深层可见新骨形成，并见散在少数多核巨细胞。【鉴别诊断】一、骨巨细胞瘤：好发于骨骺端较突出一例。呈均匀性骨破坏或肥皂泡沫样明影。多发于成年人。二、单发性内生软骨瘤：X线片可见肿瘤内有多数斑点状钙化阴影。三、单发性纤维异常增殖症：多发于儿童、中年，男女相近，以股骨、胫骨、肋骨多见，位于干骺端或骨干，局部轻微疼痛、肿胀，病变骨弯曲变形，常合并病理性骨折。X线表现骨质破坏局限，呈磨砂玻璃样，骨质略膨胀。病理表现为病变组织为灰白色、硬韧，切开有砂粒样物质。【治疗】以手术治疗为主，应将囊膜彻底刮除，并作碎片植骨。局部注射地塞米松亦有显效。如果已发生骨折，因病灶可能自愈，一般不必急于手术。如骨折愈合，病灶继续存在，可进行手术。近年来，鉴于术后复发率很高，尤其是在活跃期施行手术者要占40%~50%，因此：①主张尽量延缓手术，待进入潜伏期进行；植骨应紧密，压瘪部分骨壁缩小囊腔有利于病灶愈合。②对复发病例可考虑扩大手术范围，将病灶骨壁圆周的1/2—2/3切除，保留骨膜，缺损处用大块植骨处理。尤以肱骨病灶以上述处理较为妥当。放射治疗对本病无效。且有影响骨骼发育及后期并发肉瘤可能，不宜采用。

知识点：桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

发生在桡骨茎突部的狭窄性腱鞘炎为桡骨茎突狭窄性腱鞘炎，参见“狭窄性腱鞘炎”条。【病理】腱鞘表面可有不同程度的充血、水肿，鞘管壁正常厚约0.1cm，腱鞘炎时可增厚2~3倍；鞘管内滑液量增多变黄；肌腱和管壁之间有条索样粘连；表面失去原有光泽，呈粗糙暗黄色。【治疗】一、药物治疗：1. 内治法：以调养气血、舒筋活络为主，可用桂枝汤加当归、首乌、威灵仙等。2. 外治法：固定期间可敷三色膏，去除固定后可用海桐皮汤熏洗。二、手法治疗：详见‘推拿按摩’栏。三、小针刀疗法：可用小针刀在闭合操作下，纵形挑割切开腱鞘，达到松解目的。

知识点：指屈肌腱腱鞘炎

指屈肌腱腱鞘炎又称扳机指或弹响指，是一种因屈指肌腱鞘反复遭受机械性磨擦而引起的慢性无菌性炎症性疾病。任何手指均可发生，但以拇指，中指及环指多见。【发病机理】在掌骨颈与掌指关节的掌侧，有一浅在性骨沟与附着于其上的鞘状韧带组成坚硬的骨性纤维管，屈拇长肌腱、屈指深、浅肌腱分别从各自相应的管中通过。腱鞘外层为纤维层，可将肌腱约束在掌骨头部，内层为滑膜层，可使肌腱在管内顺利滑动。由于手指过度屈伸，使屈肌腱与骨纤维性鞘管反复磨擦，或长期用力握持硬物，骨纤维管受硬物和掌骨头二者的挤压，局部充血、水肿、渗出等，日久则发生慢性纤维结缔组织增生、肥厚、粘连等变化，使管腔变窄，屈指肌腱也因受压而变形，呈现两端粗，中间细的葫芦形，阻碍肌腱的滑动，引起患指屈伸活动障碍和疼痛【治疗】一、局部封闭：采用醋酸氢化可的松 0.3~0.5ml、2%奴佛卡因 1ml 腱鞘内注射。一般只注射一次或两次，不可多次注射，以免引起广泛粘连。二、手术治疗：非手术治疗无效或反复发作腱鞘已有狭窄者，应采用屈指肌腱鞘切开术。切口：沿远侧掌横纹作长约 2cm 的横切口。显露腱鞘：切开皮肤后，将皮下组织及掌腱膜纵形切开，严密注意勿损伤肌腱两侧的指神经及指动脉，（拇指的指神经指动脉位于掌侧皮下，位置浅在）。切开皮肤后钝性分离皮下组织，直达腱鞘，向两侧轻柔牵开皮肤及神经血管、即可见到腱鞘。切开腱鞘：直视下在腱鞘旁边纵行切开一小口，以小剪刀伸入，纵形剪开增厚的腱鞘，完全解除腱鞘狭窄部分。随即检查手指屈伸情况，见肌腱大部分滑动无阻即可。术后处理：三角巾悬吊患肢，次日开始练习自动活动。

知识点：跟痛症

足跟部承重时疼痛，称跟痛症。【发病机理】足跟是人体负重的主要部分，而足的纵弓是承力的主要结构。足的纵弓由跟、距、舟、第一楔骨和第一跖骨组成。维持足纵弓的“弦”，即跖腱膜，起自跟骨跖面结节，向前伸展沿跖骨头面附着于五个足趾的骨膜。在正常步态中，体重下压之重力，均可集中于跟骨跖面结节。从解剖上看，跟下部皮肤增厚，在皮肤和跟骨之间有弹性脂肪组织存在，称为脂肪垫或跟垫。足底部这种由弹性组织包围脂肪形成的无数小房，在人体负重时起到一个重要的缓冲作用。在跟垫与跟骨之间有跟下滑囊存在。另外，在跟腱止点的前、后部和前下部，各有微小的滑囊，以保持跟腱免受损伤。上述各种解剖结构和在人体中的重要作用，随着机体素质的下降、长期慢性的劳损，以及持久站立、行走及运动的刺激，均可使滑囊囊壁充血、肥厚、囊腔积液；跖腱膜附着点处产生充血性渗出、钙化性改变；脂肪垫充血、肥厚；跟腱附着点处或跟腱纤维撕裂、组织渗出；跟骨亦出现退行性改变。从而产生各种跟骨周围痛症表现。临床上一般分为三大类：①跟后痛，包括跟后滑囊炎、跟腱止点撕裂伤、类风湿性跟骨炎；②跟下痛，主要有跖腱膜炎，跟骨下滑囊炎、跟骨脂肪垫炎；③跟骨病，如跟骨骨髓炎、骨结核、骨肿瘤。跟骨病不属本条范畴。【诊断】跟痛症的辨证首先应从肾虚立论。若病久不愈，血脉滞涩，营卫不得贯通，或居湿地，贪凉露卧，虚邪贼风乘虚而入则发为肾虚痹阻性跟痛。所以本症可分为肾虚与痹证性跟痛两大类。1. 肾虚：证候：行走、站立时双腿酸软无力，双跟部酸痛，走路越长酸痛越明显。舌淡苔薄白，脉细。辨析：年老体弱或久卧不起，以至肝肾不足，骨萎筋弛，故双腿酸软无力，双足跟痛，舌脉皆肾气虚之象。2. 痹证：证候：跟部肿胀、疼痛、皮肤色红、肤温稍高，膝关节时有疼痛并困怠无力，舌淡红苔腻，脉弦涩。辨析：劳伤之人，肾气亏损，复感受风寒湿之邪，虚邪相客，经络痹阻，气血不舒，故见疼痛、肿胀、双膝困怠。风湿之邪，积久化热，故见皮温高，皮色红。舌脉乃风湿闭阻经脉之象。【治疗】一、辨证选方：1. 肾虚：治法：补肾壮阳，强筋壮骨。方药：六味地黄丸或金匱肾气丸加减。2. 痹症：治法：祛风除湿，通络止痛。方药：独活寄生汤加减，若疼痛较重者可加用制川乌、红花；寒邪偏盛者可加用附子、干姜，湿邪偏重者可加防己、苍术；正气未虚者可酌减白芍、地黄、人参等药。二、其他疗法：1. 手法治疗：详见‘推拿按摩’栏。2. 外用药物：痹证性跟痛症可选用损

伤风湿膏外敷。亦可选用骨科外洗二方、骨科外洗一方外洗。3. 练功疗法：详见‘康复’栏。